

# **Políticas de Salud Bucal en Colombia en el marco del sistema general de seguridad social en salud. Una aproximación panorámica\***

Gabriel Jaime Otálvaro Castro. Odontólogo, PhD (c) en Salud Colectiva. Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Profesor Área de Salud, Universidad Andina Simón Bolívar sede Ecuador.

Sandra Milena Zuluaga Salazar. Odontóloga, Mg en Investigación Social. Profesora Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

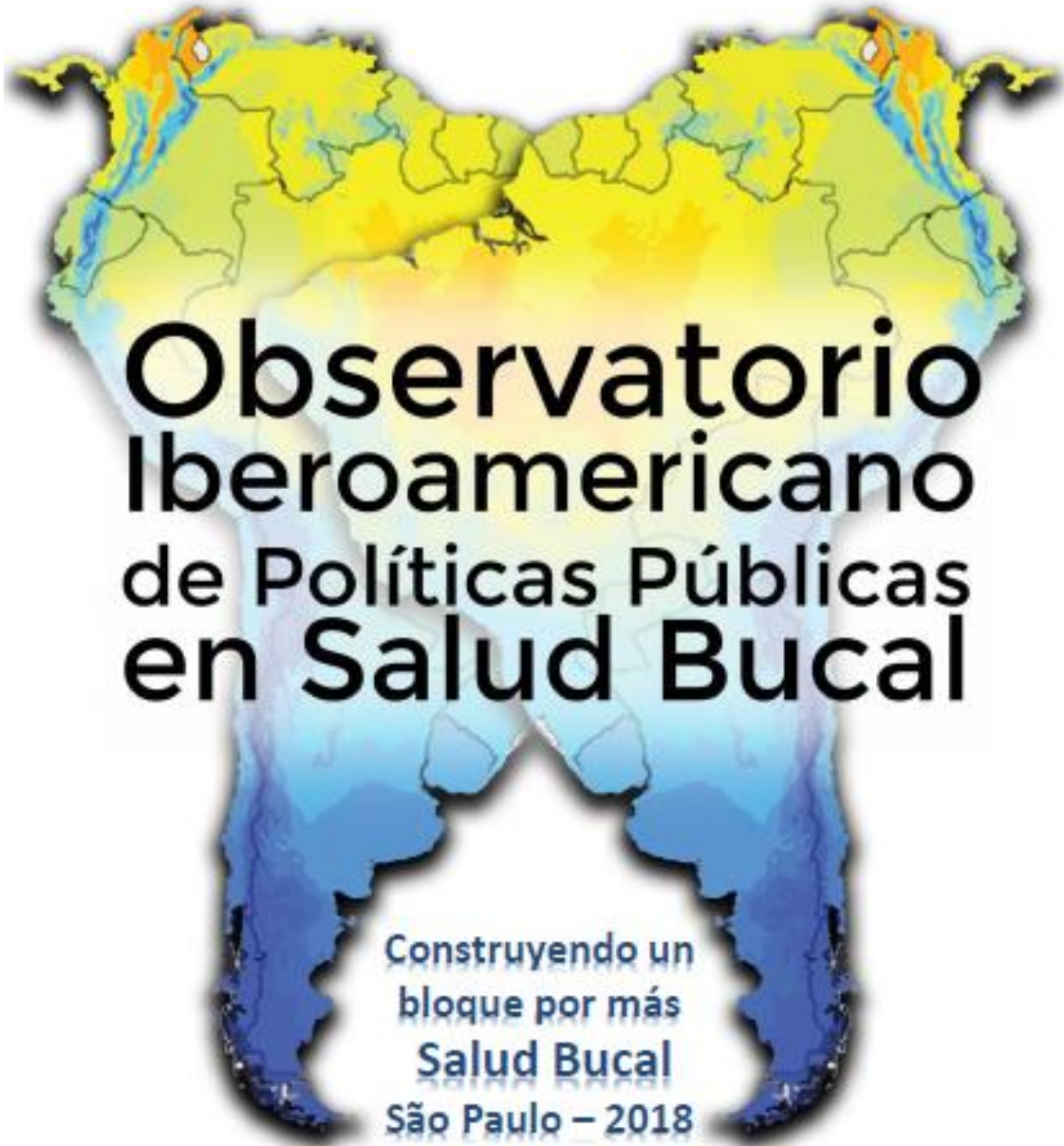
Gonzalo Jaramillo Delgado. Odontólogo, PhD en Filosofía. Profesor Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

Jairo Hernán Ternera Pulido. Odontólogo, Mg en Administración en Salud y especialista en Seguridad Social. Profesional especializado de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Sebastián Sandoval. Gerente de Sistemas de Información en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

---

\* El presente artículo fue publicado en: "Observatorio Iberoamericano de políticas públicas en salud bucal. Construyendo un bloque por más salud bucal. [Coord.] Fernanda Campos de Almeida Carrer y Gilberto Alfredo Pucca Junior. São Paulo: Facultad de Odontología de USP, 2018. 2ª edición.



## **Políticas de Salud Bucal en Colombia en el marco del sistema general de seguridad social en salud. Una aproximación panorámica**

Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales (1). La Constitución política vigente fue adoptada en 1991. Su sistema de gobierno es presidencialista.

Es una nación pluricultural y un territorio megabiobiodiverso. Políticamente está conformada por 32 departamentos, cinco distritos (Bogotá, Barranquilla, Santa Martha, Buenaventura y Cartagena) y 1.122 municipios. La población para el año 2018 es de 49.834.240 de habitantes, de los cuales el 77% corresponde a población urbana y el 23% es rural (2). La esperanza de vida total es de 74,8 años, para los hombres es de 71,2 años, mientras para las mujeres es de 78,4 años (3).

### **Generalidades sobre el Sistema de Salud en Colombia**

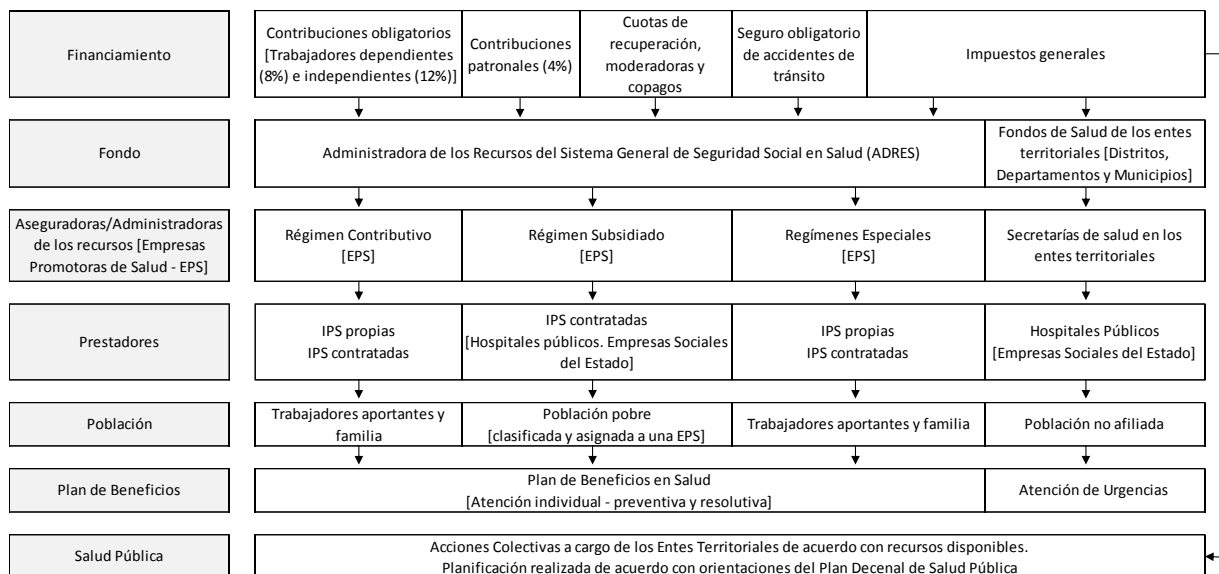
La Constitución Política de 1991 define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio y derecho irrenunciable de los habitantes, que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado. A su vez, definió la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, organizados en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación comunitaria (1). La salud y el saneamiento básico, así como otros servicios públicos esenciales, son de responsabilidad de los territorios subnacionales, especialmente de los municipios y distritos (4).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–, promulgado en 1993, es el marco regulatorio del sistema de salud en Colombia. La Ley 100 que creó el SGSSS, acogió un conjunto de postulados que afirmaron al mercado como principio organizador, e incorporaron la salud como mercancía a la fuerza mediante la obligatoriedad del aseguramiento.

En 2015, producto de la movilización social y la presión de los jueces de la Corte Constitucional, se promulgó la Ley Estatuaria de la Salud, mediante la cual se reconoce la salud como un derecho humano fundamental y autónomo, y se establecieron mecanismos para su garantía, regulación y protección. Con esta ley, se amplió el núcleo esencial de este derecho, al considerarlo derecho individual y colectivo, que comprende el acceso a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, pero también las acciones para actuar sobre los procesos sociales determinantes de la salud (5).

La dirección, orientación y conducción del SGSSS está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. Contribuyen en la dirección del sistema, las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales de salud (4). El financiamiento del SGSSS colombiano, moviliza recursos desde dos tipos de fuentes: (a) primarias (hogares y empresas), a través de cotizaciones, y (b) secundarias (recursos de la Nación). Acciones como las de salud pública se financian con recursos de la Nación y territoriales con destinación específica (4).

Figura 1. Visión panorámica de la estructura del Sistema de Salud en Colombia



Fuente: elaboración de los autores

La salud pública es responsabilidad del Estado. Como parte de ello se realizan acciones colectivas dirigidas a grupos humanos en espacios sociales, que son responsabilidad de los gobiernos territoriales (departamentos, distritos y municipios), mientras las acciones preventivas individuales son de responsabilidad de las aseguradoras. Desde el 2011 se definió un Plan Decenal de Salud Pública, que constituye la principal política pública en la materia (6). La salud bucal constituye un tema dentro del eje de vida saludable y condiciones no transmisibles, uno de los diez ejes constitutivos del plan decenal.

El aseguramiento, que constituye la columna vertebral de organización del sistema, se orienta principalmente a la dimensión individual de la salud. Este se entiende como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores (4). El aseguramiento incorpora un Plan de Beneficios, que es un conjunto de actividades, procedimientos, medicamentos, ayudas diagnósticas y terapias a las que tiene derecho la población. En la actualidad la cobertura nacional de la afiliación al SGSSS es superior es de 95% (7). Esto ha sido presentado, desde instancias oficiales, como un logro principal del sistema de salud y un indicador de la cobertura universal de la salud en el país.

La prestación de servicios de salud se realiza a través de los diferentes tipos de prestadores de servicios de salud, instituciones públicas o privadas, que prestan servicios de carácter ambulatorio y hospitalario, y profesionales independientes, cumpliendo las normas de habilitación establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y ofertando sus servicios a cualquiera de los pagadores del Sistema (4). La relación entre aseguradores y prestadores ha resultado conflictiva. Los contratos entre estos tienden a ser incompletos e inestables, y se reconocen diferencias en la concentración y poder de negociación entre aseguradores y prestadores (8).

La oferta de servicios en el SGSSS se caracteriza por un predominio de los prestadores privados y una tendencia al crecimiento en el segmento de mayor complejidad tecnológica. El comportamiento de la ocupación en los prestadores públicos, da una

muestra del modelo de atención predominante, el primer nivel no alcanza el 40% de ocupación, mientras el segundo y tercero están por encima del 90% (8). La combinación público-privada, así como la naturaleza descentralizada del sistema de salud, hacen que la coordinación y la gestión de la autoridad sanitaria nacional sea un asunto complejo (9).

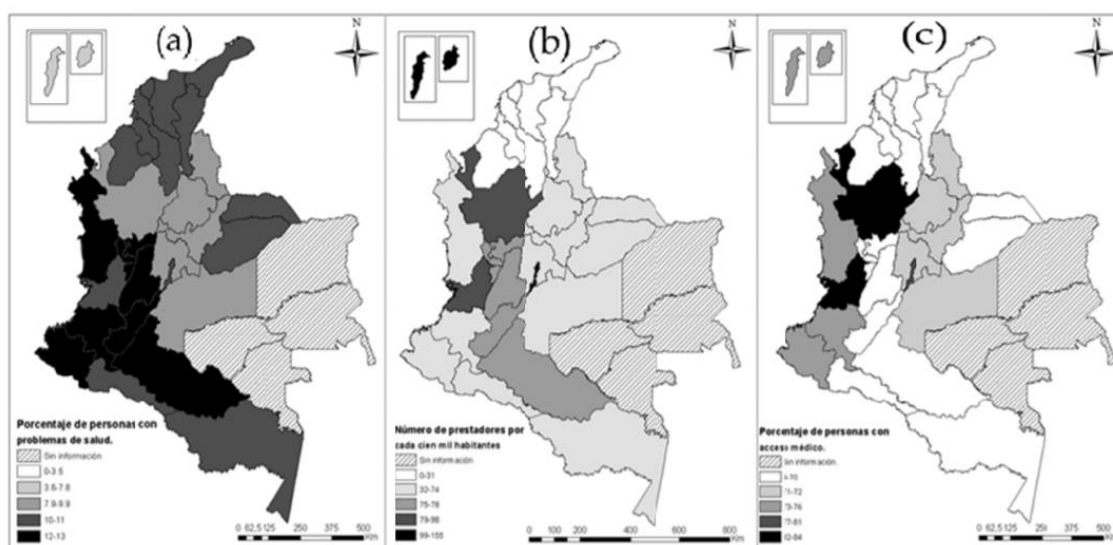
El control social y la rendición de cuentas de los recursos de la seguridad social han sido escasos. La corrupción ha permeado algunas entidades en el conjunto de instituciones del sistema, incluyendo instituciones gubernamentales de orden nacional y territorial, aseguradoras e instituciones de prestación de servicios de salud.

Existe una fuerte disociación entre los discursos recientes, que afirman la salud como un derecho humano fundamental, respecto al arreglo institucional que se ha estructurado luego de 20 años de reforma.

El gasto per cápita del SGSSS está estimado en USD\$500, más bajo que países de la región con similar nivel de desarrollo económico (8). El gasto total como porcentaje del PIB es de 7,2%. En el caso colombiano, es superior a la mediana mundial, a la de países de ingreso medio-alto y latinoamericanos, aunque resulta inferior respecto a países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico-OCDE (10).

Si bien se aumentó la cobertura del aseguramiento a nivel nacional, hasta llegar a un 96% en 2014, la percepción de la facilidad de acceso a los servicios de salud fue de 54%, lo que indica que el 46% de los usuarios consideraron difícil acceder a los servicios de salud (11). Además de los diferenciales regionales en la percepción de necesidad de atención en salud, identificados en las encuestas de medición de calidad de vida, el análisis de la disponibilidad de prestadores de servicios de salud ratifica las grandes diferencias entre regiones y en la disímil relación entre prestadores por habitantes (ver figura 2). En términos generales, las regiones con mayores necesidades de servicios de atención médica son los que cuentan con menores instituciones prestadoras por habitante (12).

Figura 2. Necesidad, disponibilidad y acceso a los servicios médicos en Colombia, 2012.



Fuente: Ayala García J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. 2014

## Políticas de salud bucal en Colombia

La salud bucal, a partir de la Ley 100 de 1993, se incorporó en los contenidos de la prestación de servicios de salud a los que tiene derecho la población. Significó un vehículo para iniciar la transformación en la cultura de una población que siempre tuvo que pagar por estos servicios, que normalizó la pérdida de los dientes y el deterioro de la salud bucal, como una consecuencia de la edad y que vio los servicios odontológicos como un gasto oneroso, a la vez y paradójicamente, resultó ser un factor de detrimento del prestigio profesional, de la calidad del trabajo de los profesionales (13)

Las políticas para la atención odontológica individual están definidas en la normatividad del SGSSS. El Plan de Beneficios en Salud, contiene actividades educativas y preventivas en salud bucal, ayudas diagnósticas radiográficas, la atención de urgencias odontológicas, además de procedimientos de operatoria, endodoncia, odontopediatría, estomatología y medicina oral, cirugía bucal y maxilofacial, y la rehabilitación con la realización de prótesis mucosoportadas totales.

Las actividades educativas y preventivas, están definidas en la norma técnica para la atención preventiva en salud bucal. Esta incluye: el control de placa bacteriana, el detartraje supragingival o control mecánico de placa, la aplicación de flúor y de sellantes para menores de 18 años (14). Estas actividades son gratuitas para los usuarios y están exentas de cobros de copago.

Los procedimientos odontológicos del Plan de Beneficios en Salud incluyen: obturaciones dentales en amalgama, ionómero y resina. Tratamiento de conductos en dientes uni o multiradiculares. Procedimientos de cirugía oral y maxilofacial, incluyendo la exodoncia de terceros molares permanentes; además de la atención quirúrgica y la rehabilitación de los pacientes con anomalías cráneo maxilo faciales severas como el labio fisurado congénito. Las prótesis dentales mucosoportadas totales, incluyendo la inserción, adaptación y control.

Los tratamientos odontológicos excluidos del Plan de Beneficios, son: los de periodoncia (excepto el detartraje supragingival, alisado radicular campo cerrado y el drenaje de colección periodontal), procedimientos de implantología, prótesis parciales (dentomucosoportadas), tratamientos de ortodoncia, blanqueamiento dental, los enjuagues bucales, cremas dentales, cepillos y seda dental. Algunos de los más activos agentes que demanda la exclusión de servicios odontológicos del plan de beneficios son las propias sociedades científicas de las especialidades odontológicas (15).

No obstante la amplitud de la cobertura teórica del sistema de salud respecto a la atención odontológica, es el propio sistema de salud el principal obstáculo para garantizar la integralidad de la atención, dada la fragmentación del proceso de atención por el diseño institucional, el esquema de inclusiones/exclusiones de actividades y procedimientos en el Plan de Beneficios, así como por la separación entre actividades y responsabilidades en la atención individual y la atención colectiva.

De acuerdo con los cálculos oficiales, a partir del análisis de los registros de la prestación de servicios de salud, la cobertura de la atención odontológica ha presentado un aumento paulatino, aunque sigue teniendo una baja cobertura, alcanzando un 7,1% de la población total del país (16)

En cuanto a las políticas de salud bucal en la salud pública, vale la pena destacar la implementación de un conjunto de medidas, entre las que se encuentran la adición de flúor a la sal de consumo humano, el desarrollo de encuestas nacionales de salud bucal, la formulación de planes nacionales de salud bucal, la implementación de acciones colectivas a cargo de los gobiernos locales y la implementación de políticas públicas de salud bucal a nivel territorial.

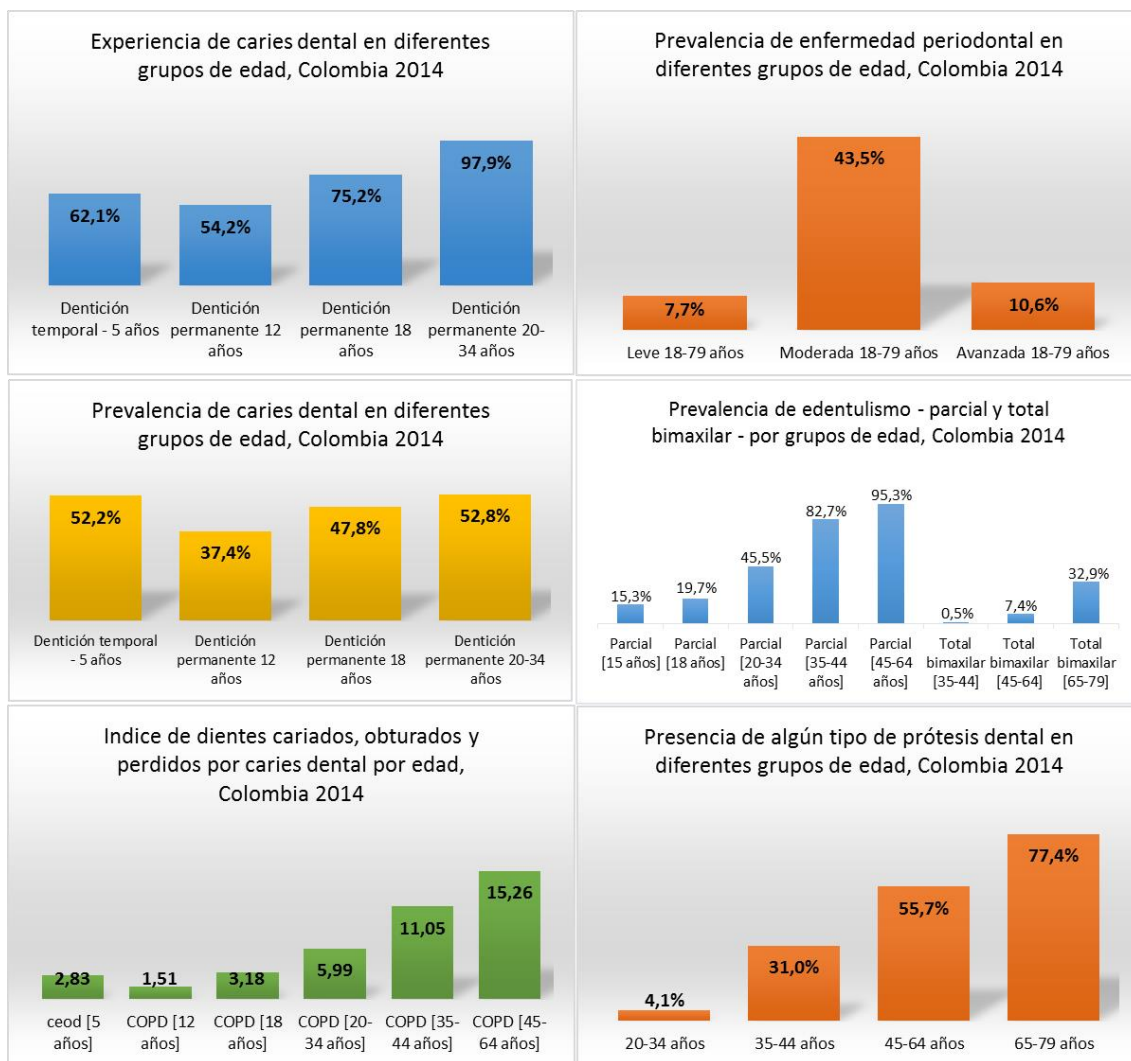
En 1984 con el decreto 2024 se aprobó la fluoruración de la sal en Colombia, adicionada con valores de 200 parte por millón –ppm– de flúor (+/- 20 ppm como límites superior e inferior). La medida comenzó a ser implementada en 1989 (16). La prevalencia de fluorosis en niños de 5 años (dentición temporal) fue de 8.4%, a los 12 años del 62% y a los 15 años del 56% (17). La vigilancia y control de esta medida está a cargo del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Sin embargo, estos procesos se han realizado de manera discontinua y no sistemática (16).

En cuanto a los estudios poblacionales, el Ministerio de Salud ha realizado cuatro estudios nacionales de salud bucal: 1965/1966, 1977/1980, 1998 y 2014. Lo que ha permitido monitorear la evolución de los indicadores de morbilidad oral en 50 años, constatando una tendencia progresiva en la disminución de la prevalencia y la severidad de la caries dental, así como avanzar en el reconocimiento de otros asuntos relevantes como las representaciones sociales de la salud bucal y su proceso de determinación social.

De acuerdo con los resultados del IV Estudio Nacional de Salud Bucal realizado en 2014, cerca del 92% de las personas entre 12 y 79 años han presentado en algún momento de su vida caries dental, al igual que el 33% de los niños de 1, 3 y 5 años quienes también han presentado antecedentes de la enfermedad (ver figura 3) (17).

El indicador de dientes cariados (en estadio avanzado), obturados y perdidos por caries (COP), en el último estudio nacional, fue de 1,51 dientes afectados a los 12 años (ver figura 2), valor que disminuyó respecto a la medición de 1998 [COPD 2,3 a los 12 años]. Asimismo los resultados de dicho estudio, indican un aumento tanto en número de personas como en severidad de la enfermedad periodontal cuya manifestación se encontró inclusive en adolescentes; además de un incremento en fluorosis leve y muy leve y el edentulismo, las lesiones por prótesis y la estomatitis (17).

Figura 3. Algunos indicadores de la situación de la salud bucal en Colombia, 2014.



Fuente: IV Estudio Nacional de Salud Bucal, 2014. Elaboración de los autores.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, constituye la principal política de salud pública vigente del SGSSS. Esta política incluye la salud bucal como un contenido entre una de sus dimensiones prioritarias (condiciones crónicas no transmisibles) (18). La implementación del Plan Decenal de Salud Pública es responsabilidad de los entes territoriales, especialmente de los municipios y distritos. Su alcance está condicionado por la capacidad técnica, financiera y operativa de los mismos, por lo que las inversiones, enfoques, estrategias y coberturas son altamente heterogéneas a lo largo del país. La implementación de acciones educativas en el entorno escolar, y en espacios de cuidado de pre-escolares, pueden ser las más comunes en la implementación del plan decenal en los diferentes entes territoriales.

Como alternativa para enfrentar la debilidad nacional en la rectoría de la política sanitaria, desde inicios del siglo XXI, algunos entes territoriales han formulado e implementado políticas públicas participativas de alcance territorial. Las de mayor alcance y



reconocimiento han sido las políticas públicas de salud bucal de las ciudades de: Bogotá (2004)<sup>†</sup>, Manizales (2006) y Medellín (2013)<sup>‡</sup>.

En estas iniciativas locales, la pretensión ha sido rescatar el papel del Estado en la rectoría y liderazgo del sistema de salud, recuperar la integralidad en el abordaje de la salud bucal mediante la reorientación del modelo de atención con un enfoque familiar, comunitario y territorial, la recuperación y resignificación del quehacer de la promoción de la salud en espacios sociales, la articulación entre sector académico, servicios sociales y de salud para la formación a líderes comunitarios, el fortalecimiento de estrategias de comunicación y el control social desde los actores sociales.

No obstante realizarse con las dificultades inherentes a la escasa regulación en esta materia, y suponer un esfuerzo de los actores locales dado el vacío normativo sobre el cual operan, estos esfuerzos municipales no han tenido un respaldo técnico, financiero y político decidido de parte de la autoridad sanitaria nacional.

### **Políticas para la formación y el ejercicio profesional**

En la actualidad, en Colombia se ofertan 43 programas de formación profesional en odontología, desarrollados por 22 universidades, que operan en 17 ciudades, con cerca de 1900 cupos cada semestre. El 11% de las instituciones son públicas. La mayoría de los programas tienen una duración de diez semestres, uno de ellos tiene una duración de ocho semestres. Existen 109 programas de especialización que corresponden a 49 especializaciones, 3 maestrías y 1 doctorado (19,20). De acuerdo con datos oficiales del Observatorio de talento humano del Ministerio de Salud, en el año 2015 existían más de 45 mil odontólogos en el país.

La autoridad sanitaria nacional reconoce la debilidad e insuficiencia en las competencias y perfiles de los recursos humanos formados para garantizar una atención primaria en salud con capacidad resolutoria. A su vez, señala la utilización inadecuada de los recursos especializados en la mediana y alta complejidad, ocasionada tanto por los incentivos hacia la inducción de demanda desde la oferta, así como por debilidad para llevar a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (8).

En los últimos 30 años, en un contexto de reformas neoliberales en las políticas de educación, se triplicó la oferta de odontólogos en el país. De 0,32 odontólogos por 1.000 habitantes en 1984 se llegó a 0,93 en el 2015. En la actualidad hay casi un odontólogo por 1.000 habitantes en Colombia (19).

Figura 4. Densidad estimada de odontólogos por 10.000 habitantes, Colombia 2001 - 2015

---

<sup>†</sup> La primera formulación se realizó en el año 2004 bajo el lema el “Pacto por la salud oral”. En el 2011 se realizó una evaluación y el ajuste para el periodo 2011-2021.

<sup>‡</sup> Los lineamientos de la política pública se pueden consultar en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/6f16d8c0-aa89-49f5-8d35-948c1d041c8c/Lineamientos.pdf?MOD=AJPERES>



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Consultado en noviembre de 2017. <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/NumeroEstimadoTalentoHumanoSalud.aspx> Elaboración de los autores.

De acuerdo con los estudios de talento humano del Ministerio de Salud, para la segunda década del siglo XXI se proyectaba un crecimiento acelerado de la oferta de odontólogos en el país, a la par de tasas de desempleo que serían superiores al 30% (21). Algunos análisis recientes dan cuenta de un proceso acelerado de pauperización en el ingreso económico de los odontólogos, un detrimento de las condiciones laborales y un proceso de estratificación profesional entre antiguas y nuevas generaciones profesionales (13).

A la par de la hiper-concentración de los profesionales de la odontología en las grandes ciudades, las plazas de servicio social obligatorio, que podrían orientar el primer empleo del recién egresado hacia las zonas rurales, se han visto reducidas a una mínima expresión. Las plazas de servicio social para el año 2017 fueron 430, es decir que solo podrían absorber el 13,6% de los recién egresados inscritos, exonerando al 86,4% de los nuevos profesionales (20).

En los últimos años ha cobrado relevancia la discusión relacionada con la empleabilidad y calidad del empleo odontológico en el país. Un alto porcentaje de los nuevos egresados laboran en condiciones de trabajo precario<sup>§</sup>, con bajos salarios, largos periodos de para, sin la posibilidad real de negociar y/o concertar el salario con el empleador, sea en clínicas privadas de ejercicio liberal de la profesión, o trabajando para las instituciones públicas o privadas que atienden a los afiliados a la seguridad social en salud, en donde los contratos son en su mayoría bajo la modalidad de prestación de servicios (a término fijo y sin garantías laborales).

Las políticas de formación del talento humano y para el ejercicio profesional de la odontología, no son el resultado de un proceso de planificación y concertación social, por el contrario, se delinear por criterios de libre mercado. Los resultados saltan a la vista.

<sup>§</sup> La flexibilización laboral ocasiona la generación empleos en los cuales no se cuenta con la seguridad social integral. En Colombia la cotización a salud y pensiones es compartida por el empleador en 2/3 y el trabajador 1/3. Está a cargo del empleador la cotización al seguro de riesgos laborales y a la Caja de Compensación Familiar, pago de vacaciones y cesantía. En el caso de los profesionales independientes estos deben financiar en su totalidad los aportes a la seguridad social.

## Referencias

1. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia [Internet]. Bogotá, D.E.: República de Colombia; 1991 [citado el 5 de noviembre de 2017]. p. 125. Recuperado a partir de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE. Proyecciones de población [Internet]. Proyecciones de población. 2018 [citado el 22 de marzo de 2018]. p. 1. Recuperado a partir de: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
3. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas básicas de país [Internet]. Estadísticas básicas. 2018 [citado el 22 de marzo de 2018]. p. 1. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/countries/col/es/>
4. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Sistema de Salud en Colombia. En: Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S, editores. Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad [Internet]. Primera ed. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2012. p. 349–440. Recuperado a partir de: <http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb%5B8%5Dling%5B2%5Danx%5B9%5D.pdf>
5. Congreso de la Republica de Colombia. Ley Estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. República de Colombia; 2015 p. 13. Recuperado a partir de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>
6. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Bogotá D.C.: República de Colombia; 2011. p. 1–51. Recuperado a partir de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>
7. Así vamos en Salud. Cobertura del aseguramiento consolidado nacional [Internet]. 2017 [citado el 25 de noviembre de 2017]. p. 1. Recuperado a partir de: <http://asivamosensalud.org/indicadores/consolidado-nacional>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud [Internet]. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016 [citado el 16 de enero de 2017]. p. 97. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
9. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016 [Internet]. Paris: OCDE; 2015 dic [citado el 2 de diciembre de 2017]. Recuperado a partir de: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-colombia-2015\\_9789264248908-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-colombia-2015_9789264248908-en)
10. Petro MT, Restrepo JH, Londoño D. El gasto y la prioridad de la salud en Colombia. Observatorio de la Seguridad Social [Internet]. Medellín; diciembre de 2015 [citado el 2 de diciembre de 2017];16. Recuperado a partir de: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/3557/1/Observatorio-seguridad-social-31.pdf>
11. Ministerio de Salud y Protección Social C. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
12. Ayala García J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso [Internet]. Bogotá D.C.; 2014. Report No.: 204. Recuperado a partir de:

- [http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser\\_204.pdf](http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf)
13. Otálvaro Castro GJ, Zuluaga Salazar SM. Transformaciones de la práctica odontológica en el contexto de la reforma estructural del Estado de finales del siglo XX: confluencias hacia la proletarización de la odontología en Colombia. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2014;25(supl):S27–38.
  14. Ministerio de Salud. Norma técnica para la atención preventiva en salud bucal. Bogotá D.C.: República de Colombia; 2000. p. 20.
  15. Otálvaro GJ, Forero LE, Naranjo CB. Implicaciones de la exclusión de los servicios odontológicos del plan obligatorio de la salud del Sistema General de Seguridad Social en los entes territoriales. *CES odontol.* 2004;17(Primer semestre):81–2.
  16. Ministerio de Salud y Protección Social C. Documento técnico. Perspectiva del uso del flúor vs caries y fluorosis dental en Colombia [Internet]. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016 [citado el 22 de noviembre de 2017]. p. 89. Recuperado a partir de:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/perspectiva-uso-fluor.pdf>
  17. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. 2014.
  18. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú [Internet]. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [citado el 10 de diciembre de 2016]. p. 237. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobación.pdf>
  19. Ministerio de Salud y Protección Social. Abecé sobre el IV estudio nacional de salud bucal. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. p. 12.
  20. Ternera JH. A propósito de la autorización de nuevos programas de odontología. Medellín, Colombia; 2017. Report No.: Observatorio Nacional de Salud Bucal y de la Práctica Odontológica.
  21. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-PARS. Los recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva [Internet]. Segunda edición. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social y CENDEX de la Universidad Javeriana; 2007 [citado el 25 de noviembre de 2017]. 474 p. Recuperado a partir de:  
[http://www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/publicaciones/libros/Recursos\\_humanos\\_II\\_ed.pdf](http://www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/publicaciones/libros/Recursos_humanos_II_ed.pdf)