

Alianza por un Futuro Libre de Caries: sistematización de la experiencia del Capítulo Colombia, 2011 – 2018

María del Pilar Cerezo Correa · Luis Fernando Restrepo Pérez · Compiladores



COLECCIÓN
INVESTIGACIÓN

SALUD

Alianza por un Futuro Libre de Caries: sistematización de la experiencia del Capítulo Colombia, 2011 – 2018

María del Pilar Cerezo Correa · Luis Fernando Restrepo Pérez · Compiladores



EDITORIAL



Cerezo Correa, María del Pilar [compiladora]

Alianza por un futuro libre de caries: sistematización de la experiencia del capítulo Colombia, 2011 – 2018/ compilado por María del Pilar Cerezo Correa y Luis Fernando Restrepo Pérez; editado por Laura V. Obando Alzate. - Manizales: UAM, 2023

152 páginas: fotografías, mapas, ilustraciones a color (Colección: Investigación, Línea: Salud; Serie Libros)

ISBN: 978-958-5558-41-0

1. Salud bucal 2. Sistema de salud -- Colombia 3. Salud pública -- Servicios de salud 4. Odontología preventiva 5. Higiene oral
I. Restrepo Pérez, Luis Fernando, compilador II. Obando Alzate, Laura V., editora.

UAM 617.601 C414
Fuente: Biblioteca UAM

CO-MaBABC

© Editorial UAM- Universidad Autónoma de Manizales
Antigua Estación del Ferrocarril
E-mail: editorial@autonoma.edu.co
Teléfono: (56+6) 8727272 Ext. 144
Manizales-Colombia

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

Título: Alianza por un Futuro Libre de Caries: sistematización de la experiencia del Capítulo Colombia, 2011 – 2018
Colección: Investigación
Línea: Salud
Serie: Libros

Compiladores:

María del Pilar Cerezo Correa
Luis Fernando Restrepo Pérez

Correos electrónicos:

mapice@autonoma.edu.co
prestrepoluisf@unbosque.edu.co

Manizales, junio de 2023
ISBN: 978-958-5558-41-0

Edición y coordinación editorial: Laura V. Obando Alzate
Corrección gramatical y de estilo: Diego Fernando Noreña Vélez
Diseño y Diagramación: Paola Fernanda López Valencia | estratosferadesign.com
Ilustración en portada: adaptación de storyset en Freepik

Comité Editorial: Iván Escobar Escobar, Vicerrector Académico UAM. María del Carmen Vergara Quintero *PhD.*, Coordinadora Unidad de Investigación. Bellazmín Arenas Quintana *Mg.*, Coordinadora Unidad de Proyección. Luz Ángela Velasco Escobar *Mg.*, Coordinadora Unidad Enseñanza-Aprendizaje. Laura V. Obando Alzate, Editora y Coordinadora Editorial UAM. Brenda Yuliana Herrera Serna *PhD.*, representante de la Facultad de Salud. Juan David Correa Granada *PhD.*, representante de la Facultad de Ingenierías. Mónica Naranjo Ruiz *Mg.*, representante de la Facultad de Estudios Sociales y Empresariales. Angélica María Rodríguez Ortiz *PhD.*, Editora de la revista *Anfora*. Luisa Fernanda Buitrago Ramírez *Mg.*, Directora de la revista *Araña que Teje*. Wbeimar Cano Restrepo *Mg.*, Coordinador de la Biblioteca. Diana Marcela Sánchez Orozco, representante de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera. Diego Fernando Noreña Vélez, Asistente Editorial UAM.

≡ Agradecimientos

Agradecemos a los integrantes del gobierno, la academia, la empresa privada, las organizaciones sociales y comunitarias, y a las personas que han participado en el proyecto Alianza por un Futuro Libre de Caries (AFLC) Capítulo Colombia desde su inicio. De manera especial agradecemos a:

La AFLC - Capítulo Colombia, compañía Colgate Palmolive Colombia: Dra. María Beatriz Ferro, Dr. César Buitrago, Dr. Fernando Díaz del Olmo y Dra. Martha Valencia.

Ministerio de Salud y Protección Social: Dra. Sandra Tovar Valencia.

Asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO: Dra. Gina Castro.

Alianza Global por un Futuro Libre de Caries: Prof. Nigel Pitts., Cat Mayne.

Universidad El Bosque

Rectoría y Vicerrectoría de Investigaciones; UNICA - Unidad de Investigación en Caries, Facultad de Odontología y su Área Comunitaria, Estudiantes de internado.

En especial a: Dra. María Clara Rangel G., Dr. Miguel Otero C., Dr. Jaime Alberto Ruíz C., Dra. María Rosa Buenahora, Dra. María Clara González C., Dr. Alejandro Perdomo, Dr. Luis

Fernando Restrepo P., Dr. Cristhian Cárdenas., Dra. Nathaly Chavarría., Dra. Margarita Úsuga Vacca., Dra. Andrea Cortés., Dra. Viviana Ávila., Dr. Edgar Beltrán., Dra. Karina Velasco., Dra. Karen Pardo., Dra. Lina María Marín., Dra. Stefania Martignon.

Universidad de Antioquia

Decanatura, Profesores(as) de las prácticas descentralizadas, Estudiantes, Coordinadores(as) de territorio demostrativo.

En especial a: Clara Escobar Güendica, Ángela Franco Cortés, Gloria Escobar Paucar, Gabriel Otálvaro Castro, Sandra Zuluaga Salazar, Gonzalo Jaramillo Delgado, Emilia Ochoa Acosta, Julián Serna Gómez, Marcela Gómez Builes, Susana Ramírez, Luz Dary Bolívar Botero; a todas y todos los estudiantes que participaron en las prácticas académicas en el territorio de Andes.

Universidad del Valle

Decanatura Facultad de Salud, Dirección de Escuela de Odontología, docentes del Área Comunitaria, y Estudiantes de pregrado y posgrado de Odontopediatría de la Universidad

del Valle, Directivos Universidad Santiago de Cali, Programa Sonrisas Brillantes Futuros Brillantes, Programa de salud oral del Distrito de Cali, Coomeva Medicina Prepagada, Academia Colombiana de Odontología pediátrica, Directivos Secretaría de Educación de Cali, ICBF Regional Valle.

En Especial a: Jesús Alberto Hernández, Judy Villavicencio, Ana Fernanda Jaimes, Kelly Perea, Natalia Aragón Vélez, Mónica Espinosa, Isabel Cristina Calero, Johana Chavarriaga, Martha Valencia, Hepzy Ospina, Blanca Inés Vélez, Andrea Díaz, Gonzalo Jurado, Angelly Jurado, María Cristina Arango, Lina María García.

Universidad Autónoma de Manizales

Rectoría y Vicerrectoría Académica, Coordinación de la Unidad de Investigación, Coordinación del Departamento de Salud pública, Grupos de Investigación de Salud Pública e INSAO y Facultad de Salud.

En especial a: Dra. Luz Dary Joya Rodríguez, Dra. Liliana María Duque, Dra. Hilda María Montes Ochoa, Dra. Adriana Marcela López Macias, Dra. Leda María Arango Restrepo, Dra. Eola de la Rosa Marrugo, Martha Paola Rodríguez Acuña, Dra. Olga Lucía Cifuentes, Dra. María del Pilar Cerezo.

Frente Académico

Colgate Palmolive Colombia: Directivas, Miembros, Equipos de trabajo contribuidores.

ACFO – División de Educación y División de Servicios.

Facultades/Programas de Odontología de Colombia con sus Decanos/Directores, Docentes de Cariología y áreas relacionadas, y Estudiantes.

AFLC Global y Capítulos Latinoamérica.

ORCA (European Organisation for Caries Research): Dr. Andreas Schulte – Education Platform ORCA.

Ministerio de Salud y Protección Social

Territorio Anapoima

Alcaldía Municipal de Anapoima, Secretaría para la Equidad y el Desarrollo Social, Hospital Pedro León Álvarez Díaz, Fundación Lazos de Calandaima, Hogares Comunitarios, Centros de Desarrollo Infantil y ámbitos familiares del ICBF; Jardines Infantiles de la Gobernación de Cundinamarca, Jardines Infantiles privados, familias, niños y niñas de Anapoima.

En especial a: Dr. Hugo Alexander Bermúdez Riveros, Dr. Yair Rodríguez Espinosa, Dra. Nayibe Vargas, José Vicente Bejarano, Vanessa Franco, Dra. Astrid Helena Manrique, Dra. Diana González.

Territorio Andes

Alcaldía Municipal de Andes, Secretaría de Salud y Bienestar Social, E.S.E. Hospital San Rafael, Instituciones Educativas, Jardines y Centros de Desarrollo Infantil.

En especial a: Elkin Jaramillo Jaramillo, Ana María Zuleta Gómez, Héctor Molina Ochoa, Mónica Zuleta García, Maria Eugenia Ramírez Henao.

Territorio Comuna 20 de Cali

Gerencia ESE Ladera, Equipos de salud oral y salud familiar de la Red de Salud ESE Ladera, Comité Intersectorial de la Comuna 20 de Cali, Directivos de Instituciones Educativas de las Comunas 18 y 20 de Cali, Red de Salud

del Buen Trato, Defensa Civil de Cali, Líderes comunitarios comunas 18 y 20 de Cali.

En especial a: Diana María Castrillón, Nancy Yusty, Luz Karime Gaviria, Leydy Lancheros, Teresa García, María Fernanda Arboleda, Johana Aristizábal, Carmen Cecilia Gutiérrez, Martha Zapata.

Territorio Manizales Caldas

Dirección Territorial de Salud de Caldas, Alcaldía Municipal de Manizales, Secretaría de Salud Pública Municipal, Secretaría de Deporte y Recreación, Comités de Salud Bucal Departamental y Municipal, ASSBASALUD E.S.E., Defensa civil, Instituciones educativas, Hogares Comunitarios, Centros de Desarrollo Infantil y ámbitos familiares del ICBF, Empresas privadas, Sociedad Colombiana de Pediatría Regional Caldas, Institutos técnicos de formación en salud bucal, familias, niños y niñas de Manizales.

En especial a: Dr. Carlos Humberto Orozco Téllez, Dra. Leidy Lisbeth Moreno Meza, Dra. Liliana María Duque Restrepo, Dra. Italia Sofia Betancur Sánchez, Dr. Ludwinght Martínez Pérez, Claudia Marcela Giraldo Pulgarín.

Contenido

Introducción	9
Capítulo 1. Marco conceptual y organizacional necesario para comprender la experiencia <i>Alianza por un Futuro Libre de Caries, Capítulo Colombia</i> Stefanía Martignon · Luis Fernando Restrepo Pérez · Sofía Jácome Liévano · Emilia Ochoa Acosta	13
Capítulo 2. Metodología de la sistematización Lola Cendales González.....	23
Capítulo 3. <i>Alianza por un Futuro Libre de Caries, una experiencia en con-texto</i> Lina María García Zapata	33
Capítulo 4. Frente académico Sofía Jácome Liévano · Emilia Ochoa Acosta · Stefania Martignon	61
Capítulo 5. Trabajo intersectorial: desafío y oportunidad para la gestión local y el cuidado de la salud bucal Sandra Milena Zuluaga Salazar · Gloria Marcela Gómez Builes	84
Capítulo 6. Experiencia de educación para la salud y atención en los territorios demostrativos de la Alianza por un Futuro Libre de Caries- Capítulo Colombia Luis Fernando Restrepo Pérez · María del Pilar Cerezo Correa · Olga Lucía Cifuentes	107
Capítulo 7. Proyecciones: hacia dónde vamos Luis Fernando Restrepo Pérez · Lola Cendales González· Stefania Martignon ..	142
Compiladores y Autores de este libro.....	149

Introducción

El libro que se presenta a continuación socializa los resultados del proceso de sistematización de la experiencia del Capítulo Colombia de la Alianza por un Futuro Libre de Caries (AFLC) entre los años 2011 y 2018. Una iniciativa que se gestó a nivel global a partir del concurso de múltiples y diversos actores, y que en Colombia se ha propuesto avanzar en la construcción de las condiciones sociales, políticas, económicas y científicas que permitan alcanzar el ideal de generaciones libres de caries en el año 2026.

A siete años de su implementación, el equipo de trabajo de la Alianza consideró necesario hacer una reflexión frente a los aprendizajes acumulados durante este recorrido. Por esta razón, se acudió a la *sistematización de experiencias* como una modalidad de investigación participativa¹ mediante la cual fue posible recoger la diversidad y riqueza de las acciones desarrolladas a partir de la perspectiva de diferentes actores involucrados. Este proceso reflexivo se realizó entre los años

¹ Este trabajo de investigación, de acuerdo con la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, fue considerado por el comité de ética de la investigación, bioética e integridad científica de la Universidad Autónoma de Manizales como una investigación sin riesgo (Acta Número 71 de 2017).

2016 y 2020, incluyendo la escritura de este libro.

Los propósitos de esta publicación, acorde con lo esperado de un proceso de sistematización, son: por una parte, contar la experiencia vivida de quienes han participado en el proyecto, lo que a su vez permitió identificar y reflexionar sobre los aprendizajes construidos en el transcurso del mismo; por otro lado, compartir dicha experiencia y aprendizaje con los lectores, buscando que encuentren aquí elementos que puedan vincular, contrastar o discutir con sus propias experiencias o proyectos futuros. Como parte de este segundo propósito, además, en la parte metodológica, se pretende proponer la *sistematización de experiencias* como una alternativa que permita reflexionar sobre las prácticas desde una perspectiva que vincula las miradas, sentidos y significados de todos aquellos que hacen parte de una iniciativa particular.

El texto presenta en el primer capítulo un contexto general del Capítulo Colombia de la Alianza por un Futuro Libre de Caries, con el fin de ubicar al lector en los propósitos, las perspectivas teóricas y conceptuales con las que inició la Alianza y cómo sus integrantes fueron constituyendo un equipo de trabajo en dos frentes: el académico y el comunitario; un

equipo que se fue ajustando a medida que las orientaciones y circunstancias de los ámbitos en los que se trabajó lo exigían. Finalmente, este contexto cierra con la presentación de los logros más significativos del proyecto, teniendo presente que los capítulos posteriores, que dan cuenta del trabajo de sistematización, se ocupan más de enfatizar sobre el recorrido de la experiencia que en los resultados en sí.

El segundo capítulo se ocupa de presentar la apuesta metodológica de la sistematización: se expone el concepto y las principales consideraciones que implica una reflexión sobre la práctica; posteriormente, se describe cada momento metodológico como parte de la propia experiencia, es decir, no se reduce a describir el paso a paso del método, sino que se exponen los retos, tensiones y aprendizajes que vivió el equipo de trabajo al tratar de leer y comprender su experiencia desde un enfoque poco convencional.

A partir del tercer capítulo, el lector podrá encontrar los resultados del proceso reflexivo que adelantó el equipo de trabajo. En el capítulo tres se comparte un contexto general de condiciones sociales, económicas y políticas del país, con énfasis en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), las cuales determinaron el trabajo de la Alianza entre los años 2011 y 2018. Además, este contexto se ubica territorialmente en cuatro regiones del país que constituyeron el núcleo de trabajo del frente comunitario de la Alianza: Andes - Antioquia; Manizales - Caldas; Comuna 20 - Cali-Valle del Cauca y Anapoima-Cundinamarca.

El capítulo cuatro reconstruye la experiencia del frente académico del proyecto desde la mirada de los actores vinculados, tanto de la Alianza como de las Facultades de Odontología de Colombia, las cuales fueron sus principales focos de acción. Aquí se presentan los principales alcances del

trabajo y la comprensión de las prácticas que lo constituyeron. Además, se exponen los aprendizajes que emergieron de la experiencia y algunas proyecciones a partir de la reflexión del equipo de trabajo de este componente.

Los capítulos cinco y seis centran su reflexión en la experiencia de los cuatro territorios demostrativos del frente comunitario ya mencionados. El primero de estos capítulos hace una reflexión frente a las implicaciones del trabajo intersectorial en una apuesta como la emprendida por el proyecto de Alianza. Reconoce como fundamental la vinculación de diferentes sectores en una iniciativa sustentada en la Atención Primaria en Salud (APS) y, desde allí, se reflexiona en la riqueza de este abordaje, pero también en los retos y tensiones que se generaron, esto con la intención de adelantar procesos de gestión integral de la salud en los territorios.

El capítulo seis se ocupa de reconstruir la experiencia de las prácticas de educación y atención en salud adelantadas en el marco del proyecto. Al igual que los demás capítulos, se realiza una reflexión enfocada en las prácticas de educación para la salud, comprendidas en el ámbito de lo colectivo, desde la mirada de los actores que participaron en ellas y en los diferentes territorios y desde diferentes sectores, las cuales se contrastan con diferentes perspectivas teóricas en la materia. En relación con la atención, se resaltan las acciones de tipo individual y se busca reconocer su implementación y relación con lo colectivo.

Como cierre, se presenta un capítulo denominado *proyecciones*. En este capítulo, a partir de la reflexión adelantada en los capítulos precedentes, se plantean algunos aprendizajes generales, tanto de la experiencia como del mismo

proceso de sistematización. Adicionalmente, se proponen posibles acciones para continuar avanzando hacia el propósito inicial de la Alianza, pero también en el reconocimiento de nuevos campos de acción y nuevas posibilidades de organización.

Para los participantes de este proceso fue muy enriquecedor poder tomarse el tiempo para reflexionar sobre la experiencia del Capítulo Colombia de la Alianza por un Futuro Libre de Caries; además, reconocer los diferentes puntos de vista frente a un mismo propósito y las múltiples posibilidades de abordarlo. Se espera que para el lector esta publicación constituya un insumo que permita comprender parte de los retos que se enfrentan al tratar de concretar el sueño global de generaciones libres de caries en un contexto local, a su vez diverso y complejo.

≈ Capítulo 1

Marco conceptual y organizacional necesario para comprender la experiencia *Alianza por un Futuro Libre de Caries, capítulo Colombia*

Stefanía Martignon · Luis Fernando Restrepo Pérez ·
Sofía Jácome Liévano · Emilia Ochoa Acosta

A manera de introducción a la experiencia de sistematización se considera importante partir por una contextualización del proyecto de Alianza por un Futuro Libre de Caries (AFLC) y las particularidades de orden conceptual, metodológico y organizacional que asumió el Capítulo Colombia. Además, este contexto se complementa con una relación de los resultados más sobresalientes del proceso, reconociendo que los capítulos subsecuentes se dedican a profundizar sobre los aprendizajes del camino recorrido para alcanzar dichos resultados.

Contexto global

La AFLC surgió en el año 2010 como una iniciativa global en el marco del congreso anual de la Federación Dental Internacional (FDI) en Brasil. Esta iniciativa fue creada por un equipo de profesionales de trayectoria mundial y líderes en las áreas de salud pública, de cariología y con el apoyo de la empresa privada Colgate Palmolive. Reconociendo que hoy se sabe que la caries dental es una enfermedad prevenible y controlable, pero que sigue causando una carga de salud pública para todos los países, además de producir sufrimiento y disminución en la

calidad de vida a los individuos y comunidades, se consideró relevante promover, en conjunto con instituciones académicas, profesionales, gremiales, públicas y privadas, acciones integrales educativas, clínicas y de salud pública, con el fin de lograr generaciones libres de caries a partir del año 2026.

Según estimaciones publicadas en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad en 2017 (Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2017), las enfermedades bucodentales afectan a cerca de 3500 millones de personas en todo el mundo, siendo la caries en dientes permanentes el trastorno más frecuente. En todo el mundo, se estima que 2300 millones de personas padecen caries en dientes permanentes y que más de 530 millones de niños sufren de caries en los dientes primarios.

En el caso colombiano, el último estudio de salud bucal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), mostró que el 38.2% de los niños de 1, 3 y 5 años presentaron experiencia de caries en su dentición primaria. Además, se encontró que este indicador aumenta con la edad; a los 12 años, por ejemplo, la experiencia en dentición permanente es del 54.16% pasando a 75.21% a los 18 años y al 96.26% a los 65 a 79 años.

A partir de este panorama, Colombia asume el reto propuesto por la AFCL y, ese mismo año, se invita a expertos vinculados a diferentes instituciones académicas, a la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO, 2010) junto con representantes de la empresa Colgate Palmolive, para crear el primer capítulo mundial de la AFLC: el Capítulo Colombia (CC).

Construcciones iniciales

La conjunción de diversas instituciones citadas a los primeros encuentros rápidamente generó discusiones frente a la necesidad de construir una propuesta que asumiera los postulados globales de la Alianza, pero en el contexto de las realidades locales. Esto implicó poner en discusión la perspectiva epistemológica y la respectiva propuesta de acción para el desarrollo del Capítulo Colombia de la AFLC.

A la par de estos primeros encuentros se realizó el lanzamiento oficial como el primer capítulo del mundo. Dicho evento se desarrolló en el marco del Congreso de ACFO, llevado a cabo en mayo de 2011 en la ciudad de Cartagena, con presencia de los decanos de las Facultades de Odontología del país y de diversos países de Latinoamérica, miembros de la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología / Unión de Universidades de América Latina y el Caribe (OFEDO-UDUAL).

A partir del lanzamiento del Capítulo Colombia, se afianzó el trabajo del grupo con la intención de definir acuerdos que sirvieran de punto de partida y que dieron vía libre al desarrollo del proyecto de AFLC en Colombia.

A continuación, se presenta una síntesis de estos acuerdos.

Perspectivas teóricas y de acción

El punto de partida fundamental fue el reconocimiento de la salud bucal como un derecho ciudadano; en consecuencia, el Capítulo Colombia se propuso trabajar en pro de la reducción del impacto social, epidemiológico y económico de la caries dental; un problema altamente frecuente y no resuelto para extensos grupos de población. Por otra parte, se reconoció la persistencia de inequidades en la primera infancia y de las barreras en la enseñanza del problema de la caries dental en las Facultades de Odontología del país.

Frente a los alcances y campos de acción, se planteó una perspectiva de trabajo a largo plazo, buscando la articulación de esfuerzos para impulsar estrategias que impactaran los procesos de formación profesional y en la gestión tanto del odontólogo como de los servicios y programas de salud, en las dinámicas y prácticas sociales de cuidado, y en las políticas públicas de salud.

En este orden de ideas, el desarrollo de este proyecto, tal como se puede encontrar de manera más amplia en el Documento Marco del Capítulo Colombia de la Alianza por un Futuro Libre de Caries (2014), tuvo como sustento aspectos contextuales y del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así como aspectos epidemiológicos de la caries dental, analizados desde el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) y estudios locales.

Referentes conceptuales

Los referentes conceptuales acordados en la creación del Capítulo Colombia (CC) se relacionan con una mirada más integral de la salud, donde se reconoce como contexto teórico la salud como derecho humano fundamental y que se recoge en una apuesta de Atención Primaria Integral en Salud (APS), la cual soporta el enfoque específico del trabajo académico y comunitario que desarrolla la AFLC.

Además, se acordaron conceptos actuales sobre la caries dental, donde se resalta el entendimiento de esta patología bucal de mayor prevalencia como un proceso inicialmente reversible, crónico, con una etiología multifactorial y considerando su manejo desde una práctica odontológica de carácter social y con compromiso ético.

La prevención y manejo de la caries dental durante la primera infancia se trabajó bajo el enfoque de UNICEF (2011) con el fin de contribuir en la materialización de los derechos de los niños y en la construcción de mejores escenarios de vida a través de programas integrados y multidimensionales, acogiendo la principal estrategia nacional para la promoción del desarrollo de la primera infancia - AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), que promueven el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fomentando la buena salud, la nutrición de los niños y su capacidad cognoscitiva, social y emocional.

Metas y propósitos específicos del Capítulo Colombia

A partir de estos acuerdos conceptuales, teóricos y de acción, se definieron las metas del Capítulo Colombia, en concordancia con las metas globales de la AFLC, las cuales se encuentran en el documento marco de la Alianza expresadas de la siguiente manera:

- Para el año 2015, el 90% de las Facultades de Odontología y las Asociaciones Dentales, habrán adoptado y promovido el paradigma de la “caries como un proceso continuo”, para avanzar significativamente en su prevención y manejo, incluyendo a los diferentes actores y logrando un nivel de consenso social del modelo de atención a este problema.
- Para el año 2020, los miembros de la Alianza por un Futuro Libre de Caries habrán integrado e implantado sistemas integrales y apropiados de promoción, prevención y manejo de la caries dental a nivel local, junto con sus procesos de vigilancia correspondiente.
- Todo niño o niña que nazca a partir del 2026 contará con un entorno apropiado que le permita a él/ella, a sus cuidadores y a sus familias controlar efectivamente la caries dental durante toda su vida, con base en los elementos conceptuales y prácticos que le ofrecerá la Alianza.

Estas metas reafirmaron la intención de adelantar un trabajo colaborativo con un amplio rango de organizaciones, enfocando su trabajo en los siguientes propósitos específicos:

- Promover la participación y organización de las comunidades en la conquista del derecho a la salud bucal dentro del marco del derecho a una vida saludable.
- Actuar sobre las condiciones que hacen posible una vida sana, incluida la salud bucal, trabajando desde el enfoque de la determinación social de la salud.
- Promover la formación profesional de pregrado en contexto con el paradigma actual de la explicación y manejo de la caries dental.
- Diseñar, implementar y evaluar modelos de atención basados en la APS y participar en la gestión de políticas públicas a favor del desarrollo integral de la infancia, en las cuales tengan lugar el desarrollo integrado de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención resolutiva, en un marco de gestión participativa e intersectorial y de articulación a procesos de mejoramiento de condiciones de vida y desarrollo local.
- Socializar las experiencias, sus procesos, resultados y aprendizajes, enfocados a lograr la apropiación social de los nuevos paradigmas en el abordaje integral de las enfermedades bucales y aportar insumos y evidencias para los procesos de formulación y gestión de políticas públicas.

Estructura organizacional

En concordancia con el enfoque conceptual y las metas descritas anteriormente, se configuró una estructura organizacional para el CC, oficializándose ante el Consejo Directivo de ACFO en marzo de 2011. Inicialmente, se propuso una estructura con dos directores, una Coordinación Académica, con Subcoordinación de Educación, de Investigación y de Comunicación, y una Coordinación de Manejo, con Subcoordinación de Relaciones Públicas. Además, contando con el apoyo de gestión desde ACFO y con el MSPS como invitado.

Ese mismo mes se presentó la propuesta organizativa y de acción ante los directores de la AFLC a nivel mundial y la empresa privada. Como soporte para el desarrollo de las acciones, se acordó tener un apoyo financiero anual desde Colgate Palmolive y un aporte de trabajo y recursos del equipo involucrado desde sus instituciones.

El grupo gestor

Para el 2012, la propia dinámica que iba tomando el proceso y las discusiones constantes desde las diferentes perspectivas para el desarrollo de las acciones, derivaron en una organización básica, que se ha mantenido con algunas variaciones. Esta organización estaba en cabeza del Grupo Gestor (GG) que constituía el principal órgano de toma de decisiones, seguimiento y evaluación del proyecto. Este grupo, como su nombre lo indica, reúne a aquellas personas e instituciones que trabajan en la gestión del proyecto y ha estado conformado por: una dirección, representada

en dos co-directores del Capítulo Colombia; representantes, directivos, docentes y estudiantes de universidades (Universidad El Bosque, Universidad de Antioquia, Universidad del Valle y Universidad Autónoma de Manizales); presidencia y dirección ejecutiva de ACFO y representantes de Colgate Palmolive.

Frentes de trabajo

Como ya se mencionó anteriormente, se decidió desarrollar el trabajo del Capítulo Colombia a partir de dos frentes: Académico y Comunitario. El propósito de ambos frentes se definió de la siguiente manera:

- El Frente Comunitario se propuso impactar la salud bucal de la población infantil desarrollando estrategias de “acción participativa” que integraran los esfuerzos de la academia, las entidades gubernamentales, los servicios de salud y la empresa privada.
- El Frente Académico se propuso promover una transformación curricular que permitiera la estandarización de competencias que impacten la calidad de la educación superior y la atención en los servicios de salud; facilitando adicionalmente la movilidad del recurso humano en la región.

Siempre se tuvo la idea de realizar un trabajo articulado que vinculara los desarrollos de cada uno de los frentes a partir del trabajo en dos escenarios: las Facultades de Odontología y los territorios sociales.

En el año 2014, a partir del trabajo adelantado en los dos frentes, se identificó la necesidad de aumentar los campos de acción de la Alianza; esto llevó a una reestructuración organizacional del Grupo Gestor (GG) del CC-AFLC, incluyendo además de los Frentes Académico y Comunitario, áreas de trabajo en: Comunicaciones, Política, Gestión y Administración. Adicionalmente, se introdujo el área de Servicios de Salud (primero dentro del Frente Comunitario y en 2017 como un área independiente), buscando trabajar desde la AFLC en las metas 2 y 3 del Capítulo Colombia, y buscando transferir a los servicios y la comunidad los avances alcanzados a la fecha en ambos frentes. La Figura 1 ilustra esta estructura organizacional.

A la fecha, el desarrollo del trabajo del CC se continúa realizando desde los frentes Comunitario y Académico. El área de servicios, así como la de comunicaciones, gestión y administración y política ha tenido un desarrollo más reciente e incipiente que en buena medida se recoge en el trabajo de los frentes académico y comunitario; por tanto, en este trabajo de sistematización no se incluyeron específicamente dentro de la reflexión de la experiencia.

Figura 1. Estructura Organizacional del CC-AFLC, a partir de su Grupo Gestor (GG)



Fuente: Documento Marco de la AFLC – Capítulo Colombia (2014)

Las facultades de odontología y los territorios demostrativos

Esta nueva organización de la Alianza desde el 2012 trajo consigo la aparición de un amplio campo de trabajo. Por parte del Frente Académico, se constituyó como principal campo de acción los 23 programas de Odontología pertenecientes a la ACFO, los cuales se vincularon al trabajo del frente académico con representantes docentes, en su mayoría de cariología y de comunitaria. Su trabajo estuvo inicialmente centrado en la construcción de un consenso nacional para la enseñanza de la cariología en estrecha relación con el cumplimiento de la primera meta del Capítulo Colombia.

Por otra parte, es importante mencionar el trabajo en territorios demostrativos desde el Frente Comunitario. Inicialmente, se definieron tres territorios correspondientes a las tres universidades que iniciaron el

proyecto y que hacían parte del grupo gestor, estos territorios fueron: Anapoima-Cundinamarca, a cargo de la Universidad El Bosque; Andes en Antioquia (Cárdenas & Hoyos, 2012), a cargo de la Universidad de Antioquia; y la Universidad del Valle se hizo cargo de la Comuna 20 de Cali (Documento de sistematización y relación de actividades realizadas en la comuna 20 de Cali, 2015). Cada universidad definió su territorio a partir de los postulados de la Alianza, pero también a partir de los objetivos institucionales y la experiencia de trabajo previas en cada uno de estos espacios.

Manizales, un nuevo aliado

En 2012 ingresa una nueva institución y territorio al equipo de trabajo: el Municipio de Manizales. El Grupo Gestor de la Alianza acepta esta nueva vinculación que fue producto de la invitación a encuentros nacionales de la Alianza a la referente de salud oral del Municipio y representantes de la Facultad de Salud de la Universidad Autónoma de Manizales. De esta manera, es posible dar cuenta de un interesante proceso de conformación del Capítulo Colombia de la AFLC. Los capítulos que se presentan de aquí en adelante retomarán parte de estos antecedentes y desarrollarán con mayor detalle una reconstrucción y reflexión de la experiencia. Por ello, es pertinente cerrar este capítulo inicial con la descripción de algunos logros generales resaltados por integrantes del proyecto en diferentes niveles.

Principales logros del Capítulo Colombia de la Alianza por un Futuro Libre de Caries hasta 2018

Estos primeros seis años de trabajo conjunto en el CC de la AFLC han sido un gran aprendizaje para el equipo; aunque con algunas dificultades, se han podido generar los siguientes logros para alcanzar las metas y propuestas establecidas:

- Articulación a la vida política del territorio, con un posicionamiento de la salud bucal en las Mesas departamentales y municipales de Infancia, participando en un espacio interinstitucional de concertación, planeación y monitoreo de la política de primera infancia “De Cero a Siempre”.
- Articulación a los planes y programas sectoriales de Salud familiar y comunitaria, con APS como principal estrategia y de la estrategia AIEPI de la OPS.
- Proyectos de investigación para configurar la línea base e identificar características y necesidades del territorio y los sujetos, a partir de un diagnóstico participativo de la situación de salud y teniendo en cuenta los derechos de la primera infancia.
- Acciones concertadas con la ACFO que han llevado a la construcción colectiva de un consenso nacional para la enseñanza de la cariología en pregrado y actividades de adopción del mismo.
- Prácticas académicas de estudiantes en los programas de rotaciones o internados de las facultades: apoyando ejercicios de diagnóstico participativo, realizando análisis

de información institucional, diseñando e implementando estrategias educativas para grupos poblacionales específicos, con énfasis en la primera infancia, elaborando historias de salud oral, participando en equipos básicos de promotores para atención de primer nivel (medidas preventivas), en algunos casos de segundo nivel y, por último, canalizando a la población hacia los servicios odontológicos.

De modo que el CC de la AFLC ha mostrado importantes resultados en términos de presencia e impacto en los territorios, academia y servicios; además en el compromiso institucional (alcaldías, representantes y organizaciones gubernamentales, MSPS, Secretarías de Salud, Fundaciones, Asociaciones); en diagnósticos participativos; en el fortalecimiento de las capacidades de actores institucionales y comunitarios para el cuidado y atención integral a la primera infancia (y gestantes); en la formación de estudiantes, profesionales y personal técnico auxiliar en salud oral; en la promoción de la participación de otros profesionales y técnicos de la salud; en el acuerdo en los dominios, objetivos de formación y contenidos de la enseñanza de la cariología en pregrado; en la evaluación sobre la adopción del consenso en las Facultades; y finalmente, en la socialización de avances del Capítulo Colombia a través de diferentes medios y participación y consolidación del Día Mundial de la Alianza por un Futuro Libre de Caries con jornadas masivas en salud para niños.

Por último, y como cierre de esta introducción, se presentan a continuación algunos testimonios que dan cuenta de los logros, las dificultades y los retos que han conllevado la concepción e implementación de esta Alianza en el país.

En su testimonio, el director Global de la Alianza por un Futuro Libre de Caries se refiere a

los alcances del Capítulo Colombia de la siguiente manera:

Este Capítulo les muestra a otros capítulos del mundo lo que se puede lograr y el excitante rango de actividades, desde el compromiso de la comunidad, la comparación a nivel de poblaciones, las iniciativas en educación y la investigación, los cuales han sido muy inspiradores para otros capítulos y los ha motivado a hacer un trabajo similar.

Por su parte, una representante del MSPS de Colombia, quien nos ha acompañado desde el inicio del Capítulo, refiere:

Creo que el CC-AFLC se ha fortalecido, ha sido un trabajo largo, un trabajo en donde creo que ustedes mismos se han dado cuenta de la complejidad de los procesos mismos, donde siento que han madurado, tanto como alianza, como organización y quienes están o han hecho parte del proceso. En lo que conozco, ya veo que van teniendo resultados en esos procesos transversales, no sólo en los procesos puntuales, sino también desde los diferentes frentes que ustedes tienen. Creo que se necesita generar otros espacios más con otros actores, espacios diferentes no académicos para que puedan difundir avances y logros. (Coordinadora del Grupo Estilos, Modos y Condiciones de Vida Saludables del MSPS)

Ambos testimonios, reconociendo que son realizados por actores que no han hecho parte permanente de la planeación y las acciones puntuales, pero han estado en cierta relación con el proceso del capítulo, dan cuenta de logros importantes, así como de retos que proyectan expectativas frente a los resultados del Capítulo Colombia a nivel global y local.

Una vez ubicados en las principales características del Proyecto Alianza, en los siguientes capítulos se presentarán con más detalle los resultados del proceso de sistematización de esta experiencia.

Referencias

- ACFO (2010). *Hacia un consenso de las competencias de formación del odontólogo colombiano*. <http://bit.ly/2opWcZi>
- Cárdenas, N., & Hoyos, A. (2012). *Propuesta para la implementación del modelo de Atención Primaria en Salud Renovada para Antioquia en el municipio de Andes*. Universidad de Antioquia
- Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 392(10159):1789-1858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7
- García, L.M (2015). *Documento de sistematización y relación de actividades realizadas en la comuna 20 de Cali*. Cali
- Grupo Gestor de la Alianza por un Futuro Libre de Caries (diciembre de 2014). *Documento Marco del Capítulo Colombia. Documento elaborado a partir de la síntesis de las discusiones del Grupo Gestor del proyecto AFLC - Capítulo Colombia*. Bogotá
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). IV Estudio Nacional de Salud Bucal –ENSAV IV (Vol 3). <https://doi.org/10.1787/9789264207813-3-es>
- Secretaría de Salud y Bienestar Social. (2015). *Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud - Municipio Andes*
- UNICEF (2011). *Estado mundial de la infancia 2011-Resumen Ejecutivo: La adolescencia una época de Oportunidades*. UNICEF

☞ Capítulo 2

Metodología de la sistematización

Lola Cendales González

En el desarrollo de todo proyecto llega un momento en el que surgen las siguientes preguntas: *¿Qué hemos hecho? ¿Cómo lo estamos haciendo? ¿Qué cosas han cambiado? ¿Cómo continuar?* Preguntas que llevaron a la realización de una jornada de trabajo los días 6 y 7 de septiembre de 2016 en el Instituto de Educación Continua de la Federación Odontológica Colombiana (FOC). En este espacio, participaron las coordinadoras de los frentes Académico y Comunitario de la Alianza; profesores y profesoras responsables del trabajo en los territorios demostrativos (frente comunitario) y en el frente académico; la directora ejecutiva de la ACFO y la representante de Colgate.

Durante esta jornada de trabajo se contó con el acompañamiento de una asesora metodológica externa para explorar las diversas modalidades de indagación, quien luego de escuchar las expectativas de los participantes de la reunión, presentó la Sistematización como alternativa de investigación social comprometida con la producción colectiva de conocimiento. Una opción pertinente y potente para reflexionar sobre la práctica y hacer una lectura comprensiva y crítica de los primeros siete años de implementación de la AFLC conducente a la construcción de aprendizajes derivados de esta

experiencia para proyectar nuevos horizontes de futuro.

El grupo de trabajo reunido tomó la decisión de emprender el proceso de sistematización motivado por la posibilidad de reconocer las trayectorias de las acciones desarrolladas, hacer un balance de lo construido hasta el momento, recrear los sentidos que cada uno de los protagonistas le da a su experiencia personal y colectiva, compartir los aprendizajes del trabajo acumulado durante estos años y reorientar aquellos aspectos que así lo ameriten. Estas razones se configuran como **objetivos** de la sistematización de la experiencia vivida en el contexto de CC de la AFLC.

Esta alternativa hizo necesario asumir y profundizar el tema y sus implicaciones: tiempos, espacios, recursos; también explorar la disposición a asumir una propuesta flexible que exigiera tomar decisiones sobre la marcha, una propuesta participativa que requería de apertura a la diferencia y disposición a llevar a cabo y ser parte de la indagación y construcción de un diálogo intersubjetivo mediante el cual el proyecto y sus participantes salieran fortalecidos.

La sistematización

Respecto a la sistematización, hay diferentes concepciones y propuestas metodológicas; por tanto, se tuvo que optar por una de ellas. Para aclarar y debatir los aspectos centrales de la propuesta se trabajó la siguiente definición: la sistematización es una modalidad de investigación cualitativa que busca reconstruir e interpretar experiencias; en este caso, el proyecto de AFLC, privilegiando los saberes y los puntos de vista de los participantes, generando espacios de reconocimiento e interlocución entre diferentes actores del proceso, complejizando la lectura de la realidad y potenciando la capacidad investigativa y pedagógica de las personas, organizaciones e instituciones involucradas.

El análisis de la propuesta permitió evidenciar que algunos de los profesionales no habían sido formados, ni habían trabajado esta modalidad investigativa; sin embargo, la acogieron y se involucraron en todo el proceso con el apoyo de quienes sí la habían trabajado.

Una sistematización sobre la marcha

Generalmente, un proyecto se sistematiza cuando ha terminado. Sin embargo, en este caso se optó por hacer la sistematización a siete años de haber iniciado. Hacerlo de este modo fue posible debido a que el proyecto llevaba un tiempo de ejecución y para entonces se contaba con fuentes de información (informes, evaluaciones) y hacerlo en ese momento podría aportar la base para hacer ajustes y proyecciones para el tiempo que resta y para dar elementos a proyectos similares que están por iniciar.

Aspectos y momentos del proceso metodológico

La conformación del equipo

El equipo responsable de la sistematización estuvo integrado por el Frente Comunitario conformado por los y las responsables del desarrollo del Proyecto en los territorios, y el Frente Académico por quienes asumieron el proyecto con las Facultades de Odontología del país. Para obtener un apoyo metodológico se decidió contar con una asesoría externa.

La relación de los dos frentes con el proyecto era distinta y esto sumado a las diferentes concepciones, posiciones y trayectorias de las personas integrantes del equipo ocasionaron en algunos momentos diferencias que eran explicables, pero que en ningún momento fueron un obstáculo para el trabajo; al contrario, enriquecieron los debates.

Sentidos de la sistematización de la Alianza por un Futuro Libre de Caries Colombia

Entre el por qué y el para qué hacer una sistematización, se presentaron las siguientes opiniones que fueron las que dieron sentido al trabajo que se planteaba realizar:

Por qué:

- Porque es un trabajo importante en el que se hicieron varias apuestas.
- Porque es necesario evidenciar las diferentes maneras de asumir y entender el proyecto.

- Porque recuperar la memoria del proceso puede aportar a otros una experiencia de cómo hacer alianzas y trabajo cooperativo.
- Porque el futuro del proyecto puede enriquecerse con los aprendizajes ganados en esta experiencia.

Para qué:

- Para no dejar perder la experiencia y darla a conocer de manera integral.
- Para comprender los cambios que se han dado durante el proceso de implementación.
- Para tener una apropiación crítica del proceso y aprender de aciertos y errores.
- Para reconocer y valorar prácticas, conceptos e iniciativas que se han puesto en juego.
- Para hacer ajustes sobre la marcha y proyectar con mayores elementos lo que sigue del proyecto.

Las preguntas

Las preguntas iniciales surgieron de las dificultades y posibilidades que se fueron presentando en el inicio y desarrollo del trabajo; por ejemplo, para el frente comunitario, las preguntas fueron acerca de las relaciones interinstitucionales y la participación, y la incidencia de las políticas locales; para el frente académico, las preguntas estaban relacionadas con el currículo y la cultura institucional. Las preguntas se fueron precisando en los trabajos posteriores y algunas de ellas se convirtieron en

temas de profundización conceptual. Como en toda investigación, las preguntas y los objetivos de la sistematización orientaron la búsqueda y centraron los debates en aspectos desde los cuales se puede comprender mejor el proyecto en su desarrollo.

Estrategia metodológica y momentos de la sistematización

En el desarrollo de la sistematización se establecieron dos estrategias centrales, diferentes pero complementarias: los talleres presenciales del equipo de sistematización con la asesora metodológica en Bogotá y los espacios de construcción y análisis de información entre talleres, llevados a cabo en cada una de las universidades participantes de la Alianza y en los territorios demostrativos.

a. Los talleres

Durante el proceso se realizaron cinco talleres presenciales que fueron:

- Espacios para el encuentro, la formación en sistematización, momentos para tomar distancia y reflexionar colectivamente sobre el estado actual y el desarrollo del CC de la AFLC.
- Espacios de análisis y de interpretación colectiva de las diferentes narrativas que desde allí se construyeron, y para los cuales fueron importantes la explicación, la contrastación, los interrogantes y la identificación de núcleos temáticos que fueron profundizados conceptualmente para comprender y trascender los relatos.

- Espacios que permitieron tomar distancia de la cotidianidad y del momento que vivía el proyecto para poder interpretar su desarrollo con nuevos elementos. La distancia permitió tener una mirada distinta, tener una panorámica en la cual ubicar aciertos, dificultades, aprendizaje y, mediante la cual, se pudo obtener una nueva perspectiva y ganar elementos para futuros proyectos de características similares.
- Espacios de encuentro y reconocimiento que dieron la posibilidad de disfrutar de la conversación informal, de las anécdotas, del humor, de compartir la vida con sus saberes, sabores y sinsabores. Estos espacios de encuentro permitieron construir esa base afectiva sin la cual es imposible aprender, desaprender y reconstruir conocimientos.

b. Los espacios entre talleres

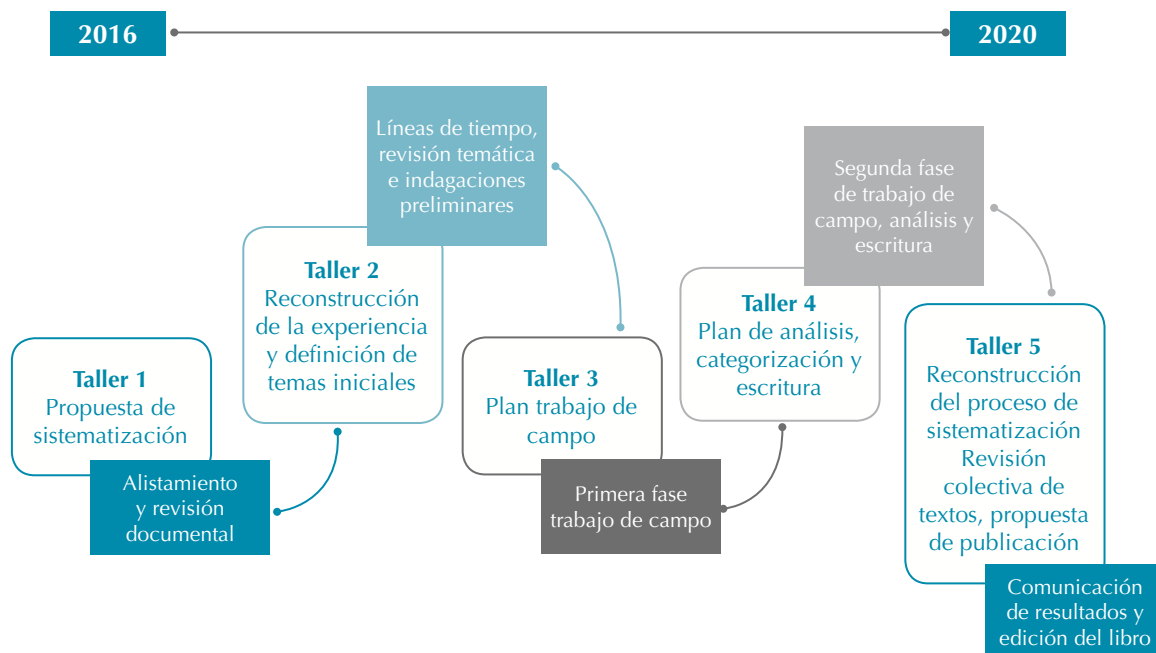
Después de cada taller quedaban tareas que suponían volver sobre la práctica. Por una parte, para encontrarse y entablar conversaciones, organizar el material documental (registros fotográficos, informes, documentos de trabajo de la Alianza, literatura relacionada con los temas emergentes en el proceso de sistematización, entre otros); diseñar, además, el trabajo de campo para hacer entrevistas, talleres en los territorios demostrativos y las facultades de odontología, con el fin de acceder a otras miradas y a otras formas de percibir el proyecto Alianza en su accionar. Por otra parte, para reconocer los contextos particulares y en ellos el peso de la política (o la politiquería), la situación económica y cultural, y su incidencia en los diferentes momentos del desarrollo del proyecto a nivel regional.

El trabajo de campo recogió la experiencia de múltiples actores que habían hecho parte de los diferentes procesos de la Alianza en el periodo de tiempo definido. Es así como se convocó, de manera intencionada, a una gran diversidad de personas clave que hicieron parte de las acciones de ambos frentes de trabajo. En ese orden de ideas, se contó con aportes de: decanos, profesores y estudiantes en las facultades de odontología. De las entidades territoriales participaron: alcaldes, secretarios de salud, coordinadores de APS y otros funcionarios de las administraciones locales. De los servicios de salud, se contó con aportes de: gerentes de hospitales, odontólogos, higienistas y promotores de salud. En los territorios se vinculó a profesoras de jardines y colegios, y padres de familia.

En estos espacios se presentaron dificultades, pues no trataban de suspender las actividades cotidianas del equipo y los participantes de la sistematización, si no de sumar a estas una responsabilidad investigativa; además, como decían algunos de los profesionales: “uno acá en el taller ve todo súper claro, pero cuando llega a la práctica, las cosas son diferentes” ¡Nada fácil! Sin embargo, se reconoce que, al confrontar dificultades y circunstancias particulares, se ganaron aprendizajes y se amplió su formación desde la práctica: aprender a sistematizar sistematizando.

En la siguiente figura se presenta la relación entre las dos estrategias y los énfasis trabajados en cada momento durante el proceso de sistematización llevado a cabo entre 2016 y 2020. Luego se expone una breve descripción de cada uno.

Figura 1. Ruta metodológica del proceso de sistematización de la experiencia de la AFLC-CC. 2016-2020



Taller 1: conformación del equipo de sistematización, definición de sentidos y ruta de la sistematización: ¿Qué es sistematizar? ¿Por qué? ¿Para qué? ¿Cómo?

Espacio entre talleres: revisión documental, gestión con decanos de las facultades participantes de la Alianza para garantizar tiempos de los profesores y recursos necesarios para la realización de la sistematización.

Taller 2: reconstrucción colectiva de la línea de tiempo del proyecto AFLC en Colombia, mapeo de actores, identificación de temas a profundizar conceptualmente que configuran las primeras categorías.

Espacio entre talleres: profundización de la línea de tiempo por territorio demostrativo y con facultades, a partir de revisión documental y conversaciones informales con algunos actores claves en el proyecto Alianza; lectura de textos relacionados con los primeros temas identificados.

Taller 3: planeación del trabajo de campo: criterios de selección de los participantes de la sistematización, estrategias para la recolección de información, diseño de instrumentos con base en los objetivos y categorías iniciales.

Espacio entre talleres: selección de participantes por territorio y frente académico, inicio de trabajo de campo, procesamiento y análisis inicial de información.

Taller 4: análisis colectivo de los primeros resultados del trabajo de campo en cada territorio y de las facultades, reconfiguración de las categorías en coherencia con los hallazgos, plan de análisis e indicaciones para la escritura del informe de sistematización.

Espacio entre talleres: ajuste de instrumentos, avance en el trabajo de campo, análisis de la información y escritura de textos.

Taller 5: reconstrucción del proceso de sistematización, lectura colectiva de los textos construidos como resultado de la misma, sugerencias para cualificar los escritos y definición de la estructura, responsables y tiempos para elaborar el informe final de sistematización, a manera de libro.

Espacios posteriores: avance en la escritura, proceso editorial del libro producto de la sistematización, presentación de resultados en eventos y equipos de trabajo de la AFLC Colombia.

Es importante destacar que la sistematización tuvo dos grandes etapas relacionadas entre sí: la reconstrucción colectiva de la implementación del proyecto AFLC Colombia y la profundización temática, a partir de las categorías que emergieron durante el proceso de sistematización.

La reconstrucción de la experiencia

Se inició con la presentación de la Alianza y la constitución del Capítulo Colombia; se resaltó el reconocimiento e incidencia que ha tenido a nivel internacional. Asimismo, en el 2012, se logró el consenso entre las Facultades de Odontología, excepto una, sobre el tema enseñanza de la cariología.

Para trabajar la reconstrucción del proceso, en cada frente se prepararon las preguntas, se ubicaron posibles personas para entrevistar, documentos y material gráfico. Tanto el frente académico como cada una de las regiones organizó la información e hizo un primer análisis que fue presentado y analizado en el taller.

En la presentación de los trabajos aparecieron elementos comunes y otros de carácter particular en cada contexto:

- En el frente Académico (2011) el diseño de la encuesta para docentes, estudiantes y profesionales sobre la enseñanza – aprendizaje de cariología.
- En Anapoima (2012) el lanzamiento de la Alianza en el municipio y la consolidación de la Mesa de la Primera Infancia.
- En Manizales (2013) el inicio de las jornadas masivas en las ciclovías y la gestión para el reconocimiento como territorio demostrativo.
- En Andes (2012) la firma del pacto con la alcaldía, empresa privada, universidad e inclusión de los propósitos de la Alianza en el Plan de Desarrollo Municipal (2012-2015).

- En Cali, el análisis de los datos recogidos evidenció la relación entre lo masivo y lo educativo, lo determinante de la alimentación y la necesidad de tener en cuenta el componente de género.

En esta parte del trabajo, las conversaciones y las entrevistas con otras personas permitieron reconocer otras miradas, otras apreciaciones, otras concepciones, otros saberes, otras expectativas. Además, entrar en el mundo de los relatos fue la posibilidad de realizar un contraste con el mundo de la vida y las emociones.

El análisis de coyuntura

Para ampliar la comprensión de lo ocurrido se hizo un análisis de la situación económica, política y, sobre todo, del sistema de salud a nivel nacional. Esta ubicación en el tiempo permitió encontrar explicaciones sobre la posibilidad de ampliar y complejizar la lectura de la realidad en la cual hacía presencia y se desarrollaba la Alianza.

De los temas a las categorías

A partir de los saberes y el conocimiento del grupo de profesionales responsables de la sistematización y del análisis de la información recogida en la reconstrucción histórica, se identificaron algunos núcleos temáticos que fueron asumidos por el frente académico y por cada uno de los equipos de los territorios demostrativos (frente comunitario), según lo que correspondía a cada uno. Los primeros temas que surgieron fueron: contexto, cultura institucional, currículo, poder (derecho, política), participación, salud (cuidado, educación para la salud, salud bucal).

A medida que fue avanzando la revisión documental, el trabajo de campo, la discusión de los primeros hallazgos, se definieron más claramente las categorías de la siguiente manera: Alianza por un futuro libre de caries, la experiencia colombiana; el contexto; el frente académico y la enseñanza de la cariología; Intersectorialidad; educación y atención en salud. Como estrategia de trabajo y pensando en la escritura del informe final por capítulos, cada uno de los equipos de trabajo por región, incluyendo el frente académico, asumió una de las categorías, con todo el acervo de información construido de manera colectiva. Esta fue una experiencia muy retadora de trabajo colaborativo.

Para avanzar en esta parte, se estudiaron los textos y documentos pertinentes. Cada región envió al grupo responsable de cada tema la información recogida y caracterizada, y el primer texto que recogía tanto la parte narrativa como temática fue leído y analizado en el taller. Cada tema-capítulo correspondía a una síntesis interpretativa que fue redactada colectivamente, discutida y ajustada en los talleres. En el trabajo de profundización temática se leyeron documentos, se hicieron debates en los talleres y se identificaron algunos conceptos que se debían aclarar en su momento. Para finalizar, en un encuentro no previsto, se hizo una última revisión colectiva antes de pasar al trabajo de edición.

La escritura de los textos

Por una parte, la escritura exigía relacionar la información recogida con los aspectos conceptuales, para lo cual se acordó que cada región categorizara la información recogida en el primer análisis y la enviara al grupo responsable. Posteriormente, se realizó una labor de síntesis de

esa relación entre lo narrativo y lo interpretativo, y de proyección en términos de conclusiones.

Hay que reconocer que fue un trabajo colectivo que presentó dificultades, tanto que cada capítulo fue leído y recibió sugerencias por lo menos 3 veces. El resultado son los capítulos que conforman el presente texto.

La reconstrucción del proceso de sistematización – un ejercicio de metacognición

En el quinto taller se hizo la reconstrucción analítica del proceso de sistematización en el cual se evidenciaron aspectos importantes que se comparten a continuación:

Las implicaciones de la sistematización como investigación cualitativa

Para algunos profesionales era la primera vez que realizaban esta modalidad investigativa; su formación y su desempeño profesional era más de carácter técnico y esto hizo que en el trabajo investigativo surgieran algunos interrogantes sobre la relación entre sujeto y objeto de investigación. Ellas y ellos eran los investigadores, pero a la vez y de alguna manera resultaban investigados. Sobre la relación con la teoría, en términos convencionales, primero se realiza el marco teórico, y en esta modalidad la teoría emerge como una necesidad para aclarar y acompañar la interpretación de los hallazgos y la comprensión del proyecto Alianza en su desarrollo.

La metodología

La construcción de un equipo de sistematización con dos frentes tan distintos, el Académico (varias universidades) y el Comunitario (varias universidades y regiones), hizo posible generar un diálogo entre diferentes trayectorias profesionales, diferentes formaciones, concepciones, opiniones, etc., todo bajo un ambiente reflexivo y de construcción colectiva y colaborativa. Además, hizo posible trabajar las diferencias y evidenciar inquietudes éticas que se generan en los trabajos que se realizan en y desde la Alianza.

La relación entre dos espacios metodológicos diferentes, pero complementarios, los talleres como espacios de encuentro, de explicación y contrastación que permitían ir más allá de lo propio y de retroalimentación tanto a nivel teórico como práctico, y el trabajo de campo que suponía el encuentro con otras realidades tanto en el desarrollo y concreción de la propuesta en terreno, como en los referentes conceptuales, resultaron bastante enriquecedores. Este último, por ejemplo, permitió encontrarse con la realidad del país, de los territorios y, en concreto, con las debilidades, contradicciones y juego de intereses en los sistemas de salud.

Respecto a la información, se quedó corta la revisión de la parte documental e iconográfica, pero, por otra parte, se obtuvo tanta información que al no tener una ruta definida generó inseguridad. Asuntos que se intentaron tramitar de manera colectiva durante los encuentros presenciales.

La participación fue un principio que acompañó todo el proceso. Se pudo pedir a una entidad reconocida que hiciera la sistematización o la evaluación de impacto, sin embargo, se

optó por una modalidad participativa que expresaba por una parte el reconocimiento de los profesionales involucrados y del trabajo realizado hasta el momento, y por otra parte, el potencial que suponía incluir a otros y otras que realizaron el trabajo, en el proceso de investigación. Esta decisión expresó posiciones éticas y epistemológicas frente a la sistematización que hicieron posible tomar decisiones colectivas sobre la marcha, ampliar y cualificar los análisis que contribuyeron a la formación, y cualificación de los y las participantes.

Los capítulos

No hay investigación sin el ejercicio de la lectura y la escritura, y fue precisamente en ello donde se generó mayores dificultades. Primero porque en el desempeño profesional se contestan cuestionarios, se rinden informes que vienen pautados, se siguen protocolos, pero no hay una práctica de escritura; además, los textos fueron escritos de manera colectiva, lo que dificulta más esta parte. En varias ocasiones, surgieron preocupaciones sobre cómo relacionar la información recogida con los conceptos en los cuales se había profundizado, sobre cómo trabajar un texto elaborado por otro de los equipos, sobre si se es posible recortar un testimonio o una apreciación. No se quería dejar nada por fuera, en parte por el temor a que alguien dijera: “aquí por qué no tuvieron en cuenta lo que nosotros dijimos”.

Para finalizar este recorrido por la metodología de la sistematización es necesario decir que, a pesar de las dificultades, este fue un trabajo que permitió conformar un equipo de profesionales y ganar un espacio de reflexión sobre las prácticas impulsadas por la Alianza tanto en la academia como en los territorios.

La sistematización permitió reconocerse y reconocer personas y acciones que pasan inadvertidas por el afán cotidiano; permitió vincular las narrativas con los marcos conceptuales para lograr una lectura más sensible a las problemáticas que se viven en la realidad, más analítica e interpretativa desde donde es posible transformarse y transformar las prácticas que, como en el caso de la Alianza, asumen el enfoque de derechos.

☞ Capítulo 3

Alianza por un Futuro Libre de Caries, una experiencia en con-texto

Lina María García Zapata

Contexto nacional

El proyecto AFLC en Colombia se ha consolidado como una apuesta de trabajo interinstitucional que se origina con base en unas metas propuestas por líderes mundiales de la salud bucal y con el compromiso de actores interesados en aportar una nueva forma de trabajar la problemática de la caries en el país. El principal propósito ha sido impactar positivamente en la reducción de la caries y favorecer el mejoramiento en las condiciones de vida y salud de la población.

La Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud de Rio de Janeiro (OMS, 2011) plantea la importancia de la formulación de políticas y propuestas de cooperación internacional que actúen sobre los determinantes sociales de la salud y se adapten a los contextos nacionales y subnacionales, acorde a las condiciones sociales, culturales y económicas. En ese sentido, la Alianza proyecta su trabajo con relaciones institucionales y sectoriales diversas, y la construcción de acuerdos con diferentes actores que, con el transcurrir del tiempo, promuevan una forma de repensar el quehacer de acuerdo con el contexto.

Este capítulo presenta aspectos del contexto nacional y local que han influido en el desarrollo

de la Alianza entre los años 2011 y 2018. Para el proyecto de la Alianza ha sido muy importante conocer y analizar la realidad nacional, teniendo en cuenta sus características sociales, geográficas, culturales, políticas y económicas. Si bien la AFLC es un proyecto global, este se logra concretar en diferentes partes del mundo porque ha reconocido y respetado las particularidades propias de cada región, es decir, se ha desarrollado como una propuesta en contexto.

En Colombia se decidió trabajar en cuatro territorios sociales específicos, asumiendo la realidad local como posibilidad para el despliegue de las acciones. Territorialidades que dieran cuenta de las diversidades de nuestro país; zonas rurales y urbanas que fueron asumidas como territorios demostrativos para planear, implementar y hacer seguimiento a las iniciativas promovidas desde el proyecto Alianza y que permitieran, además, conocer las experiencias a nivel de diferentes localidades, teniendo en cuenta la heterogeneidad del país y de sus regiones.

A continuación, se presentan algunos datos generales del país para enmarcar la información que permite dar cuenta de los contextos locales de Andes en el departamento de Antioquia, Anapoima en el departamento de Cundinamarca,

Cali capital del departamento del Valle del Cauca y Manizales capital del departamento de Caldas.

Contexto político, económico y social

Colombia se reconoce en el artículo 1 de la Constitución Política como un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República Unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista (Corte Constitucional, 2016). Como nación pluriétnica y multicultural; un país de regiones megabiobiodiversas.

Según el último censo nacional, la población es 45.5 millones de habitantes, 51,4% mujeres y 48.6% hombres. La mayoría de colombianos vive en cabeceras municipales, el 77,8%, el 15,1% en territorios rurales dispersos y el 7.1% en centros poblados (DANE, 2018).

El país está conformado por 32 departamentos, 5 distritos y 1.122 municipios que tienen autonomía administrativa y financiera. Cada departamento tiene un gobernador y una asamblea elegida directamente por períodos de cuatro años; algunos departamentos con municipios grandes tienen subdivisiones administrativas locales especiales. Cada departamento está dividido en municipios, cada uno con un alcalde y un concejo municipal con períodos de gobierno de cuatro años.

De acuerdo con información de la OCDE & Ministerio de Educación (2016), Colombia es un país con un nivel de ingresos mediano alto, que ha tenido un crecimiento económico robusto en los últimos años, soportado por una sólida gestión macroeconómica, mejor seguridad y el auge petrolero y minero. Entre el 2009 y el 2013, Colombia tuvo un crecimiento anual del Producto Interno Bruto (PIB) del 4%, muy por

encima del promedio de la OCDE, del 1,3%, y de los demás países latinoamericanos, incluido Brasil (1,0%).

Sin embargo, la pobreza y la desigualdad siguen siendo retos considerables para Colombia, y son aún más pronunciados entre una región y otra. Aproximadamente, uno de cada tres colombianos vive en condiciones de pobreza (33%). La desigualdad total, según el índice de Gini, es muy alta (0,539), y comparable con la de países como Haití, Honduras y Sudáfrica. A lo largo de las regiones de Colombia, las tasas de pobreza son mucho más pronunciadas en zonas rurales, llegando a más del 55% en La Guajira y superando el 62% en Cauca y Chocó (OCDE & Ministerio de Educación, 2016). Los indicadores de salud, nutrición y acceso a los servicios básicos, como el agua potable también varían de un departamento a otro. Las desigualdades pueden ser aún más pronunciadas entre los municipios de un departamento.

El último conflicto interno colombiano, que lleva más de cinco décadas, ha tenido un impacto decisivo en todos los aspectos del desarrollo económico y social del país, incluida la salud. Los diálogos con la guerrilla de las FARC-EP y la firma de un tratado de paz con este grupo armado, marcó uno de los aspectos nacionales más importantes en el período de desarrollo de la Alianza. Podría pensarse que este proceso y un proyecto que apunta a impactar aspectos de salud y, especialmente, de la caries fueran distantes; sin embargo, para el trabajo en los territorios demostrativos, estos acercamientos facilitaron, por ejemplo, el acceso a poblaciones que tenían barreras para la atención en salud o situaciones de seguridad.

En el transcurso del 2011 al 2018 el componente político del país cambió radicalmente, pues de una incredulidad y resistencia nacional

se pasó al cese del fuego bilateral, al proceso de dejación de armas por parte de las FARC-EP y a la firma de un acuerdo que puso fin a la guerra con este grupo armado (Melo, 2016). Sin embargo, y pese a estos grandes avances, uno de los problemas emergentes después del tratado de paz es el tema de las agresiones a líderes y lideresas sociales, especialmente en contra de aquellas personas que apoyan y trabajan por los procesos de paz y su implementación, con 289 víctimas entre el 2016 y 2017 (González Perafán & Delgado Bolaños, 2018) lo cual sigue siendo un tema de tensión al interior de los sitios demostrativos y, en general, en todo el país.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud y la salud bucal

Para la época en que inició el proyecto de Alianza en Colombia, la organización del Sistema de Salud y la prestación de servicios se regían por la normatividad del SGSSS (Otálvaro C. et al., 2018), basada, principalmente, en el aseguramiento individual, financiado con recursos del Estado y de los trabajadores, administrado por empresas aseguradoras, la gran mayoría de carácter privado y encargadas de contratar la provisión de servicios con instituciones prestadoras, tanto públicas como privadas, en función del régimen de afiliación y del contenido del plan de beneficios (ACFE, 2011).

El SGSSS, promulgado a través de la Ley 100 de 1993, es el marco regulatorio del sistema de salud en Colombia. La dirección, orientación y conducción del SGSSS está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. Contribuyen en la dirección del sistema, las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales

de salud. El financiamiento del SGSSS colombiano, moviliza recursos desde dos tipos de fuentes: (a) primarias (hogares y empresas), a través de cotizaciones, y (b) secundarias (recursos de la Nación). Acciones como las de salud pública se financian con recursos de la Nación y territoriales con destinación específica (Otálvaro C. et al., 2018).

Cada ente territorial cuenta con un Plan Local de Salud como instrumento de planificación para las acciones en salud que se basa en la priorización de problemas, necesidades, posibles soluciones y propuestas para mejorar la salud de los habitantes de cada municipio.

Asimismo, la salud bucal, a partir de la Ley 100 de 1993 (Villar, 2009), a través de la resolución 0412 del 2000, incorporó en los contenidos de la prestación de servicios de salud, a los que tiene derecho la población, las actividades educativas y preventivas de salud bucal definidas en la norma técnica. Esta incluye: el control de placa bacteriana, el detartraje supragingival o control mecánico de placa, la aplicación de flúor y de sellantes para menores de 18 años. Estas actividades son gratuitas para los usuarios y están exentas de cobros de copago (Resolución 412 de 2000).

El Plan Obligatorio de Salud (POS) incluye procedimientos odontológicos como: obturaciones en amalgama, ionómeros y resina; tratamientos de conductos unirradiculares y multirradiculares, cirugía oral y maxilofacial (incluyendo exodoncia de terceros molares); atención quirúrgica y rehabilitación de pacientes con anomalías cráneo maxilofaciales como labio fisurado congénito y prótesis dentales mucosoportadas totales (Otálvaro C., et al., 2018).

La Ley 1438 de 2011 reorienta el Sistema de Salud colombiano hacia un modelo de atención

basado en esta estrategia de APS. Adicionalmente, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 incluye el componente de salud bucal en la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, en busca del bienestar y una vida sana para los diferentes ciclos vitales. Este plan se constituyó para la Alianza en un soporte técnico y político para su accionar, teniendo en cuenta que estableció en sus objetivos promover agendas intersectoriales, disminuir exposición a factores de riesgo, fortalecer la capacidad de gestión de los servicios, de vigilancia y fomentar el desarrollo de capacidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Otro aporte importante en este período fue la realización del IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), en el cual se reportó que cerca del 92% de la población colombiana mayor de 12 años ha experimentado caries dental alguna vez en su vida y el grupo poblacional menor de 5 años presentó una prevalencia del 33% de caries dental, lo cual se constituyó en una alarma para la Alianza debido a que su población objetivo inicial fue la primera infancia.

Producto de la movilización social y las sentencias de la Corte Constitucional, en el año 2015, se promulgó la Ley estatutaria 1751, mediante la cual se reconoce la salud como un derecho humano fundamental y se reitera que este derecho es individual, colectivo e irrenunciable (Otálvaro C. et al., 2018). Adicionalmente, que el Estado adoptaría políticas para asegurar la igualdad del trato y acceso a todas las personas de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Nacional, por lo cual se acaba el POS y los Planes de beneficios, dando lugar a un solo Plan de beneficios a cargo de la UPC que sólo tiene exclusiones por el derecho a la salud y promueve la creación de la Política de Atención

Integral en Salud (PAIS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) con su Modelo Integral de Atención en salud (MIAS).

Posteriormente, a través de la Resolución 0429 de 2016, promueve la obligatoriedad de implementar la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con un marco estratégico y un modelo operacional que articulen normas, reglamentos, agentes y usuarios, con el fin de reorientar las intervenciones de los diferentes actores del sistema y, de ese modo, generar mejores condiciones de salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud. El MIAS es el marco operacional de la Política basado en la APS con enfoque familiar y comunitario, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial, con el fin de garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad de la atención de la población en salud (Resolución 0429 de 2016).

En esta misma resolución se definen los componentes del MIAS, entre los cuales se encuentran la Rutas de Atención Integral (RIAS), que se convierten en las herramientas para garantizar las condiciones necesarias para la atención integral de los individuos. Adicionalmente, en el año 2017, el Ministerio de Salud -a través de la Estrategia “Soy Generación Más Sonriente”- estableció los lineamientos para el cuidado bucal y su protección específica para primera infancia, infancia y adolescencia, que reforzó el accionar de la Alianza, teniendo en cuenta que estableció la educación y aplicación de barniz de flúor como acciones obligatorias del nivel individual para todos los actores del Sistema de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

A partir de este lineamiento, en el año 2018, el Ministerio de Salud propuso las 2 primeras

Rutas, a saber: la de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la de Atención en Salud para la población Materno Perinatal con las respectivas directrices para su operación (Resolución 3280 de 2018).

Es importante entender que la prestación de servicios en el Sistema se realiza a través de diferentes tipos de instituciones públicas y privadas que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios, complementados por profesionales independientes que se habilitan con base en las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad que ofertan sus servicios al Sistema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). La situación actual en el primer nivel de atención de los prestadores públicos ha tenido una disminución en la oferta de servicios en 2.4% entre los años 2013 al 2016, alta obsolescencia tecnológica, deficiencia en recurso humano e infraestructura (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

A la situación anterior se suma la suspensión de servicios hospitalarios tanto públicos como privados por falta de recursos para operar, esto debido al monopolio creado por las EPS en el sistema de salud y el manejo de los recursos públicos otorgados por la Ley 100. (ACHC, 2015).

El balance de la Ley 100 para los hospitales públicos es negativo; con el cierre de 4 de Hospitales Universitarios de tradición Nacional y la amenaza de cierre de otros 5, la crisis económica ha causado un efecto en la semi destrucción de la red pública, debido a que la política del subsidio a la demanda favorece la intermediación financiera, sumado a la falta de responsabilidad del Estado en el pago de la atención de la salud de las personas que acuden a los hospitales (Villar, 2009).

Contexto local: una Alianza con cuatro territorios demostrativos

Como se expuso anteriormente, en Colombia se decidió trabajar en cuatro territorios con características geográficas, sociales, económicas, políticas y culturales diferentes. Esta parte del capítulo resalta algunas de estas características.

La intención de trabajar con territorios demostrativos consistió en diseñar y construir participativamente planes locales de salud para la primera infancia, evaluar su aplicación y probar los modelos teóricos de caries en estos sitios de manera temporal, con el fin de poder ver la viabilidad y sostenibilidad de estas estrategias en el resto del territorio nacional (ACFF, 2011).

Diferencias y similitudes entre territorios

Los cuatro territorios han contado con la interlocución de una Universidad y una Empresa Social del Estado. Los Territorios de Manizales y Cali (Comuna 20) tienen como características ser ciudades capitales categoría 1, lo que representa un desarrollo institucional mayor; cabe anotar que la Comuna 20 de Cali puede tener similitudes con el territorio de Andes (categoría 6) por su volumen poblacional, (64.400 y 45.800 respectivamente) y Anapoima (categoría 5) es el de menor población de todos (13.312). Otro factor diferenciador es la ruralidad, para los territorios de Andes y Anapoima ésta representa cerca del 50% del territorio, mientras que para Cali (Comuna 20) y Manizales la población está concentrada en la zona urbana.

En cuanto a la principal actividad productiva, los municipios de Andes y Manizales son cafeteros, Anapoima es un municipio

turístico y la Comuna 20 de Cali se caracteriza por una economía informal, principalmente.

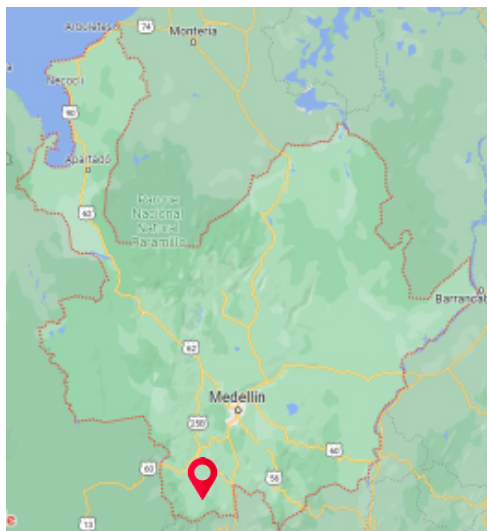
A continuación, se presenta una descripción del contexto de cada territorio y aspectos específicos del desarrollo del proyecto de Alianza en cada uno de ellos.

Territorio demostrativo Andes – Antioquia

Características socio demográficas

Este municipio está localizado en la subregión suroeste del departamento de Antioquia, a 117 km de la ciudad de Medellín. Con una temperatura promedio de 22°C, altura de 1350 msnm y una extensión de 403,42 km². Cuenta con cinco corregimientos consolidados (Figura 1): Santa Inés, Santa Rita, Buenos Aires, San José, Tapartó, y dos corregimientos en procesos de formación: La Chaparrala y San Bartolo; los corregimientos están conformados por 63 veredas y existen 22 barrios en el área urbana (Secretaría de Salud y Bienestar Social, 2015).

Figura 1. Ubicación del Municipio de Andes en el Departamento de Antioquia-Colombia



Fuente: Adaptación de Google Maps (2023a)

Es un municipio de sexta categoría, de acuerdo con lo definido en la Ley 617 de 2000, por su capacidad de gestión administrativa, fiscal, la cantidad de población y los ingresos corrientes de libre destinación. En su organización administrativa cuenta con Secretaría de Educación para la Cultura y el Deporte, Secretaría de Gobierno y Servicios Administrativos, Secretaría de Planeación e Infraestructura Física, Secretaría de Salud y Bienestar Social y la oficina de Control Interno.

Para el año 2015 el municipio tenía una población de 45.814 habitantes, 51% de sexo masculino y 49% de sexo femenino, 49.5% urbano y 50.5% rural. El 1.5% corresponde a población afrodescendiente y el 0.4% a población indígena, de la etnia Embera Katío. El 88% de la población está clasificada en niveles 1 y 2 de pobreza, según el Sistema de identificación y selección de beneficiarios – SISBEN. El 30.5% de la población presenta necesidades básicas insatisfechas (Secretaría de Salud y Bienestar Social, 2015).

Actividad económica

Su principal actividad económica es la agrícola, predominando el cultivo de café, cultivos de plátano, banano, caña de azúcar, yuca y maíz. Otras actividades productivas tienen que ver con la ganadería, la extracción de materiales de playa y el comercio (Secretaría de Salud y Bienestar Social, 2015). Recientemente se han reactivado actividades mineras de extracción de oro.

La cobertura educativa reportada para el año 2011 fue de 55% para la primera infancia, 72,2% en la educación básica primaria, 66,5% en la básica secundaria y media vocacional. La afiliación a la seguridad social en salud es del

95%, del cual 70% corresponde a población del régimen subsidiado (Municipio de Andes, 2012).

Este municipio se ha caracterizado en el proyecto de Alianza por ser el de mayor territorio rural, lo que le da una característica de limitada cobertura de servicios en los corregimientos, barreras de acceso a los servicios y dificultades económicas por parte de las familias para acceder a los servicios.

Este territorio es sitio de práctica de varios programas de la Universidad de Antioquia, caracterizado por una apuesta política que ha implicado un despliegue de acciones coordinadas e integradas a las dinámicas locales, lo que se refleja en testimonios como el de uno de sus actores:

(...) yo creo que aprendimos que un proyecto de estos efectivamente hay que llegar haciéndolo por el lado de la concertación política, por el lado de convocar actores, de trabajar con esos actores del municipio. No aprendimos, más bien corroboramos que eso tiene que ser así; lo digo por el proyecto Andes, porque otros no se hicieron de esa manera. Y eso da resultados; eso empieza a mostrar cosas interesantes. (Codirectora AFLC Frente comunitario- Decana Facultad Odontología Universidad de Antioquia)

Este territorio ha enfrentado dificultades políticas, lo que ha implicado un trabajo orientado a subsanar diferentes situaciones, como la falta de ciertos recursos institucionales: “Son varios secretarios en uno, pero en el municipio de Andes particularmente es la Secretaría de Salud y Bienestar Social; entonces son dos ejes de trabajo. Las acciones son muchas y tengo otros procesos de bienestar social que son muchísimos” (Secretaría de Salud Municipal Municipio de Andes).

Sistema de salud

Este municipio, considerado la capital del suroeste Antioqueño, cuenta con un sólo prestador de servicios: la ESE Hospital San Rafael. Esta ESE de carácter público ofrece servicios de salud de primer y segundo nivel de atención a toda la población del municipio, a través de un modelo de atención de prestación centrado en el usuario que combina la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la promoción social. A pesar de enfrentarse a situaciones económicas difíciles, han estado comprometidos a trabajar en la Alianza, como se evidencia en este relato: “La situación de déficit financiero del Hospital, lo que hizo que el gerente llegara a decir me comprometo con esto o no, al fin y al cabo, tiene a los entes de control encima, entonces ahí se evalúa que hacer” (Coordinador de Salud Oral Hospital San Rafael Andes).

Una de las ventajas de este municipio es que desde finales de los años 70 desarrolló acciones de atención primaria en salud, apoyándose en el trabajo de promotoras rurales de salud, trabajo dirigido hacia la vacunación, la educación sanitaria en el manejo de la enfermedad respiratoria y la enfermedad diarreica aguda. Este personal fue desapareciendo hasta ser finalmente suspendido con la implementación de la Ley 100 de 1993 que modificó el enfoque de la atención en salud (Cárdenas & Hoyos, 2012). A partir del 2006, el trabajo es retomado a nivel municipal por el impulso generado desde la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, quien ante la crítica situación de indicadores de salud pública se propuso retomar la estrategia de atención primaria en salud con un enfoque familiar y de desarrollo humano (Gobernación de Antioquia, 2012).

Con esta decisión, en los años 2006, 2007, 2008, 2010 y 2011 se desarrollaron proyectos a nivel municipal bajo la orientación de los lineamientos del modelo departamental, realizándose actividades de visita familiar para la elaboración de diagnósticos familiares y canalización a los servicios (Cárdenas & Hoyos, 2012).

Características del trabajo de la Alianza en el territorio

Estos proyectos facilitaron que durante el 2012 la Alianza entre el Gobierno municipal y la Universidad de Antioquia lograra incorporar el re-direccionamiento del modelo de salud hacia la Atención Primaria en Salud en el Plan de Desarrollo Municipal 2012 – 2015 Juntos construyendo futuro. Con este plan se propuso mejorar las condiciones de vida y salud de las comunidades (Plan de Desarrollo Municipio de Andes, 2012).

En el año 2014 se llevó a cabo un trabajo conjunto entre el Gobierno Municipal, el Hospital San Rafael, la Secretaría Seccional de Salud Departamental y la Universidad de Antioquia, tendiente a construir un plan para la implementación de la estrategia de APS en el período 2012 – 2015, promovida desde el gobierno departamental como una estrategia para garantizar el derecho a la salud, la cobertura universal, la atención con calidad, la rectoría del sistema, el fortalecimiento de la participación social, comunitaria y ciudadana, y el trabajo intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud (Gobernación de Antioquia, 2012).

En esa etapa se planteó un crecimiento de la cobertura y el alcance de las acciones, dándole énfasis a la generación de respuestas a las necesidades identificadas en el proceso de caracterización. Se generó un nuevo convenio con la Secretaría de Salud Departamental y se suscribió un convenio entre el Gobierno Municipal y la Universidad de Antioquia (liderada desde la facultad de Odontología) para fortalecer el desarrollo de la estrategia de APS y de atención integral a la primera infancia (Convenio Alianza Estratégica, 2012; Ramírez, 2013). “Los cambios políticos, esos cambios de gobierno pueden afectar o favorecer un proyecto como la Alianza donde hay tantos actores involucrados” (Secretaría de Salud Municipal Andes).

En este caso la favoreció, debido al entendimiento mutuo de que la salud se construye en los escenarios donde se desarrolla la vida cotidiana de las personas y el creciente interés por comprender la relación de determinación que los procesos sociales (contexto socioeconómico y político, educación, género, salario, redes sociales de apoyo, etc.) ejercen sobre su fortalecimiento y mantenimiento, le dan vida a propuestas que buscan abrir un espacio a la docencia e investigación que sean más cercano de las poblaciones, de sus necesidades y expectativas, como lo sugiere la OMS al hablar de APS renovada y de los determinantes sociales de la salud (Artaza Barrios O. et al., 2011; OMS, 2009).

El proyecto Alianza por un Futuro Libre de Caries en el municipio de Andes-Antioquia ha permitido avanzar, apoyados en la apuesta conjunta entre el gobierno municipal, el hospital local y la Universidad de Antioquia, ya que ha fortalecido las capacidades locales para la gestión de la salud bucal en el marco de la estrategia

de APS y de la política social para la infancia y prácticas sociales de cuidado, buscando aumentar la efectividad, universalidad, equidad e integralidad de las respuestas.

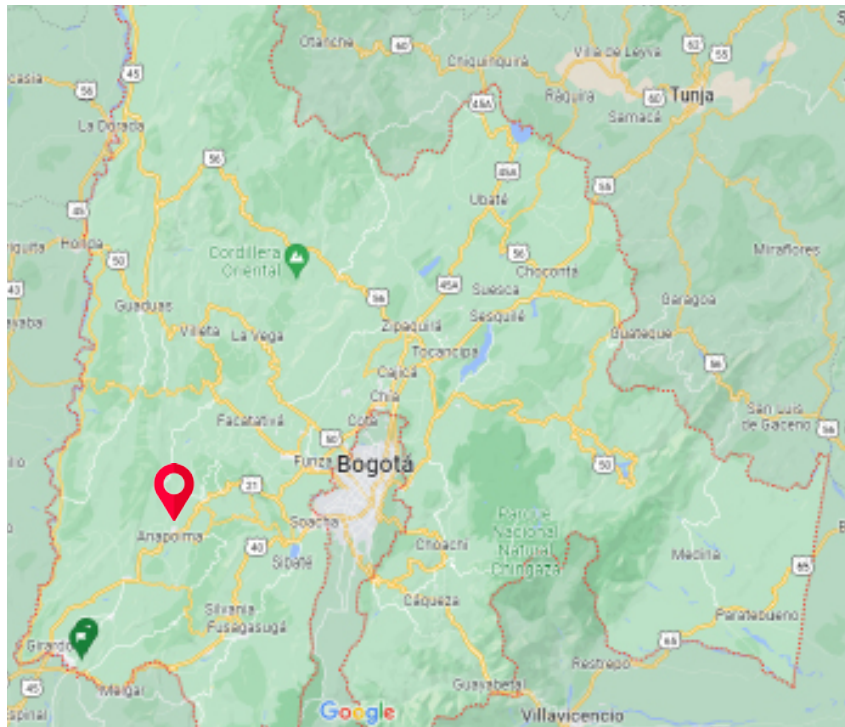
Territorio demostrativo Anapoima - Cundinamarca

Características sociodemográficas

El municipio de Anapoima se encuentra ubicado al suroccidente del Departamento de Cundinamarca, en la provincia del Tequendama. Su cabecera municipal se encuentra a 700 metros sobre el nivel del mar, pero tiene territorios entre los 650 y los 950 metros sobre el nivel del mar. Su temperatura media, a nivel del casco urbano es de 20°C, correspondiente con un microclima cálido seco. Está constituido por su cabecera municipal, dos inspecciones departamentales de policía, San Antonio y La Paz y 27 veredas. Su índice GINI de concentración de la propiedad rural es de 0,67 (Plan de Desarrollo Municipal Anapoima 2016-2019).

Se encuentra ubicado en el flanco occidental de la cordillera oriental. Hace parte de la cuenca hidrográfica de los ríos Bogotá, Apulo y Calandaima. Cuenta con suelos con pendientes entre el 2% y el 20% que favorecen el cultivo de frutales, café y caña, así como el desarrollo de actividades pecuarias (Alcaldía Municipal de Anapoima 2016, Plan de Desarrollo del Municipio de Anapoima “Vamos por la equidad social 2016-2019”).

Figura 2. Ubicación del Municipio de Anapoima en el Departamento de Cundinamarca -Colombia



Fuente: Adaptación de Google Maps (2023a)

La población según la proyección DANE para el 2015 fue de 13.312 habitantes, distribuida en 6.672 hombres y 6.640 mujeres. La mayor parte de la población se encuentra en la zona rural con 7.603 habitantes. La primera infancia para 2015 se estima en un 10% de la población, total que representa aproximadamente 1300 niños. Se cuenta con una población afrocolombiana de 611 personas y escasa población indígena. Finalmente, el municipio es receptor de población desplazada por el conflicto con un registro de 827 personas (Plan de Desarrollo Municipal Anapoima 2016-2019).

El sector social está liderado por la Secretaría para el Desarrollo y la Equidad Social, la cual se encarga de asuntos de salud y educación. En este sentido, el municipio, clasificado en categoría 5, no se encuentra certificado.

Por tanto, no cuenta con plena autonomía en el desarrollo de programas de salud y educación, los cuales se encuentran a cargo de las respectivas secretarías departamentales de educación y salud.

La prestación de servicios educativos se encuentra a cargo del Departamento de Cundinamarca y cuenta con una oferta de 3 Instituciones Educativas Oficiales con 22 sedes. En educación de primera infancia en 2012, se contaba con una cobertura de 413 entre niños y niñas. Parte de esta cobertura estaba dada por siete hogares comunitarios con 98 cupos en total (Políticas Públicas Niños, Niñas, Adolescentes Anapoima 2013-2023).

Sistema de salud

La mayor representación institucional para la prestación de servicios de salud se encuentra a cargo del Hospital E.S.E de Segundo nivel Pedro León Álvarez Díaz, que tiene su sede principal en el Municipio de la Mesa-Cundinamarca, municipio con el cual limita Anapoima. En cuanto al aseguramiento y los servicios de salud, a 2015, se contaba con 6.552 afiliados al régimen subsidiado y 2.335 al régimen contributivo. Los servicios de salud se prestan en un centro de salud en el casco urbano y dos rurales, uno en cada inspección.

Los servicios de salud oral son prestados por una odontóloga que distribuye sus días de consulta en los tres centros durante la semana:

Nosotros, ustedes son conocedores, nosotros dependemos directamente del hospital Pedro León Álvarez Díaz, de acuerdo con los análisis que ellos han hecho en cuanto a la estadística y la morbilidad del municipio, nos han ido día por día acortando los servicios acá; anteriormente

teníamos dos odontólogos, teníamos servicio completo acá en el puesto de salud, se hacían todas las actividades de promoción y prevención en los colegios, ahora no. Ahora sólo tenemos una odontóloga y esa odontóloga trabaja día por día, pues le queda mucho más difícil y nos estamos dedicando a hacer lo que es la consulta externa para atender el dolor; lo que son las urgencias, pero no estamos trabajando la parte de prevención en salud oral que es fundamental. (Secretaría para el Desarrollo y la Equidad Social, Municipio de Anapoima)

Esta situación ha generado enormes inconvenientes que parten del hecho de que sus procesos de planeación y ejecución de planes en salud, en buena medida, están supeditados a disposiciones del orden departamental y de directrices y acciones administrativas del Hospital Pedro León Álvarez, que pertenece a otro Municipio. Esto puede llevar a que las acciones en salud estén muy alejadas de las realidades del municipio. Por otro lado, los procesos de referencia a segundo y tercer nivel de atención se encuentran muy lejanos a buena parte de la población, sobre todo, rural; esto constituye barreras de acceso que limitan una atención integral.

Se cuenta con un equipo extramural del hospital que realiza actividades de prevención específica en las veredas, el cual se encuentra integrado por una odontóloga y una higienista. Las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) son contratadas con el Hospital Pedro León Álvarez. Para su implementación, se cuenta con un equipo de promotores de salud y una vacunadora que realizan visitas domiciliarias para alcanzar coberturas de vacunación y realizar acciones de promoción de la salud y demanda inducida en las veredas del municipio, tal

como lo relata una promotora de salud en un conversatorio adelantado en 2012, como parte del diagnóstico social y comunitario del proyecto de la Alianza:

Entonces al menor se le hace pesa, se talla, se le hace un AIEPI. En el AIEPI se miran mucho los riesgos en salud, se mira si el niño padece de diarreas frecuentes, se le evalúa también sus dientes para saber si están asistiendo a control de odontología o no, todo lo que tiene que ver con nutrición, con maltrato, problemas pulmonares. También se evalúa su ambiente familiar, el riesgo que pueda existir en la vivienda como tal, igual se evalúa si son pisos en tierra, si son casas en bareque. Todos lo que le pueda afectar la salud a él dentro de su entorno (...). A las gestantes como tal se les hace un seguimiento mensual porque ellas todo el tiempo están en riesgo. (Promotora de Salud, Municipio de Anapoima, 2012)

Desde el año 2017 se viene implementando el programa de *Salud a tu casa*. Este programa, con una perspectiva de APS, es una estrategia definida por el Departamento de Cundinamarca; sin embargo, el Municipio no fue priorizado para su implementación desde el ente territorial. Esto implicó su desarrollo con recursos propios del municipio, a partir de la voluntad política de la administración municipal. El programa cuenta con un equipo con enfermera profesional, nutricionista y auxiliares que realizan visitas de caracterización a los hogares, especialmente en la zona rural, donde desarrollan acciones de promoción de la salud, prevención, caracterización de necesidades y remisión a servicios; además, buscan consolidar espacios de planeación para que la respuesta a las necesidades se realice de forma articulada, en red, vinculando a las diferentes EAPB que tienen afiliados en

el municipio (Secretaría para el desarrollo y la Equidad Social. Anapoima. 2017. Ficha técnica lineamientos convenio APS. 2017. Documento de trabajo).

Características del trabajo de la Alianza en el territorio

El trabajo de la Universidad El Bosque, desde el proyecto de Alianza por un Futuro libre de Caries, ha permitido trabajar de manera conjunta en los procesos de atención individual de consulta externa de odontología en los diferentes puestos de salud. También se ha vinculado a los procesos de PIC y *Salud a su Casa*, y ha desarrollado sus propios procesos de investigación que permiten tener una lectura del contexto del municipio en diferentes niveles que se relacionan con la salud.

Algunos elementos para resaltar a partir de los hallazgos de diferentes ejercicios de caracterización desde la Universidad están relacionados con condiciones sociales y económicas del Municipio. Aquí se identifica que una de las mayores fuentes de recursos de Anapoima se encuentra relacionada con el turismo. Esta condición explica que un porcentaje considerable de la población dependa de actividades como el cuidado de fincas, trabajo en clubes, la construcción de casas de recreo y todo el comercio que gira en torno a este factor. Esto implica, a su vez, cierta inestabilidad en las condiciones sociales y económicas, ya que, por una parte, se encuentra fuertemente influenciada por las temporadas de descanso, lo que lleva a cierta inestabilidad en las condiciones laborales y en los ingresos de una buena cantidad de personas; y por otra parte, genera un fenómeno de alta movilidad, que para el caso del desarrollo de programas de salud plantea retos frente al seguimiento a las familias caracterizadas, ade-

más de todo el componente de afectación a las condiciones de vida.

En el desarrollo del trabajo se ha podido acceder, en mayor medida, a niños y niñas institucionalizados. En estos espacios se han realizado trabajos de caracterización familiar en los que se identificó, en términos generales, unos contextos familiares que brindan condiciones, tanto de infraestructura de las casas, como en lo económico y social que favorecen la calidad de vida de niños y niñas; lo cual se relaciona con las condiciones de salud oral identificadas, que se encuentran por encima de promedios nacionales.

En contraste, los acercamientos a familias con niños no institucionalizados, los cuales se han realizado mediante talleres en zonas rurales del Municipio y con el acompañamiento a equipos de salud a su casa, evidencian la emergencia de fenómenos como el maltrato infantil, concomitante con violencia intrafamiliar y casos de desnutrición y negligencia; todo esto relacionado con condiciones socioeconómicas de mayor vulnerabilidad que pueden estar determinadas por el desplazamiento forzado, el asentamiento en áreas no legalizadas, que dificulta, aún más, el acceso a servicios públicos; así como la vivienda en zonas muy dispersas en la zona rural, con escaso acceso a servicios públicos y dificultades para acceder a servicios de educación y salud, y en general a la oferta de servicios sociales del Municipio. Vale aclarar que han sido unos acercamientos iniciales que no pueden dar cuenta de una generalidad y que tampoco pueden ser entendidos como una división estricta entre las condiciones y las familias de niños institucionalizados y no institucionalizados.

Territorio demostrativo Comuna 20, Cali - Valle del Cauca

Características sociodemográficas

El municipio de Santiago de Cali está ubicado en el Departamento del Valle del Cauca; cuenta con una superficie total de 560.3 Km², de los cuales 120.9 Km² corresponde a 22 comunas y 437.2 Km² al área rural representado por 15 corregimientos Según las proyecciones del DANE para el año 2016 correspondían a 2'394.925 habitantes, con un 47.8% (1.144.848) de población masculina y un 52.2% (1.250.077) de población femenina, (Cali en cifras, 2016).

Cali cuenta con 22 Comunas, de las cuales la comuna 20 de Cali (territorio demostrativo de la ciudad para el proyecto de Alianza por un futuro libre de caries) está localizada al Occidente de la ciudad de Santiago de Cali, en el piedemonte de la cordillera Occidental, parte baja del Cerro los Cristales, en la zona de ladera conocida como Piedemonte de Siloé. Históricamente los terrenos de la comuna 20 empezaron a ser ocupados con fines de explotación minera hacia 1932, dando inicio al corregimiento de Cañaveralejo, el cual luego se llamaría Siloé. Sus ranchos fueron desde el principio característicos de bahareque y de bajo costo, con sus característicos conflictos de propiedad de terreno. Subsecuentemente a este proceso, la población ha tenido problemas de agua y acceso (rutas y vías), que persisten hasta el día de hoy.

En cuanto a su extensión, comprende 214.94 hectáreas, de las que ocupa 175, posee un área desarrollada en 12 barrios, 507 Manzanas y 12.670 predios legalizados; también cuenta con varios sectores subnormales y ubicados en su mayoría en zonas de alto riesgo.

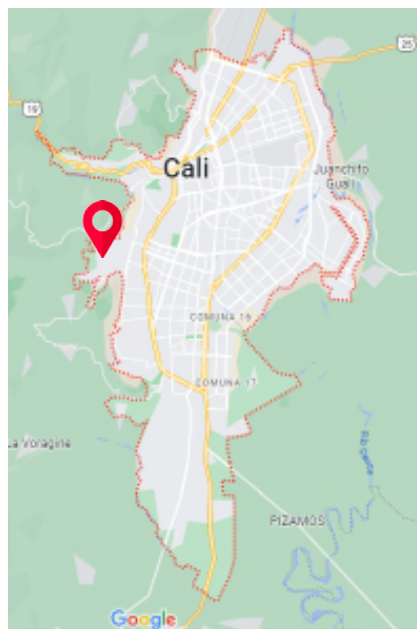
Sus límites son al norte con el área rural del corregimiento los Andes y la Comuna 19; al Oriente y al Sur con la Comuna 19; al Occidente con los corregimientos de Andes y Villacarmelo. Desde el año de 1935, aproximadamente, la Comuna se ha conformado en un 80% de su territorio mediante procesos migratorios y asentamientos urbanos no planificados. Los Barrios que la constituyen son: El Cortijo, Belisario Caicedo, Siloé, Lleras Camargo, Belén, Brisas de Mayo, Tierra Blanca, Pueblo Joven, Cementerio – Carabineros, Urbanizaciones Venezuela y Cañaveralejo, La Sultana; barrios que en su mayoría se clasifican como estratos 1 y 2.

Santiago de Cali es la tercera ciudad más poblada de Colombia. Se sitúa en la región Sur del Valle del Cauca, entre las cordilleras occidental central de los Andes. La ciudad es uno de los principales centros económicos e industriales de Colombia, además de ser el principal centro urbano, cultural, económico, industrial y agrario del suroccidente del país, y el tercero a nivel nacional.

La transición demográfica y epidemiológica de la población caleña muestra cambios significativos en la disminución de la natalidad y mortalidad, representados por disminución de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, y un incremento gradual de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, propias de poblaciones en proceso de envejecimiento (Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, 2018).

Según las proyecciones poblacionales del DANE y el estudio de población para Cali y su área de influencia, adelantado por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal DAPM en el 2012, la Comuna 20 contaba con 68.283 habitantes; la distribución por sexos está representado en un 51% por mujeres y 49% hombres. Teniendo en cuenta que el promedio de personas por familias es de 5 se calcula que el número de familias en la Comuna es alrededor de 13.656 (DANE, 2012).

Figura 3. Ubicación de la Comuna 20 en el Distrito de Santiago de Cali - Valle del Cauca- Colombia.



Fuente: Adaptación de Google Maps (2023a)

Sistema de salud

La prestación de servicios de salud de baja complejidad está garantizada por 5 Empresas Sociales del Estado creadas por el acuerdo 106 del 2003 del Concejo Municipal, entre estas empresas sociales del Estado se encuentra la Red de Salud de Ladera que presta los servicios de salud en 38 IPS en 5 de las 22 comunas y 14 de los 15 corregimientos de la ciudad, lo que corresponde al 80% del territorio de Cali, con una población asignada de más o menos 230.000 usuarios.

La red de servicios públicos está constituida por las IPS de la Red de Salud de Ladera ESE, compuesta por el Hospital Siloé Siglo XXI, que es el hospital de referencia de toda la Red de Salud. Además, cuenta con los puestos de salud Brisas de Mayo, la Estrella, la Sultana, la Sirena y Belén. La prestación de servicios de la Comuna cuenta con los programas de promoción, prevención y recuperación de la salud en todas las IPS con los servicios de urgencias, hospitalización y partos en el Hospital (Red de Salud de Ladera E.S.E & Plan de Desarrollo, 2015-2019).

Características del trabajo de la Alianza en el territorio

Una de las situaciones que enmarcaron el trabajo de esta Comuna estuvo asociada con los procesos vividos a finales de los años 80 y principios de los noventa, cuando en las grandes ciudades de Colombia se habló de la APS. En Cali, por ejemplo, en noviembre de 1989 el Municipio adoptó la estrategia de APS dentro de la nueva estructura de salud de la ciudad.

Entre 1995 y 1996 desde la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle se realizó una

evaluación de gestión de la APS en 40 municipios del Departamento del Valle del Cauca aplicando un instrumento previamente desarrollado en 1993 y aplicado en 10 ciudades de Colombia, indicando con ello que, luego de la expedición de la Ley, existía interés y necesidad de seguir realizando desarrollos orientados a mejorar los resultados en la política de salud y en la servicios de salud, incluyendo los servicios ambientales a cargo de una estructura regionalizada para garantizar la cobertura en todo el departamento, apoyados en la investigación de los servicios de salud (Apráez Ippolito, 2010).

Estos antecedentes fueron importantes a la hora de seleccionar el territorio en el cual se trabajaría el proyecto de Alianza por un futuro libre de caries, tal como lo manifiesta la directora de la Escuela de Odontología de la Universidad del Valle:

La historia de la Universidad -y de la Escuela Específicamente- ha estado ligada a la Comuna 20, porque la Escuela de Odontología ha desarrollado siempre sus prácticas en los sitios tanto comunitarios como hospitalarios de esta comuna y realmente afianzar esos lazos con esta propuesta que nos trajo la alianza era algo casi que natural, era algo de esperarse porque lo que se ha visto a través de investigaciones, que ya se han hecho en terreno, es que esta alianza y todo lo que se ha propendido por parte de la Facultad de Salud y específicamente por parte de la Escuela de Odontología ha redundado en la salud y el bienestar de esta población. Por lo que desligarnos en este proyecto tan trascendente no tenía presentación.... Fue una decisión, definitivamente, muy positiva, tanto para el crecimiento de la Escuela y de la formación de nuestros estudiantes y también lógicamente para el beneficio de esta comunidad que tanto necesita el apoyo de nosotros.

Por otra parte, la presencia del Convenio Docencia Servicio, firmado a 10 años, garantizó la continuidad del proyecto:

Una vez definida la selección de la ESE Ladera como sitio demostrativo para la Universidad del Valle para la Alianza, a través del Comité Docencia Servicio se planteó a los Directivos de la Red de Salud la propuesta de trabajar en el proyecto, lo que les pareció atractivo una vez que la Universidad ha sido la Institución con la que mejores relaciones ha tenido durante muchos años. (Documento de Sistematización Univalle ESE Ladera 2012-2014)

Una de las características que ha facilitado el desarrollo de la Alianza en este territorio tiene que ver con el liderazgo de las interlocutoras en la Red de Salud de Ladera, facilitando espacios técnicos y políticos importantes para el proyecto, tal como lo representan las expresiones de los representantes institucionales:

Este taller permitió que el equipo de la comuna 20 se conociera con los equipos de los otros sitios y permitió dar la posibilidad de escuchar a las personas de la red de salud Ladera desde los convenios con Diana Castrillón. (Representante institucional, Taller Sistematización con representantes Institucionales Alianza, Cali, Comuna 20, 2017)

En este territorio, la Alianza se ha convertido en el proyecto que congrega a las demás Instituciones de manera permanente como la Secretaría de Salud Pública Municipal a través de la referente de Salud Bucal, la Academia de Odontopediatría, Coomeva Medicina Prepagada y el programa de Sonrisas Brillantes de Colgate, donde los eventos masivos, que se han convertido

en espacios de trabajo interinstitucional e intersectorial tal como lo refleja el siguiente testimonio:

En el año 2017, se llevó a cabo el día del cepillado en el marco del día mundial por un futuro libre de caries, con la participación de 110.000 niños de la ciudad de Cali, 15.000 adultos cepillados simultáneamente y la participación de Sura, Comfenalco, Cosmitet, Secretaría de Educación e ICBF como nuevos aliados del proyecto. (documento de recopilación de experiencias Territorio demostrativo de Cali, 2017)

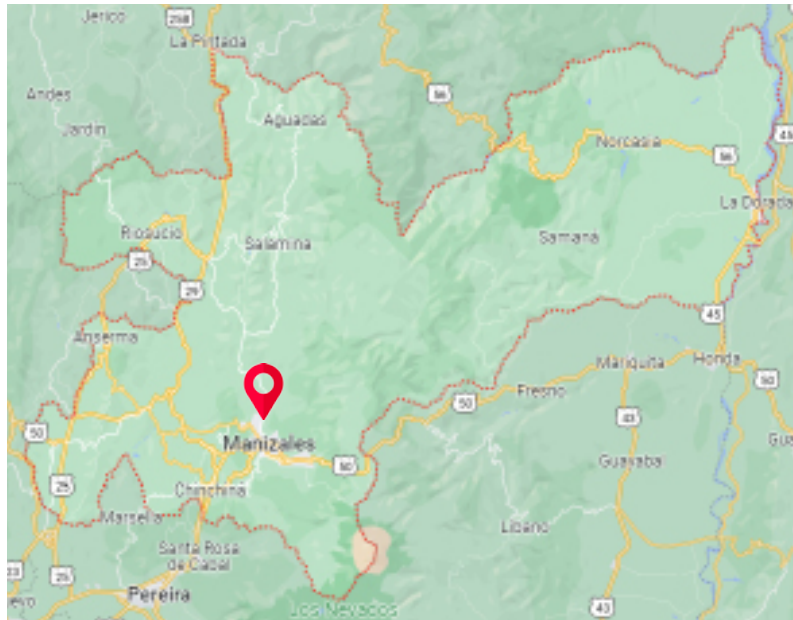
A pesar de no ser actores permanentes del proyecto, en los eventos masivos hubo participación de instituciones que quisieron hacer visible su accionar. Uno de los retos para este territorio ha sido poder concentrar estos actores de manera permanente.

Territorio demostrativo Manizales – Caldas

Características sociodemográficas

Caldas es uno de los 32 departamentos que conforman la República de Colombia. Está ubicado en el centro del país. En la región Andina, limita al norte con Antioquia, al noreste con Boyacá, al oeste con Cundinamarca y al sur con Tolima y Risaralda. Está clasificado como categoría dos (Ley 617 de 2000). Con una población de 993.866 habitantes al 2018.

Figura 4. Ubicación del Municipio de Manizales en el Departamento de Caldas -Colombia



Fuente: Adaptación de Google Maps (2023a)

Caldas está dividido en 32 municipios, ubicados en 7.888 Km² que corresponden al 0.7% de la superficie del país. Estos municipios se encuentran distribuidos en 6 subregiones: norte, occidente alto, occidente próspero, oriente y magdalena caldense. Manizales es su capital.

El municipio de Manizales fue fundado en 1864, tiene una altura de 2150 MSNM, una temperatura promedio de 18 °C y una extensión de 508 Kms². Se encuentra ubicado en el centro-occidente del país, cruzado por los ríos Cauca y Magdalena, en la zona llamada el “Triángulo de Oro”. Tiene una extensión de 4401 km, de los cuales el 14% corresponde al área urbana. Se encuentra clasificado en categoría uno, lo que significa que tiene más de 500.000 habitantes y los ingresos corrientes de libre destinación anuales superan los 400.000 salarios mínimos legales vigentes (Ley 617 de 2000).

La ciudad está agrupada en once comunas con 114 barrios en la zona urbana. La zona rural la conforman siete corregimientos divididos en veredas y caseríos (Acuerdo 589 de 2004, 2012). La economía ha sido

básicamente agropecuaria; hace parte de uno de los departamentos productores de café más importantes del país.

Cuenta con 396.075 habitantes. Según las proyecciones del DANE, entre el 2005 y el 2016, aumentó su población en 17.672 habitantes; la densidad poblacional es de 695 habitantes por km². El 93% de la población habita en la zona urbana. Manizales concentra el 40,1% de la población del departamento.

Para el año 2017, la mayor población estaba representada por el grupo de 27 a 59 años con un 61%, seguida por el grupo de jóvenes de 19 a 26 años con 20%, la población de primera infancia representa el 7% y la infancia 8% (ASIS Municipio de Manizales, 2018). Para ese mismo año, la población víctima de desplazamiento correspondía a 24.804 personas, de las cuales el 51,3% son hombres. En el municipio, la proporción de personas con necesidades básicas insatisfechas es del 10,03%, la población en miseria es del 0,99% y la población en hacinamiento es del 14,20%.

Sistema de salud

Manizales cuenta con 47 instituciones de segundo nivel de atención y 26 de tercer nivel de atención. Tiene una Empresa Social del Estado, Assbasalud ESE de primer nivel de atención, prestadora de servicios de salud de bajo y mediano nivel de complejidad. Al 2016, Assbasalud ESE contaba con 17 instituciones, distribuidas en la zona urbana y rural del municipio. El aseguramiento en salud es del 98%, el 21% están afiliados al régimen subsidiado, el 75% al régimen contributivo y el 2% a régimen especial o de excepción. La población pobre no afiliada es del 1%.

En Manizales, la estrategia de APS ha permitido la caracterización de 40.509 familias en la vigencia 2012-2015, de las cuales 7.451 corresponden al área rural; con respecto al área urbana, se caracterizó la población de cinco comunas para un total de 45.078 personas en 17.595 familias.

Características del trabajo de la Alianza en el territorio

Una de las situaciones por las que se seleccionó Manizales como sitio demostrativo fue el trabajo interinstitucional realizado en torno a la implementación de la Política Pública en Salud Bucal de la Ciudad. En el año 2012, después de la solicitud realizada por el Secretario de Salud Municipal de Manizales, se obtuvo respuesta del grupo gestor aceptándolo como territorio demostrativo.

A partir de este momento se armonizaron los objetivos de la Política de Salud Oral de Manizales con los de la Alianza, puesto que se estaba en su reformulación y se comienza a incluir la imagen de la Alianza en todo el material informativo de la Secretaría de Salud Pública Municipal, lo que va generando posicionamiento del proyecto en el municipio.

La coordinadora de la Universidad Autónoma de Manizales, en el territorio demostrativo de Manizales, manifestó que su experiencia inicial en el proyecto fue un poco extraña, por haber ingresado después de los otros 3 territorios y bajo condiciones diferenciales:

La primera experiencia en el grupo gestor fue un poco extraña. Lilibiana me dijo que tenemos que mostrar los desarrollos de Manizales en relación con nuestro trabajo en la Alianza, porque no

estamos siendo reconocidos como territorio demostrativo. Recuerdo que llegamos a la hora prevista a las instalaciones de Colgate en Bogotá y tuvimos que esperar durante casi una hora. Al ingresar, sentí que en ese momento era nuestra responsabilidad el poder pertenecer a ese grupo. Escucharon nuestra presentación; en esa ocasión ya teníamos escrito el proyecto de línea de base y muchos avances más que hacíamos en el territorio. Finalmente, nos permitieron ser un territorio demostrativo, sin recursos inicialmente. Y bueno, sentí que se había cumplido la misión, pero al mismo tiempo un ambiente de señalamiento que no lograba comprender al principio.

El pertenecer al proyecto Alianza empezó a dar cierto posicionamiento al trabajo conjunto de la Secretaría de Salud Municipal y la Universidad; hizo que la Dirección Territorial de Salud de Caldas se convirtiera en un actor aliado del territorio:

El proyecto Alianza lo conocí aproximadamente en el año 2015, cuando ingresé a la Dirección Territorial de Salud, y todo debido a una solicitud que se hizo para que nosotras hiciéramos también parte del proyecto. Entonces, a partir de ese año, comenzamos a conocer todas las estrategias y todas las actividades que se realizaban en el marco de la alianza. Como referente en la parte de salud oral y debido al gran impacto que ha tenido la Alianza, en ese momento en el municipio, me puse como reto lograr que la dirección territorial se incluyera en el proyecto, de forma que en los municipios también pudiéramos implementar todas las actividades que se hacen en el marco de la Alianza. Sabemos que no ha sido fácil, que ha habido muchas entidades que han realizado la solicitud. (Referente salud oral del departamento)

Se logró identificar la fuerza que tomó la Alianza en este territorio, pues se convirtió en el proyecto principal:

Fue el proyecto bandera de la Alcaldía de Manizales durante el periodo 2012-2015. Este programa liderado desde la Secretaría de Salud y lógicamente con el acompañamiento y fortalecimiento académico de la Universidad Autónoma de Manizales, brindó servicios de salud a la comunidad. (Secretario de Salud del municipio de Manizales)

Determinando acciones muy específicas para el territorio como las ciclo vías y fluratonés, actualización permanente de profesionales y posicionamiento local del proyecto:

El apoyo que ha tenido la Alianza y su reconocimiento en la ciudad es gracias al empoderamiento y liderazgo que se está generando en los niños; me parece fundamental, viendo el impacto que ha tenido allí, que los mismos niños sean líderes y que ellos mismos promuevan y se sientan importantes en ese cuento, ha sido un éxito, diría yo. (Coordinadora Programa de Odontología, Universidad Autónoma de Manizales)

A modo de conclusión, se identificó que los aspectos contextuales que rodearon las acciones del proyecto alianza han sido definitivos para que esta experiencia haya logrado adaptarse a circunstancias generales que repercutieron en el accionar local, situaciones que han sido retadoras para lograr el mantenimiento del trabajo y que, de alguna manera, han consolidado los equipos de cada uno de los territorios demostrativos. La Alianza por un Futuro Libre de Caries en Colombia ha sido objeto de adaptaciones

permanentes, dadas las condiciones ya mencionadas, como sucede con este tipo de intervenciones sensibles al contexto.

Características del sistema de salud ruralidad y aspectos políticos de los 4 territorios

En el cuadro 1 se presentan algunas características del Sistema de Salud, la Ruralidad y los aspectos políticos de los cuatro territorios demostrativos.

Cuadro 1. Características del Sistema de Salud, Ruralidad y condiciones Políticas de los 4 territorios demostrativos.

Territorio	Sistema de Salud	Ruralidad	Político
Anapoima	No descentralizado. Un Centro de Salud y dos puestos de salud. Hospital de referencia: Pedro León Álvarez de la Mesa-Cundinamarca. Programa de APS "Salud a tu Casa" financiado por el Municipio.	27 veredas y dos inspecciones de Policía. Índice GINI de concentración de la propiedad rural (0,67) (Plan de Desarrollo Municipal Anapoima, "Vamos por la Equidad Social" 2016-2019) Actividad económica rural: Cultivo de frutales, café y caña; actividades pecuarias y turismo (fincas de recreo). (Plan de Desarrollo Municipal Anapoima, 2016-2019) 57% población rural (Proyección DANE, 2015)	Categoría 5. no certificado. Educación y salud dependientes del orden Departamental: condiciona la toma de decisiones en dos aspectos fundamentales para el desarrollo de la Alianza. Vincula objetivos específicos de la Alianza en su Plan Local de Salud. Fuerte compromiso de la Secretaría para el Desarrollo y la Equidad Social y el Delegado Municipal para la Primera Infancia

Territorio	Sistema de Salud	Ruralidad	Político
Andes	<p>La ESE Hospital San Rafael es el único prestador de carácter público y ofrece servicios de salud de primer y segundo nivel de atención a toda la población del municipio. Cuenta con una sede hospitalaria en la cabecera municipal y 6 puestos de salud en corregimientos, los que prestan servicios básicos dos o tres días a la semana: San José, Buenos Aires, Tapartó, Chaparrala, Santa Rita, Santa Inés. En estos puestos de salud no se cuenta con servicio odontológico.</p>	<p>Municipio con una distribución en la ubicación de su población del 49.5% urbano y 50.5% rural. Cuenta con cinco corregimientos: Santa Inés, Santa Rita, Buenos Aires, San José, Tapartó y dos corregimientos en procesos de formación: La Chaparrala y San Bartolo; los corregimientos están conformados por 63 veredas.</p>	<p>Municipio de sexta categoría de acuerdo con lo definido en la Ley 617 de 2000, por su capacidad de gestión administrativa, fiscal, la cantidad de población y los ingresos corrientes de libre destinación. En su organización administrativa cuenta con Secretaría de Educación para la Cultura y el Deporte, Secretaría de Gobierno y Servicios Administrativos, Secretaría de Planeación e Infraestructura Física y Secretaría de Salud y Bienestar Social, y la Oficina de Control Interno.</p>
Cali	<p>El municipio de Santiago de Cali cuenta con 5 Empresas Sociales del Estado. La ESE Ladera consta de 38 IPS en 5 de las 22 comunas y 14 de los 15 corregimientos de la ciudad. La Comuna 20 hace parte de las Comunas del territorio de esta ESE. Su población es estable, debido a que el territorio no tiene más para donde expandirse. Las tasas de fecundidad han presentado un estancamiento desde hace unos 10 años.</p> <p>Respecto a la estrategia de APS Siloé fue sitio demostrativo emblemático de Cali en los años 80 y desde esa época la Red de Salud ha mantenido actividades y estrategias permanentes en esta línea de trabajo, tales como la Estrategia de Salud Familiar y comunitaria, el Comité intersectorial y un trabajo comunitario permanente.</p>	<p>La ciudad de Santiago de Cali fue fundada el 25 de julio de 1536 y cuenta con una población de 2'400.000 de los cuales el 98% habita la zona urbana que corresponde al 13% del territorio. La Comuna 20 está constituida por 8 barrios y 3 urbanizaciones, con una población de 64.400 habitantes, con una densidad de 248 habitantes por hectárea. Fue una zona donde se instaló una industria minera de carbón, donde se construyeron los ranchos de los trabajadores, estos en su mayoría de tipo rudimentario. La actividad económica que predomina es el trabajo informal.</p>	<p>El Municipio está clasificado como distinto especial. A partir de agosto de 2018 por la ley 1933. Actualmente, consta de 15 Secretarías y 9 Departamentos. Consta de 22 Comunas, de las cuales la comuna 20, ubicada en la zona sur occidental de la ciudad, se caracteriza porque en los años 50 presentó una alta migración poblacional proveniente del sur occidente del país y el norte del Valle, (en una época de la violencia que coincide con la muerte de Jorge Eliécer Gaitán). Sus poblaciones se caracterizan por un gran espíritu comunitario cuyos moradores, al salir por las tardes del trabajo, se unían para abrir caminos y vías de penetración a la zona. Hoy día cuenta con un desarrollo vial importante, acueducto y alcantarillado en el 98% del territorio; dos estaciones de policía, 4 estaciones del Mío cable.</p>

Territorio	Sistema de Salud	Ruralidad	Político
Manizales	<p>Cuenta con 47 instituciones de segundo nivel de atención y 26 de tercer nivel de atención. Tiene una Empresa Social del Estado, Assbasalud ESE, de primer nivel de atención, prestadora de servicios de salud de bajo y mediano nivel de complejidad. Al 2016, Assbasalud ESE contaba con 17 instituciones, distribuidas en la zona urbana y rural del municipio</p> <p>El aseguramiento en salud es del 98%, el 21% están afiliados al régimen subsidiado, el 75% al régimen contributivo y el 2% a régimen especial o de excepción. La población pobre no afiliada es del 1%. En Manizales la estrategia de APS ha permitido la caracterización de 40.509 familias en la vigencia 2012-2015, de las cuales 7451 corresponden al área rural; con respecto al área urbana se caracterizó la población de cinco comunas para un total de 45,078 personas en 17.595 familias.</p>	<p>Caldas está dividido en 32 municipios, distribuidos en 6 subregiones: norte, occidente alto, occidente próspero, oriente y magdalena caldense. Manizales es su capital fundada en 1864. El 14% de su territorio corresponde al área urbana. Con una población de 396.075 habitantes, de los cuales el 93% habita en la zona urbana.</p> <p>Manizales concentra el 40,1% de la población del departamento. Se encuentra clasificado en categoría uno, con una población de 396.075 habitantes. La ciudad está agrupada en once comunas con 114 barrios en la zona urbana. La zona rural la conforman siete corregimientos. Es uno de los departamentos productores de café más importantes del país.</p>	<p>Manizales en su estructura político-administrativa cuenta con las secretarías de Planeación, Hacienda, del Medio Ambiente, de las Mujeres y Equidad de Género, Agricultura, de Gobierno, de Obras Públicas, Tránsito y Transporte, de Educación, TIC y Competitividad, Salud Pública, Desarrollo Social, del Deporte. Y cuenta con 8 entidades descentralizadas de primer orden que incluyen la Empresa Municipal para la salud, Centro de Recepción para menores, Hospital de Caldas ESE, Hospital Geriátrico ESE, y ASSBASALUD ESE. Como entidades descentralizadas de segundo orden cuenta con el Terminal de Transporte, Centro de Diagnóstico Automotor de Caldas, Aguas Manizales S.A. E.S.P, Empresa Metropolitana de aseo EMAS, People Contact S.A., Infotic S.A., Empresa de Renovación Urbana.</p>

Referencias

- ACFF. (2011). *Documento Marco - La Alianza por un Futuro Libre de Caries - Colombia*. Disponible en: <https://www.acffglobal.org/es/capitulos/>
- ACHC. (2015). *32° Informe De Seguimiento De Cartera Hospitalaria Con Corte a Junio 30 De 2014*. 29. Disponible en: http://achc.org.co/documentos/investigacion/estudios/achc/periodicos/cartera/28.INFORME_CARTERA_A_JUNIO_DE_2012.pdf
- Alcaldía Municipal de Anapoima. (2016). *Plan de Desarrollo del Municipio de Anapoima “Vamos por la equidad social 2016-2019”*.
- Apréaz Ippolito, G. (2010). *Evaluación de la Atención Primaria de la Salud en Colombia como Política de Salud 1939-2008 - Estudio de Caso* [Universidad Nacional de Colombia]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/2725/1/597387.2010.pdf>
- Artaza Barrios, O., Méndez, C. A., Holder Morrison, R., & Suárez Jiménez, J. M. (2011). *Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los Hospitales*. https://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf
- Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación. (2017). *Cali en Cifras*. Disponible en: <https://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/137803/documentos-cali-en-cifras/>
- Cárdenas, N., & Hoyos, A. (2012). *Propuesta para la implementación del modelo de Atención Primaria en Salud Renovada para Antioquia en el municipio de Andes*. Universidad de Antioquia.
- Congreso de la república de Colombia. Ley 617 de 2000.
- Corte Constitucional. (2016). *Constitución Política de Colombia de 1991 actualizada con los Actos Legislativos a 2016*. Bogotá. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion politica de Colombia.pdf>

- DANE. (2012). *Departamento Administrativo Nacional de Planeación. DANE Proyecciones poblacionales*. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- DANE. (2018). *Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>
- García, L.M. (2014). *Documento de Sistematización Univalle ESE Ladera. Cali*.
- García, L.M. (2017). *Documento de Recopilación de experiencias, territorio demostrativo de Cali. Cali*
- Gobernación de Antioquia. (2012). *Plan de Desarrollo Departamental 2012- 2015. Antioquia la más educada*.
- González Perafán, L., & Delgado Bolaños, C. R. (2018). Homicidio de defensores y defensoras de paz: una tragedia que no se detiene. *Ideas Verdes. Análisis Político*, 6, 16. Disponible en: https://co.boell.org/sites/default/files/20180228_ideasverdes_no6_web.pdf
- Google Maps. (2023a). Recuperado el 3 de mayo de 2023.
- Melo, J. O. (2016). Resumen del acuerdo de paz. *Revista de Economía Institucional*, 18(35), 319-337. <https://doi.org/10.18601/01245996.v18n35.19>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. VII Reunión del Consejo de Salud*. Disponible en: <http://isags-unasur.org/es/publicacao/sistemas-de-salud-en-suramerica-desafios-para-la-universalidad-la-integralidad-y-la-equidad/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAV IV (Vol 3). <https://doi.org/10.1787/9789264207813-3-es>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud. *Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID)*, 97. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Soy generación más sonriente. Cuidados Bucales y Aplicación de Barniz de Flúor* (p. 5). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/cartilla-cuidados-bucales2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0429 de 2016.
- Municipio de Andes. (2012). *Plan de Desarrollo Municipal. Juntos Construyendo Futuro, Andes Ciudad Educadora 2012-2015*.
- OCDE & Ministerio de Educación. (2016). *Revisión de políticas nacionales de educación, la educación en Colombia*. Disponible en: https://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-356787_recurso_1.pdf
- OMS. (2009). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. *Organización Mundial de la Salud*, 264. <https://doi.org/10.1021/ed017p264>
- OMS. (2011). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Disponible en: https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
- Otálvaro Castro, G. J., Zuluaga Salazar, S. M., Jaramillo Delgado, G., Ternera Pulido, J. H., & Sandoval, S. (2018). Políticas de salud bucal en Colombia en el marco del sistema general de seguridad social en salud: una aproximación panorámica. En: *Observatorio Iberoamericano de políticas públicas en salud bucal: construyendo un bloque por más salud bucal. 2nd ed. Sao Paulo*, 2-12.

- República de Colombia. Departamento de Cundinamarca. Consejo Municipal de Anapoima. Acuerdo No. 0004 de 2016. Plan de Desarrollo Municipal Anapoima: *Vamos por la Equidad Social 2016-2019*. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/393105500/plan-de-desarrollo-anapoima>
- Políticas Públicas Niños, Niñas, Adolescentes Anapoima 2013-2023. Disponible en: <http://anapoima-cundinamarca.gov.co/ciudadanos/ProyectosNormatividad/acuerdo-no-020-de-2013.pdf>
- Ramírez, M. (2013). *Informe de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud 2012 – 2013 en el Municipio de Andes-Antioquia*.
- Red de Salud de Ladera E.S.E, & Plan de Desarrollo. (s. f.). *Llegamos donde otros no llegan 2015-2019*.
- Resolución 3280 de 2018 . Recuperado 16 de julio de 2020. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No._3280_de_20183280.pdf)
- Secretaría de Salud Pública de Manizales. (2018). *Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud Manizales 2018*. http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/descargas/2018/asis-municipal-2018-Manizales_Caldas.pdf
- Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. (2018). *Análisis de Situación Integrado de Salud (ASIS) del Municipio de Cali – año 2018*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-Cali-2018.pdf>
- Secretaría de Salud y Bienestar Social. (2015). *Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud - Municipio Andes*.
- Secretaría para el desarrollo y la Equidad Social. Anapoima. (2017). *Ficha técnica lineamientos convenio APS (2017)*.

- SobreManizales. (2012, junio 24). *División en comunas de manizales (barrios y subdivisiones) basado en el Acuerdo 589 de agosto 31 de 2004 y en el Decreto extraordinario 0042 del 28 de febrero de 2005.* Disponible en: <http://sobremanizales.blogspot.com/2012/06/division-en-comunas-de-manizalesbarrios.html>
- Villar, L. (2009). La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública. *Deslinde*, 36, 1-10. Disponible en: <https://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/36-14.pdf>

≈ Capítulo 4

Frente académico

Sofía Jácome Liévano · Emilia Ochoa Acosta · Stefanía Martignon

Este capítulo presenta una descripción de la experiencia del Frente Académico de la Alianza por un Futuro Libre de Caries (AFLC) - Capítulo Colombia. El escrito comprende tres temas: el primero consiste en la reconstrucción de la trayectoria del trabajo del frente académico, destacando los principales hitos desde el inicio del proceso. El segundo, contempla un análisis crítico acerca de la implementación de acciones en escenarios académicos para el logro de las metas propuestas en el proyecto Alianza por un Futuro Libre de Caries, teniendo en cuenta las diferentes miradas de sus protagonistas y las distintas fuentes propias del trabajo realizado desde el inicio; pone de presente adicionalmente, algunos conceptos que subyacen a las prácticas de los actores involucrados en el proyecto. El tercero da cuenta de los aprendizajes derivados de esta experiencia evidenciado en los procesos de seguimiento y evaluación desarrollados y de la prospectiva.

Reconstrucción del proceso

Figura 1. Línea de tiempo del trabajo del frente académico



La AFLC - CC planteó como una de sus metas que: “Para el año 2015, el 90% de las Facultades de Odontología y las Asociaciones Dentales, habrán adoptado y promovido el paradigma actual de la caries dental para avanzar significativamente en su prevención y manejo, incluyendo a los diferentes actores y logrando un nivel de consenso social del modelo de atención”. (Grupo Gestor de la Alianza por un Futuro Libre de Caries, 2014) Para avanzar en el logro de esta meta, se ha venido realizando una construcción participativa con la comunidad académica odontológica vinculada a la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO, 2010). El proceso ha contemplado dos etapas: la primera, desarrollada en los años 2011 y 2012, orientada a la elaboración de un consenso nacional para la enseñanza de la cariología desde el paradigma actual de caries, asumiendo esta patología como un proceso continuo con varias etapas, nuevas formas de diagnóstico, de valoración del riesgo y de tratamiento no operatorio, desde las lesiones tempranas hasta las cavitacionales; y la segunda, desde el 2013 hasta la actualidad, dirigida a apoyar la adopción e implementación del consenso construido y realizar su seguimiento.

Primera etapa: hacia un consenso sobre dominios, objetivos de formación y contenidos de cariología para el pregrado de odontología en Colombia

El proceso desarrollado por el Frente Académico ha asumido desde su inicio como premisa que el logro de esta meta solamente es posible con la participación de la comunidad odontológica, por lo cual su desarrollo ha involucrado estudiantes, docentes, directivos de

las Facultades de Odontología del país y de los servicios de salud y odontólogos en ejercicio.

El logro del consenso sobre los dominios, objetivos de formación y contenidos de cariología para el pregrado de odontología en Colombia, por parte del grupo de trabajo del frente académico de la AFLC, contempló siete fases. Se consideró necesario iniciar el proceso para el consenso a partir de la exploración y análisis del estado de la enseñanza de la cariología en Colombia. Por tal razón, la primera fase, concretada en el Primer Encuentro Nacional de Docentes en el 2011, se propuso identificar las oportunidades y las problemáticas en relación con la adopción de los conceptos actuales en caries dental, teniendo aspectos prioritarios como son los institucionales, el compromiso de los actores y la inclusión de los conceptos propios del paradigma actual en procesos investigativos, de proyección social y de educación continua.

En este encuentro se contó con la participación de la comunidad académica odontológica vinculada a la ACFO, representada en 23 programas. Por cada una participaron dos docentes, uno de ellos responsable de la enseñanza de caries dental y el otro representante del área curricular (n=46). Para este taller, así como para las demás actividades adelantadas por el frente académico que implicaron la participación presencial de representantes de las instituciones participantes, Instituciones de Educación Superior (IES) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), la AFLC otorgó un apoyo económico para los desplazamientos o alojamientos de los participantes, lo que hizo posible la participación de al menos un representante de cada institución.

Resulta pertinente destacar en este punto el tiempo invertido por los docentes participantes de cada uno de los programas durante todo el

proceso de construcción del consenso y de su implementación. Si bien tuvo lugar un apoyo importante por parte de los decanos de las facultades de odontología, concediendo algunas horas de las jornadas laborales de los docentes para ser dedicadas a este proceso, no siempre fueron suficientes, por lo que la motivación y convicción de los profesores favoreció para que ellos mismos concedieran tiempo fuera de sus jornadas laborales a este proyecto.

Por experiencias previas en este tipo de procesos con las facultades, en las que de manera comprensible los docentes deseaban mostrar las fortalezas de sus programas, se consideró necesario aclarar a los participantes de las facultades que, si bien no se pretendía desconocer los avances y fortalezas de cada programa en la formación sobre caries dental, era muy importante que se explicitaran las dificultades y obstáculos que tenían para el logro de los objetivos propuestos en la formación. Adicionalmente, se insistió en que no se trataba de mostrar lo que existía “en papel” en las diferentes propuestas curriculares, sino de mostrar las realidades para que el ejercicio realmente aportara al mejoramiento de la formación en esta temática y a la conformación de comunidad académica, con el fin de que beneficiara tanto a la academia como a la población.

Se seleccionaron algunas temáticas orientadoras del trabajo participativo como fueron: la situación de salud bucal en relación con la caries dental, el derecho a la salud y a la salud bucal, los determinantes sociales y la situación de salud bucal, y algunas reflexiones sobre la formación del recurso humano en salud bucal, así como su pertinencia para el logro de la incorporación de la actual concepción y manejo de la caries dental. Al final del encuentro se concertaron acuerdos para las fases siguientes,

generándose un compromiso importante por parte de los participantes como representantes de los diferentes programas, asegurando la continuidad del proceso participativo.

La segunda fase, realizada en el año 2012, contempló la realización de un taller en cuatro regiones del país (Caribe, Bogotá y Oriental, Central y Occidental), denominado: “Construcción de Competencias frente a la prevención y manejo integral de la Caries dental en la formación del odontólogo en Colombia”, con el fin de cumplir con tres objetivos: el primero, socializar el diagnóstico producido a partir del encuentro nacional realizado en el 2011 y profundizar en la comprensión de los modos de la enseñanza de la cariología y los desafíos para la formación en los programas de Odontología del país; el segundo, reconocer las experiencias de desarrollo académico y curricular relacionadas con un manejo integral de la caries dental, desarrolladas por los programas de Odontología del país, para identificar y compartir alternativas orientadas a mejorar la calidad de la formación profesional; y el tercero, construir una propuesta conjunta, con la participación de todas las facultades de Odontología, sobre las competencias frente a la prevención y manejo de la Caries dental con enfoque integral, en el marco del paradigma actual, que debe tener el odontólogo que egresa de las facultades de Odontología de Colombia. El cumplimiento de estos objetivos se vislumbró como la posibilidad de tener un avance significativo en la vía de cumplir la meta de la adopción e implementación del paradigma actual de la caries dental.

Como aporte para la discusión, se enviaron a cada facultad cinco (5) documentos referentes para la propuesta sobre las competencias en

cariología¹ (ACFO, 2010; Pitts et al., 2011; Sanz Alonso et al., 2005; Sanz & Antoniazzi, 2010; Schulte et al., 2011), para que sirvieran como apoyo conceptual y metodológico para la organización de las competencias que cada facultad tenía definidas alrededor de esta temática. Se solicitó entonces llevar una postura sobre estos puntos para el trabajo con las demás facultades de la región, tomando como base principal la propuesta europea en cariología, pero teniendo en cuenta lo existente en cada programa y lo planteado también en los artículos y documentos enviados.

Para el enfoque y la metodología de los talleres realizados con los docentes de las diferentes regiones, se tuvieron en cuenta las distintas perspectivas curriculares y los aspectos particulares del plan de estudios de cada facultad. en este ejercicio se entendió al currículo no como un concepto, sino como una construcción cultural propia de cada programa y, en este sentido, como la expresión de la manera de organizar la práctica educativa (Roldán et al., 2000). De esta manera, el currículo se consideró desde la perspectiva de los docentes y en relación con distintos aspectos del proceso educativo, y de las dinámicas institucionales que ellos consideraron relevantes.

Imagen 1. Taller regional región central y grupo de trabajo región caribe



¹ Los documentos en mención fueron: Plan de estudios europeo en cariología para estudiantes de pregrado en Cariología. A.G. Schulte N.B Pittsb M.S.D.N.J.M Huysmansc C. Spliethd W. Buchallae; Evaluación de riesgo de caries, diagnóstico y síntesis en el contexto de un plan de estudios europeo en Cariología. N. Pitts, P. Melo, S. Martignon, K. Ekstrand y A. Ismail A; Hacia un consenso de las competencias de formación del Odontólogo Colombiano. División de Educación ACFO, 2010; Libro del proyecto Latinoamericano de convergencia en Educación Odontológica PLACEO y Libro Blanco, Título de grado en Odontología, Agencia Nacional de evaluación de la calidad y Acreditación.

Los talleres que se adoptaron se caracterizaron por propiciar la construcción colectiva del conocimiento, a partir de una metodología participativa y dinámica, cuyo resultado fue un producto cualitativamente superior. Esto favoreció la consolidación de los vínculos entre la teoría y la práctica mediante la reflexión y problematización desarrollada por los sujetos del proceso, en correspondencia con los objetivos concretos que se trazaron y con los resultados del trabajo ya realizado (Socarrás et al., 2013).

Los grupos de discusión desarrollados en las cuatro regiones permitieron, además del cumplimiento de los objetivos planteados, poner en conversación aspectos conceptuales de las diferentes propuestas curriculares y visualizar proyectos conjuntos uniendo fortalezas identificadas en los programas participantes.

El éxito logrado en estos talleres se atribuyó al ambiente académico y de respeto entre colegas, que contribuyó a la construcción conjunta, a partir de las diferencias y las diferentes miradas. Una dificultad presentada en este proceso surgió por parte de un programa de odontología en el taller realizado en la Región Central, cuyos representantes plantearon desacuerdos frente al enfoque de competencias asumido para el consenso de formación en pregrado, lo cual generó un debate en el que participaron todos los representantes de los programas asistentes al taller, aportando elementos conceptuales desde sus experiencias curriculares bajo el concepto de competencias, definiendo finalmente seguir adoptándolo para el proceso de consenso. Se dejó clara la potestad y autonomía de asumirlo o no, por parte de las diferentes instituciones y programas participantes. Lo anterior no afectó el curso del taller, el cual cumplió con los objetivos propuestos.

El análisis del proceso desarrollado hasta el momento permitió evidenciar que las facultades participantes habían avanzado en el desarrollo de procesos internos de discusión y análisis, llevándolos a reflexiones curriculares más allá de lo correspondiente a la formación en cariología. Los talleres se convirtieron en un pre-texto para sacar a la luz las dificultades presentadas en los diferentes proyectos educativos relacionados con el paso de la teoría a la práctica, los procesos evaluativos, las metodologías de enseñanza-aprendizaje, las contradicciones existentes entre los conceptos sobre los que queremos formar y las prácticas formativas, entre otras.

Asimismo, se generó un reconocimiento mutuo del valor de las experiencias positivas socializadas por todos los programas, lo cual -sumado a la voluntad evidenciada por los docentes participantes por hacerlas viables en los programas que lo requerían- motivó la conformación de comunidades académicas, tanto al interior de los programas como entre los mismos.

La tercera fase correspondió al grupo coordinador y consistió en el análisis y compendio de la información producida en las dos primeras fases, tanto en el taller nacional como en los regionales, para terminar con la consolidación de la primera versión del consenso nacional de enseñanza de cariología desde concepciones actuales de la caries dental, la cual se remitió para revisión por parte de expertos con el fin de enriquecer el producto obtenido con los aportes de la comunidad académica.

En la cuarta fase se incorporaron estos aportes y se obtuvo una nueva versión más depurada del documento. Una quinta fase consistió en una nueva revisión por pares nacionales en las áreas

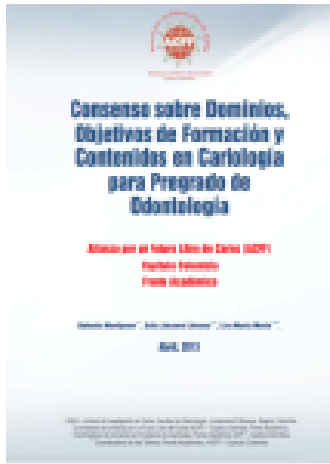
de cariología y salud pública, y de referentes en las áreas de educación, investigación, ciencias básicas y prostodoncia.

Posteriormente, en una sexta fase -y en coherencia con el espíritu participativo del proceso desarrollado- se socializó y validó la propuesta consensuada, tanto con los docentes participantes en el proceso, como con los decanos de las Facultades de Odontología. Las sugerencias y los aportes que se consideraron pertinentes se retomaron con el interés por construir un consenso que representara las concepciones y orientaciones de las distintas facultades participantes.

La séptima y última fase desarrollada para el logro del consenso contempló una presentación del trabajo logrado a los decanos de las Facultades de ACFO en su Consejo Directivo y su aprobación como representantes de la comunidad académica. El consenso aprobado fue socializado a docentes y estudiantes en el marco del congreso de ACFO. Las fases que tuvieron lugar para el desarrollo del consenso se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Fases desarrolladas durante la construcción del Consenso sobre Dominios, Objetivos de formación y Contenidos en Cariología para Pregrado en Odontología

Fases	Actividad
Fase 1	Primer Encuentro Nacional de Docentes.
Fase 2	Talleres regionales: Construcción de Competencias frente a la prevención y manejo integral de la Caries dental en la formación del odontólogo en Colombia.
Fase 3	Análisis de la información obtenida en los talleres desarrollados.
Fase 4	Primera versión del consenso nacional de enseñanza de cariología.
Fases 5	Primera revisión del documento de consenso por pares expertos: áreas de educación, investigación, ciencias básicas y prostodoncia.
Fase 6	Segunda revisión por pares expertos: áreas de Cariología y Salud pública.
Fase 7	Aprobación del consenso por parte de los decanos de las Facultades de Odontología participantes y socialización del mismo a la comunidad académica.



Documento del Consenso sobre dominios, objetivos de formación y contenidos en cariología para el pregrado de odontología

Segunda etapa: implementación y seguimiento a la adopción del paradigma actual de caries por parte de la comunidad académica

La segunda etapa del proceso, orientada a apoyar la adopción e implementación del paradigma actual de la caries dental y realizar un seguimiento, ha contemplado hasta la actualidad diferentes estrategias y actividades. La primera, realizada en el año 2013, fue concretada en el **“Segundo encuentro nacional de enseñanza en cariología”**. Al igual que para los encuentros anteriores, la AFLC otorgó un apoyo económico para asegurar la presencia de al menos un representante de cada facultad de odontología. Este encuentro se preparó ante la certeza del grupo coordinador de que las facultades habían llevado a cabo desarrollos importantes

asociados con el trabajo apoyado por la AFLC, incluyendo reflexiones y experiencias en los aspectos curriculares, abordando la formación en Cariología bajo el paradigma actual y con un enfoque integral.

En consecuencia, este Segundo Encuentro Nacional se propuso evidenciar y socializar estas experiencias esperando que las diferentes facultades apropiaran aspectos de orden curricular y pedagógico que cualificaran sus diferentes proyectos educativos. Con este propósito, y como para el primer encuentro nacional, se envió un cuestionario con el objetivo de tener información previa sobre el estado actual del proceso de adopción del paradigma actual de caries en cada facultad, asumiendo que este es un proceso que avanza gradualmente, de manera intencionada y planificada, y que cada facultad tiene su propia dinámica de desarrollo curricular. Se solicitó entonces que las respuestas fueran lo más fieles a la realidad existente, ya que esto brindaría información invaluable sobre el proceso, sus dificultades, sus fortalezas y los aspectos que se podrían apoyar con el concurso del equipo de la AFLC y de otras facultades.

Adicionalmente, con el fin de involucrar en este proceso a los estudiantes, se realizó un concurso que involucró a todas las Facultades de Odontología, cuyo objetivo fue estimular a los estudiantes en el diseño y ejecución de estrategias preventivas de la caries dental en niños, para las clínicas de su respectiva facultad, que reflejaran el entendimiento actual de la caries. Se recibieron nueve (9) propuestas y se socializaron las tres finalistas ante jurados para definir, en el encuentro el proyecto ganador.

Imagen 2. Estudiantes y docentes Universidad del Sinú (Cartagena) ganadores del concurso y equipo coordinador del Segundo Encuentro Nacional. 2013



La respuesta a esta convocatoria fue totalmente favorable; tanto los docentes como los estudiantes demostraron haber realizado una reflexión sobre el estado de la formación en el marco del paradigma actual de la caries dental. El desarrollo del encuentro permitió compartir experiencias de orden curricular y didáctico, no sólo relacionadas con la caries dental sino con todas las áreas de formación, en coherencia con el enfoque integral pretendido en la formación de los futuros profesionales odontólogos.

Continuando con el proceso de seguimiento y evaluación, durante los años 2014 y 2015, se diseñaron e implementaron **dos procesos de medición (cualitativo-cuantitativo)** para evaluar los resultados hasta el momento de la adopción del paradigma actual de la caries dental y la implementación del consenso. En relación con el componente cuantitativo se realizó una encuesta que fue diligenciada por 22 facultades, cuyos resultados fueron compartidos posteriormente con todas las facultades participantes. Este análisis arrojó avances importantes en relación con la valoración del manejo de las lesiones iniciales de caries en la formación, proyectos comunitarios con enfoque preventivo, formación continuada alrededor del paradigma actual, entre otros. Sin embargo, se continuó evidenciando una resistencia de algunos docentes para adoptar y formar en el enfoque del paradigma actual del manejo de la caries dental y temáticas relacionadas.

El proceso cualitativo se desarrolló a través de **grupos focales**, con el fin de propiciar la interacción de los actores comprometidos con el proceso en

cada una de facultades y, de esta manera, facilitar por un lado la identificación de los niveles de avance y situaciones problemáticas, y de otro lado, el enriquecimiento del grupo, derivado del ejercicio de compartir experiencias propias de cada escenario académico. Por tratarse de una construcción que parte del conocimiento y las experiencias de los docentes participantes en el proceso de enseñanza de cariología, este grupo focal se concibió en sí mismo transformador, porque se fundamentó en el reconocimiento de las fortalezas y debilidades propias del rol docente, permitiendo, asimismo, la comprensión del contexto.

Se realizaron 3 grupos focales regionales de 90 minutos cada uno, con la participación de 24 facultades de odontología, 1 docente del área cariología por facultad. Entre los aspectos que, según los participantes, han limitado el proceso de adopción del paradigma actual de caries y la implementación del Consenso se evidenciaron procesos educativos fragmentarios y centrados en la enfermedad:

Nuestra profesión tiene sus cimientos en la enfermedad y estoy de acuerdo en que debemos basarnos en la prevención. Estamos tratando de eliminar el requisito para que se vea al paciente de manera integral...es una lucha ardua. E3

También dificultad de los currículos por tener una mirada interdisciplinaria:

Nos cuesta la integración a otras disciplinas como la salud pública y definitivamente la caries es una problemática que se relaciona con las condiciones de vida. E5

Como aspectos positivos se destacaron en el análisis de los grupos focales la inclusión de

temáticas nuevas relacionadas con el paradigma actual de la caries dental en el plan de estudios y un mayor número de proyectos investigativos sobre el tema:

Realmente tenemos investigaciones que apuntan a cambiar la mirada alrededor de la caries dental y muchas de ellas se están ejecutando por el apoyo de la Alianza por un Futuro Libre de Caries. E9

Este proceso evaluativo mostró que es fundamental seguir trabajando por la ampliación de los enfoques curriculares en odontología, con el propósito de superar la mirada reduccionista de la caries dental, centrada en una perspectiva unidisciplinar que no favorece la transformación de los aprendizajes y de las acciones en torno a la problemática de la caries dental.

Avanzando en el seguimiento del proceso, en el año 2015, el Frente Académico, junto con la Maestría en Ciencias Odontológicas de la Universidad El Bosque, la Unidad de Investigación en Caries (UNICA) y el Colaboratorio Global para el Manejo de la Caries (GCCM) de King's College Londres, decide **evaluar la adopción del paradigma actual y describir la implementación de las mejores prácticas para el manejo de caries dental**, inicialmente con odontólogos de la práctica clínica y de la academia. Adicional a la financiación desde la AFLC Capítulo Colombia, el grupo de Investigación UNICA de la Universidad el Bosque, King's College London y la Universidad Iberoamericana, este proyecto contó con apoyo financiero conseguido en la Convocatoria de Excelencia Académica de la Universidad El Bosque, en la que fue presentado.

El objetivo del estudio estuvo orientado a determinar, en relación con el manejo de caries ICCMS™ (Abreu-Placeres et al., 2018), el grado

en el que docentes y estudiantes de último semestre de las Facultades de Odontología del país perciben que tenían Capacidad, Oportunidad, Motivación y Comportamiento relacionado con estrategias de diagnóstico de lesiones y de riesgo individual de caries y de manejo de caries. El proyecto se presentó al Consejo Directivo de ACFO (febrero de 2016) para conocer el interés de participar y obtener la aprobación desde la Decanatura o Dirección de Programa de cada Facultad de ACFO del país y para solicitar además apoyo de los delegados del Área de Servicios de ACFO para la ejecución del proyecto.

Se invitó a participar a todas las Facultades de Odontología miembros y no miembros de ACFO, así como a estudiantes de último año de cada facultad. Una vez obtenida la respuesta de interés de participar de las facultades, y con el apoyo de los delegados del Área de Servicios de ACFO, se procedió a enviar a cada facultad interesada las encuestas para su diligenciamiento por docentes y estudiantes, así como una copia impresa a color de la Guía de Manejo de Caries ICCMS™ para cada docente participante y cada delegado de Servicios de ACFO o docente de cariología encargado de colaborar, y una Guía Rápida de Referencia de Manejo de Caries ICCMS™ para cada estudiante participante. Participaron 22 Facultades/Programas de Odontología del país: 213 docentes y 605 estudiantes. En la mayoría de las universidades participaron 10 docentes y el número de estudiantes correspondió a los de último semestre o año.

El estudio mostró que el paradigma actual de caries abordado desde la estrategia de manejo de caries propuesta por ICCMS™ ha sido adoptado por las Facultades de Odontología, de acuerdo con los niveles encontrados de capacidad, oportunidad y motivación de

desarrollo de las actividades reportados por los estudiantes participantes del estudio. Los niveles de adopción de los docentes mostraron ser más bajos. *La motivación* fue la variable que obtuvo menor valoración para docentes y estudiantes, explicada para los docentes tal vez por la poca valoración en puntos de calificación que se le asigna a los estudiantes y que no favorece la implementación del paradigma actual de caries; en el caso de los estudiantes en las facultades, el peso asignado en la calificación para actividades de manejo de lesiones iniciales de caries o actividades preventivas sesgó a los estudiantes a dirigir sus diagnósticos y tratamientos hacia las actividades que pueden darles mayor calificación, como por ejemplo la realización de obturaciones dentales. Estos resultados fueron compartidos con todas las facultades, sugiriéndoles evaluarlos detenidamente, con el fin de ganar terreno en la adopción del paradigma actual de caries y de esta manera mejorar el manejo y conservar de la mejor forma la mayor parte de la estructura dental.

En el año 2016, como respuesta de mejoramiento a la situación identificada en el seguimiento realizado, se implementó un **concurso docente** bajo la figura de una convocatoria dirigida a todos los docentes de las facultades de odontología miembros de ACFO. Esta tuvo como propósito promover el diseño y el desarrollo de propuestas educativas que aportaran a la comprensión de las concepciones y/o las prácticas de acuerdo con los planteamientos del paradigma actual de la caries dental. La propuesta debería ser original y planteada para ser desarrollada en el 2017.

Imagen 3. Docentes finalistas del concurso y equipo coordinador 2016



En atención a los procesos y conductos regulares existentes para las decisiones académicas en los diferentes programas de odontología, se consideró importante solicitar, además de otros requerimientos de orden académico, que la propuesta se acompañara de una carta de aval del decano/a de la facultad correspondiente. Esto con el fin de dar legitimidad a todas las propuestas y asegurar su desarrollo en caso de ser la ganadora. Las tres mejores propuestas fueron socializadas en el Congreso de ACFO realizado en el año 2016: dos (2) docentes de la facultad de odontología de la Universidad Nacional de Colombia y una de la Universidad Javeriana. El premio fue otorgado a una de las propuestas de la Universidad Nacional de Colombia.

El apoyo económico brindado por la AFLC, el apoyo desde su propia facultad y la posibilidad de socializar su experiencia con todas las facultades del país, se convirtieron en un incentivo muy importante para la construcción de las diferentes propuestas por parte de los docentes. El interés demostrado con la numerosa asistencia de docentes al evento de socialización de las propuestas se convirtió para el grupo del frente académico en una muestra de la motivación que despierta en los docentes el desarrollo de procesos que los involucre y que les permita cualificar su práctica pedagógica.

Tabla 2. Actividades desarrolladas para la implementación y seguimiento a la adopción del paradigma actual de caries por parte de la comunidad odontológica.

Año	Actividad
2013	Segundo Encuentro Nacional de Enseñanza en Cariología Concurso para estudiantes: “Estrategias Preventivas para la Clínica enmarcadas en el Paradigma Actual de Caries”.
2015	1. Validación de encuesta para la evaluación de la adopción del paradigma actual y descripción de la implementación de las mejores prácticas para el manejo de caries dental. 2. Evaluación por medio de grupos focales de la adopción del consenso de enseñanza de cariología y la adopción del paradigma actual de manejo de caries dental en docentes de las facultades de odontología del país.
2016	Implementación de dos procesos de medición para evaluar resultados iniciales en la adopción del paradigma actual de caries dental e implementación del Consenso: 1. Cuantitativo: evaluación de la adopción del paradigma actual y descripción de la implementación de las mejores prácticas para el manejo de caries dental a odontólogos y docentes de la práctica clínica y a estudiantes en Colombia, con las bases de datos de profesionales de Colgate Palmolive y de facultades de odontología de ACFO. 2. Cualitativo: percepción de estudiantes de último semestre de odontología sobre la articulación entre las áreas Comunitaria y Bioclínica en el manejo de caries dental – Universidad El Bosque. Concurso docente: “Propuestas educativas que aporten a la comprensión de las concepciones y/o las prácticas de acuerdo con los planteamientos del paradigma actual de la caries dental”.
2017	Taller nacional inter-institucional: iniciativas para la elaboración de propuestas orientadas a la superación de barreras para la adopción de criterios y sistemas actuales de diagnóstico de caries, valoración de riesgo de caries y manejo de ambos en la historia clínica de las Facultades de Odontología y EPS/ IPS de Colombia.

Implementación de acciones en escenarios académicos para el logro de las metas propuestas en el proyecto *Alianza por un Futuro Libre de Caries*

En el marco del Frente Académico de la AFLC Capítulo Colombia se han desarrollado distintas acciones construidas de manera conjunta con la comunidad académica de las facultades de odontología participantes en

el proceso, orientadas a transformar la manera de entender y de manejar la caries dental como una de las problemáticas más complejas de salud pública vigentes en el país. El trabajo realizado se ha centrado en gran medida en comprender la cultura y las necesidades de los sujetos que conforman la comunidad académica de las instituciones y, a partir de ello, se han diseñado e implementado las acciones que se describen en el apartado anterior. Teniendo en cuenta los avances logrados, se consideró fundamental aproximarse a los profesores y a las directivas institucionales para conocer e interpretar sus percepciones acerca del trabajo realizado desde el inicio del proyecto. El trabajo realizado en las facultades de odontología ha permeado algunos aspectos del currículo.

Construcción conjunta para avanzar en la comprensión del proceso salud-enfermedad y reorientar la enseñanza de cariología en las facultades

Desde la perspectiva de algunos de los profesores de las Facultades de Odontología del país que han estado involucrados en el proceso propuesto por el frente académico, las acciones desarrolladas en el marco del proyecto han constituido iniciativas importantes para reflexionar acerca de la enseñanza de la cariología en Colombia, y estas reflexiones han ido generando acciones que han permeado el currículo, entendido de una manera amplia, es decir, como todo aquello que en una institución se pone al servicio del proceso de enseñanza aprendizaje. El currículo también se considera como el reflejo de la cultura y la sociedad en las instituciones educativas, por un lado, y de la cultura de los sujetos, por el otro (Sacristán, 2010). En otras palabras, el currículo está

siempre permeado por el contexto social de cada región y del país, así como por los actores que conforman la comunidad académica. Desde esta concepción, el trabajo del frente académico se ha caracterizado por una interacción permanente con la cultura de la comunidad educativa, en especial con la manera de entender la salud, la salud bucal y la prevención de la enfermedad en las instituciones educativas participantes.

Lo anterior, teniendo presente que la AFLC planteó desde el inicio el respeto por el proyecto educativo y las propuestas curriculares de cada una de las facultades participantes, en atención a su autonomía (Martignon et al., 2014), sin pretensiones de imponer conceptos, ni maneras de entender la salud - enfermedad en general y la caries dental en particular.

En este sentido, los participantes destacan la importancia de la construcción conjunta del consenso sobre dominios, objetivos de formación y contenidos de cariología para el pregrado de odontología en Colombia, como uno de los hitos que ha propiciado el inicio de cambios curriculares en la enseñanza de la cariología en las facultades, acompañado de avances en la comprensión de la enfermedad.

Según los relatos, la metodología procesual y participativa utilizada para llegar al consenso, ha garantizado en gran medida los logros que se han dado en términos de su articulación curricular en muchas de las facultades. De esta manera, los profesores reconocen que este ha sido un instrumento útil para la superación de las diferencias históricas en la concepción de la enfermedad y ha facilitado la inclusión en los planes de estudio de aspectos relacionados con el entendimiento actual y el abordaje preventivo de la caries dental. Algunos de los participantes lo expresan de la siguiente manera en sus testimonios:

Hay aspectos que han hecho que definitivamente progrese, ponernos a pensar en todas las facultades, en la forma como se ha dictado la cariología, tratar de llegar a un consenso para definir qué es lo que se debe dictar en el pregrado, me parece que es una gran iniciativa y que conduce a que en algún momento hablemos en un idioma similar. P2

Los profesores manifiestan, además, que la manera de entender la caries dental en la actualidad se ha empezado a inscribir en una concepción de salud - enfermedad más amplia, tal como se definió en el frente académico desde el inicio, al plantear en su fundamentación la naturaleza social de la salud y su concepción como un derecho fundamental de necesario cumplimiento para el desarrollo de las potencialidades humanas y como garantía de una vida digna (Martignon et al., 2014).

Lo anterior, en concordancia con el interés planteado por múltiples estudios de analizar la caries dental como una patología estrechamente relacionada con el entorno socio económico y cultural de las personas que la padecen (Escobar & Vélez, 2014), por lo cual las acciones alrededor de la problemática deben apuntar también al mejoramiento de aspectos estructurales e intermediarios considerados como determinantes sociales de la salud (OMS, 2009). Desde esta perspectiva, el frente comunitario ha planteado distintas estrategias que se han implementado en los territorios demostrativos.

Estos avances en la comprensión de la enfermedad en el contexto del proyecto se corroboran también al revisar los resultados de un proceso evaluativo realizado en los años 2014 y 2015 con profesores y directivos involucrados en el trabajo del frente académico, mediante la implementación de grupos focales, en los

cuales se estableció que uno de los aspectos más problemáticos para consolidar la integración de conceptos actuales de caries dental era en ese momento la permanencia en muchas de nuestras facultades de procesos educativos fragmentarios y centrados en la enfermedad.

Lo anterior permite develar una evolución positiva, señalada en la actualidad por el grupo de participantes en el presente trabajo, quienes afirman la existencia de logros en la articulación curricular de los nuevos conceptos alrededor de la caries dental y destacan adicionalmente la importancia de haber partido de un diagnóstico situacional acerca de la enseñanza de cariología en Colombia en las distintas instituciones académicas:

Yo creería que las cosas importantes fue haber hecho el diagnóstico de la manera como se está dictando cariología, hacer pensar a las personas que había temas que se trataban y otros que no condujo a que se estableciera el consenso. P2

El proceso de unificación de criterios para la enseñanza de la cariología ha permitido empezar a hablar de la caries dental desde otro enfoque en distintos escenarios curriculares, como en reuniones de profesores, en espacios de discusión acerca de los planes de estudio. De igual manera, se ha incluido la temática en distintas asignaturas. Aunque se reconocen avances, también es necesario destacar que estas transformaciones requieren tiempo y compromiso permanente, máxime si se tiene en cuenta que la salud bucal ha sido un campo fuertemente anclado en lo curativo-restaurativo y, por consiguiente, en el tema de caries dental se han presentado múltiples obstáculos para aceptar el giro hacia una filosofía preventiva a nivel individual y a nivel colectivo.

Fortalecimiento del compromiso de la comunidad educativa frente a la solución de la problemática de la caries dental: los cambios en la comprensión deben reflejarse en acciones para la población

Otro aspecto en relación con avances curriculares tiene que ver con el incremento de las reflexiones acerca de la necesidad de fortalecer el compromiso de la comunidad educativa frente a la búsqueda de soluciones para contribuir a superar la problemática de la caries dental en el país. Asimismo, el grupo de profesores y directivos entrevistados expresó que a pesar de la gran responsabilidad que tiene la academia con el mejoramiento de las condiciones de salud bucal de la población, tradicionalmente no se ha asumido un compromiso con el desarrollo de acciones:

Los estudios de prevalencia nos confirman que poco hemos hecho y pues la academia tiene gran responsabilidad, por tanto, creería que involucrarnos en la solución de este problema es muy acertado. P4

De esta manera, manifestaron que ha sido positivo el cambio, en especial de los profesores vinculados al proceso de la AFLC, en la comprensión de la problemática de caries dental y, en la actualidad, ya se piensa en conexión no sólo con aspectos biológicos, sino sociales y culturales. Por otro lado, se ha empezado a reconocer de la mano de los avances científicos, el entendimiento actual de la caries dental y el surgimiento de nuevos sistemas para su diagnóstico y manejo integral, los cuáles han obligado a los profesores, preferentemente los de clínicas del niño, a reconocer lesiones

iniciales o subclínicas, y a realizar tratamientos no operatorios (Castellanos et al., 2013).

De igual manera, destacan la importancia de que esta transformación no signifique una ganancia sólo para los profesores y los estudiantes, sino que se traduzca en acciones para el mejoramiento de la situación de salud bucal en las poblaciones. Se reconoce la poca relevancia del conocimiento per se y se identifica la necesidad de cerrar la brecha entre la teoría y la práctica:

Lograr hacer algo por la población, más que éxitos a nivel individual yo creo que lo que buscamos es precisamente lograr un cambio y avanzar y pues la mejor manera de hacerlo es entendiendo el problema, reflexionando en distintos espacios y proyectando acciones. P7

Contribuir al acercamiento entre los aspectos teóricos y conceptuales, y la práctica en el campo de la salud bucal, en general, para la comprensión y manejo de la caries dental en particular, tanto a nivel individual como colectivo, es uno de los aspectos más difíciles de lograr al interior del ámbito académico y en relación con los servicios de salud. Lo anterior prevalece, inclusive ante la certeza de que existen mecanismos para su control y prevención, sobre las cuales aún deben hacerse esfuerzos para que estén al alcance de todas las personas, incluyendo acciones de autocuidado y de protección específica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Los participantes reconocen que en las facultades de odontología existe una disonancia entre lo que se plantea en las asignaturas teóricas y lo que realmente se hace en el campo de las prácticas, tanto en las clínicas de cada facultad, como en los escenarios de práctica extramural:

Creo que la odontología en el campo de la práctica se ha olvidado un poco de eso al dedicarse

solamente al trabajo y al tratamiento operatorio, ya de la secuela y de la enfermedad, ha olvidado la parte esencial correspondiente a la prevención de la patología que es absolutamente controlable. El manejo preventivo se ha menospreciado, porque ni quienes lo dicen lo hacen y quien hace la parte de la curación no contempla la parte de prevención. P6

Esta distancia entre la evidencia actual del manejo de caries, enfocado en el riesgo individual de la patología y el manejo no operatorio de las lesiones iniciales junto con un manejo operatorio con preservación de estructura y la práctica que en la realidad se está dando al interior de las facultades -siendo más curativa que preventiva- tiene que ver, entre otros aspectos, con las dificultades para llegar a toda la comunidad académica con procesos de actualización, pero sobre todo con la complejidad para transformar imaginarios y concepciones que han permanecido durante mucho tiempo en la cultura de profesores y directivas de las instituciones. Según lo expuesto, las apuestas curriculares que consideran importante el trabajo permanente en torno al cambio de la cultura de los sujetos que conforman la comunidad educativa son pertinentes; y aunque se han adoptado e implementado en los procesos de capacitación y demás acciones realizadas en el marco del proyecto AFLC, se reconoce que las transformaciones culturales requieren compromisos y acciones de largo alcance, lo cual supera las posibilidades de un proyecto específico.

Como parte de esta problemática, también se identifica el vacío generado por el escaso acercamiento de la academia a los servicios de salud. En este sentido, hay cuestionamientos fuertes a las orientaciones curriculares de algunas facultades que propician el aislamiento de la

realidad social y sobre todo del Sistema General de Seguridad Social en Salud: “Nos hace falta ser muy incluyentes con esos otros sectores, por ejemplo, con los prestadores de servicios” D3.

También hay algunas reflexiones que se han difundido a través de distintos medios, en las que los empleadores de los odontólogos egresados de algunas de las facultades del país refieren los vacíos en las capacidades para el trabajo comunitario y en general para plantear alternativas en el abordaje del riesgo de caries, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud.

La formación técnico instrumental aún es dominante y en este sentido las facultades deben plantear acciones para fortalecer el componente social de la formación del odontólogo general, pero hay que trabajar en conjunto con el sistema de salud, porque otra cara de la problemática en un modelo economicista es el rol del odontólogo en este engranaje, en especial orientado a la venta de servicios desde un enfoque curativo.

Lo anterior ha llevado a restarle énfasis a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad bucal en el quehacer cotidiano de los profesionales que se desempeñan en instituciones prestadoras de servicios de salud.

En este cambio en la formación del odontólogo general que egresa para vincularse a un sistema de salud con las características descritas, los Directivos de la AFLC reconocen la necesidad de continuar involucrados:

Nosotros también podemos ayudar a las facultades en la formación de sus estudiantes y a empezar a equilibrar ese peso entre lo restaurativo, lo correctivo y lo preventivo, porque la Alianza es una concientizadora de esto, entonces yo creo que ahí hay una oportunidad importante para ayudar a las facultades de Colombia para trabajar en ese

cambio de chip, ese es otro cambio de paradigma realmente. D4

La continuidad en la participación de los docentes. La Participación permanente ha permitido el inicio de la consolidación de un proceso

Desde la perspectiva de los profesores, la continuidad en su participación ha influido en que el trabajo del frente académico de la AFLC supere el carácter de actividad puntual y se consolide poco a poco el carácter procesual. Lo anterior indica que ha crecido el interés del estamento profesoral en participar y en hacer equipo para compartir las experiencias y los aprendizajes de cada uno en su contexto particular:

Creo que he asistido a todas las sesiones que han hecho de discusiones, de los consensos, de las puestas en común de cómo estamos dictando la caries. Desde el inicio hasta la última actividad que se ha llevado a cabo he estado y más o menos he tenido un hilo conductor durante todo el proceso. P5

A pesar de este interés creciente de los profesores por participar, ha sido difícil involucrar ciertas áreas en los procesos propuestos. P3

Asimismo, se reconoce que hay profesores pertenecientes a ciertas áreas teóricas y clínicas que han sido difíciles de convocar y la participación de odontopediatras en las acciones del frente académico ha sido más representativa. Por lo tanto, los avances en la comprensión de la caries dental y en la puesta en práctica de estos conceptos actuales son mayores en las clínicas del niño.

Esta realidad indica que los cambios curriculares que se mencionan en los primeros

apartados del texto se concentran en mayor medida en las áreas de atención a la niñez, lo cual pone de presente la necesidad de continuar trabajando al interior de las facultades para que estas transformaciones positivas lleguen a los demás escenarios de práctica clínica, a sus profesores y otros integrantes de la comunidad académica.

Se requiere compromiso de las directivas institucionales. *Trabajar con los que toman las decisiones (directivas de las facultades) favorecería los resultados de las acciones*

Los profesores plantean la distancia existente entre lo que ellos quisieran hacer en sus instituciones para poner en práctica los aprendizajes derivados de su participación continua en el proceso de la AFLC y lo que realmente pueden llevar a la práctica, porque se requiere un mayor apoyo de las directivas institucionales. Hay una sensación de estar solos con la responsabilidad de generar transformaciones que contribuyan al logro de la meta de tener en el mediano plazo generaciones libres de la enfermedad bucal que más afecta la población colombiana desde los primeros años del curso de la vida:

Filosóficamente uno tiene la mente orientada a realizar una gran cantidad de cambios, ya cuando llega a su contexto no resulta fácil. Entonces creería yo que serviría un compromiso mayor a nivel de las personas que toman decisiones, porque si no finalmente puede uno terminar guerreando solo muchas cosas. P8

Existe claridad acerca de la necesidad, no solamente del apoyo para que los profesores estén vinculados al proceso, sino de la existencia de voluntad institucional para la implementación

de las acciones al interior de cada facultad. Lo anterior implicaría soporte real a distintas acciones, entre otras, facilitar espacios para replicar las capacitaciones a la totalidad de los profesores, directrices institucionales para la adopción en la totalidad de las clínicas de los sistemas que incorporen criterios actuales para el diagnóstico, valoración del riesgo y manejo de caries dental, independientemente de la escuela que cada institución reconozca y adopte como válida. En otras palabras, lo importante es que se avance de acuerdo con el interés de fortalecer las capacidades de los profesores y de los estudiantes para trabajar al interior de las facultades y en las prácticas extramurales, según los lineamientos de la promoción de la salud, en gran medida desarrollados en el marco de las acciones del frente comunitario. También se requiere la voluntad de las directivas para propiciar la adopción de conceptos, protocolos e insumos que permitan asumir el enfoque preventivo según la evidencia científica actual.

El compromiso real de las directivas con la puesta en marcha de las acciones puede facilitar a todas luces en el mediano y largo plazo el mejoramiento de la situación de salud bucal de la niñez, en relación con la reducción de la caries dental desde la edad temprana, tal como se lo ha planteado la AFLC en sus metas.

Es corto el tiempo para el logro de las metas: Dificultades en el Sistema de Seguridad Social en Salud. *El contexto actual limita el logro de las metas: presencia de barreras de acceso a la atención de los niños en el Sistema de Seguridad Social en Salud y permanencia de modelos curativos*

Desde la perspectiva de los profesores, directivos y demás participantes en este ejercicio, el logro de las metas propuestas por la AFLC está sujeto a distintos factores, entre ellos, los que tienen que ver con la persistencia de barreras

de acceso en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Entre las principales barreras se destaca la dificultad que representa la atención de la primera infancia para los odontólogos. Otro aspecto es la predominancia en los servicios de salud bucal, de procedimientos curativos e intervencionistas, que no se ajustan a la manera de entender y manejar la caries dental en la actualidad:

Uno cambia el *chip* y hace muchas cosas para llegar a tener niños más sanos en cuanto a caries, pero lastimosamente es difícil la atención de los niños pequeños en la EPS y si logran atención les hacen procedimientos muy invasivos, sin tener en cuenta los conceptos de hoy. P9

Además de la percepción de los profesores que han participado en el proceso del frente académico acerca de las dificultades descritas, se cuenta con estudios que refrendan la existencia de las problemáticas en mención:

Se habla de la necesidad de perfilar mejor los procesos de atención por grupos de edad y territorios, y alinear los incentivos del Sistema y el ejercicio profesional. Para ello será necesario definir que la conservación y protección de los elementos de la cavidad bucal deben privilegiarse y medirse a partir de tratamientos completos, logrados a partir de acciones de contexto y atenciones integradas e integrales en la red de servicios, lo cual implica un importante repensar del odontólogo general, como eje fundamental para prevenir y atender los diferentes elementos de la salud bucal que determinan la carga de enfermedad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p. 18)

Consideraciones generales: lecciones aprendidas

El proceso desarrollado por el Frente Académico de la Alianza por un Futuro Libre de Caries-Capítulo Colombia, durante estos años, ha dejado múltiples aprendizajes que se han ido incorporando a medida que el proceso ha madurado y que ha requerido implementar diferentes estrategias y metodologías de trabajo. Entre los aprendizajes más importantes se pueden mencionar los siguientes:

- La participación constante de la comunidad académica odontológica, directivos, docentes y estudiantes, es necesaria para lograr cualquier transformación que pretenda impactar aspectos curriculares. Si no se cuenta con la participación de todos los actores, no es posible esperar alcanzar los objetivos propuestos.
 - La planeación debe tener en cuenta las dinámicas internas de los diferentes programas de odontología, las cuales responden a una planeación previa, tanto académica como administrativa, por lo cual cualquier proyecto o estudio que involucre a los docentes o estudiantes, debe compartirse con la suficiente anterioridad para que este pueda ser considerados en las planeaciones de las respectivas facultades.
 - El trabajo realizado en el frente académico ha contribuido a avanzar en la comprensión de la caries dental, como una de las problemáticas complejas de salud pública, por su relación con aspectos sociales y culturales del país y de las regiones donde se ubica cada una de las facultades de odontología, pero también
- vinculada con la cultura de los sujetos que conforman la comunidad académica de las distintas instituciones educativas que han participado en el proceso promovido por la AFLC. Desde esta perspectiva, puede afirmarse que ha habido transformaciones en el entendimiento de la problemática. Sin embargo, continúa presente la distancia entre la teoría y la práctica al interior de las facultades, así como la brecha entre academia y servicios de salud.
- En cuanto a los recursos, atendiendo a los presupuestos definidos en las facultades para los periodos académicos, es importante considerar la dificultad que representa para los decanos, asignar recursos no planificados para apoyar la participación de los docentes en los diferentes procesos adelantados. Por esta razón, desde la Alianza fue importante apoyar económicamente el traslado y facilitar muchas veces el alojamiento de un docente de cada programa para las diferentes actividades, motivando el apoyo financiero de un segundo representante por parte de la facultad correspondiente.
 - La necesidad de gestionar recursos financieros adicionales a los aportados por la AFLC fue otro aprendizaje importante. Dado el alto costo de muchas de las actividades realizadas, representado en pasajes, alojamientos, representación de la AFLC en diferentes eventos nacionales e internacionales, entre otros, los miembros del frente académico gestionaron recursos adicionales a los aportados por la AFLC Capítulo Colombia. Participación en convocatorias internas de la Universidad y busca de apoyo financiero internacional, entre otras, aportaron recur-

son importantes para desarrollar lo planeado y para visibilizar el trabajo, tanto del frente académico como del comunitario.

- El consenso para la enseñanza de cariología en pregrado alcanzado en Colombia en 2012, además de influir en los procesos de enseñanza de cariología y en las diferentes propuestas curriculares en las facultades del país, también ha logrado impactar a nivel internacional en diferentes ámbitos. El Consenso y la publicación -resultado de este consenso logrado en Colombia- en una revista científica mundial de educación en odontología, llevó a que otros países como Estados Unidos, en el año 2015 (con la ADEA – Asociación de Educación Dental Americana) y República Dominicana, en el año 2016, solicitaran apoyo para replicar la metodología usada en Colombia y alcanzar un consenso de enseñanza en cariología para pregrado en contexto con su país. Adicionalmente, esta experiencia ha trascendido internacionalmente por medio de eventos de educación en odontología (Asociación de Educación Dental Europea –ADEE y Asociación de Educación Dental Americana –ADEA), así como en eventos científicos y en presentaciones de la AFLC ante la FDI (Federación Dental Internacional) – gremio que agrupa la profesión odontológica en el ámbito mundial y ante otras instancias. Otros países, además de los mencionados, están desarrollando un consenso utilizando nuestra experiencia como insumo y el Capítulo Paneuropeo de la AFLC está desarrollando actividades de adopción del currículo europeo, resaltando la adopción alcanzada a la fecha en Colombia.
- Por último y tal vez uno de los aspectos más importantes que ha permitido el avance en el cumplimiento de la meta propuesta por el frente académico, con la participación de la comunidad académica y actualmente con el gremio en general, ha sido la continuidad que ha tenido el trabajo del frente académico desde su primer encuentro en el año 2011. La comunicación permanente con los participantes, los acuerdos y compromisos adquiridos al final de cada actividad y la socialización de los logros obtenidos conjuntamente, han garantizado la motivación, confianza y credibilidad para la participación permanente de la comunidad odontológica.
- El ejercicio participativo propuesto en el marco del frente académico se ha realizado en otros países de Centro América, logrando avances, no para igualar los currículos sino para unificar criterios frente a la enseñanza de cariología. Así mismo, se han generado capacidades en los profesores para continuar replicando la experiencia en otros contextos.

Referencias

- Abreu-Placeres, N., Newton, J. T., Pitts, N., Garrido, L. E., Ekstrand, K. R., Avila, V., & Martignon, S. (2018). Understanding dentists' caries management: The COM-B ICCMSTM questionnaire. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 46(6), 545-554. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12388>
- ACFO. (2010). *Hacia un consenso de las competencias de formación del odontólogo colombiano*. Disponible en: <http://bit.ly/2opWcZi>
- Castellanos, J., Marín Gallón, L., Úsuga Vacca, M., Castiblanco Rubio, G., & Martignon Biermann, S. (2013). La remineralización del esmalte bajo el entendimiento actual de la caries dental. *Universitas Odontológica*, 32(69), 49-59.
- Escobar, A., & Vélez, L. F. (2014). Teaching of Cariology at the College of Dentistry, Universidad CES, Medellín, Colombia. *CES Odontología*, 27(2), 105-120. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2014000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Grupo Gestor de la Alianza por un Futuro Libre de Caries (diciembre de 2014). Documento Marco del Capítulo Colombia . Documento elaborado a partir de las síntesis de las discusiones del Grupo Gestor del proyecto AFLC- Capítulo Colombia. Bogotá.
- Martignon, S., Marín, L. M., Pitts, N., & Jácome-Liévano, S. (2014). Consensus on domains, formation objectives and contents in cariology for undergraduate dental students in Colombia. *European Journal of Dental Education*, 18(4), 222-233. <https://doi.org/10.1111/eje.12091>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *IV Estudio Nacional De Salud Bucal - ENSAB IV (Vol. 3)*. <https://doi.org/10.1787/9789264207813-3-es>
- OMS. (2009). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de

la salud. *Organización Mundial de la Salud*, 264. <https://doi.org/10.1021/ed017p264>

- Pitts, N., Melo, P., Martignon, S., Ekstrand, K., & Ismail, A. (2011). Caries risk assessment, diagnosis and synthesis in the context of a European Core Curriculum in Cariology. *European Journal of Dental Education*, 15(SUPPL.1), 23-31. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2011.00711.x>
- Roldán, O., Alvarado, Sara Victoria Hincapié, Claudia María Ocampo, Esteban Ramírez, J. E. M. J., Raúl, M., & Ospina, H. F. (2000). El currículo y su contribución al desarrollo humano y social. En *Educación, el Desafío de Hoy. Construyendo posibilidades y alternativas* (pp. 54-98). Cooperativa Editorial Magisterio.
- Sacristán, J. G. (2010). ¿Qué significa el currículum? (adelanto). *Sinéctica*, 34. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2010000100009&lng=es&tlng=es
- Sanz Alonso, M., Renom, J. A., Sánchez Pozo, A., García Román, A., & Rogríguez Sánchez, F. (2005). *Libro Blanco - Título de Grado de Odontología. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación*. Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, M., & Antoniazzi, J. H. (2010). Libro del Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica (PLACEO). En *Congreso Internacional de Odontología de Sao Paulo*. Disponible en: http://www.ifdea.org/sitecollectiondocuments/placeo_espanhol.pdf
- Schulte, A. G., Pitts, N. B., Huysmans, M. C. D. N. J. M., Splieth, C., & Buchalla, W. (2011). European core curriculum in cariology for undergraduate dental students. *Caries Research*, 45(4), 336-345. <https://doi.org/10.1159/000330006>
- Socarrás, S., Díaz, M., & Saez, A. (2013). Talleres metodológicos interactivos para la preparación de los profesores guías de la carrera de Medicina. *Humanidades Médicas*, 13(1), 193-223.

☞ Capítulo 5

Trabajo intersectorial: desafío y oportunidad para la gestión local y el cuidado de la salud bucal

Sandra Milena Zuluaga Salazar · Gloria Marcela Gómez Builes

En el campo de la odontología, la AFLC es una propuesta innovadora que explora paradigmas alternativos, enfoques, conceptos y metodologías para entender la realidad de manera contextualizada y relacional, por tanto, se arriesga por nuevos caminos, desarrollando prácticas de gestión que implican la acción conjunta y coordinada de diversos actores. La apuesta por ampliar la mirada frente a una problemática como la caries dental desde un referente explicativo que reconoce la salud como resultado y expresión de las condiciones de vida de los sujetos y colectivos humanos implica dar cuenta de la multidimensionalidad de dicho proceso, de las complejas interacciones entre lo biológico y lo social, de la dialéctica propia de los movimientos y relaciones que se dan entre los procesos de determinación de la salud y la vida.

La Alianza asume un compromiso decidido con el cuidado de la salud bucal, entendida como un componente importante de la salud general. La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), el enfoque familiar y territorial que la caracterizan, configuran el referente de acción para las iniciativas de trabajo en las que se integra la Alianza en los territorios demostrativos: Anapoima, Cali, Andes y Manizales. La complejidad que esto reviste exige el despliegue

de intervenciones abarcadoras e integradoras. En este sentido, se cuestiona la mirada unidisciplinar y sectorial para responder a las problemáticas evidenciadas en los territorios concretos. Es así como surge la necesidad de coordinar y emprender acciones conjuntas en la vía de la intersectorialidad como estrategia de trabajo para la gestión local de la salud.

Al hablar del proyecto Alianza como experiencia de acción intersectorial, se hace referencia a las dos acepciones que plantea Cunill-Grau (2014): intersectorialidad como modalidad de asociación público-privada e integración de sectores entendidos como especialidades del conocimiento que se expresan en el aparato gubernamental a través de la organización funcional por sectores, tales como educación y salud. De igual forma, en la AFLC se concretan dos premisas de la intersectorialidad planteadas por esta misma autora: la primera de ellas, que además le otorga fundamento político, es que la integración entre sectores posibilita la búsqueda de soluciones integrales. La segunda premisa, que da cuenta de la dimensión técnica de la intersectorialidad, consiste en que la integración entre sectores permite que las diferencias entre ellos puedan ser usadas productivamente para resolver problemas sociales, bajo la idea de que crea mejores soluciones

porque permite compartir recursos (saberes, experiencias, medios de influencia, recursos económicos, etc.) que son propios de cada sector, sean estos gubernamentales o no (Cunill-Grau, 2014).

Además, para el despliegue del proyecto AFLC se han construido alianzas y relaciones de cooperación al interior del sector salud. Esta estrategia de gestión implica la coordinación de actores, la interacción de instituciones a través de mecanismos de acción conjunta en torno a proyectos comunes, la formulación, construcción y ejecución colectiva de programas, proyectos y acciones que involucran iniciativas, recursos, potencialidades e intereses compartidos. En este sentido, la intersectorialidad se configura como opción para hacer más potentes los procesos y resultados de las organizaciones en relación (Duque Daza, 2011).

Cada uno de los territorios demostrativos de la AFLC tiene su propia trayectoria con respecto a las prácticas y experiencias de acción intersectorial e interinstitucional, de acuerdo con las condiciones y características del contexto local, en el marco de posibilidades o restricciones que existen desde dimensiones más generales y estructurales como país. De igual forma, estos procesos han sido dinámicos y con variaciones en el tiempo: en algunos momentos el trabajo intersectorial ha tenido mayores niveles de coordinación, integración, sistematicidad y organicidad; en otros momentos se han presentado situaciones de baja intensidad intersectorial que se traducen en la coordinación de acciones entre algunos actores clave, quienes ponen en marcha actividades puntuales para el cumplimiento de objetivos concretos. Adicionalmente, en algunos territorios, si bien se han presentado experiencias de trabajo intersectorial, los mayores desarrollos se han alcanzado en el terreno de la

interinstitucionalidad al interior del sector salud en lo local y en articulación con políticas públicas de salud del orden nacional.

Sin pretender establecer generalizaciones, en el texto se presentan aspectos que son comunes para los cuatro territorios demostrativos de la AFLC, teniendo el cuidado de no aplanar la realidad al punto de borrar las particularidades de cada experiencia. En ese sentido, se resaltan aquellos asuntos que marcan contrastes, contradicciones o novedades al leer cada territorio como realidad social, desde la pregunta por la intersectorialidad. En ese sentido, el objetivo de este capítulo es dar cuenta de las acciones intersectoriales implementadas en Cali, Manizales, Andes y Anapoima para describir, desde la visión de los sujetos involucrados, las condiciones de posibilidad que favorecen o limitan la acción intersectorial en nuestros contextos y los aprendizajes construidos a partir de la concreción de la intersectorialidad como forma de trabajo.

Sectores, actores e instituciones para el trabajo intersectorial de la AFLC

En este apartado se enuncian los sectores, instituciones y actores que fueron vinculados en el proceso de la Alianza y la manera como se han construido las relaciones entre los mismos.

La creación de la AFLC - Capítulo Colombia inició con la convocatoria de diferentes instituciones académicas, interesadas en el propósito trazado por la Alianza a nivel global de articulación de esfuerzos para impulsar estrategias que impacten los procesos de formación profesional, en la gestión de los servicios y programas de salud, en las dinámicas y prácticas

sociales de cuidado y en las políticas públicas de salud (Documento Marco AFLC, 2011).

Esta Alianza se constituyó como una apuesta fundamentada en la intersectorialidad al promover la coordinación y colaboración de diferentes sectores para la búsqueda de soluciones integrales de salud bucal para la primera infancia:

De lo que recuerdo, fue que nosotros recibimos una invitación a tener una reunión, no recuerdo si fue un almuerzo o una sesión, que nos hizo César Buitrago, en ese momento gerente de las relaciones profesionales de Colgate Palmolive en Colombia. En esa reunión nos invitó a unas personas de la Universidad el Bosque; nos invitó a Stefania Martignon, María Clara González, Ximena Baquero y Alberto Ruiz, invitó otras poquitas personas a esa reunión. Esa reunión era para contarnos que se había creado una alianza global y se quería crear esa alianza global para tener un futuro libre de caries. Entonces ahí pensamos en abrirlo a otras ciudades; había invitados de Bogotá y de Cali, entonces decidimos incorporar el grupo de Medellín y así fuimos trabajando con otras personas, rápidamente también incorporamos la doctora Sofía Jácome y después al doctor Otálvaro, y de Antioquia Ángela Franco, entonces digamos que fue el inicio. (Decano Facultad de Odontología Universidad el Bosque - Anapoima)

A partir del momento que llega la propuesta de la AFLC para ser desarrollada en Colombia, se empiezan a establecer contactos entre actores de la empresa privada y facultades de odontología para pensar la manera de acoger esta invitación. Es así como se dio inicio a esta experiencia que al estar bajo el nombre de “Alianza” desencadenó un proceso de integración y articulación entre instituciones y sectores diferentes. Tal como lo plantean Rozas Ossandón y Leiva Benavides (2005), una de las principales razones que explican un mayor o menor grado de acción conjunta y de prácticas intersectoriales, tiene que ver con el convencimiento por parte de los actores de que una gestión que demarque taxativamente ámbitos de acción está condenada al logro de resultados aislados y de impactos leves.

El interés por potenciar las acciones y propuestas integrales para superar la visión limitada de la caries desde lo disciplinar y sectorial permitió encontrar en la intersectorialidad el camino y definió diferentes niveles de trabajo que permitió integrar a cinco sectores principalmente: educación, salud, bienestar, empresarial y comunitario, los cuales son representados por diversas instituciones de naturaleza pública y privada y una multiplicidad de actores, tal como se observa en el cuadro 1.

Cuadro 1. Sectores, instituciones y actores participantes del proceso en los territorios

Sector	Instituciones			
	Tipo	Público	Privado	Actor
Educación	Secretarías de Educación Municipales	Secretarías de educación Andes, Cali, Manizales, Secretaría para el Desarrollo y la Equidad Social, Anapoima.		Secretarios de despacho Coordinadores
	Universidades	Universidad de Antioquia Universidad del Valle.	Universidad El bosque, Universidad Autónoma de Manizales.	Decanos, Profesores de odontología Estudiantes de odontología Coordinadores territoriales.
	Instituciones de formación para el desarrollo humano y el trabajo		Inmedent	Coordinadores
	Colegios	Instituciones educativas públicas	Instituciones educativas privadas	Rectores, Coordinadores Profesores, Niños y niñas, Padres de familia.
	ACFO	Facultades/Programas de Odontología	Facultades / Programas de Odontología	Director ejecutivo Asesores y delegados áreas estratégicas Decanos / Coordinador programa
Salud	Secretarías de Salud Departamentales y Municipales	Secretaría de salud pública – Manizales y Cali. Dirección territorial de salud de Caldas Secretaría de salud y Bienestar social Andes Secretaría para el Desarrollo y la Equidad Social, Anapoima		Secretarios de despacho Directores Coordinadores de salud pública
	Hospitales públicos – ESE	ESE Hospital San Rafael Andes ESE Hospital Pedro León Álvarez Díaz - Centro de salud Anapoima ESE Ladera Assbasalud ESE.		Gerentes Coordinadores de salud oral Odontólogos, Higienistas Coordinadores docencia-servicio

Sector	Instituciones			
	Tipo	Público	Privado	Actor
Salud	EPS		Salud Total Sura	Coordinadores salud oral Odontólogos
	IPS		IPS Sura IPS Jaibana IPS Salud total	Coordinadores salud oral Odontólogos
	Servicios salud prepagada		Coomeva prepagada	Coordinadores salud oral
	Equipos de APS municipales	Equipos Básicos de salud municipios Andes y Cali Equipo de salud a su Casa – Anapoima		Coordinadores Higienistas - Profesionales Promotores de salud - Gestores de Bienestar Integral
	Agremiaciones		Sociedad Colombiana de Pediatría y Academia Colombiana de Odontopediatría	Profesionales
Bienestar/ Desarrollo Social	Secretarías de Bienestar/Desarrollo Social	Secretaría para el Desarrollo y la Equidad Social, Anapoima Secretarías de Bienestar social, Cali Secretaría de la mujer y equidad de género Secretaría del deporte		Secretarios de despacho Coordinadores de bienestar
	Centros de desarrollo infantil municipales	Centros de desarrollo infantil	Operadores de centros de desarrollo infantil	Coordinadores centros infantiles Agentes educativos Niños y niñas
	ICBF	Coordinación municipal ICBF	Hogares comunitarios infantiles/ Centros de desarrollo infantil, modalidad de Entornos Familiares	Coordinadores municipales y zonales Madres comunitarias preescolares
	Comisaria de Familia	Comisaria de familia		Comisario(a) de familia
	Defensa Civil Colombiana	Defensa civil colombiana -Seccional Caldas		Coordinadores Voluntarios

Sector	Instituciones			Actor
	Tipo	Público	Privado	
Empresarial	ONG/Fundaciones		Fundación niños de los Andes, Federación de cafeteros, Fundación lazos de Calandaima, Fundación Arturo Calle	Coordinadores
	Productos odontológicos		Colgate Palmolive	Gerente relaciones profesionales y salud pública región Andina Coordinación relaciones profesionales
Comunitario	Productos alimenticios		Normandy	
	Supermercados		Mercaldas	
	Padres de familia			Padres de familia
	Organizaciones comunitarias			Líderes comunitarios
	Juntas de Acción Comunal			Líderes comunitarios
	Comité intersectorial	ESE Ladera.		Líderes comunitarios y representantes institucionales de la Comuna 20.

Si bien con el inicio de la Alianza se dio la vinculación de dos sectores principalmente, que fueron el empresarial representado por Colgate y el de educación representado por las Facultades de Odontología, una vez se definió el alcance de la Alianza en Colombia se identificaron otros sectores e instituciones necesarias para avanzar en esta apuesta.

Con la definición de los territorios demostrativos se identificaron nuevas asociaciones sectoriales e institucionales necesarias para la coordinación, integración de acciones y se sumaron actores gubernamentales; el sector salud a nivel municipal con Hospitales, EPS e IPS; el sector educativo municipal con instituciones educativas, el sector de bienestar social con sus programas orientados a primera infancia y una diversidad de actores comunitarios.

El desarrollo de las acciones intersectoriales fue marcando el paso para que surgieran nuevas posibilidades de relación y vinculación de nuevos actores del sector empresarial, de bienestar y comunitario, quienes se configuraron como aliados de la propuesta.

Mecanismos y estrategias intersectoriales en la experiencia de la AFLC

Para el funcionamiento de la Alianza se crearon y consolidaron espacios de trabajo articulado para permitir la integración, construcción y planeación intersectorial de las acciones y trabajo por adelantar.

Se consolidó un *Grupo Gestor* con las diferentes instituciones convocadas a conformar la Alianza y a hacer la representación nacional de la misma. Este espacio se configuró para la integración, discusión y planeación de acciones intersectoriales para alcanzar las metas definidas a nivel internacional. Una de las actividades principales fue la construcción de la visión compartida de los propósitos del Capítulo Colombia de la AFLC.

A partir de allí se definieron dos frentes de trabajo, el académico y el comunitario, orientados por un director(a) de cada uno, que lideraba la orientación técnica de los mismos. El frente académico tuvo un trabajo con facultades de odontología a nivel nacional y el comunitario definió su trabajo a través de los territorios demostrativos, Anapoima, Andes, Cali y Manizales-Caldas. Cada frente avanzó en la coordinación con los equipos de trabajo a través de espacios virtuales o presenciales para el direccionamiento y seguimiento de las acciones.

A su vez, en cada uno de los cuatro territorios demostrativos se dio la conformación de equipos de trabajo al interior de las universidades y, en relación con los equipos locales, con representantes institucionales y sociales de los diferentes municipios; esto permitió el avance y el desarrollo de acciones coordinadas, lo cual fue clave para construir las identidades compartidas y mantener un diálogo abierto, franco y permanente (los espacios de participación fueron mesas, comités, consejos de salud y sociales):

En este orden de ideas el trabajo de la Intersectorialidad del territorio tiene la vinculación de la academia con el sector educativo y otros a través de las mesas como la de la primera infancia, observatorios como el de salud con énfasis en primera infancia y la mesa de trabajo intersectorial de la Comuna 20; estos espacios han sido dinamizadores de las acciones para la primera infancia y se ha realizado la vinculación con eventos específicos liderados por estos espacios técnico-políticos. (Documento intersectorialidad Cali, 2015)

También se dio la formalización e institucionalización de los espacios de interlocución y articulación, que orientaron de manera innovadora y coordinada la ejecución de acciones:

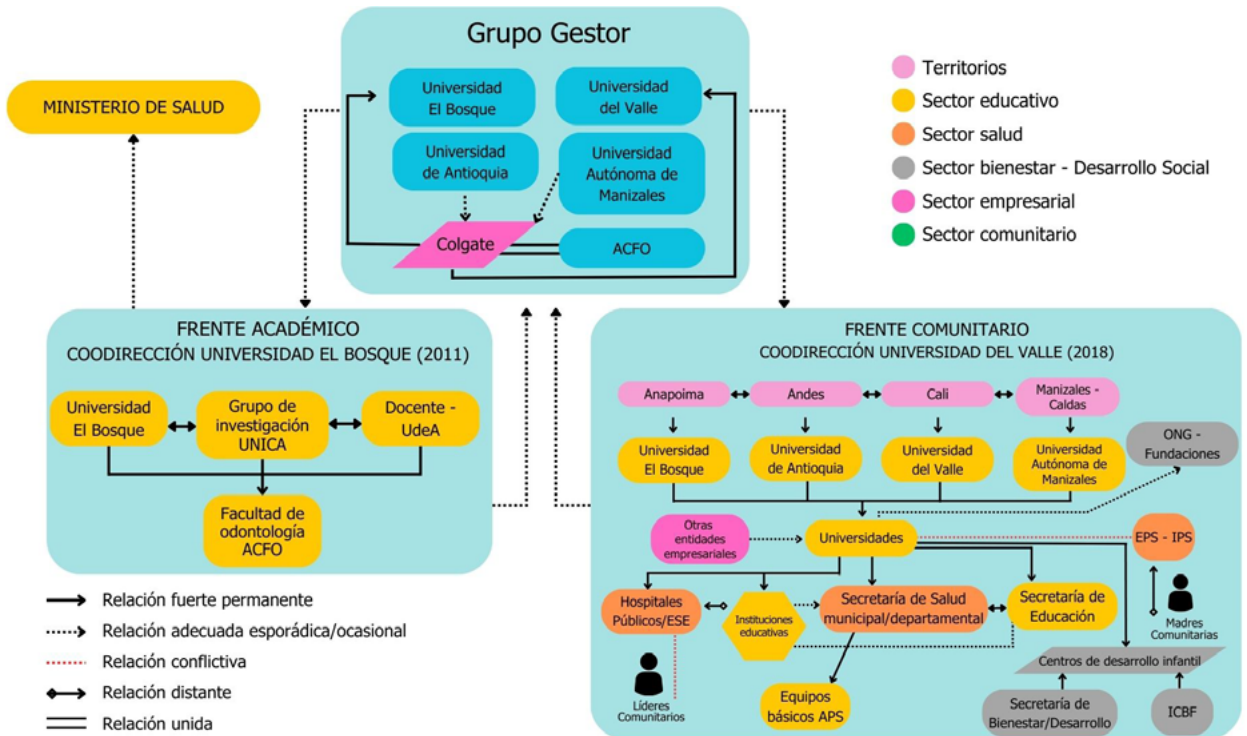
Lo que permitió que de alguna manera el trabajo se impulsara y tomara forma fue la conformación de ese equipo de trabajo con gente local del territorio y con gente de la universidad y el diálogo permanente para planificar, para enseñar, para ejecutar, para evaluar conjuntamente. La actitud abierta, de respaldo y de diálogo del alcalde, la coordinación de Atención Primaria que había en su momento (María Eugenia), el diálogo abierto, franco y continuo que teníamos con el

alcalde y la primera dama, (Elkin y Alexandra) y la coordinación de odontología (Héctor), la coordinación de salud pública (Carolina y Ana María), y en la medida en que fueron cambiando las cosas, digamos que eso fue propiciador e impulsor, pues se enfrentó a desafíos y demás. (Codirector frente comunitario AFLC 2011 - 2014 - Andes)

Lo vivido en la experiencia de la AFLC permitió observar lo que Rozas & Leiva (2005) señalan: la intersectorialidad se encuentra en una situación de transición entre un tipo de gestión

institucional centrada en procedimientos que son un reflejo de la segmentación de la realidad, hacia un tipo de gestión centrada en el impacto, de naturaleza más integral en lo institucional. Dicho de otra manera, estamos en presencia de una transición que se expresa en el tránsito desde instituciones y programas sectoriales hacia acciones más descentralizadas mediante un trabajo compartido con otros, es decir, intersectorialidad a través de mesas de trabajo, generación de alianzas, programas integrados y búsqueda de impacto más que resultados.

Gráfico 1. Relaciones intersectoriales de los actores de la AFLC.



En el Gráfico 1 se muestran las diferentes relaciones intersectoriales e interinstitucionales que se generaron con una propuesta como la Alianza, marcada por situaciones que fueron variables en el tiempo y que permitió, por un lado, construir vínculos e intercambios fuertes por la existencia de relaciones de confianza y cercanía previas a la iniciativa de AFLC o por la sintonía de propósitos de la AFLC con las condiciones, dinámicas y aspiraciones territoriales; y de otro lado, se experimentaron momentos de tensión y conflicto por la diferencia de intereses o dificultades de comunicación entre los actores y por la diversidad de lógicas de pensamiento y acción que coexisten en este tipo de experiencias. Pero en una visión dialógica que asume el conflicto como algo connatural a los procesos sociales, los espacios de toma de decisiones a nivel nacional que, en ocasiones, permeaban lo local y las vivencias territoriales particulares realimentaron lo nacional, dando nuevos sentidos a la AFLC - Capítulo Colombia:

Es un ejercicio complejo, porque son dos escenarios principalmente, dos campos de acción, que son muy diferentes, uno es en el territorio, la gestión institucional, política y estratégica, y el otro escenario es el de la universidad, de la facultad y es un escenario más del orden académico; y creo hay otro escenario que es el escenario Nacional. (Docente y Coordinadora territorio 2016-2018 - Andes).

Condiciones de posibilidad para la acción intersectorial

El trabajo intersectorial fue un propósito y necesidad explícita del proyecto Alianza. En la experiencia vivida por los actores se reconocen unas condiciones que posibilitan o no dicho

trabajo. La voluntad política, la situación financiera de las instituciones vinculadas al proceso, los antecedentes de trabajo conjunto y el potencial de articulación con políticas públicas de salud locales o nacionales resultaron claves.

Un trabajo dependiente de la voluntad política de los gobernantes, autoridades locales y de los equipos de trabajo por territorio

Las acciones intersectoriales también son definidas como elementos de la APS para crear relaciones sinérgicas con los actores y sectores. Estas acciones construyen vínculos entre áreas públicas, privadas y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que tengan un impacto sobre la salud y sus determinantes (OPS, 2008).

Las posibilidades de trabajo intersectorial de la Alianza se han sustentado y han tenido alcances en relación con la voluntad política de los gobernantes y autoridades de las instituciones locales. El trabajo intersectorial se despliega como resultado de la intención de los actores locales de vincularse a un proyecto que dialoga con los intereses de las políticas institucionales y municipales.

Gestionar la voluntad política ante los cambios de periodo de gobierno fue una tarea relevante y necesaria que tuvieron que realizar los gestores del proyecto desde las universidades y las instituciones locales. Para mantener y cultivar la voluntad política de las autoridades locales se dinamizaron, de manera regular, espacios de gestión, discusión y trabajo colaborativo, que también propiciaron la evaluación y el seguimiento al proceso.

La voluntad política resulta un proceso constructivo, se produce en el devenir del proceso

de trabajo intersectorial. Por ello, puede ser favorable en un momento y no serlo en otro. En esta experiencia, se vivieron momentos con una sólida voluntad política de autoridades locales, pero también otros de un claro desinterés e incluso de contradicción. El trabajo de construir un ambiente político e institucional favorable al desarrollo del proyecto fue una tarea principal de los equipos de trabajo en cada territorio.

La líder de salud oral de entonces (...) defendió y tuvo el programa como parte de los programas líderes de la organización, particularmente de la Alcaldía. Fue comentado dentro del comité de salud oral, presentado desde los comités de salud pública y epidemiología, y dentro de los comités técnicos de la Secretaría de Salud, y, posteriormente, se llevó a las reuniones en pleno de todo el gabinete municipal; de tal manera que desde el principio el programa tuvo acceso al plan de gobierno, al plan de desarrollo municipal, contó con algunos recursos, pero principalmente, contó con el aval del alcalde municipal. (Secretario de Salud - Manizales-Caldas).

La administración se quiere como apropiar más del proyecto, dado precisamente la buena intención de la universidad. Está supremamente interesada en razón a que se han visto los logros de los años anteriores, nos han demostrado que sí se puede y precisamente por eso esta administración está interesada en continuar con el proyecto. (Delegado de primera infancia - Anapoima)

Hubo unas épocas en muy buena relación con la alcaldía. Tuvo mucho que ver el cambio de administración, porque mientras las personas que estaban al frente que eran la decana y el alcalde anterior, la relación fluía, ambos estaban convencidos y hacían lo que fuera. Hubo cambios en el hospital donde se sintió que estaban como en

otra línea, momentos con el hospital donde había mucho apoyo, pero después hubo momentos donde ya empezó como una tensión del hospital con la alcaldía. (Docente UdeA - Andes)

Tal como lo plantea Cunill-Grau (2014), en este tipo de experiencias es necesario minimizar las diferencias percibidas de poder. Además, hay que considerar que en tanto la intersectorialidad supone compartir recursos, responsabilidades y acciones contiene siempre la posibilidad de resistencias y de luchas de poder. Es necesario considerar que, si bien las diferencias entre los sectores proveen la racionalidad para trabajar juntos, las diferencias percibidas de poder son uno de sus obstáculos. De allí la importancia de promover la influencia mutua en la toma de decisiones de manera de balancear las diferencias de poder (Cunill-Grau, 2014).

Una intersectorialidad mediada por las posibilidades de un contexto desfavorable de crisis de financiamiento de las instituciones estatales

El trabajo intersectorial propuesto desde la Alianza ha estado mediado por las condiciones financieras de las instituciones públicas. Ha sido un desafío mayor en esta experiencia, el construir acuerdos y desarrollar acciones en un contexto institucional de crisis financiera de los hospitales públicos municipales, tal como se mencionó en el capítulo de contexto. Esta situación condicionó en ocasiones el alcance de las acciones impulsadas desde la Alianza, ya que desde la racionalidad de estas instituciones se valoraba lo pertinente, lo viable, lo de interés; pero también porque esto definió las condiciones laborales desde las cuales se vincularon actores locales, en ocasiones, en

un ambiente de precariedad laboral, en el que se presentó alta rotación del personal de las instituciones locales.

La estrategia que propuse para que tuviera el apoyo del gerente, que no creía en el proyecto, fue: todo lo que vamos a hacer lo vamos a facturar. Usted sabe que a los gerentes hay que hablarles es de plata, entonces yo tenía que demostrarle a él después de la actividad, vea esto fue lo que hicimos, esto fue lo que nos costó el proyecto, así por lo menos no lo obstaculizaba, no apoyaba, pero por lo menos no le ponía obstáculos; los problemas vinieron después cuando ya se hacían prácticas que no estaban en ese contexto, por decir algo, que los estudiantes van a ir a hacer un diagnóstico, entonces el gerente decía “no a mí que me va a servir un diagnóstico, eso a quien se le factura”, ahí era donde uno se veía ya a gatas para poderle dar ya viabilidad a eso, esa fue la gran dificultad que yo tuve, porque entonces ya después había que decirle a la universidad “no, es que nos queda muy difícil apoyar eso”. (Coordinador salud oral Hospital - Andes).

Me parece que, dada la situación actual de la institución (del hospital público municipal), el proyecto Alianza no continúe, es como lo más sano, porque si está muy complicada, entonces hay que escuchar lo que comprende el gerente, yo entiendo la decisión que vaya a tomar, porque estamos contando monedas definitivamente. (Coordinador salud oral Hospital - Andes).

Los antecedentes de trabajo conjunto y el reconocimiento del potencial de articulación con las políticas públicas de salud bucal locales y nacionales

El trabajo intersectorial se vio favorecido por el reconocimiento de la Universidad, por antecedentes de trabajo y realizaciones conjuntas. También por la articulación de los propósitos de la Alianza con objetivos y metas de políticas públicas de salud bucal locales y nacionales:

Por parte del secretario hubo mucho apoyo (...) él creyó profundamente en el proyecto Alianza, tanto así que por eso Manizales se convirtió en un centro demostrativo, igualmente la jefe de salud pública, y por eso se lograron hacer muchísimas cosas: las fluoraciones en ciclovías, el trabajo vinculado a la universidad, con los prestadores de servicios de salud. La visita a las instituciones prestadoras, una a una de las IPS, dándoles a conocer el proyecto Alianza unido al de Soy Generación Más Sonriente; yo pienso que, al verlo unido así, pudimos haber potencializado más lo que fue el proyecto Alianza. (Referente de salud oral de la Dirección Territorial de Salud de Caldas – Manizales-Caldas).

Independiente de que cambien las personas, uno ve que la Alianza jalona muchos de los proyectos que están en la Secretaría de Salud con sus políticas, y ahora que se está reevaluando la política se sabe que ella ya hace parte; no vería uno eso sin la Alianza. (Coordinadora del programa de Odontología UAM – Manizales-Caldas).

Luego ya llegaron los estudiantes al centro de salud de forma permanente. Lo que se había hecho hasta el momento eran visitas periódicas, pero no había la presencia que logramos acoger de los estudiantes. Ya se empezaron a vincular otros docentes, a hacer visitas, trabajos y

seguimientos. Fue cuando decidimos articularnos con el programa De Cero a Siempre del gobierno nacional, a través del municipio, a través de la Mesa de Primera Infancia. Entonces ahí fue donde se empezó a hacer un trabajo con los jardines, con los colegios y aprovechar también los agentes comunitarios que tenía el programa, principalmente a nivel rural, con los agentes de programas de Familias en Acción y otros tipos de programas. (Decano Facultad de Odontología, Universidad El Bosque - Anapoima).

Territorios como Anapoima, Manizales y Cali, tenían un trabajo previo del cual participaban las facultades de odontología de manera colaborativa con instituciones y autoridades sanitarias en los municipios. En Andes, la Universidad de Antioquia hacía presencia con otras unidades académicas, incluso en este municipio se ubica una de las sedes regionales de la universidad. Esto hizo que la convocatoria a participar de la Alianza fuera bien recibida en los territorios, debido a los buenos desempeños previos y la coherencia entre las metas y proyecciones de la Alianza con las aspiraciones municipales plasmadas en los Planes de Desarrollo. De igual forma, la Alianza entra a potenciar las acciones contenidas en políticas del orden nacional como “generación más sonriente”.

Lo intersectorial: ¿Un gana-gana para potenciar capacidades, voluntades y recursos?

Como parte de la experiencia de intersectorialidad vivida en cada uno de los territorios, emergen diferentes valoraciones y matices que entran en contraste con las definiciones teóricas. En este apartado se describen los desafíos identificados a partir de la

reconstrucción del proceso de implementación de la Alianza, que los territorios enfrentaron para superar las complejidades de la acción intersectorial, lo cual, si bien busca generar oportunidades de ganancia para los diferentes actores e instituciones relacionadas, no es una tarea fácil que siempre genere los logros trazados.

Con el desarrollo del frente comunitario de la AFLC, cuyo propósito fue mejorar las condiciones de salud bucal de la población a través del fortalecimiento de las capacidades locales para la gestión de planes de salud y el fortalecimiento de prácticas sociales claves para el cuidado, con modelos participativos, interdisciplinarios e intersectoriales que se concretaron en la implementación de los territorios demostrativos (Documento AFLC - Capítulo Colombia, Libro ACFO), la coordinación intersectorial ha sido una estrategia de gestión renovada para generar nuevas oportunidades de acciones articuladas con las instituciones y los actores sociales y comunitarios que favorecían respuestas integradas para el mejoramiento de condiciones de salud.

Cunill-Grau plantea que: “(...) desde esta perspectiva, la noción de la intersectorialidad remite a la integración de diversos sectores, principalmente —aunque no sólo— gubernamentales, con vistas a la solución de problemas sociales complejos cuya característica fundamental es su multicausalidad. Implica, además, relaciones de colaboración, claramente no jerárquicas e incluso no contractuales” (2014. Pág. 4).

Una apuesta por la integración institucional

Desde los territorios se ha potenciado la construcción colectiva para la integración de sectores e instituciones locales, destacando la diversidad

de interacciones y relaciones creadas entre actores gubernamentales, sociales, instituciones público – privada, para alcanzar la intersectorialidad.

Lo más importante de este espacio es que la Alianza global gana un espacio técnico y político para articularse con otros actores municipales que están trabajando en torno a la primera infancia y, adicionalmente, darse a conocer en el nivel municipal como un proyecto sólido. (Documento de sistematización y relación de actividades realizadas en la 20 de Cali, 2015)

En el territorio de Manizales se identificó que el proceso vivido de la política pública de salud bucal municipal desplegó posibilidades de trabajo colaborativo interinstitucional, además del impulso para la creación de nuevos escenarios e interacciones en el nivel departamental:

La relación intersectorial que el programa maneja permite mostrar la originalidad y el aporte a la región trabajando con diferentes actores como instituciones educativas, centros de desarrollo comunitario, redes sociales, consultorios en fundaciones, IPS del régimen subsidiado (Assbasalud), hospitales de la ciudad y del eje cafetero, las autoridades sanitarias como son la Secretaría de Salud Pública de Manizales y la Dirección Territorial de Salud de Caldas. (Proyecto educativo del programa de odontología UAM, 2011)

Si bien el propósito de la integración intersectorial ha estado presente en el desarrollo de los territorios demostrativos, se encontraron diferentes gradientes o intensidades de la misma, acorde con las realidades particulares, donde las diferencias responden a la disponibilidad y voluntad para el trabajo desde las instituciones,

los niveles de compromiso para articularse, así como por la continuidad y estabilidad de las acciones implementadas.

Para el caso de Anapoima se relevó la importancia de la acción intersectorial desde la consolidación del enlace institucional gubernamental y el sector educativo:

Yo he venido aportando en el momento que era delegado de primera infancia con la comunidad, haciendo socializaciones, invitándolos, dándoles a entender que no podemos desperdiciar esta gran oportunidad, que ha sido un enlace entre la administración municipal, la universidad y la comunidad educativa. (Delegado de primera infancia – Anapoima)

Se identificaron diferencias en la construcción de relaciones institucionales, que se consolidaron con mayor fuerza con algunos sectores salud y social por la continuidad de las acciones a lo largo del tiempo y por el énfasis en salud bucal y primera infancia. Para el caso de Andes y Cali, las relaciones se dieron con mayor intensidad con la Secretaría de Salud, el Hospital Público y demás instituciones de salud, sin desconocer que hubo momentos de altibajos en esas relaciones.

Los procesos de acompañamiento también decaen, por los cambios de gerente múltiples, pero también por el agotamiento de las personas que están ahí, y yo diría que también por el desinterés de las personas, hacen que los procesos se reajusten y se reacomoden. (Docente y Coordinadora territorio 2016-2018 - Andes)

Para Anapoima, por las características municipales de la prestación de servicios de salud, fue más difícil la consolidación de esta relación con el hospital público regional:

Pero en verdad como vinculación del hospital ha sido muy poca, hemos participado en el día del niño que se hizo en el polideportivo, que fue cuando yo vi vinculación de la parte odontológica del hospital con el proyecto, pero de ahí a acá estamos como mal. (Odontóloga Puesto de Salud - Anapoima)

En Manizales el vínculo con la política pública de salud bucal favoreció la integración de los sectores social, educativo y de salud:

La Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Manizales, asumiendo su responsabilidad en la ejecución del Plan Nacional de Salud Bucal, estableció como estrategia de concertación de actores para impactar la salud bucal en la población de su área de influencia, la creación del Comité Local de Salud Bucal mediante el Decreto 0257 de 2006. Manizales le apunta a un proyecto de salud bucal en el cual para el 2017 se estará cumpliendo con las metas trazadas por la OMS para el 2020. (Proyecto educativo del programa de odontología UAM, 2011)

Relaciones horizontales para generar confianza

El diálogo y la planificación coordinada de la gestión y las acciones ha sido un asunto que marca las relaciones de colaboración como parte de la intersectorialidad para la construcción de confianza y relaciones horizontales.

En Andes las relaciones intersectoriales se dieron desde el diálogo y el respeto de cada actor:

Se juntaban instituciones académicas, gobiernos e instituciones gubernamentales, la empresa privada un poco con una actitud respetuosa de

permitir que la academia y el diálogo con actores gubernamentales hiciera la orientación en las acciones del proyecto y demás. (Codirector frente comunitario AFLC 2011-2014 - Andes)

La sinergia que la coordinación promueve es también de carácter cultural, en la medida en que la acción concertada entre los diversos actores y sectores que participan en la política social se hacen más cercanos a las diversas culturas de las partes involucradas, promoviendo un intercambio de saberes entre los distintos miembros que participan. Indiscutiblemente este proceso sinérgico no está exento de luchas de poder, resistencias al cambio en la cultura organizacional, como a las nuevas prácticas de acción intersectorial (Ministerio de Salud y protección social, 2016).

En Manizales se contó con un espacio de concertación y planeación de las acciones intersectoriales que favorecieron las relaciones de confianza y la construcción colectiva:

Manizales, como ente territorial, tuvo una oportunidad diferente a la que tienen los demás actores que participan a nivel nacional en el proyecto, porque somos un ente territorial que desarrolla las actividades, no es un sector del municipio, sino que tenemos una intervención dirigida más a toda la población del municipio y esto conlleva a mayor responsabilidad, mayor integración de acciones, mayor inversión de recursos y una mayor necesidad de integrarse con los diferentes actores. Pero principalmente esta Alianza se ha logrado a nivel local, con una participación muy activa de los actores locales que se ayudan también en la estructura que tenían ya previamente montada, como el comité municipal de salud oral y entre todos desarrollan actividades que fortalezcan esta Alianza. (Jefe de Unidad de

Salud Pública, Secretaría de Salud Municipal – Manizales-Caldas)

Así como lo plantea el Ministerio de Salud 2016, también existe la contradicción en las condiciones del trabajo intersectorial, que responde a las dinámicas y posibilidades de relación que transita por diferentes momentos donde pueden presentarse altibajos y diferencias en la intensidad de la coordinación en el trabajo colectivo y variación en la capacidad de diálogo y negociación, las cuales son particulares de cada territorio y su contexto histórico:

Pasan por momentos distintos, pero lo que permitió que de alguna manera el trabajo se impulsara y tomara forma fue la conformación de ese equipo de trabajo con gente local del territorio y con gente de la universidad, y el diálogo permanente para planificar, para enseñar, para ejecutar, para evaluar conjuntamente. La actitud abierta, de respaldo y de diálogo del alcalde, la coordinación de atención primaria que había en su momento, y en la medida en que fueron cambiando las cosas, digamos que eso fue propiciador e impulsor, pues se enfrentó a desafíos y demás, que explican también los altibajos del proyecto en los diferentes momentos, porque tuvimos una relación que inicialmente fue muy abierta y de trabajo mancomunado con el Hospital, pero luego tuvimos un momento difícil de conflicto. (Codirector frente comunitario AFLC 2011-2014- Andes)

Si bien la definición de propósitos y acuerdos de trabajo común pudo haber sido el punto de partida, no quiere decir que sea garantía de éxito del logro de intersectorialidad. La diversidad de instituciones y actores marcó tensiones que aparecieron a lo largo del trabajo. En la

experiencia de los territorios demostrativos se evidenciaron principalmente tres situaciones a tener en cuenta: la primera fue la diferencia en las intenciones, intereses y niveles de colaboración, la segunda relacionada con los liderazgos que se asumieron para el impulso de las propuestas y, por último, el tiempo que se requirió para la generación de confianza.

La primera situación permitió identificar que en algunos territorios la colaboración entre las instituciones se daba poniendo en juego las experiencias y potencialidades de los diferentes actores participantes acorde a su rol:

La participación nuestra, nosotros somos una entidad sin ánimo de lucro, entonces nosotros no tenemos dinero para aportar, pero sí en cuanto a conocimiento y apoyo logístico en los eventos. (Representante Sociedad Colombiana de Odontopediatría seccional Valle del Cauca - Cali) Las actividades en la ciclovía, empezamos en un sitiecito, luego fuimos creciendo; hasta se nos presentó un roce con una IPS, que de cierta forma fue celos pienso yo, porque los estábamos haciendo en la puerta de una IPS y nos tuvimos que movilizar a un sitio neutral, porque ya todos quieren participar, me parece que lograr atraer a las IPS privadas, de cierta forma fue muy valedero, porque hoy no solamente participan los referentes tanto de la territorial como de la Dirección Territorial, sino que también participan entes externos. Jaibaná siempre participa, Lucí siempre participa; le paguen o no el tiempo, pero siempre participan. Mercaldas se involucró, vea la carpa que se mandó hacer. (Referente de salud oral de la Dirección Territorial de Salud de Caldas – Manizales-Caldas)

Estas relaciones intersectoriales no siempre fueron evaluadas de manera positiva, ya que en

algunos territorios las dificultades de articulación fueron una situación que dificultó la construcción de lazos de confianza y colaboración:

Pero otro factor principal y que siempre he considerado es la falta de articulación interinstitucional, porque la universidad ha considerado a bien desarrollar este proyecto y ha sido exitoso, pero la falta de apoyo y de trabajo en equipo entre el hospital y el municipio ha sido grande. (Secretaría para el Desarrollo y la Equidad Social - Anapoima)

La segunda situación identificada fue el liderazgo ejercido principalmente por el sector académico (Universidades), el cual de manera general fue valorado favorablemente al ser un actor institucional reconocido y respetado por su trayectoria; además promueve nuevas relaciones institucionales que favorecieron las respuestas integrales:

Para nosotros era una gran ventaja que la Universidad de Antioquia estuviera acompañándonos, porque sabemos primero del compromiso social, segundo del profesionalismo, y una gran ventaja adicional era que veníamos haciendo una estrategia con la universidad y contábamos con excelentes docentes, con profesionales que de otra forma el municipio no hubiese tenido la capacidad de costearlos donde hubiese tenido que pagar para poder poner este servicio. (Alcalde 2012-2015 - Andes)

También se identificó que por la diversidad de los actores e instituciones que participaron a nivel local emergieron intereses de protagonismo, que pudieron ser tramitados al interior a medida que avanzó la acción intersectorial:

La verdad es que cuando en un proyecto participan tantas personas de tantas instituciones, de tan diferente índole: unas del privado, públicas, académica, etc., siempre habrá gente que quiere más protagonismo y que quiere figurar más que otra, siempre habrá gente que trabaje muchísimo y hay gente que no trabaja tanto, y muchas veces los que no trabajan tanto son los que quieren figurar; aunque los 3 años que estuve, la verdad se mantuvo, no las llevamos muy bien, pues no falta los roces más que somos tantas mujeres. (Referente de salud oral, Dirección Territorial de Salud de Caldas – Manizales-Caldas)

La Alianza es un proyecto incluyente, la vinculación de cada una de las instituciones públicas y privadas, así como la sinergia que se ha logrado cada uno aportando desde su experticia y sin querer figurar sino pensando en trabajar en un solo objetivo y en una sola meta. (Directiva Empresa Privada – Cali)

Algunos actores identificaron que las relaciones construidas entre las instituciones que hicieron parte de la Alianza fueron diferenciales, dependiendo de la cercanía y afinidad entre las personas, lo que generó mayor apoyo o reconocimiento. Dicha situación no sólo representa puntos a favor en la construcción de intersectorialidad, sino tensiones y resistencias en la definición de acciones compartidas:

Pero siento que en el tiempo se ha diluido, que se ha quedado como una serie de acciones puntuales que la verdad no sé qué tanto impacto estén teniendo, pues no sé si estén teniendo el alcance que se propuso como de mostrar formas de hacer las cosas, de mostrar integración, pienso que hubo mucho de egos también ahí y en ese manejo de la Alianza que dificultó mucho, entonces yo empecé como a percibir ciertas tensiones, ciertos

choques entre quién es el protagonista, quién se lleva los recursos, cuánto me toca de recursos, cuánto puedo contratar, me parece que eso hizo que se diluyera un poquito la intención original. (Docente U de A - Andes)

Y, finalmente, el papel que juega el tiempo y la consolidación de relaciones interinstitucionales para la generación de confianza. Un resultado de las alianzas estratégicas se precisa en la consolidación de redes de trabajo, de grupos cohesionados conformados por representantes de diversos sectores, instituciones y de la comunidad que trabajan juntos para construir confianza y alcanzar resultados en el tiempo. La conformación de dichas redes es un proceso que no se da en corto plazo, sino que requiere un periodo de maduración muchas veces largos, más aún si se construyen cruzando periodos gubernamentales (Ministerio de Salud y protección social, 2016).

Yo creo que la continuidad del trabajo a lo largo de los años, eso ha favorecido. Ha limitado los cambios de los maestros, limitan a veces el desarrollo de las cosas, los maestros de las escuelas. (Vicerrector de Investigaciones Universidad el Bosque - Anapoima)

Yo creería que es más un proceso de aprendizaje, todo lo que genera articulación genera consigo dificultades institucionales y el desprendimiento de algunos egos institucionales que puedan dificultar el desarrollo, pero creo de una u otra manera que el proceso les ha ido enseñando y han ido controlando o desarrollando procesos más a favor del objetivo del proyecto que de acuerdo con el objetivo propio de una institución o de un actor. (Jefe de Unidad de Salud Pública, Secretaría de Salud Municipal – Manizales-Caldas)

Se hablará de que existen alianzas estratégicas en el territorio como un mecanismo para generar intersectorialidad cuando los temas transversales del territorio se integren en la planificación, en las estrategias, en las políticas y en las tácticas institucionales y de los sectores, logrando un entorno que valora y alienta la asunción de los temas de desarrollo, a través de no generar impactos negativos en ellos y generando superación de situaciones problemáticas (Ministerio de Salud y protección social, 2016).

Integrar para conseguir respuestas efectivas

En la implementación de los territorios demostrativos la construcción de respuestas conjuntas fue uno de los desafíos que definió las posibilidades de aprendizaje y ganancias institucionales. La coordinación intersectorial fue un elemento central para enfrentar los problemas de salud entendidos en su relación con procesos de determinación social donde están en juego condiciones económicas, políticas, ambientales y culturales que, por su complejidad, requieren cooperación, coordinación y articulación de todos los actores para la construcción colectiva e integración de respuestas.

En las orientaciones para la intersectorialidad dadas por el Ministerio de Salud (2016) se plantea que las particularidades sociales, económicas, culturales, ambientales, demográficas y políticas que existan en el territorio deben establecerse como temas transversales u objetivos comunes que permitan un actuar de los sectores de manera complementaria, coordinar los recursos humanos y materiales, y el desarrollo de actividades conjuntas orientadas a incentivar, mantener y reforzar aquellas relativas a la articulación, coordinación, colaboración, orientación y

participación ciudadana en salud (diálogos ciudadanos, presupuestos participativos, etc.).

En este sentido, la posibilidad de comprensión de la realidad, y el diseño de respuestas integrales acordes a la misma, permitió un avance en la coordinación intersectorial, que fue un elemento que se puso en juego en los territorios demostrativos como punto de partida en la planificación de las acciones:

Un proceso diagnóstico con el municipio, en el cual se tuvieron varios encuentros en los que participó el equipo de gobierno de ese entonces del alcalde y el equipo de la facultad. (Docente prácticas U de A - Andes)

Concientizarlos a través del frente comunitario la participación del sector privado, el sector educativo, el gobierno, amén de las Universidades que sabemos están allí, esos eventos como la jornada nacional del cepillado, la instalación de cepilleros y las prácticas estudiantiles han sido fundamentales para que hoy en día se reconozcan las acciones contra la caries que se han realizado desde el punto de vista comunitario y que muchas entidades quieran estar presentes en este tipo de reuniones y participar en las acciones comunitarias que se hagan para la población. (Directivo Universidad Pública - Cali)

La acción intersectorial requiere de escenarios compartidos para la planeación, implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación, que podrían materializar la construcción de políticas públicas y de desarrollo (Otálvaro Castro et al., 2017).

La configuración de respuestas integrales ha posicionado la salud bucal en la agenda pública y de manera articulada con otros programas y acciones de salud y sociales, lo que aporta a la

disminución de la duplicidad de esfuerzos y repetición de actividades:

Es de vital importancia la atención integral a los niños, la integralidad y la salud oral, es algo que debe tener todo niño y es muy importante desde la parte nutricional todo. O sea, Colsubsidio trabaja mucho con la integralidad y nos esmeramos para que se cumpla; todo el seguimiento es completo, entonces este es uno de los trabajos más pesados que tiene uno como docente que es seguir o hacer los seguimientos a la integralidad. (Profesora CDI - Anapoima)

En la alianza veamos más allá de la boca, que la boca y la caries sea una excusa para que tengamos niños y niñas sanas, entonces he estado ahí todo el tiempo y también tratando de analizar como instituciones, si bien tratamos de hacer una planeación conjunta, la idea es que la alianza de alguna forma tenga incidencia en lo que nosotros hacemos como institución, entonces también analizando y llamando a que pensemos que es esto de educación en salud, cómo debe hacerse, si cualquier idea caza ,si es o no es, también aportando para ver si lo que nosotros hacemos para que no caigamos en el activismo, sino que tengamos un propósito en todas nuestras actividades. (Coordinadora Convenios Docencia Servicio ESE Ladera - Cali)

La integración entre sectores posibilitó la búsqueda de soluciones más acordes a la realidad, así como lo plantea Cunill-Grau (2014): tal premisa le asigna un fundamento expresamente político a la intersectorialidad y se traduce en el supuesto de que todas las políticas públicas que persiguen abordajes integrales a problemas sociales tienen que ser planificadas o ejecutadas “intersectorialmente”. La segunda premisa es que la integración entre sectores

permite que las diferencias entre ellos puedan usarse productivamente para resolver problemas sociales.

La salud bucal puede ser posicionada con aportes y acciones no sólo de salud sino también sociales y culturales, para producir la integración, tal como lo evidenció el territorio demostrativo de Manizales:

Desde otro punto de vista, creo que a futuro va ser realmente impactante, va ser la premisa de que no necesariamente con la inversión de altos recursos, sino con el cambio de la cultura alimentaria, con el cambio de la cultura de la higiene oral, con el cambio de la cultura de los estamentos, aquí particularmente participó la Secretaría, sino que tuvimos el acompañamiento de otros entes como la Defensa Civil en las brigadas, aportando con algunos recursos; aportaron por decir algo unidades móviles, etcétera, etcétera. (Secretario de Salud Municipal – Manizales-Caldas)

Potenciación de recursos

Si bien se evidenciaron condiciones económicas deficitarias de los territorios locales, la intersectorialidad se convirtió en una posibilidad de integración y optimización de recursos que favoreció las acciones de salud bucal:

El otro aspecto, poder unirnos con otras instituciones como lazos de Calandaima, en que podíamos aprovechar recursos y gestionar recursos y aprovechar lo que ellos venían haciendo en el municipio, y en la parte urbana y rural para poder incluirnos, digamos en esa parte que ellos desarrollaban, eso fue lo que nos facilitaba, esos temores de llegar como agente externo y llegar a trabajar con esas comunidades que realmente en otros aspectos fueron de muchísimo aprendizaje

cuando empezamos a caracterizar la población. (Decano Facultad de Odontología, Universidad El Bosque - Anapoima).

Dispuse un rubro presupuestal para contribuir a la cofinanciación y poder pensar en ampliar actividades. Ese actor externo me ayuda a cumplir con este quehacer. Estas oportunidades de mejora y eso a nosotros nos sirve muchísimo. (Secretaría de Salud Municipal- Andes)

Respecto a los recursos, la mayoría de las veces se movilizan desde sectores formales e integran los sectores sociales informales en la planificación e implementación de las estrategias por su influencia, conocimiento del territorio y de los problemas sociales. La financiación parcialmente compartida favorece la confianza entre los sectores y la estabilidad de las acciones, porque logra un efecto multiplicativo y se realiza una mejor planificación de las intervenciones (Otálvaro Castro et al., 2017).

La vinculación con la academia se ha potenciado, se ha fortalecido y esto permite abonar esfuerzos y poder direccionar intervenciones sin duplicidad de acciones y se beneficia mucha más población, hay mucho más posicionamiento, la salud bucal a nivel local es reconocida como un tema principal. Creo que a nivel programático se ha fortalecido la visión y el planteamiento del cuidado de la salud bucal. (Jefe de Unidad de Salud Pública de la Secretaría de Salud Municipal – Manizales-Caldas)

Fue una oportunidad muy bonita que se dio en un momento muy bonito donde confluyeron voluntades y actores y recursos porque cada institución puso. (Docente U de A - Andes)

Aunque el compartir recursos pudo verse como una oportunidad, también fue visto

como un factor que dificultó las relaciones interinstitucionales por los diferentes enfoques y orientaciones para la inversión, que en los momentos de disminución de recursos económicos generan tensiones:

Yo creo que, como hacía alusión anteriormente, digamos más o menos se llegó al municipio donde cualquier cosa que pusiera la Universidad era bienvenida y el tema de salud oral siempre está dentro de la agenda de todas las entidades gubernamentales, y digamos especialmente de ese tipo, porque se sabe que hay necesidades y que los recursos con los que cuentan son pocos. Cuando uno mira lo que hay de presupuesto para el plan de intervenciones colectivas del municipio, casi que el presupuesto de la alianza era mayor que el del PIC. Entonces siempre hay esa expectativa, pero digamos que a veces las expectativas también son de la producción paternalista que tienen las comunidades de lo que me van a dar y de la participación que se busca de ellos es poca. (Decano Facultad de Odontología, Universidad El Bosque - Anapoima).

Consideraciones finales: lecciones aprendidas

La Alianza se trazó un propósito de trabajo intersectorial que implicó la transición de la gestión institucional a la gestión de impacto y programas sectoriales. Este propósito se logra de manera diferencial en los territorios, por las condiciones particulares de contexto y de las dinámicas institucionales. El caso de Manizales demuestra este logro en la transición, lo cual se vio favorecido por la existencia de políticas públicas en salud bucal que conecta con otros asuntos de salud y sociales, que promueve la articulación de

equipos para el desarrollo de acciones de salud pública y atención.

La existencia de espacios de coordinación y planeación nacional y local favorecieron la articulación de las instituciones y el desarrollo de actividades que reconocieran las diferencias de los territorios; sin embargo, la Alianza -a excepción del territorio Manizales-Caldas- se quedó en lo relacionado con la coordinación interinstitucional como uno de los niveles de intersectorialidad existentes, porque si bien existe una participación amplia y diversa de sectores, instituciones y actores, no se alcanzó la intersectorialidad como propósito de transformación de las condiciones de salud bucal, dado la complejidad de los contextos y las condiciones existentes en el país, y la posibilidad real de integrar acciones múltiples para garantizar un abordaje integral.

La persistencia y motivación de los equipos de trabajo territoriales se convierten en las alternativas para combatir la contracción como elemento permanente en el plano de la gestión política para las acciones intersectoriales, dados los cambios continuos (enfoque, recursos, personal, programas y relaciones) que se viven en los territorios.

De la experiencia de la acción intersectorial se construyeron sinergias que fortalecieron las capacidades de gestión, coordinación y toma de decisiones entre los diferentes actores, instituciones y sectores, y de esta manera se realizaron acciones conjuntas de salud bucal para la población, priorizando primera infancia e infancia, que implicaron tiempo y alineación de intereses y creación de confianza.

El ejercicio de la intersectorialidad exige de la reflexividad, la planeación y toma de decisiones permanente en los diferentes niveles jerárquicos ascendente y descendente, que permitan

identificar los elementos de poder que inciden en el desarrollo de una propuesta como la AFLC y, de esta manera, definir rutas y acciones para fortalecer la horizontalidad de las decisiones y acciones, para alcanzar la transformación.

Referencias

- ACFF. (2011). Documento Marco - *La Alianza por un Futuro Libre de Caries - Colombia*. Disponible en: <https://www.acffglobal.org/es/capitulos/>
- Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y política pública*, 23(1), 5-46. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2015). *Documento de sistematización y relación de actividades realizadas en la 20 de Cali*.
- Duque Daza, J. (2011). El desafío de la interinstitucionalidad como estrategia de gestión en programas de formación avanzada. *Revista Uni-Pluri/versidad*, 11(3), 1-24. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/unip/article/view/12432/11261>
- Ministerio de Salud y protección social. (2016). *Orientaciones para la acción intersectorial*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/orientaciones-intersectorialidad.pdf>
- OPS. (2008). Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de equipos de APS los equipos de APS. En *Organización Panamericana de la Salud*. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31333>
- Otálvaro Castro, G., Colorado Vélez, A., Gómez Granada, J., Elorza Saldarriaga, J., Cárdenas Velásquez, N., García Cano, J., Ossa Estrada, D., Casanova Yela, R., Porrás, S., Álzate García, D.,

Salazar Marulanda, N., Bedoya Mejía, S., López Patiño, A., Gaviria Angulo, N., Álvarez Pérez, J., Acevedo Escalante, L., Garcés Jaramillo, D., Sepúlveda Vergara, G., Bolívar Echeverri, J., Martínez Saldarriaga, L. (2017). Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica. En *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia* (Vol. 35, Número 2). Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica/ Universidad de Antioquia.

Rozas Ossandón, G., & Leiva Benavides, E. (2005). Intersectorialidad en las políticas orientadas a la superación de la pobreza en Chile: una perspectiva desde la psicología comunitaria. *Acta colomb. psicol*, 8(2), 5-18.

UAM. (2011). *Proyecto educativo del programa de odontología UAM 2011*.

≈ Capítulo 6

Experiencia de educación para la salud y atención en los territorios demostrativos de la Alianza por un Futuro Libre de Caries, capítulo Colombia

Luis Fernando Restrepo Pérez · María del Pilar Cerezo Correa ·
Olga Lucía Cifuentes Aguirre

Este capítulo presenta el proceso de sistematización de la experiencia de la Alianza por un Futuro Libre de Caries-Colombia (ACFE, 2011), en su componente de atención y educación para la salud. Para el grupo participante del proceso se entiende la atención y educación para la salud como ejes fundamentales que permiten reconocer una experiencia soportada en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) (Ley 1438 de 2011).

Como parte de las discusiones que permitieron reconstruir la experiencia alrededor de estos temas, aparece la necesidad de establecer un consenso frente a qué entendemos como atención y qué como educación para la salud. Desde la perspectiva de APS, se podría decir que ambas hacen parte de una misma estrategia y que incluso las acciones de educación para la salud estarían incluidas en un proceso de atención que se considere integral, y en el que se incluyen acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, protección específica, rehabilitación y mantenimiento (Acosta Ramírez & Vega Romero, 2008).

Esta apuesta se confirma en el documento marco de la Alianza en el que, además, se resalta la intención de un trabajo que reconoce la salud como un derecho humano fundamental

y socialmente determinada; lo cual exige de abordajes integrales, en diferentes momentos y ámbitos de la vida, que trasciendan la atención a la enfermedad (Documento Marco del Capítulo Colombia, 2016)

Sin embargo, y respecto a los referentes anteriores, podríamos decir que la reconstrucción de la experiencia en los territorios demostrativos del frente comunitario, en lo que se refiere a la atención y la educación para la salud, marca cierta distancia entre estos dos componentes.

Por un lado, se parte de entender la atención como el conjunto de acciones, especialmente individuales, en el que se pueden dar procesos de prevención, promoción, rehabilitación y mantenimiento de las condiciones de salud, generalmente se desarrollan al interior de las instituciones, pero en algunas ocasiones también en el ámbito comunitario.

Mientras que la educación para la salud, históricamente vinculada a la promoción de la salud (Chapela, 2008), se puede entender como aquellas acciones, preferiblemente de orden colectivo, en las que se hace visible y posible un trabajo de lectura de necesidades amplio, en territorio y ámbitos de vida cotidianos, con participación comunitaria y vinculando a diferentes actores institucionales y disciplinares,

el cual se debe traducir en unas acciones en salud, igualmente amplias, que trascienden los intereses disciplinares y que vinculan estrechamente a los colectivos. Sin embargo, tal como lo plantea la misma Chapela (2008):

Los discursos en promoción de la salud frecuentemente aparecen como si partieran de acuerdos conceptuales. Sin embargo, la práctica que sustentan revela profundas diferencias en concepciones, significados, beneficiarios y fines lo que revela una lucha por ganar capital en el campo de la promoción de la salud. Un ejemplo de esto es el conflicto de educación para la salud/ promoción de la salud. (p.4)

En este orden de ideas, desde las experiencias particulares en cada territorio demostrativo, se podría decir que, en algunos espacios, y en circunstancias particulares, se podrán evidenciar prácticas en las que se vinculan estrechamente las acciones de atención y educación, mientras que en otras se puede describir un proceso por separado en el que es posible diferenciar unas acciones de atención frente a unas de educación.

A partir de estas consideraciones, se presenta la experiencia vivida en cada territorio; primero, presentando como punto de partida común a las acciones de atención y educación, un primer componente que aborda los procesos de diagnóstico desarrollados en cada espacio; posteriormente, se presenta un segundo componente de educación para la salud, del cual se hace un recuento de las principales acciones, metodologías y recursos empleados en cada espacio, así como los ámbitos en los que se desarrollaron dichas acciones y los actores involucrados, incluyendo algunos resultados en la voz de los participantes.

Un tercer componente lo constituye el de la atención, en el cual se sigue el mismo recorrido propuesto para la educación, presentando las principales metodologías y acciones, los resultados y los aprendizajes. Se advierte de entrada que este es un componente un poco más difuso en cada una de las experiencias. Sin embargo, se considera pertinente poder resaltar algunas acciones puntuales en los territorios que permitan diferenciar unas acciones enfocadas a procesos de protección específica y rehabilitación de aquellos dedicados a la educación para la salud. Al final se presentan unas consideraciones generales que recogen parte de las reflexiones y proyecciones en relación con la educación y la atención a partir de la experiencia.

Diagnóstico - lectura de necesidades

Entre las principales acciones desarrolladas en la atención y la educación es posible encontrar una coherencia en la secuencia de implementación en los diferentes territorios demostrativos. Se parte de una lectura de necesidades con diferentes énfasis que se traducen en un conjunto de actividades de orden individual y colectivo que se describen a lo largo de este capítulo.

Líneas de base

En primera instancia, los territorios partieron de un proceso de diagnóstico en el cual se establecieron líneas de base que sirvieran como referente para el desarrollo de los objetivos del proyecto en el corto, mediano y largo plazo; dichos objetivos incluían el desarrollo de acciones de educación y atención acordes con las lecturas de necesidades. Estas líneas de base tuvieron un

componente de valoración de las condiciones de salud bucal; pero en el marco de una apuesta de APS, vincularon otros aspectos de orden social que permitieran comprender de manera más amplia las condiciones de vida de los niños y las niñas, sus familias y su entorno.

La valoración de las condiciones bucales incluyó indicadores de caries dental propuestos por el nuevo paradigma, al mismo tiempo que elementos que permitieran determinar las condiciones de higiene oral y características oclusales, el estado nutricional y el desarrollo de los niños y las niñas participantes.

Los aspectos de orden social considerados estuvieron relacionados con el modelo de la determinación social de la salud, incluyendo variables relacionadas con la inserción social, los modos, la calidad y los estilos de vida de las comunidades. Estas variables fueron indagadas mediante cuestionarios validados que se aplicaban en paralelo con la valoración clínica y con los y las acudientes de los niños y las niñas.

En los cuatro territorios se establecieron las líneas de base en forma similar, con diferente representatividad del grupo de primera infancia y con la participación de odontólogos calibrados.

Procesos de diagnóstico participativo

Los procesos de diagnóstico no sólo se preocuparon por reconocer las condiciones específicas de caries de la primera infancia de cada territorio, sino que además se expresaron como los primeros momentos de ubicación y reconocimiento de las realidades locales y territoriales que permiten la orientación de las acciones tanto de educación como de atención, acorde también a los intereses de los diferentes grupos poblacionales con los que se trabaja:

Ha sido una gran ventaja. Inicialmente, se hacía un diagnóstico que era como reconocer cuáles eran las necesidades, no era tanto como clínico sino más bien la parte cualitativa de la comunidad, reconocer la comunidad para poder llegar a un diagnóstico. Todas (las estudiantes) al inicio muy asustadas, pero después ya estábamos más afianzadas con el tema, las asesorías con los profesores han sido súper, y ha sido como esa gran ventaja con respecto a otras visitas que se hacen aquí mismo en la ciudad, que muchas veces uno no alcanza a ver lo que se ve en el área rural. (Estudiante 9° semestre. Facultad de Odontología, Universidad de Antioquía)

En general, en todos los territorios, con diferentes énfasis, se dio un proceso en el que se conjugaron los componentes sociales y de salud específica dentro de los diagnósticos:

Después de ese lanzamiento, se hizo una visita con el grupo de investigación de UNICA. Llevamos unas unidades odontológicas portátiles y trabajamos en el centro de atención haciendo un diagnóstico epidemiológico clínico de un importante número de niños de la primera infancia (...) se aprovechaba para hacer un poco de salud oral y para trabajar con ellos, reconocerlos, reconocer las comunidades. Hicimos esos levantamientos epidemiológicos durante una semana, además del trabajo de recolección de la información y aspectos del municipio, de la organización municipal y de las actividades del sector salud. Esto permitió tener un levantamiento de línea base con el cual se empezó el trabajo, se pudo tener como un diagnóstico comunitario y un diagnóstico clínico para empezar a implementar estrategias. (Decano facultad de Odontología Universidad el Bosque)

Algunos de los rasgos que caracterizan estos procesos en el territorio están relacionados con la integración de la comunidad en los procesos de lectura de necesidades, la devolución de información recopilada y su consolidación para la continuidad del trabajo a través del tiempo. Esta devolución de la información permitió la emergencia y reconocimiento de necesidades tanto del orden social, como clínico, por parte de los sujetos y los colectivos. Hecho reconocido y expresado por actores institucionales de diferente rango jerárquico en las organizaciones territoriales. Una promotora de salud de Andes expresó lo siguiente:

Hubo una parte muy importante que fue la primera vez que ellos le devolvieron a la comunidad, porque ellos hicieron una especie de censo y eso se lo devolvieron a la comunidad, entonces le devolvieron a la gente lo positivo y lo negativo de esas encuestas, muy importante porque la gente se daba cuenta de que ¡ay, ¿cómo así? tan poquita gente tiene acceso a estos servicios! Eso fue bueno, nos han devuelto el trabajo sólo como respuesta de lo que han hecho, en dos veces y ya han venido varias veces. (Promotora de salud APS, Territorio Andes).

Una docente de práctica de la Universidad Autónoma de Manizales afirmó:

Trabajamos con los estudiantes a través de proyectos que pretenden contribuir a mejorar las condiciones de salud bucal de los escolares, empezamos por una fase de conocimiento y la realidad, donde utilizamos varias estrategias como el perfil y el diagnóstico. Priorizamos problemas que podamos intervenir a través de proceso de educación con los niños, los profesores y los padres de familia. Con los estudiantes y los

escolares formulamos y ejecutamos el proyecto porque como es participativo todas aportan. Cada actividad educativa se hace a partir de una planeación que incluye definir las técnicas y recursos para que sean variados y de acuerdo con la edad de los niños. (Docente Intervenciones en salud pública UAM)

Mientras que una secretaria de despacho recordó:

Inicialmente el proyecto fue articulado con otras actividades de la Universidad El Bosque como fueron los diagnósticos, las brigadas de especialistas y pues eso hubo muchas patologías en su momento que los mismos padres desconocían, hubo canalización de los menores que necesitaron ser canalizados. (Secretaría para el Desarrollo y la Equidad Social, Municipio de Anapoima)

Estas lecturas amplias de la realidad permitieron un mayor acercamiento a condiciones particulares de cada territorio, lo cual se debía traducir en la adecuación de las acciones de atención y educación a dichas condiciones de vida.

Es importante mencionar, para cerrar este apartado, un asunto que se desarrolló con mayor profundidad en el capítulo de intersectorialidad y que tiene que ver con la participación en el proceso de diagnóstico de otras instituciones y sectores de cada territorio. En todos los territorios, desde las acciones de identificación de necesidades, se establecieron vínculos, ya fuera con la administración municipal, la autoridad sanitaria (secretarías de salud municipales) y/o los hospitales. Estos vínculos permitieron un trabajo articulado con la academia y toma de decisiones conjuntas para el desarrollo de las intervenciones

de atención y educación que se llevarían a cabo en las diferentes instituciones y poblaciones.

Es claro e importante reiterar que desde el proceso de diagnóstico y lectura de necesidades se identificaron los diferentes énfasis en cada uno de los territorios demostrativos de la Alianza. Por un lado, algunos más cercanos a propuestas de APS, como el caso de Andes, que permitieron unas miradas más amplias e integrales de la realidad, acudiendo, además, a un compromiso político de la administración municipal. Por otra parte, se lograron análisis más específicos de la situación de salud bucal de la primera infancia del territorio, como el caso de Anapoima, en el que se contaba con una alta experticia del equipo de trabajo de la Universidad El Bosque frente a un diagnóstico de caries acorde al nuevo paradigma para el abordaje de esta patología. Ahora, experiencias que podríamos ubicar como intermedias entre las ya mencionadas, se encuentran la adelantada por la Universidad del Valle en la Comuna 20 de Cali, en la cual se conjugaron objetivos de la Alianza con desarrollos de acciones de APS que ya se venían realizando en las prácticas formativas de estudiantes de odontología, mediante un convenio de docencia-servicio con la Red de Salud Ladera ESE. Finalmente, el municipio de Manizales adelantó un proceso en conjunto con la Secretaría de Salud del Municipio que implicó ajustes de la propuesta de Alianza desde un enfoque que se alinea con la política de Salud Bucal del Territorio.

Cada uno de estos énfasis y particularidades han influido en el desarrollo de acciones educativas y de atención durante los siete años de implementación del proyecto en cada territorio. A continuación, se presentan las experiencias particulares de cada espacio, tratando a su vez de encontrar convergencias en un proyecto que tiene un carácter nacional y global.

Educación para la salud

En este componente se quieren resaltar aspectos de las experiencias de cada territorio en las que se desarrollan acciones que se pueden ubicar en el campo de la educación para la salud. Para esto partiremos por socializar las experiencias de educación para la salud, reconociendo sus abordajes metodológicos y, dentro de estos, las principales técnicas y recursos utilizados. Además, se resaltan los diferentes ámbitos de vida donde tuvieron lugar estas acciones y los actores comunitarios vinculados y partícipes de dicho proceso. A partir de este recorrido se hace una reflexión hacia el final de este componente, en el que se trata de contrastar la experiencia vivida con los referentes conceptuales de la educación para la salud. Finalmente, se presentan algunas valoraciones de los agentes implicados en el desarrollo de estas acciones de educación.

Principales acciones: metodologías, técnicas y recursos. Un acercamiento a lo metodológico

Partiendo entonces de las lecturas de necesidades se puede pasar a reconocer de qué manera las acciones de educación fueron implementadas en cada territorio y hasta qué punto estas estuvieron acordes con los contextos identificados en las lecturas de necesidades.

Por una parte, es claro que algunos territorios como la Comuna 20 de Cali, Anapoima y Manizales plantean experiencias en las que es evidente un componente educativo en salud bucal con ciertas particularidades que se identificarán posteriormente y que diferentes actores resaltan de la siguiente manera:

“Mi hijo me cuenta que van los estudiantes de la Univalle de odontología y les dan clases y les hablan de los dientes, les enseñan a cepillarse y les echan algo rojo en la boca para mirar si se cepillan bien. También le calzan muelitas y les colocan sellantes” (Madre de familia. Comuna 20, Cali).

“Le enseñaron lo del cepillado, como lavar sus muelitas y la fluorización, más que todo fue en eso en lo que pude estar” (Padre de niño CDI. Anapoima).

“Les han enseñado cómo cepillarse los dientes, les han aplicado el flúor, que hay que llevarlo constantemente al médico” (Profesora entorno San Antonio, Anapoima).

“E: ¿Qué es lo que más te gusta de esto que se ha hecho?”

P: Que les den kits orales a los niños, porque eso es un estímulo para que ellos sigan adelante con el cuidado oral” (Profesora entorno San Antonio, Anapoima).

Se pueden apreciar aquí experiencias de educación para la salud estrechamente relacionadas con acciones preventivas, en las que una intención de trabajo colectivo, parece reducirse a una apuesta por lograr efectos de orden individual. El enseñar a cepillarse los dientes constituye un tema central de estos relatos, que marcan una relación directa con un proyecto que se propone comunidades libres de caries en el 2026 (Documento Marco del Capítulo Colombia, 2016). Una acción que la profesión odontológica ha intentado realizar de manera masiva, pero que termina concretándose en acciones de orden individual, fuertemente marcadas por la instrucción. Una instrucción que se refuerza con la provisión de materiales como el cepillo de dientes, lo cual se verifica, también, de manera individual, con una valoración de la higiene, con el fin de confirmar el nivel de

apropiación de las prescripciones que hace el Odontólogo.

Por otra parte, en la experiencia del territorio de Andes las acciones que se resaltan están expresadas desde abordajes más generales en los que el componente bucal se encuentra inmerso y en relación con otras dimensiones, tal como se expresa en los siguientes relatos:

Trabajaron muchas cosas como de la convivencia, pues no necesariamente era de la boca, pero eran otras cosas diferentes, se trabajó también sobre los valores y del cuidado hacia las personas. (Docente, Territorio Andes)

El proyecto empezó a tener un cariz y un alcance no restringido a las acciones específicas de salud bucal, sino más orientado a acompañar el desarrollo de las estrategias de atención primaria en su conjunto y otras estrategias de gestión de política donde participa el hospital en temas de primera infancia. (Codirector frente comunitario, Territorio Andes)

Ahora, no se podría decir que las miradas generales dejaron de lado una apuesta de prevención y acción específica en salud bucal, así como tampoco que aquellos enfoques más centrados en la salud bucal dejaron de lado una mirada más amplia de las condiciones sociales y de vida de cada contexto, pero claramente están marcados énfasis en cada territorio.

Una intención por adelantar procesos participativos de educación para la salud

Lo mencionado anteriormente se confirma al describir el desarrollo de las acciones en las que, al profundizar en las apuestas metodológicas, se pudo evidenciar un interés en cada territorio

demonstrativo por desarrollar una serie de acciones que promuevan la participación, en diferentes niveles, de individuos y colectivos, tal como lo expresa un estudiante de odontología que acompañó este proceso en el territorio de Andes:

Cuando estamos en metodologías en las cuales las personas sean partícipes, sean protagonistas, ellos de una la captan más que cuando usted se sienta a decirles haga esto, esto, esto. Cuando ellos se vuelven digamos que intérpretes de su rol en determinada actividad pesa más que cuando usted se sienta a decirle ah ¡te tenés que cepillar de esta manera!, usa Colgate, usa la seda, mamá venga coja al niño así o mira mamá tienes que coger al niño y hacerle así. Una actividad que hicimos fue que nos sentamos, una compañera se sentó y cogió a otra compañera y le dijo ustedes cada una va a coger a su niño y vamos a hacer movimientos y me van a decir por qué se debe hacer, entonces volvíamos a cada persona partícipe, cada quien era su protagonista en su momento y el niño era también parte de la obra. Entonces cuando se hacen actividades que no es solamente hablar, donde ah, nos va a llevar a hablar, haga eso, o me pongo yo a dar órdenes, la gente sí te pone atención en el momento, pero que a largo plazo ya ni se acordarán de que el cepillo se coge así. (Estudiante 9 semestre. Universidad De Antioquia)

Los espacios de vida cotidiana como una posibilidad para la generación de procesos participativos de educación para la salud

Uno de los principales factores que da cuenta de este interés por generar procesos participativos

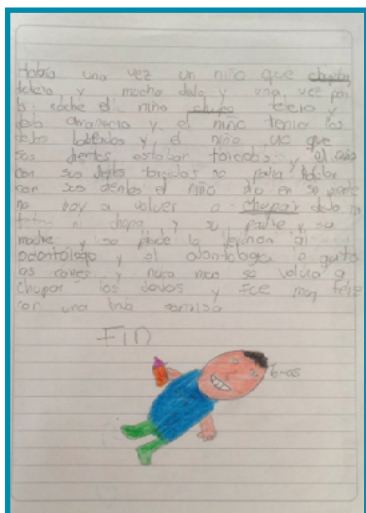
es el de procurar acciones en los espacios donde las personas desarrollan su vida cotidiana. Esta intención, presente en todos los territorios y que constituye uno de los principales atributos de la APS, obligó a adaptar y ajustar acciones de educación para la salud, no sólo en los espacios y condiciones materiales de cada entorno, sino -además- a las condiciones de vida particulares de cada grupo poblacional con el que se trabajó. En este sentido, se identificaron acciones en el espacio escolar que incluye colegios, Centros de Desarrollo Infantil (CDI) y Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). En el ámbito familiar, se identificaron experiencias que abordaron a las familias en sus hogares o mediante el proyecto de Entornos Familiares del ICBF. Por otra parte, se implementaron acciones en un ámbito que podríamos denominar comunitario, que incluyó acciones masivas como el día de la salud oral o las acciones en vía pública.

Estas actividades, en su mayoría, como se mencionó más arriba, parten de un interés por generar procesos participativos en los cuales se reconoce a los participantes, el aprendiz y el experto como interlocutores válidos, es decir, como agentes activos en la construcción del conocimiento mediado por una relación dialógica. En los territorios, la orientación teórica y metodológica de las acciones realizadas permitió establecer el vínculo y participación de los diferentes actores, de diferentes maneras y con diferentes estrategias, ajustadas a las condiciones de cada entorno.

A continuación, se presentan algunos testimonios que permiten conocer cómo se desarrollaron las acciones educativas y promocionales, así como las técnicas y recursos utilizados en cada uno de estos ámbitos de vida cotidiana.

Las instituciones educativas constituyen uno de los principales escenarios donde se desarrollan las actividades de educación para la salud bucal en los territorios. En este entorno, se pueden evidenciar diferentes estrategias implementadas con un propósito educativo, en la cual se conjugan algunas acciones de orden más participativo que otras. Por una parte, podemos encontrar cómo el territorio de Manizales vincula el relato y el dibujo como una estrategia didáctica que se ajusta al trabajo con niños escolares:

Imagen 1. Ejercicios con niños de grado tercero y primero de una institución estatal en Manizales.



“Había una vez una niña que le gustaba besar. Esa niña, era muy amable y tenía que mantener sus dientes bien cuidados y tenía el deseo de besar a alguien. Alguien lindo, gentil y que tuviera aliento fresco y una sonrisa amigable. Un día lo encontró. Tenía todas las cualidades que ella quería, se conocieron; y al pasar el tiempo, se besaron y vivieron felices para siempre” (niña de grado tercero de una institución educativa estatal. Manizales).

Fin.

*“Salomé: hola niños, les voy a enseñar funciones de la boca
Xiomara: como para comunicarnos
Isabel: para cantar
Santiago: para conseguir amigos
Y para estar muy felices” (niños de grado primero de una institución educativa estatal).*

Fin.

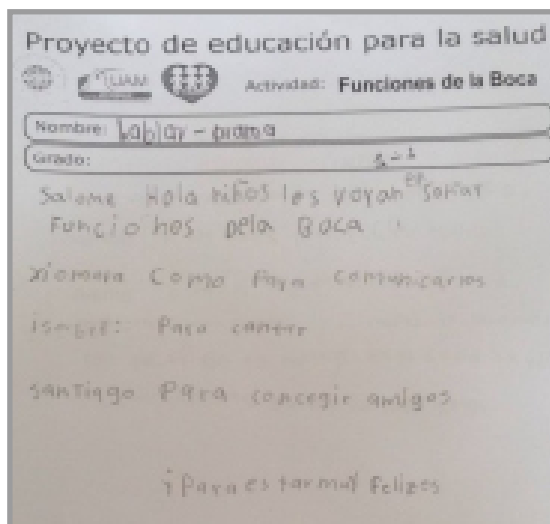
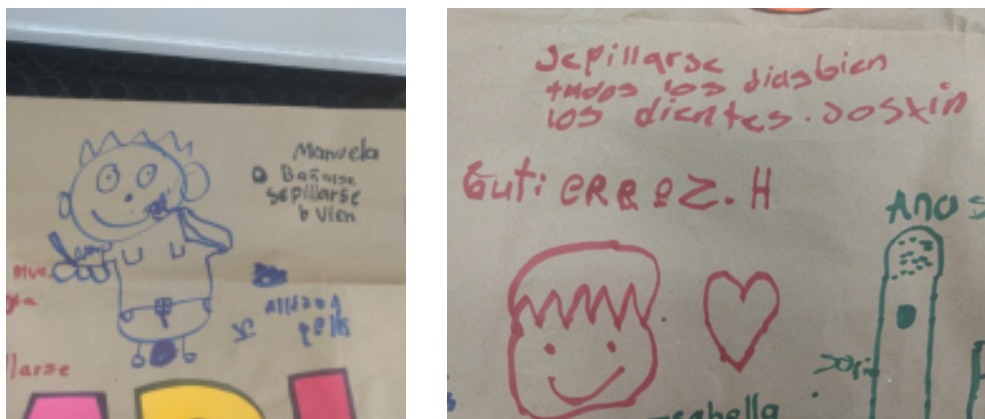


Imagen 2. Los niños reconocen las funciones de comunicación, deglución, el besar como algunas de las que se realizan con la cavidad bucal.



Los niños han empezado a reconocer que los estilos de vida pueden favorecer su salud y reconocen aspectos como la alimentación saludable, los hábitos de higiene corporal y bucal, la actividad física y las relaciones sociales.

Imagen 3. Ejercicios con niños en edad escolar.



Se pudo evidenciar en la implementación de esta metodología cómo se acude al reconocimiento de las funciones de la boca como un componente relacionado con funciones, no sólo vitales, sino también afectivas. Se espera entonces que esta conexión permita fomentar un sentido del cuidado, al considerar a la boca como un componente fundamental del cuerpo y de una vida feliz; un asunto que ha sido reiterativo en las acciones de educación en salud bucal y que marca fuertemente una manera de dar relevancia a la boca para promover su cuidado.

En el siguiente testimonio, se mencionan otras estrategias que se reconocen como didácticas, al tratar de representar aspectos relacionados con la higiene oral, vinculados además a aspectos de orden ambiental;

Cuando comenzó el programa, vinieron a motivar a los niños, por medio de obras de teatro. Les explicaban sobre las enfermedades que se ocasionaban al no cepillarse y no tener una buena higiene bucal, luego los de sanidad, también nos explicaron las consecuencias que traía el agua contaminada. En ese momento teníamos un proyecto nosotros del acueducto y ellos nos acompañaron hasta la bocatoma, vieron que el agua era muy sucia e íbamos a lavar los tanques y todo el proceso, pero no se pudo. Se dio información a los estudiantes y a la comunidad que no podían consumir el agua de acá sin hervirla y también para cepillarse. En los salones trabajaron de una forma muy didáctica todos esos temas con los muchachos y estuvieron los odontólogos prestándoles los servicios odontológicos y de limpieza aquí en las aulas. (Entrevista. Docentes IER, Territorio Andes)

Por otra parte, encontramos acciones también en el espacio escolar, esta vez de primera infancia, de orden más prescriptivo en las que el experto instruye:

En la parte de colegios yo preparaba un tema y unas actividades para los niños. Hice un póster en el cual les explicaba cuáles eran las partes del diente y cómo se podían ver afectadas según las cosas que ellos hicieran, si hacían o no hacían. Entonces tenían como muñequitos, unas cosas didácticas, para mostrarles cuando llegaban las bacterias, si llegaban a la pulpa, cuando dolía, cuando no, y después hacía que ellos participaran y pusieran en el póster las imágenes según donde eran las partes del diente. (Estudiante internado de noveno semestre. Universidad El Bosque)

Vemos en este testimonio una intención participativa que se relaciona más con la necesidad de comprobar que los conocimientos impartidos han sido asimilados por el educando. También se reconoce un interés por utilizar herramientas didácticas, entendidas como elementos que acercan los conceptos que se quieren transmitir, mediante la utilización de representaciones gráficas (dibujitos).

Adicionalmente, fue posible encontrar relatos en los que las acciones educativas parten de reconocer los conocimientos de los otros para identificar falencias que, desde la mirada académica y profesional, se evidencian como errores que, con la educación, se pueden resolver:

Consideramos que la experiencia vivida en la escuela Anzoátegui fue muy importante a nivel personal y profesional; nos permitió estar en contacto con la comunidad, observar posibles fallas en el cuidado de salud personal y realizar actividades para corregirlas. Este tipo

de actividades refuerzan nuestro papel como personas y profesionales responsables e influyentes en la vida de los demás. (Revisión documental. Informe estudiantes octavo semestre, Universidad del Valle)

Además, se encontraron otras alternativas educativas que se realizaron basadas en programas educativos preestablecidos, con amplia experiencia a nivel nacional e internacional, como el programa “Futuros Brillantes Sonrisas Brillantes” de Colgate-Palmolive, en el cual sus promotores reconocen que se aporta al desarrollo de prácticas educativas en los territorios, pero además recogen aprendizajes de los desarrollos propios de cada espacio para fortalecer sus propuestas educativas:

Entrevistadora: ¿Y siente usted que se ha hecho eco al trabajo que sonrisas brillantes futuros brillante ha liderado desde su inicio en este momento con alianza global?

Entrevistada: Sí, claro que sí, ha sido un aporte muy importante al programa educativo de Colgate, porque hemos aprendido las experiencias también desde otras instituciones cada uno desde su experticia. (Directiva Empresa Privada)

El ámbito familiar constituye un espacio fundamental para una apuesta de APS. Es un espacio que genera diferentes retos, debido a que hace parte, a diferencia de una institución educativa, del ámbito privado. Sin embargo, en diferentes territorios, acudiendo a la revisión de informes anuales que presenta cada universidad es posible identificar cómo se asumió dicho reto.

En Andes se incluyó la caracterización familiar desde el proceso de línea de base y desde ahí se generó un estrecho vínculo con los equipos de APS del Municipio que permitió a

los estudiantes acompañar el proceso de visitas familiares. En Anapoima se adelantó un proceso de investigación de caracterización de familias del Municipio y su relación con procesos de caries dental; además se ha participado del programa de Salud a Su Casa del Plan de Intervenciones Colectivas del Municipio. En el caso de la comuna 20 de Cali, los estudiantes también se vincularon a programas de salud familiar adelantados por el Hospital de Ladera, como parte de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Estas apuestas han buscado, en términos generales, partir de una caracterización familiar en la que se reconozcan las condiciones particulares de vida de cada hogar, con el fin de construir planes para promoción de prácticas de cuidado de salud oral que respondan a dichas particularidades.

Este acercamiento permite, por un lado, que los odontólogos reconozcan una realidad por fuera del consultorio odontológico y, por otra parte, que las personas sientan a un profesional de la salud preocupado por conocer la situación de cada familia y por la construcción conjunta de acciones frente a su salud oral. En este sentido rescatamos el testimonio de la referente del programa de APS del Municipio de Andes:

El trabajo intersectorial e interdisciplinario que permite dar respuesta a diferentes tipos de necesidades, llevar los servicios a domicilio para las personas que se les dificulta el desplazamiento al pueblo y pienso además que sería maravilloso lograr que los odontólogos se enteren de la realidad de sus territorios donde viven sus pacientes y poder así realizar una intervención más humanizada, porque de todas formas el odontólogo le da a uno miedo y con una consejería muy de acuerdo con nivel de comprensión del paciente. Vale la pena mencionar el impacto positivo que este trabajo

tuvo para el personal de APS, eso está incluido en mi informe final y todo lo que aprendieron durante su realización. La comunidad manifestó sentirse importante cuando los servicios se llevan a su casa. (Entrevista. Coordinadora APS, Territorio Andes)

Las visitas familiares permitieron entonces reconocer las condiciones de vida que marcan las prácticas en salud bucal. Un insumo fundamental para entender, con datos de primera mano, tanto las condiciones materiales, como las percepciones y representaciones que tienen las familias de niños y niñas sobre la higiene oral. Esto a su vez se relacionó con lecturas del contexto que permitieron entender las condiciones y situaciones que se manifiestan en el ámbito escolar, al cual, como ya se mencionó, se tiene mayor acceso. Las acciones permitieron, además, lograr unos compromisos a nivel familiar en el cuidado de la salud de todos sus integrantes, que en algunos casos fue posible verificar con visitas de seguimiento.

Las visitas familiares crearon en las familias una sensación de pertenencia, de ser importantes para el gobierno, para el hospital, para los odontólogos. Esto genera lazos de confianza, que son fundamentales en un proyecto de largo plazo, que pretende transformar las condiciones sociales y de vida que permitan poblaciones libres de caries.

Ellos siempre me dicen “¿Por qué no han vuelto los de odontología? Uno cómo aprende con ellos, cómo son de queridos”. Porque es gente que gracias a dios siente que han sabido llegar a la gente de la comunidad, porque la gente del campo es muy sensible y les gusta que si les ofrezcan un tinto o lo que sea se lo tomen, entonces siempre preguntan “¿cuándo vuelven los de odontología?”

Qué bueno”. Sobre todo, las personas de la tercera edad son matados cuando ustedes vienen, porque les ayudan a limpiar la prótesis, porque les explican muchas cosas, yo que coordino ese grupo siempre me preguntan por ustedes, siempre, siempre. (Promotora de salud APS, Territorio Andes)

Imagen 4. Visita familiar en la Comuna 20 de Cali.



Pasando a otro ámbito de la vida cotidiana, se resalta un tipo de acción que denominamos **actividades masivas o jornadas territoriales**. En estas, cada territorio desarrolló las denominadas Jornadas de la Alianza por un Futuro Libre de Caries o Jornadas de Salud Oral; en las cuales, articuladas con acciones nacionales, se implementaron actividades a nivel individual y en espacios de vida cotidiana, pero en esta ocasión a gran escala

En el marco de las acciones colectivas, los eventos masivos tienen un significado especial para los diferentes actores de la Alianza, lo que se ve representado en diferentes expresiones que relatan la posibilidad de establecer un trabajo mancomunado que ha tenido como resultado jornadas que han constituido hitos en las poblaciones. Puede decirse que estas actividades fortalecieron el componente de educación, pero también el trabajo en equipo, la participación solidaria, el trabajo intersectorial e interinstitucional y la capacidad de gestión, entre otros. Es decir que

podrían verse las jornadas masivas como aquellas experiencias en las que se observa de manera más uniforme las acciones propias de la APS en todos los territorios. Algunos testimonios dan cuenta de la pertinencia que estas jornadas tienen para cada territorio demostrativo. En la comuna 20 de Cali se resalta el trabajo interinstitucional para facilitar el desarrollo de la jornada, con el aporte que hace cada institución:

Se decidió que la convocatoria la realizaría la Secretaría de Salud Municipal, y para coordinar el desplazamiento de los niños, la Red de Salud de Ladera dispuso de dos Higienistas que se encargaron de concertar con los directivos el número de niños que asistirían y el apoyo de parte de los docentes para garantizar su seguridad. Disponibilidad de 4 odontólogos y 2 auxiliares en salud oral, quienes se encargaron de la estación del cepillado. La ESE Ladera tuvo a disposición 15 higienistas quienes estuvieron a cargo del museo de la salud oral y aplicación de barniz de flúor, una conserje que se encargó de coordinar la limpieza del sitio, apoyo con seis unidades odontológicas portátiles para la aplicación de barniz de flúor y aportaron el refrigerio para 600 niños y las escarapelas para el personal de logística.

Colgate apoyó con cepillos, cremas dentales, material educativo, tarima, sonido, dos promotores para proyección de las películas de lavado de manos y cepillado.

Para el desarrollo de la actividad se manejó un evento central a cargo de Jairo Mafla, el Dr. Muelitas y Manolo. Agua para el cepillado, tres lavamanos y pendones alusivos al evento, manillas para los niños. La Universidad del Valle apoyó con 14 estudiantes de VI Semestre, dos epidemiólogas, material odontológico y presencia de Medios. (Relato del territorio Comuna 20 de Cali, 2015)

Por su parte, en Manizales la celebración del día de la Alianza se ha realizado de diferentes formas cada año. El primer año fue a través de un taller cocreativo y la participación de los niños en una jornada de cine en uno de los teatros municipales en la que se proyectó la película de Colgate y se presentaron los productos elaborados en el taller por los niños. El segundo año se hizo en un parque temático con la participación de niños de diferentes instituciones educativas a través de bases. El tercer año se hizo el lanzamiento de la estrategia de formación de niños líderes y participaron de un circuito de observación. De esta última jornada se resaltan estos eventos como algo que ha contribuido para la generación de nuevos liderazgos que conllevan a la apropiación de los propósitos de la Alianza en el Municipio. Este es un testimonio icónico del territorio de Manizales, en el que, en una entrevista radial, un niño que participa en las celebraciones del día de la alianza da cuenta de ello:

Una presentación que tengo gracias a la alianza por un futuro libre de caries que yo hace un año he estado aliado con ella. - Y ¿contento con la alianza? - Sí señor. - ¿Y cuál es la invitación que les quieres dar a los chicos? - Que todos los niños se unan porque esto es una alianza muy rica y muy buena. Uno puede cuidar sus dientes y gracias por todo, porque la alianza nos ha hecho recordar que tenemos que lavar bien los dientes. - ¿Cuántas veces al día? - Tres veces y antes de acostarnos. - Como estás tan contento deja un mensaje de agradecimiento a la alianza, a las empresas que patrocinan y por último una invitación a los niños. - Que doy gracias a la alianza por un futuro libre de caries porque a mí, yo soy un niño normal y a mí me han hecho un miembro de ellos, que yo pertenezco a algo y es todo lo que

tengo en mi corazón es gracias a ellos, también ;todos los niños de los países que de las ciudades que puedan estar aliados por la alianza porque ;esa alianza nos ayuda a recordar que tenemos que lavarnos muy bien los dientes para que estemos sanos. Pero una recomendación que ;todos se unan a la alianza! (Entrevista radial. Niño líder de la Alianza. Territorio Manizales)

Vemos cómo este testimonio refuerza el aspecto del sentido de pertenencia que algunas de las acciones de la Alianza generan en algunos de sus participantes, aspecto ya mencionado en reflexiones anteriores.

En el municipio de Andes, las jornadas significaron una posibilidad para abordar diferentes temas en relación con la salud y, sobre todo, un espacio que vincula a la familia:

Me gustó mucho la que se hizo en Santa Rita, que esa fue la que ustedes estuvieron, en la de la jornada, me pareció excelente, me pareció que abordaron muchísima gente. A veces las mamás son muy tranquilas, me encantan que desde la niñez empiecen con esas actividades, porque es que hay que educar a los padres, hay que educar definitivamente al padre, porque el niño es lo

que el papá diga o haga, pero entonces en esa actividad que se hizo se trabajó mucho con los papás. Una actividad en conjunto papá-niño y hacían todo el recorrido, y las actividades con el octavo me encantaron, me encantaban porque interveníamos a la comunidad, se atendían la parte de tratamiento, se educaba, se hacían muchas actividades con la comunidad. Realmente uno sólo no alcanza a hacer todas esas actividades. (Higienista Oral, Territorio Andes)

En el caso del territorio de Anapoima, las jornadas, entre otros aspectos, tal como lo plantea una profesora de un CDI, sirvió como posibilidad de ver a los odontólogos en un espacio de juego, de fiesta y diversión:

En los últimos dos años hemos participado nosotros desde el programa; preparamos también algunas presentaciones para ese día, y la participación es muy linda y muy enriquecedora para los niños. Volver a ver a sus doctores, los que les han cuidado los dientes, ya no les tienen miedo, los ven en otra faceta de juego, entonces los niños los recuerdan, los saludan, o sea, es muy bonito ver ese corte a final de año que se realiza más que todo, el encuentro de salud oral es muy bonito. (Profesora CDI Anapoima)

Imagen 5. Carnaval de sonrisas y colores. Territorio de Andes, 2016

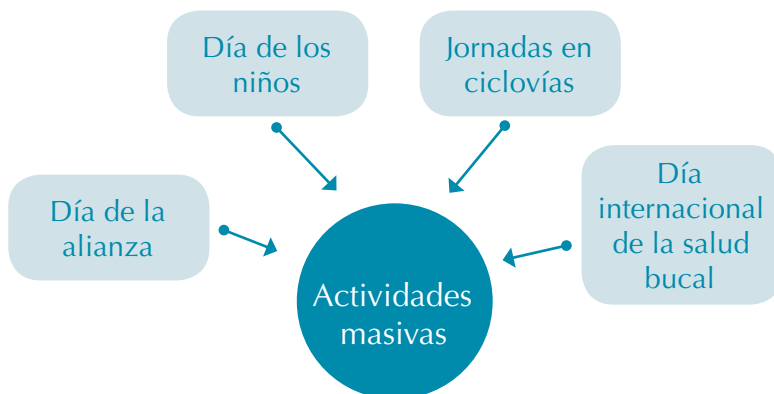


En algunos territorios las jornadas masivas no se circunscriben exclusivamente al día de la Alianza, también se desarrollaron una serie de jornadas que se han constituido como referentes en cada uno de sus territorios. Uno de los casos más representativos es del territorio de Manizales-Caldas; en el cual, desde que inició el proyecto Alianza, se han venido desarrollando de manera sistemática otras jornadas masivas de educación y comunicación para la salud en diferentes espacios como la ciclovía, los centros comerciales, los parques y la plaza de mercado. Estas jornadas se caracterizan porque se desarrollan a través de la cooperación de sectores e instituciones. En ellas tienen un papel protagónico los estudiantes de odontología y auxiliares de salud oral. En estas jornadas también se realizan actividades de protección específica para la caries dental. Se celebran, además, fechas especiales como el día de los niños y el día internacional de la salud bucal y participación en la semana de estilos de vida saludables:

Las campañas que han hecho también acá al interior de la Universidad y cuando se sale con lo del frente comunitario. Por ejemplo: ahora los dos últimos años que llevamos con la ciclovía, ya los mismos estudiantes se han ido involucrando en el tema, ustedes desde el componente o la línea curricular de salud pública han estado trabajando el tema fuertemente; tanto así que a nosotros la Alianza se constituye como una de las oportunidades de responder a la sociedad y visibilidad al Programa. En todos los informes de nosotros está la Alianza como un proyecto base de allí, donde todos nos articulamos. (Coordinadora programa odontología UAM)

La experiencia de las jornadas masivas en ciclovía en Manizales se constituyó en una de las primeras estrategias de aplicación masiva de barniz de flúor y educación para la salud bucal, incluidas en los Lineamientos de la estrategia incremental de cuidado bucal y protección específica en salud bucal, para primera infancia, infancia y adolescencia en 2014 con el programa Soy Generación Sonriente.

Gráfica 1. Articulación de jornadas y actividades masivas



La vinculación de otros agentes educativos en salud

La importancia de las y los educadores

Es claro que, en buena medida, el desarrollo de las acciones educativas del proyecto de AFLC en los diferentes territorios se ha circunscrito al espacio educativo. De esta manera se podría decir que es el ámbito escolar el que convoca y facilita el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y educación. En este sentido, se ha logrado un proceso de trabajo interinstitucional, en el que instituciones educativas preescolares y escolares abren sus puertas para el desarrollo de diferentes acciones, tanto de orden educativo como de atención, incluyendo la protección específica. Esto ha implicado a su vez que los procesos formativos vinculen a los educadores y las educadoras con el fin de fortalecer sus capacidades para que se vinculen de manera activa en la promoción de la salud de los niños, pero, sobre todo, de ellas mismas y de sus familias, tal como se reconoce en el siguiente testimonio:

Por parte de la Universidad el Bosque, nos hicieron también un taller a los agentes educativos sobre el cepillado, sobre los riesgos de tomar la leche en la noche, porque crea más bacterias y todo eso lo veo o lo apropié por mi hijo, porque yo le daba avenitas y yogurt en la noche y el cepillado en la noche no era muy frecuente. Entonces darse cuenta uno de eso como que uno mejora conductas y también replica con los padres de familia, entonces todo eso ha sido muy importante para mí como mamá, como para el programa y los padres de familia. (Profesora CDI. Anapoima)

Tal como se aprecia en el testimonio anterior, el desarrollo de acciones educativas con los educadores y las educadoras tiene una intención de multiplicación de la información. Se espera que la promoción de la salud oral sea un asunto de todos y no esté circunscrito a los servicios o personal de odontología. Los siguientes testimonios refuerzan esta intención:

De preparar a mucha gente, de que esos conocimientos que nos traían se pudieran multiplicar, ahí sí diría uno que fueron verdaderos docentes buscando multiplicar, que todos sabemos o todos sabíamos que lo nuestro era una posición temporal, pero en la medida que ese conocimiento quedara en la población, lográbamos nuestro objetivo; yo creo que para mí ese es uno de los factores más importantes y uno de los logros más importantes que se hizo con la estrategia en el municipio de Andes, esa capacidad de multiplicar en el municipio. (Alcalde 2012-2016, Territorio Andes)

La alianza por un futuro libre de caries quiere hacer consientes a los niños para que se laven los dientes cada día y cada noche. La misión es cuidarse ellos los dientes y comunicar eso a todos los demás niños, amigos, parientes, hermanos y toda la demás familia y comunicarlo a todo el mundo para consentir que se laven sus dientes. (Niño líder de la Alianza por un Futuro Libre de Caries. Manizales)

- ¿Qué significa para ti la camiseta de la Alianza? - Me siento muy bien y significa un privilegio, uno entre muchos. La tengo porque el compromiso es enseñarles a los demás niños lo que hemos aprendido. Me ha dado un poco de pena, pero bien. Mi mamá me ha dicho que ella se siente muy orgullosa de mí. Le he contado a ella lo que hago. Reviso la cartilla y le muestro a mi familia y

a mis hermanos. (Niño líder de la Alianza por un Futuro Libre de Caries. Manizales)

Vemos pues que el propósito de replicar está latente en el desarrollo de acciones educativas en espacios institucionales y es claro que, según algunos testimonios, se logra una proyección a otros espacios de la vida cotidiana como el hogar, tal como lo expresa una madre de familia:

Al principio a él no le gustaba cepillarse los dientes y enseñarle cómo se debe cepillar los dientes y pues ahora ya se cepilla él. Él mismo nos dice “a cepillarnos los dientes”. (Madre niños CDI, Anapoima)

Fortalecimiento de capacidades del personal de salud

Por otra parte, encontramos experiencias en las que, tanto el talento humano en formación, como profesionales de la salud de diferentes áreas, han tenido posibilidades de fortalecer sus competencias y actualizarse en el abordaje de diferentes temas relacionados con la salud bucal, específicamente de abordajes contemporáneos de la caries dental, pero también de salud general de la primera infancia y otros grupos poblacionales.

Sí, a uno le sirve muchísimo, porque esa información una la lleva a la comunidad y ahí se hablan de muchas cosas que a veces la gente le dice a uno: “Ay, Consuelo, me duele mucho esta muela, ¿qué será eso que me duele los dientes y tengo diarrea?” Muchos mitos, pero aprendemos muchas cosas, que a uno le hacen falta, porque uno es promotor de salud, pero le toca hacer de todo, nos toca ser odontólogos, psicólogos, ser pediatras, ser de todo porque la gente le cuenta a

uno todo, todo, entonces hay que tratar de darle respuesta a todas las inquietudes de la gente. (Promotora de salud APS. Andes)

Por su parte, los coordinadores de los programas que orientan los procesos formativos de estudiantes en diferentes áreas resaltan la importancia que ha tenido las capacitaciones en su trabajo. Reconocen la incorporación en los planes de estudios de todo lo relacionado con el diagnóstico, manejo y tratamiento de la caries. Evidencia de esto es el testimonio que se presenta a continuación:

El instituto IMEDENT forma higienistas orales desde la parte académica. Se ha tenido mucho cuidado en poder proyectar sobre la caries dental, sobre el manejo de la caries incipiente, enseñar a los estudiantes cómo intervenirla en sus inicios desde la prevención, hablar del flúor barniz, insistir en las indicaciones, recomendaciones y cómo estas medidas son muy positivas para la población; se está insistiendo mucho en esta parte de la formación. (Coordinación programa formación de auxiliares INMEDENT. Manizales-Caldas)

También los procesos de formación bajo el paradigma actual de la caries permearon otros espacios como la formación en posgrados odontológicos, los procesos de educación continuada con odontólogos de direcciones territoriales y locales de salud, e incluso, con asociaciones de otras disciplinas, como el caso de la Asociación Colombiana de Pediatría, la cual participó del proceso fortalecimiento de capacidades en los territorios de la Comuna 20 y Manizales-Caldas.

Otros recursos didácticos y materiales de apoyo

Como parte de las acciones presentadas, no se pueden dejar de lado otra variedad de recursos didácticos, informativos y de comunicación utilizados como apoyo a las estrategias educativas que se implementaron en los diferentes ámbitos. Cada uno de estos elementos dan muestra de un ejercicio creativo que, en buena medida, tienen un propósito informativo que refuerza las acciones educativas. Las cartillas, los folletos, los plegables hacen parte de los insumos utilizados en el desarrollo de las diferentes estrategias; los cuales abordan diferentes temas como: el cuidado de la boca de los bebés, alimentación, nutrición, cepillado, uso de flúor en barniz, entre otros. Aunque no es posible identificar de manera clara todos los recursos utilizados como complemento a las acciones educativas, se resaltan algunos elementos que en las diferentes comunidades se consideraron imprescindibles y clave para los procesos de educación. El juego, el taller, el videoforo, la charla educativa y la conferencia, se constituyen en parte del repertorio metodológico utilizado en los diferentes territorios, especialmente por parte de estudiantes de odontología vinculados al proyecto de Alianza.

Se utilizaron, además, diversos recursos para los procesos de educación para la salud que se adaptaron a los grupos poblacionales. En lo relacionado con los insumos didácticos se han utilizado teatrinos, videos, carteles, macromodelos, rompecabezas, hojas de trabajo y juegos tradicionales como la escalera y la rayuela, todos ellos adaptados con los conceptos de salud bucal. Esto permitió reafirmar que cada uno de estos insumos corresponde a una concepción de la educación, que en algunos casos se relaciona con enfoques más prescriptivos y tradicionales, y

en otros, se acude a la creatividad y a un mayor interés por ajustar el diseño de herramientas a condiciones particulares de cada población.

Unos de los recursos que más significado ha tenido entre algunas de las personas participantes de los territorios han sido los kits de higiene oral y el carné de salud oral:

Han venido varios doctores, ellos han hecho varias capacitaciones a las familias, han traído carteleras, han entregado kits, han hecho fluorización con los niños y capacitaciones; más que todo esa parte es importante para concientizar a las familias de lo que deben hacer en casa. Porque obviamente es una población rural y se necesitan ese tipo de capacitaciones. (Profesora entorno San Antonio. Territorio Anapoima)

Los kits de higiene oral que patrocina la empresa Colgate Palmolive, integrante de la Alianza por un Futuro Libre de Caries, se constituye en un elemento esencial para realizar las prácticas de cepillado dental con los niños y de recordación para niños y cuidadores. Sin embargo, también se pueden constituir en un elemento que genera dependencias y que puede llevar a que el reconocimiento de la Alianza, en algunos espacios, se limite a la provisión de elementos para la higiene oral.

Por otra parte, algunos testimonios, especialmente del territorio Manizales y Anapoima, reconocen en los carnés o pasaportes de salud oral, una posibilidad educativa y de seguimiento al desarrollo del proyecto, tal como se relata a continuación:

Les daban carnés, cositas así de información, que los niños se bañaran los dientes, hacían cepillos grandes, que bailaran, hubo una actividad que

era el cepillado en las muelitas entonces ellos jugaban. (Madre niños CDI, Anapoima)

La socialización y sensibilización hacia la comunidad es fundamental, ya la gente entiende, ya la gente sabe que debemos propender y cuidar la salud oral como primera medida, porque es un problema prácticamente de salud pública, que se puede decir, es una de las cosas importantes que pudo sembrar la universidad el Bosque en Anapoima, la sensibilización, la concientización de la gente frente a tan importante proyecto. Las actividades, además, y las labores que han desarrollado en las instituciones, la fluorización, la carnetización, este librito que nos dieron a nivel del municipio para hacerlo conocer de los padres de familia y para que lo utilicen, el carné, el pasaporte de educación en la salud oral han sido una herramienta fundamental y lo están utilizando supremamente bien, porque ahí es donde se ve que hay una secuencia, hay una continuación del programa y eso estuvo muy bien. (Delegado para la primera infancia municipio de Anapoima)

El carné de salud oral pretende que las personas reconozcan la importancia de la salud bucal en la salud general. En el carné de salud oral se registran los controles odontológicos, las principales alteraciones de la salud bucal y se resalta las aplicaciones de barniz de flúor y las sesiones educativas. Con este carné se les recuerda a las personas que estas actividades están incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a partir de la estrategia Soy generación más Sonriente del Ministerio de Salud y Protección Social.

Imagen 6. Carné de salud ora y material didáctico. Territorio Anapoima y Manizales



De manera que una diversidad de espacios y de actores han participado de las acciones educativas. Esto ha implicado, a su vez, una diversidad de metodologías, técnicas y recursos que permiten generar procesos participativos que superen la mera transmisión de información, en la que se logre un nivel de apropiación en cada actor, que conduzca al cambio en las prácticas de cuidado a nivel personal, pero también un proceso de multiplicación con otros actores comunitarios.

Diversidad de enfoques y concepciones de la educación en salud oral, a partir de la experiencia de los territorios demostrativos

Es claro que las diferentes acciones que se resaltan en cada contexto, así como los recursos y técnicas utilizados y los actores vinculados, tienen como soporte una concepción de educación y, por tanto, y en primera medida, un enfoque para comprender y abordar la salud.

En algunos de los casos expuestos anteriormente, especialmente en los territorios de Anapoima, Cali y Manizales-Caldas, se puede dar cuenta de enfoques de educación para la salud más cercanos a teorías del comportamiento y tradiciones informativas (Sánchez Morales, 2010), los cuales han sido hegemónicos desde el siglo pasado y estarían en relación con una educación para la salud prescriptiva. Estos enfoques tienen una estrecha relación con perspectivas psicológicas, en las cuales se entiende que los comportamientos tienen una relación directa con un componente cognitivo; es decir, la forma cómo se actúa está claramente relacionada con el conocimiento. En este orden de ideas, los procesos educativos centran sus esfuerzos en brindar información que cambie

los comportamientos y de manera directa se traduzcan en mejores condiciones de salud (Lorig & Laurin, 1985).

En este sentido, se hace necesario reconocer que buena parte de las experiencias recopiladas dan cuenta de la reproducción de procesos educativos hegemónicos. Unas experiencias en las que se parte de un reconocimiento de los contextos, mediante lecturas participativas, pero que, en el desarrollo de las acciones, pareciera que se impone la dinámica de un experto que posee el conocimiento y un lego que carece del mismo; lo cual genera un proceso educativo, en términos de Freire, bancario, en el que la educación es unidireccional y se le concede a aquellos que no la tienen, a manera de información (Freire, 2005a).

Este abordaje, a su vez, se relaciona con concepciones hegemónicas de la salud, más específicamente de la salud pública; las cuales, desde una perspectiva crítica, son cuestionadas al mantener una matriz de poder en la que, desde un enfoque biomédico, se construyen unas relaciones desiguales entre el experto o la institución de salud, que define unas prácticas ideales, y el paciente o las comunidades, que deben seguir las prescripciones (Chapela, 2008; Lupton, 1995).

Por otro lado, la experiencia del territorio de Andes da cuenta de intentos por generar procesos de educación que parten de miradas más amplias de la realidad, en las que se busca abordar asuntos tan específicos como la caries dental en relación con aspectos más del orden particular y general.

Esto puede implicar acciones que coherentemente se puedan realizar desde una perspectiva más constructivista, o incluso con perspectivas con un fuerte compromiso crítico como la de Freire, en la que se entiende la educación como un proceso de permanente indagación; lo que implica que el conocimiento

deja de pertenecerle a un grupo específico y se convierte en un constructo dialéctico entre sujetos. En este sentido, se concibe la educación como un acto de amor, y por esto, se constituye en un acto de coraje; donde el diálogo no puede temer al debate; al ser un diálogo en el que no se impone, ni se dictan ideas y en el que no se trabaja sobre el educando, sino que se trabaja con él (Freire, 2005b).

De ese modo, podríamos hablar de un enfoque más relacionado con teoría de la determinación social, en la que la salud, con una mirada contra hegemónica, se encuentra subsumida en procesos de orden social, que dan cuenta de inequidades en la distribución de recursos, de todo orden, lo que se evidencia en una distribución desigual de las condiciones de salud (Breilh, 2003).

Cuadro 1. Resumen de enfoques teóricos de Educación para la Salud.

Enfoque	Características
Prescriptivo	Pretende definirle a la gente normas básicas para evitar la enfermedad, mediante informaciones y prohibiciones de comportamientos que podrían ser riesgosas para la salud. Esta visión de la Educación para la salud (EpS) parte de una idea fragmentada del cuerpo y poco o nada tiene en cuenta las condiciones y saberes que existen en los contextos o entornos en los que se desenvuelve la vida de las personas.
Comportamental	Le apunta a la modificación de hábitos personales con el fin de conseguir comportamientos saludables. Pretende actuar sobre las creencias de las personas para que tomen ciertas decisiones. Para ello se basa en técnicas de consejería profesional, atención informativa, análisis de motivaciones y actitudes. Con esta información determina los factores predisponentes del comportamiento, para establecer acciones educativas que permitan controlarlos, bien sea mediante la persuasión, el uso de acciones de condicionamiento operante o el desarrollo de acciones cognitivistas.
Crítico-participativo	Se presenta cuando se concibe la Educación como algo más que una acción informativa-persuasiva, y se reconoce que los sujetos requieren aprendizajes que les permitan, mediante tareas sociales, incidir en la organización de proyectos participativos comunitarios, como protagonistas de sus vidas y no como objetos o clientes. En este paradigma se generan dinámicas colectivas donde todos los participantes aprenden y enseñan mutuamente, mientras actúan. Para ello, los escenarios por excelencia son los de la vida cotidiana, aunque en escenarios institucionalizados también es posible desarrollar el proceso educativo. El reto es lograr el protagonismo de los participantes, quienes deberán sentirse como actores históricos con capacidad para transformarse y transformar su entorno

Fuente: Adaptación de Gutiérrez Triana (2018)

A esta altura se puede reconocer que los enfoques son múltiples y se corresponden con construcciones académicas y científicas propias de cada una de las escuelas que se vincula a esta Alianza. En este sentido, se evidencia cierta coherencia entre las lecturas de la realidad adelantadas en cada territorio y las acciones propuestas. Aquellos que ampliaron sus enfoques y dieron mayor interés a aspectos del orden social en esferas de lo particular y lo general, hacen mayor hincapié en resaltar acciones en ese mismo sentido. Mientras que aquellos que apostaron por reforzar acciones de orden preventivo, de educación más enfocada en la salud bucal, partieron de lecturas de la realidad coherentes con esta intención.

Valoración de las acciones educativas

A manera de cierre de este componente, se presentan algunas apreciaciones que diferentes actores en los territorios tienen de las acciones implementadas en referencia a la educación. Por una parte, se reconoce que el componente educativo marcó una diferencia con las acciones de orden individual, reconociendo que es en los espacios colectivos y comunitarios donde están dadas las posibilidades de una acción educativa, ya que los espacios de atención individual, en el marco del Sistema General de Salud del país, están circunscritos a acciones demasiado específicas, que desconocen el contexto, en el marco de un plan de beneficios que pareciera desconocer la pertinencia de este componente, tal como lo expresa el Secretario de Salud de Manizales:

Si recordamos bien, las actividades que se ejecutan en los puestos de la salud y en los centros de salud,

no se caracterizan por ser educativas, porque se tienen que cumplir otro tipo de metas; donde el niño llega, se le hace lo que sea y de pronto se deja un mensaje tangencial, pero el componente educativo de los mensajes de la Alianza es un componente que es diferenciador, porque se va, porque estamos hablando que son jornadas de medio día, no es donde el niño está en contacto 10-15 minutos continuamente con un terapeuta determinado, sino que estamos hablando de unas actividades complementarias, lúdicas, educativas, de retroalimentación, que dejan más huella; y reitero, son espacios a la que los niños de estos segmentos poblacionales no hubieran tenido accesibilidad en manos del régimen contributivo o del régimen subsidiado particularmente. (Entrevista, Secretario de Salud Manizales)

Por otra parte, el siguiente relato de un profesor de Andes es contundente al llamar la atención sobre la necesidad de ajustar las acciones educativas y de promoción de la salud a los contextos de cada espacio:

Nosotros el año pasado llegamos a una conclusión, que fue controversial, muy buenos los kits de higiene oral que nos dieron, entonces nosotros decíamos que empezáramos una estrategia de que ellos se cepillaron, antes y después de ir al restaurante. Entonces decíamos aquí el agua no es adecuada, si el agua está café cómo vamos a mandar a los niños a cepillar, y decir que vamos a traer agua potable para que se cepillen, es muy difícil, entonces en sí no fue una entrega total. Entonces al principio se les entregaba el cepillo y unos cuantos se cepillaban con la calidad que ustedes le decían que lo hicieran bien y otros lo hacían como por usar el kit. En sí nosotros no lo hacíamos, no por falta de responsabilidad, sino también por las condiciones que hay acá,

porque todavía no tenemos eso del agua potable, entonces no es disposición si no que no hay el ambiente adecuado. (Taller docentes IER, Territorio Andes)

Cada uno de los territorios no ha sido ajeno a este tipo de situaciones y en cada uno se ha realizado una apuesta por acondicionar los objetivos del proyecto a las realidades locales. Este esfuerzo es reconocido por las diferentes comunidades e implica un reto mayor, ya que se requiere de creatividad, de sensibilidad y del convencimiento de que las realidades que permiten soñar con comunidades libres de caries se transformen con el concurso de todos y todas

Atención clínica individual (rehabilitación)

Se puede acudir, en primera medida, a una definición tradicional de la atención, en relación con los niveles preventivos propuestos por Leavell y Clarck (citados por Gómez Rivadeneira et al, 2012) en los años cincuenta del siglo pasado, que parecen muy actuales a un sistema de salud como el colombiano. En esta se entiende la atención como un proceso preventivo, que busca evitar las consecuencias de procesos patológicos, que en la medida que no se aborden de manera oportuna, pueden generar discapacidad o muerte (Gómez Rivadeneira et al., 2012). Desde esta perspectiva se define una prevención primaria que se ocupa de acciones que prevengan las enfermedades; una prevención secundaria que propone actuar lo más oportunamente, una vez se presenten los síntomas de la enfermedad; y una prevención terciaria enfocada en disminuir secuelas de las enfermedades.

Como parte de los componentes propuestos por la APS, la atención clínica individual hace parte de esta estrategia, buscando que los servicios, según los niveles preventivos definidos en el párrafo anterior, estén efectivamente articulados en red y que respondan de manera oportuna a las necesidades. Estos servicios necesariamente deben estar articulados a las acciones desarrolladas en los territorios, en un proceso dinámico que reconozca las realidades sociales y que actúe, en consecuencia, en el componente de atención individual. A su vez, las acciones territoriales y colectivas deben conocer los modelos de atención individual, buscando garantizar las rutas de acceso a estos, así como las acciones de seguimiento y mantenimiento a lo que se realiza en la consulta individual.

Acciones de protección específica por fuera de las paredes del hospital como alternativa a la fragmentación y barreras de acceso del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Es innegable, tal como se planteó en el capítulo de contexto, la fractura que presenta el sistema de salud del país; y las experiencias en los territorios de la Alianza no son ajenas a este fenómeno. Sin embargo, el proyecto de AFLC a nivel territorial se constituye en un intento por zanjar estas brechas a nivel local. Como se mencionó en el componente anterior, una de las alternativas para romper estas brechas está dada por un trabajo en los ámbitos de la vida cotidiana de cada territorio, por fuera de las paredes del hospital:

Como yo he estado tan cerca del proceso, una experiencia del proceso comunitario ha sido que

los niños y las niñas de los hogares comunitarios han sido beneficiarios, y cuando se hacen las jornadas de barniz siempre se han beneficiado y eso es muy chévere; allá van llegando todas las madres comunitarias y les hacen todos los procedimientos, es una actividad pedagógica que para los niños es muy interesante y ya preguntan cuándo los van a llevar a que les pinten los dientes, ha sido realmente una experiencia bonita. (Líder comunitaria, Comuna 20 de Cali)

Como parte de las acciones de atención, se incluyeron las acciones de protección específica como la aplicación del barniz de flúor, que podríamos decir se convierte en una de las actividades de atención más representativas del proyecto y que causa mayor recordación en cada territorio:

Ellos, la primera fluorización es de mucho temor, sí, ver los doctores, especialmente los niños nuevos, el proceso con los niños nuevos yo trato de que la primera fluorización entre con papás para que los papás sean quienes den esa confianza a los niños y estén con una persona conocida y cómoda. Ya de la segunda en adelante, ya lo manejo yo, y ya ellos se dan cuenta de que no es nada malo, que sólo les van a pintar los dientes. Yo les digo que les van a poner estrellitas, les van a poner banano en los dientes; como les sabe a banano uno les dice “¡ay, sí, sabe a banano!” Bueno, muchas cosas, y yo me les invento muchas cosas desde el punto que hay que combatir las caries, entonces los carietones hay que matarlos, que hay que echarles bananos, hay que echarles cosas. entonces nos van a pintar y les tomo fotos y ellos bien. (Profesora CDI, Anapoima)

Atendieron a toda la población, vinieron con equipos y se quedaron como un mes completo, y atendieron a toda la población y eso fue pues

inolvidable; entonces yo pienso que más que educación, a la gente les gusta mucho que los eduquen y las visiten, pero como que vengan a prestar el servicio aquí en la comunidad, por la parte económica, porque la población de verdad que todos son de recursos económicos muy bajitos. (Promotora de salud APS, Territorio Andes)

Estas acciones desarrolladas en los ámbitos de vida cotidiana de los niños y las niñas, constituyen entonces, no sólo una alternativa a las múltiples barreras de acceso a los servicios de salud, sino también la posibilidad de hacer de los procedimientos preventivos una actividad tranquila, que sirve incluso de adaptación a los tratamientos odontológicos, ya que las realidades en la consulta de primera vez de un niño pueden ser difíciles, tal como lo expresa el siguiente testimonio:

E: hablando un poquito de la consulta, cuando estabas con la doctora en consulta ¿Cómo viste el tema de la atención a niños pequeños de la primera infancia?

R: Es bastante complejo porque no se les tiene tanta paciencia, digamos que aquí en la universidad nos enseñan a tratar diferentes técnicas para que el niño responda y se deje tratar. (Estudiante internado IX semestre, Anapoima)

Los padres conocen la situación bucal de sus hijos y exigen tratamientos

Por otra parte, la valoración de la condición de salud bucal que se hace en estos espacios de atención comunitarios permite una relación con los acudientes de los niños a los que se les brinda herramientas que permitan ciertas

consideraciones al momento de la atención clínica en sus centros de atención:

En el centro de salud donde lo llevo en Famisanar me decía que a él no se le salvaba esa muela, que tocaba quitársela, cuando una señorita de las que vinieron al jardín, ahí en Gotitas de Amor, me dijeron que no, que hoy en día habían productos que hacían que al niño se le salvara el diente, que el niño no tenía por qué perder su muela y yo fui con esas mismas palabras, me fui brava porque que a mi niño no le tenían que quitar la muela y hoy mi hijo tiene su muela y hasta el momento no le ha dolido. Le pusieron eso y ahí tiene todas sus muelitas, no le tuvieron que quitar ninguna y usted se puede fijar y ahí tiene todo lo que le han hecho y a él no le han quitado ni una muelita, después de que en Apulo me dijeron que sí, que tocaba quitarle la muela. (Madre niño CDI, Anapoima)

En este caso, se puede decir que se influye en el desarrollo de las acciones de atención que se realizan en el servicio odontológico, ya que los papás adquieren ciertos conocimientos que les brindan capacidad de negociación con el profesional odontólogo.

Fortaleciendo las capacidades del talento humano para mejorar la atención

En otros casos, se ha ido más allá y se han establecido relaciones con los centros de salud, brindando las herramientas al propio profesional, tal como se mencionó en el componente de actores educativos más atrás, para que sea este el que adecúe sus prácticas a nuevos enfoques de la atención, en este caso de la caries dental:

Para la empresa hemos hecho algunos cambios, nosotros tenemos un programa de aseguramiento odontológico, el principal programa se llama DENTAL ELITE y hemos creado nuevas coberturas como el barniz de flúor y son cosas que hemos hecho intentando seguir alineados con las propuestas de la Alianza. Sensibilizar a muchos odontólogos, ya tenemos dos odontólogos que nos acompañan en los eventos masivos simplemente porque ellos han decidido hacerlo, porque están motivados. Hay uno más que también se vincula a veces con la prestación de las unidades odontológicas, hemos hecho artículos en las revistas y eso ha sido bastante positivo, porque hemos logrado socializar lo de la Alianza, porque no todo el mundo la conoce, pero ya en Coomeva muchos hablan de la Alianza sin ser odontólogos, sin ser de nuestra área incluso. (Directiva EPS, Comuna 20 de Cali)

En los territorios se ha hecho un esfuerzo por mejorar los procesos de atención a través del entrenamiento y actualización del equipo de salud. La Política de Salud Oral de Manizales establece el desarrollo de sesiones académicas periódicas a cargo de la Secretaría de Salud Municipal y la Universidad Autónoma de Manizales; desde que los objetivos de la Alianza se armonizaron a la política, en estas sesiones se han desarrollado temas relacionados con el diagnóstico, valoración del riesgo y tratamiento de la caries y difusión de la estrategia Soy Generación Más Sonriente del Ministerio de Salud:

Si yo como referente de un programa estoy actualizada y capacitada; o sea, yo como referente municipal o como apoyo, porque fui las dos, voy y visito a los prestadores que son los odontólogos de las IPS públicas o privadas de Manizales y yo estoy

capacitada, pues lógicamente puedo transmitir una información certera, puedo transmitir una información actualizada, puedo transmitir una información que me van a creer. Pero si yo no estoy capacitada, no estoy actualizada, cómo voy a ir a darles una información. Entonces ellos ya tienen cierta credibilidad por su discurso y con todas las capacitaciones y todos los conocimientos que fuimos adquiriendo con cada personaje nuevo que iba llegando en su momento, o sea, todos se fueron enriqueciendo para dar un discurso apropiado en las IPS y así hacer que los odontólogos estén al día, todos los días atendiendo pacientes fueran cogiendo su discurso para enseñar al usuario. (Odontóloga contratista Secretaría de Salud Pública de Manizales)

Los agentes educativos como promotores de la atención en salud oral

Dentro de las acciones que se resalta en la comunidad como parte de la atención es importante resaltar la apropiación y el apoyo que se recibe de agentes educativos que se constituyen en verdaderos promotores de salud y de demanda de servicios asistenciales, como parte de sus acciones cotidianas:

Tengo un niño que hace dos años lo tengo conmigo y tenía mucha caries, trabajé con los papás, porque desde la asistencia a talleres y socialización del tema de trabajar el cepillado en la lengua también es importante. Bueno muchas cosas, a hoy exactamente ya se cumplieron con la meta de todas sus muelitas sanas vistas por un odontólogo, ya cubierto sus cariecitas y todo esto para que el niño esté bien en todo sentido. (Profesora CDI, Anapoima)

También, seguramente en relación con lo anterior, se reconocen avances en el aumento de la asistencia de niños y niñas a la consulta odontológica desde edades más tempranas:

Ahorita se ha implementado a través de la primera cita odontológica al recién nacido, ya se le ha comenzado a decir a los papitos lleven los niños desde el añito. Hemos tenido más afluencia de niños no en su totalidad creo, pero sí se ha movido más la familia y los papitos por traerlos que como era antes, hace dos años atrás, hasta los dos añitos. Entonces eso también ha servido y la motivación de pronto un poquito más por parte de los promotores de salud de hacer más inducción [a la demanda]. (Odontóloga puesto de salud Anapoima)

Una realidad de la atención en los territorios que difiere de los postulados académicos actuales del abordaje de la caries

En el caso de la atención individual, también las condiciones propias de los servicios de salud de los territorios marcaron diferencias frente al proceso formativo de las universidades y al mismo paradigma actual para el abordaje de la caries dental. En este sentido expresa un estudiante:

Sí, había diferencias, pero a nosotros nos tocó acoplarnos a la situación que tenía el hospital, a la falta de insumos; por ejemplo, allá teníamos el tema de que sólo había flúor en gel, no había Duraphat, no había otro tipo de flúor, a veces no había sellantes, había que hacer a veces sellantes con la misma resina porque no había. (Egresado. Estudiante de internado noveno semestre, 2012, Universidad El Bosque)

Es decir, se empieza a reconocer que el contexto marca considerablemente la atención y la educación. Las acciones de abordaje de la caries, definidas desde un paradigma construido con todo el soporte y rigor científico, se empiezan a ver confrontadas por las condiciones de vida, tales como la disponibilidad de agua o, en el caso de la prestación de servicios, por los insumos que pueda tener un puesto de salud ubicado en un contexto rural o en un sector marginal de la ciudad.

Las decisiones personales e individuales de los profesionales de la salud frente a la atención

Por otra parte, además del contexto local, se encuentra el componente individual y personal de cómo cada actor entiende y asimila las acciones de salud bucal en cada territorio y en su centro de atención, lo que, a su vez, especialmente en territorios pequeños, marca una organización de los servicios para todo el territorio. Organización que genera sus propias dinámicas y, también, sus propias barreras:

Nosotros queríamos y hacíamos la remisión de los niños que queríamos hacerle prioridad; pues eso le implicaba a la odontóloga tener esa apertura y no se encontró ese resultado, en la parte urbana. Entonces, por ciertos temores, por falta de recursos, por falta de tiempo y otras políticas, no se logró una articulación con lo que estábamos haciendo a nivel de la comunidad y lo que se estaba haciendo a nivel de la prestación de servicio de los niños en la consulta odontológica, sobre todo en la parte urbana. En la parte rural, en los dos puestos de salud donde se desplazaba la

odontóloga dos días a cada uno de ellos, se logró una mejor colaboración, un mejor manejo en esa parte; sin embargo, el problema es, y eso está perfectamente diagnosticado, en que por un lado están los programas de salud pública: programas de prevención, programas que se hace como lo que tiene que ver con promoción y prevención y lo que tiene con la atención. (Decano Facultad de Odontología Universidad el Bosque)

También el contexto nacional definitivamente influye en las maneras cómo se desarrollan los componentes de la atención. Lo que implica que los territorios se deben actualizar permanentemente con los cambios que ocurren en las directrices nacionales del SGSSS:

Me queda a mí la gran inquietud de cómo hacer y si me gustaría mejorar la resolución de los problemas, desde la atención, creo que uno dice: bueno, ellos tienen derecho y se sigue la ruta. Pero es que hay un problema y ahora más con lo de las rutas. Yo no sé ahora qué irá a pasar con las rutas a mitad de año. (Directora Área Comunitaria Facultad de Odontología Universidad el Bosque)

Se puede apreciar, en consecuencia, que al igual que los procesos educativos, los de atención no se escapan a las particularidades de cada territorio. Además, plantean un cuestionamiento en relación con ¿hasta qué punto el proyecto de Alianza debe asumir las responsabilidades que tienen los actores del Sistema General de Seguridad Social, en el cuidado de la salud bucal de individuos y colectivos?

Aunque, como se mencionó en la introducción de este capítulo, los procesos de atención son mucho más difusos en el desarrollo de las acciones de la Alianza, los elementos

esbozados sirven como un panorama preliminar de un proceso que depende estrechamente de los lineamientos del sistema de salud nacional, pero también de las apreciaciones y lineamientos particulares que surgen en las prácticas cotidianas de los profesionales de la odontología en el espacio de consulta.

Imagen 7. Valoración de condición de caries y aplicación de fluoruro en barniz en CDI Anapoima, 2014



Consideraciones generales: lecciones aprendidas

Los procesos de educación para la salud y atención se constituyen en una estrategia fundamental, no sólo para el logro de las metas de la Alianza por un Futuro Libre de Caries, sino como parte de la garantía de una salud integral de las poblaciones.

Como ya se ha esbozado, el hecho de presentar la experiencia fragmentada entre acciones de orden educativo y promocional, de las acciones de atención, hace parte de una división arbitraria, impuesta por

modelos empíricos de la ciencia clásica, en los que el campo de la salud se ha visto fuertemente inmerso (Breilh, 2003).

Una fragmentación útil a modelos de mercado, en los que la atención a la enfermedad se ve favorecida por las posibilidades de aseguramiento individual; mientras que las acciones promocionales y educativas, generalmente relacionadas con acciones colectivas, queda relegada a abordajes que se asumen con recursos públicos, casi siempre escasos.

Podríamos decir que las experiencias del proyecto de Alianza no se escapan a dichas dualidades, en las que se puede evidenciar que se tuvo una intención inicial de adelantar acciones más cercanas al orden de la promoción de la salud y la educación, sumadas a acciones de gestión intersectorial, pretendiendo una fuerte influencia en las políticas públicas en salud de cada territorio. Sin embargo, es posible evidenciar desde los testimonios presentados que las dinámicas de cada espacio marcan o no, posibilidades de acercarse a este propósito inicial de la Alianza.

Municipios como Andes en Antioquia, pareciera que brindaron las posibilidades para el desarrollo, tanto de diagnósticos amplios, que vincularon fuertemente un componente social, así como de alternativas para la implementación de actividades que abordaron la salud, también desde una mirada amplia. Esto puede generar la sensación de un abordaje alejado de las condiciones específicas de salud bucal de individuos y colectivos, hasta el punto de que puede parecer que el componente de la enfermedad y su atención no hiciera parte de los principales intereses del trabajo en el Municipio. Más bien, se privilegia un trabajo desde un enfoque promocional de la salud, acorde con

las intenciones de un trabajo desde una APS integral, en el que la caries se convierte en una condición más de un complejo proceso de salud - enfermedad subsumido al orden social. Esto requiere de una fuerte voluntad política que mantenga alineados los intereses de por lo menos tres actores institucionales: alcaldía, hospital y universidad; lo cual, en un contexto local, puede cambiar abruptamente ante los relevos de dirección en alguno de estos actores.

En el caso del Municipio de Manizales, se pudo evidenciar una experiencia que se podría relacionar con abordajes de una perspectiva más cercana a la denominada “nueva salud pública”. En esta se pone de relieve una perspectiva fuertemente institucionalizada de la acción promocional y preventiva, que tiene como uno de sus principales propósitos la gestión del riesgo. Esta es una apuesta, que igual que la experiencia de Andes, da muestras de haber logrado una fuerte relación con la Secretaría de Salud del Municipio y la Dirección Territorial de Salud. Esto permite acciones masivas que han dado visibilidad a las intenciones de la Alianza, no sólo como un proyecto de una universidad, sino como un proyecto de ciudad que alcanza a permear algunos otros municipios del departamento.

Por su parte, la experiencia del territorio de Anapoima se presentó mucho más cercana a concepciones tradicionales de la salud pública. Esto se sustenta en testimonios que dan cuenta de un trabajo en acciones promocionales y de protección específica de orden prescriptivo. Además, se presentó como un trabajo más independiente de las políticas locales, en el que la universidad actúa de manera independiente con población de primera infancia institucionalizada. En medio de estas circunstancias, la universidad se constituye en un apoyo a los requerimientos que tienen las instituciones encargadas del

cuidado de la primera infancia y del cuidado específico en salud oral, pero poco se relaciona con la responsabilidad que tiene, por ejemplo, el hospital regional, en este mismo sentido. Esto ha llevado a que el desarrollo de las acciones, tanto de atención como de educación, no sean tan sensibles a cambios de la administración municipal o del hospital, ya que son acciones que no han requerido del proceso de negociación con estas entidades, al contrario de lo evidenciado en Andes y Manizales.

Ahora, la experiencia de la Comuna 20 de Cali siguió una amplia experiencia de trabajo con estas comunidades, con una perspectiva de APS, que no se inicia con el Proyecto Alianza. Además, este trabajo tiene una estrecha relación con la ESE de este territorio, lo que brinda la oportunidad de articular acciones de orden colectivo y educativo con las de atención individual. Lo que se traduce en la posibilidad de generación de rutas integradas para la salud en las que se puede vincular el componente de atención y prevención de la caries dental, acorde a una perspectiva de APS. Además, no se puede desconocer la enorme oportunidad que se brinda a la formación de odontólogos en el marco del SGSSS del país.

Cuadro. 2. Comparativo de los alcances frente a educación y atención en la experiencia de los territorios demostrativos de la AFLC-Capítulo Colombia

Enfoque	Características
Anapoima	Un fuerte componente de atención, educación y seguimiento individual en espacios comunitarios, con enfoques tradicionales a cargo de la Universidad.
Andes	Una apuesta por procesos de educación para salud desde una perspectiva crítica y participativa, acuerdos con procesos de diagnóstico amplios y en estrecha relación con el Plan de Desarrollo Local.
Comuna 20-Cali	Un trabajo articulado con la ESE que recoge la experiencia de muchos años en el desarrollo de acciones de educación y atención con enfoque de APS, facilitando la construcción de rutas integrales de atención en salud bucal.
Manizales-Caldas	Un vínculo estrecho con las direcciones local y departamental de salud y una política local de salud bucal que potencia las acciones de educación y atención a nivel masivo en el territorio con la participación de diferentes sectores

A partir de lo identificado en diferentes secciones del capítulo, y a manera de cierre, se puede decir que la experiencia en lo relacionado con la atención y la educación ha sido un factor fundamental en el desarrollo de la Alianza por un Futuro Libre de Caries en Colombia. La reflexión en torno

a las prácticas de educación y atención en salud permiten identificar las diversas perspectivas con las que cada actor ha asumido esta iniciativa, reconociendo entonces que un proyecto con esta envergadura definitivamente no es exclusivo de una Facultad de Odontología. Esto implica que, los procesos de educación y atención en salud bucal se ven atravesados por intereses de orden administrativo, político, económico, cultural y, por tanto, intereses vinculados a diferentes instituciones sociales, más allá de las académicas. Situación que a su vez conlleva que, el pretender poblaciones libres de caries, no sólo pasa por asumir una u otra perspectiva conceptual frente a la caries dental.

Ahora, a pesar de que acabamos de decir que nos enfrentamos a una experiencia que trasciende la academia, es necesario resaltar un asunto que ha estado presente a lo largo de este capítulo: la formación de odontólogos. Buena parte de la experiencia presentada en el desarrollo de acciones de atención y educación ha estado soportada en los estudiantes. Esto convierte al proyecto de Alianza en una oportunidad crucial para desarrollar una formación del profesional de la salud desde una nueva perspectiva.

En este sentido, ya se han mencionado algunos factores que serían necesarios y deseables para acercarnos al cumplimiento de las intenciones de la Alianza, pero no se puede perder de vista el asunto fundamental de la formación de una nueva generación de odontólogos. Una nueva generación que, formada en un nuevo paradigma, diagnostique y aborde la caries dental acorde a propuestas actuales y novedosas, pero, sobre todo, odontólogos con un sentido crítico de la realidad, capaces de reconocer que el trabajo con los otros implica un ejercicio de reflexión pedagógica en el que se reconozca desde dónde hablo, desde dónde propongo y actúo,

desde dónde le digo al otro lo que debe y no debe hacer. Para ello se requiere de un proceso de formación coherente con este propósito, en el que se incluyan los valores, actitudes, saberes y conocimientos del educando, en la búsqueda de que se vincule con el de los otros. Una acción educativa y de atención en la que esté presente una ética del cuidado de sí y del otro, como lo propone Leonardo Boff (2002), en la cual se reconoce que el dar lugar al otro y al entorno y procurar su cuidado es la única vía hacia la paz.

Finalmente, se debe reconocer la riqueza que genera esta gran diversidad de apuestas dentro de un mismo proyecto partiendo de un mismo propósito, lo que demuestra que es imposible la generación de recetas que unifiquen las acciones de atención y educación en salud bucal. El propósito de lograr comunidades libres de caries se constituye entonces en el principal pretexto para enriquecer nuestros abordajes, reconocernos diferentes y fortalecernos en las posibilidades que da el debate y la construcción desde la diferencia; porque la igualdad, la linealidad y la unicidad ya han demostrado que no son coherentes con el sentido de una vida buena.

Referencias

- ACFF. (2011). *Documento Marco - La Alianza por un Futuro Libre de Caries - Colombia*. Disponible en; <https://www.acffglobal.org/es/capitulos/>
- Acosta Ramírez, N., & Vega Romero, R. R. (2008). El caso de la implementación de la estrategia de atención primaria integral en salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá, Colombia TT - Case of the implementation of the strategy of comprehensive primary health care in the locality of Suba, Bogotá, Co. *Rev. gerenc. políticas salud*, 7(14), 125-144. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-14/estudios-3.pdf>
- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial ética de lo humano, compasión por la tierra*. Editorial Trotta, S.A. Disponible en: <https://www.marcialpons.es/libros/el-cuidado-esencial/9788481645170/>
- Breilh, J. (2003). Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. *Colección Salud Colectiva*. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/18_epidemiologiacritica.pdf
- Chapela, M. (2008). *Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria* M Chapela. Disponible en: https://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_eshttps://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_es/163
- Freire, P. (s. f.-a). *La educación como práctica de la libertad - Siglo XXI Editores*. Recuperado 15 de julio de 2020. Disponible en: https://www.sigloxxieditores.com/libro/la-educacion-como-practica-de-la-libertad_17739/
- Freire, P. (s. f.-b). *Pedagogía Del Oprimido*. Siglo XXI editores, S.A. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.98.2.021>
- Gómez Rivadeneira, A., Eslava Castañeda, J. C., & Camacho Rojas, S. (2012). *Aportes al mejoramiento de la gestión de la salud pública en Colombia*. Ied. Asociación Colombiana de empresas de Medicina

Integral. ACEMI. Disponible en: <https://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/07/Descargar2-1.pdf>

Lorig, K., & Laurin, J. (1985). Some Notions About Assumptions Underlying Health Education. *Health Education & Behavior*, 12(3), 231-243. <https://doi.org/10.1177/109019818501200302>

Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. Sage Publications, Inc. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1995-98861-000>

Ley 1438 de 2011, 1 (2011). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1438_DE_2011.pdf

Sánchez Morales, F. de M. (2010). Modelos o paradigmas en Educación para la Salud. *Revista electrónica semestral especializada en el Área de la Salud*, 1-12. Disponible en: <http://mcs.reduaz.mx/ibnsina/2010v1t2/03-02-2k10.pdf>

☞ Capítulo 7

Proyecciones: hacia dónde vamos

Luis Fernando Restrepo Pérez · Lola Cendales González · Stefanía Martignon

Como se ha planteado en este documento de sistematización, el Capítulo Colombia de la Alianza por un Futuro Libre de Caries (AFLC), siguiendo un propósito global de posicionar la caries dental como un tema - problema de interés, ha trabajado en el ámbito de la salud y la educación desde un enfoque de derechos y Atención Primaria en salud, tanto en espacios de formación de profesionales de la odontología, como en espacios comunitarios donde se materializan las políticas públicas en salud.

El trasegar de esta experiencia ha generado espacios de formación (desde el nivel personal al institucional), así como aprendizajes que permiten comprender el tema de la caries y la salud bucal al tenor de diferentes contextos, con una incidencia a nivel local, nacional e internacional.

Después de un recorrido de seis años, el equipo de trabajo de la Alianza en Colombia, se propuso recoger esta experiencia para reflexionar e identificar acumulados que puedan servir a las universidades, a los municipios y al gobierno nacional, a definir y ajustar sus planes, programas y proyectos en relación con la salud bucal y, específicamente, con el diagnóstico y manejo de la caries dental, como un aporte a la calidad de vida de individuos y colectivos. Se espera, además,

que este trabajo, a partir de la revisión de las metas propuestas en sus inicios, permita identificar alternativas de sostenibilidad y continuidad, que pasan por explorar otras fuentes de financiación y nuevos campos de acción.

La experiencia de cada territorio y de la academia tiene similitudes y diferencias que hacen del ejercicio de la sistematización realizada un trabajo con una variedad de información y experiencia acumulada, que le da al lector la posibilidad de identificar aspectos que pueden ser de utilidad a la hora de poder vincularse al proyecto o de adelantar iniciativas con propósitos similares.

Por un lado, el trabajo realizado ha contribuido a avanzar en la comprensión de la caries dental como una problemática compleja de salud pública, por su relación con aspectos sociales y culturales del país y de las regiones donde se ubica cada una de las facultades de odontología y sus correspondientes territorios demostrativos; pero también vinculada con la cultura de los sujetos que conforman la comunidad académica de las distintas instituciones educativas que han participado en el proceso de la Alianza por un Futuro Libre de Caries.

Dentro de los principales hallazgos de este trabajo de sistematización se puede resaltar que continúa presente la distancia entre la teoría y la práctica al interior de las facultades, así como la brecha entre la academia, las comunidades y los servicios de salud. Esto constituye, tal vez, el primer y gran reto para para la AFLC: el centrarse, por un lado, en el trabajo alrededor de acercar la teoría a la práctica en el ámbito académico, y por otro, en total relación con el anterior, avanzar con la articulación e implementación de acciones construidas conjuntamente entre la academia, las comunidades, los gobiernos locales y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud del país. Desde este punto de vista, la AFLC debe reconocer los procesos nacionales y locales vividos, teniendo en cuenta el acumulado que en cada uno de estos espacios se ha construido.

En cuanto a lo académico, el cierre de brechas al interior de la institución y en relación con el entorno requiere unir esfuerzos para continuar trabajando por modelos educativos menos intervencionistas y curativos, es decir, con una apuesta más clara por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad bucal. Esto necesita de la participación de la comunidad educativa, además del fortalecimiento del vínculo con las políticas nacionales en materia de salud pública, la relación estrecha con las autoridades sanitarias y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Otálvaro et al., 2018)

Por otra parte, en lo relacionado con la gestión institucional y social del proyecto de Alianza, es necesario hacer una convocatoria amplia que incluya diferentes sectores (instituciones, organizaciones), tanto privados como públicos. Con esto se espera garantizar un respaldo político que pueda contribuir a

la viabilidad de esta iniciativa, teniendo en cuenta que, además, va a sumar nuevos actores implicados directamente con la propuesta. En este sentido, entre otros aspectos, se debe tener conciencia de que los cambios en los gobiernos locales o en las instituciones académicas y de salud incide en las decisiones, que obviamente van a afectar los trabajos que se pretendan adelantar. Igualmente, el proyecto tiene que manejar un criterio de flexibilidad que haga lo posible por tener en cuenta los imprevistos que se presentan sobre la marcha, para hacer los ajustes que sean necesarios. Como complemento a este componente, una estrategia valiosa puede ser vincular a los medios de comunicación locales, siempre y cuando el manejo de la información esté en manos del equipo.

En cuanto al trabajo masivo, se reconoce que este tiene una gran importancia porque llama la atención sobre una problemática específica, favorece la motivación y la vinculación de algunos sectores, pero resulta insuficiente si no va acompañado del trabajo educativo directo, de la atención personal que tiene que ver con la apropiación de saberes y conocimientos, que son los que van a garantizar a largo plazo la eficacia del trabajo.

En la parte organizativa es conveniente tener una coordinación en las regiones, con gobiernos locales, comunidades e instituciones; definir roles de las instancias y/o personas involucradas, garantizar encuentros periódicos que contribuyan a la retroalimentación y a mantener viva la dinámica del trabajo.

Ahora, desde la experiencia vivida, se considera que los servicios, representados por los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud del país, son fundamentales en la medida que son quienes deben apropiarse del

trabajo realizado y garantizar su continuidad en cada una de las regiones y territorios.

En relación con todo lo anterior, el trabajo de estos años, tanto en el ámbito académico como comunitario, ha dado cuenta de la capacidad de crecimiento que tiene esta iniciativa. En este orden de ideas, el futuro de la AFLC depende en gran medida del afianzamiento en la capacidad de articulación y gestión en la academia, en cada territorio y en el área de servicios; pero, sobre todo, de la capacidad de articulación, gestión y trabajo conjunto entre estos tres componentes o áreas fundamentales para el cumplimiento de los propósitos del Capítulo Colombia de la AFLC.

Bajo estas premisas, depende de los líderes nacionales del proyecto definir, por un lado, cómo ampliar el radio de acción, y por otro, establecer un diseño operativo que permita fortalecer el trabajo conjunto entre los componentes académico, comunitario y de servicios, en el que estén implicados los actuales participantes del proyecto y los nuevos integrantes que se vinculen a partir de la dinámica particular de esta iniciativa. Por tanto, es fundamental tener en cuenta que, un proyecto que se implementa en la academia, en los servicios y en diferentes regiones, tiene que atender e incorporar las diferencias y verlas, no como desviaciones, sino como posibilidades de enriquecimiento personal y colectivo; como incentivos para desarrollar la creatividad.

Desde el punto de vista de la proyección de la gestión de la AFLC, se viene pensando en la necesidad de contar con una organización más consecuente, con el mayor desarrollo de otras áreas como la política, gestión, administración y comunicaciones, buscando dar un mayor desarrollo del Capítulo Colombia de la AFLC, en concordancia con la proyección establecida por el grupo gestor y las directrices globales.

La pretensión de continuar implementando esta iniciativa consiste en continuar en el camino de llegar a acuerdos y unificar criterios, con la idea de superar las persistentes diferencias en las concepciones y acciones frente a la caries dental y transformar en el tiempo el énfasis restaurador. De esta manera, se continuará propendiendo por instaurar una filosofía preventiva, como viene haciéndose en el mundo y en el país desde diferentes escenarios, incluso, desde tiempos anteriores a la Alianza Global. Una filosofía que considere un plan de manejo de caries personalizado, no generalizado, basado en el individuo y su riesgo de caries, y en relación con un contexto social particular y general; esto, a su vez, que cuente con la factibilidad de prevenir la aparición y controlar la progresión de las lesiones de caries dental, tomando medidas pertinentes y oportunas que conduzcan a la preservación de estructura dental.

En Colombia, con el resurgimiento de la APS, a partir de las normas que la establecen como parte del modelo de salud del país, existe una oportunidad de vincular los aprendizajes de la Alianza, dado que esta experiencia involucra lo Intersectorial, lo interinstitucional, así como la participación comunitaria con el liderazgo de la academia, con la capacidad de dinamizar nuevas formas de trabajo para lograr comunidades libres de caries.

La prospectiva de la AFLC también contempla procesos de educación continua con el personal de los servicios de salud y propuestas de articulación entre el frente académico y el frente comunitario para trabajar conjuntamente según directrices de las políticas actuales del país: Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), Rutas de Atención Integral (RIAS), Plan Decenal de Salud Pública y la Estrategia Soy Generación Más Sonriente, entre otras. Todo lo anterior apunta a la necesidad

indispensable de articulación de ambos frentes, si se considera fortalecer el trabajo desde una perspectiva holística de la salud, fundamentada en los presupuestos de la Atención Primaria en Salud, que contempla el desarrollo de acciones a nivel individual y colectivo, en conexión con un modelo integrado de atención que articula la promoción en sus distintas líneas, la prevención de la enfermedad bucal y la atención en todos los niveles de complejidad.

La AFLC tiene entonces el compromiso de seguir avanzando en la comprensión del complejo proceso salud enfermedad - atención en salud bucal y, de esta manera, continuar el desarrollo de acciones multidimensionales que permitan el logro de las metas propuestas al 2026.

Un trabajo que no se detiene

El presente trabajo de sistematización de la experiencia constituyó un momento de reflexión en medio del desarrollo de acciones, más no estuvo relacionado con el final del trabajo. Como se ha mencionado en este texto, el periodo entre el 2012 y 2018 fue definido por el equipo de trabajo como el corte para adelantar la reflexión que estamos presentando a ustedes. Sin embargo, las acciones no se detuvieron y, aprovechando que la publicación de estos resultados se hace dos años después del periodo fijado, se presentan de manera resumida algunos de los avances de las acciones adelantadas a 2020. Algunas de ellas estarán a tono con las proyecciones que se presentaron anteriormente y otras corresponderán a nuevos retos que ha asumido la Alianza a partir de las circunstancias que plantea el contexto local, nacional y global actual.

El frente académico ha seguido, de manera muy activa, apoyando procesos a nivel nacional como el de la consolidación de una historia clínica única para caries en el país. Este trabajo ha implicado la vinculación de diferentes sectores, facultades, odontólogos de hospitales, aseguradores, entre otros, con el fin de acercarse a un consenso nacional. Por otra parte, el frente académico, en articulación con el comunitario, adelantaron un trabajo que buscó medir inequidades relacionadas con salud oral en los territorios demostrativos de la Alianza.

En el caso del frente comunitario, se ha continuado con el trabajo en los territorios demostrativos, con ciertas diferencias en la intensidad y articulación de acciones, ya que -como se ha presentado de manera amplia en este documento- están fuertemente influenciadas por la voluntad política de cada territorio. Sin embargo, se ha avanzado en algunos de ellos, en la búsqueda de la articulación a las Rutas Integrales de Atención en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018); además se continúan adelantando acciones promocionales y de protección específica en conjunto con las alcaldías y los hospitales de cada localidad.

En cuanto al desarrollo de las comunicaciones, se ha avanzado en contar con una fanpage en Facebook que ha mejorado la visibilidad de las acciones que adelanta la Alianza a nivel nacional en sus diferentes frentes de trabajo. Esta herramienta ha contado con una dinamización importante del equipo del territorio demostrativo de Manizales y la codirección del frente comunitario.

En el plano internacional, la experiencia construida por el Capítulo Colombia ha permitido que se adelanten asesoría a otros países como Estados Unidos, Puerto Rico y República Dominicana, para que inicien sus procesos de generación de consensos en relación con la

enseñanza de la caries. Además, se continúa participando de diferentes eventos científicos, nacionales, como los encuentros de investigación de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO) (Martignon et al., 2014), e internacionales como los Congresos Anuales de ORCA (Abreu-Placeres et al., 2019) y IADR. En los cuales se continúa la socialización de resultados de diferentes procesos adelantados por el capítulo.

El capítulo en general, y en especial la codirección del frente académico, siguen participando de los procesos internacionales propuestos por la Alianza a nivel mundial, constituyéndose en un referente importante para la toma de decisiones a nivel internacional.

Todo esto nos lleva a concluir que el Capítulo Colombia de la Alianza Global por un Futuro Libre de Caries ha jugado un papel protagónico en la consolidación de este trabajo colaborativo a nivel mundial; pero, sobre todo, ha demostrado en su trayectoria, un trabajo ininterrumpido por tratar de acompañar los desarrollos que a nivel internacional se están dando en la comprensión y manejo de la caries, a la diversidad de nuestros contextos nacionales y locales. Un reto que no termina.

Un reto sin precedentes

No podemos dejar de mencionar que, mientras acabamos de escribir este texto, la humanidad está enfrentando uno de sus mayores desafíos de la historia reciente. La pandemia por el COVID-19 se ha constituido en un evento que nos ha obligado a repensar buena parte de los asuntos de nuestra vida cotidiana a todo nivel. En este sentido, las acciones del Capítulo Colombia

de la Alianza no han sido ajenas a estos cambios, abriéndose así a nuevas posibilidades.

La contingencia actual ha exigido fortalecer la comunicación remota, con propósitos educativos e informativos con las comunidades de los territorios; pero ahora, además, con un alcance nacional y global. También ha servido de indicador para reconocer hasta qué punto, en los años anteriores, se logró una vinculación con los gobiernos locales, al reconocernos o no como actores válidos que aporten al desarrollo de estrategias en este momento de coyuntura. En lo académico, ha servido para replantear la pertinencia de los temas a vincular en el proceso formativo de la odontología y de esta manera, potenciar el lugar de lo preventivo y lo promocional en los currículos, reconociendo, ante una evidencia incuestionable que nos plantea la pandemia, que la salud más que un hecho biológico es un hecho social.

Referencias

- Abreu-Placeres, N, García-Godoy, F, Martignon S, Newton, T, Ekstrand, K., Pitts, N., López, L., Rivera, Y., González, R., Naidu, R., Babu, A., Morou, E., Jácome-Liévano, S., & Félix-Matos, L. (2019). “The COM-B ICCMS questionnaire” & “Consensus in Cariology Teaching for Undergraduates in Caribbean Countries”. *Simposio Pre-ORCA y la Plataforma de Educación del Congreso de la Organización Europea para Investigación en Caries Dental*.
- Martignon, S., Marín, L. M., Pitts, N., & Jácome-Liévano, S. (2014). Consensus on domains, formation objectives and contents in cariology for undergraduate dental students in Colombia. *European Journal of Dental Education*, 18(4), 222-233. <https://doi.org/10.1111/eje.12091>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS*. Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>
- Otálvaro C., G. J., Milena, S., Salazar, Z., Delgado, G. J., Hern, J., & Pulido, T. (2018). Políticas de Salud Bucal en Colombia en el marco del sistema general de seguridad social en salud . *“Observatorio Iberoamericano de políticas públicas en salud bucal. Construyendo un bloque por más salud bucal, c*, 1-12. Disponible en: <http://udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/6ec032af-6b35-409a-96a7-e68483ab477c/PPSB+en+Colombia+una+revisión+panorámica+-+ebook+2a+edición+2018.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mjY0rC&CVID=mjY0rC>

Compiladores

María del Pilar Cerezo Correa

Profesora del Programa de Odontología, Universidad Autónoma de Manizales. Integrante del Grupo de Investigación Salud Pública, Universidad Autónoma de Manizales. Odontóloga, Universidad Autónoma de Manizales; Magister en salud pública, Universidad Autónoma de Manizales. Especialista en Investigación y docencia universitaria, Universidad Autónoma de Manizales. Especialista en Auditoría en salud, Universidad autónoma de Manizales. Correo electrónico: mapice@autonoma.edu.co
Orcid: 0000-0002-3488-9026

Luis Fernando Restrepo Pérez

Profesor Asociado del Área Comunitaria e integrante del Grupo de Investigación en Salud Bucal Pública y Comunitaria (INVBOCA) de la Facultad de Odontología, Universidad El Bosque. Odontólogo, Universidad de Antioquia. Magister en Desarrollo Educativo y Social, Universidad Pedagógica Nacional - CINDE. Correo electrónico: prestrepoluisf@unbosque.edu.co
Orcid: 0000-0002-7235-2799

Autores

Stefania Martignon

Profesora Titular adscrita a la Vicerrectoría de Investigaciones, Universidad El Bosque. Directora de la Unidad de Investigación en Caries -UNICA. Odontóloga, Pontificia Universidad Javeriana. Odontóloga Pediatra, Universidad El Bosque. Especialista en Docencia Universitaria, Universidad El Bosque. PhD en Ciencias de la Salud con Énfasis en Cariología, Universidad de Copenhague. Correo electrónico: martignonstefania@unbosque.edu.co
Orcid: 0000-0002-6505-8356

Sofía Jácome Liévano

Profesora Titular adscrita a la Vicerrectoría de investigación, Universidad El Bosque. Integrante del Grupo de la Unidad de Investigación en Caries -UNICA. Odontóloga, Universidad Nacional de Colombia. Licenciada en Química, Universidad Pedagógica Nacional. Magíster en Educación, Universidad Pedagógica Nacional. Especialista en Salud Familiar y Comunitaria, Universidad El Bosque. Doctora en Ciencias de la Educación, Universidad de Cartagena.

Correos electrónicos: jacomesofia@unbosque.edu.co / sofijacomel@gmail.com

Orcid: 0000-0003-0836-3159

Emilia María Ochoa Acosta

Profesora de la Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Integrante del Grupo de Investigación Salud Bucal y Bienestar, Universidad de Antioquia. Odontóloga, Universidad CES. Especialista en Promoción y Comunicación en Salud, Universidad CES. Magíster en Educación y Desarrollo humano, CINDE - Universidad de Manizales. PhD en Ciencias Sociales, niñez y juventud, CINDE - Universidad de Manizales Colombia.

Correo electrónico: emilia.ochoa@udea.edu.co

Orcid: 0000-0001-6765-5712

Lola Cendales González

Profesora, Universidad Pedagógica Nacional. Educadora Popular e Investigadora, Colectivo Dimensión Educativa.

Correo electrónico: lolacendales@hotmail.com

Lina María García Zapata

Docente Asociada de la Escuela de Odontología, Universidad del Valle. Integrante del Grupo de Investigación Pacífico SIGLO XXI Y CURPES. Odontóloga, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Administración en Salud, Universidad del Valle. Especialista en Epidemiología para la Administración de los Servicios de Salud, Universidad El Bosque. Magister en Epidemiología, Universidad del Valle. Doctora en Salud, Universidad del Valle.

Correo electrónico: lina.garcia.z@correounivalle.edu.co

Orcid: 0000-0002-3371-9447

Sandra Milena Zuluaga Salazar

Docente Ocasional de la Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Investigadora independiente. Odontóloga, Universidad de Antioquia. Magister en Investigación en Problemas Sociales Contemporáneos, Universidad Central.

Correo electrónico: sandra.zuluagas@udea.edu.co

Orcid: 0000-0001-9377-837X

Gloria Marcela Gómez Builes

Profesora adscrita a la Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia. Investigadora Independiente. Odontóloga, Universidad de Antioquia. Magister en Salud Colectiva, Universidad de Antioquia. Doctora en Salud Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-Brasil.

Correo electrónico: gloria.gomez@udea.edu.co

Orcid: 0000-0001-6278-753X

Olga Lucia Cifuentes Aguirre

Profesora del Programa de Odontología, Universidad Autónoma de Manizales. Integrante del Grupo de Investigación Salud Pública, Universidad Autónoma de Manizales. Odontóloga, Autónoma de Manizales. Especialista en Estudios Socio Humanísticos con énfasis en Proyectos Educativos y Culturales, Universidad Autónoma de Manizales. Magíster en Salud Pública, Universidad Autónoma de Manizales.

Correo electrónico: olucif@autonoma.edu.co

Orcid: 0000-0003-2687-143X

Este libro se publicó
en junio de 2023

Manizales, Colombia