

CIUDAD SALUDABLE

Sistematización de la experiencia de la formulación participativa de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013 - 2022

LA BOCA CONVOCA

Política Pública de Salud Bucal de Medellín
2013 - 2022

ISBN 978-958-8888-20-0



Medellín
todos por la vida



CIUDAD SALUDABLE

Sistematización de la experiencia de la formulación participativa de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013 - 2022

LA BOCA CONVOCA
Política Pública de Salud Bucal de Medellín
2013 - 2022



Medellín
todos por la vida



SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE LA FORMULACIÓN PARTICIPATIVA DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD BUCAL DE MEDELLÍN 2013-2022

ISBN: 978-958-8888-20-0

© SECRETARÍA DE SALUD DE MEDELLÍN
© UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Primera edición
Medellín, septiembre de 2015

Secretaría de Salud de Medellín, Universidad de Antioquia
Sistematización de la experiencia de la formulación participativa de la política pública de salud bucal de Medellín 2013-2022 / editores, Gonzalo Jaramillo Delgado, Jorge Andrés Colorado Vélez, Sandra Milena Zuluaga Salazar...[et al.]. Medellín: Secretaría de Salud, 2015
86 p. : il. col.; 21.5 x 28 cm.
ISBN: 978-958-8888-20-0
1. Políticas públicas. 2. Salud bucal. 3. Salud oral. I. Secretaría de Salud de Medellín. II. Universidad de Antioquia. III. Título

AUTORES

Gonzalo Jaramillo Delgado
Jorge Andrés Colorado Vélez
Sandra Milena Zuluaga Salazar
Gabriel Jaime Otálvaro Castro
Alejandra María Marín Domínguez
Juan Guillermo Arias Taborda

SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA

Olga Lucía Mejía Pineda
Secretaría de Salud de Medellín

REVISIÓN DE ESTILO

Juan Carlos Velásquez

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE GRÁFICOS

Alejandra Marín Domínguez

FOTOGRAFÍAS

Verónica Ceballos Ortiz
Alejandra Marín Domínguez

DISEÑO, DIAGRAMACIÓN, TERMINACIÓN E IMPRESIÓN

Cátedra Litografía

Esta publicación es el resultado de la sistematización de la experiencia que se realizó en el marco del proyecto "Formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013-2022" financiado por la Secretaría de Salud mediante contrato interadministrativo 4600048140 de 2013 suscrito con la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

El contenido de la obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia, ni de la Secretaría de Salud de Medellín.

Impreso y hecho en Medellín, Colombia.

El conocimiento es un bien de la humanidad. Todos los seres humanos deben acceder al saber. Cultivarlo es responsabilidad de todos.

Se permite la copia, de uno o más capítulos completos de esta obra o del conjunto de la edición, en cualquier formato, mecánico o digital, siempre y cuando no se modifique el contenido de los textos, se respete la autoría y esta nota se mantenga.



Medellín
todos por la vida



ALCALDÍA DE MEDELLÍN
SECRETARIA DE SALUD DE MEDELLÍN

ALCALDÍA DE MEDELLÍN

Aníbal Gaviria Correa
Alcalde

Juan Carlos Giraldo Salinas
**Vicealcalde de Salud,
Inclusión Social y Familia**

SECRETARÍA DE SALUD
EQUIPO DIRECTIVO

Gabriel Jaime Guarín Alzate
Secretario de Salud de Medellín

Clara Luz Trujillo Escobar
Subsecretaria de Salud Pública

Verónica Lopera Velásquez
Directora Técnica de Planeación en Salud

Lida Teresita Herrera Salazar
**Subsecretaria de Gestión
de Servicios de Salud**

Gloria Emilse Urrego Urrego
Subsecretaria Administrativa y Financiera

Andrés Felipe Ochoa Valencia
Comunicaciones

Augusto Davide Pasqualotto Vola
**Líder de Programas
de Promoción y Prevención**

Olga Lucía Mejía Pineda
Líder de Proyecto



**FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
"HÉCTOR ABAD GÓMEZ"**

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Alberto Uribe Correa
Rector

María Patricia Arbeláez Montoya
Decana

Álvaro Olaya Peláez
Vicedecano

Julián Vargas Jaramillo
Jefe de Extensión

Sergio Cristancho Marulanda
Jefe Centro de Investigaciones

**Equipo Técnico de la Formulación
de la Política Pública de Salud Bucal**

Sandra Milena Zuluaga Salazar
Gabriel Jaime Otálvaro Castro
Luis Gabriel Caldas León
Alejandra María Marín Domínguez
Julián David Colorado Agudelo
Alejandra Marín Uribe
Diana Carolina Zapata Villa
Gonzalo Jaramillo Delgado
Paola Andrea Álvarez Ochoa
María del Pilar Montoya García
Catalina Rico Muñoz

CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN.....	7
2. INTRODUCCIÓN.....	11
3. CONSIDERACIONES GENERALES.....	17
Política Pública en Salud Bucal: un proceso de construcción social.....	20
Orientación de la Política Pública.....	20
4. APUESTA METODOLÓGICA.....	23
Produciendo conocimientos: La sistematización.....	25
5. RESULTADOS DE SISTEMATIZACIÓN.....	29
Una Formulación Antecedida.....	32
Conformación de la Secretaría Técnica de la primera etapa de la formulación.....	32
Ampliación de la Secretaría técnica.....	33
6. LA PARTICIPACIÓN EN LA POLÍTICA: UN PROCESO MOTIVADO.....	35
Mapeo de actores y convocatoria.....	37
Conformación del Grupo Gestor.....	38
Expectativas en el punto de partida.....	39
Dificultades manifiestas.....	41
Oportunidades evidenciadas.....	42
Grupos de Trabajo.....	43
Grupo de Trabajo Talento Humano.....	44
Grupo de Trabajo Servicios de Salud.....	44
Grupo de Trabajo Epidemiológico.....	44
Grupo de Trabajo Respuestas Colectivas.....	45
Marcos de referencia.....	45
7. LO FORMULADO Y LO VIVIDO: ESTRATEGIAS PARA PROFUNDIZAR LA FORMULACIÓN PARTICIPATIVA DE LA POLÍTICA PÚBLICA.....	47
Grupos de trabajo: Profundizando el análisis.....	50

¿Nuevos actores?	51
¿En quiénes pensamos?.....	52
En pos de los ejes estratégicos	53
Ruta hacia la formulación: los árboles de problema	54
Frutos del análisis	55
8. ESPACIOS DELIBERATIVOS: SEMINARIO, INTERCAMBIOS, DIPLOMADO	59
Diplomado en Políticas Públicas	61
¿Qué estrategias se diseñaron?.....	62
Intercambio Nacional	64
El intercambio Internacional	66
El Seminario Internacional	70
Estrategia Comunicativa	73
9. RECOMENDACIONES Y APRENDIZAJES	75
Un aporte desde las percepciones situacionales de los actores.....	77
Un aporte desde las percepciones y la experiencia	79
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

1. PRESENTACIÓN



*Arriba: Instalación seminario internacional "Políticas públicas en salud bucal, para la garantía del derecho a la salud".
Abajo: Conformación Grupo Gestor inicio formulación Política Pública de Salud Bucal para Medellín,
presentación Secretario de Salud de Medellín.*

1. PRESENTACIÓN

La Secretaría de Salud de Medellín, en el marco del Plan de Desarrollo “Medellín un hogar para la vida, 2012-2015” y del Plan Territorial de Salud del cuatrienio, lideró la formulación de la Política Pública de Salud Bucal de la ciudad de Medellín - PPSB. La formulación se desarrolló en dos etapas, entre septiembre de 2012 - enero de 2013 y entre junio de 2013 y marzo de 2014 respectivamente. Para ello, junto con la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia se realizó la orientación técnica y metodológica.

La construcción de la PPSB se orientó como un proceso participativo para articular respuestas institucionales y sociales de los actores de la práctica odontológica de la ciudad y de otros actores sociales interesados en la salud bucal de la población.

El propósito fue construir una plataforma para orientar y proyectar estratégicamente las acciones de salud bucal de la ciudad. Una herramienta para la gestión gubernamental y de los actores sociales e institucionales, que construida de modo participativo, lograra acuerdos colectivos en la forma de problematizar la realidad de la práctica odontológica y de la salud bucal, a partir de lo cual definir una proyección a futuro, con una sólida legitimidad entre los actores y suficiente fuerza vinculante para renovar el quehacer, en un nuevo modo de acción articulado, estratégico y participativo.

Como resultado del proceso de construcción de la PPSB y bajo el lema “la Boca Convoca”, más de 40 instituciones u organizaciones sociales participaron de modo regular y constante en la formulación, incluyendo actores de la academia, de la gestión de los servicios de salud, programas sociales de la ciudad, dependencias gubernamentales, estrategias de salud pública, empresas del sector productivo y comercial, y organizaciones sociales, comunitarias y gremiales.

La implementación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín, tendrá que gestionarse con apertura y flexibilidad para adaptarse a las transformaciones de orden político normativo que puedan suceder durante la próxima década y a la situación epidemiológica local, que surja como producto del IV Estudio Nacional de Salud Bucal —ENSAB— realizado por el Ministerio de Salud en el mismo periodo en que fue formulada la Política Pública, y cuyos resultados serán presentados durante el 2015.

A lo largo del proceso de formulación participativa se intencionó un proceso de generación de conocimiento que permitiera producir y compartir aprendizajes en un campo de trabajo con muy pocos referentes y experiencias propias en el país. Para ello se diseñó una estrategia para la sistematización de la experiencia liderada por un equipo de trabajo de profesionales de perfiles sociales que se insertaron como observadores participantes del desarrollo del proceso de formulación participativa de la política pública.

En el presente texto compartimos un análisis de la experiencia de construcción participativa de los lineamientos de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín, esperando con ello aportar referentes conceptuales y metodológicos que animen nuevos procesos territoriales para la gestión de la salud bucal y la salud pública en el país.

2. INTRODUCCIÓN



*Arriba: Instalación Grupo Gestor formulación PPSB para Medellín.
Abajo: Plenaria grupos de trabajo formulación PPSB para Medellín.*

2. INTRODUCCIÓN

Como en cualquier área del conocimiento, en torno a la sistematización de experiencias se erigen diversas miradas y posturas que definen su orientación y alcance en el proceso investigativo. No obstante, a pesar de las divergencias, se identifican, desde sus inicios hasta la actualidad, ocho estilos de sistematización de experiencias (1):

1. Una aproximación a la sistematización de la experiencia que se da en las décadas del 60 y 70, ligada a la evaluación de proyectos de acción donde interesaba conceptualizar los procesos. En esta tendencia se utiliza indistintamente el concepto de práctica y experiencia. La experiencia es conceptualizada a través de un agente externo, que es visto como aquel que ilumina al que está haciendo la práctica. Aquí la inscripción como proceso de investigación no aparece aún.
2. Otra aproximación de finales de los 70 y comienzos de los 80, en donde la sistematización se realiza como organización analítica de la práctica, apoyada en un esquema en el cual se producía la teoría de la práctica sistematizada.
3. Empiezan a aparecer en la sistematización las voces de los actores y los promotores, mediante la producción de un relato con sentido, el cual era visto como un proceso simbólico y cultural que tiene que ser investigado. Aparece, así, la diferencia entre práctica y experiencia; las voces pertenecen al universo práctico, en tanto que la experiencia es práctica elaborada.
4. La sistematización aparece como un proceso dialéctico de praxis para transformar la realidad. Es así como en el sentido dialéctico la sistematización es una práctica reflexionada y que de esta forma pretende volver a ella. En este enfoque el sentido de la sistematización parte básicamente de un interés por la acción política. No hay un interés en el saber por el saber sino que este sirva para la acción política.
5. La sistematización es una reconstrucción de la práctica pero se hace desde los actores de la práctica que producen un saber. Para la reconstrucción de la práctica y la producción del relato la sistematización se aborda desde una metodología dialéctica, en la cual la práctica es mediada por la reflexión para volver a la experiencia. La sistematización es una investigación desde y sobre la práctica. Es un ordenamiento de información que pone categorías desde afuera.
6. La sistematización es una investigación de corte hermenéutico. Un sistema de interpretación de los procesos de una práctica social. Elaboración que permite una construcción categorial. La práctica tiene su teoría y los sistematizadores deben hacer evidente estas teorías.

7. La sistematización es una teoría dentro del enfoque cualitativo de la investigación y significa romper la separación entre los que piensan y los que hacen. Se configura como una forma de romper un control social dominante. El saber es visto como un instrumento que permite reflexionar sobre la relación entre saber y poder. Se da una lucha no solo en el campo de la práctica sino también en el campo del saber. En esta corriente, la práctica se toma como una forma de hacer visible un proceso de resistencia y la experiencia como una forma de resistencia frente al saber dominante.
8. La sistematización es una producción de saber que tiene la capacidad de diseñar procesos metodológicos rigurosos. Tiene un contenido pedagógico donde se busca transformar las condiciones de los sujetos implicados en la práctica social. En este enfoque se visualiza la sistematización como un proceso creativo frente al cual se descubre la novedad y desde allí se es capaz de nombrar. Es un proceso que se perfila como recreador de sentidos buscando a su vez transformar una acción y un saber para una transformación del mundo. Un trabajo de sistematización desde este enfoque dota de sentido a la persona para la vida.

Considerando que una única perspectiva o enfoque para abordar la reflexión de una experiencia compleja, sería una limitación para dar cuenta de la realidad y sus múltiples miradas, en esta sistematización de la experiencia se retomarán diferentes elementos que han caracterizado la sistematización como modo de producción de conocimientos a lo largo de su desarrollo histórico.

LA SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS O PRÁCTICAS SOCIALES

En la sistematización de experiencias como modalidad de investigación que se nutre de estrategias, metodologías y técnicas cualitativas, se propende al rescate de las subjetividades de los actores que viven las experiencias, la reflexión crítica y la búsqueda de los múltiples relatos para dar cuenta de las experiencias con un carácter polifónico.

En consecuencia, la sistematización de una experiencia se asume como un ejercicio reflexivo, riguroso, sistemático e intencionado de una práctica social, permitiendo generar aprendizajes críticos de la experiencia; es un proceso en el cual se busca valorar los saberes de los sujetos y, a partir de allí, entrar en diálogo tanto con el saber cotidiano y el saber popular como con el saber académico y científico.

Como finalidades principales de la sistematización Jara (2) reconoce en ella la importancia y la posibilidad de comprender y mejorar la práctica, de promover unas bases que puedan posteriormente servir a la teorización. Por su parte, al referirse a la finalidad de la sistematización de experiencias, Ghiso (3) plantea que esta permite la construcción de diversos discursos, diversos textos, que dan cuenta de las particularidades y las singularidades en las formas de concebir, describir y comprender de los sujetos que participan de una determinada práctica social.

Para llevar a cabo la cualificación y la reflexión de las experiencias sociales, a través de la sistematización, son necesarias determinadas condiciones y factores (4):

- **Contexto:** Elemento que hace referencia al lugar y al tiempo en el cual se da la experiencia, responde al ¿dónde y cuándo?
En este caso se refiere a las características de la zona donde se desarrolla el proyecto: localización, población, situación económica, política, cultural y social, principales necesidades y problemáticas sociales. De igual forma a las alternativas generadas para enfrentar dichas problemáticas. Una descripción de los problemas teniendo en cuenta sus dimensiones macro y microsociales.
- **Sujetos:** Personas que hacen parte de la experiencia. Se refiere al ¿quiénes? de la experiencia. En este caso serían todas aquellas personas e instituciones que intervienen en el proyecto (equipo de trabajo, destinatarios, instituciones que apoyan).
- **Intencionalidades:** En este componente se busca identificar las motivaciones, los intereses que orientan a las personas en la práctica social. Ubica el ¿por qué y el para qué? en la experiencia.
- **Contenidos:** Son aquellos mensajes que se construyen en la experiencia. Aquellos temas que son abordados en la práctica social, tanto los explícitos como los implícitos.
- **Metodología:** Ubica aquellas formas, caminos, estrategias que hicieron parte de la experiencia. Refiere al ¿cómo? en la práctica social.
- **Resultados:** Son los cambios que pueden identificarse durante la experiencia.

LA SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD BUCAL

Como parte del proceso de elaboración de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín se propuso la realización de una sistematización de dicho proceso con la finalidad de reconocer los aprendizajes dejados por la experiencia vivida y la posibilidad de que sea replicable en otras áreas de conocimiento y escenarios de acción en el campo de la salud pública.

Para la recuperación de los hechos, sucesos y situaciones generadas a lo largo del proceso, se adoptaron como principales técnicas la revisión documental y el grupo de discusión. Estos grupos son situados en la observación del discurso del contexto social, y dichos discursos son tomados para hacer un análisis del contexto que permita su comprensión; se trata de ver —a través de dichos grupos— lo que dicen los sujetos sobre una situación, que para el caso de este proceso investigativo estuvo conformado por algunos de los integrantes de la Secretaría Técnica y otros actores de la formulación de la política pública.

Con el grupo de discusión, a partir de la ruta planteada por Bickel (5) se definieron unas etapas del proceso y los conceptos claves (acuerdos, conflictos, intereses y propuestas) que servirían como derroteros para la generación y análisis de la información. Con respecto a lo primero se definió:

1. Definición del objeto, objetivo y eje de la sistematización.
2. Definición del plan de sistematización.
3. Reconstrucción de la experiencia.
4. Ordenamiento de la información.
5. Análisis e interpretación, a la luz del eje de la sistematización.
6. Extracción de aprendizajes y comunicación.

Se realizó entonces, una serie de conversaciones grupales en torno a cada una de las actividades realizadas en cada uno de los grandes momentos del proceso: el antes y el durante. Conversaciones que, a la luz de las categorías definidas, permitieron la emergencia de las decisiones, propuestas, ideas, apuestas y desarrollo de las actividades, haciendo énfasis en las metodologías y técnicas adoptadas, de manera tal, que se puedan evidenciar aciertos, desaciertos, casualidades en torno al logro de los objetivos propuestos. Con la información recogida, y a la luz de las categorías, se ordenó la información y se procedió a su análisis e interpretación. La etapa final del proceso permitió sintetizar y relevar los aprendizajes producidos en el marco de la formulación participativa de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín.

3. CONSIDERACIONES GENERALES



Posicionamiento formulación PPSB en las jornadas de extensión Facultad Nacional de Salud pública, Universidad de Antioquia.

3. CONSIDERACIONES GENERALES (6)

En las últimas décadas la ciudad de Medellín ha sido considerada un ejemplo nacional en el desarrollo de las respuestas en salud bucal, en razón a sus indicadores epidemiológicos por debajo del promedio nacional e internacional, que la ubicaron como una de las ciudades de destacado comportamiento, especialmente en lo que se refiere a la situación de salud bucal de su población escolarizada.

Esto fue posible porque desde mediados del siglo pasado, la ciudad fue el escenario de implementación de innovadoras estrategias preventivas poblacionales (7), como la implementación de estrategias educativas y de desarrollo de destrezas en grupos escolares y preescolares; la utilización de fluoruros; la adopción de un amplio sistema de atención odontológica preventiva, restaurativa y de urgencias; el desarrollo regular de una pertinente investigación epidemiológica a la que se sumó la formación de un recurso humano altamente calificado y con sensibilidad social (8).

Sin embargo, las actuales dinámicas sociales, económicas, políticas e institucionales de la región y la ciudad, así como la creciente complejidad y fragmentación del sistema de salud amenazan la sustentabilidad de los logros obtenidos. No obstante los esfuerzos continuos de los gobiernos municipales, todavía no se logran coberturas significativas ni sostenidas en los procesos de atención odontológica y en las estrategias colectivas de orden preventivo y promocional de la salud bucal.

Este escenario de contradicciones, de un lado unos acumulados y fortalezas de amplio reconocimiento y valoración social en el país y del otro, las realidades epidemiológicas y los desafíos de reorganización del sistema de salud, fue lo que motivó el agenciamiento de una propuesta para formular, de modo participativo, una política pública para la salud bucal de los medellinenses.

Ahora, en vista de que el Ministerio de Protección Social elaboró el Plan Nacional de Salud Bucal (9) a la luz de las altas prevalencias de enfermedades bucales, la inequidad en el acceso de la población a la prestación de estos servicios y las deficiencias en los sistemas de información, la formulación y construcción de respuestas a nivel local incorporan como eje principal los lineamientos nacionales de la política en salud bucal, para mejorar las condiciones de salud bucal a través de estrategias dirigidas a fortalecer los procesos de promoción de la salud,

prevención de la enfermedad, prestación de servicios, coordinación e integración del recurso humano y el reconocimiento de los derechos como aporte al logro de condiciones favorables de salud (9).

POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD BUCAL: UN PROCESO DE CONSTRUCCIÓN SOCIAL

La formulación de la política se definió como un proceso permanente de construcción colectiva de acuerdos para orientar la acción de una práctica social concreta. En ese sentido se entendió las políticas públicas como el resultado de intercambios complejos entre actores sociales, a través del tiempo, en los cuales ocurre un proceso de negociación y construcción de acuerdos frente al quehacer. Implicaba ello, la apertura de un espacio deliberativo de análisis y discusión de alternativas que facilitarían la elección de aquellas consideradas apropiadas y factibles para disminuir la brecha entre la situación actual y la deseada (10).

La formulación de la Política Pública de Salud Bucal de la Ciudad de Medellín 2013-2022, en consecuencia, fue asumida como un proceso de construcción social para desarrollar una visión estratégica para la salud bucal de los próximos diez años, que articulara los diferentes actores de la práctica odontológica y las respuestas en salud existentes. Un proceso que requería movilizar una transformación en el enfoque y en las estrategias de trabajo, buscando maximizar su efectividad, sustentabilidad y la incidencia positiva en los procesos determinantes de la salud bucal (10).

ORIENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA

Adoptando como enfoque transversal en su ejecución: el Derecho a la Salud, y teniendo presente para ello el contexto nacional y local (las inequidades sociales en la ciudad y el desempeño de la profesión odontológica) en el marco de la globalización y la reforma del Estado, la Política Pública de Salud Bucal (PPSB) para la ciudad de Medellín es concebida como una opción estratégica que permitirá avanzar en la garantía del derecho a la salud bucal de las personas, aun bajo las condiciones del sistema de salud actual.

Asimismo, con el fin de que la política pública en salud bucal fuese una construcción participativa que hiciera eco en la propuesta de Atención Primaria en Salud (APS) de la ciudad, que tuviera una proyección integral y generase una red vinculante en los programas de salud bucal en el territorio, el proceso de formulación se planteó desde muy temprano la necesidad de construir sus procesos críticos, entendidos estos como “el objeto dinámico sobre el que incide una gestión en salud, objeto que debe ser colectivamente construido con la participación activa de los sujetos académicos, institucionales y de la colectividad. Proceso que se define en la confluencia de una problemática comprendida como estratégica, en un territorio o espacio social en proceso de movilización” (11).

Por lo tanto, a la luz del derecho a la salud y con la intención de configurar unos procesos críticos, la formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín se construyó a partir del reconocimiento y contrastación de los saberes y experiencias de diversos actores en salud bucal y políticas públicas desarrolladas en el ámbito local, nacional e internacional, que posibilitaron encontrar lineamientos que animaron el debate y la adopción de teorías, criterios y herramientas para identificar y reconocer la presencia de problemas presentes y futuros.

En lo metodológico, tres orientaciones esenciales guiaron el proceso de formulación:

- La primera de ellas, derivada de un significativo número de encuentros que permitieron un ejercicio de reflexividad, el cual se generó desde la reflexión permanente, el análisis de problemas y situaciones vividas alrededor de su práctica (12).
- La segunda, propiciada desde el análisis comprensivo interpretativo (1, 12, 13), buscando el develamiento de lo intencional a través de los sentidos, acciones y discursos generados por sus diferentes actores en el proceso de formulación de la política.
- La tercera reconoce que la producción de conocimiento proveniente de la experiencia, es un conocimiento práctico caracterizado como situacional, al estar constituido por un conjunto de conocimientos profesionales dispuestos a iluminar y orientar una intervención (14), que en este caso provinieron de diferentes posturas del personal técnico, profesional, el especialista clínico, los formadores y administradores, entre otros, procurando, a partir de su participación, apuestas diagnósticas especializadas y análisis epidemiológicos, entre otros. Para tal fin se dispusieron espacios de reunión que funcionaron a la manera de rondas, talleres y elaboraciones intencionadas desde recorridos sistemáticos, experiencias históricas y vivencias cotidianas, lo que permitió la reconstrucción de su presente como punto de partida para la elaboración de la política.

4. APUESTA METODOLÓGICA



la boca convoca



Formulación de la política pública de salud bucal para Medellín

2013 - 2022

Plenaria

Fecha: 10 de octubre

Lugar: Parque de la Vida

Hora: 2:00p.m.

Se compartirán las reflexiones de diferentes grupos (formadores, comunidades, empresas prestadoras) alrededor de la Salud Bucal.



ACTOR

- UAM
- U de A
- FNSP
- Fac. Enfermería
- Fac. Medicina
- Fac. Odontología
- UCC
- CE

ACTOR INTERÉS

- Medellín Solidaria.
- INDER
- Unidad de discapacidad
- Programa de jóvenes por la vida.
- ICBF
- PACOS
- Usuarios.
- Varias
- populares de
- Mayor Nelson Mandela
- GTPI
- d. Discapacidad "Abriendo Puertas"
- sión en situación desplazada.
- os Ambulantes
- Amigos de los discapacitados
- es de vida.
- de Presupuesto Participativo
- de Indígenas.
- lones.

- Redes de Clínicas Odontológicas
- Cluster Salud
- Clínica Noel
- Líderes de Barrios
- JAL
- Personería
- Secretaría de Salud
- Secretaría de Educación
- Secretaría de Planeación
- Secretaría de Gobierno y Política
- S
- S
- S

Espacios de discusión de los grupos de trabajo de la formulación de la PPSB para Medellín.

4. APUESTA METODOLÓGICA

PRODUCIENDO CONOCIMIENTOS: LA SISTEMATIZACIÓN

Con el fin de que el proceso de formulación e implementación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín constituyera una experiencia de referencia para prácticas semejantes, se llevó a cabo un ejercicio de sistematización de experiencias como modalidad participativa de producción de conocimiento sobre una práctica social (15), en procura de encontrar la distancia entre el proyecto formulado y la experiencia vivida (1), que permitiera establecer a manera de juicio hipotético y dentro de un marco analítico, la declaración de un conocimiento que se genera a partir de la experiencia práctica.

Es por ello que a través de la presente sistematización se pretende dar a conocer los aprendizajes, enseñanzas y vivencias acumuladas en torno a la formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín, de manera tal que la cualificación de la práctica y la comprensión más profunda de la experiencia, la erijan como una opción, una guía, una experiencia replicable para otros contextos en materia de formulación de política pública participativa.

Una vez reconocida la concepción de sistematización, la importancia de su enfoque y dirección, se tomaron decisiones metodológicas siguiendo la propuesta de Bickel (5). La experiencia vivida es nuestro punto de partida, sobre esta definimos: el objeto, objetivo y eje de sistematización. La coherencia entre estos tres elementos y la claridad en la definición, son fundamentales, ya que orientan todos los momentos de la sistematización.

En cuanto al objetivo de sistematización, que responde al ¿para qué nos va a servir esta sistematización?, se definió como tal la producción de aprendizajes útiles para la replicabilidad en otras áreas y contextos.

En cuanto al objeto, que indica la ubicación geográfica y duración de la experiencia o parte de la experiencia que se quiere sistematizar, se definió que lo sería todo el proceso de construcción de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín, que se dividió en dos grandes momentos, el antes: que incluiría la fase preparatoria y la fase de construcción de marcos de referencia. Y el durante: que incluiría las fases de análisis, de formulación de lineamientos, de construcción del plan de implementación y de divulgación.

Respecto al eje de sistematización, que expresa los aspectos centrales de la experiencia por sistematizar, y que es determinante para orientar la totalidad del proceso y las decisiones metodológicas, se definió que la metodología, es decir, el conjunto de procedimientos, estrategias y técnicas utilizadas para formular una propuesta de política pública participativa, se constituiría en el eje de la sistematización que, a su vez, se dinamizaría a la luz de cuatro categorías de análisis:

- **ACUERDOS:** Entendiendo que un acuerdo no es un consenso. Se asumen como decisiones tomadas por dos o más personas o actores, en el que las partes involucradas exponen sus argumentos a través del diálogo y buscan una posición común y, al encontrarla, alcanzan un acuerdo.
- **CONFLICTOS Y CONTRADICCIONES:** Entendidos como situaciones en que dos o más actores, con intereses contrapuestos, entran en oposición o emprenden acciones mutuamente antagonistas, para lograr así la consecución de los objetivos que motivaron dicha confrontación. Son características suyas la incomodidad, la insatisfacción, los malentendidos, la tensión y la crisis.
- **INTERESES:** Por un lado, se toma como la afinidad de una persona hacia otro sujeto, cosa o situación y, por otra parte, como la utilidad o conveniencia que se busca a nivel moral o material.
- **PROPUESTAS:** Son concebidas como una construcción conjunta de soluciones o acuerdos puestos en el plano de la acción.

Una vez definido lo anterior se elaboró un plan de sistematización (instrumentos de cada momento, tiempos, presupuesto, modalidades). En este caso, para que esta experiencia sirva como modelo y se pueda replicar en otras áreas y contextos, se consideró imprescindible encontrar la distancia entre el proyecto formulado y la experiencia vivida puesto que la concepción en que está circunscrita esta sistematización, propende a la obtención de conocimiento a partir de la práctica.

Para la recuperación de los hechos, sucesos y situaciones generadas a lo largo del proceso, se adoptaron como principales técnicas metodológicas la revisión documental y el grupo de discusión.

Para emprender la reconstrucción histórica de los principales momentos de la experiencia, se identificaron, reconstruyeron y describieron las principales etapas del proceso vivido.

Para el momento del antes se identificaron los principales momentos alrededor de los siguientes hechos:

- La conformación de la Secretaría Técnica de la formulación de la política pública.
- El mapeo de actores y la convocatoria.
- La conformación del Grupo Gestor del proceso de formulación.

- El diseño del diplomado en políticas públicas.
- El desarrollo de grupos de trabajo, como estrategia central para la construcción participativa de los marcos de referencia de la política pública.
- El intercambio con pares nacionales de instituciones que vivieron la formulación e implementación de políticas públicas de salud bucal. Que para este caso lo fueron actores de las ciudades de Manizales y Bogotá.
- El intercambio con un par internacional, de una experiencia reconocida en el ámbito latinoamericano. Que para este caso lo fue la experiencia de Brasil.
- La construcción de los marcos de referencia situacional, conceptual y contextual de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín.
- La realización del diagnóstico situacional para profundizar en el reconocimiento de los procesos de determinación social y equidad en salud bucal en la ciudad.

Para el momento del después se identificaron los principales momentos alrededor de los siguientes hechos:

- La profundización en el análisis de situación y la configuración de los procesos críticos de la salud bucal en la ciudad.
- El desarrollo del diplomado en políticas públicas en salud bucal, ofrecido para actores claves institucionales y comunitarios, vinculados a la formulación de la política pública.
- El intercambio con pares nacionales. Que se continuó y profundizó con las ciudades de Manizales y Bogotá.
- El intercambio con un par internacional. Que se continuó y profundizó con la coordinación de salud bucal del Ministerio de Salud de Brasil.
- La realización de un foro de expertos para discutir los resultados del análisis situacional.
- La realización de un seminario internacional en políticas públicas de salud bucal para reconocer experiencias nacionales e internacionales y promover una reflexión en torno a sus referentes, estrategias y resultados.
- La realización de un encuentro de estudiantes para reconocer las miradas de los jóvenes estudiantes de instituciones de educación superior respecto a la salud bucal en la ciudad.
- La definición e implementación de la estrategia de comunicaciones de la formulación de la política pública.
- La definición de ejes estratégicos en la formulación de la política pública.

A partir del eje de sistematización se determinaron los principales aspectos a tener en cuenta, y alrededor de estos se realizó **el ordenamiento de la información** de interés en esta sistematización.

Se realizaron diferentes sesiones de discusión bajo la técnica de grupo de discusión —integrado por personal de la Secretaría Técnica y por actores vinculados al proceso de formulación— para reflexionar, recordar, cuestionar, indagar y profundizar en los aprendizajes, enseñanzas,

acumulados y vivencias de la experiencia, las cuales permitieron profundizar en **el análisis e interpretación** a la luz del eje de la sistematización.

Se procuró entender por qué las cosas sucedieron de una determinada manera y no de otra. Finalmente se identificaron los principales **aprendizajes**, a partir de los cuales se elaboraron recomendaciones para nuevas experiencias o para mejorar nuevos intentos de formulación participativa de políticas públicas.

5. RESULTADOS DE LA SISTEMATIZACIÓN



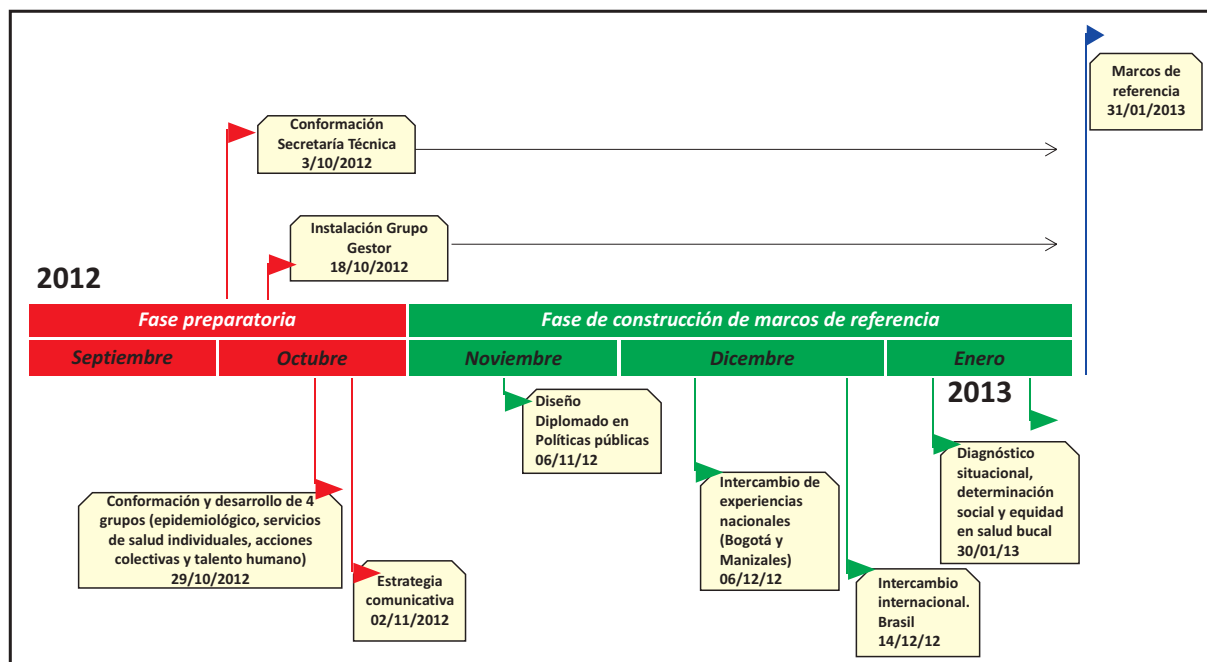
*Arriba izquierda: Posicionamiento formulación PPSB para Medellín Jornada saludable "Salud en el Hogar" Metrosalud en el barrio Villa Flores.
Arriba Derecha: Reunión Grupo Gestor formulación PPSB para Medellín.
Abajo: Taller sonrisoterapia con actores comunitarios*

5. RESULTADOS DE LA SISTEMATIZACIÓN

La formulación de una política pública cuenta con un paso a paso, no obstante, este se transforma y padece cambios y alteraciones una vez se pone en contacto con la realidad social. Tras la identificación y reconstrucción de los principales momentos de la experiencia, alrededor del eje de sistematización, se evidencia que la formulación de la Política Pública de Salud Bucal de la ciudad de Medellín no es una excepción, y que el paso a paso propuesto por el modelo para el desarrollo de las políticas públicas, no se da de manera sucesiva sino, en muchos momentos, simultáneamente.

En el presente capítulo se reconstruyen y analizan las principales etapas del proceso vivido, yendo y viniendo —cuando las circunstancias lo requieran— del antes al durante y viceversa, para profundizar en "los hilos ocultos" y tratar de descubrir los principales sentidos a la luz del eje de sistematización. La figura 1 da cuenta de los principales hechos incluidos en el análisis de la dimensión antes.

Figura 1. Línea de tiempo para el momento Antes.
Proceso de formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013-2022



Fuente: elaboración de los autores.

UNA FORMULACIÓN ANTECEDIDA

La primera actividad que se realizó en el proceso de formulación de la Política Pública de Salud Bucal, fue la socialización del proceso de formulación de la política para la ciudad. Allí se configuró de manera temprana el eje trazador de la política, ya que fijó la construcción y proyección estratégica de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín como un reto interinstitucional, en el que un equipo de profesionales adscritos a la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, actuando en calidad de equipo ejecutor, articulado con la Secretaría de Salud del Municipio en calidad de ente facilitador, direccionador e interventor del proyecto, convocaron mediante un proceso de participación social a los diferentes actores involucrados en la dinámica social de la práctica odontológica. En este proceso se integrarían los lineamientos nacionales de política en salud bucal y se recogerían los acumulados y las fortalezas de su práctica, teniendo como horizonte de actuación las diferentes respuestas sociales e institucionales en materia de salud bucal en la ciudad.

CONFORMACIÓN DE LA SECRETARÍA TÉCNICA DE LA PRIMERA ETAPA DE LA FORMULACIÓN

De acuerdo con los requerimientos contractuales, se definieron unos perfiles profesionales para conformar un equipo de trabajo interdisciplinario, denominado Secretaría Técnica del Proyecto, entre los cuales se contó con: odontólogos con experiencia en programas de salud pública, de atención primaria en salud, de gestión y administración de servicios de salud. Una politóloga con experiencia en formulación de políticas públicas. Una auxiliar administrativa que asistiría a la coordinación del proyecto.

Para afrontar su misión de guía y orientador de los procesos diagnósticos y situacionales para la elaboración de la política pública, el equipo interdisciplinario que conformó la Secretaría Técnica definió una pre-ruta metodológica para la construcción participativa —consolidada de manera permanente y ordenada a través de actas, documentos y memorias de talleres—. En esta pre-ruta se hicieron explícitos unos conceptos trazadores de la política pública: salud y derecho, determinación social de la salud, participación social y práctica odontológica, entre otros. Con ellos, y buscando la apropiación del equipo, se realizó un diseño operativo concertado con sus integrantes que incluyó aspectos tan diversos como la asignación de puestos de trabajo y la gestión de insumos y materiales de trabajo: transporte, refrigerios, aulas, fotocopias y demás requerimientos. Paralelo a ello se inició la construcción del plan de trabajo detallando las actividades necesarias para cumplir con los productos y su programación en el periodo de ejecución.

A partir de allí, las reuniones de la Secretaría Técnica tuvieron como finalidad: primero, la revisión, concertación y aprobación del plan de trabajo, la discusión de la metodología del Grupo Gestor y de los grupos de trabajo, así como el análisis de los actores que participarían del proyecto. Segundo, la definición de los tiempos y espacios para los encuentros del equipo de Secretaría Técnica. Asimismo, en el plano de la difusión y socialización del proyecto, se definió

una primera aparición pública que permitiera darle un posicionamiento con algunos sectores de la ciudadanía desde el momento de partida. Aparición que estuvo respaldada por una difusión virtual que implicó el diseño de una página web y la gestión de redes sociales, ejercicio que se llevó a cabo con un equipo externo que administró la web.

En síntesis, el plan de trabajo se estructuró teniendo en cuenta las fases del proyecto y sus respectivos productos, a cada producto se le detallaron las actividades y las tareas a realizar con los respectivos responsables del equipo de la Secretaría Técnica, y de cada una de las tareas se realizó una proyección en tiempo, teniendo en cuenta las semanas de cada mes y el periodo de ejecución del proyecto.

AMPLIACIÓN DE LA SECRETARÍA TÉCNICA

El trabajo realizado por la Secretaría Técnica para el mapeo de actores y su convocatoria, la conformación del Grupo Gestor, el diseño del diplomado en políticas públicas, el desarrollo de grupos de trabajo para la construcción de los marcos de referencia y demás hechos significativos del primer momento, proporcionaron al equipo el suficiente conocimiento para hacer cambios en su interior.

Dichos cambios, se debe aclarar, se pudieron realizar debido a que la forma en que se realizó la segunda etapa y el contrato interadministrativo así lo permitieron, puesto que el proceso de formulación fue concebido en seis fases, las cuales fueron divididas en dos etapas, que se correspondieron con dos contratos independientes. Para la segunda etapa se propuso ampliar el equipo de Secretaría Técnica, pensado en las dinámicas que implicaría el proceso, con nuevos profesionales con una función específica, insertos en el marco de un equipo de trabajo, de la siguiente manera:

Un sociólogo cuyo énfasis fuera el trabajo con los actores comunitarios y que además tuviera la capacidad de darle una perspectiva al proyecto desde la mirada de las ciencias sociales. Una politóloga cuyo papel se centrara en el desarrollo del diplomado y en la gestión del acto administrativo, es decir, que la política formulada pudiera ascender la escalera legislativa y se afincara en el peldaño del Acuerdo del Concejo Municipal, que además le diera soporte al equipo para pensar el proyecto como una construcción política, y que fortaleciera las capacidades internas del equipo desde su área de formación. Y una comunicadora que tuviera la capacidad de diseñar una estrategia comunicativa para acercar nuevos actores al proceso y posicionar la política pública en la ciudad.

Además se tomaron dos decisiones centrales, en el seno del equipo conformado, para que se pudiera cumplir de una mejor manera con las tareas encomendadas, a saber:

Primero, que la coordinadora del proyecto estuviera descargada de la tarea del día a día para que tuviera tiempo de ver y pensar lo estratégico (el equipo tenía la conciencia de que este era

un proceso que cada día implicaba nuevos retos y trabajos): "El problema —relatan los integrantes de la Secretaría Técnica— es que estábamos tan medidos de tiempo, que decíamos que si la coordinadora no estaba libre de las tareas sencillas del día a día no podía desempeñar una función estratégica".

Y segundo, que dada la experiencia vivida en el primer momento de formulación, que implicó la recolección de un alto volumen de información alrededor de la prestación de los servicios de salud, se decidió ampliar la capacidad de análisis del equipo con nuevos integrantes con los siguientes perfiles: un economista, un analista de información (gerente de sistemas de información en salud) y un administrador en salud, equipo que se encargaría de darle salida a los análisis económicos y de servicios de salud.

6. LA PARTICIPACIÓN EN LA POLÍTICA: UN PROCESO MOTIVADO



Discusión lineamientos de la política pública de salud bucal con el Secretario de Salud de Medellín.

6. LA PARTICIPACIÓN EN LA POLÍTICA: UN PROCESO MOTIVADO

MAPEO DE ACTORES Y CONVOCATORIA

El proceso general de formulación de la Política Pública de Salud Bucal descansó sobre la pregunta: ¿Cómo construir participativamente una política pública de salud bucal para la ciudad de Medellín? Y, a través de ella, de la necesidad de establecer un recorrido que permitiera darle una mirada al proceso de adelante hacia atrás explorando la experiencia obtenida, reconstruyendo lo vivido, colocando la mirada en lo realizado del proyecto; descubriendo en el día a día los cambios, los intereses, las necesidades y conceptualizaciones presentadas por los actores.

Teniendo en cuenta que existe en Medellín un espacio que busca articular la profesión odontológica en la ciudad: el Comité Interinstitucional Odontológico de Antioquia, se consideró importante iniciar por allí la socialización del proceso de formulación de la Política Pública de Salud Bucal. El proyecto recibió gran aceptación por parte de los asistentes, y fue evaluado como una iniciativa positiva para mejorar las condiciones de salud bucal de la población de Medellín y las condiciones laborales para los odontólogos, y se hizo manifiesto el interés de vincularse y participar activamente en la formulación.

Con los actores comunitarios, considerados fundamentales para el levantamiento del diagnóstico de la situación de salud bucal en la ciudad, los contextos sociales, culturales y políticos que determinan la misma, se inició el acercamiento desde los líderes comunitarios que participan en el espacio de Comités de Participación Comunitaria de la Alcaldía de Medellín - COPACOS, asistiendo a su reunión mensual, donde se informó sobre el proceso de formulación de la política y se les invitó a participar del mismo.

Para la identificación de los actores que participarían en la formulación de la política pública, la Secretaría Técnica realizó un levantamiento de los sectores e instituciones que por sus características, intereses y campo de acción en la práctica odontológica, podían aportar y participar del proceso, los cuales fueron convocados a la socialización para motivar su vinculación. En reuniones del equipo de trabajo se discutieron cuáles eran los sectores de la práctica odontológica de la ciudad que debían participar en el proceso de construcción de la política. Se discutió la importancia de la participación de actores de la academia, tanto de

formación profesional como de formación técnica; actores de los servicios de salud públicos y privados, y de los diferentes regímenes del sistema de salud contributivo, subsidiado y especial; actores pertenecientes a agremiaciones odontológicas y de salud; actores de organizaciones sociales y comunitarias; representantes estudiantiles de las diferentes instituciones; odontólogos; representantes de la administración municipal y del sector productivo y comercial relacionados con la práctica odontológica.

CONFORMACIÓN DEL GRUPO GESTOR

Otro de los espacios de trabajo definidos en la propuesta metodológica del proceso de formulación, fue el denominado Grupo Gestor o de tomadores de decisiones, un grupo de personalidades con capacidad de definición en sus espacios o unidades, con convocatoria a otros actores institucionales y/o comunitarios, con los cuales se procuró el diseño y aprobación de los derroteros conceptuales y metodológicos para el abordaje de la elaboración de la propuesta.

Para la conformación del Grupo Gestor se realizó la identificación de 94 actores, pertenecientes al sector de la academia: universidades e instituciones de formación técnica; aseguradoras de servicios de salud: contributivo, subsidiado, especial; prestadores de servicios de salud: IPS, SGSSS y particular; agremiaciones: odontológicas y sociales; organizaciones sociales y comunitarias; profesionales; administración municipal; administración central; empresa privada y estudiantes.

Para la convocatoria de dichos actores se decidió hacer una invitación impresa y personalizada a través de carta firmada por el Secretario de Salud y el Alcalde de Medellín. La cual fue positiva.

La reunión e instalación del Grupo Gestor contó con la presencia del Dr. Gabriel Jaime Guarín Alzate, Secretario de Salud Municipal. Se realizó una presentación del proceso de formulación de la Política Pública de Salud Bucal, mostrando la situación de salud bucal de la población de Medellín y haciendo énfasis en la importancia de la construcción de esta política para la ciudad; además de resaltar el sentido y la relación del proceso con la política de salud definida para el Municipio en este periodo de gobierno, así como la importancia de la participación y el compromiso de los actores de la práctica odontológica de la ciudad en este proceso de formulación de la Política Pública de Salud Bucal.

La participación en el evento fue positiva y activa, llegaron un total de 50 asistentes de diferentes instituciones y organizaciones de la ciudad de Medellín, entre las que se encontraban representantes de la academia, universidades e institutos de formación técnica, aseguradoras de régimen contributivo y especial, IPS, Metrosalud, representantes de la administración municipal, organizaciones sociales y comunitarias, odontólogos y una agremiación odontológica.

Como parte de esa reunión se realizó un taller para identificar las expectativas de los actores participantes: este sería el punto de partida del proceso de construcción conjunta con los actores, ya que era fundamental conocer los intereses, aportes y fortalezas con las que se contaba, para dar inicio a la Formulación de la Política Pública de Salud Bucal, marcando un horizonte de posibilidades y alcances para este sueño que se inició en la ciudad de Medellín, con la voluntad política de la administración municipal y el trabajo articulado de los diferentes actores que harían parte del proceso participativo.

EXPECTATIVAS EN EL PUNTO DE PARTIDA

Varios de los principales aspectos abordados en el taller de expectativas se recogieron alrededor de una primera categoría denominada las motivaciones e intereses de los actores, definiendo como primer interés que la formulación de la política se diera alrededor del derecho fundamental a la salud; lo cual fue entendido como un ejercicio garante, como un componente inalienable de la dignidad humana, como un bien en sí mismo, que no requiere mayor justificación (16):

“Que las condiciones de salud sean el reflejo de la garantía efectiva del derecho a la salud de las personas de manera integral...”

“Que la salud bucal sea realmente considerada como parte integral de la salud como derecho”.

Otro interés del grupo se centró en que el diseño fuese garante del acceso a los servicios de salud —en consonancia con los planteamientos del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (17)—, a una serie de elementos esenciales e interrelacionados como la no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información:

“Que toda la población escolar tenga derecho a la salud bucal con oportunidad de acceso a los servicios prestados”

“Que todas las personas puedan acceder a tratamiento, no solo niños, jóvenes, sino también adultos, en igualdad de derechos”

“Compromiso de parte de los profesionales con acceso a la información”

“Atención oportuna en los servicios sin restricción al acceso”

“Acceso con igualdad, oportunidad y gratuidad”

“Sueño con que esas condiciones sean basadas en igualdad para todos. Que la salud bucal por fin sea constituida como derecho básico”

“Salud oral para toda la población, especialmente para las personas más pobres y vulnerables”¹.

1. Expresiones de los autores que participaron en la formulación de la PPSB. Se suceden a la largo del texto.

En tercer lugar, los actores manifestaron que quisiesen que el diseño de la política permitiera una mayor equidad en lo individual y lo colectivo a la hora de la prestación de servicios, en concordancia con lo planteado por Hernández (18), alrededor de los criterios que se deben dar para la elaboración de políticas públicas. Estos fueron algunos de sus testimonios:

“Más cobertura con igualdad de derechos, sin discriminación en la atención por edad o enfermedad”

“Con igualdad, sueño con que esas condiciones sean basadas en igualdad para todos, que la salud bucal por fin sea constituida como derecho básico”

“Con equidad, con las mismas condiciones para todos, de derechos y deberes, sin barreras”.

Desde otro lado, las motivaciones e intereses de los participantes del taller se centraron en la necesidad de contar con una política afianzada, a través del tiempo, en la doctrina de la promoción y la prevención como pilar de atención, que permitiese la continuidad y su suficiencia en los diferentes grupos poblacionales:

“En mejoramiento continuo y el mantenimiento de las actividades de promoción y prevención de las enfermedades que lleven a mejor calidad de vida de los ciudadanos”

“Con el más alto nivel de auto-cuidado y de control mórbido evitable en salud bucal para todos los habitantes de la ciudad, gracias a una promoción y prevención suficiente y eficaz”

“Programas integrales en APS de promoción y prevención de la enfermedad”.

Asimismo, las motivaciones e intereses de los actores se centraron en la premisa "del deber profesional", un compromiso que el colectivo asume, para que la política tuviera impactos en los ámbitos institucional, familiar y grupal en la prestación de los servicios:

“Una realidad donde el deber ser de las profesiones de la salud concentre sus conocimientos en hechos reales”

“Con un mayor compromiso individual y colectivo (familiar, académico e institucional)”

“Poder lograr un compromiso por parte de todos los entes que hacen parte del gremio odontológico...”

“Con buenos servicios de salud no solo bucal, sino general tanto para niños, como adultos y ancianos”

“Completamente motivadas en el cuidado integral de la salud bucal”.

Finalmente, la proyección que se hizo de las motivaciones e intereses de los actores con la formulación de la política pública, estuvo centrada en la aspiración de encontrar, a través de su puesta en marcha, una respuesta real a los problemas y necesidades de salud bucal de la

población, con resultados basados en análisis estadísticos y epidemiológicos a través del tiempo de su ejecución:

“Una política con resultados, índices epidemiológicos de salud oral muy por debajo del promedio colombiano”

"Con una población infantil libre de caries y enfermedades periodontales, o al menos con muy bajo nivel de estas patologías".

DIFICULTADES MANIFIESTAS

Las dificultades más relevantes que los actores visibilizaron en dicho taller para emprender la tarea de formulación de la política estuvieron signadas en cuatro preocupaciones generales:

La primera de ellas es la ya mencionada limitación de los procesos normativos y sus vicisitudes dentro del sistema de salud, y los permanentes cambios políticos que se experimentan tras cada una de las administraciones de turno, lo que se constituía en un reto que la política debía afrontar en el segundo momento de su elaboración.

La segunda, muy asociada a la anterior, se dio alrededor de los déficits del actual sistema de salud, dado su marcado énfasis en el mercado y una permanente intermediación en la prestación de los servicios, que lo hacen limitado y regresivo².

La tercera dificultad se evidenció desde una concepción de resistencia al cambio y de cierto escepticismo motivado por la falta de sensibilidad respecto de los retos que implica la elaboración de una política pública, aunado esto a la baja tradición participativa del gremio y a cierta desazón por la desarticulación del actual sistema de salud.

La cuarta estaba marcada por los manejos del tiempo y las responsabilidades institucionales, que hacen los procesos lentos y bajos de dinámica, lo que limitaría la vinculación decidida de los actores al proceso de elaboración.

2. Para ampliar en estos análisis se puede consultar: Hernández M. (2003). El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. En: Franco, S. (editor) La Salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia: 463-479; Franco, S. (2003). Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de la seguridad social en Colombia. Revista Gerencia y políticas de salud. N°4:58-69; Ahumada, C. (1998). Política social y reforma de salud en Colombia. Papel político n°7 pp. 9-35; De Groote T, De Paep P, Unger JP. (2007). Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. Rev Fac Nac Salud Pública 25(1): 106-17; Echeverri O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. Rev Panam Salud Pública 24(3):210-6; Homedes, N. & Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev Panam Salud Pública 17(3):210-220; Molina, G., Muñoz I., Ramírez, A. (2011). Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia: ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud. La Carreta Editores; Molina, G., Ramírez, A. (2013). Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. Rev Panam Salud Publica, 33(4), 287.

OPORTUNIDADES EVIDENCIADAS

Las oportunidades asimismo fueron valoradas por los actores bajo las siguientes consideraciones:

La voluntad manifiesta por parte del ente gubernamental en la formulación de la política pública, lo que le daría al proceso continuidad y se podría traducir en el futuro en garantía de calidad y oportunidad en la prestación de los servicios para los usuarios, además representaría una gran posibilidad para acciones en el territorio de inclusión social, de dinámicas grupales, con actividades multidisciplinarias y posibilitadoras de acciones con el compromiso de los sectores público, privado e investigativo.

El carácter plural de la formulación, ya que es una actividad que permite afrontar una discusión rica por las múltiples miradas y puntos de vista que se ponen en el escenario de formulación, pero además porque permitiría la toma de decisiones de carácter pluralista y se traduciría en una condición de derecho que afianzaría un acceso con planes de beneficios únicos para todos los usuarios y una distribución más racional de los recursos del aseguramiento para la prestación de los servicios. Este carácter plural además favorecería procesos de capacitación y de conocimiento regulados a los actores de la política, beneficiando al personal profesional y técnico, pero además se traduciría en acciones mejoradoras para los servicios.

La participación aportante, directa y observante que valora el compromiso de los actores se constituyó en una oportunidad bien apreciada por los grupos de trabajo, pues permitiría una mayor ampliación de la labor, con la llegada a nuevos grupos y comunidades y una oportunidad para nueva atención a personas excluidas y marginadas.

Adicionalmente, el grupo de actores fue interrogado acerca de las contribuciones que pudiesen realizar en la deseada realización de una política actuante en salud bucal a 2022. Destacaron su disposición tanto para la formulación, divulgación y veeduría, resaltando que su participación y compromiso les permitía aportar con experiencia, constancia, trabajo en equipos y en armoniosa articulación entre instituciones. También señalaron su contribución para recrear y movilizar la cultura en salud bucal desde un proceso de capacitación que contribuyera a mejorar las actitudes y comportamientos conscientes, y a mantener para esta contribución una disposición amplia frente al intercambio y reconocimiento de saberes nuevos.

Destacaron, por último, el aporte profesional y su disposición para las posibles integraciones, trabajo mancomunado y de calidad en los propósitos, y contribuir con algunos recursos para tener una política pública actuante en la ciudad.

GRUPOS DE TRABAJO

Para mapear, convocar y organizar a los actores en grupos de trabajo para iniciar el proceso, se usó el concepto de Práctica odontológica (19), que había sido definido como un referente conceptual desde la elaboración de la propuesta inicial. A partir de este concepto fueron identificados actores desde diferentes sectores y con diferentes roles, incluyendo actores de la disciplina o profesión, tanto institucionales, gremiales, de nivel profesional y de nivel técnico - auxiliar, así como otros actores institucionales, sociales y comunitarios que están por fuera de la disciplina, profesión o gremio, pero que por sus intereses o responsabilidades entran en relación con la salud bucal de la población. De acuerdo con ello se conformaron unos grupos de trabajo organizados, para una etapa inicial, por sus principales funciones o roles.

Con la conformación de los grupos de trabajo se inició la tarea de construir los marcos de referencia de manera participativa mediante un ejercicio investigativo que permitiera dar una mirada a la situación bucal y a la práctica odontológica alrededor de cuatro temas que, a la postre, permitieran caracterizar el modelo de atención, la situación de la salud bucal en la ciudad y de la práctica odontológica en el municipio.

La Secretaría Técnica, entonces, tras una convocatoria a la luz del concepto práctica odontológica, que la hizo amplia y heterogénea, propuso a los asistentes inscribirse en uno de los siguientes grupos de acuerdo con su interés: talento humano, servicios de salud, epidemiológico y respuestas colectivas. Una vez constituidos, con cada grupo se discutió la metodología que se iba a trabajar: cuántas veces al mes se reunirán, qué día, a qué hora. Se indagó con ellos qué actor faltaba en el proceso para convocarlo y cuáles iban a ser las temáticas a abordar.

Por parte de la Secretaría Técnica se designó un responsable o facilitador para cada grupo —talento humano, servicios de salud, epidemiológico, respuestas colectivas—, como responsable de orientar, dinamizar, consolidar y motivar el desarrollo de los marcos de referencia con relación a lo normativo, contextual y situacional.

La participación en los grupos, en suma, fue valorada como positiva. La diversidad de los actores en cada grupo permitió develar sus múltiples intereses, conocimientos y posturas. Lo que a su vez permitió enriquecer la discusión y la caracterización de acuerdo con las temáticas definidas. Para el trabajo se estableció una propuesta metodológica general para los grupos de trabajo, con posibilidades de ajuste, teniendo en cuenta las características e intereses de cada uno de los grupos. A continuación, antes de dar una mirada a la dinámica del trabajo en grupo y su labor de análisis, se presentan algunos aspectos temáticos y procedimentales que permiten comprender mejor la metodología empleada:

GRUPO DE TRABAJO TALENTO HUMANO

Tuvo la participación de diferentes entidades públicas como la Empresa Social del Estado Metrosalud, la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y entidades privadas como Coomeva EPS, la Fundación Autónoma Universitaria de las Américas, Cedes (institución de formación técnica en salud), auxiliares de odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, el sindicato de Metrosalud (Asmetrosalud) y la IPS privada Unidos Salud Oral.

Se definieron aspectos temáticos a abordar: la formación, que incluye facultades de odontología, programas e instituciones formadoras del personal auxiliar y técnico, y condiciones laborales, que incluye sistemas de contratación, condiciones ambientales y de infraestructura, clima laboral, estructura de mercado; y un elemento muy importante: la producción del conocimiento.

Para lo metodológico, se revisó la información para discutir la situación e identificar procesos críticos.

GRUPO DE TRABAJO SERVICIOS DE SALUD

Contó con la participación de profesionales representantes de instituciones del sector público y privado, EPS e IPS del régimen subsidiado y contributivo, estudiantes de la Universidad de Antioquia, Metrosalud y la Cooperativa Odontológica de Antioquia - COODAN.

Como aspectos temáticos se abordaron la prestación de servicios en la práctica odontológica en relación al modelo de atención orientado a la atención primaria, la accesibilidad a los servicios de salud bucal, la cobertura y suficiencia en la oferta y la prestación de servicios, el comportamiento de la oferta y la demanda de los servicios de salud bucal, la continuidad e integralidad en la atención odontológica.

Metodológicamente se propuso compartir experiencias que desde la prestación hubieran impactado la práctica odontológica y desde allí ir generando propuestas que enriquecieran la discusión y permitieran la integración y consolidación de la información definida.

GRUPO DE TRABAJO EPIDEMIOLOGICO

Desde el momento de instalación del grupo participaron la academia: Universidad de Antioquia y Fundación Universitaria de las Américas; Metrosalud y un odontólogo particular.

Se abordaron temáticas como: Situación de salud de los grupos poblacionales, caracterización epidemiológica de la población que demanda atención odontológica, representaciones sociales de la salud bucal y del cuidado, vigilancia epidemiológica y sistemas de información.

Como desarrollo metodológico se realizó: revisión bibliográfica, análisis de información de atención, espacios de discusión.

GRUPO DE TRABAJO RESPUESTAS COLECTIVAS

Este grupo se caracterizó por una amplia diversidad en los perfiles profesionales de los participantes, provenientes de disciplinas como odontología, nutrición, enfermería, medicina y sociología.

Los actores eran los representantes de la Facultad de Odontología y de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, de la Fundación Universitaria de las Américas, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia, del programa de atención integral a la primera infancia de Medellín "Buen Comienzo", de la Empresa Social del Estado Metrosalud y de la Fundación Un Mundo Mejor, que actúa como operador de los programas de primera infancia de la ciudad.

Se definieron unos aspectos a caracterizar: enfoque y alcance de las estrategias educativas para la salud, revisión de estrategias de salud pública y su articulación con programas de ciudad, cobertura de las acciones colectivas, abordaje poblacional específico y en espacios de vida cotidiana, perfil del talento humano para el desarrollo de este tipo de acciones, relaciones establecidas con salud general, docencia-servicio en el componente comunitario.

Como metodología se definió la socialización de experiencias y búsqueda de información.

MARCOS DE REFERENCIA

Para la construcción de los marcos de referencia, como claramente se expresa en el acápite anterior, se desarrollaron trabajos de recopilación y revisión documental a través de un ejercicio concertado, riguroso y participativo de los grupos de trabajo alrededor de cuatro temas: talento humano, servicios de salud, epidemiológico y respuestas colectivas que, grosso modo, puede sintetizarse en los siguientes momentos:

- Definición de los contenidos y elementos de discusión para cada uno de los marcos de referencia.
- Identificación y revisión de fuentes de información.
- Análisis de bases de datos (cuando esto aplicaba).
- Socialización y análisis en el interior de los diferentes grupos de trabajo.
- Consolidación de documentos.

Un recorrido metodológico que se centró en la sistematización de la información primaria y secundaria de acuerdo con los elementos temáticos definidos en el proceso, y en la

caracterización realizada en cada uno de los grupos de trabajo, producto de la revisión y discusión de los aspectos definidos como puntos centrales de interés de la salud bucal y la práctica odontológica en la ciudad de Medellín, al final de la dimensión antes (fases preparatoria y construcción de marcos de referencia), proporcionó la construcción del marco de referencia.

Los referentes conceptuales se entendieron como guía y orientación en un doble propósito: que a la vez que permitieran desentrañar e interpretar las realidades del presente histórico de la práctica odontológica, también posibilitaran la producción de un horizonte, de una proyección estratégica de la práctica odontológica para los próximos años, de cara a aportar en la materialización del derecho a la salud bucal para todos los ciudadanos (8).

Los referentes están propuestos como una malla articulada de producción de sentido en la que resultan complementarios y se potencian unos con otros (8). Los contenidos se refieren a la salud como derecho, al reconocimiento de la naturaleza social de la salud y de la práctica odontológica como trabajo social, al desarrollo de políticas públicas para disminuir desigualdades, y a la atención primaria en salud y a la promoción de la salud como dispositivos para la transformación de los servicios y las prácticas de la salud .

3. Se recomienda al lector consultar el documento “Síntesis de los marcos de referencia de la formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública, 2013”.
Disponible en: <https://polिकासaludbucalmedellin.files.wordpress.com/2013/11/sc3adntesis-de-los-marcos-de-referencia-en-la-formulac3b3n-de-la-polc3adtica-pc3bablica-de-salud-bucal-de-medellc3adn-1-etapa.pdf>

7. LO FORMULADO Y LO VIVIDO: ESTRATEGIAS PARA PROFUNDIZAR LA FORMULACIÓN PARTICIPATIVA DE LA POLÍTICA PÚBLICA



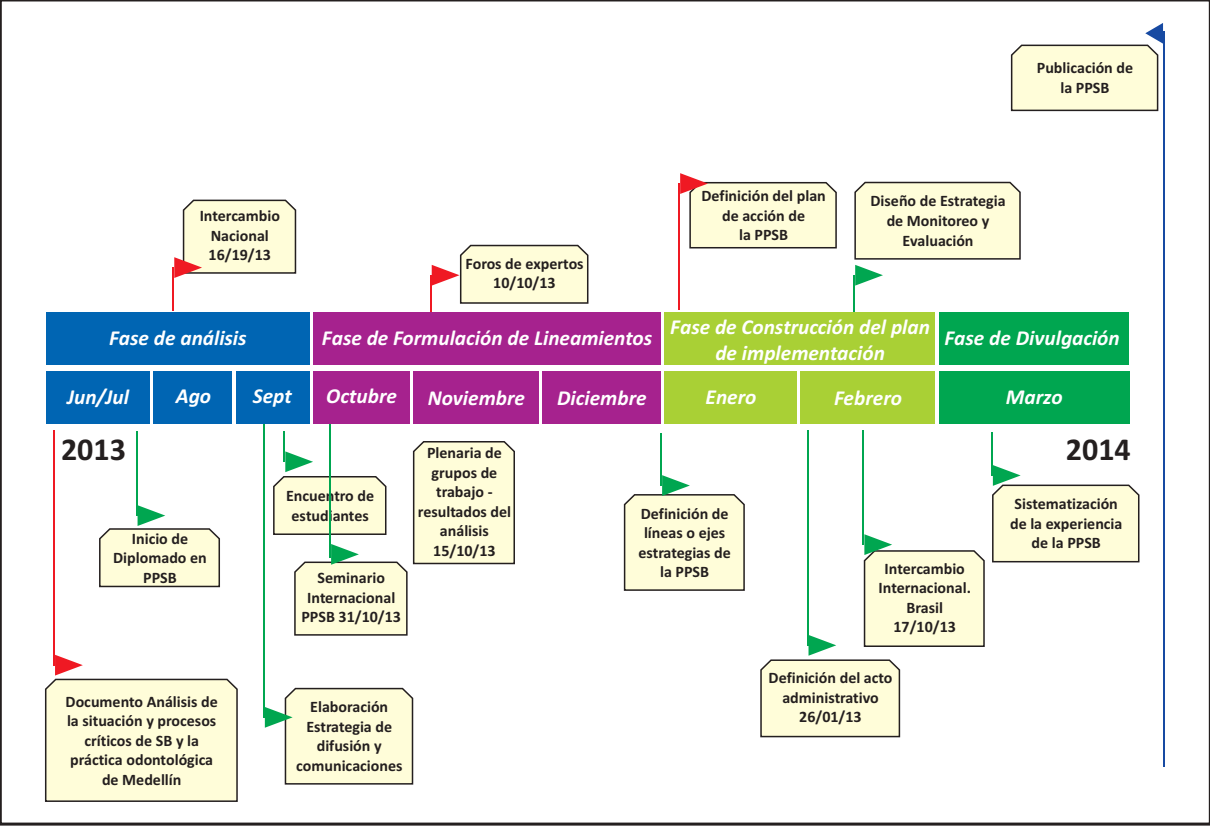
Plenarias de grupos de trabajo sobre problematización de la salud bucal y de la práctica odontológica en Medellín.

7. LO FORMULADO Y LO VIVIDO: ESTRATEGIAS PARA PROFUNDIZAR LA FORMULACIÓN PARTICIPATIVA DE LA POLÍTICA PÚBLICA

El ejercicio de sistematización realizado en el proceso de formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín, que propende a la obtención de conocimiento a partir de la práctica, hasta el momento nos ha permitido ordenar, reflexionar, recordar e indagar en las enseñanzas y acumulados de las experiencias emanadas de la dimensión ANTES. El ir y venir al que se ven abocadas las estrategias metodológicas cuando se aplican en la realidad, obligan a mirar constantemente atrás y adelante, ahora que se aborda la dimensión DURANTE.

La figura 2 da cuenta de los hechos más significativos incluidos en el análisis de la dimensión durante.

Figura 2. Línea de tiempo para el momento Durante.
Proceso de formulación de la política pública de salud bucal para Medellín 2013-2022



Fuente: elaboración de los autores.

GRUPOS DE TRABAJO: PROFUNDIZANDO EL ANÁLISIS

Al reactivar el proceso en el DURANTE se sigue trabajando en la misma lógica: en horarios y espacios concertados con los actores vinculados a los grupos. Solo que la decisión que se toma es que los grupos ya no iban a ser temáticos: talento humano, servicios de salud, epidemiológico y respuestas colectivas sino que se iban a organizar por tipo de actor: estudiantes, actores sociales y comunitarios, sector comercial e industrial, actores institucionales y gremiales y programas de ciudad (instituciones gubernamentales), pues ello daba la posibilidad de profundizar y conocer la visión de conjunto de todo aquello que surgía (se aprendía) en los grupos temáticos. Asimismo, se consideraba que se abría la posibilidad de triangulación de temas: perspectivas y resultados.

Más allá de las plenarias: fueron aquellos espacios que se diseñaron para que cada uno de los grupos temáticos presentaran a los demás grupos el fruto de los análisis, pesquisas y discusiones propias de su interés temático; este ejercicio no se hizo en el ANTES.

En algunos de los grupos, finalizando la dimensión del ANTES, algunas de las personas manifestaron que era necesario trabajar con los otros grupos, pues encontraban que había temas que se relacionaban y debían ser discutidos y analizados articuladamente. Pero para la realización de ese ejercicio el tiempo no fue suficiente. No obstante, desde el ANTES se consideró que primero era necesario profundizar en cada uno de los temas con los grupos instituidos y luego pasar a las plenarias para discutir puntos de encuentro.

Ahora bien, ¿por qué se persistió en dicho sistema de trabajo, si incluso entre las propuestas metodológicas que hicieron los nuevos integrantes de la Secretaría Técnica en el DURANTE era juntar los grupos? Pues, sin desconocer las múltiples discusiones que se dieron, el equipo decidió seguir manteniendo la dinámica: tener los grupos separados por temas e irlos juntando en los ejercicios de plenaria, donde cada grupo exponía sus avances, de manera tal que cada actor tuviera la posibilidad de saber qué era lo que los demás hacían y cómo iban avanzado. En consecuencia, teníamos, al final, el terreno abonado para el paso que queríamos dar: pasar de visiones temáticas a visiones de conjunto por actor, procurando que emergieran las perspectivas particulares, que se expresaran los intereses, que surgieran las diferencias que podían ser motivo de conflicto y no se invisibilizaran las voces de todos los actores que por lo general no se oyen o son silenciosos: comunitarios, prestadores de servicios, entre otros.

Entonces, al iniciar la segunda etapa —el DURANTE— se decide hacer la redistribución de los grupos con el deseo de abordar el producto de los análisis realizados en el ANTES, que se recogen en los marcos de referencia y el diagnóstico situacional para profundizar en los mismos. ¿Cómo se procedió?

A partir de tres ejes que por su carácter vinculante con el proceso participativo se catalogaron como trazadores: el eje teórico conceptual, el metodológico y el perceptivo, se buscó agruparlos

en los procesos categoriales previamente definidos, dinamizándolos a partir de las siguientes preguntas orientadoras:

¿Qué antecedentes permitieron su elaboración y puesta en marcha?

- ¿En lo teórico y conceptual?
- ¿En la percepción de sus actores?
- ¿En los procesos metodológicos evidenciados?

¿Qué motivaciones e intereses rodearon la posibilidad de su elaboración?

- ¿Cuáles se refieren como oportunidades?
- ¿Cuáles como contribuciones?
- ¿Cuáles como dificultades?

¿Qué percepciones se referencian situacionalmente?

- ¿Cómo construcciones con sentido?
- ¿Cómo retos y posibilidades?
- ¿Cuáles se pueden orientar como marcos de referencia?

¿NUEVOS ACTORES?

Al principio del proceso uno de los temores era las dificultades que podría traer para la consolidación del Grupo Gestor debido a las responsabilidades propias de su trabajo, y cómo asumirían el proceso propio de las políticas públicas. Sin embargo, aunque de las personas que estaban en dicho grupo ninguno antes había participado en la formulación de una política pública, todos entendieron muy bien el planteamiento que se les hizo: que este era un proceso abierto, voluntario, que esperaba ser un espacio participativo y para la construcción conjunta. Por ello, casi que en contraprestación a la no remuneración, lo que se hizo siempre fue hacer el reconocimiento público de los actores de los cuatro grupos: quiénes los integraban, qué trabajos realizaban y qué responsabilidad tenían.

Las actividades llevadas a cabo en el ANTES develaban unas fortalezas del proceso, por ejemplo: los grupos de trabajo constituidos fueron comprometidos y contribuyeron a la culminación de unos productos fruto del estudio, el diálogo y el análisis colectivo: los marcos de referencia y el diagnóstico situacional: determinación social y equidad de la salud bucal. Lo que, en suma, decía más o menos qué caminos iban a tomar las estrategias de la política pública y qué cosas se debían fortalecer para continuar y profundizar el análisis y para llegar con más fuerza a la fase de formulación. Entonces es cuando producto de las observaciones "nos decimos, bueno, es necesario que en esta segunda etapa vinculemos con más fuerza otros actores".

¿EN QUIÉNES PENSAMOS?

Si bien en lo que podríamos llamar el primer Grupo Gestor llegan todos: los gremios, la academia, el sector comercial e industrial, entre otros, también era cierto que por ser la primera vez que se hacía una convocatoria para un ejercicio de este tipo, esta se iba tornando cada vez más exitosa, pues en ella confluían tres elementos que le daban este talante:

1. Su novedad, una política pública de salud bucal.
2. La convocatoria desde la Alcaldía.
3. La necesidad del sector (expectativas de los actores que no tenían un espacio de participación para los odontólogos y la precaria situación laboral del gremio; si bien esto último no era el propósito de la política pública, se recogía y ayudaba a entender el contexto y la situación de los servicios, la oferta).

Se observaban vacíos en los grupos, por ejemplo, en términos de los actores comunitarios. El acercamiento con este actor inicialmente había sido muy incipiente, y se fortaleció durante la segunda etapa.

Se vislumbró, también, que era necesario llegar con más fuerza a la misma administración municipal: Secretarías y actores institucionales. De allí que se sumaran algunos proyectos/programas, como por ejemplo: Buen Comienzo y Medellín Solidaria, ya que como elemento emergente de los procesos críticos de la situación de salud bucal, se identificó la necesidad de fortalecer la articulación y transversalización de la salud bucal en programas existentes que permitían el posicionamiento de la política y la salud bucal en una perspectiva integral, siendo clave esta vinculación y contacto con otros programas y actores.

Por otro lado, llegaron estudiantes en un primer momento, pero pocos y no había estrategias para vincularlos. Teniendo presente que la carga académica del estudiante de odontología es grande y absorbente (suele estudiarse 6 a.m. a 5 p.m.), en consecuencia, el estudiante no tenía la facilidad de sumarse al proceso: "decíamos: toca pensarse una estrategia para sumar a los estudiantes, sin que ello implique que se sumen a los grupos de trabajo". Y ahí, como antes se expresó, la comunicadora tenía un rol y un objetivo puntual: la capacidad de diseñar una estrategia comunicativa para acercar nuevos actores al proceso y posicionar la política pública en la ciudad. Lo que incluía no solo a los estudiantes sino también al sector productivo que había sido convocado en primera instancia pero que no se había sumado aún.

De tal modo que se diseñó una estrategia novedosa, lúdica y creativa, que permitió que los estudiantes conocieran y valoraran la importancia del proceso que se venía dando en la ciudad. Y por ello se pudo constituir en un actor que se sumaba al proceso.

EN POS DE LOS EJES ESTRATÉGICOS

Para continuar profundizando el análisis de la situación de salud bucal y la práctica odontológica con miras a la formulación de la política pública, se desarrollaron, entonces, grupos de discusión por actores (comunitarios, prestadores, formadores y gremios), cada uno de ellos liderado por profesionales de la salud y las ciencias sociales.

Estos líderes debían orientar el proceso en cada sesión: hacer búsqueda de información, preparar los temas de discusión de la reunión y recoger todo lo que se produjera en ella y, por tanto, debían decantar, consolidar e ir avanzando en una producción documental, que fuera alimentándose en la vía de los tres ejes que por su carácter vinculante con el proceso participativo se catalogaron como trazadores: el eje teórico conceptual, el metodológico y el perceptivo. Además de ello la persona de la Secretaría Técnica debía hacer la convocatoria para los encuentros y moderar.

El objetivo de estos grupos fue discutir, analizar, reflexionar y proponer sobre asuntos críticos o problemas a partir del informe "Situación de salud bucal y de la práctica odontológica y los marcos de referencia". No obstante, "¿qué nos preocupaba a nosotros?, hacer grupos de trabajo que recojan las percepciones, cada actor tiene un acumulado de trayectorias de la práctica. Pero también cualificar el proceso y los análisis, al dejar que emerjan nuevas perspectivas de comprensión de la realidad capaces de proponer rutas de gestión de cambios".

Ejercicios de diagnóstico de la situación bucal existen en la ciudad y el país, "Pero nos preguntábamos ¿cómo hacemos que los actores sientan, perciban, que estamos transitando en una experiencia capaz de producir un cambio? La inquietud nos surgía ya que ejercicios llevados a cabo para la realización de diagnóstico, por ejemplo, han tenido lugar en el departamento. Sin embargo, esos espacios no lograban colocar rutas de gestión de cambios con suficiente capacidad de convocar a los actores. Por ello nosotros planteábamos que el énfasis de nuestros análisis y problematización debía redundar en la capacidad de señalar la ruta".

Allí surgen —de la necesidad, de la realidad— otros referentes en la construcción conceptual: la salud como derecho (que se aborda en el seminario internacional), la práctica odontológica, que le abre el campo al objeto de trabajo de la odontología y muestra esos otros actores que es imprescindible convocar frente al reconocimiento de la naturaleza social de la salud.

Estos conceptos se habían trabajado en la construcción conceptual en la dimensión del ANTES, pero en el DURANTE se trabajan para que amplíen el camino del análisis en pos de la profundización. De allí que cuando los grupos empiezan su labor de análisis en el DURANTE "nosotros decimos: hay que entregarles un insumo lo más cualificado posible, con datos puntuales. Como en efecto se hizo: un documento bien soportado, con datos puntuales: inversión en el sector, cómo se comportan servicios, qué acceso a ellos tiene la población. Es

más, cabía la posibilidad de que los actores dijeran: acá faltó tal estudio, tal cosa, tal dato. No obstante, en la información que se les entregó lo que se pretendía era que entre todos identificaran unas problemáticas centrales, de manera tal que permitiera reducir la complejidad, sin caer en la especulación o los supuestos".

RUTA HACIA LA FORMULACIÓN: LOS ÁRBOLES DE PROBLEMA

El objetivo de estos grupos, entonces, fue discutir, analizar, reflexionar a partir del material bibliográfico. Un ejercicio de construcción que implicó el diseño de matrices de marco lógico que, a su vez, establecieron unos núcleos problematizadores:

- Construcción sociocultural de la salud bucal asociada a la enfermedad, el dolor y la cosmética desligada de la salud integral.
- Débil construcción y reconocimiento histórico de la salud integral como derecho.
- Débil proceso de gestión de información en salud que permita conocer la realidad y transformarla.
- Inequidad en las condiciones de salud bucal de la población de Medellín.
- Respuesta institucional desarticulada y discontinua de la atención de la salud bucal.
- Precarización de las condiciones laborales de los profesionales y técnicos de la práctica odontológica.
- Los procesos formativos del recurso humano de la práctica odontológica no responden a la situación de salud bucal de las poblaciones.

Núcleos que se abordaron a partir de árboles de problema, en los que cada uno de los grupos tuvo un grado de avance y profundización diferencial en el trabajo realizado a partir de los núcleos. El grupo de actores sociales y comunitarios, por ejemplo, tuvo un desarrollo metodológico ajustado a sus características y grado de acercamiento al proceso de identificación de la situación de salud bucal.

Los núcleos problemáticos y la elaboración de los árboles de problema sintetizan la comprensión que los actores logran hacer sobre los temas que rodean la salud bucal, que había sido una aproximación de tipo situacional, de caracterización. En la segunda etapa, en el DURANTE de su ejecución, los núcleos y los árboles se observan, se ven sus relaciones de unos con otros, posibilitando la identificación de puntos críticos que serían objeto, luego, de las propuestas para transformar esa realidad.

¿Cuánto dura este proceso y cómo se efectúa? Un mes de planificación de la Secretaría Técnica para construir los insumos metodológicos: Los actores discutían en torno al núcleo problemático, la denominación del núcleo, las causas, las relaciones entre las causas, las consecuencias; el equipo de la Secretaría Técnica recoge todo lo que se produce en los espacios de trabajo, decanta, consolida y vuelve a proponer a los grupos el resultado para ser avalado,

depurado o desechado. Y en dos meses de trabajo, en sesiones quincenales más plenarias, se obtiene el producto final de este proceso, un documento de profundización: *Documento de análisis de la situación y la práctica odontológica en Medellín*.

Los árboles de problema, al permitir analizar, comprender y evidenciar la problematización realizada por los diferentes actores, visibilizan los consensos y disensos de los mismos, y preparan el terreno para la definición de líneas o ejes estratégicos de la política pública. Una vez realizados los árboles de problema, se plantean condiciones ideales que superen la problemática identificada a la luz de árboles de soluciones. Para ello se avanza (en discusión con todos los actores en los escenarios que simultáneamente se desarrollan: el diplomado y los encuentros nacionales e internacionales) en la revisión de los principios que orientarían la política. Discusiones que se refuerzan con los diferentes elementos conceptuales trabajados en los marcos y directrices para integrarlos en los atributos del derecho a la salud, en los ejes de la política pública, así como en las diferentes estrategias que se van proponiendo y decantando con los actores; lo cual permitió ir esbozando posibles ejes estratégicos para la política a la luz de las posibilidades de desarrollo y transformación de lo que se quería alcanzar.

FRUTOS DEL ANÁLISIS

Finalmente como resultado del ejercicio de construcción de respuestas a los núcleos problemáticos construidos en el análisis de la salud bucal y de la práctica odontológica en la ciudad, se logra la definición de las líneas o ejes estratégicos de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín en el año 2014, a través de un espacio de revisión y aprobación por parte de los actores participantes del proceso.

Se definieron entonces cinco ejes estratégicos:

1. Gestión y posicionamiento de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín.
2. Reorientación del modelo de atención con enfoque familiar, comunitario y territorial.
3. Desarrollo y fortalecimiento de las capacidades del recurso humano, de los actores y de las instituciones de la ciudad.
4. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de los sistemas de información para la salud bucal.
5. Gestión del conocimiento e investigación.

Luego, como parte del desarrollo y viabilidad del proceso de implementación, se desarrollan reuniones de articulación con algunos programas, como el programa Buen Comienzo, donde se logran identificar las necesidades de fortalecimiento del componente de salud bucal en la primera infancia, y se acuerda fortalecer la participación e integración con las estrategias definidas en la política pública de salud bucal, con el fin de mejorar las condiciones de los menores que cubre el programa. De igual forma se logran incluir dentro de los lineamientos de

los diferentes espacios educativos, elementos y recomendaciones de salud bucal, para iniciar un acompañamiento como parte del proceso en el programa (Buen Comienzo).

También se avanza en la discusión de la posibilidad de desarrollo de una de las propuestas territoriales de reorganización de las prácticas académicas con las universidades, entre ellas la de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, para lo cual se realiza una reunión preparatoria de la propuesta y de definición de los actores a intervenir en la misma, con el propósito de replicación con las otras universidades en escenarios y territorios diferentes.

Al final del último mes de ejecución se terminan de ajustar los ejes estratégicos de la política y sus objetivos:

1. Gestión y posicionamiento de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín

Se plantearon como objetivos:

- Generar espacios de articulación en la ciudad de los actores de la práctica odontológica para la planeación y monitoreo de la PPSB.
- Fortalecer el análisis y divulgación de los indicadores de salud bucal, a través de la herramienta de observatorios de salud, para mejorar la toma de decisiones en salud bucal.
- Fortalecer la rectoría en salud del Municipio con la definición de un plan de trabajo conjunto entre Ministerio y Secretaría de Salud Departamental.
- Desarrollar estrategias comunicativas integrales que propicien transformaciones de las percepciones y los imaginarios de la ciudadanía y de la institucionalidad en torno a la salud bucal como derecho, como parte de la salud integral.
- Fortalecer con los actores sociales y comunitarios la capacidad de control social de la PPSB y la reivindicación del derecho a la salud bucal.

2. Reorientación del modelo de atención con enfoque familiar, comunitario y territorial

Se plantearon como objetivos:

- Mejorar el acceso a los servicios y programas de salud bucal para grupos poblacionales y territorios en los cuales se concentran los indicadores de inequidad, a través de la distribución de la oferta y disponibilidad de la respuesta en salud bucal, así como la ampliación de programas a grupos prioritarios.
- Desarrollar programas de atención odontológica integral para gestantes, primera infancia y poblaciones diferenciales.
- Desarrollar modelos de atención basados en la estrategia Atención Primaria en Salud renovada —Salud en el Hogar— que integren la atención individual y colectiva en salud, y garanticen el vínculo, la continuidad y la integralidad de las acciones para mejorar las

condiciones de salud bucal de la población, a través de una respuesta oportuna y articulada de los actores responsables.

- Desarrollar programas de promoción de la salud bucal innovadores en espacios sociales cotidianos de la población y programas de ciudad dirigidos a la resignificación de las nociones y prácticas en torno al cuerpo y al bienestar que permitan el mejoramiento de la calidad de vida.
- Potenciar la relación y articulación entre sector académico, servicios y programas de salud y sociales, a través de estrategias y modelos integrales en salud bucal para la ciudad, que reorienten los procesos institucionales en pro de la formación en salud bucal en escenarios reales.
- Implementar procesos de calidad en la atención odontológica que garanticen el derecho a la salud, la humanización del servicio y el mejoramiento de las condiciones laborales de los profesionales y técnicos de la práctica odontológica.

3. Desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de las instituciones formadoras del recurso humano y de los actores sociales y comunitarios

Se plantearon como objetivos:

- Mejorar las capacidades del recurso humano y de las instituciones académicas, sociales y comunitarias, a través de pactos académicos que reconozcan la salud bucal como práctica social que avance hacia la garantía del derecho a la salud en su componente bucal.
- Ajustar los currículos de las instituciones formadoras del Recurso Humano de la Práctica Odontológica en relación con la PPSB.
- Propiciar y fortalecer espacios académicos de formación continuada dirigidos a los diferentes perfiles profesionales y técnicos de la práctica odontológica de la ciudad, orientados a la apropiación de elementos claves del derecho a la salud como calidad, respeto por la diferencia y humanización.
- Formar actores sociales y comunitarios en salud bucal para la incidencia y transformación de la situación de salud de la ciudad.
- Contribuir a la articulación de los diferentes sectores (académico, de servicios, de programas de salud, sociales y comunitarios) para garantizar el derecho a la salud de la población, y el mejoramiento tanto de los procesos de formación como de las condiciones laborales de los profesionales y técnicos de la Práctica Odontológica (PO).

4. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de los sistemas de información

Se plantearon como objetivos:

- Monitorear el comportamiento epidemiológico de eventos trazadores de la salud bucal y del cumplimiento de las metas de ciudad.

- Incorporar criterios de equidad (territorial, poblacional, diferencial) en los procesos de gestión de la información, de análisis y de toma de decisiones.
- Cualificar las capacidades del talento humano odontológico para la gestión de la información y el análisis que promuevan procesos de mejoramiento en las acciones cotidianas.
- Incorporar actores comunitarios en la identificación de eventos prioritarios que activen la respuesta social e institucional, para mejorar la salud bucal de grupos poblacionales específicos.
- Realizar reportes y procesos de análisis de situación de salud bucal de modo regular que vinculen actores claves de la gestión de la salud bucal y la atención odontológica.

5. Gestión del conocimiento y la investigación

Se plantearon como objetivos:

- Fortalecer los procesos de gestión de conocimiento de las instituciones prestadoras de servicios, entidades territoriales y la comunidad, a través del reconocimiento de las experiencias en salud bucal de tipo comunitario, interinstitucional e intersectorial.
- Fortalecer los procesos investigativos en salud bucal en temas prioritarios para la ciudad, mediante la promoción de incentivos y alianzas estratégicas.

8. ESPACIOS DELIBERATIVOS: SEMINARIO, INTERCAMBIOS, DIPLOMADO



Arriba: Espacios del seminario Internacional "Políticas públicas en salud bucal, para la garantía del derecho a la salud". Abajo: Grupo de estudiantes Diplomado de Políticas Públicas en salud bucal para Medellín.

8. ESPACIOS DELIBERATIVOS: SEMINARIO, INTERCAMBIOS, DIPLOMADO

La formulación de una política es un proceso permanente de construcción colectiva y de acuerdos que pretenden orientar la acción de una práctica social, según Roth (20). Implica ello la apertura de espacios deliberativos de análisis y discusión de alternativas que faciliten la elección de aquellas consideradas apropiadas y factibles para disminuir la brecha entre la situación actual y la deseada (20).

La formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín, como hemos visto hasta el momento, generó espacios para el análisis, el diálogo y los intercambios entre actores sociales a través del tiempo, en los cuales se materializó un proceso de negociación y construcción de acuerdos frente a la salud bucal. Paralelo a ello, propició las condiciones para la deliberación, el análisis, la retroalimentación y la discusión de alternativas que facilitarían la elección de aquellas consideradas apropiadas y factibles para la política pública que se estaba gestando.

DIPLOMADO EN POLÍTICAS PÚBLICAS

Así, puesto que era necesario que las partes involucradas en este espacio de formulación de política pública conocieran el objetivo del proceso y estuvieran en capacidad de discutir los diversos argumentos con los que se podía generar una agenda, se propuso el diplomado como un espacio para la discusión y el fortalecimiento del consenso entre los diversos actores, punto neurálgico de la formulación de una política pública.

El diplomado se creó entonces, con el propósito de generar y fortalecer las capacidades de los participantes a partir del conocimiento general y específico en el campo de la política pública y en especial en los temas de salud bucal y práctica odontológica; en consecuencia, para que los participantes pudieran identificar las necesidades y problemáticas propias del sector de la salud, en especial de la salud bucal, y entrar de ese modo a formular e implementar nuevas políticas públicas y/o evaluar las ya existentes.

Los objetivos del diplomado se articularon, en ese sentido, con los momentos, conceptos y metodología propios de una formulación de política pública:

- Identificar y apropiarse de los conceptos de Estado, poder, política, políticas públicas, salud bucal, práctica odontológica.

- Generar capacidades entre los asistentes de identificar a partir de sus experiencias y conocimientos, aquellas necesidades y problemáticas desde las cuales puede partir un proceso de política pública.
- Conocer qué es y para qué sirve una política pública.
- Fortalecer y unificar criterios en torno al tema de la salud pública, la salud bucal y la práctica odontológica.
- Realizar un ejercicio de política pública en el que se pueda identificar una situación en cada uno de los espacios a los que pertenecen los participantes al diplomado, que permita identificar en cada uno de sus procesos, los elementos propios de una política pública.

El logro de estos objetivos se cifró en unos contenidos conceptuales y metodológicos que incluyeron: fundamentación y perspectivas de políticas públicas, Constitución Política de Colombia y derechos, introducción a las políticas públicas y el ciclo de la política – aspectos metodológicos.

¿QUÉ ESTRATEGIAS SE DISEÑARON?

Para el desarrollo de la propuesta de diplomado se tuvieron presentes los conceptos sobre los cuales se debía sustentar el contenido. Los temas más importantes inicialmente fueron: política pública, salud pública y enfoque de derechos. Además, se tuvo en cuenta el contenido de diplomados y cursos sobre política pública realizados en el país y en otras universidades del exterior que pudieran servir como guía. Cabe aclarar que este proceso se pensó de tipo más práctico y con un discurso sencillo, con el fin de hacer accesible cada uno de los temas y hacer más afable el conocimiento y su apropiación.

La primera socialización del diplomado le permitió al equipo de trabajo un intercambio de saberes así como establecer un primer avance en su elaboración:

Estaría compuesto por tres módulos: el primero, de tipo conceptual; el segundo, abarcaría aspectos metodológicos y prácticos basados en los ciclos de la política pública; y por último, un módulo en el que los participantes generarían un producto donde se haría una identificación, seguimiento y análisis de un evento o proceso en particular, desde cada una de sus áreas, que pudiera dar paso a la formulación de una nueva política pública o que eventualmente pudiera ser incluido en la agenda de la política pública.

Se presentó este primer diseño a profesores expertos⁴, con cuya asesoría se pudieron establecer cambios en la forma como se había pensado realizar. El cambio sustancial consistió en incluir desde un principio el concepto de Enfoque de Derecho como uno de los temas principales, pues

4. Para ello se acudió a los profesores Gloria Molina de la Universidad de Antioquia y André Noe Roth de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá (quien participaba en ese momento con el doctorado en Salud Pública de la Universidad de Antioquia).

inicialmente se tenía pensado como uno de los temas a desarrollar al final del primer módulo. Asimismo, se recalcó la importancia de contextualizar a los participantes en temas como la Teoría del Estado, la Constitución Política Colombiana y otros conceptos que se relacionan con el accionar político y la toma de decisiones en cuanto a programas y proyectos de corte gubernamental.

Finalmente el modelo de diplomado quedó conformado por tres módulos, dándose preponderancia a la participación y generación de un producto final, en el cual los participantes pudieran materializar el conocimiento obtenido y fortalecer sus capacidades en el tema de la política pública, desde cada una de sus áreas de trabajo.

Durante los meses de junio-julio se avanzó en la definición de los horarios, la consecución de los espacios físicos y la inscripción de los participantes.

Se definió como espacio de trabajo el Parque de la Vida, garantizándose el mismo lugar para todo el diplomado. El horario seleccionado, teniendo en cuenta la consulta realizada a los interesados y su disponibilidad horaria y posibilidades de permisos labores, fue los días martes de 4:00 p.m. a 8:00 p.m.

Con relación a la selección de los docentes se tuvieron dificultades debido a que el perfil de doctorado que se había pensado convocar presentaba una limitada disponibilidad en tiempos, por sus múltiples compromisos institucionales. La situación mencionada hizo que, a pesar del interés de algunos docentes y el avance administrativo para su contratación, a último momento se cancelara su participación, lo cual implicó la reprogramación de la fecha de inicio.

Se dio comienzo al diplomado con un total de 30 inscritos. El grupo de participantes fue diverso en perfiles profesionales e instituciones, evidenciándose una alta motivación por la diversidad de temas y docentes. Para su desarrollo se garantizaron los espacios adecuados, y previamente se entregó el material bibliográfico, tanto en físico como magnético, para la lectura por parte de los asistentes y de esta manera mejorar su participación y apropiación de los temas.

Se garantizó el refrigerio en cada sesión y grabación en audio de las sesiones para quienes no pudieran asistir a las sesiones.

Saberes de la implementación

La necesidad de hacer el diplomado

Desde que se gestó la iniciativa de la formulación y se identificó el interés por fortalecer las capacidades de gestión de políticas públicas de la Secretaría de Salud de Medellín, se consideró que los procesos de formación y discusión eran fundamentales para mejorar las capacidades de

los actores, principalmente de la misma Secretaría, sin restringir la posibilidad de participación de otros actores.

Se consideró, en consecuencia, muy importante dotar de esas capacidades a los actores, en un proceso formativo, de tal manera que la Secretaría de Salud de Medellín ganara autonomía y capacidad para continuar con ejercicios de formulación participativa de políticas públicas en salud, para dotar de legitimidad el desarrollo de las mismas. El diplomado fue proyectado en esa perspectiva: que en el interior de la Secretaría se ganara en capacidad de gestión y en herramientas conceptuales para que fueran ellos los que de ahí en adelante lo hicieran sin dependencias de actores externos.

La participación

Los cupos del diplomado se distribuyeron, de común acuerdo con la Secretaría de Salud, entre personas del Grupo Gestor, de los grupos de trabajo y de la propia Secretaría de Salud. Como ya se dijo, el proceso de formación se presentó por módulos, abordando elementos conceptuales y prácticos frente al derecho a la salud y el ciclo de las políticas, detallando en cada uno de ellos la formulación de alternativas relacionadas con el proceso de formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013-2022.

Se esperaba, a su vez, que todas las personas de la Secretaría Técnica cursaran el diplomado, pero su gran cantidad de actividades y la intensidad horaria lo impidieron.

Hay que resaltar los trabajos finales de los estudiantes del diplomado ofrecen orientaciones para la implementación de la política pública. La Secretaría de Salud recibió seis trabajos finales o proyectos: uno de evaluación y vigilancia epidemiológica, dos de temas preventivos y promocionales, y dos más alrededor de la formación. Constituyen estos trabajos, propuestas para la implementación de la política pública de salud bucal en diferentes temáticas, con contenidos y propuestas metodológicas innovadoras que quedan para su futura consideración por parte de la autoridad sanitaria y el gobierno municipal.

INTERCAMBIO NACIONAL

Con el fin de continuar con la formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013-2022, se diseñó un Intercambio Nacional virtual y otro presencial con la participación de pares nacionales, referentes en el proceso de construcción e implementación de las políticas públicas de salud bucal en el país. En este sentido se reconocieron las experiencias de Bogotá (2004) y Manizales (2007).

Las experiencias de estas dos ciudades señalan rutas metodológicas que posibilitan enriquecer el proceso de construcción de la PPSB de Medellín, en un contexto de ciudad caracterizado por

un cúmulo histórico reconocido en el ámbito latinoamericano por el desarrollo de respuestas e innovaciones en el campo de la salud bucal y la formación odontológica.

El propósito de este encuentro, en consecuencia, fue generar un espacio de diálogo e intercambio con las experiencias de Política Pública de Salud Bucal de Bogotá y Manizales que permitiera fortalecer el proceso de construcción de la PPSB para Medellín. La invitación fue a compartir las experiencias desde los logros alcanzados, las debilidades sentidas y los retos por asumir.

Los expositores invitados⁵ tanto al encuentro virtual como al presencial fueron: la Secretaría de Salud Pública de Manizales, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, y la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque-Bogotá.

Los ejes temáticos de ambos intercambios fueron:

- Diálogo alrededor de los procesos de gestión de la política a nivel interinstitucional.
- Reconocimiento de los procesos de programación y seguimiento a metas de la política pública de salud bucal
- La relación Academia-Servicio.
- Debatir sobre las estrategias poblacionales, especialmente madres gestantes y primera infancia.

¿Qué estrategias se tomaron para su creación?

Como parte del intercambio de experiencias nacionales, desde la Secretaría Técnica se establecieron los contactos iniciales con las personas de Manizales y Bogotá. La coordinadora de salud bucal de la Secretaría de Salud de Manizales se mostró motivada a compartir el desarrollo de la experiencia de su ciudad para brindar elementos en el proceso de formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín.

Manizales se encontraba en ese momento en el proceso de evaluación de la implementación de la política, momento importante para identificar las fortalezas y debilidades de su política de salud bucal, lo que se constituía en un aspecto fundamental para el desarrollo del proceso en Medellín con un municipio con el que se comparten similitudes.

La gestión con la ciudad de Bogotá también fue favorable, ya que estuvieron dispuestos a brindar toda su experiencia para la construcción del proceso de Medellín. En este caso se

5. Los invitados a los intercambios fueron representantes del tema de salud bucal en las secretarías de salud municipales o personas que participaron del proceso de la política pública de la ciudad. Para este caso fueron: Liliana María Duque, de la Secretaría de Salud Pública de Manizales. Jairo Hernán Ternera, Adriana Padilla, Ricardo Durán, de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Jaime Alberto Ruiz, de la Universidad El Bosque.

identificaron los funcionarios de la Secretaría de Salud con quienes se establecería el contacto. Asimismo, teniendo en cuenta que la Universidad El Bosque y la Universidad Nacional de Bogotá (ACFO) realizaron el proceso de evaluación y propuesta de ajuste de la Política de Salud Oral de Bogotá 2011-2021, el equipo técnico de ACFO confirmó su interés en realizar el intercambio y aportar desde las fortalezas y dificultades encontradas en la experiencia de Bogotá.

Intercambio Virtual: metodología

En lo logístico se adelantó la gestión de los espacios para el intercambio en la sala de la Universidad de Antioquia.

Se realizaron videoconferencias con las dos ciudades mencionadas. De Bogotá fue posible conocer su experiencia a través de funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud, de la Universidad El Bosque y de la Universidad Nacional de Colombia.

En el intercambio se relató cómo se dio el proceso de formulación de la Política Pública de Salud Oral de Bogotá durante los años 2002 y 2004, así como su evaluación y ajuste a los cinco años de su implementación. El contacto e intercambio resultó muy enriquecedor, porque planteó posibilidades y desarrollos en el marco del derecho a la salud, así como de las estrategias realizadas, lo que permitió pensar posibilidades para el proceso que inicia en Medellín.

Por su parte, la experiencia de Manizales fue presentada por su Secretaría de Salud Pública, con una postura autocrítica y reflexiva de su proceso, en la que se resaltó el proceso de articulación institucional de la ciudad alrededor de la conformación del Comité Municipal de Salud Oral, el cual define unas prioridades y unas metas para trabajar conjuntamente.

En suma, las videoconferencias realizadas permitieron además de conocer las experiencias de otras ciudades del país que comparten el mismo marco normativo, pensar y recuperar desarrollos que pueden ser adaptados e implementados por la Política Pública de Salud Bucal de Medellín.

EL INTERCAMBIO INTERNACIONAL

Para esta experiencia se eligió a Brasil, por tener este país una ruta metodológica consolidada que posibilitaría un diálogo más fructífero acerca de los logros alcanzados, las debilidades acumuladas y los retos de su política, y porque desde su experiencia se podría tener un análisis comparado con lo logrado por Medellín hasta ese momento en el diseño y elaboración de su política.

Se lograron definir las fechas con el invitado del Ministerio de Salud de Brasil⁶, quien estuvo durante la semana del 17 al 21 de febrero en diferentes espacios de Medellín. Este, experto en el proceso de implementación de la Política Nacional de Salud Bucal de Brasil "Brasil Sorridente", se centró en aportar su experiencia como conductor de dicha política, desde los desarrollos de Brasil, para identificar las estrategias comunes que pudieran ser compartidas. Incluso, la de visibilizar el desarrollo de posibles acompañamientos a la implementación de la política en Medellín.

El intercambio internacional, que cumplió con la programación definida, dio cuenta de los siguientes propósitos centrales:

1. Reconocimiento del modelo de salud de la ciudad de Medellín y sus principales programas en salud y salud bucal.
2. Posicionamiento de la Política Pública de Salud Bucal de la ciudad en relación con los desarrollos de "Brasil Sorridente".
3. Recomendaciones al proceso de formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín, por parte del coordinador de salud bucal del Ministerio de Salud de Brasil.

Para lograr cada uno estos propósitos se emplearon diferentes estrategias:

- Se realizó una sesión de presentación y diálogo con el Secretario de Salud de Medellín y su equipo directivo, para el reconocimiento del modelo de atención.
- Se llevó a cabo un recorrido por las instituciones de salud que desarrollan dicho modelo: Metrosalud y las EPS de la ciudad.
- Se reconocieron algunos de los programas de ciudad que se integraran al desarrollo de la PPSB: Buen comienzo, Medellín solidaria.
- Se participó del programa de Telemedellín "Medellín ciudad saludable".
- Se realizó una agenda con espacios de discusión temática particulares con los actores del Grupo Gestor para aportar a los diferentes ejes estratégicos definidos en la PPSB.

Rutas para el diálogo

Se llevó al representante de la Política Pública de Brasil a los diferentes escenarios de ciudad. Conoció de primera mano los modelos de atención en Metrosalud, Buen Comienzo y las EPS. No obstante, como ambos países tienen muchas diferencias —Brasil es un Estado federal y posee un sistema de salud único, en tanto que Colombia es un Estado centralista con un sistema de salud con énfasis en el mercado—, para las personas de afuera no es de fácil comprensión nuestro sistema y forma de operar, entonces se necesitaba una preparación previa para el invitado, quien solo estaría de visita una semana. Por tanto, se le envió al brasileño un

6. El invitado fue el Dr. Gilberto Pucca Jr., Coordinador nacional de la política de salud bucal de Brasil.

documento preliminar y él a su vez envió documentos para tener elementos de discusión previos a los espacios de encuentro. Intencionalmente se planeó una agenda de reconocimiento del contexto de la ciudad y de algunos desarrollos de los actores sectoriales e institucionales.

Las expectativas

El intercambio internacional cumplió además, con las expectativas trazadas por la Secretaría de Salud alrededor de los temas:

- Atención primaria y servicios especializados.
- Los sistemas de información y la vigilancia epidemiológica
- El control social.

Temas que permitieron afinar en la formulación de la política pública metas y definición de estrategias.

En otro plano, hay que decir que si bien hubo una reunión del invitado con los grupos de trabajo, que fue la reunión de la discusión del Plan Municipal, este estuvo muy poco tiempo en la ciudad. Hoy se piensa que esa relación debió ser más amplia y profunda.

Saberes de la implementación

La experiencia ilustra

La finalidad de los intercambios, tanto los nacionales como los internacionales, era referir experiencias de los otros países y ciudades en términos del proceso de construcción y experiencia de formulación de la política pública en tanto proceso participativo; por lo mismo, para reconocer las estrategias y las maneras como se habían resuelto las problemáticas.

En el intercambio virtual, entonces, el propósito era referenciar la experiencia y conocer su proceso de construcción: cómo lo hicieron, qué hicieron para construir la política pública, quiénes participaron, cómo la diseñaron, cómo les fue.

En el segundo intercambio, que fue presencial, se aprovechó para hacer extensiva la invitación a otros actores de la formulación y para posicionar elementos que al proceso de Medellín le interesan. Por eso, en el diseño de la agenda se analizaron, estudiaron, discutieron los temas pensado en que eran claves para la formulación de la Política Pública de Medellín. Por ejemplo: Bogotá no tiene acto administrativo que respalde su política y esta ha existido por diez años.

Nos dijimos —al traer a Bogotá—: "Vamos a hacer que la gente vea que la sola voluntad de los actores es un mecanismo suficiente que hace que permanezca la política pública y que a nivel

institucional eso puede significar tomar decisiones en el plano de gestión que los motive a juntarse. Por ello, hicimos que en la agenda aparecieran esos temas".

Para eso miramos y analizamos lo que había pasado en cada una esas experiencias, y de eso que les había pasado se hizo un filtro de cosas que para Medellín era clave ponerlas en la discusión: para reforzar ideas con el fin de que los actores las apropiaran.

Alcances de la faena

De las cosas más importantes en el proceso, a la luz de los intercambios, fue que el objetivo era que los actores vieran perspectivas, formas de organización, de gestión; que fueran rompiendo limitaciones, obstáculos, barreras en el proceso de construcción en Medellín. Ejemplo de ello es el tema del Derecho a la Salud en medio de un sistema de salud lleno de obstáculos para la realización de la salud como un derecho, y de cómo la formulación coadyuva a transitar hacia su transformación. De allí que el hecho de que no haya acto administrativo se constituye en un ejemplo contundente de que esto no es impedimento para la existencia de la política pública.

A la Secretaría de Salud de Medellín le permite tener referentes de posibilidad y viabilidad de la política. Las experiencias de Manizales y de Bogotá son muy diferentes, sin embargo permiten vislumbrar la viabilidad de su desarrollo y, un poco, superar el temor de hacer posible ciertas cosas a pesar de las restricciones normativas y que es posible confluir en espacios de acuerdos conjuntos de ciudad con diferentes actores donde se puede trabajar en pro de la salud.

Otros desarrollos

Del intercambio hay otros elementos. Uno de ellos es que hay propuestas de acuerdo bajo las características de cada ciudad que nos alientan a formular o a ajustar lo que sería esa proyección de la política de Medellín a la luz de los desarrollos que otros han tenido, particularmente en lo que tiene que ver con los procesos de alianza academia-servicios que, el caso de Medellín, fue un logro que se consolidó en el DURANTE y que si bien fue una propuesta que presentó Manizales como una estrategia diferente, para Medellín —si bien no se hace de la misma manera— se inicia un ejercicio, o mejor, un camino de discusión con algunas de las facultades de odontología teniendo como intencionalidad ajustar las relaciones academia-servicios.

También, uno de los desarrollos particulares de Bogotá que tiene que ver con la vigilancia: los sistemas de información que han consolidado se constituyen en un elemento que se debe tener en cuenta para retomar y adaptar a la realidad de Medellín.

Dialogando

Al evocar la pertinencia del intercambio nacional se anota que los caminos andados por otros permitieron acortar el tránsito y condujeron a aprendizajes en términos de evitar errores,

superar dificultades, retomar experiencias exitosas. En esa medida el diálogo con pares fue una decisión y una intención de la propuesta, pues dialogar y compartir le posibilita a Medellín crecer y tener referentes que, obviamente, se deben adaptar a las necesidades particulares de la ciudad.

Tareas pendientes

De los tres o cuatro logros grandes que dejó el intercambio nacional y que de alguna manera son incorporados en la Política Pública de Salud Bucal de Medellín, están:

1. El resurgimiento de nuevos actores, que ambas políticas —Manizales y Bogotá— de manera distinta lo están viendo: hay que fortalecer nuevos actores en materia de cuidadores y en materia de prestadores. Lo que implica pensarse en espacios como los que se crearon en el proceso de formulación para que sean permanentes. Por ejemplo, lo que es el comité de salud bucal como escenario de discusión y seguimiento. Y esa es una de las tareas que se retoman para Medellín, pues es fundamental que exista un espacio donde los actores se fortalezcan y trabajen en pro de la política. Un escenario que en el caso de Manizales les ha permitido, independientemente del alcalde que se posesiona, continuar y hacer que la política pública se mantenga.
2. Los sistemas de información. Una de las principales falencias que tiene el sistema de salud en Colombia es que no tiene un sistema único de información consolidado. Lo que hicieron Manizales y Bogotá es buscar un mecanismo intermedio mientras se toman decisiones de otra índole, que les permita decir "nosotros sí podemos vigilar, monitorear y tomar decisiones". Una estrategia que se puede ejecutar mediante centinelas y otros mecanismos, que posibilita tomar decisiones mientras se van logrando otras transformaciones y que Medellín puede mirar con buenos ojos.
3. El modelo docencia-servicio como mecanismo de articulación entre los servicios y los formadores puede ser valorado a la luz de la experiencia de Manizales, como una experiencia significativa en la cual se salvaron diversos obstáculos para inscribirlo dentro de una lógica de primacía del interés general frente al interés particular.
4. Fortalecimiento de la calidad de los servicios. En el sentido de que cada ciudad tiene una realidad particular que le demanda pensar la forma de establecer estándares e indicadores propios, en aras de fortalecer los procesos de calidad en los asuntos que en su propio desarrollo histórico resultan pertinentes.

EL SEMINARIO INTERNACIONAL

El seminario reconoció y privilegió las experiencias de diferentes países en la elaboración de políticas públicas en el componente de salud bucal. Se invitaron representantes de seis países y

dos ciudades de Colombia donde se implementan políticas públicas de salud bucal o programas relacionados para que fueran compartidos mediante conferencias y paneles. La agenda de discusión se organizó bajo tres grandes ejes:

- Reconocer los procesos de formulación, sus contextos, actores y perspectivas.
- Dialogar en torno a los procesos de implementación y seguimiento y los dispositivos que viabilizan las estrategias de monitoreo y la vinculación de actores.
- Debatir sobre los desafíos en términos de la organización y gestión de las respuestas, la formación del recurso humano, la producción de conocimiento y la sustentabilidad.

Para su desarrollo se definieron los tiempos de cada intervención de tal manera que además de que cada conferencista describiera su experiencia, los asistentes pudieran intervenir y dar a conocer sus inquietudes y apreciaciones frente a la temática. Igualmente, para el óptimo desarrollo del evento se definieron diferentes comisiones que se encargarían de la organización logística académica.

Para la convocatoria se realizó una agenda en la que se visitó a medios de comunicación de la ciudad para difundir el seminario: Emisora Universidad Nacional y Radio Altair Emisora Universidad de Antioquia.

Se contó con la asistencia de 13 conferencistas⁷ de países como Argentina, México, El Salvador, Brasil, Uruguay, España e invitados locales.

Asistieron 160 personas de manera presencial. Se realizó una transmisión vía streaming del seminario, en la cual 168 personas de diferentes partes del mundo siguieron la jornada.

Luego del evento se le solicitó a los asistentes que diligenciaran un formato de evaluación del mismo, para así conocer su grado de satisfacción; el 88% de los formatos diligenciados consideró excelente la relevancia del contenido de las conferencias mientras que un 12% las consideró buenas. En cuanto a la metodología del seminario, 53% de personas expresó que fue excelente y 47% lo describió como bueno.

Se organizaron y publicaron las memorias del evento en el blog; además se desarrollaron notas de prensa para ser difundidas nacional e internacionalmente, enviándoles un resumen de la jornada a las oficinas de prensa de las instituciones de las que provenían los conferencistas. En tres canales de televisión local: Televida, Teleantioquia y Canal U se transmitieron notas del evento.

7. Entre los invitados internacionales se destacan: Por España: Carme Borrell, Jefe de información de la agencia catalana de salud pública. Por Brasil: Gilberto Pucca, Coordinador nacional de salud bucal del Ministerio de salud. Por El Salvador: Leonardo Herrera, profesional de la Unidad técnica de salud bucal del Ministerio de salud. Por Uruguay: Liliana Queijo, Jefe de salud bucal del único prestador público adscrito al Ministerio de salud. Por México: Mauricio Escoffie, del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

¿qué estrategias se tomaron para su creación?

El espacio académico se diseñó para un público de alrededor de 200 personas. Hubo una conferencia inaugural el primer día, otra el segundo día y espacios de panel donde se presentaba cada uno de los países invitados en torno a una experiencia para luego dar paso a la discusión y las preguntas. Se cerró el evento con un conversatorio con todos los invitados, incluidos los invitados locales, las Secretarías de Salud de Bogotá, Manizales y Medellín.

El intercambio internacional permitió conocer experiencias como las de Uruguay y Argentina que mostraban la precariedad con la que actuaban en zonas rurales y que sin embargo esto no impedía garantizar el derecho a la salud, frente a otras experiencias con grandes equipamientos, infraestructura y personal.

Cada una de las políticas y experiencias presentadas en el seminario mostró un discurso muy posicionado, que habla del énfasis o la directriz que tienen en salud bucal. Lo que daba pistas para pensar cuál debe ser el fuerte de una política y cuál debe ser su punto de distinción: la modalidad, la especialidad, y su enfoque frente al cubrimiento de derechos.

El enfoque de derechos de la política

El tema central cubrió la dicotómica o sinérgica relación entre derechos y servicios. Abordó la restricción, la demanda, los cubrimientos y modelos de prestación.

El seminario generó y recreó nuevas comprensiones. En suma, se percibió que el derecho a la salud no es simplemente un asunto de prestación de servicios sino que incluye la acción sobre los procesos sociales determinantes de la salud, la propia organización del sistema, la participación ciudadana, la producción y gestión del conocimiento, la regulación del Estado.

Hay otro aspecto que el seminario devela y que queda en la política: la atención primaria en salud como eje alrededor del cual se constituya el sistema. El intercambio internacional muestra cómo a través del eje de la atención primaria en salud Brasil ha podido mejorar sus cifras. Argentina, por su parte, desde una consideración de la atención primaria en salud sin alta tecnología está garantizado el derecho: cero sillas odontológicas, cero tecnología sin afectación a la calidad, la atención integral e integrada, la atención por territorios, los enfoques familiares y comunitarios, la atención por niveles, las sumatorias por programas, las atenciones interdisciplinarias, entre muchas otras enseñanzas.

El seminario tuvo el enfoque del derecho a la salud porque se sabía que en Medellín esa discusión no estaba clara, a pesar de que en la ciudad hay experiencias en política pública con este enfoque. Es evidente dentro del sistema la restricción del derecho a la salud dado el enfoque de mercado en la prestación de servicios.

Es por ello que se requería del intercambio de experiencias con enfoques de derechos en la ciudad, en vista de que a nivel latinoamericano gestionar políticas públicas bajo este enfoque constituye un reto. Por eso mismo se les pidió a los invitados que contaran cómo han hecho, cómo han podido implementar sus políticas públicas, cuáles han sido sus principales dificultades, sus aciertos y cómo fueron las dinámicas de gestión con los actores.

ESTRATEGIA COMUNICATIVA

Dos razones centrales justifican la elaboración de un plan de comunicaciones y relaciones públicas para el proyecto. La primera de ellas apunta a la naturaleza intrínseca del proceso de construcción de la política basado en la premisa de la construcción de la misma por parte de los actores institucionales y sociales de la ciudad: la participación incluyente. La segunda de las razones centrales considera un proceso administrativo preliminar a la toma de decisiones y al desarrollo de acciones, necesario para la gestión y el logro de resultados: la planeación.

El análisis situacional de la ciudad con respecto al análisis epidemiológico en salud bucal, el marco legislativo que determina el cumplimiento del derecho a la salud y las condiciones de la práctica odontológica actual, evidencian la necesidad de la formulación de una política pública sostenible que incida positivamente "en los procesos determinantes de la salud bucal". Este proceso de formulación se cimienta en la base de la participación incluyente con actores del sector privado y público, el gobierno, los prestadores de servicios, la industria de productos odontológicos, las instituciones formadores del talento humano odontológico, los académicos, los gremios y las organizaciones sociales, entre otros. Este proceso participativo requiere a su vez del trabajo conjunto entre varias partes, así como de la puesta en común de acciones que guardan relación directa con el significado de comunicación.

Por otra parte, estrechamente relacionado con el concepto de comunicación, se encuentra el de relaciones públicas, también determinante en el proceso de creación y sostenimiento de relaciones con los públicos que participan en el proceso incluyente de creación de la Política Pública de Salud Bucal. Las relaciones públicas son concebidas como una "función de dirección que identifica, establece y mantiene relaciones de mutuo beneficio entre la organización y sus públicos, de quien depende su éxito o fracaso" (21), lo que involucra pensamiento estratégico y la planeación de actividades que respondan a problemas específicos.

Con base en el acercamiento conceptual antes expuesto, las estrategias de comunicación y de relaciones públicas constituyen soportes dinamizadores y constitutivos de la participación incluyente que posibilita la formulación de la Política Pública de Salud Bucal.

El propósito general del plan se cifra en el desarrollo de estrategias de comunicaciones y relaciones públicas que apoyen la gestión de divulgación del proceso de formulación de la PPSB de Medellín 2013-2022, sus avances, información de interés público y promoción de

actividades, asimismo que apoyen el trabajo en equipo llevado a cabo entre los diferentes actores que participan del proceso.

En la formulación del plan se usa el modelo de proceso ROPES (por su significado en inglés: Research, Objectives, Programming, Evaluation y Stewardship⁸, sigla que traduce investigación, objetivos, programación, evaluación y reciprocidad), acogido ampliamente en el campo de las relaciones públicas.

¿qué estrategias se tomaron para su creación?

En la primera etapa del proyecto se trabajó de la mano con un grupo de la Facultad de Odontología: el observatorio de salud bucal y la práctica odontológica. Como el observatorio tenía una página y entre las estrategias pensadas estaba la de diseñar un blog de la política pública, se decidió crear un link en la web del observatorio para dinamizar ambos espacios.

La estrategia de comunicación en el ANTES se redujo a ello y, adicionalmente, se abrió un perfil en facebook que por las limitaciones de tiempo del equipo en la primera etapa se dificultó su dinamización, y se creó un logo símbolo —La Boca Convoca— diseñado por la Secretaría Técnica. Y tras esos inconvenientes es cuando decidimos (al final del ANTES) que necesitábamos un comunicador: "porque éramos muy pocos, teníamos otras ocupaciones y no dominábamos el tema".

Sin embargo, el poco dominio de la Secretaría Técnica no impidió que antes de la llegada de una comunicadora se adoptara una estrategia comunicativa dinamizadora de la política bajo tres criterios de difusión:

- Una imagen corporativa que posicionó la idea del proceso participativo bajo el lema/slogan "la boca convoca".
- La adopción del funcionamiento en las redes sociales bajo la instalación de un hosting que permitió el uso de la red, la creación de un blog y el envío de mensajes que reforzaron la iniciación del proceso y el estímulo a su vinculación, insumos que daban cuenta de la instalación del proceso participativo; finalmente, noticias de eventos que se convirtieron en acciones para su retroalimentación.
- El tercer criterio pretendió que la difusión del proyecto se centrara en el rescate de asuntos que se viabilizarían a través de hechos claves de salud bucal en la ciudad, mostrando la carga de la enfermedad y los hechos de polarización de las enfermedades bucales más prevalentes, para de esta manera generar una mayor sensibilización del proceso participativo.

8. Algunos adicionan a las sigla ROPE la letra S, que representa la palabra Stewardship. En su libro "No Mulligans allowed: Strategically Plotting your Public Relations Course" Pohl llama la atención sobre este concepto promovido por Kelly en 1998, como uno de los más importantes del proceso de una campaña de comunicaciones. Este concepto se refiere al correcto uso de los recursos dados por quienes financian una causa y la manera como el receptor de estos recursos debe llevar a cabo acciones que muestren reciprocidad y agradecimiento.

9. RECOMENDACIONES Y APRENDIZAJES



Intercambio internacional con coordinador nacional de la política de salud bucal de Brasil, visita a la ESE Metrosalud.

9. RECOMENDACIONES Y APRENDIZAJES

UN APORTE DESDE LAS PERCEPCIONES SITUACIONALES DE LOS ACTORES

La lectura situacional y crítica del estado de la salud bucal en el territorio fue argumentada por los cuatro grupos de actores que de manera intencional y por periodos de trabajo se convocaron para reconocer desde sus percepciones diagnósticas el estado de la práctica, tomando como referentes: el talento humano, las respuestas colectivas, los procesos críticos de referencia epidemiológica y el estado de los servicios.

Resultados que a su vez serían complementados y confrontados posteriormente por el trabajo del equipo técnico y materializados de manera formal en un documento de trabajo para el diseño de la política denominado "Marcos de referencia" presentado al inicio del 2013.

Se podría señalar que dichas percepciones se condensan en dos estados de la práctica: La crisis de la profesión, los servicios y los procesos formativos; y de las inequidades a las respuestas colectivas⁹.

La crisis de la profesión, los servicios y los procesos formativos

El modelo de salud vigente ha terminado por profundizar la crisis de la profesión, al estructurarse como un modelo morbicéntrico (22) que privilegia la atención a la enfermedad, sobre la atención a la salud y la vida, afianzando el concepto de salud como una mercancía, que hace de la atención un culto al marketing.

Esta situación se ha traducido en una crisis de la profesión, representada en la precarización de las condiciones laborales del odontólogo, que entre sus aspectos más relevantes podrían señalarse las siguientes: las crecientes disputas por el dominio de territorios, la competencia desregulada de mercados, la presencia de agentes externos poseedores de cadenas de empresas comerciales que manejan a su antojo al profesional ofreciendo contratos laborales,

9. Este análisis es el resultado del proceso de caracterización y análisis colectivo realizado por los grupos de trabajo, durante el proceso de formulación de la política pública, cuyo producto se sintetizó en el documento "Síntesis de los marcos de referencia de la formulación de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013-2022" (8) y que se discutió y validó por los actores en múltiples espacios de trabajo y deliberación.

bajos salarios, pagos por porcentaje, jornadas laborales extensas o exiguas, inseguridad social; en fin, todo un panorama desalentador distante de lo que se podría denominar un trabajo decente y digno.

Se podría afirmar que esta crisis se traslada a la función prestadora, siendo sus manifestaciones más explícitas el privilegio de modelos de atención unidisciplinarios, con una primacía de la atención individual sobre la colectiva, una insuficiente capacidad de atención a las necesidades reales, mientras crece la oferta de procedimientos suntuarios, promovida a través de paquetes de atención cosmética, que estimulan la reproducción de patrones de belleza homogeneizantes y en ocasiones en detrimento de patrones saludables.

Sumado a lo anterior, la existencia de una sobreoferta de programas de odontología que profundizan estas tendencias, sin que medie un estructurado y efectivo proceso regulador por parte del Estado, ni se modifiquen en estas ofertas los perfiles educativos, que en buena medida desatienden las condiciones, necesidades y diversidad de la población. Además de la escasa injerencia de la academia en la elaboración de las políticas públicas que el Estado adelanta.

De las inequidades a las respuestas colectivas

La respuesta a las inequidades en los servicios de salud bucal, para los actores de la política se debate en la dicotomía entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin lograr un adecuado posicionamiento en la búsqueda del beneficio colectivo de la población.

Unas respuestas se dan desde el sector formador amparados en el modelo docencia servicio con enfoque familiar o comunitario mediante la realización de actividades formativas, que inscritas en procesos transformadores y con un limitado énfasis en procesos promocionales de salud, no logran su consolidación, pues registran bajos impactos y se dan de manera discontinua.

De manera alterna las instituciones públicas del sector de los servicios desarrollan programas educativos con énfasis en un enfoque preventivo, con el propósito de aumentar coberturas focalizando acciones en sectores vulnerables de la población, mediante trabajos interdisciplinarios, pero sin replicaciones importantes en el resto de la población beneficiaria.

Pero además, este panorama es contrastado con las percepciones comunitarias que relatan la condición y situación de la salud bucal a partir de sus vivencias diarias, señalando en primer lugar como fortalezas la red de servicios por centros y puestos para el desarrollo de programas

10. Al referirse al crecimiento desmedido de los programas de formación profesional que no están soportados en las necesidades epidemiológicas ni en la capacidad de absorción del mercado laboral, y que están directamente relacionados con la precarización de las condiciones laborales y el crecimiento del desempleo y subempleo profesional en el país. Siendo esto un asunto reconocido por las propias organizaciones académicas y gremiales de la odontología en el país (23, 24).

con que cuenta la ciudad, en claro contraste con otros actores que señalan no poder relatar fortalezas alrededor de su situación de salud bucal en la ciudad; acompañan este sentimiento además, otros que documentan los escasos recursos que se disponen para la atención a sus necesidades. Es por ello que manifiestan como principal problemática percibida las dificultades de acceso a los servicios, la manera en cómo se disponen los recursos y el trato dado por los profesionales al momento del acto odontológico.

Expresan que estas necesidades requieren de un cúmulo de respuestas exigibles que vayan en procura de mejoras en la atención, la presencia de nuevos espacios como centros y programas, unas nuevas educaciones en materia de salud bucal acorde a los tiempos presentes y a las nuevas necesidades y demandas del medio, apoyándose para ello en las ventajas que ofrecen hoy las nuevas comunicaciones y los servicios en red.

Solicitan que las relevancias en la atención se dirijan hacia los procesos de promoción del cuidado y la prevención, y a subsanar las dificultades frente al acceso y remediar las necesidades de rehabilitación.

Un panorama abierto en el diseño de la política se dio a través del intercambio de experiencias con otras ciudades que en los ámbitos locales e internacionales han abordado la problemática generando alternativas frente al posicionamiento de la salud bucal como política con enfoque de ciudad y territorio.

De alguna manera estas alternativas se constituyen en retos; que en un primer nivel de intercambio se constituyen en posibles respuestas que estimulan su creación frente a las demandas y diagnósticos situacionales recreados por los actores.

UN APORTE DESDE LAS PERCEPCIONES Y LA EXPERIENCIA

La construcción de una política pública como asunto del ente territorial

Revisando las experiencias de otras ciudades y países la construcción ha sido un asunto del ente territorial en cabeza de la Secretaría de Salud. En el caso particular de Medellín, la construcción fue orientada por la Secretaría de Salud y ejecutada por la universidad, lográndose que el diseño metodológico y la fundamentación teórica fueran una construcción participativa. Pero esto no fue un óbice para desencadenar un proceso interno que resulta indispensable al proceso de formular e implementar una política pública. En ese sentido el reconocimiento, la apropiación y la proyección requieren una mayor centralidad en el interior de la Secretaría de Salud para garantizar un éxito en su gestión.

En este orden de ideas, la Secretaría podría generar unos dispositivos para que se coordine de manera coparticipada la nueva política pública, vinculando la academia, los prestadores,

aseguradoras, las organizaciones sociales, gremiales y profesionales, con la Secretaría a la cabeza de dicho grupo.

La construcción participativa, asunto indispensable

Se tuvo una participación regular al principio que fue aumentando de manera progresiva. Sin embargo, en muchos casos se tuvo una participación muy personalizada, era institucional porque era el delegado de la EPS, el delegado del decano, etc., quien estaba allí. Aunque se sugería que se revisara en las instituciones para luego poner la postura institucional, la participación en ocasiones no trascendía. En esa línea, en los espacios de discusión faltó ser más incisivos y más acompañantes de dinámicas internas de construcción en lo institucional. Sin embargo, hubo la intención y al final se dieron acciones para entrar con más fuerza en las instituciones, por ejemplo, en la EPS SURA, que generó escenarios a su interior y a través de su plataforma se hizo difusión del proceso de la política.

De allí surge la recomendación de armar una ruta de socialización y una estrategia para involucrar a las instituciones. Lo que implica que el proceso sea más holgado en el tiempo: en ocasiones la gran cantidad de actividades para un tiempo determinado no permitían profundizar ni decantar esos asuntos. Aunque la Política Pública de Salud Bucal de Medellín contó con un prudente tiempo, la experiencia dice que este tipo de procesos necesitan de más tiempo para que se maduren las perspectivas de análisis, los resultados, las propuestas y se concreten y empoderen los diferentes grupos y actores.

Aprendizaje en una perspectiva académica

El valor del posicionamiento conceptual que se hizo, tiene como reto su desdoblamiento y apropiación por parte de los diferentes actores consecuente con un compromiso de intención y acción. Dado que existe una ventaja: haber discutido con los actores asuntos de enfoque y perspectivas teóricas para problematizar el derecho a la salud, la práctica odontológica, lo situacional, la determinación social, el intercambio, en fin, más allá de lo práctico (la prestación clínica):

“La política tuvo buenos resultados porque tanto el diagnóstico, como la problematización expresada en los árboles de problema y las estrategias dan cuenta, de alguna manera, de que el campo no estuvo cerrado, el campo se abrió a la expectativa que se tenía de reconocer diferentes dimensiones de la práctica odontológica, problematizarlas y proponer estrategias que la transformaran y eso es valioso para quien quiera hacerlo por fuera. Tiene valor que se le trabaje a lo conceptual y que se haga con la gente, aunque en eso de lo conceptual, las perspectivas no sean las más taquilleras, y aún así se pudo avanzar. Seguramente no todos los actores dimensionan eso con toda la profundidad que puede tener un desarrollo teórico, pero ayudó a mover a los actores,

ayudó a diferentes sectores, ese es un aprendizaje y una cosa digna de resaltar para sugerirle a otros¹¹”

En torno al liderazgo

La reflexión que se ha hecho en esta última etapa del proyecto —hoy se puede constatar—, es que el contexto social en que se desenvuelve la práctica odontológica es bastante complejo al igual que su institucionalidad, para gestionar y garantizar transformaciones; se tienen problemas de fragmentación evidentes dentro de la profesión, que son históricos: se actúa bajo un telón de fondo que es el sistema actual de salud, con problemas de legitimidad¹² y desempeño que hace que las posibilidades de construir articulaciones y confianza entre los actores sea un asunto complicado:

“decir, bueno, yo convoco, pero no siento receptividad. Eso hace que el contexto de gestión de la política en particular se tenga que mover en escenarios de mucha incertidumbre, de desconfianzas históricas, y ahí es muy importante, que sea enfática la recomendación de que el liderazgo tiene que ser un liderazgo que anime a la construcción colectiva, que sea capaz de mantener escenarios de diálogo de los actores, regulares y no esporádicos; que sea capaz de abrirle espacios a la participación de actores sociales y comunitarios que pueden quedar en un tema como estos mínimamente representados. Un liderazgo de esa naturaleza se va a enfrentar a un escenario de alta incertidumbre, de problemas de legitimidad entre los actores y tal vez la mejor manera de asumir ese liderazgo es que sea colectivo, que no sea una Secretaría sola, sino una Secretaría que se junte con la academia, con organizaciones sociales para empujar juntos hacia el mismo lado; lo que se constituye en un espacio de gestión interinstitucional.”

Adecuación de las contrataciones

A los planes operativos institucionales, los planes operativos anuales que son instrumentos de planificación y monitoreo institucional, la política les ofrece los elementos para que cada institución armonice sus planes de contratación y planes operativos anuales, de manera que se vaya transitando de esa situación histórica en la que se han venido ejecutando las acciones y, de manera paulatina, se vayan incorporando los referentes de la política en la planeación institucional y del día a día de las instituciones:

-
11. Expresión de actores que participaron de la formulación de la PPSB.
 12. Los problemas de legitimidad se refieren al franco debilitamiento de las relaciones de confianza entre los actores del sistema de salud del país, a raíz de una crisis de múltiples causas y expresiones (financiera, de resultados en salud, de corrupción, en el ámbito nacional) y que no está resuelta (25, 26, 27). Lo que desencadenó múltiples enfrentamientos de los actores del sistema y de otros actores sociales y llevó a que se planteara la necesidad de una reforma al sistema de salud. Es así como en los últimos cinco años se han promovido no menos de tres intentos de reforma del sistema y se han visto las más importantes movilizaciones sociales por la salud en la historia del país (28).

“Entonces vale la pena y aplica para la Secretaría y para todas las instituciones que están obligados a planeación anual: la política pública puede ser un buen paso para articular”.

La demanda social

Como lo planteaba Gilberto Pucca, coordinador nacional de la Política de Salud Bucal del Ministerio de Salud de Brasil:

“Hasta que no seamos capaces de poner esto como expresión de una demanda social nos podemos parar en la cabeza y no va a haber cómo sacar de alguna manera esa concepción de que la salud bucal está asociada a un lujo, de poder pagar a un especialista para que te atienda”.

En la mirada de un actor de un actor local:

“Tal vez el proceso brasilero es el que de manera más intencionada se lo ha preguntado y lo ha hecho, incluso, por vías que teóricamente podrían ser epidemiológicamente de menor impacto. Porque allí se dice que lo que traduce la demanda social es la falta de dientes en los adultos. Mientras en el caso colombiano las discusiones y la construcción técnica se hace a la luz de los niños, las embarazadas. En Brasil la manera como traduce el conocimiento técnico para generar mecanismos de construcción social que expresen la demanda, se refiere a que la población de 50 años y más pueda tener sus dientes y es a eso a lo que la política le apunta, a ser capaz de movilizar la demanda social y ponerla en la agenda política. Esa no es la realidad de Colombia, aquí la gente aunque sea muy pobre paga por una caja, el colombiano y el paisa es muy vanidoso, y ese no es el lugar por donde nosotros hemos entrado, pero hay que pensarle ¿qué es lo que tendríamos que hacer para facilitar que se active la demanda social y se exprese con contundencia?”

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mejía, Marco Raúl. La sistematización empodera y produce saber y conocimiento. Bogotá: Ediciones Desde Abajo. 2010.
2. Jara, Oscar. Para sistematizar experiencias. Capítulo 7¿Cómo sistematizar? Una propuesta de cinco tiempos. Ed. Alforja. Costa Rica. 1994.
3. Ghiso, Alfredo. Mejía, Marco Raúl. Sistematización de Experiencias. Propuestas y Debates. Dimensión Educativa. Bogotá. Junio. 2004.
4. Jara, Oscar. Guía para sistematizar experiencias. Unión Mundial para la Naturaleza UICN. Oficina Regional para Mesoamérica ORMA, San José, Costa Rica. 2006.
5. Bickel, Ana. La sistematización participativa para descubrir los sentidos y aprender de nuestras experiencias.
Disponible en: http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0979/6_BIC_SIS.pdf
6. Facultad Nacional de Salud Pública. Informes técnicos del proyecto de formulación de la política pública de salud bucal para Medellín 2013- 2022. Medellín, octubre de 2012-enero 2013.
7. Metrosalud Empresa Social del Estado. Situación de salud oral de Medellín. 20 años de prevención integral. Imprenta Metrosalud; Medellín. 1990.
8. Facultad Nacional de Salud Pública. Síntesis de los marcos de referencia en la formulación de la política pública de salud bucal de Medellín - 1ª etapa. Medellín. 2013. Disponible en: <http://politicasaludbucalmedellin.files.wordpress.com/2013/11/sc3adntesis-de-los-marcos-de-referencia-en-la-formulacic3b3n-de-la-polc3adtica-pc3bablica-de-salud-bucal-de-medellc3adn-1-etapa.pdf>
9. Ministerio de Protección Social. Resolución 3577 de 2006 por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal.

10. Otálvaro, Gabriel; Zuluaga Sandra; Rico, Catalina; Gómez, Hugo; Garzón, Luis. Construcción participativa de la Política Pública de Salud Bucal de Medellín 2013 - 2022. El punto de partida. Disponible en: http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/Salud%20Bucal/M%C3%B3dulo%20Educa%C3%B3n/Construcci%C3%B3n%20participativa%20de%20la%20Pol%C3%ADtica%20P%C3%ABlica%20de%20Salud%20Bucal%20de%20Medell%C3%ADn%202013%20-%202022_El%20punto%20de%20partida.pdf
11. Breilh, Jaime. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Vol. 17. Buenos Aires: Lugar editorial, 2003.
12. Ghiso, Alfredo. De la práctica singular al diálogo con lo plural. Aproximaciones a otros tránsitos y sentidos de la sistematización en épocas de globalización. La Piragua n°16, 1998.
13. Jara, Oscar. Tres posibilidades de sistematización: comprensión, aprendizaje y teorización. Sistematización de experiencias, búsquedas recientes. Bogotá: Dimensión educativa, 2002.
14. Ruiz, Luz Dary. La sistematización de prácticas. Bogotá: Portal OEI. 2001. Disponible en <http://www.oei.es/equidad/liceo.PDF>. Consultado en febrero de 2013.
15. Torres A. La Sistematización de Experiencias: Aporte de la Educación Popular para una nueva Universidad. Caracas: Diálogo de saberes N°2 enero-abril de 2009.
16. Ase, Ivan; Buriyovich, Jacinta. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud colectiva 5(1): 27-47; 2009.
17. Organización de Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General 14. Ginebra: CESCR; 2000.
18. Hernández M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. Rev. salud pública. 10 sup (1):72-82, 2008.
19. Payares, Carlos. ¿Es la práctica odontológica un trabajo social descontextualizado? Revista Cubana de Estomatología 34(2): 96-102; 1997.
20. Roth, André. Políticas públicas. Formulación, implementación, evaluación. 1ª edición. Ediciones Aurora: Bogotá, 2002.
21. Pohl, G. M. No Mulligans allowed: Strategically Plotting your Public Relations Course. Dubuque (USA): Kendall/Hunt Publishing Company. 2008.
22. Alcaldía de Medellín. "Plan de Desarrollo 2012-2015." Un Hogar para la Vida. p 78-79. 2012.

23. Federación Odontológica Colombiana. Carta abierta a los candidatos presidenciales del periodo 2014-2018. Bogotá, junio de 2014.
Disponible en: http://www.odontologos.com.co/federacion/carta_candidatos.pdf
24. Asociación Colombiana de Facultades de Odontología. Situación actual de la práctica odontológica, aproximación a sus puntos críticos. Documento de trabajo. Bogotá, octubre de 2004.
25. Molina, G., Muñoz I., Ramírez, A. Dilemas en las decisiones en la atención en salud en Colombia: ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud. Medellín: La Carreta Editores. 2011.
26. Molina, G., Ramírez, A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. Rev Panam Salud Pública, 33(4): 287-293. 2013.
27. Echeverry, María Esperanza y otros. Indignación justa: estudios sobre la acción de tutela en salud en Medellín. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; Hombre Nuevo Editores, 2013.
28. Torres, Mauricio. Nueva ola de protestas por el derecho a la salud en Colombia. Semanario Caja de Herramientas. N° 376 - Semana del 8 al 14 de Noviembre de 2013.

