

Situación actual de los programas de promoción y prevención en salud bucal en el contexto del SGSSS entre la ESE Ladera y las EPS-S con las cuales se tiene contrato, año 2009

YINNIVA CHÁVEZ UMAÑA.
Odontóloga.

TRABAJO DE GRADO.

Director
Jairo Corchuelo.
Odontólogo M.A.S.

UNIVERSIDAD DEL VALLE
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD
SANTIAGO DE CALI
AGOSTO
2010

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	5
1. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	7
2. JUSTIFICACION.....	9
3. MARCO TEORICO.....	11
4.HIPOTESIS.....	29
5.OBJETIVOS.....	30
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	30
5.2OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	30
6. METODOLOGIA.....	31
6.1 TIPO DE ESTUDIO.....	31
6.2 TIPO Y DISEÑO DE MUESTREO.....	32
6.3VARIABLES DE LA ESCUESTA E LOS COORDINADORES.....	32
6.4.1VARIABLES INDEPENDIENTE.....	32
6.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	32
6.4 VARIABLES DE LA ENCUESTA DE LAS HIGIENISTAS ORALES.....	33
6.4.1VARIABLES INDEPENDIENTE.....	33
6.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	33
6.5 VARIABLES DE LA ENCUESTA DE LOS ODONTOLOGOS.....	34
6.5.1VARIABLES INDEPENDIENTE.....	34
6.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	34
6.6 VARIABLES DE LA ENCUESTA DE LOS USUARIOS.....	34
6.6.1VARIABLES INDEPENDIENTE.....	34
6.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	35
6.7 TRABAJO DE CAMPO.....	36
6.8 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS Y ANALISIS DE LA INFORMACION.....	37
6.8.1TECNICA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	37
6.8.2 TECNICA DE ANALISIS DE LA INFORMACION.....	39
6.9 CONSIDERACIONES ETICAS.....	39
7. RESULTADOS.....	40
8. TRIANGULACION METODOLOGICA.....	64
9. DISCUCION.....	65
10. CONCLUSIONES.....	70
11. RECOMENDACIONES.....	72
BIBLIOGRAFIA.....	74
ANEXOS.....	77

LISTA DE TABLAS

Tabla No. 1 Usted como usuario le han hablado del programa de promoción y prevención en salud oral.....	37
Tabla No 2 Descripción de la norma técnica en salud oral.....	41
Tabla No 3 metas por cumplir por parte de la ESE Ladera.....	43
Tabla No 4 Actividades de la EPS CAPRECOM.....	44
Tabla No 5 Actividades de la EPS SALUD CONDOR.....	45
Tabla No 6 Actividades de la EPS EMSSANAR.....	46
Tabla No 7 Actividades de la EPS SELVASALUD.....	47

LISTA DE GRAFICAS

Grafica No.1. Percepción de la planeación de los servicios de salud.	8
Grafica No. 2 Mapa de la ESE Ladera	20
Grafica No.3 No hay un diagnostico de la situación actual del programa de promoción y prevención en salud oral	40
Grafica No. 4 Hay documento escrito del programa de promoción y prevención en salud oral	41
Grafica No. 5 Conocimiento del programa de promoción y prevención en salud oral.....	42
Grafica No.6 Odontólogos.....	43
Grafica No.7 Odontólogos.	44
Grafica No.8 Solicitud de un servicio de promoción y prevención en salud oral.....	45
Grafica No.9 Evaluación de los objetivos del programa de promoción y prevención en salud oral.....	46
Grafica No. 10 Evaluación de los resultados del programa de promoción y prevención en salud oral.....	47
Grafica No. 11 cumplimiento de metas CAPRECOM primer trimestre.....	53
Grafica No.12 cumplimiento de metas CAPRECOM segundo trimestre.....	54
Grafica No.13 cumplimiento de metas CAPRECOM tercer trimestre.....	55
Grafica No.14 cumplimiento de metas SALUD CONDOR primer trimestre.....	56
Grafica No.15 cumplimiento de metas SALUD CONDOR segundo trimestre.....	57
Grafica No.16 cumplimiento de metas SALUD CONDOR tercer trimestre.....	58
Grafica No.17 cumplimiento de metas de EMSSANAR primer trimestre.....	59
Grafica No.18 cumplimiento de metas de EMSSANAR segundo trimestre.....	60
Grafica No.19 cumplimiento de metas de SELVASALUD primer trimestre.....	61
Grafica No.20 cumplimiento de metas de SELVASALUD segundo trimestre.....	62
Grafica No.21 porcentaje de cumplimiento de metas mes a mes de la ESE Ladera.....	63
Grafica No. 22 Situación actual de los programas de promoción y prevención en salud bucal en el contexto del SGSSS entre la ESE Ladera y las EPS del Régimen subsidiado con las cuales se tiene contrato: triangulación metodológica.....	64

INTRODUCCIÓN.

El término Promoción de la Salud surgió en las dos últimas décadas en países industrializados, particularmente en Canadá. Uno de los orígenes importantes de ese resurgimiento fue cuestionamiento de la eficiencia de la asistencia médica curativa de alta tecnología. A raíz de la necesidad de controlar los costos crecientes del modelo biomédico, se abrió espacio para criticar el estrechamiento progresivo que este modelo produjo en la racionalidad sanitaria y en la recuperación del pensamiento médico social que, a mediados del siglo XIX, enfatizaba relaciones más amplias entre salud y sociedad.

Por ello decimos que la Promoción de la Salud es un proceso que proporciona a la población los medios necesarios para ejercer mejor y mayor calidad de vida y control de sobre su salud. La promoción de la salud tiene como desafío transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo¹.

La Ley 100 dispone a las entidades encargadas de prestar servicios de salud a crear programas de Promoción y prevención para comunidades urbanas y rurales. La ubicación geográfica en algunos departamentos de Colombia, no permite que existan coberturas adecuadas y suficientes para cumplir con todos estos programas. El estado de salud de una región está condicionado por diferentes factores como son la edad, la raza, el nivel socio-económico, nivel educativo y el estilo de vida (datos de vivienda), el desarrollo de los servicios públicos que recibe y los hábitos culturales entre otros².

En Colombia la planeación y ejecución de los programas preventivos en salud estuvo centralizada en el sector público, en cabeza del Sistema Nacional de Salud, hasta 1993 año en el cual la reforma al Sistema General de Seguridad Social (ley 100 de 1993) dejó sentadas las bases para que la responsabilidad de las acciones preventivas se compartieran entre el sector público y el sector privado como proveedor de servicios en el nuevo sistema³.

¹ Milagros Alida Burgos Huanca, Promoción de la Salud, /<http://www.monografias.com/trabajos71/promocion-salud/promocion-salud2.shtml>

² (2) Evaluación de las condiciones de salud oral y la efectividad de los programas de promoción y prevención instaurados en la comunidad pesquera del corregimiento de Bocachica-Cartagena de Indias 2001. <http://www.unbosque.edu.co/files/Archivos/file/evaluacioncondicionessaludoral.pdf>

³ Revista de odontología, Situación actual de los programas preventivos de salud bucal en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud. <http://www.encolombia.com/odontologia/foc/FocXXI-Situacion.htm>

Desde el punto de vista filosófico la ley 100 ha centrado el éxito de su propuesta, en que las entidades encargadas del diseño de políticas públicas, los entes territoriales y locales, y los prestadores de servicios comprendan que la base de la eficacia y la efectividad del Sistema, está en mantener sanos a sus afiliados, en que se eviten los riesgos de enfermar y en que se haga el menor uso posible de los servicios curativos. Esto por su puesto, sólo se garantiza con programas preventivos de altas calidades técnicas, humanas, universales, integrales, oportunos y continuos.

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

La situación actual de los programas de promoción y prevención en salud bucal, en el contexto del SGSSS entre la ESE Ladera y las EPS del Régimen subsidiado, con las cuales se tiene contrato, pueden haber repercutido en los indicadores de morbilidad en caries, en la enfermedad gingival para todos los grupos de edad y en la pertinencia de utilizar las actividades de protección específica en cualquier etapa de la vida, de acuerdo a la valoración individual del ser humano. De ahí que sea de suma importancia que tanto las entidades administradoras de planes de beneficio y prestadoras de servicios de salud, tengan un conocimiento de sus clientes y afiliados que le permitan planear, organizar, evaluar y monitorear las metas dirigidas a mejorar la salud bucodental de sus afiliados.

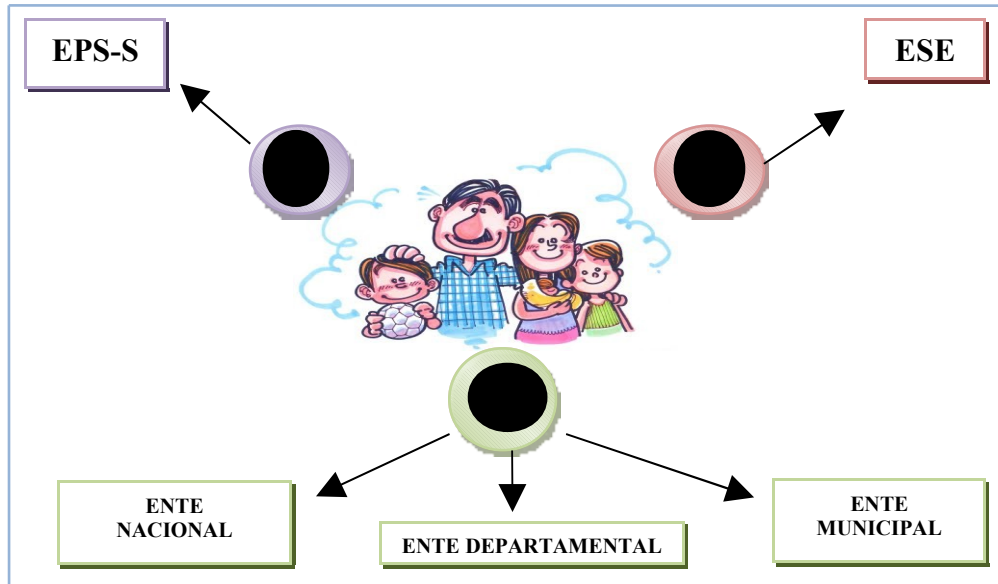
El cierre o desmonte paulatino de varios programas preventivos en salud bucal desde la aplicación de la ley 100 en diferentes ciudades del país e irregularidades en la prestación de servicios en las que aun continúan funcionando, deja varios interrogantes sobre su situación actual. En consecuencia, la modalidad de trabajo pasó de las acciones colectivas y de gran cobertura a las acciones individuales en el consultorio, la presión de la facturación desvirtúa algunos de sus principios básicos y los dineros asignados se desvían o se quedan sin ejecutar.

Con la nueva normalización, se produce una coyuntura que obliga a revisar los esquemas de atención preventiva en salud bucal y a revisar las condiciones actuales de los servicios que facilitan o dificultan la adopción de estos nuevos esquemas de trabajo.

En este contexto descrito, el proyecto responderá la pregunta ¿Cuál es la situación actual de las acciones de promoción y prevención planeadas y ejecutadas según parámetros contractuales entre aseguradores y prestadores y su relación con planes nacionales, regionales y locales de salud bucodental? Esto con el fin de realizar un estudio descriptivo transversal, que nos facilite mirar las acciones del programa de promoción y prevención en salud bucodental, en relación con una de las prestadoras y aseguradores de los servicios de salud del régimen subsidiado en la ciudad de Santiago de Cali. El caso de la ESE ladera y las EPS-s con las cuales se tienen contrato.

El siguiente gráfico muestra la relación entre prestadores, aseguradores usuarios y la normatividad vigente.

GRAFICA # 1. Percepción de la planeación de los servicios de salud.



■ Es
■ O
□ Ne

2. JUSTIFICACIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano generado a partir de la Ley 100 de 1993, introdujo importantes cambios en la forma de entender y de gestionar los servicios de salud, y en particular generó nuevas exigencias para la planificación y organización de dichos servicios.

En 1995, la Comisión Séptima del Congreso de la República de Colombia encargó un estudio para evaluar el estado del nuevo sistema de salud tras un año de su implementación. Allí se evaluó particularmente la situación del desarrollo empresarial y de gestión de las instituciones de salud. El estudio encontró que los ejercicios de planeación, presupuestación, programación y evaluación de los servicios de salud, se hacían de una manera desarticulada entre sí: la planeación no contemplaba el comportamiento de la demanda de servicios de salud y en el mejor de los casos se limitaba a programar un mayor número de servicios de acuerdo con su comportamiento histórico; el presupuesto no se correlacionaba con los planes y también respondía a crecimientos históricos; y la evaluación de servicios no se hacía para ajustar los planes vigentes ni para diseñar los nuevos.

Ahora bien, a pesar de que parte de estas deficiencias se han tratado de corregir, en la actualidad sigue habiendo una gran incertidumbre sobre el comportamiento de la demanda de servicios de salud y sobre el dimensionamiento de la oferta de los mismos.

La inestabilidad en el comportamiento de las variables macroeconómicas que influyen sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la proliferación de normas que hacen más compleja la dinámica del sistema, la multitud de actores, la dinámica de las variables extrahospitalarias relacionadas con salud (nivel de aseguramiento, estructura poblacional, perfil epidemiológico, etc), entre otros, hacen difícil predecir la estructura y el comportamiento de la demanda de servicios de salud en una población para ser tenida en cuenta dentro de un ejercicio de planeación prospectiva de una oferta que también presenta dificultades para su dimensionamiento (oferta real, capacidad instalada, y oferta potencial)⁴.

⁴ Walter Ramiro Toro Jiménez. Modelo de simulación prospectiva de la demandad de servicios de salud para enfermedades de alto costo: aplicación para una entidad promotora de salud colombiana.

Los elementos anteriores, nos sirven de marco contextual para realizar un estudio descriptivo transversal, que nos facilite mirar las acciones del programa de promoción y prevención en salud bucodental, en relación con una de las prestadoras y aseguradores de los servicios de salud del régimen subsidiado.

Este estudio se tomarán varias variables de la investigación “Situación actual de los programas preventivos de salud bucal en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud”⁵; que tuvo como objetivo caracterizar el desarrollo de los programas preventivos de salud bucal de las EPS, ARS, IPS, ESE y Entidades adaptadas, de las ciudades de Bogotá, Medellín y Manizales⁶.

⁵ Revista de odontología, Situación actual de los programas preventivos de salud bucal en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud. <http://www.encolombia.com/odontologia/foc/FocXXI-Situacion.htm>

⁶ El estudio se llevo a cabo en 46 Instituciones, se realizaron 192 entrevistas semiestructuradas, concluyendo que las propuestas de atención preventiva en salud bucal en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, muestran graves deficiencias de pertinencia, relevancia social, integralidad y continuidad.

3. MARCO TEÓRICO.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla⁷. Así, la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud⁸.

En términos generales el modelo de promoción de la salud dentro del nuevo Sistema de Seguridad Social se ha restringido y depende que ciertas actividades se puedan convertir en productos mercadeables que lleguen a quienes puedan acceder a ellos. No propiamente a los grupos más vulnerables y que más la necesitan. Los servicios odontológicos hacen parte de esa lógica, con escasos desarrollos, podría decirse que menos que antes, en el contenido mismo de la Ley, dada la presión por no incluir muchas actividades que se han tildado siempre de muy costosas y poco rentables. En este sentido la prevención en odontología, pese a todo lo que plantea la ley en sus fundamentos filosóficos, se circunscribió a actividades puntuales.

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los *factores de riesgo*, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida⁹.

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.

⁷ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986

⁸ Promoción de la salud glosario de la organización mundial de la salud, ginebra

⁹ Tomado del Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984

La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la *promoción de la salud*. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del *sector sanitario*, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a *factores de riesgo* identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes *comportamientos de riesgo*.

En otro sentido, un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población; de esta forma las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.

Por lo general, un programa de salud consta de diversas partes; en principio se plantea una introducción con los antecedentes y la misión que cumplirá el programa, después se realiza el diagnóstico de la situación actual, que puede incluir una síntesis de evaluación de planes similares que se hayan desarrollado con anterioridad, tras el diagnóstico se presenta el plan (con la programación de actividades) y en ocasiones también se detallan las conclusiones respecto a los resultados que se esperan conseguir. Por tanto el programa de salud es un instrumento para operacionalizar las políticas de salud a través de la planeación ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud¹⁰.

La ley 100 de 1993 definió la reforma que dio lugar al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS en Colombia y sentó las bases para la prestación de los servicios de salud a través una red de instituciones privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población, bajo la supervisión y regulación del Estado. Dicho esquema, conocido en la literatura como “Competencia Regulada”, se caracteriza por vincular activamente a los agentes privados para la provisión de un servicio público esencial como es la atención en salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano está dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo, vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes, los pensionados y sus familias y, se financia con contribuciones de los empleadores y empleados. El segundo, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y

¹⁰ Fuente Definición .de
www.fuentedefinicion.de

vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.

De acuerdo con el Artículo 157 de la Ley 100 de 1993, a partir del año 2000 el Sistema General de Seguridad Social en Salud debería dar cobertura al 100% de la población colombiana a través de los dos regímenes ya señalados.¹¹

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud se ha logrado avances y se han generado un conjunto de problemas y dificultades en el área de promoción y prevención, con respecto al desarrollo institucional, la planeación, la gestión, las herramientas de vigilancia, las actividades y la capacitación.¹²

En el mundo entero, la salud ha sufrido cambios y reformas que han sido dadas, tanto por las necesidades de hacerle frente al cambiante mundo, como por establecer un sistema donde el ser humano reciba un trato digno eficaz y eficiente acorde a su situación y al sistema en el que se desenvuelve.

La crítica internacional al Estado de bienestar que ya se venía madurando desde los años sesenta y la crisis económica de finales de los setenta y principios de los ochenta, le dan fuerza a la llamada corriente neoliberal con su nueva propuesta de bienestar social que deviene en transformaciones del papel del Estado y en reformas laborales, institucionales y del sistema de servicios de salud, entre otras. “En esta nueva perspectiva de las políticas sociales encajan coherentemente las estrategias de privatización de los servicios de salud, de concurrencia de prestadores y aseguradores privados en el mercado de la salud y de exigencias de transformación de los capitales privados, en empresas autosostenibles y competitivas que han acompañado el proceso de reforma a la salud”¹³.

En el campo específico de la salud pública, la reforma, congruente con su postura ideológica, ha dado auge a las políticas de salud que enfatizan en el autocuidado, desplazando la dimensión colectiva del cuidado de la salud al control individual de factores de riesgo. Dentro de esa lógica se estableció al comienzo de la reforma un Plan de Atención Básica de carácter universal, gratuito y obligatorio, con acciones colectivas de información, educación y promoción de la salud y

¹¹ julio Mario Orozco africano. Fuente caracterización del mercadeo del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia.

¹² Salud pública vol.4 no.1 Bogotá Jan. /Apr. 2002 Promoción, Prevención, Municipalización y Aseguramiento en Salud, en Siete Municipios.

¹³ Revista de odontología, Situación actual de los programas preventivos de salud bucal en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud. <http://www.encolombia.com/odontologia/foc/FocXXI-Situacion.htm>

prevención de enfermedades, financiado con recursos públicos y de responsabilidad de los municipios. A su vez las acciones individuales de fomento, protección y prevención específica se dejaron como responsabilidad de las empresas aseguradoras (Empresas Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado). Actualmente, el componente de promoción y prevención está normado por la resolución 5261 de 1994 de Colombia. ^{14,15, 16.}

El Acuerdo 117 de 1998 del CNSSS¹⁷ que establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública; hace énfasis en que es responsabilidad de las EPS, ARS y entidades adaptadas y transformadas, administrar el riesgo individual en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos prevenibles o de eventos de enfermedades sin atención.

El Artículo 5 incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica con el fin de evitar la aparición inicial de la enfermedad, mediante la protección frente al riesgo:

- ✓ Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- ✓ Atención preventiva en salud bucal
- ✓ Atención preventiva en parto
- ✓ Atención preventiva del recién nacido
- ✓ Atención preventiva en planificación familiar

Las actividades contempladas en el Plan Obligatorio de Salud POS, están aún más restringidas y en el campo preventivo se reducen a lo que está contemplado en la Resolución 0412 de 2000 específicamente en la Norma Técnica de Atención Preventiva en Salud Bucal, la cual define la atención preventiva como el “conjunto de actividades con efecto comprobado científicamente sobre el individuo, encaminadas a mantener la salud bucal y disminuir la presencia de las principales patologías orales en la población”. Este conjunto de actividades son: el control y remoción de la placa bacteriana, la aplicación de flúor, la aplicación de sellantes y

¹⁴ Ministerio de Salud. Resolución 5261 de agosto 4 de 1994. Manual de Procedimientos y Actividades del POS.

¹⁵ Decreto 3039 DE 2007, del ministerio de protección social Colombia.

¹⁶

Ministerio de Salud, Colombia Resolución 412 de febrero 25 del 2000 Actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las enfermedades de interés en salud pública

¹⁷ Acuerdo 117/1998. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

el detartraje supragingival. Para la prestación de servicios en el POS la norma base es la Resolución 5261 del 5 de Agosto de 1994 por la cual se adopta el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos (MAPIPOS).

En el decreto 3039 del año 2007 relata, el que el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 será de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

Son propósitos del Plan Nacional de Salud Pública los siguientes:

1. Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
4. Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

Entre las razones que fundamentan la necesidad de establecer prioridades en salud, las más destacadas son; el cambio en los patrones en salud (por envejecimiento poblacional, cambio en los determinantes por desarrollo económico y social, nuevas patologías), el cambio en los conceptos de salud (descubrimientos de nuevas causalidades, tratamientos para situaciones antes incurables), las necesidades y expectativas de los grupos de interés, exceden los recursos disponibles (necesidades de salud infinitas, nuevas tecnologías, intereses particulares) y sobre todo, porque el uso de los recursos salud es de interés público y existe la exigencia de hacerlo de forma eficiente, donde el bienestar para la mayoría prime y se impacte de la manera más amplia posible.

El Plan Nacional de Salud Pública define las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a compromisos establecidos por la Nación en los acuerdos internacionales.

Los objetivos de las prioridades en salud son respuesta a las necesidades del país en materia de salud, las cuales han sido debatidas y consensuadas con los distintos actores del sector, de otros sectores y representantes de los ciudadanos y usuarios de los servicios de salud, a través de mesas de discusión y aportes individuales y de diferentes colectividades.

Las prioridades nacionales en salud son:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.

3. La salud oral.

4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene unos actores básicos que tienen que ver con la definición de políticas y programas de atención, con los procesos para la prestación del servicio y con el uso del servicio. Ellos son:

EPS Entidad Promotora de Salud: responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA.

EPS-S Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado: encargadas del registro y prestación de servicios de salud a las personas sin capacidad de pago (población más pobre y vulnerable del país) que hayan sido afiliadas o aseguradas por las Direcciones Locales de Salud como beneficiarios del régimen subsidiado. Actualmente en el valle del cauca se encuentran habilitadas las siguientes EPS-S.

- ✓ CAFESALUD EPS.
- ✓ COMFACARTAGO.
- ✓ EMSSANAR.
- ✓ COOSALUD.
- ✓ EPS CONDOR.
- ✓ CALISALUD.
- ✓ HUMANA VIVIR.
- ✓ CAPRECOM.
- ✓ AIC- ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA.

IPS Institución Prestadora de Servicios de Salud: encargadas de prestar los servicios de salud a los afiliados en su nivel de atención correspondiente y dentro de los parámetros y principios señalados en la Ley.

ESE - Empresa Social del Estado: todas las entidades descentralizadas del orden nacional y territorial, cuyo objeto es la prestación de servicios de salud.

En el acuerdo 106 del año 2003, el concejo municipal de Santiago de Cali en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en su artículo 313, numerales 1 y 6 de la constitución política, la ley 10 de 1990, la ley 100 de 1993, la ley 344 de 1996 y la ley 715 de 2001 de Colombia, relata: “por el cual se descentraliza la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención del municipio de Santiago de Cali, mediante la creación de las empresas Sociales del estado del municipio de Santiago de Cali” acuerda:

Artículo 1º: creación y naturaleza. Créanse cinco Empresas Sociales del Estado del Municipio de Santiago de Cali, como una categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden municipal, dotadas de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscritas a la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali y sometidas al régimen jurídico previsto en la ley.

Artículo 2º: denominación. Las empresas sociales del estado creadas mediante este acuerdo se denominan de la siguiente manera: red de salud de ladera empresa social del estado, red de salud del norte empresa social del estado, red de salud del centro empresa social del estado, red de salud del oriente empresa social del estado, red de salud del suroriente empresa Social del estado.

Artículo 3º: conformación. Las empresas sociales del estado están integradas por las unidades de prestación de servicios de salud de la red pública del municipio de Santiago de Cali.

El objeto de las empresas sociales del estado creadas mediante este acuerdo, es la prestación de servicios de salud, como un servicio público de seguridad social en salud a cargo del municipio, que contribuya al mantenimiento del estado de salud de la población en sus áreas de influencia; con capacidad para ofrecer servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación acorde con las necesidades determinadas en el perfil epidemiológico y con sujeción al plan sectorial de salud, al plan de desarrollo municipal y a los criterios operacionales señalados para el funcionamiento de la red de servicios del departamento del valle del cauca, sin perjuicio de que pueda prestar otros servicios de salud que no afecten su objeto social y que contribuyan a su desarrollo y financiación.

Son Fines de la empresa social del estado:

En cumplimiento de su función las Empresas Sociales del Estado deberán:

1. Contribuir a mejorar el estado de salud de la población del Municipio de Santiago de Cali, fortaleciendo los hábitos de vida saludable, los factores protectores de la salud y la prevención de la enfermedad; mediante la prestación de servicios de promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, protección específica y detección precoz, de conformidad con las Políticas de Salud Pública del Municipio de Santiago de Cali.
2. Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población de la ciudad de Santiago de Cali, procurando reducir la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad, el dolor y la angustia evitables.
3. Producir y prestar servicios de salud de calidad, de conformidad con las normas establecidas en la ley y acorde con las necesidades de salud identificadas en el perfil epidemiológico de la población del Municipio de Santiago de Cali.
4. Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y sostenibilidad financiera de la Empresa Social.
5. Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.
6. Desarrollar un sistema de costos que le permita determinar tarifas razonables para el usuario y competitivas en el mercado.
7. Acoger las políticas de funcionamiento en red dictadas por el Departamento y el Municipio, con el fin de contribuir en su reorganización.

Las cinco empresas sociales del estado de la ciudad de Cali son: ¹⁸

¹⁸ www.calisaludable.gov.co/ secretaria de salud pública de Santiago de Cali.

ESE CENTRO.

HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS

Cobertura: comunas 8, 9, 10,11 y 12

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Esta zona está ubicada en el centro de Cali, zona construida en su totalidad y de mayor dificultad para expansión de vivienda. Actividades industrial y comercial. Estratos 4,3 y 2, equipamiento urbano y calidad de servicios aceptables. Población total 445.000 Habitantes, siendo vinculados al sistema el 36%, afiliado al R Subsidiado el 5% y al contributivo 59%.

PERFIL DE MORBIMORTALIDAD

La tasa de mortalidad para la población de esta zona es de 7.90, por encima de la de Cali (5.92) y la esperanza de vida es de 68.6 inferior a la de la ciudad (71.4). La mediana de edad es de 26.83 años, con una población madura similar a la de Cali.

Las causas de consulta presentan un patrón similar a las de Cali, siendo diferente la frecuencia de las enfermedades hipertensivas.

Primeras causas de Morbilidad:

1. Enfermedad Vírica.
2. HTA.
3. Ira.
4. Caries dental.
5. Laceraciones y heridas

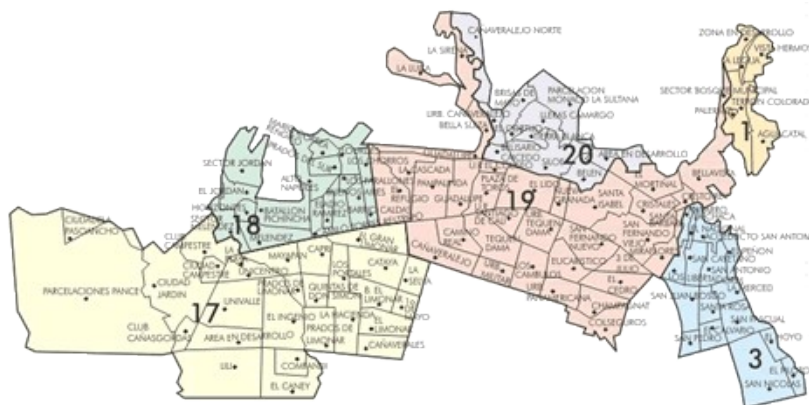
RIESGOS AMBIENTALES

Los riesgos prioritarios son las intoxicaciones y contaminación, por tener zona industrial y el riesgo automotor, con alta incidencia de accidentalidad.

ESE LADERA.

HOSPITAL CAÑAVERALEJO

Grafico No.2 Mapa de la ESE Ladera.



Cobertura: comunas 1, 3, 17,18, 19 y 20

La Red de Salud de Ladera Empresa Social del Estado, la conforman: el Hospital Cañaveralejo; el Centro de Salud Terrón Colorado, el Puesto de Salud La Paz, el Puesto de Salud Vistahermosa, el Puesto de Salud Fray Damián, el Puesto de Salud El Piloto, el Centro de Salud Primero de Mayo, el Centro de Salud Meléndez, el Puesto de Salud Alto Nápoles, el Puesto de Salud Lourdes, el Puesto de Salud Nápoles, el Puesto de Salud Polvorines, el Puesto de Salud Bellavista, el Centro de Salud Siloé, el Puesto de Salud Brisas de Mayo, el Puesto de Salud La Estrella, el Puesto de Salud La Sirena, el Puesto de Salud La Sultana, el Puesto de Salud Belén, el Centro de Salud Cascajal, el Puesto de Salud La Buitrera, el Puesto de Salud Pance, el Puesto de Salud Villacarmelo, el Puesto de Salud La VoráGINE, el Puesto de Salud Felidia, el Puesto de Salud La Leonera, el Puesto de Salud Peñas Blancas, el Puesto de Salud Pichindé, el Puesto de Salud Saladito, el Puesto de Salud Golondrinas, el Puesto de Salud La Castilla, el Puesto de Salud La Paz Rural, el Puesto de Salud Montebello, el Puesto de Salud El Hormiguero, el Puesto de Salud Los Andes, el Puesto de Salud La Elvira, el Puesto de Salud Alto Aguacatal, el Puesto de Salud Alto del Rosario, el Puesto de Salud El Otoño.

CARACTERÍSTICAS GENERALES

La zona de Ladera cubre el sur, oeste y centro de la Ciudad de Cali, incluyendo zona de ladera y plana. Para el 2002 tiene 543.368 habitantes.

Su sistema Ecológico Urbano comprende áreas histórica de la ciudad, comercial e industrial de partes metal mecánica y comercio de partes de automotores. Zonas de asentamientos urbanos legales y planificación urbana y zonas con asentamientos humanos con desarrollo incompletos, con alto deterioro físico y social, contrastando con áreas de coberturas superiores a las necesidades básicas y zonas marginales, hecho verificable en la identificación de estratos socio económico por comuna.

La comuna 1 se caracteriza por estrato 1, la comuna 3, estrato 3, la 17 estrato 5, la 18 estrato 2, la 19 estrato 5 y la 20 estrato 1, lo que significa que el 58% de la población de la comuna pertenece al estrato 5 y el 12% al estrato 3, el 12% al estrato 2 y el 18% al estrato 1.

El 53% de sus habitantes son caleños, el 14% vallecaucanos, el 31% de otros departamentos y el 3% de otra nacionalidad o si dato de origen, con una población total de 522.658 habitantes, según datos de la Secretaria Municipal de Salud, para el año 2001, estando el 46% de la población vinculados al Sistema General de seguridad social y el 8% afiliados al régimen Subsidiado, el resto de la población esta asegurada en el régimen contributivo. La población total de la zona representa el 25% de la población de Cali.

PERFIL DE MORBIMORTALIDAD

El perfil demográfico y epidemiológico de las comunas de esta zona presenta gran heterogeneidad y condiciones de miseria. Algunas comunas de población relativamente joven como es el caso de las comunas 1, 18 y 20, contrastan con otras donde la población presenta tendencia al envejecimiento como son las comunas 3 y 19. Lo anterior permite prever que los riesgos de enfermar y morir son diferentes y por ello el perfil epidemiológico no es homogéneo en toda la zona. La población de esta área geográfica, comparada con las demás, presenta la mayor esperanza de vida al nacer pero oculta amplias desigualdades entre las comunas. Esto sucede porque las comunas 17 y 19 elevan considerablemente el indicador y distorsionan la esperanza de vida en la zona.

Igualmente la mortalidad infantil en esta zona enmascara desigualdades entre las comunas, varias de ellas consideradas de alto riesgo debido a las condiciones precarias de infraestructura sanitaria y socioeconómica, mientras que en otras comunas estas deficiencias fueron superadas.

El comportamiento de las causas de consulta guarda relación con el patrón de la ciudad, prevaleciendo como primeras las del grupo materno infantil, infecciones respiratorias, virosis, caries dental, laceraciones y heridas, otras helmintiasis y las enfermedades del aparato urinario.

RIESGOS AMBIENTALES

Aire por automotores, comunas 3 y 19

Zoonosis: comunas 18, 20, 1.

Desastres por deslizamientos: Zona de ladera, comunas 18, 20, 1 riesgo medio comparativo a la ciudad.

Es frecuente también sobretodo en zona de ladera el problema social de los desplazados por la violencia.

ESE NORTE.

HOSPITAL JOAQUIN PAZ BORRERO

Cobertura: Comunas 2,4,5,6 y 7

CARACTERÍSTICAS GENERALES

La Zona Nororiental 2 tiene un área de 2951 Km², está ubicado en la zona nororiental de la ciudad y una proporción importante de una de sus comunas (comuna 7) está ocupada por la base aérea Marco Fidel Suárez.

La población de esta zona presenta un grado mayor de homogeneidad en las condiciones socioeconómicas a excepción de la comuna 2, donde juegan un papel importante las personas de los estratos 5 y 6.

En esta zona se identifican claramente varias zonas de extrema pobreza con grandes riesgos para la salud. Las áreas que ocupan no son aptas para la vivienda como la margen izquierda del río Cauca, la margen derecha del río Cali y zonas de ladera en los cerros del norte de Cali. En 1995 había en estas zonas de estrato 0 un total de 12.793 viviendas y 56.844 habitantes, correspondiendo al 12.6% de la población total de la zona.

PERFIL DE MORBIMORTALIDAD

Su tasa de mortalidad es de 5.79, similar a la de la ciudad. La mediana de edad es de 26.81 años, ubicándose con esta cifra al mismo nivel de Cali, como una población madura y con una mayor exposición a riesgos de enfermar y morir por patologías crónicas no readmisibles.

El comportamiento de las causas de consulta presenta variaciones en el orden de presentación: la primera causa de consulta corresponde a la infección respiratoria aguda, otras virosis, control materno infantil, enfermedad diarreica, enfermedad de los órganos genitales, laceraciones y heridas, bronquitis, enfisema y asma.

RIESGOS AMBIENTALES

En la zona Nororiental especialmente en la comuna 2 hay alta contaminación ambiental, por fuentes fijas, debida especialmente a la zona industrial de yumbo. Igualmente en la zona oriental, especialmente la comuna 6, hay excesiva contaminación por las continuas quemadas de caña de los ingenios aledaños.

Las vías de acceso a los municipios vecinos convierten a esta zona en área de alta accidentalidad, especialmente en los cruces con vías alterna.

ESE ORIENTE.

HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO

Cobertura: comunas 13,14, 15 y 21.

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Esta zona está ubicada al oriente de la ciudad, las comunas 13, 14, 15 comprenden el Distrito de Agua Blanca, la zona más deprimida de la ciudad y con mayor inseguridad, por su parte, las comunas 21 que no hacen parte del Distrito son zonas de mayor desarrollo social y urbanístico.

La comuna 21 se conoce como Decepaz y es la zona de mayor expansión urbanística de la ciudad. El Distrito cubre 77 barrios y 11 asentamientos subnormales., su historia se remonta en 26 años, su formación se dio por población migratoria generada por catástrofes como el terremoto de Popayán o por reorganización urbanística. Los inmigrantes son especialmente del Cauca,

Nariño, Huila y Costa Pacífica. Actualmente es la zona de destino de las familias desplazadas que en gran número llegan a la ciudad.

El 80% de la población corresponde a la clase baja, estrato 1-2 y las invasiones son de estrato cero 0. Hay alrededor de 600.000 habitantes, con pirámide poblacional tradicional de base ancha y pico estrecho, propia de poblaciones con menor desarrollo, con el 49% de sus habitantes de sexo masculino.

PERFIL DE MORBIMORTALIDAD

Existe alta mortalidad infantil y dependencia juvenil. La población presenta un perfil epidemiológico de etapas pretransicionales, donde predominan las enfermedades infecciosas y parasitarias, con altas tasas de mortalidad por dichas causas.

La morbilidad acorde a la de país subdesarrollado esta marcada en primer lugar por el parasitismo intestinal, Infección urinaria, gastritis aguda, Caries dental, amigdalitis aguda y HTA.

La mortalidad esta representada en el 37% por el homicidio, seguido de enfermedades cerebro vasculares y el 14% están asociadas a con las precarias condiciones de infraestructura sanitaria.

La población de esta Zona presenta además altas tasas de fecundidad y patrones socioculturales propios de sus regiones de origen.

La tendencia es que estos indicadores no van a variar considerablemente en los próximos 10 años debido a que su modificación depende de la intervención de múltiples factores que no solo son competencia del sector salud.

ESE SUR ORIENTE.

Hospital Carlos Carmona Montoya
Cobertura: comunas 16

CARACTERÍSTICAS GENERALES.

Esta zona está ubicada al sur oriente de la ciudad, la comuna 16 comprende mariano ramos, republica de Israel, unión de vivienda popular Antonio Nariño, brisas del limonar ciudad 2000, la arborada.

TIPOS DE CONTRATACION EN SALUD.

Con toda la información sobre las cinco ESES de la ciudad de Cali, podemos empezar hablar sobre los principales mecanismos de contratación de los servicios de salud que existen en Colombia:

Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.¹⁹

En el modelo actual de la atención pública en salud bucal, los profesionales están prácticamente obligados a seguir trabajando en las consecuencias de la enfermedad y no en sus causas, ni en fomentar la Salud. La población en general requiere, y los odontólogos en particular, realizan, acciones orientadas hacia la curación-tratamiento-rehabilitación de las piezas dentarias, por sobre las acciones de prevención y promoción de la salud en las poblaciones. De esta forma el sistema sanitario en salud bucal ha adquirido la configuración de un Modelo Hospital-céntrico, cuyos servicios hospitalarios de odontología funcionan casi exclusivamente como 2° nivel de atención, (Y de 3° nivel de atención excepcionalmente), con Centros obligados por la demanda de atención de la

¹⁹ DECRETO NUMERO 4747 DE 2007 DE COLOMBIA.

enfermedad a actuar prácticamente como hospitalitos descentralizados (No como Centros de Atención Primaria de la Salud)²⁰.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Las Guías de Práctica Clínica se constituyen en una herramienta fundamental para garantizar equidad en la atención en salud oral ante necesidades específicas, pues permite consolidar las mejores alternativas de decisión clínica que deberán emplearse según las necesidades y características específicas de cada caso.

Se busca que estas guías de práctica clínica impulsen cambios en los servicios de salud oral que permitan el mejoramiento de la calidad de los mismos, de aplicabilidad nacional; para ello es necesaria la participación activa de todos los actores involucrados en el proceso.

Las guías se constituyen en herramienta de trabajo académico, administrativo y político en el marco de la renovación de compromisos.²¹

El significado ampliado de salud y salud oral de ninguna manera disminuye la relevancia e importancia de las dos principales afecciones dentales - caries y enfermedades periodontales. Estas siguen siendo comunes y generalizadas, afectando a casi todo el mundo en algún momento de su vida. Lo que ha cambiado es qué podemos hacer al respecto. Cambiar las percepciones de los políticos informados a nivel local, departamental y nacional, son claves para asegurar la inclusión de servicios de salud oral en los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, Es esencial llamar la atención de los legisladores y funcionarios públicos a todos los niveles, sobre la salud oral, a fin de lograr políticas públicas más efectivas para mejorar la salud oral.²²

METAS EN SALUD BUCODENTAL

El Plan Nacional de Salud Pública – PNSP señala que estableció metas para todos los objetivos definidos como prioridades en salud pública, incluido el de

²⁰ Davila, A. – “El rostro desdentado de nuestros pueblos. La cara de la exclusión, la pobreza y la inequidad en América Latina”.Asociación por la Salud Bucal, Buenos Aires.

²¹ Guía práctica clínica para el diagnóstico, prevención, tratamiento de la caries dental. Secretaria distrital de salud de Bogotá.

²²Rockville, MD. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. *La Salud Oral en los Estados Unidos: Informe del Cirujano General-- Resumen Ejecutivo*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Institutos Nacionales de la Salud, 2000

mejorar la salud bucal. El cumplimiento de estas metas en el nivel nacional, está íntimamente relacionado con los logros que se obtengan en los niveles básicos, es decir los logros que los prestadores, las Entidades Administradoras, los departamentos y los municipios puedan alcanzar.

Una buena parte de las entidades territoriales acorde con lo ordenado por el PNSP, han incorporado dentro de sus planes de salud territoriales, el componente de salud bucal y en concordancia con las metas nacionales han formulado estrategias con las cuales aportar a su cumplimiento. Sin embargo, el seguimiento a los progresos que dichas acciones puedan aportar al logro de las metas nacionales, serán difíciles de medir en tanto en los niveles departamentales y locales no se cuenta con información adecuada, suficiente y sistemática, que de cuenta de dichos avances toda vez que los estudios nacionales realizados en el país, incluyendo el ENSAB III de 1998, por la magnitud logística y los costos que implica, solo dan cuenta de información nacional, regional y subregional y actualmente el sistema de información regular no tiene mecanismos para el seguimiento de los indicadores de salud bucal.

Metas Internacionales

En 1981 la Organización Mundial de la Salud (WHO) y la Federación Dental (FDI), de forma conjunta formularon las metas de salud bucal que esperaban fueran alcanzadas antes del año 2000:

- ✓ 50% de los niños de 5-6 años, libres de caries dental.
- ✓ Contar con un promedio mundial de COP menor de 3 a los 12 años
- ✓ El 85% de la población debe conservar todos sus dientes a la edad de 18 años.
- ✓ Una reducción del 50% en el edentulismo en las personas entre 35-44 años, en comparación con los niveles de 1982.
- ✓ Una reducción de 25% en el edentulismo en las personas de 65 años y más, comparados con los niveles de 1982.
- ✓ Un sistema de información (base de datos) para que el monitoreo de los cambios en salud bucal puedan ser establecidos.

Ante la llegada del nuevo milenio, se ajustaron las metas pensando en que no solamente es urgente el control de la caries dental y las actividades de prevención, sino en que también es necesario encaminarse a hacer frente a otros componentes como las condiciones relacionadas con la salud periodontal, la mucosa bucal, el cáncer y pre-cáncer bucal, el trauma craneofacial, el dolor y la relación entre la salud bucal y la calidad de vida. A partir de dichas metas se

espera que las regiones, países y áreas locales, y los planificadores locales desarrollen programas de prevención dirigidos a las poblaciones y mejorar la calidad de los sistemas de salud bucal.

Con relación a la caries dental, para el nuevo milenio, las metas internacionales definidas fueron:

Incrementar la proporción de niños de 6 años libres de caries, en un X porcentaje.

- ✓ Reducir el índice COP, particularmente en el componente C, a la edad de 12 años en un X porcentaje con especial atención en grupos poblacionales de alto riesgo.
- ✓ Reducir el número de dientes extraídos debido a caries dental en las edades de 18, 35 a 44 años y 65 a 74 años en una X proporción.

Metas Nacionales PNSP 2007 – 2010

Las metas definidas por el PNSP se han concentrado para este periodo en la atención a la caries dental por ser la enfermedad de mayor prevalencia; por ello estas metas han de ser el punto de partida para de forma progresiva avanzar en la inclusión de otras metas dentro de los planes subsiguientes.

Meta 1. Lograr un índice COP-D promedio a los 12 años de edad menor de 2.3.

Meta 2. Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años²³

Por todo esto es de suma importancia que en nuestro sistema de salud tenga una articulación definida, desde el ente nacional hasta el municipal, para que todo esto se vea reflejado en las EPS-s y sus correspondientes IPS y así pueda ver una planeación, organización, dirección, evaluación y control de cada uno de los programas de los servicios de salud.

²³ Documento Técnico, Aspectos metodológicos para la construcción de Línea base para el Seguimiento a las Metas del Objetivo 3 del Plan Nacional de Salud Pública (Con aportes de las Entidades Territoriales). www.minproteccionsocial.gov.co.

4. HIPÓTESIS

No existe una planeación que involucre a los aseguradores del régimen subsidiado y una de las prestadoras de servicios de salud de la red pública hospitalaria de Cali, para alcanzar lo postulado en el plan nacional de salud bucal, los planes derivados del decreto 3039/2007 y los planes departamentales y municipales con relación a la salud bucal.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Describir la situación actual de los programas de promoción de la salud bucodental y prevención de la enfermedad bucodental en la población del régimen subsidiado que habita la zona ladera de la ciudad de Cali, a través de una ESE y las diferentes EPS-S con las cuales se tiene contrato.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar si las EPS-S y la ESE ladera realizan diagnóstico para evaluar las necesidades de los usuarios.
- ✓ Identificar los procesos establecidos tanto en el prestador como en los aseguradores para la ejecución de programas de promoción en salud bucodental y prevención de las enfermedades bucodentales.
- ✓ Describir el grado de cumplimiento de las metas contractuales establecidos entre las EPS-S y la ESE ladera.

6. METODOLOGÍA.

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, donde se emplearon encuestas a diferentes actores relacionados desde la planeación, dirección, ejecución, evaluación y control de las actividades de promoción y prevención en salud bucal en una Red Pública prestadora de servicios de salud que tiene contrato con Aseguradoras del Régimen Subsidiado. También se realizaron entrevistas a usuarios que asistieron durante el período de estudio a las IPS de la Red de Salud de Ladera, tanto en la zona urbana como Rural. con base al estudio ya realizado de la Situación actual de los programas preventivos de salud bucal en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en las ciudades de Bogotá, Medellín y Manizales.

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

Tipo de estudio.

Descriptivo transversal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Coordinadores de Promoción Y Prevención de las EPS-S.

Coordinador de Odontología de la ESE ladera .

Odontólogos .

Higienistas.

Usuarios mayores de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Funcionarios de consulta médica.

Funcionarios de urgencias.

Paciente de otras ESES.

Funcionarios y usuarios de EPS-S con las cuales no se tienen contrato.

6.2 TIPO Y DISEÑO DE MUESTREO.

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, donde se emplearon encuestas a diferentes actores relacionados desde la planeación, dirección, ejecución, evaluación y control de las actividades de promoción y prevención en salud bucal en una Red Pública prestadora de servicios de salud que tiene contrato con Aseguradoras del Régimen Subsidiado. También se realizaron entrevista a usuarios que asistieron durante el período de estudio a las IPS de la Red de Salud de Ladera, tanto en la zona urbana como Rural.

El diseño de muestreo correspondió a 166 personas; con un error previsto del 5% una confiabilidad del 95% y un ajuste por no respuesta del 10%. Esta muestra garantiza la estimación válida y confiable de todo tipo de indicadores estadísticos, tasas, proporciones, promedios, medidas de variabilidad, medidas de relación y totales absolutos para el universo de estudio.

Las personas encuestadas estuvieron distribuidas de la siguiente manera, coordinadores de promoción y prevención de las ESE-S (Siete), coordinadora de odontología de la ESE Ladera (Uno), odontólogos (Cuarenta y uno), higienistas orales (Doce), usuarios (Ciento cinco).

6.3 VARIABLES PARA ENCUESTA DE COORDINADORES

Las variables incluidas en el instrumento fueron (ver anexo1)

6.3.1 variables independientes

VARIABLES DE LA DEFINICIÓN DEL PROGRAMA.

Programa preventivo en salud oral, documento escrito del programa, presupuesto anual, monto del presupuesto, costo del programa, elaboración del presupuesto.

VARIABLES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

División del trabajo, manual de funciones, coordinador del programa, funciones del coordinador.

VARIABLES DEL RECURSO HUMANO.

Norma técnica.

VARIABLES DEL RECURSO FÍSICO Y MATERIALES.

Espacio físico signado.

VARIABLES SOBRE LA IMPORTANCIA DEL USUARIO.

Mecanismo de información, tabulación y análisis de la información, modificación de procesos, satisfacción del usuario.

VARIABLES DE DEMANDA NO ATENDIDA.

Registro y análisis de la información, porcentaje de fallas, causas de la falla.

VARIABLES DEL SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN.

Registro de actividades cumplidas, diligenciamiento de registros, toma de decisiones, evaluación del servicio.

VARIABLES DE RESULTADOS.

Indicadores de resultados, satisfacción del programa.

6.3.2 variable dependiente.

Diagnostico de la situación actual de los afiliados.

6.4 VARIABLES PARA ENCUESTA DE HIGIENISTA ORAL.

Las variables incluidas en el instrumento fueron

6.4.1 variables independientes

VARIABLES DE LA DEFINICIÓN DEL PROGRAMA.

Programa preventivo en salud oral, documento escrito del programa, definición del trabajo dentro del programa, funciones escritas.

VARIABLES DEL RECURSO FÍSICO Y MATERIALES.

Espacio físico signado.

VARIABLES DE LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS.

Protocolos de procedimientos, conocimiento de los servicios preventivos, norma técnica preventiva en salud oral, aplicación de la norma.

VARIABLES DE EDUCACIÓN

Control de placa, flúor, sellantes.

VARIABLES DE INTEGRALIDAD Y CONTINUIDAD.

Necesidades de los usuarios, acciones de prevención.

Variables de humanización del servicio.

Conocimiento de los servicios preventivos, quejas, demanda no atendida.

Variables del subsistema de información.

Registro de actividades cumplidas, evaluación del servicio.

Variables de resultados.

Indicadores de resultados, satisfacción de las necesidades de los usuarios, satisfacción del programa.

6.4.2 variable dependiente.

Diagnostico de la situación actual de los afiliados.

6.5 VARIABLES PARA ENCUESTA DE ODONTOLOGOS.

Las variables incluidas en el instrumento fueron

6.5.1 variables independientes

Variables de la definición del programa.

Programa preventivo en salud oral, documento escrito del programa, presupuesto anual, monto del presupuesto, costo del programa.

Variables de la prestación del servicio.

División del trabajo, manual de funciones, funciones escritas.

Variables de la aplicación de protocolos.

Protocolos de procedimientos, concepto de los servicios preventivos, norma técnica preventiva en salud oral.

6.5.2 variable dependiente.

Diagnostico de la situación actual de los afiliados.

6.6 VARIABLES PARA ENCUESTA DE USUARIOS.

Las variables incluidas en el instrumento fueron

6.6.1 variables independientes

Variables sobre los servicios preventivos.

Afiliación del grupo familiar, atención en odontología, negación de cita.

Variables del conocimiento del programa.

Beneficio del programa, EPS, IPS, utilidad del programa.

6.6.2 variable dependiente.

Conocimiento del programa.

6.7 TRABAJO DE CAMPO

Se utilizaron 4 tipos de encuestas, que permitieron la descripción de los programas de promoción y prevención en salud oral, el formato de los coordinadores (anexo 2) cuenta con preguntas que exploraban el Programa preventivo en salud oral, documento escrito del programa, presupuesto anual, monto del presupuesto, costo del programa, elaboración del presupuesto, División del trabajo, manual de funciones, coordinador del programa, funciones del coordinador, Norma técnica, Espacio físico signado, Mecanismo de información, tabulación y análisis de la información, modificación de procesos, satisfacción del usuario, Registro y análisis de la información, porcentaje de fallas, causas de la falla, Registro de actividades cumplidas, diligenciamiento de registros, toma de decisiones, evaluación del servicio, Indicadores de resultados, satisfacción del programa, Diagnostico de la situación actual de los afiliados.

El formato de las higienistas (anexo 3) cuenta con preguntas que exploraban el Programa preventivo en salud oral, documento escrito del programa, definición del trabajo dentro del programa, funciones escritas, Espacio físico signado, Protocolos de procedimientos, conocimiento de los servicios preventivos, norma técnica preventiva en salud oral, aplicación de la norma, Control de placa, flúor, sellantes, Necesidades de los usuarios, acciones de prevención, Conocimiento de los servicios preventivos, quejas, demanda no atendida, Registro de actividades cumplidas, evaluación del servicio, Indicadores de resultados, satisfacción de las necesidades de los usuarios, satisfacción del programa.

El formato de los odontólogos (anexos 4) cuenta con preguntas que exploraban la definición del programa, documento escrito del programa, presupuesto anual, monto del presupuesto, costo del programa, División del trabajo, manual de funciones, funciones escritas, Protocolos de procedimientos, concepto de los servicios preventivos, norma técnica preventiva en salud oral, Diagnostico de la situación actual de los afiliados.

El formato de los usuarios (anexos 5) cuenta con preguntas que exploraban la Afiliación del grupo familiar, atención en odontología, negación de cita, Beneficio del programa, EPS-S, IPS, utilidad del programa, Conocimiento del programa.

Estos instrumentos fueron aplicados bajo el consentimiento informado (anexo 6) a cada uno de los participantes del estudio, donde quedo claro el respeto, la confidencialidad y la privacidad de la información recolectada.

La prueba piloto (anexo 7) también fue revisada con el fin de definir algunas preguntas u opciones de respuesta, verificar redacción y complejidad de las preguntas, esta prueba fue aplicada a una muestra de 20 personas de una IPS de una EPS del régimen contributivo, de la ciudad de Cali, finalmente con los resultados obtenidos de la prueba piloto se realizó el instrumento definitivo para el trabajo de campo.

6.8 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

La información se recolectó a través de varios instrumentos: la primera encuesta fue para los coordinadores de las EPS subsidiadas con las cuales la ESE Ladera tenían contrato (Caprecon, Emssanar, Coopsalud, AIC, salud cóndor, selva salud), esta misma encuesta fue aplicada a la coordinadora de salud oral de la secretaria de salud de Cali y a la coordinadora odontológica de la ESE Ladera. Una segunda encuesta fue aplicada a los 41 odontólogos de todas las IPS rurales y urbanas de la ESE Ladera. Una tercera encuesta fue aplicada a las 12 higienistas orales de la ESE y Por último, la cuarta encuesta fue aplicada a una muestra de 105 usuarios de la zona urbana y rural de la ESE Ladera.

6.8.1 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN.

ENCUESTA DE COORDINADORES.

Con el fin de recoger la muestra en su totalidad, se solicitaron citas en cada una de las EPS-S con las cuales la ESE Ladera tienen contrato, con los coordinadores de promoción y prevención, posteriormente se procedió a explicar el por qué y para que se estaba realizando dicho estudio, el propósito y alcance del mismo, la explicación fue dada de manera imparcial como analista, se realizó la aplicación de la encuesta como tal en un tiempo estimado de 30 minutos, para la obtención de las respuestas cuantitativas y cualitativas, adsteniendome de emitir juicios de valor; se realizó la transcripción de los resultados, dando lectura de los mismos para la realización de una base de datos que fue analizada y archivada.

ENCUESTA DE ODONTÓLOGOS.

Con el fin de recoger la muestra en su totalidad, se realizó una visita a cada una de las IPS de la ESE Ladera en las zonas rurales y urbanas de la ciudad de Cali (cañaveraletto, Meléndez, Siloe bellavista, Montebello, Terrón Colorado, Calvario, Sultana, Brisas De Mayo, Alto Nápoles, polvorines, Lourdes, Nápoles, Sirena, San Pascual, Primero de mayo, Zonas Rurales de Felidia, Montebello, Buitrera, entre otras), la cual fue aplicada a todos los odontólogos que se encontraran laborando

con la ESE Ladera, posteriormente se procedió a explicar el por qué y para que se estaba realizando dicho estudio, el propósito y alcance del mismo, la explicación fue dada de manera imparcial como analista, se realizó la aplicación de la encuesta como tal en un tiempo estimado de 15 minutos, para la obtención de las respuestas cuantitativas y cualitativas, evitando emitir juicios de valor; se realizó la transcripción de los resultados, dando lectura de los mismos para la realización de una base de datos que fue analizada y archivada.

ENCUESTA DE HIGIENISTAS ORALES.

Con el fin de recoger la muestra en su totalidad, se realizó una visita a cada una de las IPS de la ESE Ladera en las zonas rurales y urbanas de la ciudad de Cali (cañaveraletto, Meléndez, Siloe bellavista, Montebello, Terrón Colorado, Calvario, Sultana, Brisas De Mayo, Alto Nápoles, polvorines, Lourdes, Nápoles, Sirena, San Pascual, Primero de mayo, Zonas Rurales de Felidia, Montebello, Buitrera, entre otras), la cual fue aplicada a todos los higienistas orales que se encontraran laborando con la ESE Ladera, posteriormente se procedió a explicar el por qué y para que se estaba realizando dicho estudio, el propósito y alcance del mismo, la explicación fue dada de manera imparcial como analista, se realizó la aplicación de la encuesta como tal en un tiempo estimado de 30 minutos, para la obtención de las respuestas cuantitativas y cualitativas, adsteniendome de emitir juicios de valor; se realizó la transcripción de los resultados, dando lectura de los mismos para la realización de una base de datos que fue analizada y archivada.

ENCUESTA DE USUARIOS.

Con el fin de recoger la muestra en su totalidad, se realizó una visita a cada una de las IPS de la ESE Ladera en las zonas rurales y urbanas de la ciudad de Cali (cañaveraletto, Meléndez, Siloe bellavista, Montebello, Terrón Colorado, Calvario, Sultana, Brisas De Mayo, Alto Nápoles, polvorines, Lourdes, Nápoles, Sirena, San Pascual, Primero de mayo, Zonas Rurales de Felidia, Montebello, Buitrera, entre otras), la cual fue aplicada a los usuarios que se encontraban en la sala de espera de odontología de cada IPS donde fui a realizar la aplicación de los instrumentos de odontólogos e higienistas, posteriormente se procedió a explicar el por qué y para que se estaba realizando dicho estudio, el propósito y alcance del mismo, la explicación fue dada de manera imparcial como analista, se realizó la aplicación de la encuesta como tal en un tiempo estimado de 15 minutos, para la obtención de las respuestas cuantitativas y cualitativas, adsteniendome de emitir juicios de valor; se realizó la transcripción de los resultados, dando lectura de los mismos para la realización de una base de datos que fue analizada y archivada.

6.8.2 TECNICA DE ANALISIS DE LA INFORMACION.

El procesamiento de la información se realizó en un archivo de Microsoft office Excel 2007, creando una base de datos para coordinadores, odontólogos, higienistas orales y usuarios, las cuales fueron analizadas en el programa de SPSS STATISTICS 17.0, obteniendo las relaciones de frecuencia de cada una de las variables.

Con la base de datos diseñada se hizo el análisis univariado de las variables cualitativas, se logró a través de tablas de frecuencia en las cuales se calculó los porcentajes de cada una de las categorías, las categorías estarán acompañadas de los intervalos de confianza al 95 por ciento, complementaremos estos análisis con gráficos de barras. Para las variables cuantitativas, se calculará medidas estadísticas de tendencia central y de dispersión.

6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia esta investigación es: SIN RIESGO

Debido a que se ajusta al Título II, capítulo I, artículo 11, inciso A de la Resolución el cual nos dice que la Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Los participantes de este estudio podrán tener total confianza de que Las respuestas consignadas en la encuesta, son de carácter absolutamente confidencial y no se divulgará el nombre de los entrevistados.

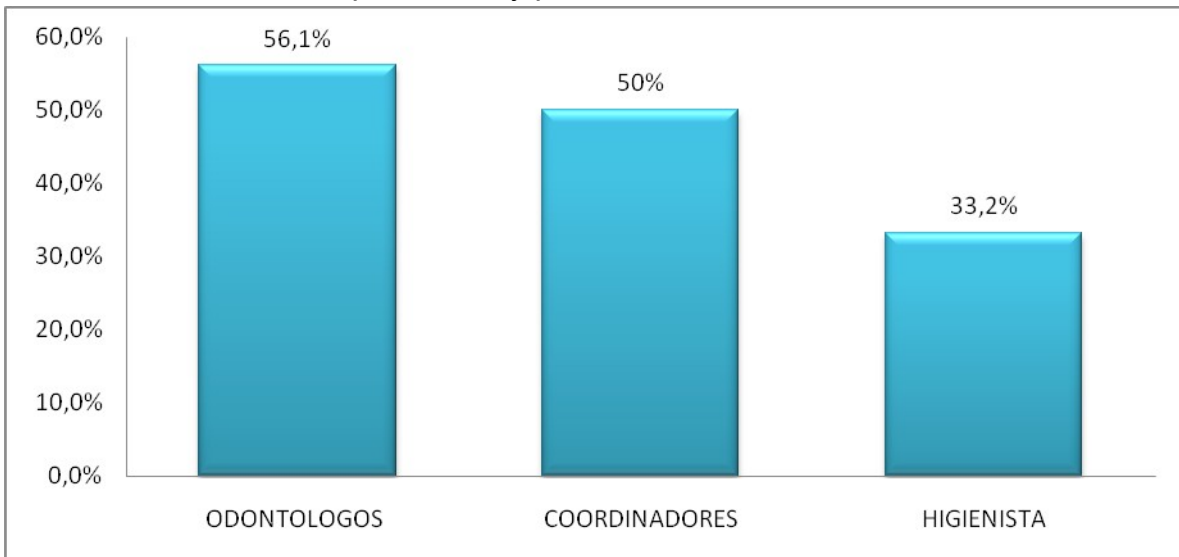
Los participantes autorizaron su participación voluntariamente a este estudio, sabiendo que puede retirarse en cualquier momento, sin que esto represente consecuencias negativas ni con la institución de salud ni con las personas encargadas del estudio.

Este estudio contó con la aprobación del Comité De Ética De La ESE Ladera y el Comité Institucional De Revisión De Ética Humana De La Universidad Del Valle.

7. RESULTADOS

Se aplicó un total de 166 encuestas entre los meses de mayo y junio del año 2010, en la ciudad de Cali; previa aplicación del formato de consentimiento informado y criterios de inclusión descrito anteriormente.

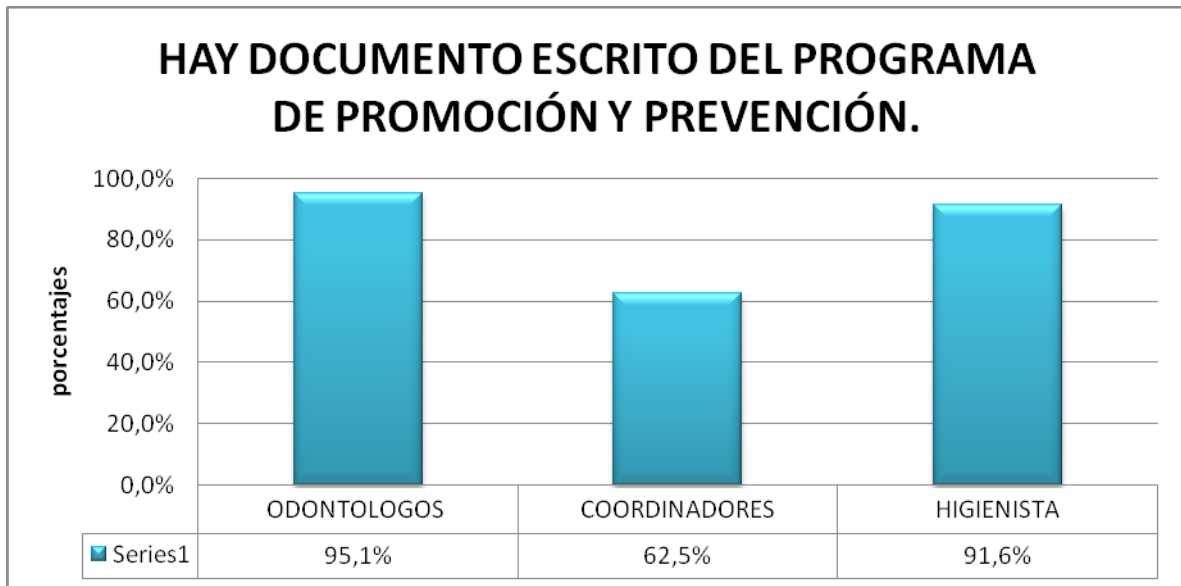
GRAFICA # 3 No hay un diagnóstico de la situación actual del programa de promoción y prevención en salud oral.



Las higienista orales de la ESE ladera dijeron que no saben o no hay un diagnóstico de la situación actual del programa de promoción y prevención en salud oral en un 33.2% en el caso de los odontólogos 56.1% dijeron que no saben o no hay un diagnóstico de la situación actual del programa, que identifican las necesidades de los pacientes por medio de la consulta odontológica de primera vez, en el caso de los coordinadores de las EPS dijeron que el 50% no saben o no hay un diagnóstico de la situación actual del programa.

La coordinadora del ente territorial municipal Y la de ESE ladera del programa de promoción y prevención en salud oral dijeron que no saben o no hay un diagnóstico de la situación actual del programa.

GRAFICO# 4



El 91.6% de las higienistas dijeron que existe documento escrito del programa de promoción y prevención en salud oral, los odontólogos en un 95.1% y coordinadores de EPS en un 50%, el ente territorial y la ESE dijeron que si hay un documento escrito del programa.

GRAFICO # 5

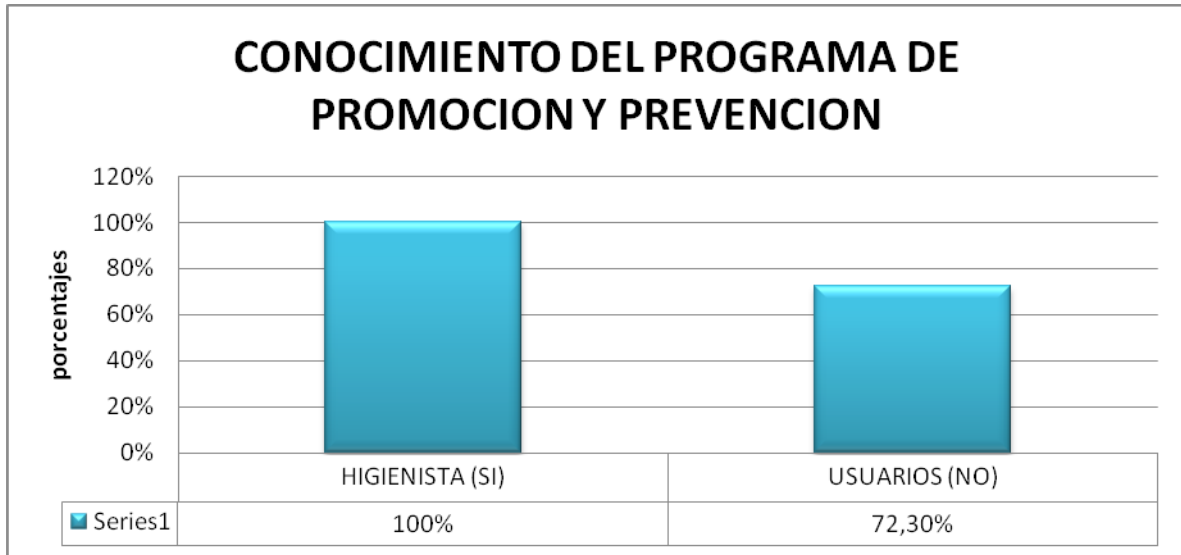
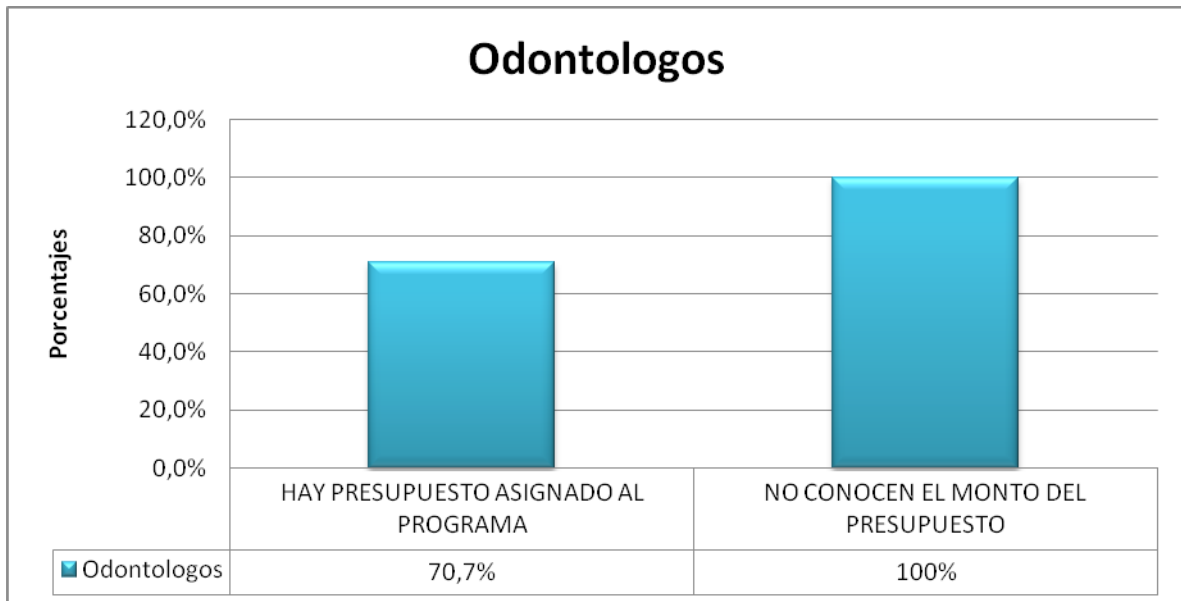


Tabla No 1. Usted como usuario le han hablado del programa de pyp en salud oral.

USTED COMO USUARIO LE HAN HABLADO DEL GROGRAMA DE PYP EN SALUD ORAL.	Frecuencia	Porcentaje
1.SI	29	27.6%
2.NO	73	69.5%
3.NS-NR	3	2,8%
Total	105	100%

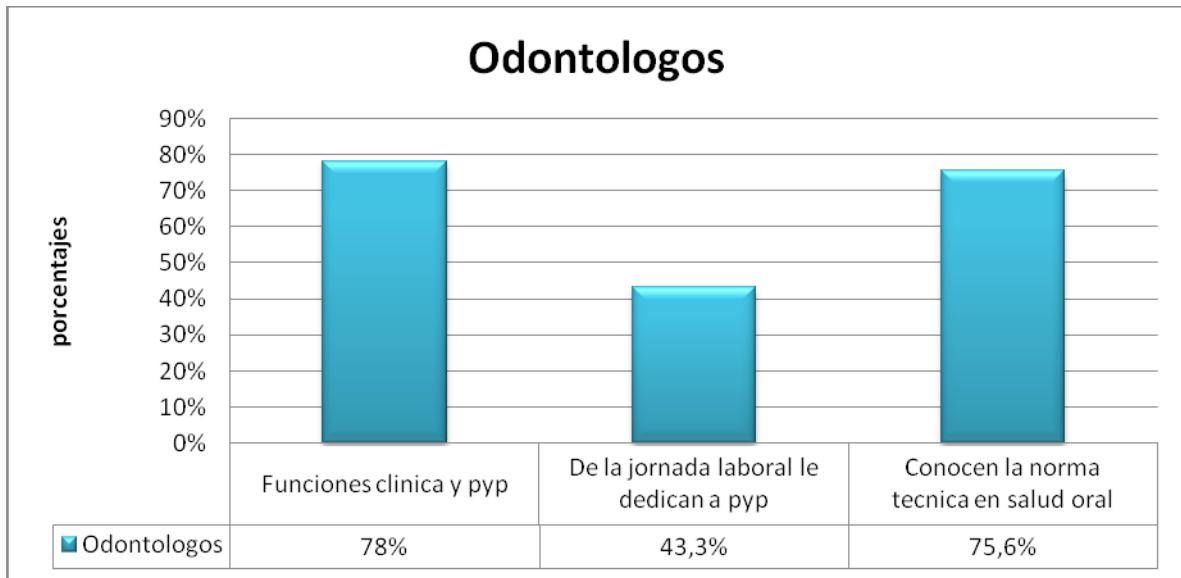
Para las higienistas orales creen que los usuarios conocen el programa de promoción y prevención en un 100% y los usuarios dicen en un 72.3% que no les han hablado del programa o no saben.

GRAFICO # 6



Los odontólogos creen que existe un presupuesto asignado al programa en un 70.7%, pero en un 100% los odontólogos no conocen el monto de este presupuesto.

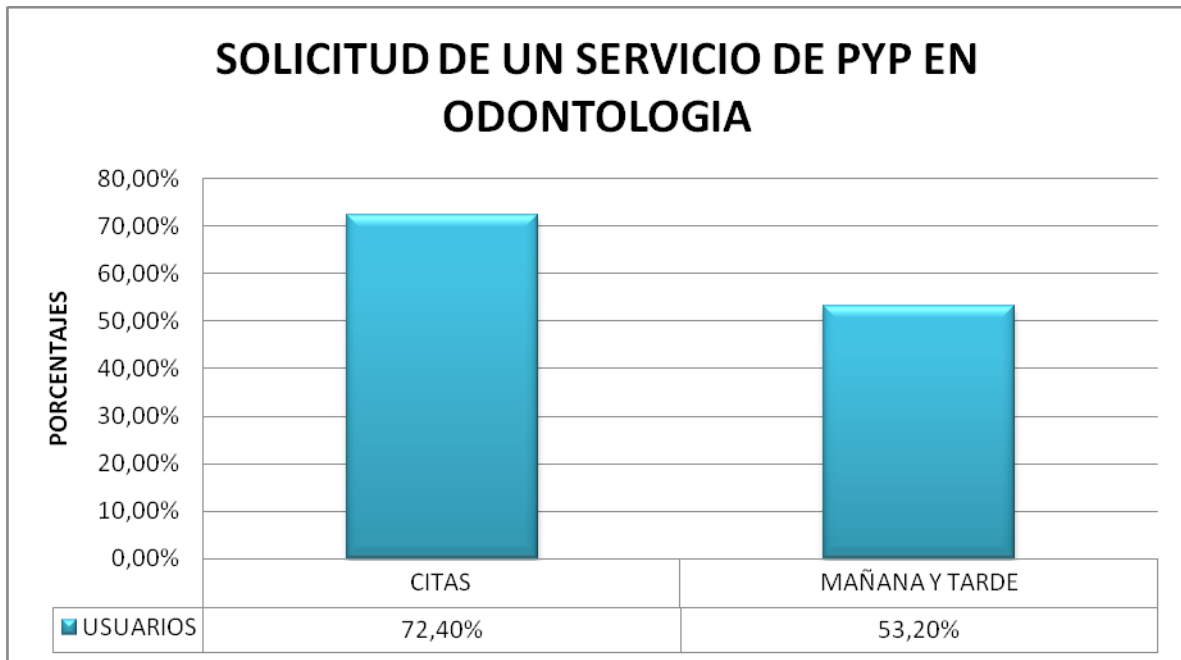
Grafico # 7



Los odontólogos en un 78% dicen que las funciones asignadas son clínica y pyp y le dedican de su jornada laboral diaria a promoción y prevención un 43.3%. Los odontólogos dicen en un 75.6% conocer la norma técnica en salud bucal, pero al momento de describirla no están muy seguro de lo que dicen.

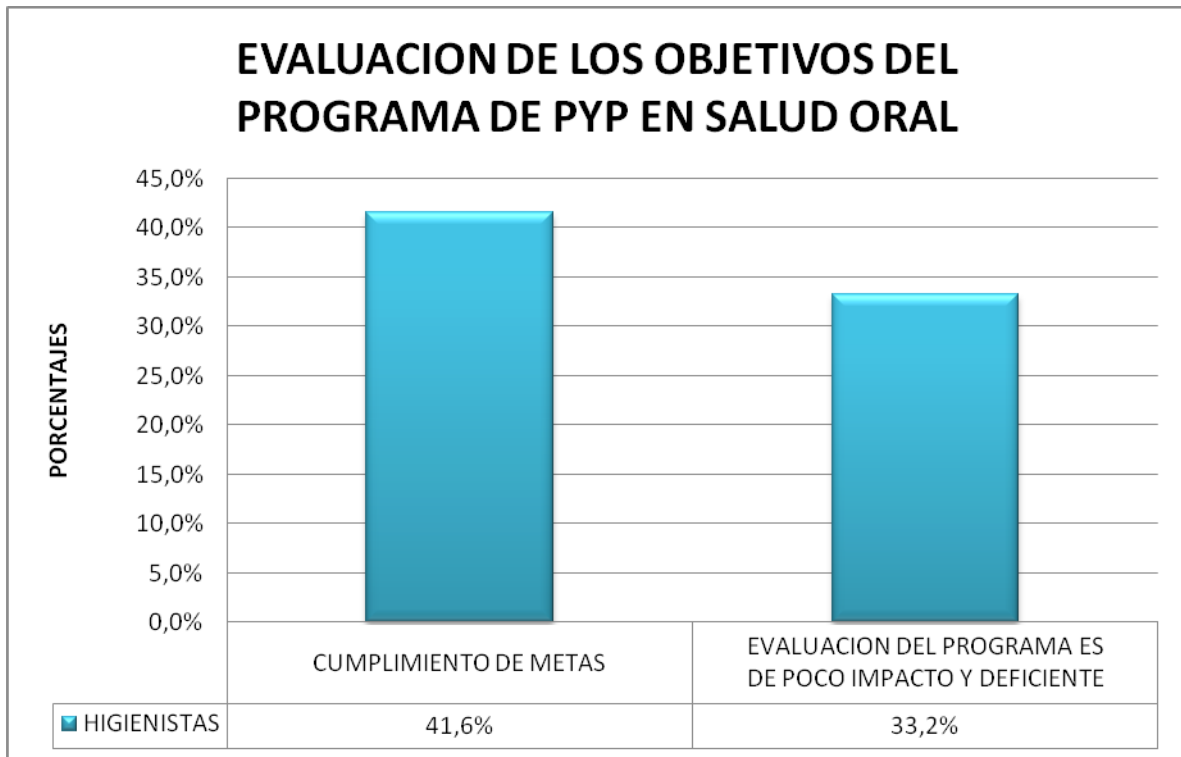
DESCRIBIR LA NORMA TECNICA EN SALUD ORAL	Frecuencia	Porcentaje
NO APLICA	3	7.1
NO SABE.	11	26.2
SEGÚN GRUPO ETAREO, QUE ACTIVIDADES CORRESPONDEN Y CUANTAS VECES AL AÑO.	16	38.1
OTRAS	12	28.6
Total	42	100.0

Grafico # 8



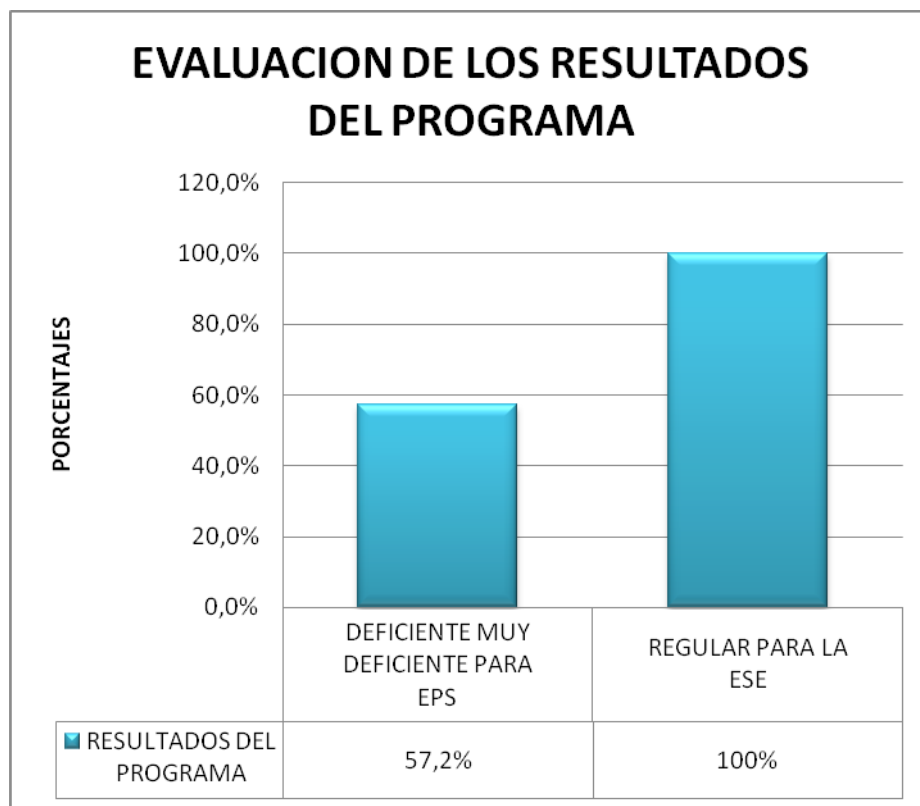
Los usuarios para solicitar un servicio del programa de pyp en un 72.4% lo hacen por medio de citas, les toca desplazarse hasta la IPS donde lo atiende y pedir la cita, el horario de atención es en la mañana y tarde en un 53.2% y el 46.8% el horario de atención es en la jornada de la mañana.

Grafica # 9



Las higienista orales dicen que la evaluación de los objetivos, lo hacen por medio del cumplimiento de metas en un 41.6% y el 33.2% dicen que la evaluación de los resultados programa es de poco impacto o deficiente, en un 75% ellas tienen información sobre los indicadores de resultados de los programas.

Grafica # 10



La ESE ladera evalúa el cumplimiento de los objetivos mensualmente con las metas de cada EPS, la evaluación sobre los resultados del programa es regular, tienen información sobre los resultados del programa.

Las EPS subsidiadas evalúan el cumplimiento de los objetivos, por medio de matrices de programación vs el cumplimiento de metas y basándose en la resolución 3384. La evaluación sobre los resultados del programa es deficiente y muy deficiente en un 57,2%, tienen información sobre los resultados del programa en un 57.1%, para el ente territorial todo esto no aplica.

Tabla # 3 metas por cumplir por parte de la ESE Ladera.

ACTIVIDAD	META ANUAL	META SEMESTRAL		META MES
			META TRIMESTRAL	
CONTROL PLACA DENTAL	115798	57899	38599	9.650
DETARTRAJE SUP. CONT. MEC.	11832	5916	3944	986
TOPICACION FLUOR EN GEL	32816	16408	10939	2.735
APLIC. SELLANTES FOTOCUR.	62603	31301,5	20868	5.217

Se presenta la cantidad de metas que tiene que cumplir la ESE Ladera para el programa de promoción y prevención de la salud oral, dividiendo las metas de forma anual, semestral, trimestral y mensual.

Tabla # 4 Actividades de la EPS CAPRECOM

ACTIVIDAD	META MES	Act.	% Cum.
CONTROL PLACA DENTAL	372	196	53%
DETARTRAJE SUP. CONT. MEC.	39	129	331%
TOPICACION FLUOR EN GEL	277	113	41%
APLIC. SELLANTES FOTOCUR.	204	242	119%

Se presenta la cantidad de actividades y el porcentaje de cumplimiento que tiene que cumplir la ESE Ladera para la EPS-S en el programa de promoción y prevención de la salud oral.

Tabla # 5 Actividades de la EPS SALUD CONDOR

ACTIVIDAD	META MES	Act.	% Cum.
CONTROL PLACA DENTAL	193	86	45%
DETARTRAJE SUP. CONT. MEC.	112	59	53%
TOPICACION FLUOR EN GEL	44	39	88%
APLIC. SELLANTES FOTOCUR.	39	100	255%

Se presenta la cantidad de actividades y el porcentaje de cumplimiento que tiene que cumplir la ESE Ladera para la EPS-S en el programa de promoción y prevención de la salud oral.

Tabla # 6 Actividades de la EPS EMSSANAR

ACTIVIDAD	META MES	Act.	% Cum.
CONTROL PLACA DENTAL	1.546	1360	88%
DETARTRAJE SUP. CONT. MEC.	140	785	560%
TOPICACION FLUOR EN GEL	1.273	668	52%
APLIC. SELLANTES FOTOCUR.	1.039	1832	176%

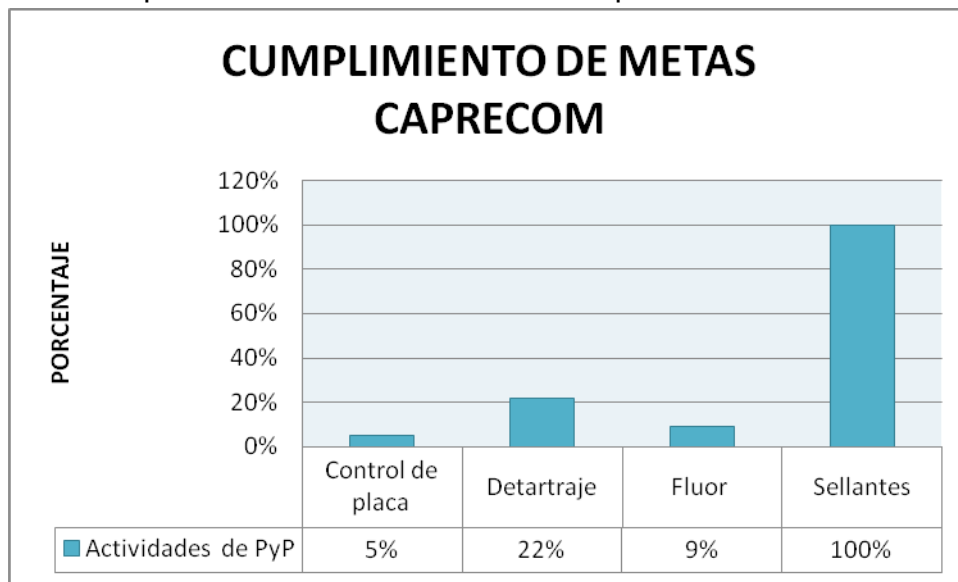
Se presenta la cantidad de actividades y el porcentaje de cumplimiento que tiene que cumplir la ESE Ladera para la EPS-S en el programa de promoción y prevención de la salud oral.

Tabla # 7 Actividades de la EPS SELVASALUD

ACTIVIDAD	META MES	Act.	% Cum.
CONTROL PLACA DENTAL	26	6	23%
DETARTRAJE SUP. CONT. MEC.	4	6	169%
TOPICACION FLUOR EN GEL	7	2	29%
APLIC. SELLANTES FOTOCUR.	7	0	0%

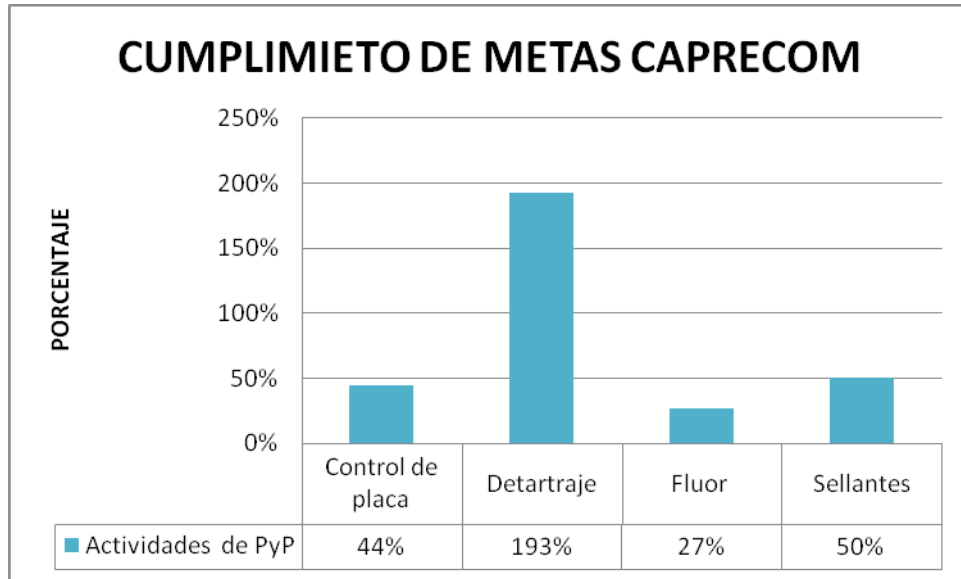
Se presenta la cantidad de actividades y el porcentaje de cumplimiento que tiene que cumplir la ESE Ladera para la EPS-S en el programa de promoción y prevención de la salud oral.

Grafica # 11 cumplimiento de metas CAPRECOM primer trimestre.



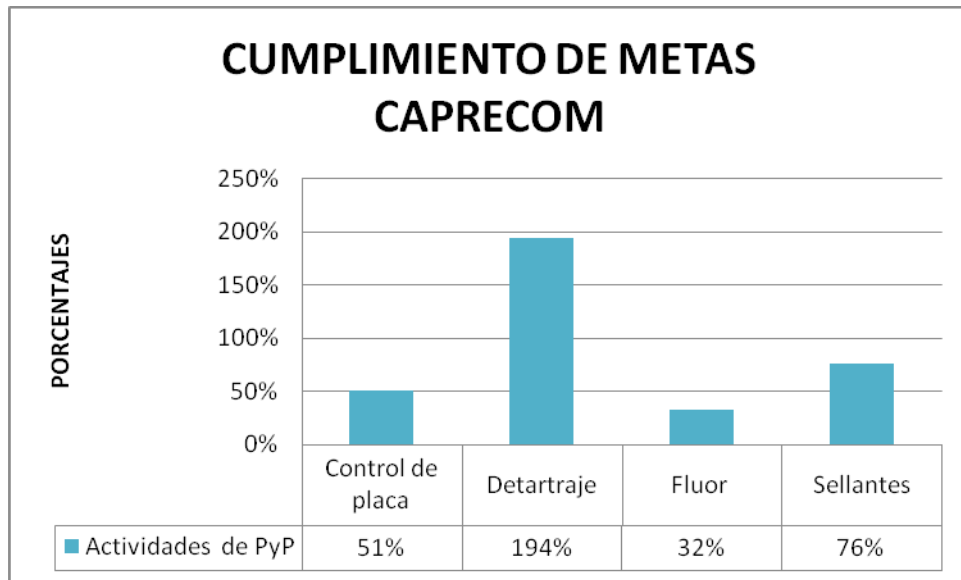
El cumplimiento de metas en las actividades de promoción y prevención en salud oral de CAPRECOM EPS Para el primer trimestre; la actividad mas alta fue sellantes de fotocurado, seguida de detartraje.

Grafica #12 cumplimiento de metas CAPRECOM segundo trimestre.



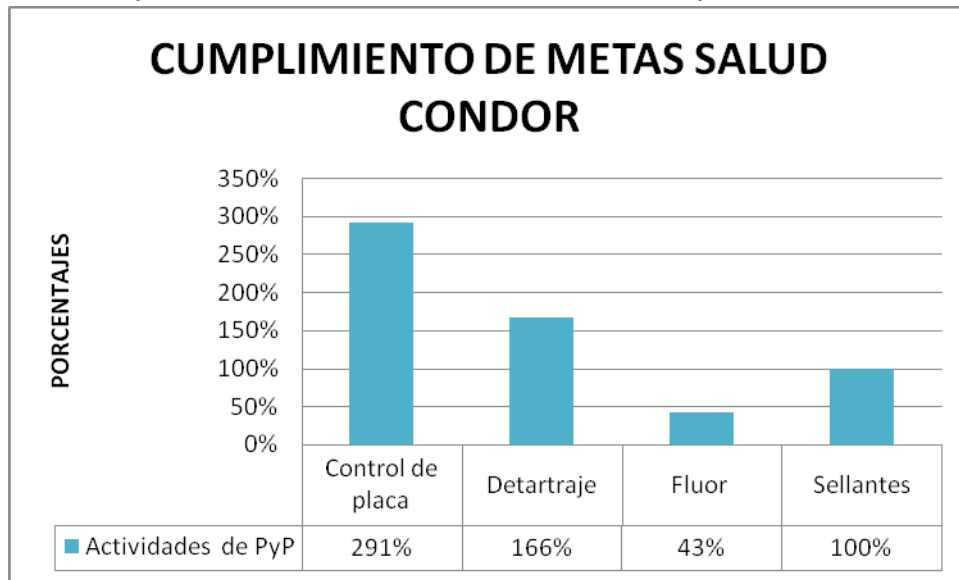
El cumplimiento de metas en las actividades de promoción y prevención en salud oral de CAPRECOM EPS Para en el segundo trimestre; la actividad mas alta fue detartraje, seguida sellantes de fotocurado.

Grafica #13 cumplimiento de metas CAPRECOM tercer trimestre



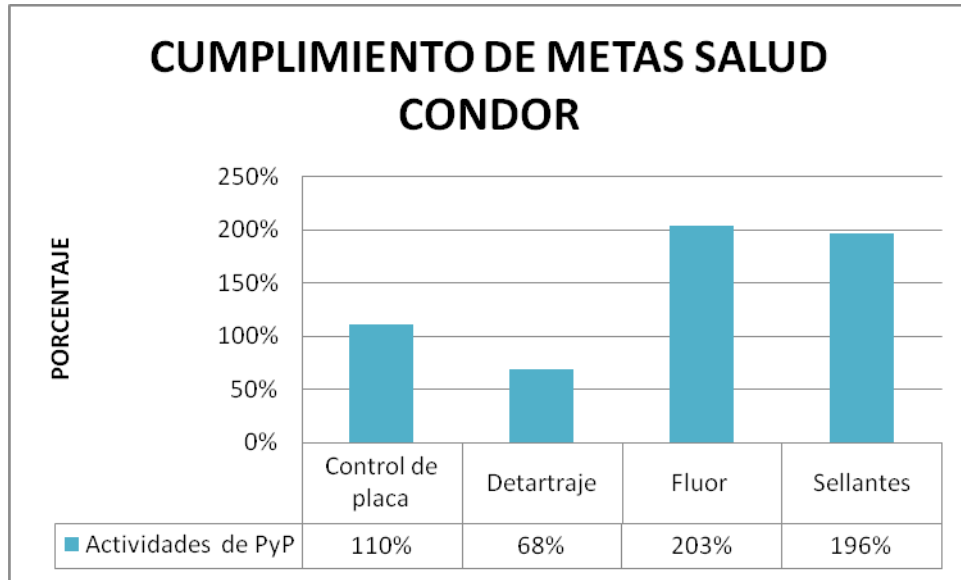
El cumplimiento de metas en las actividades de promoción y prevención en salud oral de CAPRECOM EPS Para tercer trimestre; la actividad mas alta fue detartraje, seguida sellantes de fotocurado, control de placa bacteriana y fluor.

Grafica #14 cumplimiento de metas SALUD CONDOR primer trimestre



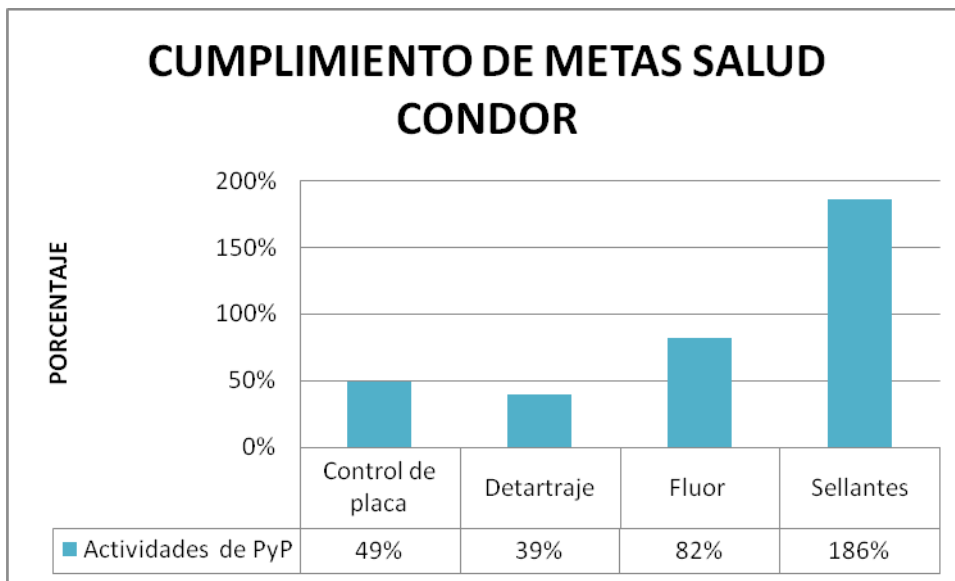
El cumplimiento de metas en las actividades de promoción y prevención en salud oral de SALUD CONDOR EPS Para en el primer trimestre; la actividad mas alta fue control de placa, seguida detartraje.

Grafica#15 cumplimiento de metas SALUD CONDOR segundo trimestre



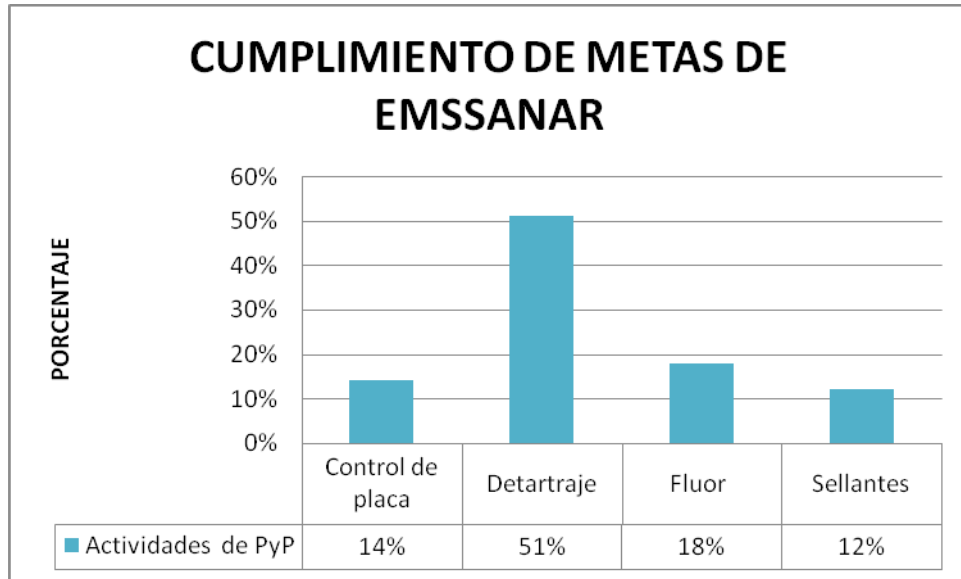
El cumplimiento de metas en las actividades de promoción y prevención en salud oral de SALUD CONDOR EPS Para en el segundo trimestre; la actividad mas alta fue fluor, seguida sellantes.

Grafica #16 cumplimiento de metas SALUD CONDOR tercer trimestre



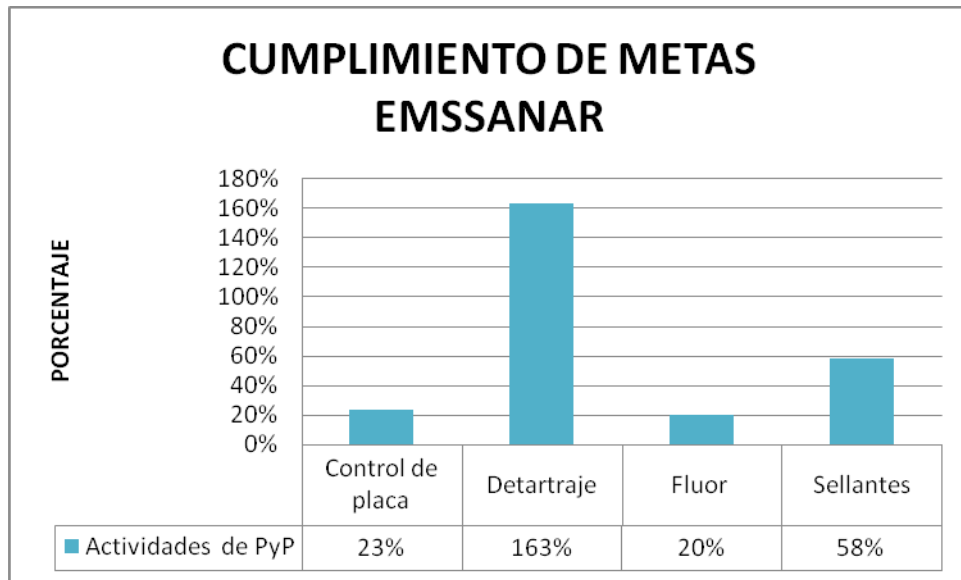
El cumplimiento de metas en las actividades de promoción y prevención en salud oral de SALUD CONDOR EPS Para en el tercer trimestre; la actividad mas alta fue sellantes, seguida de fluor.

Grafica #17 cumplimiento de metas de EMSSANAR primer trimestre



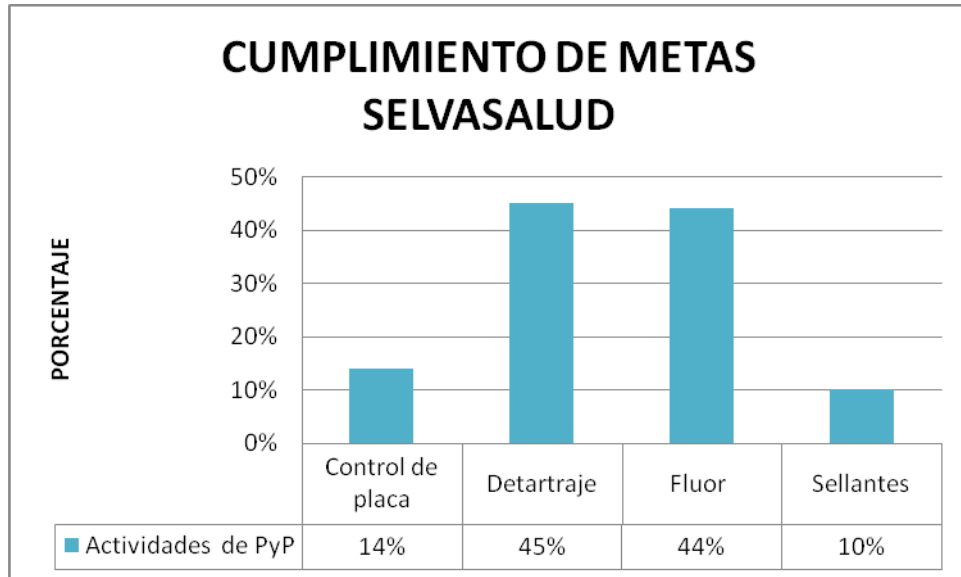
El cumplimiento de metas en las actividades de promoción y prevención en salud oral de EMSSANAR EPS Para en el primer trimestre; la actividad mas alta fue detartraje, seguida de fluor.

Grafica #18 cumplimiento de metas de EMSSANAR segundo trimestre



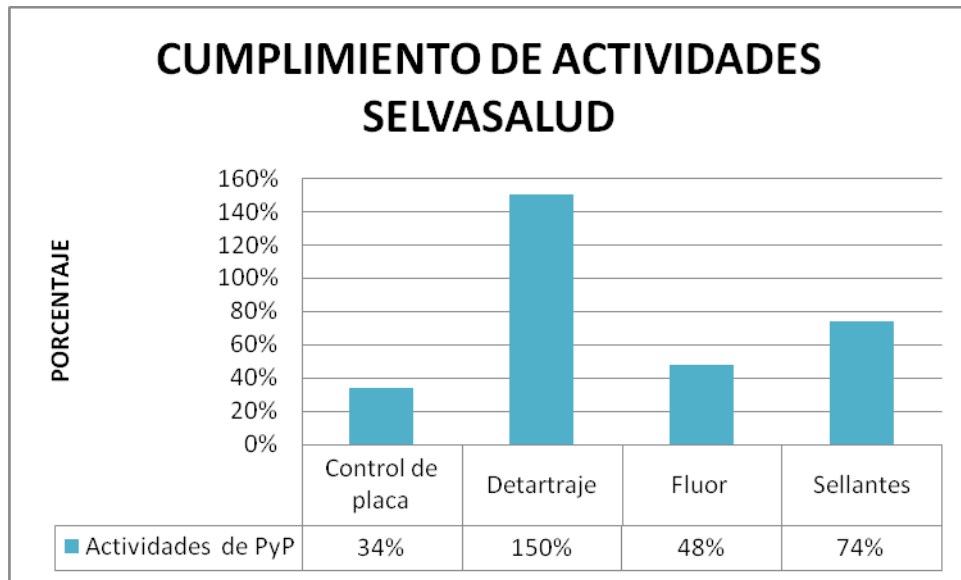
El cumplimiento de metas en las actividades de promoción y prevención en salud oral de EMSSANAR EPS Para en el segundo trimestre; la actividad mas alta fue detartraje, seguida de sellantes.

Grafica #19 cumplimiento de metas de SELVASALUD primer trimestre.



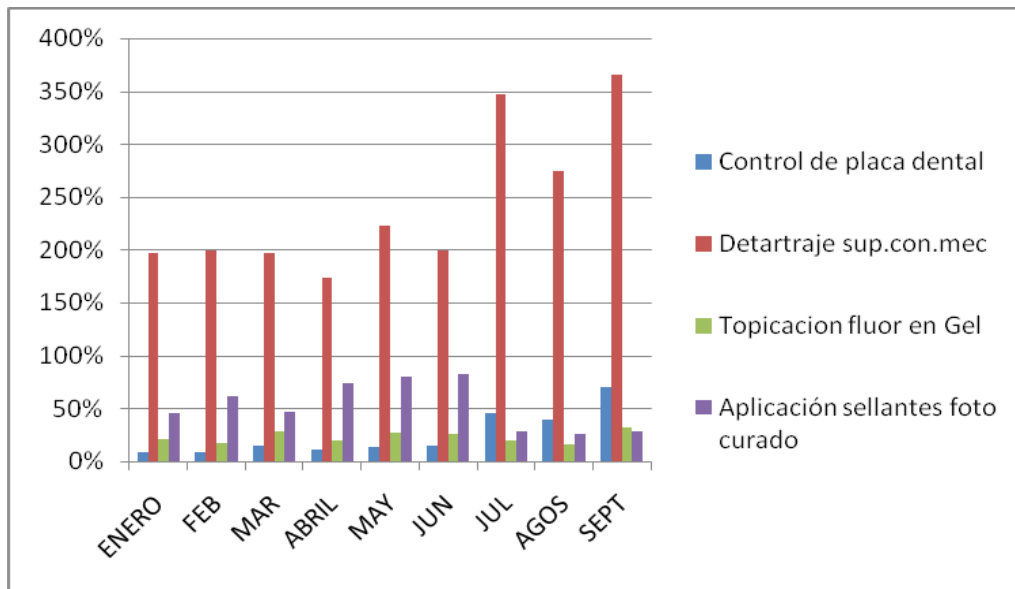
El cumplimiento de metas en las actividades de promoción y prevención en salud oral de SELVASALUD EPS Para en el primer trimestre; la actividad mas alta fue detartraje, seguida de fluor.

Grafica #20 cumplimiento de metas de SELVASALUD segundo trimestre



El cumplimiento de metas en las actividades de promoción y prevención en salud oral de SELVASALUD EPS Para en el segundo trimestre; la actividad más alta fue detartraje, seguida de sellantes.

Grafica #21 porcentaje de cumplimiento de metas mes a mes de la ESE Ladera.

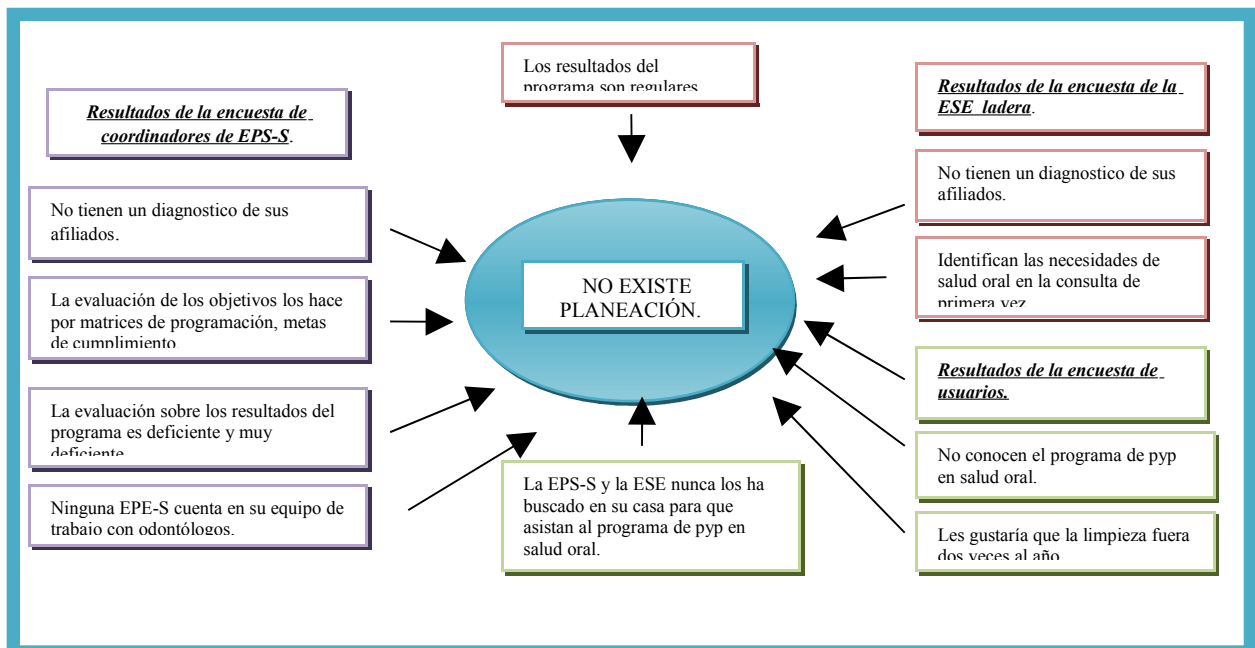


El mayor porcentaje de cumplimiento de todos los meses lo presento la actividad de detartraje y el menor fue la actividad de topicacion de fluor.

8. TRIANGULACIÓN METODOLOGICA.

Los datos obtenidos en los 4 tipos de encuestas que se realizaron para cada actor del sistema se codificaron y se analizaron separadamente, luego se compararon; como una manera de validar los hallazgos. La unión de estos resultados dentro de un producto cohesivo y coherente confirmaron la hipótesis planteada; No existe una planeación que involucre a los aseguradores del régimen subsidiado y una de las prestadoras de servicios de salud de la red pública hospitalaria de Cali, para alcanzar lo postulado en el plan nacional de salud bucal, los planes derivados del decreto 3039/2007 y los planes departamentales y municipales con relación a la salud bucal. Según este tipo de análisis se tuvieron en cuenta los conceptos de todos los actores que están relacionados con la planeación y prestación del programa de promoción y prevención en salud oral, como lo son las EPS-S (oferta), sus coordinadores de promoción y prevención que están a cargo de la planeación, dirección, ejecución y control de programa promoción de la salud bucodental y prevención de las enfermedades bucodentales, en la ESE ladera se involucraron en el estudio a su coordinadora odontológica, que es la encargada del programa, a los odontólogos e higienistas orales, que son los autorizados para la prestación del servicio del programa y a la población rural y urbana que tiene la necesidad del servicio (Demanda).

Grafica No 22. Situación actual de los programas de promoción y prevención en salud bucal en el contexto del SGSSS entre la ESE Ladera y las EPS del Régimen subsidiado con las cuales se tiene contrato: triangulación metodológica.



9. DISCUSIÓN

En el departamento del valle del cauca, en especial en la ciudad de Cali, no se conocen estudios que analicen la situación actual de los programas de promoción y prevención en salud bucal en el contexto del SGSSS entre la ESES y las EPS del Régimen subsidiado. Sin embargo, si existen estudios que miden la accesibilidad a los servicios de salud en general, como son los estudios realizados en Medellín,²⁴ Bogotá²⁵ y Cali²⁶, por otra parte, también existen estudios sobre la Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales²⁷.

Los resultados del estudio en mención evidenciaron las siguientes tendencias, al describir el programa de promoción y prevención en salud oral y prevención de la enfermedad bucodental se encontró que el 91.6% de las higienistas dijeron que existe documento escrito del programa de promoción y prevención en odontología, por su parte, los odontólogos afirmaron conocer el documento escrito del programa en un 95.1% y los coordinadores de EPS-S en un 62.5%, a diferencia del estudio realizado Bogotá, Medellín y Manizales donde se encontró, que solo el 13% de los encuestados conocían la documentación completa y detallada del programa.

Para las higienistas orales los usuarios conocen el programa de promoción y prevención en un 100% y los usuarios dicen en un 72.3% que no les han hablado del programa o no saben, generando una brecha entre lo evaluado por la ESE y lo manifestado por los usuarios.

En cuanto si existe o no un presupuesto destinado al programa de promoción y prevención de salud oral, el 70.7%, de los odontólogos afirmaron que si existe, sin

²⁴ Ramírez H, Vélez S, Vargas V, Sánchez C, Lopera J. Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín. Colomb Med 2001; 32: 10-13. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol32No1/cobertura.html>

²⁵ Martínez P, Rodríguez L, Agudelo CC. Equidad en la política de la reforma del sistema de salud. Rev Salud Publ 2001; 3: 19-39.

²⁶ Rendón LF, Torres M, Llanos G. Caracterización de la población afiliada al régimen subsidiado en Cali, julio de 2000. Colomb Med 2001; 32: 58-64. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol32No1/Regimen.html>

²⁷ Cecilia Realpe, Enf.1, Gloria Mercedes Escobar, Enf.1, Blanca Cecilia Largo, Enf.2, Beatriz Duque, M.D.3 Cecilia Realpe, Enf.1, Gloria Mercedes Escobar, Enf.1, Blanca Cecilia Largo, Enf.2, Beatriz Duque, M.D.3 Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales. Publicación original: [Colombia Médica](#), 2002; 33: 102-107 - ISSN 1657-9534,

embargo al indagar sobre la cantidad asignada el 100% señaló desconocer este valor. Lo anterior implica entre otros no conocer el monto, el comportamiento y la ejecución de este presupuesto, igualmente el conocimiento que tienen los funcionarios entrevistados en el estudio de Manizales es deficiente, y no mostraron interés por mejorarlo.

Referente a la funciones asignadas, los odontólogos en un 78% dicen que las funciones asignadas son clínica y promoción y prevención, le dedican de su jornada laboral diaria a promoción y prevención un 43.3%.

En relación con la norma técnica. Los odontólogos señalaron en un 75.6% conocer la norma técnica en salud bucal, pero al momento de describirla no están muy seguros de lo que dicen. En este sentido los profesionales encuestados no saben o no tienen clara los criterios técnicos nacionales sobre la salud bucal, esta tendencia es problemática en todo sentido, puesto que el programa de promoción y prevención en salud tiene como protocolo de referencia para la atención preventiva en odontología la norma técnica de atención preventiva en salud bucal, (control de placa, detartraje, aplicación de flúor y colocación de sellantes y se complementa con charlas educativas)

Las higienistas por su parte, conocen de manera muy general, la Norma Técnica, en este sentido consideran que el conocimiento de la Norma es importante por las obligaciones que deben cumplir, en cuanto a metas y cantidad de procedimientos a realizar, insisten en la carencia de un seguimiento a los usuarios en detrimento de la evaluación del impacto de las medidas preventivas. Sin embargo no se atreven a opinar sobre su contenido.

En el caso de las políticas institucionales relacionadas con la prevención, pocos funcionarios entrevistados de nivel directivo-administrativo (coordinadores) o de nivel asistencial (odontólogos o higienistas) tuvieron una respuesta clara y concreta. En la mayoría de los casos se notaba la improvisación, y fue evidente que no existe la apropiación conceptual o práctica de lo que es una política institucional y el papel que juega en la caracterización organizacional. Generalmente la respuesta se convertía en una negación a la existencia de políticas o en una confusión entre políticas organizacionales y objetivos del servicio, por su parte, el estudio realizado en Bogotá, Medellín y Manizales señala que los funcionarios no tienen claridad sobre las políticas institucionales.

Según los Coordinadores entrevistados los objetivos de los programas o las acciones preventivas como la disminución de la morbilidad bucal, especialmente la

caries y la enfermedad periodontal lo cual se manifiesta a través de acciones de protección específica.

Para los Odontólogos, el objetivo de la atención preventiva es mantener la salud bucal del paciente mediante mecanismos educativos principalmente.

Por otra parte, se logro establecer que para las higienistas el objetivo principal de los servicios preventivos, está dirigido a conseguir hábitos higiénicos adecuados (cepillado, uso de la seda dental), objetivo que se alcanza mediante la “educación” realizada en la mayoría de los casos a nivel individual.

En cuanto el acceso a la atención, el 72.4% de los usuarios lo realiza mediante cita previa (para obtener la cita los usuarios deben desplazarse hasta la IPS). El horario de atención se realiza en un 46.8% en horas la mañana, mientras que en horas de la tarde en un 53.2%, a diferencia del estudio realizado en Bogotá, Medellín y Manizales donde se encontró que las citas las podían pedir los usuarios por medio telefónico, agenda o directamente por ventanilla.

En general existe consenso frente a los recursos físicos y materiales que tienen las instituciones para los programas o actividades preventivas, los cuales son suficientes y adecuados en cantidad y calidad. Sin embargo, algunos odontólogos manifestaron que les faltaba algún material o instrumental para trabajar. Igualmente se reconoce la existencia de una buena infraestructura locativa para la prestación del servicio, esto contrasta con el estudio realizado Bogotá, Medellín y Manizales donde la mayoría de los funcionarios declararon que no tenían problemas de recursos para la ejecución de las acciones preventivas.

Como tendencia general, se logro advertir que las respuestas de los usuarios no son muy extensas, y denotan poco conocimiento. Usualmente, se muestran resistentes, aunque amables con la entrevistadora. A pesar de las limitaciones en las respuestas, hay una marcada tendencia a considerar que todo está bien. Para muchos de ellos es la primera vez en su vida que tiene la oportunidad de recibir atención preventiva.

Con todo esto, es preocupante que al analizar las variables contempladas en el presente estudio, se deduzca que no hay un diagnóstico de la situación actual del programa de promoción y prevención en salud oral (identifica las necesidades de los pacientes por medio de la primera consulta odontológica que realice el usuario), lo cual a la luz de la estadística se verifico cuando en un 33.2% las higienistas orales señalan no saber o simplemente que no hay un diagnóstico, mientras que los odontólogos señalaron en un 56.1% que no saben sobre el tema o no hay un diagnóstico de la situación actual del programa,. En el caso de los

coordinadores de las EPS-S Y ESE ladera del programa de promoción y prevención en salud oral, el 50% de los encuestados manifestaron no saber sobre el tema o simplemente que no hay un diagnóstico de la situación actual del programa, aun sabiendo que la caries dental se encuentra dentro de las primeras 5 causas de morbilidad.

En forma similar al revisar el estudio realizado en Bogotá, Medellín y Manizales se observa cómo de las cuarenta y siete instituciones evaluadas, solo tres instituciones habían realizado ejercicios investigativos propios para identificar el diagnóstico de las necesidades de atención de los afiliados, lo cual en porcentaje representa el 6.5% de la instituciones con un diagnóstico sobre el tema. En este sentido, los funcionarios informaron que el conocimiento que se tiene de las necesidades se soporta en las historias clínicas individuales, las cuales se elaboran durante la consulta de primera vez.

Al Identificar los procesos establecidos tanto en el prestador como en los aseguradores para la ejecución de programas de promoción en salud bucodental y prevención de las enfermedades bucodentales. La ESE ladera tiene mecanismos de información para sus usuarios, lo hace a través de las trabajadoras sociales y los mismos profesionales. La información obtenida por quejas y reclamos se tabulan y se analiza, este ejercicio ha servido para modificar procesos a partir de las sugerencias. Con relación a la demanda no atendida, se registra y se examina la información, sin embargo, si los pacientes faltan a las citas programadas no toman ninguna medida. El porcentaje de faltas de los pacientes, se ha identificado como barreras de origen externo donde sobresalen el clima y la falta de recursos económicos.

Para el ente municipal todo esto no aplica.

En cuanto a las EPS del régimen subsidiado, se logro constatar que el 71.4% poseen un sistema de registro de las actividades de promoción y prevención, y que existe una persona responsable del manejo de estos registros. Se utilizan como registró: los RIPS, el histórico de la consulta y la Frecuencia del uso del cumplimiento de metas.

A un 71.4% de los usuarios que asisten al servicio, se les diligencia un registro. En relación con la evaluación de los registros, el 57.1% de los coordinadores de las EPS-s señalaron evaluar estos documentos y tomar determinaciones con base a la información compilada.

Por su parte la ESE ladera tiene un sistema de registro de las actividades de promoción y prevención. En este sentido existe una persona responsable. Se utiliza como registro la sabana de procedimientos, la cual se diligencia con todos los usuarios, la información compilada se evalúa y se extrapola para tomar determinaciones en beneficio de los usuarios.

Para el ente municipal todo esto no aplica.

Al describir el grado de cumplimiento de las metas contractuales establecidos entre las EPS y la ESE ladera, se evalúa el cumplimiento de los objetivos mensualmente con las metas de cada EPS-S. La evaluación sobre los resultados del programa es regular, no obstante, la coordinadora de la ESE Ladera señala tener información sobre los resultados del programa.

Las EPS subsidiadas evalúan el cumplimiento de los objetivos, por medio de matrices de programación vs el cumplimiento de metas y basándose en la resolución 3384. En este sentido la evaluación sobre los resultados del programa es deficiente y muy deficiente en un 57,2%. Los coordinadoras de las EPS Tienen información sobre los resultados del programa en un 57.1%.

Las higienista orales manifiestan en un 41.6% que la evaluación de los objetivos, la hacen por medio del cumplimiento de metas.

Por otro lado el 33.2% de las encuestadas dicen en un 75% que la evaluación de los resultados programa es de poco impacto o deficiente. (Las higienistas orales tienen información sobre los indicadores de resultados de los programas).

Se encontró que el porcentaje de mayor cumplimiento es la actividad de detartraje en todas las EPS-S y el de menor cumplimiento es la actividad topicación de flúor, esto es un hallazgo muy preocupante, puesto que se está comprobando que no hay una planeación del programa por parte de cada una de las EPS-S y la ESE Ladera. En este sentido, podemos notar que hay una desarticulación del sistema y los más afectados ante esto son los usuarios.

10. CONCLUSIONES

No existe diagnóstico de la situación actual de los afiliados por parte de la ESE Ladera y sus correspondientes EPS-S, identifican las necesidades en la consulta de primera vez.

Los usuarios desconocen la existencia del programa de promoción y prevención en salud oral.

Los odontólogos no saben o no tienen muy claro de que se trata la norma técnica en salud oral.

Las consecuencias de la falta de políticas institucionales y del reconocimiento de su importancia por parte de los funcionarios, derivan en la poca coherencia entre lo planeado y lo efectivamente realizado.

El cumplimiento de metas para el programa de promoción y prevención en salud oral son deficientes y muy deficientes.

En general las herramientas para planeación, monitoreo, control y evaluación del programa de promoción y prevención en salud bucal son de poco conocimiento por parte del personal de odontología, a pesar de que la ley 100 de 1993 se soporta en la eficiencia financiera del sistema, los funcionarios de salud bucal parecen estar al margen de esta dinámica; por supuesto, este aspecto les impide en muchos casos movilidad administrativa y argumentos para ganarse espacios directivos.

Las metas que exigen las EPS-S a la ESE Ladera son muy altas y no las cumplen.

El número de horas dedicadas al programa o a las actividades preventivas es muy variado, por lo general los higienistas orales tienen dedicación de tiempo completo, aunque se encontró en unas instituciones que el higienista oral tenía funciones de auxiliar de consultorio.

La mayoría de los odontólogos opinan que la atención preventiva tal y como se hace hoy, cubre la mayor parte de las necesidades de los usuarios, aunque admiten que no siempre se obtienen los resultados esperados, sobre todo debido a que el paciente no capta todo lo que se le enseña o no lo pone en práctica.

Con relación al programa o la atención preventiva en salud bucal, los usuarios no la identifican fácilmente por fuera de la atención odontológica, esto hace que no se

perciba la diferencia entre la atención curativa y la preventiva, lo cual no hace fácil que haya una valoración diferente de las actividades de prevención y de sus objetivos

Las EPS-S y la ESE Ladera están seguros de la satisfacción de los usuarios, por que no reciben quejas ni reclamos, pero los usuarios les molesta mucho la demora en el servicio.

11. RECOMENDACIONES

A fin de mejorar la planeación del programa de promoción y prevención en salud oral, con los coordinadores de promoción y prevención, es necesario que se establezca una articulación entre las EPS-S y la ESE Ladera con su subgerente de promoción y prevención y la coordinadora de odontología para el buen funcionamiento y ejecución del programa.

1. Puesto que la población analizada desconoce la existencia del programa de promoción y prevención, se recomienda crear un grupo (interdisciplinario) al interior de la institución encargado de dar a conocer el programa por medio de conferencias, carteleras, volantes y demás estrategias comunicativas.
2. Crear un micro proyecto dirigido por las directivas, que tengan por objeto la Capacitación y evaluación sobre la normalización vigente de los programas de promoción y prevención y las normas relacionadas con la salud oral.
3. Se deben crear grupos que asistidos por los directivos realicen capacitaciones con el fin de dar a conocer a todos los funcionarios de la ESE Ladera las políticas del programa de promoción y prevención en salud oral.
4. Realizar talleres interdisciplinarios con el fin de dar a conocer a todos los funcionarios de la ESE Ladera los objetivos del programa de promoción y prevención en salud oral. Igualmente se sugiere realizar divulgación escrita (carteleras, oficios) que tengan por objeto convertir lo socializado en algo pertinente y sostenible.
5. A nivel directivo se debe realizar un análisis institucional que permita constatar las falencias del programa de promoción y prevención de la ESE Ladera, en relación con en el cumplimiento y mejoramiento de metas establecidas por las EPS- con el fin de reorganizar y direccionar el programa.
6. Crear mesas de trabajo (con asistencia de todos los funcionarios) supervisadas por los directivos, con el fin de socializar todo lo relacionado con la contratación, presupuesto del programa de promoción y prevención en salud oral.

7. Considerando el interés académico se podría explorar en próximos estudios la situación actual de los programas de promoción y prevención de la salud bucodental en todas las ESES departamento del valle del cauca.

BIBLIOGRAFÍA

Promoción de la Salud, Milagros Alida Burgos Huanca /<http://www.monografias.com/trabajos71/promocion-salud/promocion-salud2.shtml>

Evaluación de las condiciones de salud oral y la efectividad de los programas de promoción y prevención instaurados en la comunidad pesquera del corregimiento de Bocachica-Cartagena de Indias 2001.<http://www.unbosque.edu.co/files/Archivos/file/evaluacioncondicionessaludoral.pdf>

Revista de odontología, Situación actual de los programas preventivos de salud bucal en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
<http://www.encolombia.com/odontologia/foc/FocXXI-Situacion.htm>

Walter Ramiro Toro Jiménez. Modelo de simulación prospectiva de la demanda de servicios de salud para enfermedades de alto costo: aplicación para una entidad promotora de salud colombiana.

Referencia promoción de la salud glosario de la organización mundial de la salud, ginebra.

Fuente Definición .de
www.fuitedefinicion.de

Julio Mario Orozco africano. Fuente caracterización del mercadeo del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia

Salud pública vol.4 no.1 Bogotá Jan./Apr. 2002 Promoción, Prevención, Municipalización y Aseguramiento en Salud, en Siete Municipios

Revista de odontología, Situación actual de los programas preventivos de salud bucal en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
<http://www.encolombia.com/odontologia/foc/FocXXI-Situacion.htm>

Ministerio de Salud. Resolución 5261 de agosto 4 de 1994. Manual de Procedimientos y Actividades del POS.

Decreto 3039 DE 2007 del ministerio de protección social de Colombia.

Resolución 412 de 2000 de Colombia.

Acuerdo 117/1998. Bogotá: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

www.calisaludable.gov.co/ secretaria de salud pública de Santiago de Cali.

Decreto numero 4747 de Colombia.

Davila, A. – “El rostro desdentado de nuestros pueblos. La cara de la exclusión, la pobreza y la inequidad en América Latina”. Asociación por la Salud Bucal, Buenos Aires.

Guía práctica clínica para el diagnóstico, prevención, tratamiento de la caries dental. Secretaria distrital de salud de Bogotá.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La Salud Oral en los Estados Unidos: Informe del Cirujano General-- Resumen Ejecutivo. Rockville, MD. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, Institutos Nacionales de la Salud, 2000

Ramírez H, Vélez S, Vargas V, Sánchez C, Lopera J. Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín. Colomb Med 2001; 32: 10-13. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol32No1/cobertura.html>

Martínez P, Rodríguez L, Agudelo CC. Equidad en la política de la reforma del sistema de salud. Rev Salud Publ 2001; 3: 19-39.

Documento Técnico, Aspectos metodológicos para la construcción de Línea base para el Seguimiento a las Metas del Objetivo 3 del Plan Nacional de Salud Pública (Con aportes de las Entidades Territoriales). www.minproteccionsocial.gov.co.

Ramírez H, Vélez S, Vargas V, Sánchez C, Lopera J. Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín. Colomb Med 2001; 32: 10-13. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol32No1/cobertura.html>

Martínez P, Rodríguez L, Agudelo CC. Equidad en la política de la reforma del sistema de salud. Rev Salud Publ 2001; 3: 19-39.

Rendón LF, Torres M, Llanos G. Caracterización de la población afiliada al régimen subsidiado en Cali, julio de 2000. Colomb Med 2001; 32: 58-64. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol32No1/Regimen.html>

Cecilia Realpe, Enf.1, Gloria Mercedes Escobar, Enf.1, Blanca Cecilia Largo, Enf.2, Beatriz Duque, M.D.3 Cecilia Realpe, Enf.1, Gloria Mercedes Escobar, Enf.1, Blanca Cecilia Largo, Enf.2, Beatriz Duque, M.D.3 Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales. Publicación original: Colombia Médica, 2002; 33: 102-107 - ISSN 1657-9534,

Barreras de acceso a la atención odontológica en la población pobre no asegurada y afiliada al régimen subsidiado en la ciudad de Buga año 2007. Carolina Díaz Arturo, Angélica Duque.

REFERENCIAS DE NORMATIZACIÓN

Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de protección social de Colombia.

Resolución 04288 del 20 de noviembre de 1996 de Colombia.

Decreto numero 4747 de 2007 de Colombia.

Resolucion3577 del 2006 de Colombia

Decreto 357 y resolución 473 del 2008 de Colombia.

Plan de atención básica (PAB).

MAPIPOS.

REFERENCIAS WEB:

www.miniproteccion.gov.co

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18142DocumentNo8537.PDF>

http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/carta_brasilia_salud_bucal_americas.pdf

<http://www.encolombia.com/odontologia/foc/FocXXI-Situacion2.htm>

http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%206_8.pdf



ANEXOS

ANEXO 1. OPERALIZACION DE VARIABLES.

Tipo	Nombre	Operacionalizacion	Naturaleza	Nivel de Medición	Unidad de Medida	Codificación
VARIABLES DEMOGRAFICAS	Edad	Años cumplidos a partir de la fecha de nacimiento	cuantitativa	Razón	Años	
	sexo	Femenino-masculino	Cuantitativa	Nominal		1. Masculino. 2. Femenino.
	Lugar de procedencia.	Rural. Urbano.	cualitativa	Nominal		1.Rural 2. Urbano.
EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL PROGRAMA	Definición del programa	Presencia o no del diagnostico bucodental de los pacientes.	Cualitativa	Nominal		1. Si. 2. No. 3. Ns.
	Organización para la prestación del servicio	Definición de la división del trabajo dentro del programa	Cualitativa	Nominal		
	Recursos humanos	Hay o no recurso humano asignado al programa	Cualitativa	Nominal		1. Si. 2. No. 3. Ns
	Recursos físicos y materiales	Son suficientes y adecuados los recursos físicos y materiales con que cuenta el programa.	Cualitativa	Nominal		1. Si. 2. No. 3. Ns
EVALUACIÓN DEL PROCESO	Aplicación de protocolos	Existen o no protocolos de procedimientos para las actividades del programa.	Cualitativa	Nominal		1. Si. 2. No. 3. Ns
	Importancia del usuario en la institución	Existen o no mecanismos de información a los usuarios sobre los servicios preventivos.	Cualitativa	Nominal		1. Si. 2. No. 3. Ns
	Registro y análisis de la demanda no atendida	Se registra y analiza la demanda no atendida.	Cualitativa	Nominal		1. Si. 2. No. 3. Ns
	Subsistema de Información	Existe o no un sistema de registro de las actividades cumplidas en el programa.	Cualitativa	Nominal		1. Si. 2. No. 3. Ns
RESULTADOS INMEDIATOS DEL PROGRAMA	Evaluación del programa en el cumplimiento de objetivos.	Hay o no la evaluación en el programa del cumplimiento de objetivos.	Cualitativa	Nominal		1. Si. 2. No. 3. Ns
	Control de placa bacteriana.	Control de placa bacteriana, por medio de un liquido	Cualitativa	Nominal		1. Si. 2. No. 3. Ns

ACTIVIDADES PREVENTIVAS		revelador de placa bacteriana.				
	Flúor.	Aplicación de flúor por todas las superficies de los dientes.	Cualitativa	Nominal		1. Si. 2. No. 3. Ns
	Sellantes.	Aplicación de sellantes en dientes sanos.	Cualitativa	Nominal		1. Si. 2. No. 3. Ns
	Detartraje.	Retiro de cálculos de los dientes o placa bacteriana dura de la superficie dental.	Cualitativa	Nominal		1. Si. 2. No. 3. Ns

ANEXO 2. ENCUESTA DE COORDINADORES.

<p>UNIVERSIDAD DEL VALLE. ESCUELA DE SALUD PÚBLICA. ESE LADERA.</p>  	<p>Evaluación de los programa de promoción y prevención de la salud bucodental.</p>	<p>Encuesta # <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Fecha <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>
---	---	--

Este cuestionario tiene el propósito de evaluar los programas de promoción de la salud bucodental y prevención de la enfermedad bucodental adelantados hacia la población urbana y rural beneficiaria del Régimen Subsidiado. con base al estudio ya realizado de la Situación actual de los programas preventivos de salud bucal en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en las ciudades de Bogotá, Medellín y Manizales

Coordinador o auditor.

NOMBRE:

CEDULA #:

DEFINICIÓN DEL PROGRAMA

<p>101. Existe diagnóstico de la situación de salud bucal de los afiliados.</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>102. Cómo fue elaborado este diagnóstico?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>103. Si no existe diagnóstico: cómo se identifican las necesidades de atención de los afiliados?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>104. Cuáles son las políticas que orientan los programas o la atención preventiva en la institución?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>105. La institución cuenta con un programa preventivo en salud bucal o realiza actividades preventivas dentro de la atención programada en salud bucal?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>106. Cuáles son los objetivos del programa o la atención preventiva en salud bucal?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>107. Existe un documento escrito del programa o de la atención preventiva en salud bucal?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>108. Hay un presupuesto anual asignado al programa o a la atención preventiva?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>109. Cuál es el monto del presupuesto asignado al programa en el año 2009?</p> <p>_____</p>	<p>110. Se conoce el costo anual del programa o de la atención preventiva en salud bucal?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>111. Participa usted de las decisiones sobre elaboración del presupuesto?</p>	

1. Si 2.No 3.Ns/Nr

ORGANIZACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

<p>201. Está definida la división del trabajo dentro del programa o de la atención preventiva en salud bucal?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>202. Explique brevemente cómo están divididas las funciones dentro de la atención preventiva.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>203. Existe manual de funciones escrito en la institución?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3. Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>204 Existe un coordinador específico del programa?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>205. Las funciones del coordinador están escritas?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>206. Describa las funciones del coordinador del programa o de la atención preventiva?</p> <p>_____</p>
<p>207. Describa las dificultades que tiene como coordinador para cumplir sus funciones?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>208.Describa las oportunidades que tiene como coordinador para cumplir sus funciones</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>209. Describa las fortalezas que tiene como coordinador para cumplir sus funciones.</p> <p>_____</p>	<p>210. Describa las amenazas que tiene como coordinador para cumplir sus funciones.</p> <p>_____</p>

211. Horas dedicadas al programa preventivo o a la atención preventiva

ODONTOLOGOS			HIGIENISTA ORAL		
Horas diarias dedicadas al programa de pyp.	Horas semanales dedicadas al programa de	Horas mensuales dedicadas al programa de	Horas diarias dedicadas al programa de pyp.	Horas semanales dedicadas al programa de	Horas mensuales dedicadas al programa de pyp.

	pyp.	pyp.		pyp.	

RECURSOS HUMANOS

<p>301. Cuál es el recurso humano asignado al programa o a la atención preventiva en salud oral?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>RECURSO FISICOS Y MATERIALES</p> <p>401. Con qué recursos físicos cuenta el programa o la atención preventiva?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>402. Con qué materiales cuenta el programa o la atención preventiva?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>403. Son suficientes y adecuados?</p> <p>1. Definitivamente si <input type="checkbox"/> 2. Probablemente si <input type="checkbox"/> 3. Indeciso <input type="checkbox"/></p> <p>4. Probablemente no <input type="checkbox"/> 5. Definitivamente no <input type="checkbox"/></p> <p>APLICACIÓN DE PROTOCOLOS</p> <p>501. Cuáles son los servicios preventivos que ofrece la institución?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>502. Conoce la Norma Técnica en Salud Bucal?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>503. Descríbala brevemente?</p> <p>_____</p>
<p>504. Existen protocolos de procedimientos para las actividades de la atención preventiva?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>505. Qué mecanismos utiliza la institución para dar a conocer los protocolos de la atención preventiva?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Hay presencia de protocolos en físico.</p> <p>Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>506. A quiénes los divulga?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Importancia del usuario en la institución</p> <p>601. Existen mecanismos de información a los usuarios sobre los servicios preventivos que presta la institución?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>

<p>602. Describa estos mecanismos.</p> <p>_____</p>	<p>603. Qué mecanismos utilizan los usuarios para dar quejas o hacer sugerencias?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>604. Se tabula y analiza la información obtenida por quejas y sugerencias?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>605. Se han modificado procesos a partir de sugerencias de los usuarios?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>606. Cuáles procesos se han modificado?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>607. La institución verifica con los usuarios la satisfacción del servicio?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>608. Cómo lo verifica?</p> <p>_____</p>	<p>609. Qué acciones se toman con estos resultados?</p> <p>_____</p>

Registro y análisis de la demanda no atendida

<p>701. Con relación a la demanda no atendida, la institución donde usted labora registra y analiza la información pertinente</p> <p>1. Definitivamente si <input type="checkbox"/> 2. Probablemente si <input type="checkbox"/></p> <p>3. Indeciso <input type="checkbox"/> 4. Probablemente no <input type="checkbox"/></p> <p>5. Definitivamente no</p>	<p>702. Qué mecanismo se utiliza para analizar la demanda no atendida?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>703. Si el paciente falta a una cita programada qué medidas toma la institución?</p> <p>_____</p>	<p>704. Se conoce el porcentaje de faltas?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>705. Se analiza las causas de las faltas?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>706. Cuáles son las principales causas de falta a la cita?</p> <p>_____</p>



<p>Subsistema de Información</p> <p>801. Existe un sistema de registro de las actividades cumplidas en el programa?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>802. Hay una persona responsable del manejo de los registros del programa o la atención preventiva.</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>803. Qué tipo de registros utiliza? Descríbalos e informe para qué sirven?</p> <hr/> <hr/>	<p>804. A todos los usuarios que asisten a los servicios preventivos se les diligencia registros?</p> <p>1. Definitivamente si <input type="checkbox"/> 2. Probablemente si <input type="checkbox"/></p> <p>3. Indeciso <input type="checkbox"/> 4. Probablemente no <input type="checkbox"/> 5. Definitivamente no <input type="checkbox"/></p>
<p>805. Quién y cuándo se analiza la información?</p> <hr/>	<p>806. Se toman determinaciones con base en esta información?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>807 Se evalúa el diligenciamiento de los registros?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>808. Quién efectúa la evaluación?</p> <hr/>

RESULTADOS INMEDIATOS DEL PROGRAMA

<p>901. Cómo se evalúa en el programa el cumplimiento de objetivos?</p> <hr/>	<p>902.Cuál es su evaluación sobre los resultados del programa?</p> <hr/>
<p>903. Tiene información sobre indicadores de resultados (rendimiento, cumplimiento, continuidad, cobertura)?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>904. Qué le satisface y que no de los resultados de los programas o la atención preventiva?</p> <hr/>
<p>905. Cree usted que los usuarios están satisfechos con los programas o la atención preventiva?</p> <p>1. Definitivamente si <input type="checkbox"/> 2. Probablemente si <input type="checkbox"/></p> <p>3. Indeciso <input type="checkbox"/> 4. Probablemente no <input type="checkbox"/></p>	<p>906. Por qué?</p> <hr/> <hr/>

5. Definitivamente no

ANEXO 3. ENCUESTA DE HIGIENISTAS ORALES.

<p>UNIVERSIDAD DEL VALLE. ESCUELA DE SALUD PÚBLICA. ESE LADERA.</p>  	<p>Evaluación de los programa de promoción y prevención de la salud bucodental.</p>	<p>Encuesta # <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Fecha <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>
<p>Este cuestionario tiene el propósito de evaluar los programas de promoción de la salud bucodental y prevención de la enfermedad bucodental adelantados hacia la población urbana y rural beneficiaria del Régimen Subsidiado. con base al estudio ya realizado de la Situación actual de los programas preventivos de salud bucal en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en las ciudades de Bogotá, Medellín y Manizales</p>		
<p>Higienista. Nombre:</p>		

Definición del programa

<p>101. Sabe usted si existe un diagnóstico de la situación de salud bucal de los afiliados.</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>102. La institución cuenta con un programa preventivo en salud bucal o realiza actividades preventivas dentro de la atención programada en salud bucal?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>103. Cuáles son los objetivos del programa o la atención preventiva en salud bucal?</p> <hr/> <hr/>	<p>104. Existe un documento escrito del programa o de la atención preventiva en salud bucal?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>Organización para la prestación del servicio</p> <p>201. Está definida la división del trabajo dentro del programa o de la atención preventiva en salud bucal?</p> <p>1. muy de acuerdo <input type="checkbox"/> 2. De acuerdo <input type="checkbox"/> 3. ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4. en desacuerdo <input type="checkbox"/> 5. muy en desacuerdo <input type="checkbox"/></p>	<p>202. Explique brevemente cómo están divididas las funciones dentro de la atención preventiva.</p> <hr/> <hr/>
<p>203. Que funciones tiene asignadas en el programa preventivo?</p> <hr/> <hr/>	<p>204. Sus funciones están escritas?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>205. Que proporción de su jornada diaria de trabajo dedica a las actividades preventivas?</p> <hr/>	<p>206. Mediante que mecanismo se asignas las citas del programa?</p> <hr/>
<p>207. Horas diarias de atención en el programa preventivo?</p>	<p>208. Horario de atención en el programa?</p>

_____	_____
-------	-------

Recursos físicos y materiales

<p>301. Existe un espacio físico asignado para la ejecución del programa o la atención preventiva?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>302. El espacio físico asignado es el suficiente y adecuado?</p> <p>1. muy de acuerdo <input type="checkbox"/> 2. De acuerdo <input type="checkbox"/> 3.ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4. en desacuerdo <input type="checkbox"/> 5.muy en desacuerdo <input type="checkbox"/></p>
<p>303. ¿Porque?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>304. Si no hay un espacio asignado donde se realiza las actividades del programa?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>305. Describa los equipos y materiales con que cuenta el programa?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Aplicación de protocolos</p> <p>401. Cuáles son los servicios preventivos que ofrece la institución?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>402. Existen protocolos de procedimientos para las actividades del programa o de la atención preventiva?</p> <p>1. Definitivamente si <input type="checkbox"/> 2. Probablemente si <input type="checkbox"/> 3. Indeciso <input type="checkbox"/> 4. Probablemente no <input type="checkbox"/> 5. Definitivamente no <input type="checkbox"/></p>	<p>403. Qué mecanismos utiliza la institución para dar a conocer los protocolos de la atención preventiva?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>404. A quiénes los divulga?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>405. Cree usted que los usuarios conocen bien los servicios preventivos?</p> <p>1. Definitivamente si <input type="checkbox"/> 2. Probablemente si <input type="checkbox"/> 3. Indeciso <input type="checkbox"/> 4. Probablemente no <input type="checkbox"/> 5. Definitivamente no <input type="checkbox"/></p>
<p>Conocimientos</p> <p>501. Conoce la Norma Técnica Preventiva de salud bucal?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>503. Cuál es su concepto sobre el contenido de la Norma Técnica?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>502. Descríbala brevemente.</p> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
<p>504. Se está aplicando en la institución la Norma?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>505. Qué dificultades prácticas tiene usted para aplicar la Norma Técnica?</p> <hr/>
<p>506. Además de lo que incluye la Norma qué otros servicios se prestan?</p> <hr/> <hr/>	<p>507. Quién toma la decisión sobre las actividades preventivas que se realizan a cada usuario?</p> <hr/> <hr/> <hr/>

EDUCACIÓN

<p>601. Qué actividades educativas realiza?</p> <hr/> <hr/>	<p>602. Qué métodos utiliza para las actividades educativas?</p> <hr/> <hr/>
<p>603. Qué consejos da con relación al cepillado y uso de crema?</p> <hr/>	<p>604. Con qué periodicidad se hace control de placa?</p> <p>1. Una vez al año <input type="checkbox"/> 2. Dos veces al año. <input type="checkbox"/></p> <p>3. Más de dos veces por año. <input type="checkbox"/></p>
<p>605. Se hace seguimiento al control de placa?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>Flúor</p> <p>701. En qué paciente se aplica flúor?</p> <hr/> <hr/>
<p>702. Con qué criterio se toma la decisión de aplicar flúor?</p> <p>1. Hábitos de higiene bucal deficientes <input type="checkbox"/></p> <p>2. Índice COP/ceo alto (historia de caries) <input type="checkbox"/></p>	<p>703. Qué tipo y concentración de flúor se utiliza?</p> <hr/> <p>704. Con qué periodicidad se aplica flúor?</p> <hr/>

<p>3. Malposición dentaria <input type="checkbox"/></p> <p>4. Hábitos alimentarios ricos en carbohidratos (azúcares refinados) <input type="checkbox"/></p> <p>5. Aparatología de Ortodoncia <input type="checkbox"/></p> <p>6. Superficie del esmalte irregular <input type="checkbox"/></p> <p>7. Morfología dentaria retentiva <input type="checkbox"/></p> <p>8. Xerostomía <input type="checkbox"/></p> <p>9. Pacientes con discapacidad física y/o mental <input type="checkbox"/></p>	<p>1. Una vez al año. <input type="checkbox"/> 2. Dos veces al año. <input type="checkbox"/></p> <p>3. No aplica flúor. <input type="checkbox"/></p> <p>705. Quién aplica el flúor?</p> <hr/> <p>706. Describa el método que usa para aplicar flúor.</p> <hr/>
<p>Sellantes</p> <p>801. En qué pacientes se aplican sellantes?</p> <hr/> <p>803. Quién aplica los sellantes?</p> <hr/> <hr/>	<p>802. Con qué criterio se decide colocar sellantes?</p> <p>1. Pacientes con deficiencias en la higiene bucal. <input type="checkbox"/></p> <p>2. Índice COP/ceo alto (historia de caries) <input type="checkbox"/></p> <p>3. Consumo de dieta rica en carbohidratos y azúcares <input type="checkbox"/>.</p> <p>4. Malposición dentaria. <input type="checkbox"/></p> <p>5. Aparatología de Ortodoncia <input type="checkbox"/></p> <p>6. Pacientes con discapacidad física y/o mental <input type="checkbox"/>.</p>
<p>804. Describa el método para colocar sellantes.</p> <hr/> <hr/>	



Integralidad – continuidad

<p>901. Las actividades preventivas cubren las necesidades de los usuarios?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>902. Por qué?</p> <hr/> <hr/>
<p>903. Realiza la institución refuerzos en las acciones de prevención?</p>	<p>Humanización del servicio</p> <p>904. Los usuarios conocen los servicios preventivos de la</p>

<p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>institución?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>905. Recibe usted quejas de los usuarios sobre los servicios preventivos?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>906. Cuáles quejas?</p> <hr/> <hr/>
<p>907. Se ha puesto en marcha algún mecanismo para corregir los motivos de las quejas?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>908. En su concepto hay demanda no atendida en el programa?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>909. Si el paciente falta a una cita programada qué medidas toma la institución?</p> <hr/> <hr/>	<p>910. Cuáles son las principales causas de faltas a las citas?</p> <hr/> <hr/>
<p>Subsistema de Información</p> <p>1001. Se lleva registro de las actividades cumplidas en el programa?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>1002. Dónde reporta usted las actividades cumplidas en el programa?</p> <hr/> <hr/>
<p>1003. Quién revisa estos reportes?</p> <hr/> <hr/>	<p>1004. Participa usted de actividades de evaluación del servicio odontológico o del programa preventivo.</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>1005. Por qué?</p> <hr/> <hr/> <p>—</p>	<p>Resultados</p> <p>1021. Cómo se evalúa el cumplimiento de los objetivos?</p> <hr/> <hr/>
<p>1022. Cuál es su evaluación sobre los resultados del programa o de las actividades preventivas?</p>	<p>1023. Tiene información sobre indicadores de resultado de los programas o de la atención preventiva?</p>

<hr/> <hr/>	1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/>
1024. En su concepto las actividades preventivas que se realizan satisfacen las necesidades de los usuarios? 1. muy de acuerdo <input type="checkbox"/> 2. De acuerdo <input type="checkbox"/> 3.ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4. en desacuerdo <input type="checkbox"/> 5.muy en desacuerdo <input type="checkbox"/>	1025. Por qué? <hr/> <hr/>
1026. Cree usted que los usuarios están satisfechos con los programas preventivos? 1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/>	1027. Por qué? <hr/> <hr/>
1028. Qué dificultades tienen los usuarios para poner en práctica lo enseñado? <hr/> <hr/>	Satisfacción del cliente interno 1031. Qué le satisface y qué no de los resultados de los programas o la atención preventiva? <hr/> <hr/>
1032. Qué cambios sugiere para mejorar la atención preventiva a los usuarios? <hr/>	

ANEXO 4. ENCUESTA DE ODONTOLOGOS.

<p>UNIVERSIDAD DEL VALLE. ESCUELA DE SALUD PÚBLICA. ESE LADERA.</p>  	<p>Evaluación de los programa de promoción y prevención de la salud bucodental.</p>	<p>Encuesta # <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Fecha <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>
<p>Este cuestionario tiene el propósito de evaluar los programas de promoción de la salud bucodental y prevención de la enfermedad bucodental adelantados hacia la población urbana y rural beneficiaria del Régimen Subsidiado. con base al estudio ya realizado de la Situación actual de los programas preventivos de salud bucal en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en las ciudades de Bogotá, Medellín y Manizales</p>		
<p>Odontólogos.</p> <p>Nombre:</p>		



Definición del programa

<p>101. Existe diagnóstico de la situación de salud bucal de los afiliados.</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>102. Cómo fue elaborado este diagnóstico?</p> <hr/> <hr/>
<p>103. Si no existe diagnóstico cómo se identifican las necesidades de atención de los afiliados?</p> <hr/> <hr/>	<p>104. Cuáles son las políticas que orientan los programas o la atención preventiva en la institución?</p> <hr/> <hr/>
<p>105. La institución cuenta con un programa preventivo en salud bucal o realiza actividades preventivas dentro de la atención programada en salud bucal?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>106. Cuáles son los objetivos del programa o la atención preventiva en salud bucal?</p> <hr/> <hr/>
<p>107. Existe un documento escrito del programa o de la atención preventiva en salud bucal?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>108. Hay un presupuesto anual asignado al programa o a la atención preventiva?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>109. Cuál es el monto del presupuesto asignado al programa en el año 2009?</p> <hr/> <hr/>	<p>110. Se conoce el costo anual del programa o de la atención preventiva en salud bucal?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>Organización para la prestación del servicio</p> <p>201. Está definida la división del trabajo dentro del</p>	<p>202. Explique brevemente cómo están divididas las funciones dentro de la atención preventiva.</p>

<p>programa o de la atención preventiva en salud bucal?</p> <p>1. muy de acuerdo <input type="checkbox"/> 2. De acuerdo <input type="checkbox"/> 3. ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4. en desacuerdo <input type="checkbox"/> 5. muy en desacuerdo <input type="checkbox"/></p>	<hr/> <hr/>
<p>203. Existe manual de funciones escrito en la institución?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>204. Que funciones tiene asignadas en el programa de promoción y prevención en salud oral?</p> <hr/> <hr/>
<p>205. Sus funciones están escritas?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>	<p>206. Que proporción de su jornada diaria de trabajo dedica a las actividades preventivas?</p> <hr/>
<p>Aplicación de protocolos</p> <p>301. Cuáles son los servicios preventivos que presta la institución?</p> <hr/> <hr/>	<p>302. Conoce la Norma Técnica en Salud Bucal?</p> <p>1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>303. Describala brevemente?</p> <hr/> <hr/>	<p>304. Cual es su concepto sobre el contenido de la norma técnica?</p> <hr/> <hr/>
<p>305. Que dificultades practicas tiene usted para aplicar la norma técnica?</p> <hr/> <hr/>	<p>306. Existen protocolos de atención del programa o de las actividades preventivas?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/></p>
<p>307. Como y a quien divulga la institución los protocolos de la atención preventiva?</p> <hr/> <hr/>	<p>308. En su concepto las actividades preventivas que se realizan en la institución se ajustan a los conocimientos técnicos que hoy día existe sobre el tema?</p> <p>1. muy de acuerdo <input type="checkbox"/> 2. De acuerdo <input type="checkbox"/> 3. ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4. en desacuerdo <input type="checkbox"/> 5. muy en desacuerdo <input type="checkbox"/></p>
<p>309. Por que?</p> <hr/> <hr/>	<p>310. En su concepto las actividades preventivas que se realizan cubren las necesidades de los usuarios?</p> <p>1. muy de acuerdo <input type="checkbox"/> 2. De acuerdo <input type="checkbox"/> 3. ni de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> 4. en desacuerdo <input type="checkbox"/> 5. muy en desacuerdo <input type="checkbox"/></p>
<p>311. Por que?</p>	<p>312. Que dificultades practicas tiene para la ejecución de</p> <hr/>

<hr/> <hr/>	las actividades preventivas? <hr/>
-------------	---------------------------------------

ANEXO 5. ENCUESTA DE USUARIOS.

<p>UNIVERSIDAD DEL VALLE. ESCUELA DE SALUD PÚBLICA. ESE LADERA.</p>  	<p>Evaluación de los programa de promoción y prevención de la salud bucodental.</p>	<p>Encuesta # <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Fecha <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p>
<p>Este cuestionario tiene el propósito de evaluar los programas de promoción de la salud bucodental y prevención de la enfermedad bucodental adelantados hacia la población urbana y rural beneficiaria del Régimen Subsidiado. con base al estudio ya realizado de la Situación actual de los programas preventivos de salud bucal en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en las ciudades de Bogotá, Medellín y Manizales</p>		
<p>Usuarios.</p> <p>Nombre:</p>		

SOBRE LOS SERVICIOS PREVENTIVOS

<p>101. Cuánto hace que está afiliado a esta institución?</p> <hr/>	<p>102. Todo su grupo familiar está afiliado a esta institución?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr</p>
<p>103. Ha sido atendido en el servicio odontológico?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr</p>	<p>104. Por qué motivo ha consultado en Odontología?</p> <hr/> <hr/>
<p>105. Qué tratamientos le han hecho en su boca?</p> <hr/> <hr/>	<p>106. Cómo se ha sentido con la atención?</p> <p>1. Muy bien <input type="checkbox"/> 2. Bien <input type="checkbox"/> 3.Regular <input type="checkbox"/></p> <p>4.Mal <input type="checkbox"/> 5.Muy mal <input type="checkbox"/></p>
<p>107. En algún momento ha solicitado una cita y se la han negado?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr</p>	<p>108. Si le han negado una cita que razón le han dado para negársela?</p> <hr/> <hr/>
<p>CONOCIMIENTOS SOBRE LOS SERVICIOS PREVENTIVOS</p> <p>201. Le han hablado del programa preventivo en Odontología? .</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr.</p>	<p>202. En qué consiste este programa?</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>203. Usted se ha beneficiado de estos programas?</p>	<p>204.Cómo? Por qué?</p>

<p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr</p>	<p>_____</p>
<p>205. Si Usted necesita un servicio del programa preventivo cómo lo solicita?</p> <p>_____</p>	<p>206. En qué horario se ofrecen estos servicios?</p> <p>_____</p>
<p>207. ¿alguna vez lo han buscado la EPS en su casa para que acuda a consulta odontológica?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr</p>	<p>208. ¿alguna vez lo han buscado del centro de salud, en su casa para que acuda a consulta odontológica?</p> <p>1.Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr</p>
<p>SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA</p> <p>301. Qué le gusta del programa preventivo y por qué?</p> <p>_____</p>	<p>302. Qué no le gusta del programa preventivo y por qué?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>303. Qué cambios sugiere para los programas preventivos en odontología?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>304. Qué le gustaría saber de odontología y salud bucal que no le han enseñado?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>305 Le encuentra utilidad a los programas preventivos en salud bucal? .Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3.Ns/Nr <input type="checkbox"/> Por qué?</p> <p>_____</p>	

ANEXO 6.FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
FORMATO DE CONSENTIMIENTO

“Situación actual de los programas de promoción y prevención en salud bucal en el contexto del SGSSS entre la ESE Ladera y las EPS del Régimen subsidiado con las cuales se tiene contrato”

El objetivo principal de esta investigación es, describir los programas de promoción de la salud bucodental y prevención de la enfermedad bucodental adelantados hacia la población urbana y rural beneficiaria del régimen subsidiado a través de la ESE ladera y las diferentes EPS-S con las cuales se tiene contrato.

Investigadora principal: yinniva Chávez umaña.

EN EL PRESENTE ESTUDIO PARTICIPARÁN 106 SUJETOS HUMANOS, AUDITORES, CORDINADORES, ODONTOLOGOS, HIGENISTAS Y USUARIOS. SE INCLUIRÁN TODOS LOS GRUPOS ÉTNICOS. PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS se utilizará un cuestionario (basado situación actual de los programas preventivos de salud bucal en el contexto del sistema general de seguridad social en salud).

Las respuestas consignadas en la encuesta, son de carácter absolutamente confidencial y no se divulgará el nombre de los entrevistados. El análisis de ésta encuesta solamente será realizado para fines de la investigación, sin personas ajenas al estudio y las respuestas serán usados por la investigadora estrictamente para la realización y uso exclusivo de esta investigación, las cuales serán almacenadas en un computador para realizar la base de datos y luego sacar resultados. Los resultados del estudio pueden ser publicados y los usuarios y funcionarios no correrá con ningún riesgo. Serán necesarios de 20 a 30 minutos para el diligenciamiento de la encuesta. Se espera que al contestar las preguntas se hagan de manera sincera y honesta. LA REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO NO IMPLICA NINGÚN RIESGO A LA SALUD DE LOS PARTICIPANTES. Los requisitos para poder participar en el estudio son: ser coordinador o auditor de la ESE ladera o de las EPS-S con las cuales se tienen contrato, ser odontólogo, higienista y usuarios de la ESE ladera. Los encuestados no recibirá ningún beneficio directo de los resultados de este estudio, para su comprensión leerá el documento completamente o se le explicará el estudio en detalle por la investigadora y todas las dudas que se tengan al respecto, serán contestadas satisfactoriamente, sabiendo que, Yinniva Chávez Umaña odontóloga a cargo de este proyecto de investigación quien me autoriza para localizarla al teléfono 3167576086, el Dr. Jairo Corchuelo teléfono 3164828734 y el teléfono del Comité de Ética de la universidad del Valle (2)5185677 por si se tiene alguna duda referente al estudio, a los derechos del paciente u otras preocupaciones que el encuestado manifieste. Los participantes autorizan su participación voluntariamente a este estudio, sabiendo que puede retirarse en cualquier momento, sin que esto represente consecuencias negativas ni con la institución de salud ni con las personas encargadas del estudio.

CONSENTIMIENTO Y FIRMAS

Certifico que he leído y me han explicado satisfactoriamente el propósito de este estudio en el cual de manera voluntaria deseo participar, sabiendo por qué y para qué se está realizando.

El usuario o funcionario da la aprobación para no recibir beneficio económico con la participación en este estudio, y que ha comprendido completamente todo lo anterior.



Huella digital

Nombre _____

Con documento de identidad _____ Expedido en _____ fecha de nacimiento ____/____/____ da autorización para que yinniva Chávez, realice el estudio. Igualmente autorizo a yinniva Chávez, la aplicación de la encuesta y si es necesario utilizar los datos de este estudio para investigaciones posteriores se puedan usar, en los cuales la confidencialidad, privacidad e identidad serán acordes y las permitidas por la Ley.

Recibirá copia del presente documento el cual consta de 2 paginas.

Lugar y fecha _____

Nombre _____

C.C. _____ de _____

Dirección de domicilio _____

Nombre del testigo 1 _____

Firma del testigo 1 _____ C.C. _____

Dirección _____ teléfono _____

Nombre del testigo 2 _____

Firma del testigo 2 _____ C.C. _____

Dirección _____ teléfono _____

ANEXO 7.RESULTADOS DE PRUEBA PILOTO.

La prueba piloto se realizo en el mes de noviembre del año 2009 en una IPS de una EPS del régimen contributivo de la ciudad de Cali, fueron aplicadas cuatro tipos de encuestas diferentes para coordinadores(Uno), higienista oral(cinco), odontólogos(cuatro) y usuarios(10), encontrando como resultados:

Para la coordinadora de la IPS no existe un diagnostico de la situación actual de los usuarios, existe un documento escrito del programa, hay un presupuesto anual asignado, conoce el costos anual del programa, participa de las decisiones sobre la elaboración del presupuesto, está bien definida la división del trabajo, existe un manual de funciones, hay un coordinador de odontología y están por escrito sus funciones, conoce la norma técnica en salud oral, existen mecanismos de información para los usuarios, tabulan la información de quejas y reclamos, verifican la satisfacción de los usuarios, registra y analizan la demanda no atendida, conocen el porcentajes de faltas de los pacientes y las causas por las cuales no asisten al programa.

Para las higienista orales de la IPS, dicen que si hay un diagnostico de la situación actual de los afiliados, que hay un documento escrito del programa, tienen bien definida la división del trabajo, sus funciones están escritas, la institución donde laboran ofrece un horario de atención amplio para sus usuarios de lunes a viernes de 8 a 12pm y de 2 a 6 pm, sábados de 8 a 12pm; hay un espacio adecuado y suficiente para el programa, existen protocolos de procedimientos, para ellas todos los usuarios conocen del programa, cubren y satisfacen las necesidades del paciente, se lleva un registro de las actividades cumplidas en pyp, ellas participan de la evaluación del servicio y conocen sobre los indicadores.

Para los odontólogos de la IPS, no tienen muy claro si existe o no un diagnostico de la situación actual de los afiliados, cuentan con el programa de promoción y prevención, tienen un documento escrito del programa, hay un presupuesto asignado, no conocen el costo anual del programa, unos si participan en la elaboración del presupuesto otros no, tienen bien definida la división del trabajo, estas escritas sus funciones, conocen la norma técnica en salud bucodental, para ellos las actividades de pyp cubren las necesidades de los usuarios.

Para los usuarios, nunca les han hablado sobre el programa de promoción y prevención en salud oral, pero si se han beneficiado del programa atreves de limpiezas orales, nunca les han negado una cita y se sienten muy bien con el servicio.