


Impact evaluation of the Alliance for a Caries-Free Future. Demonstrative territory, Comuna 20 of Cali

Evaluación del impacto de la Alianza por un Futuro Libre de Caries. Territorio demostrativo,


Comuna 20 de Cali

LINA MARÍA GARCÍA-ZAPATA¹, GUSTAVO BERGONZOLI²

¹ PhD en Salud. Magíster en Epidemiología, Universidad del Valle. Profesora asociada, Escuela de Odontología, Universidad del Valle. Grupo de investigación Pacífico Siglo XXI y Curpes.

 0000-0002-3371-9447

² Coordinador, grupo de investigación Salud, Medicina y Sociedad (SAMESO). Grupo de Gestión del Conocimiento e innovación (GECOI), Hospital Tomas Uribe Uribe, Tuluá Valle del Cauca.

 0000-0001-9728-5329

ABSTRACT

Introduction: in 2010, the first chapter of the Alliance for a Caries-Free Future was established in Colombia with a group of leaders in dentistry interested in generating contextualized intervention strategies that would allow integrating the elements of the Health System to guarantee dental caries-free communities with actions aimed at the early childhood population. The objective was to evaluate the impact of the Alianza project on children under 5 years of age who intervened in Comuna 20 of Cali during the period 2011 to 2018. **Methods:** based on the RE-AIM framework coverage, effectiveness, adoption, implementation, maintenance and access, were identified to know the impact of keeping children free from cavitation cavities. **Results:** 89% of the population under 5 years of age has benefited from educational actions and the application of fluoride varnish, increasing the caries-free population from 34 to 57%, the project has been maintained thanks to the teaching-service agreement and the intersectoral workspaces. 54% of the children visited at home have had access to individual care services by a dentist, only 30% of the initial protocol was maintained under the Family Health strategy. **Conclusions:** the project has allowed the articulation of actions, resources, and wills for the development of inter-institutional actions in favor of oral health of the early childhood population, in the time evaluated, a significant advance is evidenced in the individual and population indicators with the active and permanent participation of Cali institutions in this alliance.

Keywords: primary health care, oral health, program evaluation, dental caries

Resumen

Introducción: el proyecto Alianza por un Futuro Libre de Caries nació en el año 2009; en el año 2010 se consolidó el capítulo Colombia como la primera iniciativa a nivel mundial constituido para trabajar en pro de la salud bucal de la primera infancia para mantenerlos libres de caries cavitacional. Conformado por profesionales representantes de la Academia, Empresa Privada y Empresas del Estado interesados en generar estrategias contextualizadas que permitieran integrar elementos del sistema de Salud y del Sistema Educativo para garantizar comunidades libres de caries dental. Las acciones se centraron en la primera infancia, por ser un grupo de interés para las políticas públicas nacionales y por la evidencia del aumento en la prevalencia de caries dental reportada en el estudio nacional. El objetivo fue evaluar el impacto del proyecto Alianza en la comunidad menor de 6 años de uno de los 4 territorios intervenidos por la Alianza en Colombia la Comuna 20 ubicada en la Ciudad de Cali Colombia, seleccionada como área demostrativa por la Universidad del Valle, desde el año 2010 a la fecha. **Métodos:** a partir del marco RE-AIM, se realizó una evaluación del impacto de la intervención durante los años 2011 al 2018, para ello se integraron los componentes del modelo constituidos por la cobertura, efectividad, adopción, implementación y mantenimiento de la intervención para la población de 0-5 años. **Resultados:** la intervención evaluada muestra que el 89% de la población menor de 5 años ha sido beneficiada con acciones de educación y aplicación de barniz de flúor, aumentó la población libre de caries del 34 al 57%, el proyecto se ha mantenido gracias al convenio docencia servicio y por los espacios de intersectorial. El 54% de los niños visitados en casa han tenido acceso a servicios de atención individual por odontólogo, solo el 30% del protocolo inicial se mantuvo bajo la estrategia de Salud Familiar. **Conclusiones:** la Alianza por un Futuro Libre de Caries es un proyecto que ha permitido articular recursos, intenciones y voluntades para el desarrollo de las acciones interinstitucionales, en favor de la salud bucodental de la primera infancia. En el tiempo evaluado muestra una mejora en la cobertura, aumento en el porcentaje de niños libres de caries, permanencia de la intervención y participación activa y permanente de las instituciones que hacen parte de la Alianza. Estos hallazgos destacan la necesidad de articular este componente al proceso de Atención Primaria en Salud en las redes de salud local.

Palabras claves: atención primaria en salud, salud bucal, evaluación del impacto en la salud, caries dental

Enviado: mayo 03/2021 – Aceptado: diciembre 13/2021



Cómo citar este artículo: García-Zapata LM, Bergonzoli G. Impact evaluation of the alliance for a caries-free future. Demonstrative territory, Comuna 20 of Cali. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2021; 33(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v33n2a3>

INTRODUCCIÓN

Santiago de Cali es la capital del departamento del Valle del Cauca, tercera ciudad más poblada de Colombia, ubicada en la región sur del departamento entre la cordillera occidental y la cordillera central de los Andes. Uno de los principales centros económicos e industriales de Colombia, principal centro urbano, cultural, económico, industrial y agrario del suroccidente del país, y el tercero a nivel nacional que cuenta con 22 comunas.

El proyecto de Alianza Global por un Futuro Libre de Caries (AFCL), es una iniciativa de líderes mundiales comprometidos con tener comunidades libres de caries. Con el fin de avanzar en este propósito, en Colombia se propusieron 4 sitios demostrativos como piloto con características sociales, económicas y demográficas diferentes a fin de cumplir con este propósito en las condiciones reales de la población. Uno de los sitios seleccionados fue la Comuna 20 de Cali, Colombia, sitio donde la Escuela de Odontología de la Universidad del Valle realiza sus prácticas académicas y donde se logró incluir el componente bucodental en las visitas domiciliarias de los equipos de salud familiar como parte de la estrategia integradora de acciones individuales y colectivas para esta población, situación que estuvo amparada por un convenio Docencia-Servicio de 10 años (2012-2022), para garantizar la permanencia del proyecto en el territorio¹. Históricamente, este territorio fue ocupado con fines de explotación minera hacia 1932, dando inicio al corregimiento de Cañaveralejo que luego se llamaría Siloé. Sus casas eran principalmente de bahareque, de bajo costo, donde existían conflictos de propiedad por los terrenos. Subsecuentemente a este proceso, la población ha tenido problemas de agua y acceso (rutas y vías), que permanecen en la actualidad. Su extensión abarca 214,94 hectáreas, de las que ocupa el 80%, área desarrollada en 12 barrios, 507 manzanas y 12.670 predios legalizados; cuenta con varios sectores subnormales ubicados mayoritariamente en zonas de alto riesgo.²

El trabajo en salud de esta comuna ha estado asociado con los procesos vividos a finales de los años 80 y principios de los 90 cuando en las grandes ciudades de Colombia se habló de la Atención Primaria en Salud (APS). El municipio de Cali en noviembre de 1989 adoptó la estrategia dentro de la nueva estructura de salud de la ciudad.³ Estos antecedentes fueron decisivos en la selección del territorio para el proyecto AFLC que, como intervención de APS, está basado en acciones de promoción de la salud bucodental de tipo individual y colectivo para padres, cuidadores, niños y niñas del territorio, acciones preventivas que incluye la aplicación de barniz de flúor según la norma nacional y atención individual por los servicios de Odontopediatría de la Red de Salud de Ladera, inmersos en acciones de promoción de la participación comunitaria, el trabajo intersectorial y la salud familiar y comunitaria, apoyados en la estrategia de Salud Familiar.

El proceso de evaluación de las intervenciones en Salud Pública ha tomado relevancia para la toma de decisiones. Bajo este concepto se realizó esta evaluación que permite identificar el alcance que ha tenido la AFLC en la población beneficiada durante los años 2011 al 2018, su efectividad, qué

tanto se ha adoptado por parte del personal objetivo, entornos o instituciones, la consistencia de su implementación, costos y adaptaciones realizadas, y el mantenimiento de los efectos de intervención en individuos y entornos a lo largo del tiempo a través del Marco RE-AIM.⁴⁻⁸ El Objetivo de este artículo es compartir la evaluación del impacto realizada al proyecto AFLC para la Comuna 20 de Cali en el periodo 2011 al 2018.

MÉTODOS

Se realizó una evaluación de impacto, para ello se utilizó la metodología propuesta por el marco RE-AIM de la Universidad de Colorado.⁴ Desde el año 1999, ha sido utilizado en diferentes áreas de interés como el envejecimiento, detección del cáncer, cambios en la dieta, actividad física entre otras.⁶ Incorporando los componentes de la evaluación determinados por la cobertura: efectividad, adopción, implementación y mantenimiento. Los ítems evaluados dentro de las dimensiones incorporaron el nivel organizacional, poblacional y el nivel individual, dadas las características de la intervención bajo evaluación.

Se realizó una investigación con combinación de técnicas y métodos cualitativos y cuantitativos, la cual se desarrolló a través dos momentos: 1) El análisis documental, para verificar la existencia y contenidos de la información cualitativa y 2) el estudio cuantitativo antes y después, para determinar la efectividad de la intervención a partir del indicador de c.o.e= 0. Desde el abordaje cualitativo, además de identificar y evaluar los aspectos organizacionales de la Alianza en las cinco dimensiones del RE-AIM, se realizó la sistematización de la experiencia que incluyó entrevistas a funcionarios de la Administración Municipal y funcionarios de salud con cargos directivos y operativos, grupos focales con líderes comunitarios que habían participado en la intervención, niños y padres de familia.

La perspectiva cuantitativa de la investigación dio cuenta de la efectividad de la Alianza en el ámbito individual y poblacional en cuanto al desempeño de los atributos del modelo y en los resultados de salud bucodental de los niños menores de 6 años. Esta perspectiva desarrolló un estudio de tipo descriptivo en dos momentos: el primero en el año 2012, en el que se determinó el número de niños libres de caries cavitacional antes de la intervención de la Alianza y el segundo en el año 2018, en el que se evaluó el efecto de la intervención en el aumento de niños sanos posterior a la intervención de la Alianza. Se estimó el índice de c.o.e calculando el porcentaje de niños sin caries a partir de los criterios ICDAS tomados por una odontopediatra debidamente calibrada. Para establecer el acceso de la población menor de 6 años a los servicios de salud, se analizaron los datos de los niños visitados por los equipos extramurales que consultaron por caries dental en el año 2011. Las bases de datos se elaboraron en el programa Excel y para el análisis se utilizó el programa STATA 11.0.

Consideraciones éticas

El estudio solicitó consentimiento informado por escrito a los participantes y fue aprobado por los Comités de Ética de las instituciones que participaron en el proyecto (Universidad del Valle y la Red de Salud ESE Ladera).

En la tabla 1 se encuentran los indicadores seleccionados para esta evaluación, con los ítems, componentes de la gestión de la AFLC, la dimensión a la que corresponde en el método RE-AIM, nivel (organizacional, individual o poblacional), definición del indicador, datos y fuentes.

Tabla 1. Componentes de la gestión, dimensiones del marco RE-AIM, nivel, indicadores, datos y fuentes de información para la evaluación del impacto de la AFLC en el territorio demostrativo de la Comuna 20 de Cali, 2011-2018

Componentes de Gestión	Dimensión RE-AIM	Nivel	Indicador (Definición)	Dato	Fuente
Caracterización de la población	Cobertura (REACH)	Organización Individual	Número de niños de la Comuna 20 beneficiados por acciones de la alianza/número total de niños menores de 5 años de la Comuna 20	3.600 bf+ 850 educación. 4450/5.000 89%	Indicadores anuales
Evolución de indicadores básicos de salud. (Índice c.o.e)	Efectividad	Poblacional	Niños con índice c.o.e modificado = 0. Sin historia de caries. Número de niños sin dientes cariados, obturaciones o dientes perdidos por caries a los 5 años	2012 34,5% 2018 57%	Línea de Base 2012 Línea de Base 2018
Voluntad política para adoptar y mantener la estrategia en el período 2011-2018	Adopción y mantenimiento	Organizacional	Número de convenios firmados o acto político-administrativo que garantice la adopción y la permanencia de la AFLC en la Comuna 20	Convenio Docencia Servicio a 2022 con la ESE Ladera	Revisión documental
Concurrencia de recursos para equipo humano e insumos (2011-2018)	Adopción y mantenimiento	Organizacional	Número de instituciones de la Comuna 20 beneficiados con recursos de la AFLC. Continuidad de recurso humano extramural	100% (Educación, cepilleros) ESE, SSM. Universidad del Valle	Revisión documental (historia de la implementación de la estrategia)
Sistematización de la experiencia de salud al campo	Adopción y mantenimiento	Organizacional	Existencia de un documento que sistematice la experiencia	Existe un documento de Sistematización de la Experiencia	Revisión documental
Capacitación en diferentes campos de la AFLC (2011-2018)	Adopción e implementación	Organizacional	Número de capacitaciones realizadas	10 (una anual)	Revisión documental

Concertación de tareas y roles de los actores en Salud al campo	Adopción e implementación	Organizacional	Número de mesas de trabajo de concertación en Salud a nivel Municipal	10 en todo el periodo de trabajo. Se ha asistido a mesa de infancia y comité intersectorial, pero sin participación permanente	Revisión documental
Participación Comunitaria	Adopción e implementación	Organizacional	Tipo de participación de la comunidad en AFLC	Líderes comunitarios en eventos masivos	Revisión documental
Nivel de desarrollo del modelo de la AFLC en la Comuna 20	Adopción e implementación	Organizacional	Grado de concordancia entre el modelo de Salud Familiar propuesto y el modelo desarrollado en la Comuna 20	30%	Revisión documental
Estrategias de intervención que utilizaron el enfoque intersectorial en la AFLC	Adopción e implementación	Organizacional	Número de estrategias Tipo de estrategia	Con el comité intersectorial de la Comuna 20	Revisión documental
Personas que recibieron atención en la ESE Ladera después de la visita domiciliaria para salud bucal	Acceso	Poblacional	Porcentaje de personas que asistieron a consulta por salud bucal por año o después de haber recibido la visita domiciliaria	54,4%9	Contribución de los equipos de Atención Primaria en Salud en el acceso a servicios de salud

Fuente: por los autores

RESULTADOS

Cobertura o alcance

Anualmente la AFLC realiza acciones de educación a padres, madres, cuidadores y aplicación de barniz de flúor. La cobertura anual de ambas actividades es del 89% de la población menor de 5 años ubicados en los Centros de Desarrollo Infantil (CDI), Hogares de Bienestar Familiar y en las casas visitadas por los equipos extramurales.

Efectividad

Para ello se realizó un análisis antes y después a partir de la línea de base tomada en el año 2012 en la que se identificó que el número de niños sanos (libres de caries) era del 34,5%, y una segunda evaluación realizada en el año 2018 en la misma población, encontró que el porcentaje de población sana aumentó al 57%.

Adopción y mantenimiento

Al realizar el análisis de la información suministrada por los informes y la sistematización, se identificó que la voluntad política fue el factor explicativo para adoptar y mantener el proyecto de AFLC en el período 2011-2018, situación que estuvo respaldada con la legalización del convenio Docencia-Servicio, plataforma estratégica que garantizó la permanencia de la Alianza a pesar de los cambios que se presentaran en la gerencia de la institución. El segundo factor asociado fue la concurrencia de recursos, representados por la adquisición y dotación de capilleros al 100% de las instituciones del sector y la permanencia del talento humano por parte de la secretaria de Salud Municipal de Cali, Universidad del Valle, Coomeva Medicina Prepagada y la Red de Salud ESE Ladera. Además de otras tareas de interés común como la sistematización realizada por el personal de salud de la AFLC del territorio, con la participación de padres de familia, personal de salud, líderes comunitarios y niños beneficiados en el año 2017 y 2018.

Adopción e implementación

Durante el periodo evaluado se evidenció una capacitación masiva anual, participación en las mesas de trabajo intersectorial de niñez, el Comité Intersectorial de la Comuna 20 y los Comités Docencia-Servicio durante todo el periodo evaluado. Participación permanente de líderes comunitarios en los espacios de trabajo de la Alianza, especialmente en los eventos masivos y en el proceso de sistematización. El acceso fue otro indicador identificado, de los niños menores de 5 años visitados por los equipos extramurales en sus casas el 54% accedieron a consulta individual por odontólogo a fin de realizar control y/o tratamiento.

Uno de los factores que afectó la implementación de la intervención en la última etapa evaluada tuvo que ver con el cambio en la coordinación de la Estrategia de Salud Familiar, al comienzo del proyecto se logró que el componente de salud bucal hiciera parte de la estrategia de APS, sin embargo al cambio de la coordinación de la Estrategia de Salud Familiar, el trabajo de campo se concentró en las acciones individuales realizadas por las higienistas de la Red de Salud Ladera y los estudiantes de Odontología de la Universidad del Valle en los CDI, más no en las visitas domiciliarias, porque se decidió suspender el trabajo de campo de las Higienistas para reducir costos. Esta situación afectó el indicador de concordancia (logrando que solo el 30% de la intervención inicial se mantuviera hasta el final), donde el trabajo intersectorial, generado a través del Comité Intersectorial de la Comuna 20, fue el que permitió la permanencia de la Alianza en el territorio.

DISCUSIÓN

El marco RE-AIM ha permitido evaluar el impacto de diversas intervenciones generando información completa para identificar el grado de desarrollo de una intervención en salud y especialmente en Salud Pública.^{5,6} Una de las prioridades de los científicos es conocer la efectividad de las intervenciones en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas asociados con su solidez, la traducibilidad y el impacto que estas generan en la salud pública tal como lo plantea este proyecto.

Con el Marco RE-AIM propuesto por Russ Glasgow y sus asociados, se ha logrado expandir la evaluación de las intervenciones a múltiples criterios que permiten identificar su impacto en la Salud Pública, permitiendo la incorporación de conceptos de validez interna y externa de la intervención.⁴ Esta situación favoreció el desarrollo de esta evaluación a la AFLC de manera integral e integrada.

El modelo evaluativo propuesto por RE-AIM ha sido poco utilizado en el campo de la salud bucodental; sin embargo, en esta evaluación se ratifica como una herramienta que permite conocer tópicos valiosos para la toma de decisiones desde el diseño, la implementación y los resultados potenciales de intervenciones como la AFLC, que generan impactos en la Salud Pública de poblaciones especiales.

Para el caso de la AFLC la Cobertura de 89% permite establecer que aún está lejana la meta de garantizar que el 100% de la población objetivo sea alcanzable. Situación que se agudiza al revisar el tema del acceso de la población a los servicios de salud (solo el 54% de ellos accedió), superando las barreras del acceso financiero, geográfico, cultural y financiero. Se identifica que aún existen múltiples barreras cuando se intenta acceder a los servicios de salud como lo han demostrado estudios realizados en el país.¹⁰⁻¹²

Lograr la correspondencia entre la cobertura universal y el acceso cerca al 100% para permitir que la población utilice los servicios de salud de calidad cuando lo necesitan, y garantizar los servicios de salud adecuados para lograr que la población esté libre de caries cavitacional durante toda su vida, es una meta aún por la que debemos trabajar con mayor intensidad.¹³

En cuanto a la efectividad de esta intervención, se identifica un aumento de la población sin caries a los 5 años del 34 al 57%. Se interpreta que posicionar el tema a nivel de la agenda política de los tomadores de decisiones, el trabajo articulado de las instituciones, la concentración de los recursos para el trabajo intersectorial, la participación comunitaria y la prestación de servicios, han sido los reales motivos de este incremento. Lograr la meta de garantizar que la población esté libre de caries cavitacional requiere la suma de esfuerzos compartidos. La AFLC muestra cómo la continuidad de las acciones individuales y colectivas sensibilizan a la población en la consecución de esta importante meta, sin embargo, está lejos de alcanzarse.

El otro factor fundamental está relacionado con la adopción y mantenimiento de la estrategia, que ha sido favorecida por la reglamentación local de los convenios Docencia-Servicio,¹⁴⁻¹⁶ estableciendo una temporalidad de 10 años, atendiendo a lo establecido por el Decreto 2376 de 2010 que regula la relación Docencia-Servicio en Colombia,¹³ lo cual garantiza que la permanencia del proyecto supere los periodos administrativos y la participación activa del recurso humano de las instituciones en el tiempo. Los compromisos de las instituciones para concentrar recursos facilitan el desarrollo de las acciones en el territorio, situación que ha sido favorecida a través del trabajo intersectorial e interinstitucional.

El componente de implementación ha sufrido múltiples ajustes en el tiempo, especialmente afectada por los ajustes en la estrategia de Salud Familiar, a través de la cual la AFLC estaba operando en el territorio. Se requiere retomar el trabajo en la estrategia de APS de la Red de Salud de Ladera integrando el componente bucodental nuevamente, este es el componente que requiere mayor intervención.

Las dimensiones individuales del marco muestran el potencial de impacto que tiene al adaptarlo a la salud pública porque se pudo adoptar, implementar y mantener en entornos del mundo real del marco legal colombiano, debido a que así fue concebida.

La evaluación de la implementación de la Alianza para el territorio demostrativo de la Comuna 20 permite identificar alcances y limitaciones surgidas en el desarrollo de este proyecto en este sector de Cali, insumo para tomar decisiones por el equipo operativo a fin de establecer las áreas de trabajo a ser fortalecidas. Teniendo en cuenta las metas de la Alianza, a la fecha estamos distantes de conseguir cumplirlas en su totalidad. Se ha logrado aumentar los niños sin caries cavitacional en 23 puntos porcentuales, lo cual no puede ser atribuido exclusivamente a la Alianza, pero es importante continuar tanto con las acciones como con el monitoreo poblacional.

La AFLC es un proyecto que ha permitido articular acciones, recursos, intenciones y voluntades para el desarrollo de las acciones interinstitucionales en favor de la salud bucodental de la población de la primera infancia. En el tiempo evaluado muestra un avance significativo en los indicadores tanto individuales como poblacionales, y una participación activa y permanente de las instituciones que hacen parte de esta alianza.

Falta ampliar el rango de organizaciones locales que se unan al trabajo en busca de reducir las brechas de las inequidades en salud bucal y salud general de los niños, lo cual sigue representando un reto para no desarticularse del trabajo en busca de una salud integral. La Alianza debe fortalecerse al interior del Sistema de Salud para que desde su accionar aporte al control y monitoreo de los abordajes actuales de este problema de salud pública.

CONCLUSIONES

La evaluación del impacto de la AFLC para la Comuna 20 de Cali en el periodo 2011 al 2018 permitió identificar que la Cobertura generada fue del 89% de la población menor de 5 años ubicados en los CDI, Hogares de Bienestar Familiar, y en las casas visitadas por los equipos extramurales. Situación que permite identificar la importancia de garantizar que la Alianza esté articulada con la estrategia de APS a través de la cual se consiguió este importante resultado. En el análisis de la efectividad se puede establecer que se generó un aumento de la población libre de caries cavitacional en los 7 años de intervención, sin embargo, aún está lejos la meta que pretende garantizar que el 100% de los niños nacidos en el territorio tengan las garantías para alcanzar este valor.

La adopción y mantenimiento para el periodo evaluado se generó a partir de la Voluntad política de los directivos y el Convenio Docencia-Servicio, ya que garantizó la permanencia de la Alianza en el territorio a pesar de los cambios de dirección que se presentaron en las instituciones participantes. El proceso de implementación se favoreció por el programa de capacitación, la participación permanente de líderes comunitarios y la permanencia en espacios intersectoriales durante todo el periodo evaluado. En cuanto al acceso de la población infantil a los servicios demostró, cómo a partir de la vinculación del componente bucodental de la Alianza en los equipos de trabajo extramurales, garantizó que el 54% de los niños visitados accedieran a consulta individual por odontólogo cuando el acceso en promedio en esta Institución se encuentra entre el 10 y el 12% para toda la población, lo cual logra evidenciar el efecto directo de las visitas en la canalización efectiva de las familias para realizar tratamientos a los niños con caries activas.

El aspecto deficitario de la evaluación tuvo que ver con la salida de la líder de la estrategia de Salud Familiar con quien se garantizó que el componente de salud bucal hiciera parte de la estrategia de Salud Familiar, sin embargo al salir de la Institución no fue posible mantener esa articulación, y el trabajo de campo se concentró en las acciones individuales realizados por las higienistas de la Red de Salud Ladera y los estudiantes de Odontología de la Universidad del Valle en los CDI, pero no en las visitas domiciliarias que hacían los equipos de salud familiar. El indicador de concordancia mostró que solamente el 30% de la intervención inicial se mantuvo en el tiempo, aspecto que requiere ser retomado si se espera que la Alianza cumpla con las metas propuestas y la posibilidad de fortalecer el componente de la salud bucodental en la APS, como lo proponen las nuevas directrices del estado colombiano.

AGRADECIMIENTOS

Al equipo de trabajo de la Alianza por un Futuro Libre de Caries de Territorio demostrativo de Cali, constituido por representantes de la Secretaría de Salud Municipal de Cali, Coomeva Medicina Prepagada, Universidad del Valle, Red de Salud de Ladera, Academia Colombiana de Odontología

Pediátrica (ACOP), Programa Sonrisas Brillantes, Futuros Brillantes de Colgate y Universidad Santiago de Cali.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Lina María García-Zapata
lina.garcia.z@correounivalle.edu.co
Universidad del Valle
Cra. 68 # 13b - 61
(+57) 315 425 6968
Cali, Colombia

REFERENCIAS

1. García-Zapata LM, Bergonzoli G. Impacto de la Estrategia de Salud Familiar en la consulta odontológica en menores de 6 años de una Red de Salud Pública de Santiago de Cali. *Acta Odontol Colomb*. 2014; 4(2): 21-8.
2. García, LM. Documento de sistematización Territorio Cali 2012-2014. [Archivo del territorio demostrativo]; 2020.
3. Apráez-Ippolito G. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en Colombia como política de salud: 1939 - 2008 [Tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
4. What is RE-AIM? [Internet]. RE-AIM. [Acceso mayo 2021]. disponible en <http://www.re-aim.org/about/what-is-re-aim/>
5. Glasgow RE, Klesges LM, Dzewaltowski DA, Estabrooks PA, Vogt TM. Evaluating the impact of health promotion programs: using the RE-AIM framework to form summary measures for decision making involving complex issues. *Health Educ Res*. 2006; 21(5): 688–94. DOI: <https://doi.org/10.1093/her/cyl081>
6. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interviews: the RE-AIM Framework. *Am J Public Health*. 1999; 89(9): 1322-7. DOI: <https://dx.doi.org/10.2105%2Fajph.89.9.1322>
7. Lee RE, Galavíz KI, Soltero EG, Rosales-Chavez J, Jauregui E, Lévesque L et al. Applying the RE-AIM conceptual framework for the promotion of physical activity in low- and middle-income countries. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017; 25. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590%2F1518-8345.1894.2923>
8. Jauregui E, Pacheco AM, Soltero EG, O'Connor TM, Castro CM, Estabrooks PA. Using the RE-AIM framework to evaluate physical activity public health programs in México. *BMC Public Health*. 2015; 15(1): 1–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-1474-2>

9. Bergonzoli G, García LM. Contribution of primary health care teams to equity in universal access to health services. *Arch Prev Med.* 2019; 4(1): 003-007. DOI: <https://dx.doi.org/10.17352/apm.000011>
10. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Pública.* 2018; 42: 126. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
11. Ayala-García J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de trabajo sobre economía regional. Cartagena: Centro de estudios económicos regionales (CEER), Banco de la República: 2014.
12. Tovar-Cuevas LM, Arrivillaga-Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Rev Geranc Polit Salud.* 2014; 13(27): 12-26. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.eaia>
13. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria en Salud: estrategias para el desarrollo de equipos de salud de APS. La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Washington D.C.: OPS; 2008.
14. Decreto 2376 de 2010. Diario oficial No. 47.757 (1 julio de 2010).
15. García LM. Carta al editor. *Colom Med.* 2010; 41(4): 396-98. DOI: <https://doi.org/10.25100/cm.v41i4.733>
16. Vélez-Álvarez C, Jaramillo-Ángel CP, Giraldo-Osorio A. Docencia-servicio: responsabilidad social en la formación del talento humano en salud en Colombia. *Educ Méd.* 2018; 19(2): 179-86. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.08.002>