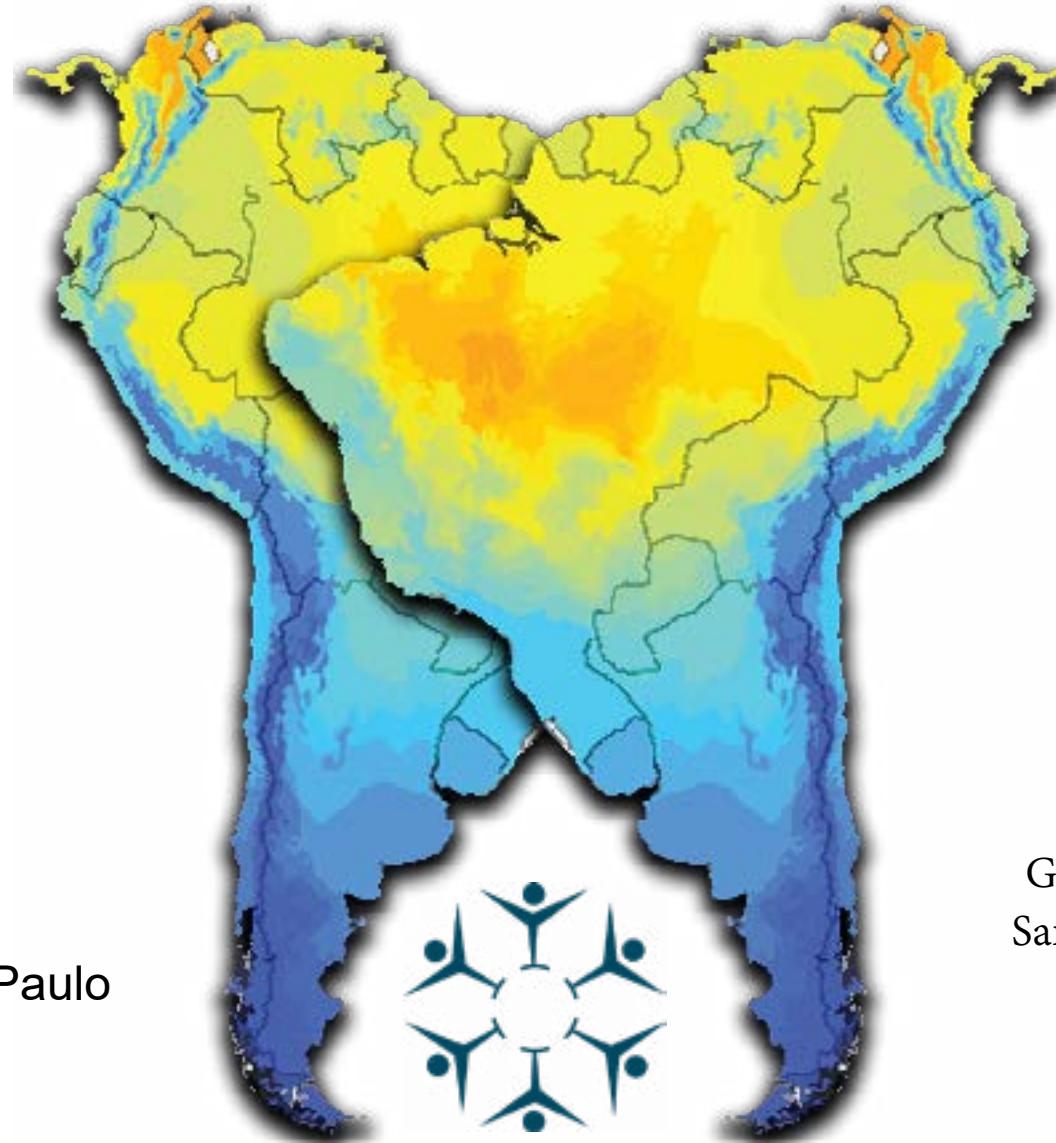


# COLOMBIA

IBEROAMERICAN OBSERVATORY OF PUBLIC POLICIES IN ORAL HEALTH



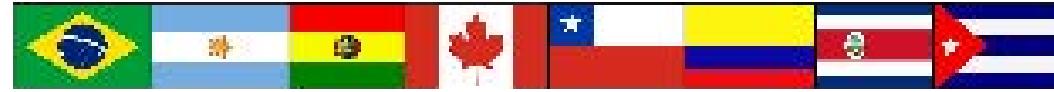
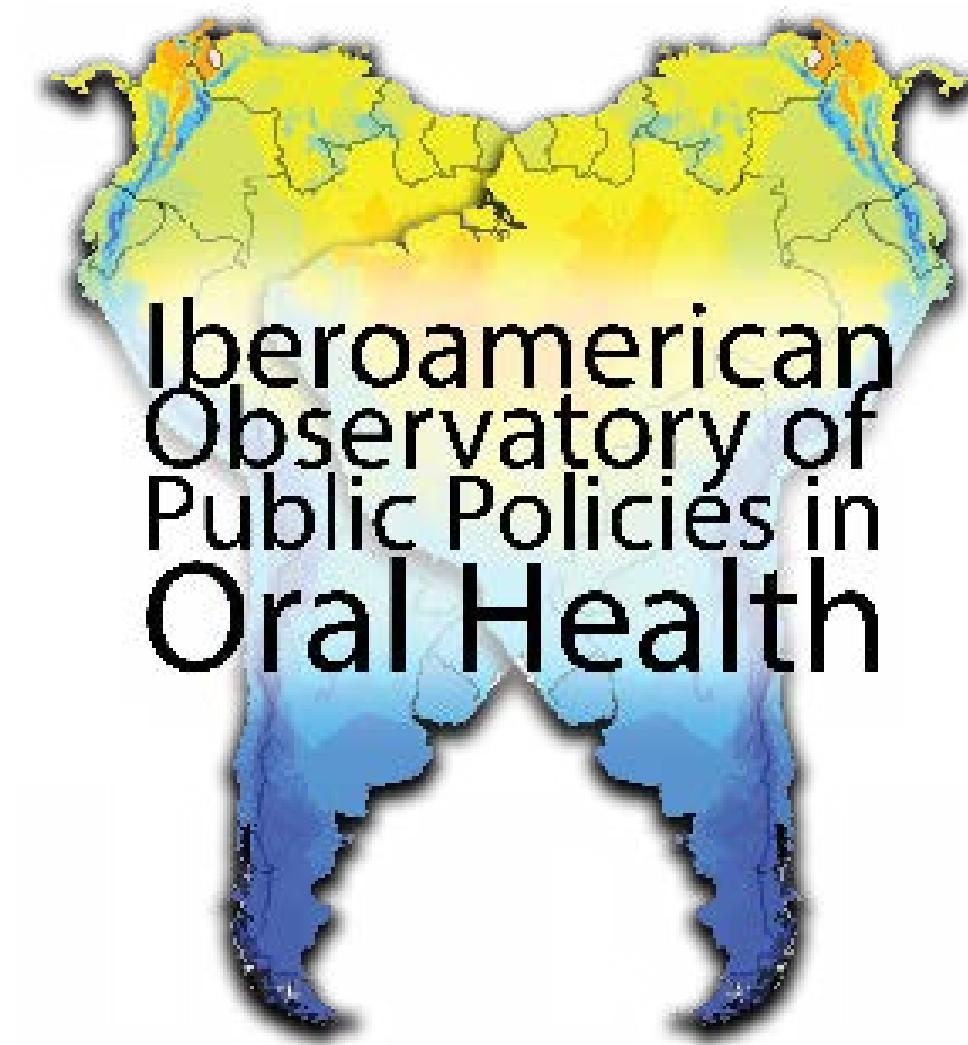
**Oral Health Policies  
in Colombia under  
the general social  
health insurance system.  
A Panoramic approach**

Universidade de São Paulo  
São Paulo, 2019  
1<sup>a</sup> edição

Gabriel Jaime Otalvaro Castro  
Sandra Milena Zuluaga Salazar  
Gonzalo Jaramillo Delgado  
Jairo Hernan Ternera Pulido  
Sebastian Sandoval Valencia

**COLOMBIA**

ENGLISH



Observatório Iberoamericano de  
Políticas Públicas en Salud Bucal

One project, so many hands!  
Un proyecto, muchas manos!  
Um projeto, muitas mãos!



Observatório Iberoamericano de  
Políticas Públicas en Salud Bucal





**UMC**  
UNIVERSIDADE



One project, so many hands!  
Un proyecto, muchas manos!  
Um projeto, muitas mãos!



UNIVERSIDAD ANDINA  
SIMÓN BOLÍVAR  
Ecuador



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA  
1803

 **McGill**



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



UNIVERSIDAD DE CHILE



CONFEDERACIÓN ODONTOLOGICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**



## Data Sheet

Cataloging of the Publication  
Dental Documentation Service  
School of Dentistry - University of São Paulo

C314d Carrer, Fernanda Campos de Almeida.

Developing a team to improve oral health: oral health policies in Colombia under the general social health insurance system: a panoramic approach [livro eletrônico] / [Coord.] Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Junior, Mariana Lopes Galante. [Org.] Dorival Pedroso da Silva, Mary Caroline Skelton de Macedo, Maristela Honório Cayetano. [Aut.] Gabriel Jaime Otalvaro Castro...[et al.]. [Trad.] Mariana Lopes Galante...[et al.]. – São Paulo : Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

100p. ; Publicação digital

ISBN 978-85-7040-030-7

1. Sistema de Saúde. 2. Saúde Bucal. 3. Colombia. I. Carrer, Fernanda Campos de Almeida. II. Pucca Junior, Gilberto Alfredo. III. Galante, Mariana Lopes. IV. Título

CDD 614.0986

COLOMBIA

DEVELOPING A TEAM  
TO IMPROVE ORAL HEALTH

FERNANDA CAMPOS DE ALMEIDA CARRER  
GILBERTO ALFREDO PUCCA JUNIOR  
MARIANA LOPES GALANTE

FOUSP, 2019

[CONTENTS](#)

## Organization

### Coordinators

Fernanda Campos de Almeida Carrer  
Gilberto Alfredo Pucca Junior  
Mariana Lopes Galante

### Organizers

Dorival Pedroso da Silva  
Mary Caroline Skelton Macedo  
Maristela Honório Cayetano

### Translation

Mariana Lopes Galante  
Dorival Pedroso da Silva  
Amanda Iida Giraldes  
Nicole Pischel

# CONTENTS

## English Contents

[Organization](#)

[Presentation](#)

[Preface](#)

[LAOHA](#)

[Countries](#)

[Introduction](#)

[COLOMBIA](#)

[Health system in Colombia](#)

[Oral health policies in Colombia](#)

[Policies for training and professional practice](#)

## Español Contenidos

[Organización](#)

[Presentación](#)

[Prefacio](#)

[LAOHA](#)

[Naciones](#)

[Introducción](#)

[COLOMBIA](#)

[Sistema de salud en Colombia](#)

[Políticas de salud bucal en Colombia](#)

[Políticas para la formación y el ejercicio profesional](#)

## [REFERENCES](#)

## Português Conteúdos

[Organização](#)

[Apresentação](#)

[Prefácio](#)

[LAOHA](#)

[Nações](#)

[Introdução](#)

[COLOMBIA](#)

[Sistema de saúde na Colômbia](#)

[Políticas de saúde bucal na Colômbia](#)

[Políticas para treinamento e prática profissional](#)

## Presentation

When I received the copies "Developing a team to improve oral health - São Paulo 2018" created by the Ibero-American Observatory of Public Health Policies in Oral Health, it can be observed that the proposal is the identification of scenarios and strategies of health systems in some Latin American countries, with emphasis on oral health policies.

The quality of the articles and the representativeness of the professors' present in this proposal establishes reflections and challenges that aim to favor discussions and divulgations of studies and researches of models that are more suitable to reach indices and the ideal advances in oral health of the populations involved, able to collaborate with the integral health of people. In this way, as a social responsibility, universities and dental schools play a fundamental role, as they can, through innovation emphases, strategic planning and transformation perspectives of socially motivated education, contribute to the formation of leaders in education and health.

Congratulations to professor Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Júnior, Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante and Mary Caroline Skelton Macedo, publishers, as well as the team of collaborating professors of Brazil, Argentina, Bolívia, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Haiti, México, Paraguai, Peru, Dominican Republic and Uruguai for their endeavour in the preparation of this information. Also a special thanks to the Dean of Culture and University Extension of the University of São Paulo for the support in financing this disclosure through the Santander USP Edict of Fundamental Rights and Public Policies (2017.1.238.23.4).

Rodney Garcia Rocha (PhD)  
Director of the Faculty of Dentistry of USP  
2017/2021



[CONTENTS](#)

## Preface

“The utopia is there on the horizon. I approach two steps, she steps away two steps. I walk ten steps and the horizon runs ten paces. As much as I walk, I will never reach. What is utopia for? It's for this: so that I can not stop walking.”

Eduardo Galeano

Live together. Work together. Search together. Group. By working together builds the collective, so is the exegesis of Collective Oral Health.

This work is the result of the collective production of scientific knowledge, in an area that aims to develop public policies for the Iberoamerican communities. Collective Oral Health is the field of Health, based on an Interdisciplinary principle, which is dedicated to the Oral Health of Populations and Individuals in their contexts, as well as to Health Services and Systems.

In developing the activities of the Ibero-American Observatory of Public Policies in Oral Health, the authors seek to present a picture of the oral health of their countries and, thus, reflect on their Oral Health policies, and on how to improve the quality of life and health of their populations.

From this point of view, the collective is placed in a philosophical or social perspective emphasizing the interdependence of local populations and concentrating their objectives on the community, society, nation or country, and therefore does not require a system of government or politics to exist, but should provide an equal amount of freedom and equality of opportunity to develop their own skills and talents. This is the intentionality of this project.

The prefix *ibero-* and the Iberian adjective refer to the Iberian Peninsula in Europe, which covers Portugal and Spain. Ibero-America includes all Spanish-speaking countries in North, Central and South America, as well as the only Lusophone country in the region, Brazil. Portugal and Spain are included in some definitions. In this way, we are all connected, both historically and culturally, and now in a progressive vision of collectively building the improvement of Oral Health in the Americas.

Within this approach, this first product gives us the dimension of a work carried out by a group of researchers, acting for the collective, in the area of Oral Health. In this way, I congratulate those who have conceived the format of the book, because it conveys a strong image of what the past was and what the future could reveal. Several are the paths that, when followed, lead to good oral health, and the concept of construction also implies that there is a beginning, a current state and a time ahead. There is a way to be developed, which should be better than the one of the past. Countries must prepare to work with a wide range of Oral Health needs and seek the appropriate tools to address multiple problems simultaneously.

It is important that works like this, which tell the state of Oral Health in their countries, leave a legacy so that future generations can know and observe historical health events in the context of other social circumstances and appreciate the solutions that had to be found

The history of progress in these countries is important for the Americas and points out the differences that exist between Ibero-American regions.

Work collectively every day with the countries of the region to improve and protect the oral health of their populations and in this way promote the right of everyone to health.

The mission of the Latin American Observatory of Public Health Policies in Oral Health is to strengthen oral health services through communication and collaboration among member countries to provide information and resources necessary to promote oral health care, equality and for all people in the Americas, especially for the most vulnerable.

Maria Ercília de Araújo (PhD)  
Professor of Collective Health at FOU SP



## Latin American Oral Health Association - LAOHA

LAOHA - Latin American Oral Health Association was founded in Brazil in May 2015 with the support of professors from two major Brazilian higher education institutions, the University of São Paulo (USP) and UNG University. Both institutions and their affiliates are responsible for the technical and / or scientific development of the Association.

LAOHA is an association of private, non-economic, scientific, educational, philanthropic and assistance, whose main objective is to support the formation of new researchers and, through the granting of scholarships and research projects, disseminate new knowledge that may contribute to improving the oral health of the population in Latin America and other regions.

The support is focused on professionals who present differentials of academic excellence and leadership, but who for geographical and / or financial reasons, have not been able to deepen their studies in their countries or places of origin. They are then given the opportunity to improve their training in centers of excellence and, upon concluding, return committed to promoting positive changes in health and dental research in their region of origin.

In promoting changes in public health policies, the Association seeks to support clinical and epidemiological intervention actions that should be part of the work activities of the population service units.

Thus, LAOHA seeks to contribute to the scientific development of dentistry and improvement of oral health of the Latin American population through research and education.

Giuseppe Romito - President

Magda Feres - Vice President

Luciana Saraiva - Supervisory Board

Cassiano Rosing - Supervisory Board

Juliano Cavagni - Supervisory Board

Marcelo Faveri - 1<sup>st</sup> Secretary

Cristina Villar - 2<sup>nd</sup> Secretary

Luciene Figueiredo- 1<sup>st</sup> Treasurer

Claudio Mendes Panutti - 2<sup>nd</sup> Treasurer

Executive Director

Dr. Bernal Stewart

Dr. Zilson Malheiros

<https://www.latamoralhealthassociation.org/>



[CONTENTS](#)

<b>COLLABORATORS STAFF</b>
BRAZIL: Mauricio Bartelle Basso, Carina de Souza Paiva, Fernanda Wandembruck Goedert, Patricia Araújo Pereira Azevedo, Renata Presti Alves, Luiza Santos Scontre, Fábio Carneiro Martins, Ronald Pereira Cavalcanti, Said Yasser Said Abdallah, Samuel Jorge Moysés
ARGENTINA: Melania González y Rivas,, Colombo Yolanda A, Herrera María A, Ulloque M, Jorgelina Villafaña. Deborah F, Zarza José F
BOLIVIA: Shirley M. Flores Villegas
CANADA: Mark Tambe Keboa, Mary Ellen Macdonald, Belinda Nicolau
CHILE: Marco Cornejo Ovalle, Lorena Coronado Vigueras
COLOMBIA: Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Sandra Milena Zuluaga Salazar, Gonzalo Jaramillo Delgado, Jairo Hernán Ternera Pulido, Sebastián Sandoval Valencia

<b>COLLABORATORS STAFF</b>
COSTA RICA: William Brenes, Rafael Porras, Alvaro Salas, Hugo Mora, Gustavo Bermúdez, Grettel Molina, Rossi Brender, Melissa Rojas, Angelina Sandoval, Ronni Hirsch, Federico Hoffmaister, Manuel Zamora, Nora Chaves, Ana Cecilia Murillo, Ana Cristina Parra, Susan Lugo
CUBA: Maritza Sosa Rosales
ECUADOR: Angélica Narváez Chávez, Alba Narcisa Coloma
GUATEMALA: Doctor Carlos Enrique Soto Menegazzo, Doctor Oscar Hugo López Rivas, Licenciada María Antonieta González, Licenciada Carolina Martínez, Doctor Edgar Sánchez Rodas, Doctor Ernesto Villagrán Colón, Ingeniera Natalia Espinal, Ingeniero Mario Álvarez, Licenciada Indira Marroquín, Doctora Carmen Lissette Vanegas, Doctor Samuel Cohen, - Doctora Wendy Sáenz
HAITI: Jean-Raymond Ernst Joseph
MEXICO: Heriberto Vera Hermosillo, Olivia Menchaca Vidal
PARAGUAY: Concepción Giménez de Chamorro, Cristina Caballero García
PERU: Carlos Francisco Garcia Zavaleta, Flor de María Pachas Barriónuevo, Ana Soledad Arana Sunohara
DOMINICAN REPUBLIC: Adolfo Rodriguez Nuñez
URUGUAY: Pablo Bianco, Liliana Queijo

## INTRODUCTION

The Ibero-American Observatory of Public Policies in Oral Health, aims to bring together researchers from Latin America, Central America and Spain, who are dedicated to the study of public policies in oral health, in their countries and outside them.

This group aims to promote research in the area and increase collaboration among member countries so that research in the area of public health and collective oral health can gain in quality and quantity of publications and cooperation.

A strengthened collaboration network among our neighbors, can establish new theoretical frameworks that allow progress in the construction of a model of health system that has oral health as one of its priorities and that is capable of offering integral health care fair and socially sustainable way.

In parallel, the group must develop educational material that enables and encourages discussion around the issue of the insertion of oral health in health systems around the world.

Both in undergraduate and postgraduate courses, but fundamentally in society in general, the discussion on public health and the inclusion of comprehensive and universalized care for the population is a priority. It is not possible to guarantee comprehensive care for individuals and communities without guaranteeing access to oral health care at all levels of care, and this must be a fundamental right of citizenship.

Our group believes that information is a strategic instrument of empowerment so that there is pressure from society and that it is a catalyst for political will and interest on the part of public policymakers so that we can guarantee effective health for all.

Observatory Iberoamerican of  
Public Policies for Oral Health



[CONTENTS](#)

# COLOMBIA



Click to view the video  
[https://youtu.be/hOTOrB\\_RCgU](https://youtu.be/hOTOrB_RCgU)

## Oral Health Policies in Colombia under the general social health insurance system. A Panoramic approach

Gabriel Jaime Otalvaro Castro<sup>1</sup>  
Sandra Milena Zuluaga Salazar<sup>2</sup>  
Gonzalo Jaramillo Delgado<sup>3</sup>  
Jairo Hernan Ternera Pulido<sup>4</sup>  
Sebastian Sandoval Valencia<sup>5</sup>

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Odontóloga, Mg en Investigación Social. Profesora Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

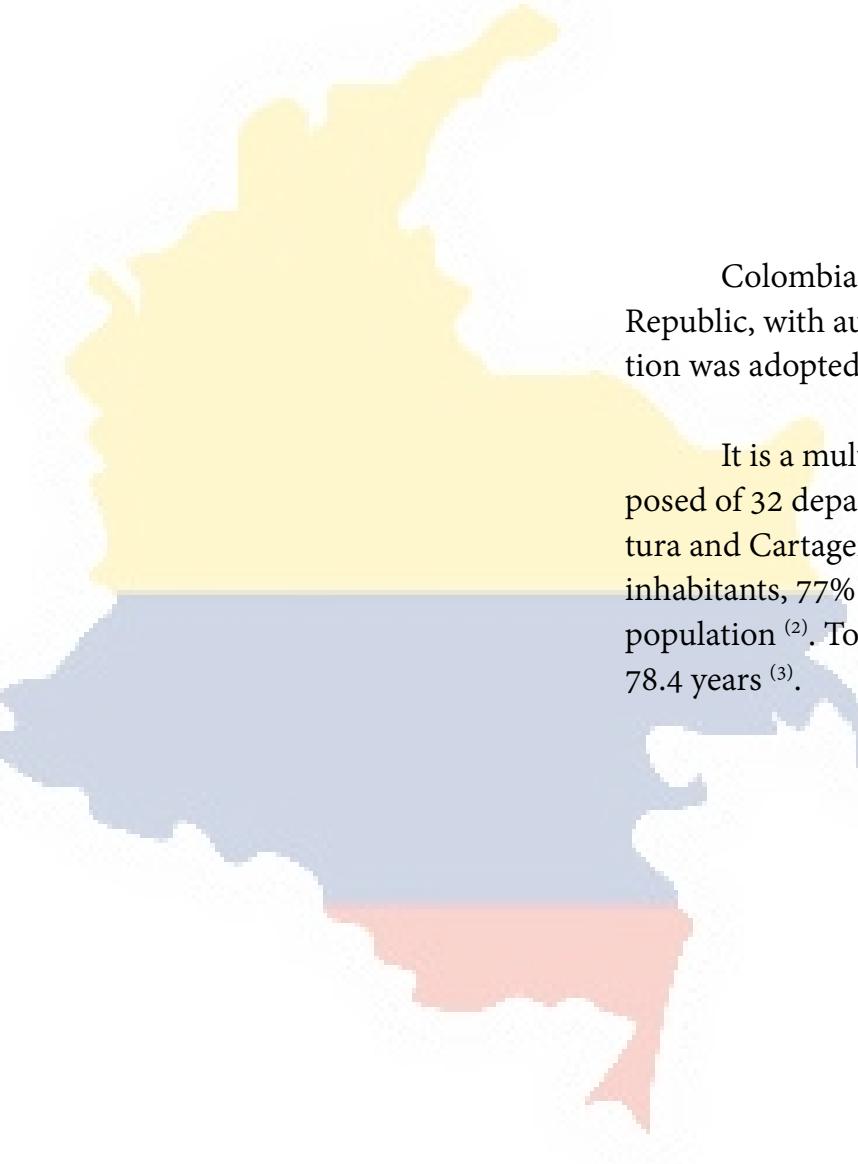
<sup>3</sup> Odontólogo, PhD en Filosofía. Profesor Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

<sup>4</sup> Odontólogo, Mg en Administración en Salud y especialista en Seguridad Social. Profesional especializado de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

<sup>5</sup> Gerente de Sistemas de Información en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

[CONTENTS](#)

# COLOMBIA



Colombia is a social State governed by law, organized as a unitary, decentralized Republic, with autonomy from its territorial entities <sup>(1)</sup>. The current political Constitution was adopted in 1991. Its system of government is presidential.

It is a multicultural nation and a mega biodiverse territory. It is politically composed of 32 departments, five districts (Bogota, Barranquilla, Santa Martha, Buenaventura and Cartagena) and 1,122 municipalities. The population in 2018 is 49,834,240 inhabitants, 77% of them correspond to the urban population and 23% to the rural population <sup>(2)</sup>. Total life expectancy is 74.8 years, for men 71.2 years, while for women 78.4 years <sup>(3)</sup>.

## OVERVIEW OF THE HEALTH SYSTEM IN COLOMBIA

The Political Constitution of 1991 defines social security as a compulsory public service and the inalienable right of the inhabitants, which is provided under the direction, coordination and control of the 'state'. At the same time, it defined health care and environmental sanitation as public services managed by the state, organized in a decentralized manner by levels of attention and community participation <sup>(1)</sup>. Health and basic sanitation, as well as other essential public services, are the responsibility of subnational territories, especially municipalities and districts <sup>(4)</sup>.

The General System of Social Security in Health (SGSSS), promulgated in 1993, is the regulatory framework of the health system in Colombia. The Law 100, which created the SGSSS, received a set of postulates that affirmed the market as an organizing principle, and they incorporated health as a commodity by force through the obligation of insurance.

As a result of the social mobilization and pressure of the Constitutional Court judges, the Statutory Health Law was promulgated in 2015, through which health is recognized as a fundamental and autonomous human right, and mechanisms have been established for its guarantee, such as regulation and protection. With this law, the essential nucleus of this right was expanded, considering it an individual and collective right, which includes access to health services in a timely, effective and quality way, but also actions to act in the social processes and health determinants <sup>(5)</sup>.

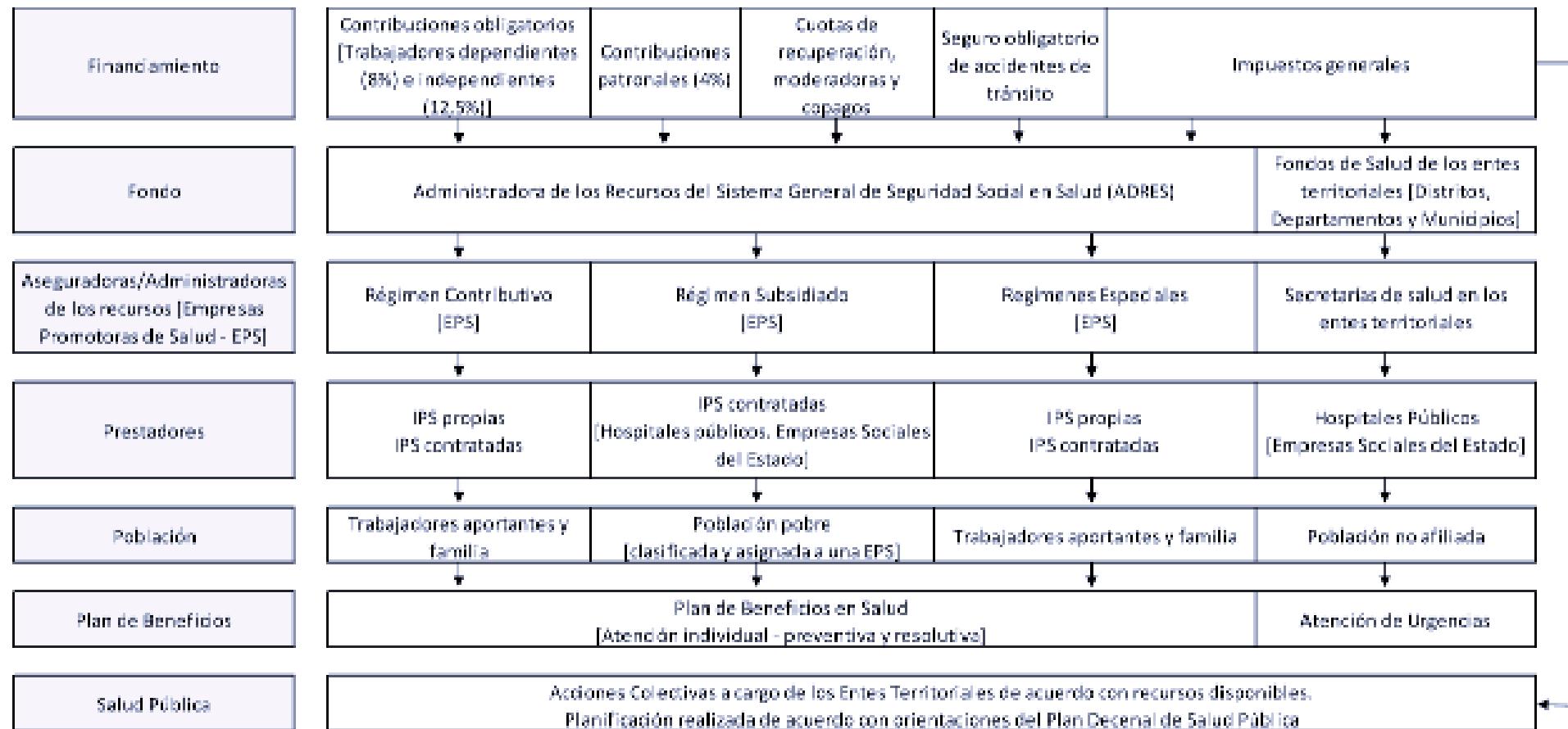
The Ministry of Health and Social Protection is responsible for the direction, guidance and conduct of the SGSSS. The departmental, district and municipal health entities contribute to the direction of the system <sup>(4)</sup>. The Colombian SGSSS funding mobilizes resources from two types of sources: (a) primary (families and companies) through contributions, and (b) secondary (Nation resources). Actions such as those of public health are financed with resources of the Nation and territorial resources with specific destination <sup>(4)</sup>.



HEALTH SYSTEM

The financing of the social security system is mainly due to the contributions of workers or state subsidies to economically disadvantaged population, previously classified in this way. However, labor informality rates are high in Colombia. It is estimated that at least 45% of workers with payment capacity, who contribute to social security, do it as independent or autonomous workers, that is, they carry out their own economic activity autonomously<sup>(6)</sup>.

Figure 1: Overview of the health system structure in Colombia



Source: authors' elaboration



## HEALTH SYSTEM

Public health is the responsibility of the State. As part of this, collective actions directed at human groups are carried out in social spaces, which are the responsibility of territorial governments (departments, districts and municipalities), while individual preventive actions are the responsibility of the insurers. Since 2011, a Ten-Year Public Health Plan has been defined, which is the main public policy on the subject<sup>(7)</sup>. Oral health is a theme inserted in the axis of healthy life and non-transmissible conditions, one of the ten constituent axes of the 10-year plan.

Assurance, which is the main axis of the system organization, is oriented primarily to the individual dimension of health. This is understood as the administration of financial risk, health risk management, articulation of services, quality assurance in health service delivery and the representation of affiliates with the provider and other actors<sup>(4)</sup>. The insurance includes a 'benefit plan', which is a set of activities, procedures, medicines, diagnostic aids and therapies to which the population is entitled. Currently, the national coverage of SGSSS membership is over 95%<sup>(8)</sup>. This was presented from official instances as a major achievement of the health system and an indicator of universal health coverage in the country.

The health service provision is carried out through different types of health service providers, public or private institutions that provide outpatient and hospital services, as well as independent professionals, which meet the standards established by the Compulsory Health Care System and offer their services to any payers of the system<sup>(4)</sup>. The relationship between insurers and suppliers has been conflicting. Contracts between them tend to be incomplete and unstable, and differences in concentration and bargaining power between insurers and suppliers are recognized<sup>(9)</sup>.

The supply of services in the SGSSS is characterized by a predominance of private providers and there is a tendency to growth in the segment of greater technological complexity. The occupation behavior in public providers gives a sample of the current model of care, the first level does not reach 40% of occupation, while the second and third are above 90%<sup>(9)</sup>. The public-private combination as well as the decentralized nature of the health system makes coordination and management of the national health authority a complex issue<sup>(10)</sup>.



## HEALTH SYSTEM

Social control and accountability of social security resources are scarce. Corruption permeated some entities in the set of the system institutions, including national and territorial governmental institutions, insurers and institutions providing health services.

There is a strong dissociation among recent discourses, which affirm health as a fundamental human right, with respect to the institutional arrangement that was structured after 20 years of reform.

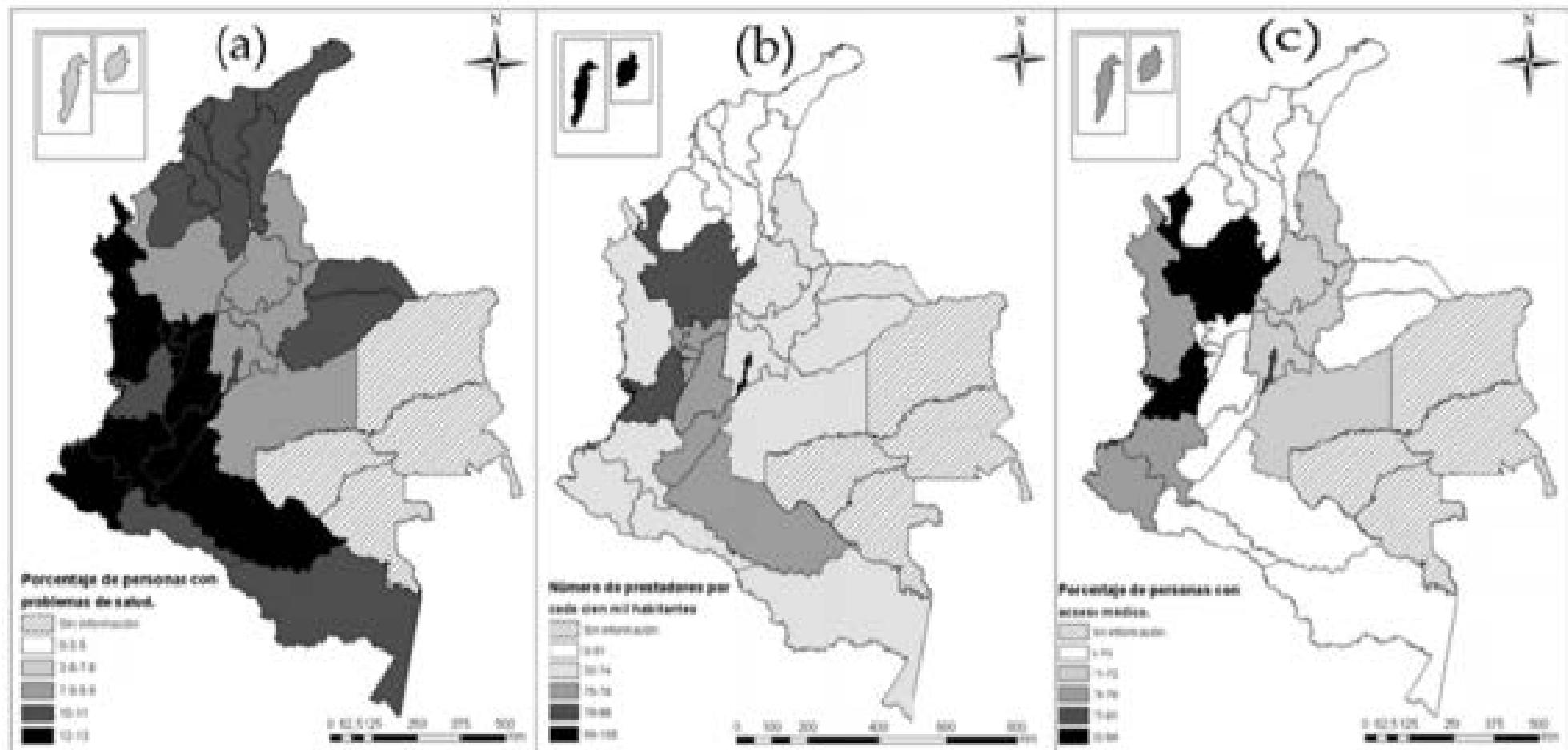
SGSSS expenditure is estimated at USD \$ 500 per capita, lower than the countries of the region with a similar level of economic development<sup>(9)</sup>. Total expenditure as a percentage of the GDP is 7.2%. In the case of Colombia, it is higher than the world median, the middle-income countries and Latin American countries, although it is lower than in the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries<sup>(11)</sup>.

Although the insurance coverage increased at the national level, reaching 96% in 2014, the perception of ease access to health services was 54%, which indicates that 46% of users found access to health services difficult<sup>(12)</sup>. In addition to the regional differentials in the perception of the need for health care which were identified in the surveys that measure quality of life, the analysis of the availability of health service providers confirms the great differences among the regions and the dissimilar relationship among providers by inhabitants (see figure 2). In general terms, the regions with higher needs for health services are those that have the smallest institutions per inhabitant<sup>(13)</sup>.



## HEALTH SYSTEM

Figure 2. Need, availability and access to medical services in Colombia, 2012



Source: Ayala García J. Health in Colombia: more coverage, but less access. 2014



## ORAL HEALTH POLICIES IN COLOMBIA

Oral health as of Law 100 of 1993 was incorporated into the content of the health service provision to which the population is entitled. It meant a way to begin the transformation in the culture of a population that always had to pay for these services, which considered the loss of teeth and the deterioration of the oral health as a consequence of the age and that saw the dental services as a costly expense, at the same time and paradoxically, turned out to be a factor to the detriment of the professional prestige, the quality of the professionals' work<sup>(14)</sup>.

Policies for individual dental care are defined in the SGSSS regulations. The Health Benefit Plan includes educational and preventive activities in oral health, radiographic diagnostic aids, emergency dental care, as well as operational procedures, endodontics, pediatric dentistry, stomatology and oral medicine, oral and maxillofacial surgery, and rehabilitation with complete muco-supported prostheses.

The educational and preventive activities are defined in the technical standard for preventive oral health care. This includes: the control of bacterial plaque, the supragingival scaling or mechanical control of plaque, the application of fluoride and sealants for children under 18 years of age<sup>(15)</sup>. These activities are free for users and are discharged from co-payment.

Dental procedures of the Health Benefit Plan include: restorations in amalgam, ionomer and resin. Uni-radicular or multi-radicular endodontic treatment. Procedures of oral and maxillofacial surgery, including the extraction of permanent third molar; besides the surgical service and rehabilitation of patients with severe facial anomalies of the skull, such as the congenital labial cleft. Total mucosal prostheses, including insertion, adaptation and control.



## ORAL HEALTH POLICIES IN COLOMBIA

The dental treatments excluded from the Benefit Plan are periodontal treatments (except supragingival scaling, root planing, and periodontal collection drainage), implant-dental procedures, partial dentures (dento-mucosal supported), orthodontic treatments, dental bleaching, mouthwashes, toothpastes, toothbrushes, and dental floss. Some of the most active agents that demand the exclusion of dental services from the benefits plan are the scientific societies of dental specialties<sup>(16)</sup>.

Despite the breadth of the theoretical coverage of the health system in relation to dental care, the health system itself is the main obstacle to guarantee integral care, given the fragmentation of the care process by the institutional design, inclusions / exclusions of activities and procedures in the Benefit Plan, as well as the separation between activities and responsibilities in individual and collective attention.

According to the official data, based on the analysis of the health service provision records, the coverage of dental care has shown a gradual increase, although it still has a low coverage, reaching 7.1% of the total population of the country<sup>(17)</sup>.

In relation to oral health policies in public health, it is worth mentioning the implementation of a set of measures, including the addition of fluoride to the salt for human consumption, the development of national oral health surveys, the formulation of national oral health plans, the implementation of collective actions by local governments and the implementation of oral health public policies at the territorial level.

Salt fluoridation in Colombia was approved with the decree 2024 in 1984, added values of 200 parts per million-ppm of fluorine (+/- 20 ppm as upper and lower limits). This action began to be implemented in 1989<sup>(17)</sup>. The prevalence of fluorosis in 5-year-old children (deciduous dentition) was 8.4%, 62% at 12 and 56% at 15<sup>(18)</sup>. The National Institute for Monitoring Food and Drug Administration (INVIMA) is responsible for monitoring and controlling this measure. However, these processes were performed in a discontinuous and non-systematic way<sup>(17)</sup>.

In relation to the population studies, the Ministry of Health conducted four national oral health studies: 1965/1966, 1977/1980, 1998 and 2014. This allowed monitoring the evolution of oral morbidity indicators in 50 years, confirming a progressive tendency in the reduction of prevalence and severity of dental caries, as well as progress in the recognition of other relevant issues, such as the social representations of oral health and its process of social determination.



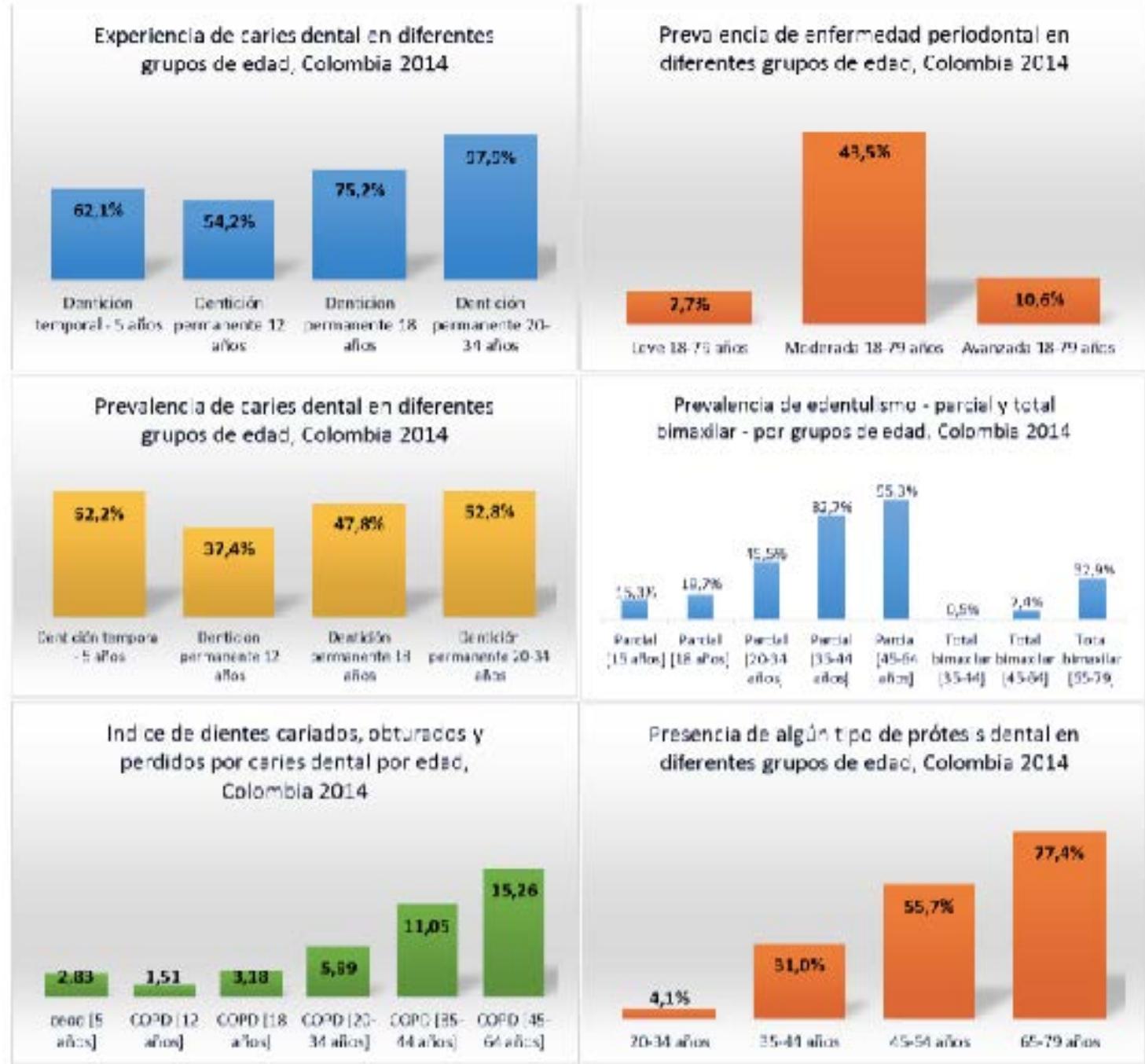
## ORAL HEALTH POLICIES IN COLOMBIA

According to the results of the IV National Oral Health Study conducted in 2014, about 92% of people between 12 and 79 years old had dental caries at some point in their lives, as well as 33% of children aged 1, 3 and 5 who also had previous antecedents of the disease (see Figure 3) <sup>(18)</sup>.

The indicator of decayed teeth (advanced stage), filled and lost by caries (DMF), in the last national study was 1.51 teeth affected at 12 years of age (figure 2), which decreased in relation to the 1998 measurement [DMFT 2.3 at 12 years of age]. Likewise, the results of this study indicate an increase both in the number of people and in the severity of periodontal disease whose manifestation was found even in adolescents; besides increased light and very light fluorosis and edentulism, prosthetic lesions and stomatitis <sup>(18)</sup>.



Figure 3. Some indicators of the oral health situation in Colombia, 2014.



Source: IV National Oral Health Study, 2014. Authors' elaboration.

## ORAL HEALTH POLICIES IN COLOMBIA

The Ten-Year Public Health Plan 2012-2021 is the main current public health policy of the SGSSS. This policy includes oral health as a content among its priority dimensions (non-communicable chronic health conditions)<sup>(19)</sup>. The implementation of the Ten-Year Public Health Plan is the responsibility of the territorial entities, especially the municipalities and districts. Their scope is conditioned by their technical, financial and operational capacity, since investments, approaches, strategies and coverages are highly heterogeneous throughout the country. The implementation of educational actions in the school environment and in pre-school spaces may be the most common in the implementation of the Ten-year plan in the different territorial entities.

As an alternative to address the national fragility in leading the health policy since the beginning of the 21st century, some territorial entities have formulated and implemented participatory public policies with territorial coverage. The most recognized and far-reaching ones have been the public oral health policies of the cities of Bogotá (2004)<sup>6</sup>, Manizales (2006) and Medellín (2013)<sup>7</sup>.

In these local initiatives, the objective has been to recover the role of the 'state' in the health system management and leadership, integrality in the oral health approach, reorienting the care model with a family, community and territorial approach, promoting health in social spaces, the articulation among the academic sector, social and health services for the formation of community leaderships, the strengthening of communication strategies and the social control of social players.

In spite of the difficulties inherent to the lack of regulation in this area, and assuming an effort of the local players in view of the normative vacuum in which they operate, these municipal efforts did not have a decisive technical, financial and political support from the government, the national sanitary authority.



## Policies for training and professional practice

Nowadays, 43 professional training programs in dentistry are offered in Colombia, developed by 22 universities, operating in 17 cities, with almost 1,900 quotas each semester, 11% of the institutions are public. Most programs last for ten semesters, one lasts eight semesters. There are 109 specialization programs corresponding to 49 specializations, 3 master's degrees and 1 doctorate<sup>(20, 21)</sup>. According to official data from the Observatory of Human Talents of the Ministry of Health, there were more than 45 thousand dentists in the country in 2015.

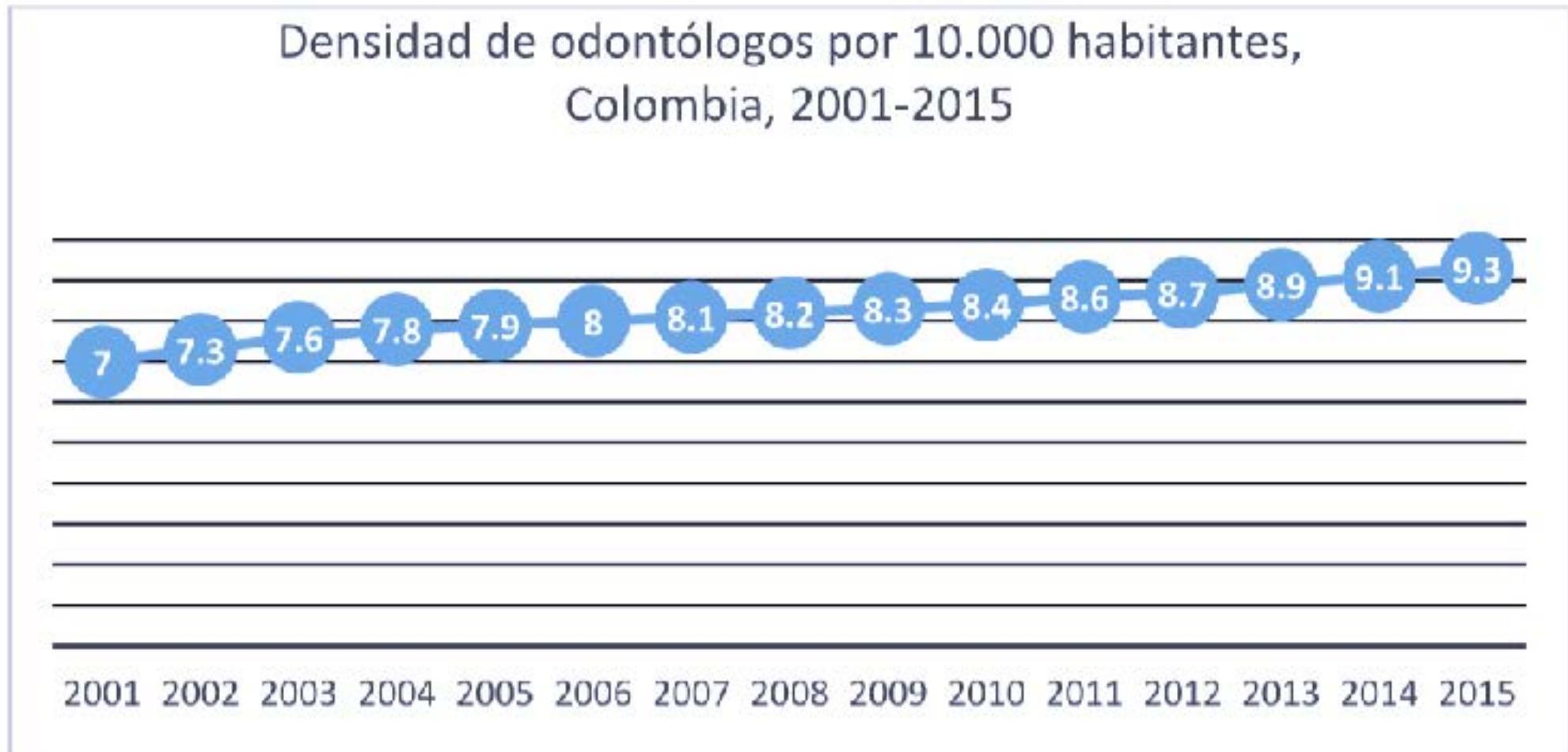
The national health authority recognizes the fragility and inadequacy of the skills and profiles of trained human resources to ensure primary health care with resolving capacity. At the same time, it points out the inadequate use of specialized resources of medium and high complexity caused both by the incentives to induce supply demand and by the fragility in carrying out actions to promote health and disease prevention<sup>(9)</sup>.

In the last 30 years, in a context of neoliberal reforms in educational policies, the supply of dentists in the country has tripled. From 0.32 dentists per 1,000 inhabitants in 1984, it reached 0.93 in 2015. Currently, there is almost one dentist per 1,000 inhabitants in Colombia<sup>(20)</sup>.



## Policies for training and professional practice

Figure 4. Estimated density of dentists per 10,000 inhabitants, Colombia 2001 - 2015



Source: Ministry of Health and Social Protection. Consulted in November 2017. <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/NumeroEstimadoTalentoHumanoSalud.aspx>

Authors' elaboration



## Policies for training and professional practice

According to human talent studies of the Ministry of Health, there was a projected growth in the supply of dental surgeons in the country for the second decade of the 21st century, at the same time that unemployment rates would be higher than 30% <sup>(21)</sup>. Some recent analyzes show an accelerated decrease in the economic income of dental surgeons, a loss of working conditions and a process of professional stratification between old and new professional generations <sup>(14)</sup>.

Along with the hyper concentration of dental professionals in large cities, the compulsory social service positions, which could guide the first job of the newly graduates to the rural areas, have been kept to a minimum. Social service positions for 2017 were 430, which means that only 13.6% of newly graduates could absorb, exonerating 86.4% of new professionals <sup>(21)</sup>.

In recent years, the discussion on the employability and quality of dental work in the country has become relevant. A high percentage of new graduates work in precarious working conditions, with low wages, long leave periods, without the real possibility of negotiating and / or arranging wages with the employer, either in private clinics performing liberal practice of the profession, or working for public or private institutions that serve the members of the social security in health, where the contracts are mainly in the form of service provision (fixed term and without labor guarantees).

The policies for training human talents and for the professional practice of dentistry are not the result of a process of social consensus and planning, but they are defined by free market criteria. The results are obvious.



**COLOMBIA**

**ESPAÑOL**



Observatório Iberoamericano de  
Políticas Públicas en Salud Bucal

# COLOMBIA

CONSTRUYENDO  
UN BLOQUE POR MAS  
SALUD BUCAL

FERNANDA CAMPOS DE ALMEIDA CARRER  
GILBERTO ALFREDO PUCCA JUNIOR  
MARIANA LOPES GALANTE

FOUSP, 2019

[CONTENIDOS](#)

## Organización

### Coordinadores

Fernanda Campos de Almeida Carrer  
Gilberto Alfredo Pucca Junior  
Mariana Lopes Galante

### Organizadores

Dorival Pedroso da Silva  
Mary Caroline Skelton Macedo  
Maristela Honório Cayetano

### Traducción

Mariana Lopes Galante  
Dorival Pedroso da Silva  
Amanda Iida Giraldes  
Nicole Pischel

## Presentación

Al recibir las copias “Construyendo un bloque por más Salud Bucal - São Paulo 2018”, elaborado por el Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal, en portugués y español, señalo que la propuesta es la identificación de escenarios y estrategias de los sistemas de salud de algunos países de América Latina, con énfasis en las políticas de salud bucal.

La calidad de los artículos y la representatividad de los profesores presentes en esta propuesta establecen reflexiones y desafíos que favorecen discusiones y divulgaciones de estudios y de investigaciones de modelos más concordantes, para alcanzar índices y avances ideales en la salud bucal de las poblaciones involucradas, capaz de colaborar con la salud integral de las personas. En este sentido, como responsabilidad social, las Universidades y las Escuelas de Odontología asumen un papel fundamental, pues pueden, por medio del énfasis en la innovación, en la planificación estratégica y en las perspectivas de transformación de la enseñanza con motivación social, para contribuir a la formación de líderes en la educación y la salud.

Estoy muy contento y felicito a los maestros Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Junior, Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante y Mary Caroline Skelton Macedo, organizadores, así como a los equipos de académicos y profesores colaboradores de Brasil, Argentina, Bolivia, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Haiti, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay por el empeño en la preparación de estos informes. Dejo también un agradecimiento especial a la Pro Rectoría de Cultura y Extensión Universitaria de la Universidad de São Paulo por el apoyo en financiar esta divulgación a través del Edital Santander USP de Derechos Fundamentales y Políticas Públicas (2017.1.238.23.4).

Prof. Dr. Rodney Garcia Rocha  
Director da Universidad  
de Odontologia da USP  
2017/2021



[CONTENIDOS](#)

## Prefacio

“La utopía está allí en el horizonte. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte corre diez pasos. Por más que yo camine, jamás alcanzaré. ¿Para qué sirve la utopía? Sirve para eso: para que no deje de caminar.”

Eduardo Galeano

Vivir juntos. Trabajar juntos. Buscar juntos. Conjunto. Al hacer junto se construye el colectivo, así es la exégesis de la Salud Bucal Colectiva.

Este trabajo es fruto de la producción colectiva del conocimiento científico, en un área que busca el desarrollo de políticas públicas para las comunidades iberoamericanas. La Salud Bucal Colectiva (SBC) es el campo de la Salud, por principio Interdisciplinario, que se dedica a la Salud Bucal de las Poblaciones e Individuos en sus contextos, así como a los Servicios y Sistemas de Salud.

Al desarrollar las actividades del Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal, los autores buscan presentar un retrato de la salud bucal de sus países, y así, reflexionar sobre sus políticas de Salud Bucal y, en cómo mejorar la calidad de vida y salud de sus poblaciones.

De este punto de vista se coloca el colectivo, desde una perspectiva filosófica o social, enfatizando la interdependencia de las poblaciones locales y concentrando sus objetivos en la comunidad, en la sociedad, nación o país, no requiriendo, por lo tanto, un sistema de gobierno o político para existir, pero debe proporcionar una igual cantidad de libertad e igualdad de oportunidades para desarrollar habilidades y talentos propios. Esta es la intencionalidad de este emprendimiento.

Lo prefijo Ibero- y el adjetivo Ibérica se refieren a la Península Ibérica en Europa, cubriendo Portugal y España. Iberoamérica incluye todos los países que hablan español en América del Norte, Central y del Sur, además del único país de habla portuguesa en la región, Brasil. Portugal y España están incluidos ellos mismos en algunas definiciones. De esta manera, todos estamos conectados, tanto desde un punto de vista histórico como cultural y, ahora una visión progresiva para construir colectivamente la mejora de la salud bucodental en las Américas.

Dentro de ese enfoque, este primer producto nos da la dimensión del trabajo conjunto realizado por un grupo de investigadores, actuando por el colectivo, en el área de Salud Bucal. Por lo que es felicitar a los que concibieron el formato de libro, ya que transmite una imagen fuerte de lo que era el pasado y lo que el futuro podría descubrir. Muchos son los caminos que, cuando seguidos, conducen a la buena salud bucal, y el concepto de construcción también implica que hay un comienzo, un estado actual y un espacio adelante. Hay un camino adelante a ser construido, el cual deberá ser mejor que el del pasado. Los países deben prepararse para actuar con una gama inmensa de necesidades en Salud Bucal y buscar las herramientas apropiadas para abordar, simultáneamente, los múltiples problemas.

Es importante que productos como éste, que cuentan el estado de la Salud Bucal en sus países, dejan un legado para que las generaciones futuras puedan conocer y observar los eventos históricos de salud en el contexto de otras circunstancias sociales y apreciar las soluciones que tuvieron que ser buscadas.

La historia de los progresos realizados en estos países es importante para las Américas y señala las diferencias que existen entre las regiones iberoamericanas.

Trabajar en conjunto todos los días con los países de la región para mejorar y proteger la salud bucal de sus poblaciones y por lo tanto promover el derecho universal a la salud.

La misión del Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal es la de fortalecer los servicios de salud bucal, a través de la comunicación y colaboración entre los países miembros, para proporcionar informaciones y recursos necesarios en la promoción de atención de salud bucal, de igualdad y calidad para todas las personas en las Américas, especialmente para las poblaciones más vulnerables.

Profa. Dra. Maria Ercília de Araújo  
Profesora Titular de Salud Colectiva da  
FOUUSP



## Latin American Oral Health Association - LAOHA

La LAOHA - Latin American Oral Health Association fue fundada en Brasil, en mayo de 2015, con el apoyo de docentes de dos importantes instituciones de enseñanza superior brasileñas, la Universidad de São Paulo (USP) y la UNG Universidad. Ambas instituciones y sus filiales son responsables del desarrollo técnico y/o científico de la Asociación.

LAOHA es una asociación de derecho privado, sin fines económicos, de carácter científico, educativo, filantrópico y asistencial, cuyo principal objetivo es apoyar la formación de nuevos investigadores y, a través de la concesión de becas de estudios y proyectos de investigación, disseminar nuevos conocimientos que puedan contribuir a la mejora de la salud bucal de la población en América Latina y demás regiones.

El apoyo tiene su enfoque en profesionales que presenten diferenciales de excelencia académica y liderazgo, pero que por motivos geográficos y/o financieros, no pudieron profundizarse en los estudios en sus países o lugares de origen. A ellos se les da entonces la oportunidad de mejorar su formación en centros de excelencia y, al final, regresar comprometidos en promover cambios positivos en la salud a la investigación odontológica en su región de origen.

En la promoción de cambios en las políticas públicas de salud bucal, la Asociación busca apoyar acciones de intervención clínico-epidemiológicas que deben formar parte de las actividades de trabajo de las unidades de atención a la población.

Por lo tanto, LAOHA busca contribuir al desarrollo científico de la odontología y mejorar la salud bucal de la población latinoamericana a través de la investigación y la educación.

Giuseppe Romito - Presidente

Magda Feres - Vice Presidente

Luciana Saraiva - Consejo Fiscal

Cassiano Rosing - Consejo Fiscal

Juliano Cavagni - Consejo Fiscal

Marcelo Faveri - 1º Secretario

Cristina Villar - 2º Secretaria

Luciene Figueiredo - 1ºTesorero

Claudio Mendes Panutti - 2ºTesorero

Director Ejecutivo

Dr. Bernal Stewart

Dr. Zilson Malheiros

<https://www.latamoralhealthassociation.org/>

[CONTENIDOS](#)



<b>EQUIPO DE COLABORADORES</b>
BRASIL: Mauricio Bartelle Basso, Carina de Souza Paiva, Fernanda Wandembruck Goedert, Patricia Araújo Pereira Azevedo, Renata Presti Alves, Luiza Santos Scontre, Fábio Carneiro Martins, Ronald Pereira Cavalcanti, Said Yasser Said Abdallah, Samuel Jorge Moysés
ARGENTINA: Melania González y Rivas,, Colombo Yolanda A, Herrera María A, Ulloque M, Jorgelina Villafaña. Deborah F, Zarza José F
BOLIVIA: Shirley M. Flores Villegas
CANADA: Mark Tambe Keboa, Mary Ellen Macdonald, Belinda Nicolau
CHILE: Marco Cornejo Ovalle, Lorena Coronado Vigueras
COLOMBIA: Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Sandra Milena Zuluaga Salazar, Gonzalo Jaramillo Delgado, Jairo Hernán Ternera Pulido, Sebastián Sandoval Valencia

<b>EQUIPO DE COLABORADORES</b>
COSTA RICA: William Brenes, Rafael Porras, Alvaro Salas, Hugo Mora, Gustavo Bermúdez, Grettel Molina, Rossi Brender, Melissa Rojas, Angelina Sandoval, Ronni Hirsch, Federico Hoffmaister, Manuel Zamora, Nora Chaves, Ana Cecilia Murillo, Ana Cristina Parra, Susan Lugo
CUBA: Maritza Sosa Rosales
ECUADOR: Angélica Narváez Chávez, Alba Narcisa Coloma
GUATEMALA: Doctor Carlos Enrique Soto Menegazzo, Doctor Oscar Hugo López Rivas, Licenciada María Antonieta González, Licenciada Carolina Martínez, Doctor Edgar Sánchez Rodas, Doctor Ernesto Villagrán Colón, Ingeniera Natalia Espinal, Ingeniero Mario Álvarez, Licenciada Indira Marroquín, Doctora Carmen Lissette Vanegas, Doctor Samuel Cohen, Doctora Wendy Sáenz
HAITI: Jean-Raymond Ernst Joseph
MEXICO: Heriberto Vera Hermosillo, Olivia Menchaca Vidal
PARAGUAY: Concepción Giménez de Chamorro, Cristina Caballero García
PERU: Carlos Francisco García Zavaleta, Flor de María Pachas Barrionuevo, Ana Soledad Arana Sunohara
REPUBLICA DOMINICANA: Adolfo Rodriguez Nuñez
URUGUAY: Pablo Bianco, Liliana Queijo

## INTRODUCCION

El Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal, tiene como objetivo reunir investigadores de América Latina, América Central y España, que se dediquen al estudio de las políticas públicas en salud bucal, en sus países y fuera de ellos.

Este grupo pretende potenciar las investigaciones en el área y aumentar la colaboración entre los países miembros de modo que la investigación en el área de la salud pública y en la salud bucal colectiva pueda ganar en calidad y cantidad de publicaciones y cooperaciones. Una red de colaboración fortalecida entre nuestros vecinos, puede establecer nuevos marcos teóricos que permitan avanzar en la construcción de un modelo de sistema de salud que tenga a la salud bucal como una de sus prioridades y que sea capaz de ofrecer el cuidado en salud integral de forma justa y socialmente sostenible.

Paralelamente, el grupo debe desarrollar material educativo que posibilite y fomente la discusión alrededor del tema de la inserción de la salud bucal, en los sistemas de salud alrededor del mundo. Tanto en los cursos de grado y de postgrado, pero fundamentalmente en la sociedad en general, la discusión sobre salud pública y la inclusión del cuidado integral y universalizado a la población es prioritaria. No es posible garantizar el cuidado integral a los individuos y a las colectividades sin que se garantice acceso a los cuidados en salud bucodental, en todos los niveles de atención, y éste debe ser un derecho fundamental de la ciudadanía.

Nuestro grupo cree que la información es un instrumento estratégico de empoderamiento para que haya presión por parte de la sociedad y, que ésta sea catalizadora de la voluntad política e interés por parte de formuladores de políticas públicas para que podamos garantizar salud efectiva para todos.

Observatorio Iberoamericano de  
Políticas Públicas en Salud Bucal

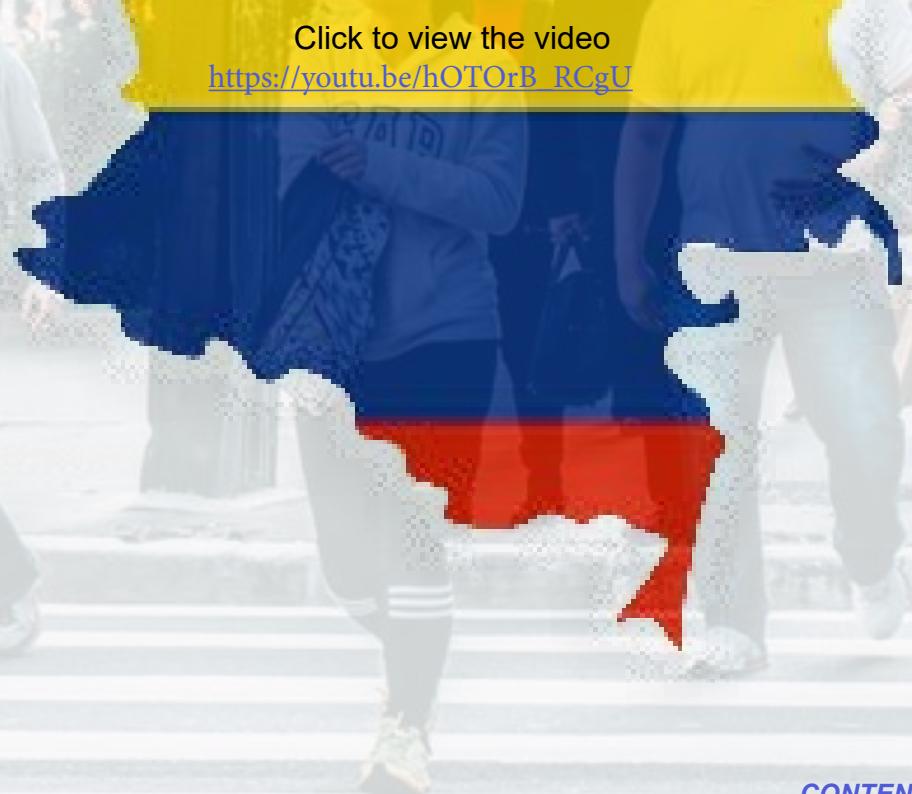


[CONTENIDOS](#)

# COLOMBIA



Click to view the video  
[https://youtu.be/hOTOrB\\_RCgU](https://youtu.be/hOTOrB_RCgU)



## POLITICAS DE SALUD BUCAL EN COLOMBIA EN EL MARCO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. UNA APROXIMACION PANORAMICA

Gabriel Jaime Otalvaro Castro<sup>1</sup>  
Sandra Milena Zuluaga Salazar<sup>2</sup>

Gonzalo Jaramillo Delgado<sup>3</sup>  
Jairo Hernan Ternera Pulido<sup>4</sup>  
Sebastian Sandoval Valencia<sup>5</sup>

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Odontóloga, Mg en Investigación Social. Profesora Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

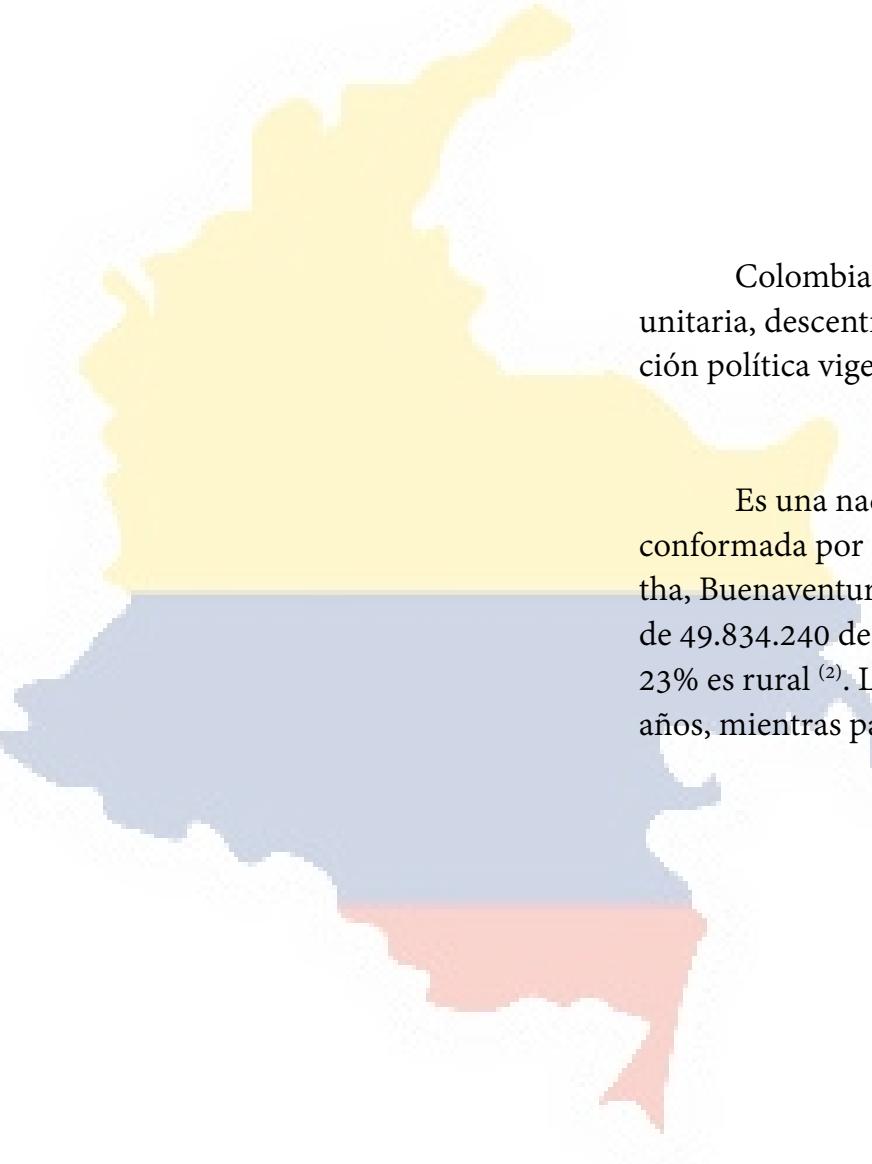
<sup>3</sup> Odontólogo, PhD en Filosofía. Profesor Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

<sup>4</sup> Odontólogo, Mg en Administración en Salud y especialista en Seguridad Social. Profesional especializado de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

<sup>5</sup> Gerente de Sistemas de Información en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

[CONTENIDOS](#)

# COLOMBIA



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

Es una nación pluricultural y un territorio megabiodiverso. Políticamente está conformada por 32 departamentos, cinco distritos (Bogotá, Barranquilla, Santa Marta, 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<sup>(2)</sup>. 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<sup>(3)</sup>.

## 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 <sup>(1)</sup>. 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 <sup>(4)</sup>.

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 Estatutaria 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 <sup>(5)</sup>.

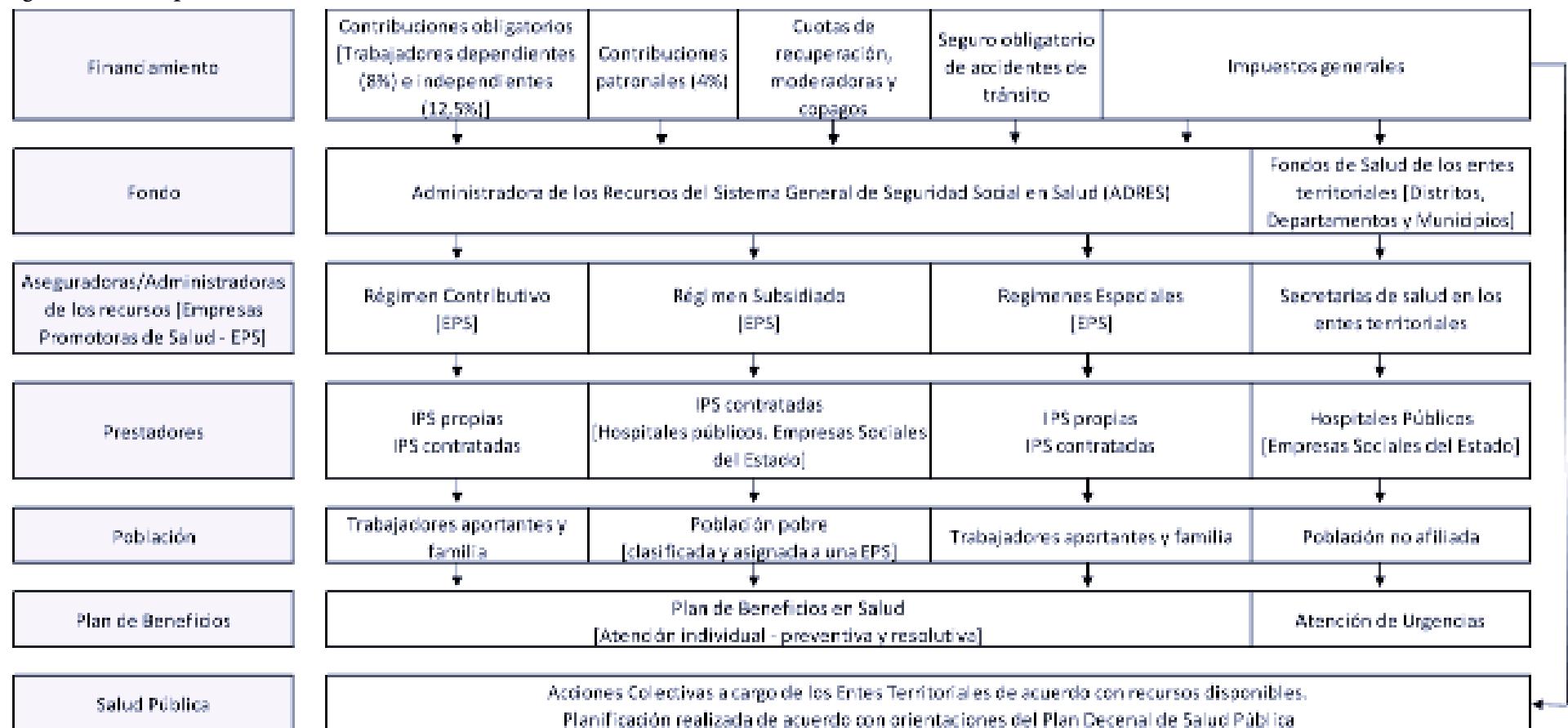
La dirección, orientación y conducción del SGSSS está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. Contribuyen en la dirección del sistema, las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales de salud <sup>(4)</sup>. El financiamiento del SGSSS colombiano, moviliza recursos 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 <sup>(4)</sup>.



## SISTEMA DE SALUD

El financiamiento del sistema de seguridad social se da principalmente por los aportes de los trabajadores o los subsidios del Estado a la población pobre, previamente clasificada como tal. Sin embargo, en Colombia son altas las tasas de informalidad laboral. Se calcula que al menos el 45% de los trabajadores con capacidad de pago, que cotizan a la seguridad social lo hacen como trabajadores independientes o por cuenta propia, es decir, que ejercen su propia actividad económica, de manera autónoma<sup>(6)</sup>.

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



Fuente: elaboración de los autores



## SISTEMA DE SALUD

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 <sup>(7)</sup>. 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 <sup>(4)</sup> . 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% <sup>(8)</sup> . 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 <sup>(4)</sup> . 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 <sup>(9)</sup> .

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, mien-



## SISTEMA DE SALUD

tras el segundo y tercero están por encima del 90% <sup>(9)</sup>. 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 <sup>(10)</sup>.

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.

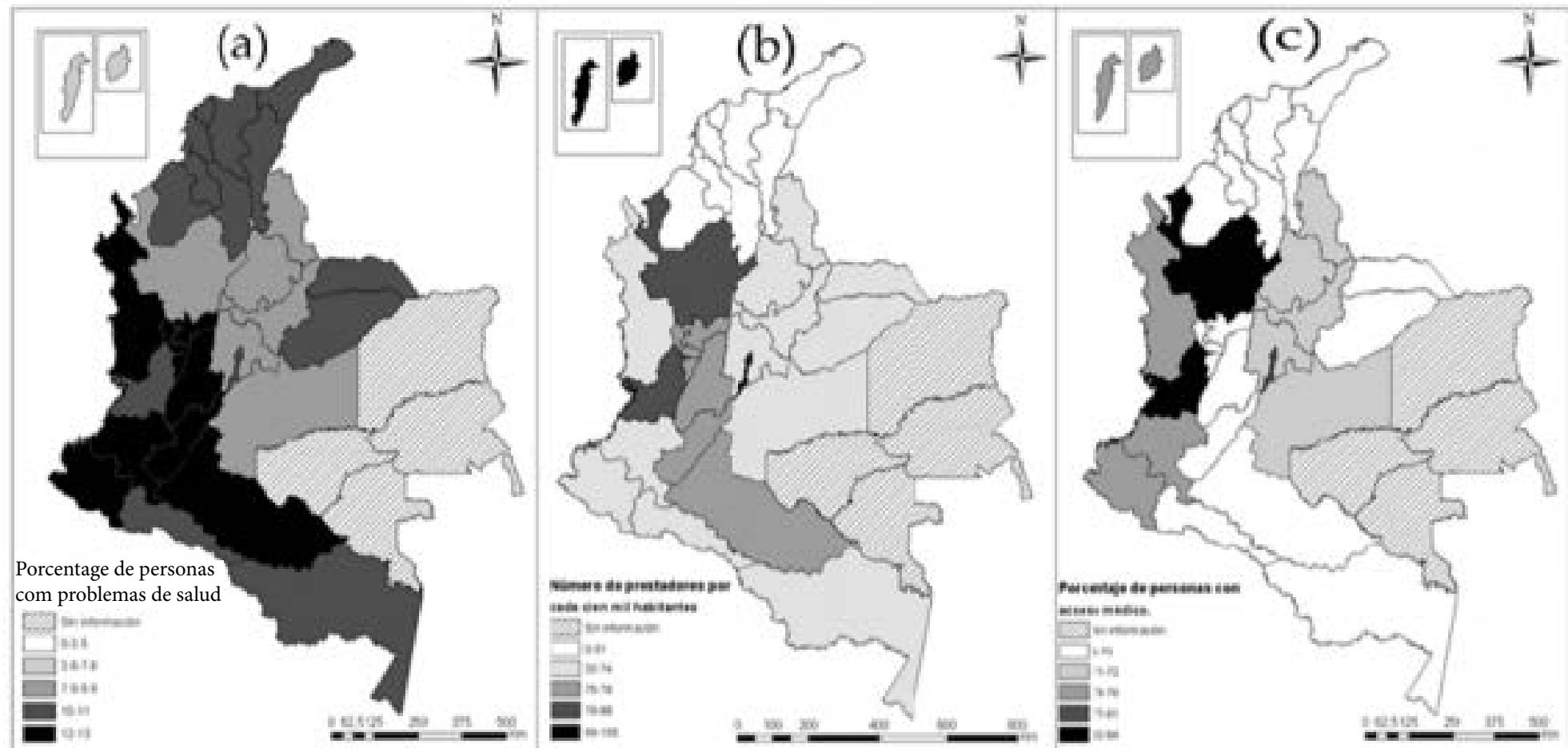
El gasto per cápita del SGSSS está estimado en USD\$500, más bajo que países de la región con similar nivel de desarrollo económico <sup>(9)</sup>. El gasto total como porcentaje del PIB es de 7,2%. En el caso colombiano, es superior a la mediana mundial, a la de países de ingreso medio-alto y latinoamericanos, aunque resulta inferior respecto a países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico-OCDE <sup>(11)</sup>.

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 <sup>(12)</sup>. 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 las que cuentan con menores instituciones prestadoras por habitante <sup>(13)</sup>.



## SISTEMA DE SALUD

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



## POLITICAS 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 <sup>(14)</sup>.

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 detrartraje supragingival control mecánico de placa, la aplicación de flúor y de sellantes para menores de 18 años <sup>(15)</sup>. 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 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.



## POLITICAS DE SALUD BUCAL EN COLOMBIA

Los tratamientos odontológicos excluidos del Plan de Beneficios, son: los deperiodoncia (excepto el detrartrajesupragingival, 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<sup>(16)</sup>.

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<sup>(17)</sup>.

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<sup>(17)</sup>. 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%<sup>(18)</sup>. 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<sup>(17)</sup>.

En cuanto a los estudios poblacionales, el Ministerio de Salud ha realizado cuatro estudios nacionales de salud bucal:



## POLITICAS DE SALUD BUCAL EN COLOMBIA

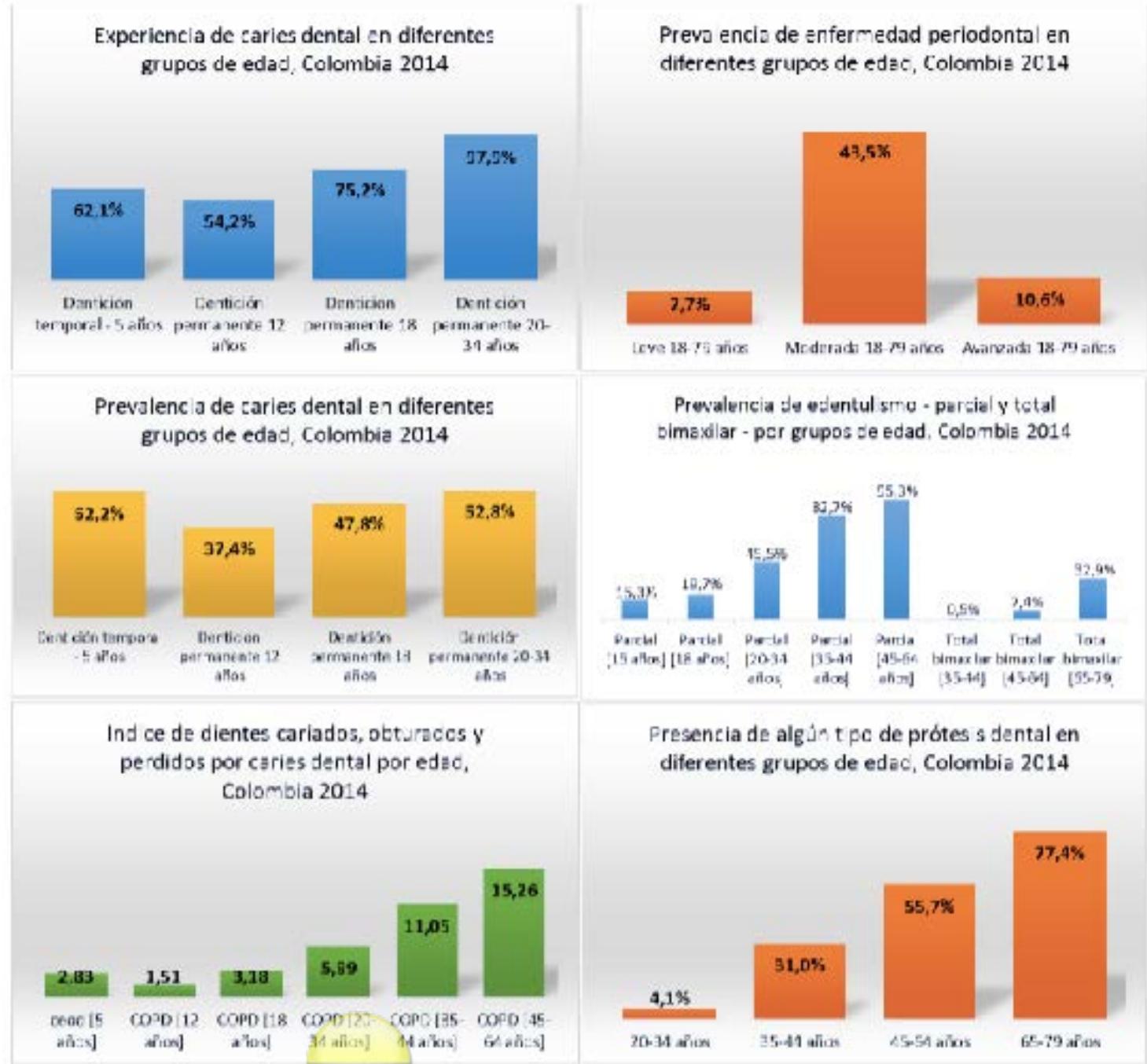
1965/1966, 1977/1980, 1998 y 2014. Lo que ha permitido monitorear la evolución de los indicadores de morbilidad oral en 50 años, constatando una tendencia progresiva en la disminución de la prevalencia y la severidad de la caries dental, así como avanzar en el reconocimiento de otros asuntos relevantes 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) <sup>(18)</sup>.

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 <sup>(18)</sup>.



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.

## POLITICAS DE SALUD BUCAL EN COLOMBIA

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)<sup>(19)</sup>. 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) , Manizales (2006) y Medellín (2013) <sup>8</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 <sup>(20,21)</sup>. De acuerdo con datos oficiales del Observatorio de talento humano del Ministerio de Salud, en el año 2015 existían más 45 mil odontólogos en el país.

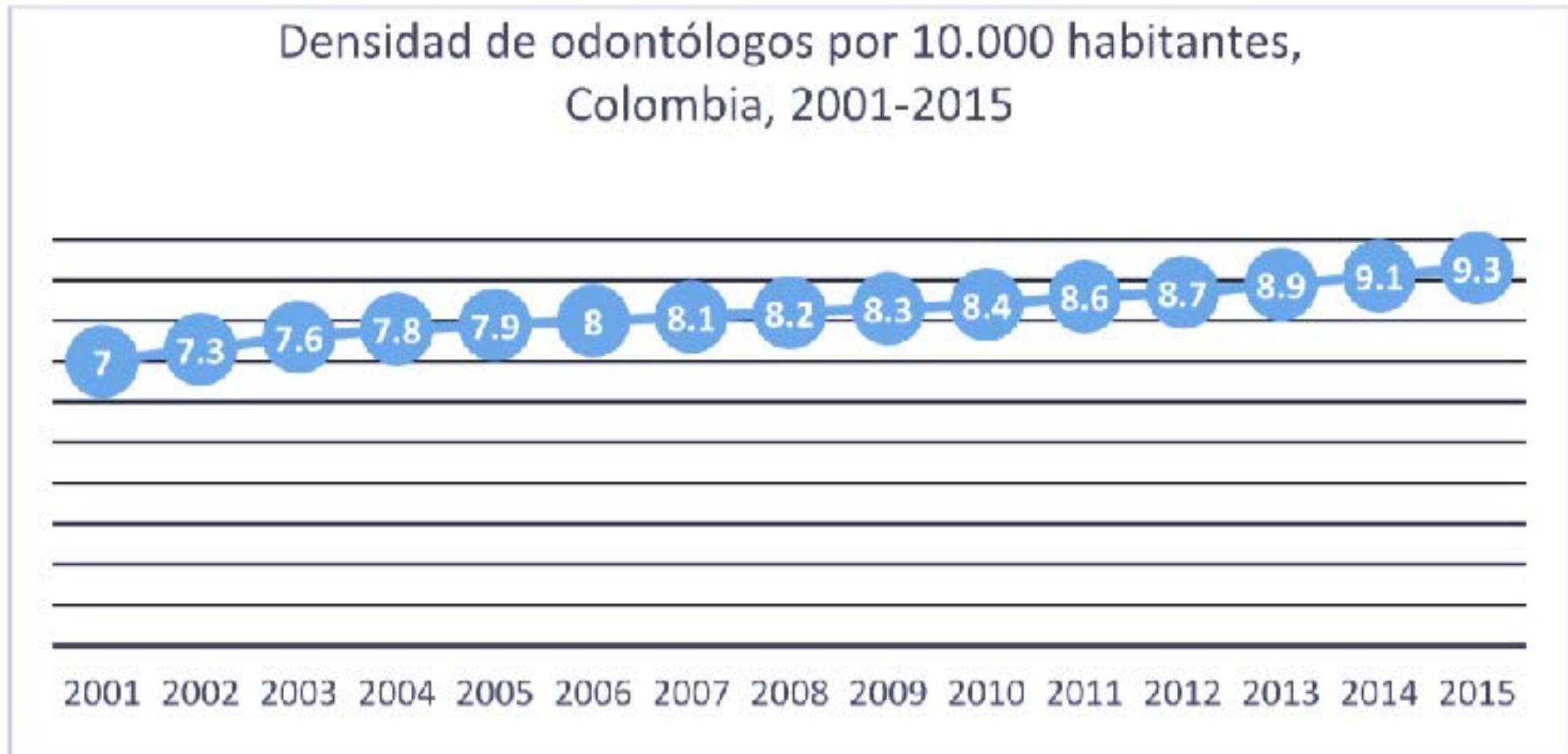
La autoridad sanitaria nacional reconoce la debilidad e insuficiencia en las competencias y perfiles de los recursos humanos formados paragarantizar una atención primaria en salud con capacidad resolutiva. A su vez, señala la utilización inadecuada de los recursos especializados en la mediana y alta complejidad, ocasionada tanto por los incentivos hacia la inducción de demanda desde la oferta, así como por debilidad paralevar a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad <sup>(9)</sup>.

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 <sup>(20)</sup>.



## Políticas para la formación y el ejercicio profesional

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



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.



## Políticas para la formación y el ejercicio profesional

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%<sup>(22)</sup>. 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<sup>(14)</sup>.

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<sup>(21)</sup>.

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, con bajos salarios, largos períodos 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 delinean por criterios de libre mercado. Los resultados saltan a la vista.



[CONTENIDOS](#)

**COLÔMBIA**  
PORTUGUÊS



Observatório Iberoamericano de  
Políticas Públicas en Salud Bucal

# COLÔMBIA

CONSTRUINDO UM BLOCO  
POR MAIS SAÚDE BUCAL

FERNANDA CAMPOS DE ALMEIDA CARRER  
GILBERTO ALFREDO PUCCA JUNIOR  
MARIANA LOPES GALANTE

FOUFP, 2019

[CONTEÚDOS](#)

## Organização

### Coordenadores

Fernanda Campos de Almeida Carrer  
Gilberto Alfredo Pucca Junior  
Mariana Lopes Galante

### Organizadores

Dorival Pedroso da Silva  
Mary Caroline Skelton Macedo  
Maristela Honório Cayetano

### Tradução

Mariana Lopes Galante  
Dorival Pedroso da Silva  
Amanda Iida Giraldes  
Nicole Pischel

## Apresentação

Ao receber os exemplares “Construindo um bloco por mais saúde bucal – São Paulo 2018”, elaborado pelo Observatório Iberoamericano de Políticas Públicas em Saúde Bucal, no idioma português e espanhol, observamos que a proposta é a identificação de cenários e estratégias dos sistemas de saúde em alguns países da América Latina, com ênfase nas políticas de saúde bucal.

A qualidade dos artigos e a representatividade dos professores presentes nesta proposta estabelecem reflexões e desafios que favorecem discussões e divulgações de estudos e de pesquisas de modelos mais condizentes para atingirmos índices e avanços ideais na saúde bucal das populações envolvidas, capaz de colaborar com a saúde integral das pessoas. Neste sentido, como responsabilidade social, as Universidades e as Escolas de Odontologia assumem um papel fundamental, pois podem, por meio de ênfases na inovação, em planejamento estratégico e em perspectivas de transformação do ensino com motivação social contribuírem para a formação de líderes em educação e saúde.

Congratulo e parabenizo os professores Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Júnior, Dorival Pedroso da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante e Mary Caroline Skelton Macedo, organizadores, bem como a equipe de professores colaboradores do Brasil, Argentina, Bolívia, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Haiti, México, Paraguai, Peru, República Dominicana e Uruguai pelo empenho na preparação destas informações. Deixo também um agradecimento especial à Pró Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da Universidade de São Paulo pelo apoio em financiar esta divulgação por meio do Edital Santander USP de Direitos Fundamentais e Políticas Públicas (2017.1.238.23.4).

Prof. Dr. Rodney Garcia Rocha  
Diretor da Universidade  
de Odontologia da USP  
2017/2021



[CONTEÚDOS](#)

## Prefácio

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”.  
Eduardo Galeano

Viver junto. Trabalhar junto. Pesquisar junto. Conjunto. Ao fazer junto constrói-se o coletivo, assim é a exegese da Saúde Bucal Coletiva.

Este trabalho é fruto da produção coletiva do conhecimento científico, numa área que visa ao desenvolvimento de políticas públicas para as comunidades Ibero-Americanas. A Saúde Bucal Coletiva (SBC) é o campo da Saúde, por princípio Interdisciplinar, que se dedica à Saúde Bucal das Populações e Indivíduos em seus contextos, bem como aos Serviços e Sistemas de Saúde.

Ao desenvolver as atividades do Observatório Ibero-americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal, os autores buscam apresentar um retrato da saúde bucal de seus países e, assim, refletir sobre suas políticas de Saúde Bucal, e em como melhorar a qualidade de vida e saúde de suas populações.

Desse ponto de vista é que se coloca o coletivo, numa perspectiva filosófica ou social enfatizando a interdependência das populações locais e concentrando seus objetivos na comunidade, na sociedade, nação ou país, não requerendo, portanto, um sistema de governo ou político para existir, mas devendo proporcionar uma igual quantidade de liberdade e igualdade de oportunidades para desenvolver habilidades e talentos próprios. Essa é a intencionalidade deste empreendimento.

O prefixo ibero- e o adjetivo ibérica referem-se à Península Ibérica na Europa, que abrange Portugal e Espanha. A Ibero-América inclui todos os países de língua espanhola na América do Norte, Central e do Sul, além do único país lusófono da região, o Brasil. Portugal e Espanha são, eles próprios, incluídos em algumas definições. Desta forma, estamos todos ligados, tanto do ponto de vista histórico como cultural e, agora numa visão progressista de construir coletivamente a melhoria da Saúde Bucal nas Américas

Dentro desse enfoque, este primeiro produto nos dá a dimensão do trabalho conjunto realizado por um grupo de pesquisadores, atuando pelo coletivo, na área de Saúde Bucal. Assim é de se felicitar os que conceberam o formato do livro, pois ele transmite uma forte imagem do que foi o passado e do que o futuro poderá descortinar. Muitos são os caminhos que, quando seguidos, conduzem à boa saúde bucal, e o conceito de construção também implica que há um começo, um estado atual e um espaço adiante. Há um caminho adiante a ser construído, o qual deverá ser melhor que o do passado. Os países devem se preparar para atuar com uma gama imensa de necessidades em Saúde Bucal e procurar as ferramentas apropriadas para abordar, simultaneamente, os múltiplos problemas.

É importante que obras como esta, que contam o estado da Saúde Bucal em seus países, deixam um legado para que as gerações futuras possam conhecer e observar os eventos históricos de saúde no contexto de outras circunstâncias sociais e apreciar as soluções que tiveram de ser buscadas

A história dos progressos realizados nesses países é importante para as Américas e aponta as diferenças que existem entre as regiões ibero-americanas.

Trabalhar coletivamente todos os dias com os países da região para melhorar e proteger a saúde bucal de suas populações e desta forma promover o direito de todos à saúde.

A missão do Observatório Latino-americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal é a de fortalecer os serviços de saúde bucal, através da comunicação e colaboração entre os países membros, para fornecer informações e recursos necessários na promoção de cuidados de saúde bucal, de igualdade e qualidade para todas as pessoas nas Américas, especialmente para as populações mais vulneráveis.

Profa. Dra. Maria Ercília de Araújo  
Professora Titular de Saúde Coletiva da  
FOUSP



## **Latin American Oral Health Association - LAOHA**

A LAOHA - Latin American Oral Health Association foi fundada no Brasil, em maio de 2015, com o apoio de docentes de duas importantes instituições de ensino superior brasileiras, a Universidade de São Paulo (USP) e a UNG Universidade. Ambas instituições e suas afiliadas são responsáveis pelo desenvolvimento técnico e/ou científico da Associação.

A LAOHA é uma associação de direito privado, sem fins econômicos, de caráter científico, educacional, filantrópico e assistencial, cujo principal objetivo é apoiar a formação de novos pesquisadores e, através da concessão de bolsas de estudos e projetos de pesquisas, disseminar novos conhecimentos que possam contribuir para a melhoria da saúde bucal da população na América Latina e demais regiões.

O apoio tem seu foco em profissionais que apresentem diferenciais de excelência acadêmica e liderança, mas que por motivos geográficos e/ou financeiros, não conseguiram se aprofundar nos estudos em seus países ou locais de origem. A eles é dada então a oportunidade de melhorar a sua formação em centros de excelência e, ao final, regressar comprometidos em promover mudanças positivas na saúde e na pesquisa odontológica em sua região de origem.

Na promoção de mudanças nas políticas públicas de saúde bucal, a Associação procura apoiar ações de intervenção clínico-epidemiológicas que devem fazer parte das atividades de trabalho das unidades de atendimento à população.

Assim, a LAOHA busca contribuir para o desenvolvimento científico da odontologia e melhoria da saúde bucal da população latino-americana através da pesquisa e educação.

Giuseppe Romito - Presidente

Magda Feres - Vice Presidente

Luciana Saraiva - Conselho Fiscal

Cassiano Rosing - Conselho Fiscal

Juliano Cavagni - Conselho Fiscal

Marcelo Faveri - 1º Secretário

Cristina Villar - 2º Secretária

Luciene Figueiredo - 1º Tesoureiro

Claudio Mendes Panutti - 2º Tesoureiro

Diretor Executivo

Dr. Bernal Stewart

Dr. Zilson Malheiros

<https://www.latamoralhealthassociation.org/>

[CONTEÚDOS](#)



### EQUIPE DE COLABORADORES

BRASIL: Mauricio Bartelle Basso, Carina de Souza Paiva, Fernanda Wandembrick Goedert, Patricia Araújo Pereira Azevedo, Renata Presti Alves, Luiza Santos Scontre, Fábio Carneiro Martins, Ronald Pereira Cavalcanti, Said Yasser Said Abdallah, Samuel Jorge Moysés

ARGENTINA: Melania González y Rivas,, Colombo Yolanda A, Herrera María A, Ulloque M, Jorgelina Villafaña. Deborah F, Zarza José F

BOLIVIA: Shirley M. Flores Villegas

CANADA: Mark Tambe Keboa, Mary Ellen Macdonald, Belinda Nicolau

CHILE: Marco Cornejo Ovalle, Lorena Coronado Vigueras

COLOMBIA: Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Sandra Milena Zuluaga Salazar, Gonzalo Jaramillo Delgado, Jairo Hernán Ternera Pulido, Sebastián Sandoval Valencia

### EQUIPE DE COLABORADORES

COSTA RICA: William Brenes, Rafael Porras, Alvaro Salas, Hugo Mora, Gustavo Bermúdez, Grettel Molina, Rossi Brender, Melissa Rojas, Angelina Sandoval, Ronni Hirsch, Federico Hoffmaister, Manuel Zamora, Nora Chaves, Ana Cecilia Murillo, Ana Cristina Parra, Susan Lugo

CUBA: Maritza Sosa Rosales

EQUADOR: Angélica Narváez Chávez, Alba Narcisa Coloma

GUATEMALA: Doctor Carlos Enrique Soto Menegazzo, Doctor Oscar Hugo López Rivas, Licenciada María Antonieta González, Licenciada Carolina Martínez, Doctor Edgar Sánchez Rodas, Doctor Ernesto Villagrán Colón, Ingeniera Natalia Espinal, Ingeniero Mario Álvarez, Licenciada Indira Marroquín, Doctora Carmen Lissette Vanegas, Doctor Samuel Cohen, Doctora Wendy Sáenz

HAITI: Jean-Raymond Ernst Joseph

MEXICO: Heriberto Vera Hermosillo, Olivia Menchaca Vidal

PARAGUAY: Concepción Giménez de Chamorro, Cristina Caballero García

PERU: Carlos Francisco García Zavaleta, Flor de María Pachas Barrios, Ana Soledad Arana Sunohara

REPUBLICA DOMINICANA: Adolfo Rodríguez Nuñez

URUGUAY: Pablo Bianco, Liliana Queijo

## INTRODUÇÃO

O Observatório Ibero Americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal, tem como objetivo reunir pesquisadores da América Latina, América Central e Espanha, que se dediquem ao estudo das políticas públicas em saúde bucal, em seus países e fora deles.

Este grupo pretende potencializar as pesquisas na área e, aumentar a colaboração entre os países membros, de modo que a pesquisa na área da saúde pública e na saúde bucal coletiva possam ganhar em qualidade e quantidade de publicações e cooperações. Uma rede de colaboração capilarizada entre nossos vizinhos pode estabelecer novos marcos teóricos, que permitam avançar na construção de um modelo de sistema de saúde, que tenha a saúde bucal como uma de suas prioridades e que seja capaz de oferecer o cuidado em saúde integral, de forma justa e socialmente sustentável.

Paralelamente, o grupo deve desenvolver material educativo que possibilite e fomente a discussão ao redor do tema da inserção da saúde bucal nos sistemas de saúde ao redor do mundo. Tanto nos cursos de graduação, quanto de pós-graduação, mas fundamentalmente na sociedade em geral, a discussão sobre saúde pública e a inclusão do cuidado integral e universalizado à população deve ser discutida. Não é possível garantir cuidado integral aos indivíduos e às coletividades sem garantir o acesso aos cuidados em saúde bucal, em todos os níveis de atenção, e este deve ser direito fundamental de cidadania.

Nosso grupo acredita que a informação é um instrumento estratégico de empoderamento, para que haja pressão por parte da sociedade e, que esta seja catalizadora da vontade política e interesse por parte de formuladores de políticas públicas na busca de garantir saúde efetiva para todos.

Observatório Iberoamericano de  
Políticas Públicas em Saúde Bucal



[CONTEÚDOS](#)

# COLOMBIA



Click to view the video  
[https://youtu.be/hOTOrB\\_RCgU](https://youtu.be/hOTOrB_RCgU)



## POLITICAS DE SAUDE BUCAL NA COLOMBIA NO AMBITO DO SISTEMA GERAL DE SEGURANCA SOCIAL EM SAUDE. UMA ABORDAGEM PANORAMICA

Gabriel Jaime Otalvaro Castro<sup>1</sup>  
Sandra Milena Zuluaga Salazar<sup>2</sup>  
Gonzalo Jaramillo Delgado<sup>3</sup>  
Jairo Hernan Ternera Pulido<sup>4</sup>  
Sebastian Sandoval Valencia<sup>5</sup>

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Odontóloga, Mg en Investigación Social. Profesora Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

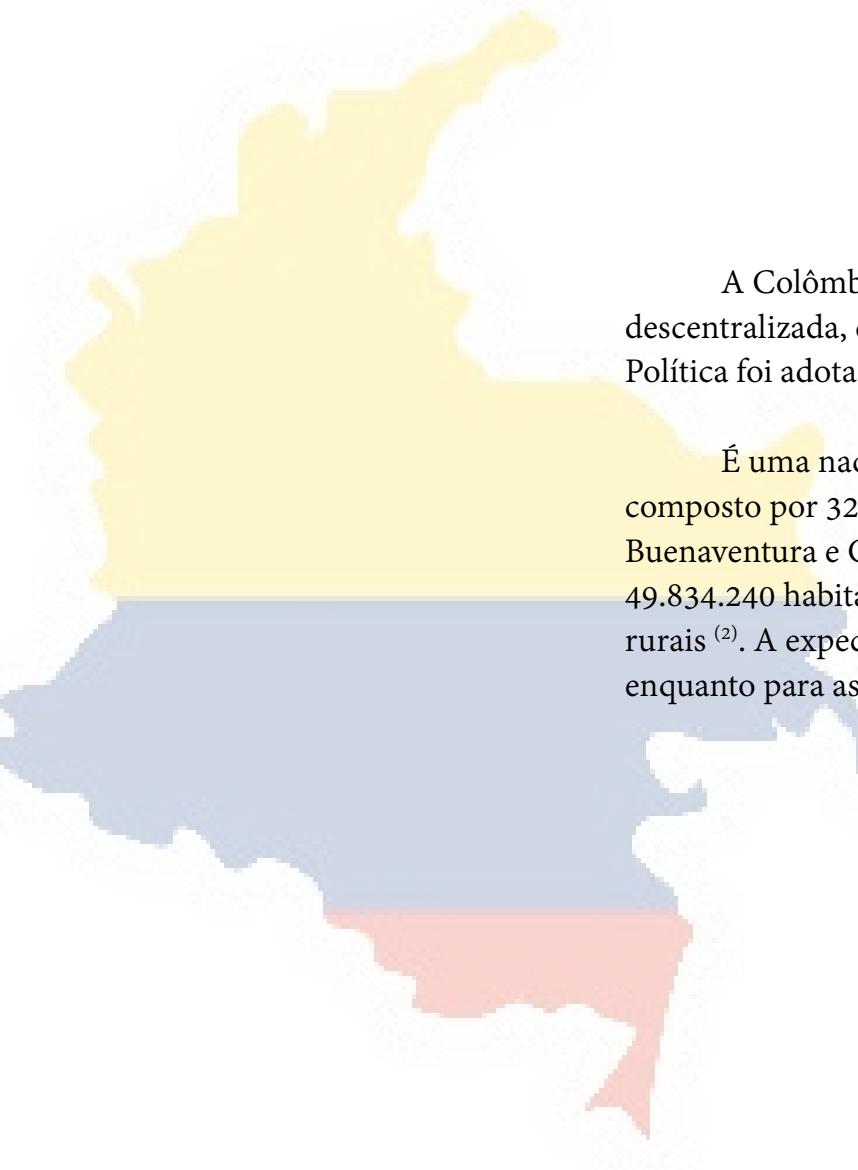
<sup>3</sup> Odontólogo, PhD en Filosofía. Profesor Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

<sup>4</sup> Odontólogo, Mg en Administración en Salud y especialista en Seguridad Social. Profesional especializado de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

<sup>5</sup> Gerente de Sistemas de Información en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

[CONTEÚDOS](#)

# COLÔMBIA



A Colômbia é um Estado social de direito, organizado como República unitária, descentralizada, com autonomia de suas entidades territoriais<sup>(1)</sup>. A atual Constituição Política foi adotada em 1991. Seu sistema de governo é presidencial.

É uma nação multicultural e um território megabiodiverso. É politicamente composto por 32 departamentos, cinco distritos (Bogotá, Barranquilla, Santa Martha, Buenaventura e Cartagena) e 1.122 municípios. A população para o ano de 2018 é de 49.834.240 habitantes, dos quais 77% correspondem à população urbana e 23% são rurais<sup>(2)</sup>. A expectativa de vida total é de 74,8 anos, para os homens é de 71,2 anos, enquanto para as mulheres é 78,4 anos<sup>(3)</sup>.

[CONTEÚDOS](#)

## VISÃO GERAL DO SISTEMA DE SAÚDE NA COLÔMBIA

A Constituição Política de 1991 define segurança social como um serviço público obrigatório e o direito inalienável dos habitantes, que é fornecido sob a direção, coordenação e controle do Estado. Ao mesmo tempo, definiu a atenção à saúde e o saneamento ambiental como serviços públicos dirigidos pelo Estado, organizados de forma descentralizada, por níveis de atenção e com participação da comunidade<sup>(1)</sup>. A saúde e o saneamento básico, assim como outros serviços públicos essenciais, são de responsabilidade dos territórios subnacionais, especialmente dos municípios e distritos<sup>(4)</sup>.

O Sistema Geral de Previdência Social em Saúde -SGSSS-, promulgado em 1993, é o marco regulatório do sistema de saúde na Colômbia. A Lei 100, que criou o SGSSS, recebeu um conjunto de postulados que afirmavam o mercado como um princípio organizador, e incorporaram a saúde como uma mercadoria pela força através da obrigatoriedade do asseguramento.

Em 2015, como resultado da mobilização social e pressão dos juízes do Tribunal Constitucional, foi promulgada a Lei de Saúde Estatutária, através da qual a saúde é reconhecida como um direito humano fundamental e autônomo, e foram estabelecidos mecanismos para sua garantia, regulação e proteção. Com essa lei, ampliou-se o núcleo essencial desse direito, considerando-se um direito individual e coletivo, que inclui o acesso aos serviços de saúde de maneira oportuna, eficaz e de qualidade, mas também ações para atuar nos processos sociais e determinantes de saúde<sup>(5)</sup>.

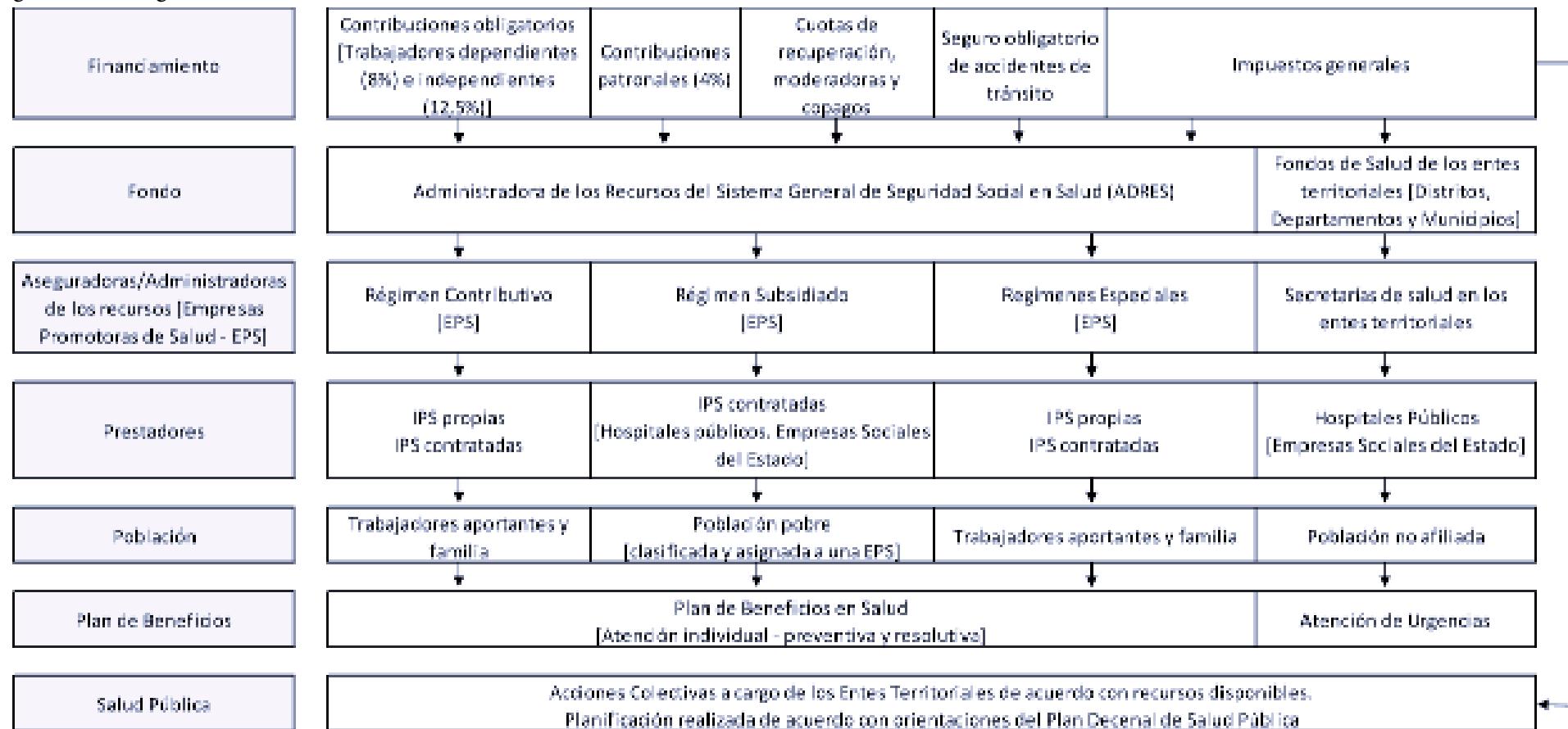
O Ministério da Saúde e Proteção Social é responsável pela direção, orientação e conduta do SGSSS. As entidades de saúde departamental, distrital e municipal contribuem para a direção do sistema<sup>(4)</sup>. O financiamento do SGSSS colombiano mobiliza recursos de dois tipos de fontes: (a) primário (famílias e empresas), através de contribuições, e (b) secundário (recursos da Nação). Ações como as de saúde pública são financiadas com recursos da Nação e recursos territoriais com destinação específica<sup>(4)</sup>.



## SISTEMA DE SAÚDE

O financiamento do sistema de seguridade social deve-se principalmente às contribuições de trabalhadores ou subsídios do Estado para a população pobre, previamente classificados como tal. No entanto, na Colômbia, as taxas de informalidade do trabalho são altas. Estima-se que pelo menos 45% dos trabalhadores com capacidade de pagamento, que contribuem para a seguridade social, o fazem como trabalhadores independentes ou autônomos, ou seja, exercem sua própria atividade econômica de forma autônoma<sup>(6)</sup>.

Figura 1. Visão geral da estrutura do sistema de saúde na Colômbia



Fonte: elaboração dos autores

A



## SISTEMA DE SAÚDE

A saúde pública é de responsabilidade do Estado. Como parte disso, ações coletivas direcionadas a grupos humanos são realizadas em espaços sociais, que são de responsabilidade dos governos territoriais (departamentos, distritos e municípios), enquanto ações preventivas individuais são de responsabilidade das seguradoras. Desde 2011, foi definido um Plano Decenal de Saúde Pública, que constitui a principal política pública sobre o assunto<sup>(7)</sup>. A saúde bucal é um tema inserido no eixo de vida saudável e de condições não transmissíveis, um dos dez eixos constitutivos do plano de 10 anos.

O asseguramento, que constitui a espinha dorsal da organização do sistema, é orientada principalmente para a dimensão individual da saúde. Isto é entendido como a administração do risco financeiro, a gestão do risco em saúde, a articulação de serviços, a garantia de qualidade na prestação de serviços de saúde e a representação da afiliada com o provedor e os demais atores<sup>(4)</sup>. O seguro inclui um Plano de Benefícios, que é um conjunto de atividades, procedimentos, medicamentos, auxiliares de diagnóstico e terapias aos quais a população tem direito. Atualmente, a cobertura nacional da afiliação do SGSSS é superior a 95%<sup>(8)</sup>. Isto foi apresentado, a partir de instâncias oficiais, como uma grande conquista do sistema de saúde e um indicador da cobertura universal de saúde no país.

A prestação de serviços de saúde é realizada por meio dos diferentes tipos de prestadores de serviços de saúde, instituições públicas ou privadas, que prestam serviços ambulatoriais e hospitalares, além de profissionais independentes, atendendo aos padrões de habilitação estabelecidos pelo Sistema de Saúde Obrigatório de Garantia de Qualidade e ofertando seus serviços a qualquer um dos pagadores do Sistema<sup>(4)</sup>. A relação entre seguradoras e fornecedores tem sido conflitante. Contratos entre estes tendem a ser incompletos e instáveis, e diferenças de concentração e poder de negociação entre seguradoras e fornecedores são reconhecidas<sup>(9)</sup>.

A oferta de serviços no SGSSS é caracterizada pela predominância de provedores privados e uma tendência ao crescimento no segmento de maior complexidade tecnológica. O comportamento da ocupação em prestadores públicos, dá uma amostra do modelo vigente de atendimento, o primeiro nível não chega a 40% de ocupação, enquanto o segundo e o terceiro estão acima de 90%<sup>(9)</sup>. A combinação público-privada, bem como a natureza descentralizada do sistema de saúde, tornam a coordenação e a gestão da autoridade nacional de saúde uma questão complexa<sup>(10)</sup>.



## SISTEMA DE SAÚDE

O controle social e a prestação de contas dos recursos da seguridade social são escassos. A corrupção permeou algumas entidades no conjunto de instituições do sistema, incluindo instituições governamentais nacionais e territoriais, seguradoras e instituições prestadoras de serviços de saúde.

Há uma forte dissociação entre os discursos recentes, que afirmam a saúde como um direito humano fundamental, no que diz respeito ao arranjo institucional que foi estruturado após 20 anos de reforma.

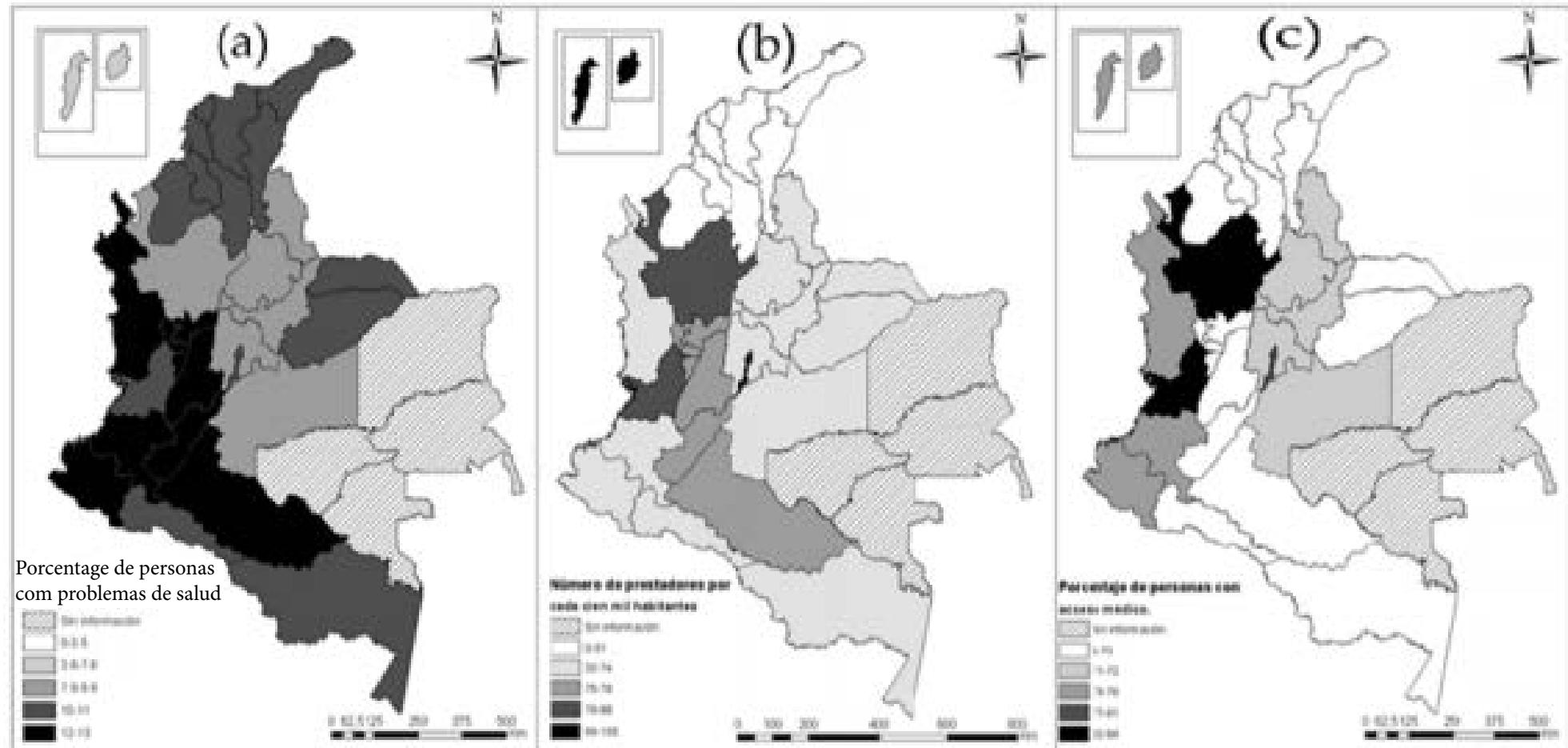
O gasto per capita do SGSSS é estimado em USD\$ 500, inferior aos países da região com nível similar de desenvolvimento econômico (9). A despesa total como porcentagem do PIB é de 7,2%. No caso colombiano, é superior à mediana mundial, à dos países de renda média-alta e países da América Latina, embora seja menor do que nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico-OCDE<sup>(11)</sup>.

Embora a cobertura de seguro tenha aumentado em nível nacional, chegando a 96% em 2014, a percepção da facilidade de acesso aos serviços de saúde foi de 54%, o que indica que 46% dos usuários consideraram difícil o acesso aos serviços de saúde<sup>(12)</sup>. Além dos diferenciais regionais na percepção da necessidade de atenção à saúde, identificados nas pesquisas que medem a qualidade de vida, a análise da disponibilidade dos prestadores de serviços de saúde confirma as grandes diferenças entre as regiões e a relação dissimilar entre prestadores por habitantes (ver figura 2). Em termos gerais, as regiões com maiores necessidades de serviços de saúde são aquelas que possuem as menores instituições por habitante<sup>(13)</sup>.



## SISTEMA DE SAÚDE

Figura 2. Necessidade, disponibilidade e acesso a serviços médicos na Colômbia, 2012.



Fonte: Ayala García J. Saúde na Colômbia: mais cobertura, mas menos acesso. 2014



## POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NA COLÔMBIA

A saúde bucal, a partir da Lei 100 de 1993, foi incorporada ao conteúdo da prestação de serviços de saúde a que a população tem direito. Sendo isto um meio para iniciar a transformação na cultura de uma população que sempre teve que pagar por esses serviços, que era considerado normal a perda de dentes e a deterioração da saúde bucal, como consequência da idade e que viam os serviços odontológicos como uma despesa onerosa, ao mesmo tempo e paradoxalmente, acabou por ser um fator em detrimento do prestígio profissional, da qualidade do trabalho dos profissionais<sup>(14)</sup>.

As políticas para atendimento odontológico individual são definidas nos regulamentos do SGSSS. O Plano de Benefícios de Saúde contém atividades educativas e preventivas em saúde bucal, auxiliares de diagnóstico radiográfico, atendimento odontológico de emergência, bem como procedimentos operacionais, endodontia, odontopediatria, estomatologia e medicina oral, cirurgia oral e maxilofacial e reabilitação com próteses totais mucosuportadas.

As atividades educativas e preventivas são definidas no padrão técnico de atenção à saúde bucal preventiva. Isto inclui: o controle de placa bacteriana, raspagem supragengival ou controle mecânico da placa, a aplicação de flúor e selantes para crianças menores de 18 anos de idade<sup>(15)</sup>. Essas atividades são gratuitas para os usuários e estão isentas de taxas de co-pagamento.

Os procedimentos odontológicos do Plano de Benefícios de Saúde incluem: restaurações em amálgama, ionômero e resina. Tratamentos endodonticos em dentes uni ou multirradiculares. Procedimentos de cirurgia oral e maxilofacial, incluindo a exodontia de extrações de terceiros molares permanentes; além do atendimento cirúrgico e reabilitação de pacientes com anomalias faciais severas do crânio, como a fenda labial congênita. Próteses totais mucosuportadas, incluindo inserção, adaptação e controle.



## POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NA COLÔMBIA

Os tratamentos odontológicos excluídos do Plano de Benefícios são: tratamentos periodontais (exceto a raspagem supragengival, alisamento radicular, drenagem e coleta periodontal), procedimentos implantodentais, próteses parciais (dentomucosais suportadas), tratamentos ortodônticos, clareamento dental, enxaguatórios bucais, cremes dentais, escovas e fio dental. Alguns dos agentes mais ativos que demandam a exclusão dos serviços odontológicos do plano de benefícios são as sociedades científicas das especialidades odontológicas<sup>(16)</sup>.

Apesar da amplitude da cobertura teórica do sistema de saúde em relação ao atendimento odontológico, o próprio sistema de saúde é o principal obstáculo para garantir a integralidade da assistência, dada a fragmentação do processo de cuidado pelo desenho institucional, inclusões/exclusões de atividades e procedimentos no Plano de Benefícios, bem como a separação entre atividades e responsabilidades na atenção individual e atenção coletiva.

De acordo com os dados oficiais, a partir da análise dos registros da prestação de serviços de saúde, a cobertura de atendimento odontológico tem apresentado um aumento gradual, embora ainda tenha uma cobertura baixa, atingindo 7,1% da população total do país<sup>(17)</sup>.

Em relação às políticas de saúde bucal em saúde pública, vale destacar a implementação de um conjunto de medidas, entre as quais a adição de flúor ao sal de consumo humano, o desenvolvimento de pesquisas nacionais de saúde bucal, a formulação de planos nacionais de saúde bucal, a implementação de ações coletivas por parte dos governos locais e a implementação de políticas públicas de saúde bucal no nível territorial.

Em 1984, com o decreto 2024, a fluoretação do sal na Colômbia foi aprovada, acrescida de valores de 200 partes por milhão -ppm de flúor (+/- 20 ppm como limites superior e inferior). A medida começou a ser implementada em 1989<sup>(17)</sup>. A prevalência de fluorose em crianças de 5 anos (dentição decídua) foi de 8,4%, aos 12 anos de 62% e aos 15 anos de 56%<sup>(18)</sup>. O Instituto Nacional de Vigilância de Drogas e Alimentos (INVIMA) é responsável pela vigilância e controle desta medida. No entanto, esses processos foram realizados de forma descontínua e não sistemática<sup>(17)</sup>.

Em relação aos estudos populacionais, o Ministério da Saúde realizou quatro estudos nacionais de saúde bucal: 965/1966, 1977/1980, 1998 e 2014. Isso permitiu monitorar a evolução dos indicadores de morbidade bucal em 50 anos, confirmando tendência progressiva na dimi-



## POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NA COLÔMBIA

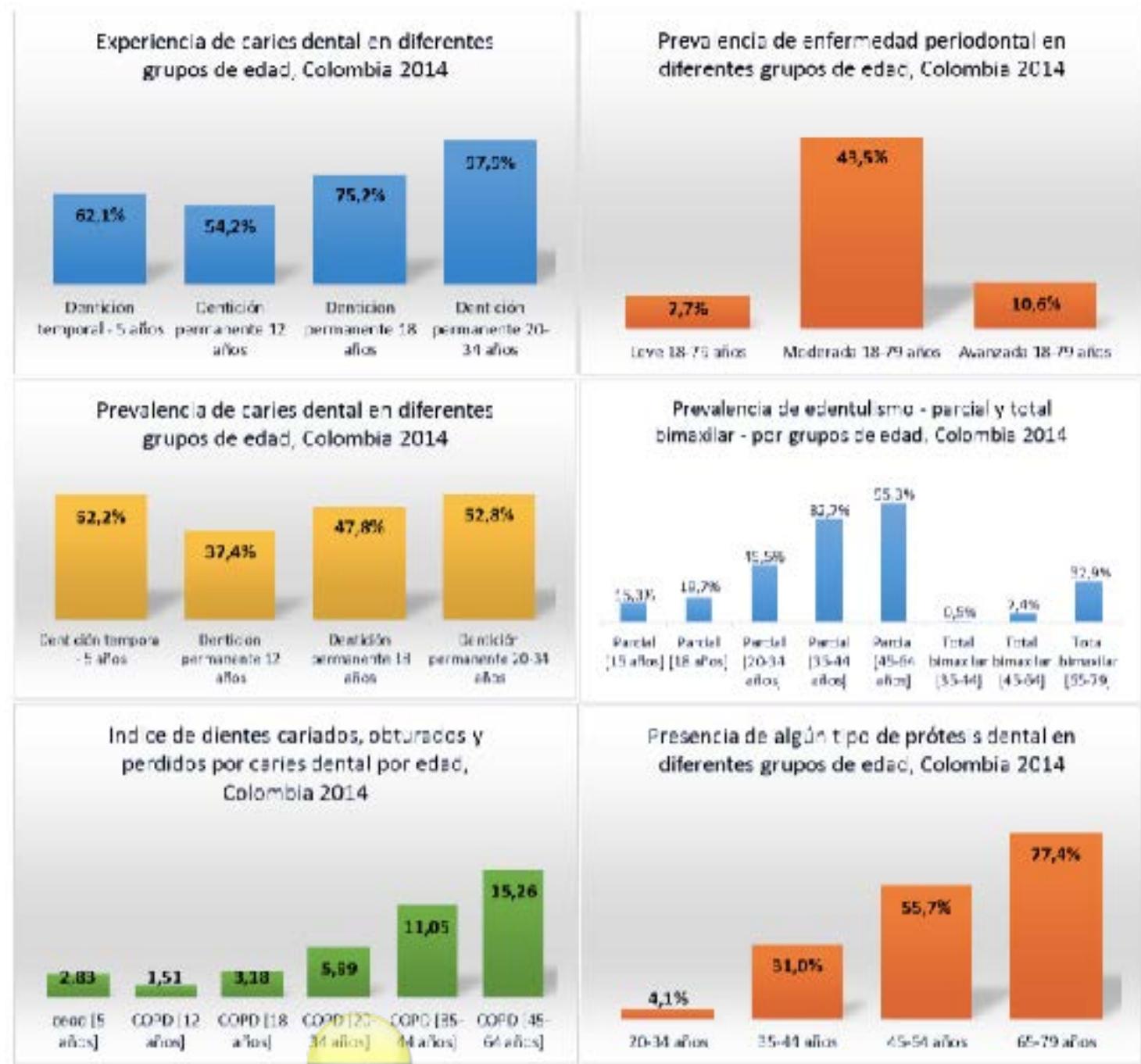
nuição da prevalência e severidade da cárie dentária, bem como progressos no reconhecimento de outras questões relevantes, como as representações sociais da saúde bucal e seu processo de determinação social.

De acordo com os resultados do IV Estudo Nacional de Saúde Bucal realizado em 2014, cerca de 92% das pessoas entre 12 e 79 anos apresentaram cárie dentária em algum momento de suas vidas, assim como 33% das crianças de 1, 3 e 5 anos que também apresentaram antecedentes prévios da doença (ver figura 3) <sup>(18)</sup>.

O indicador de dentes cariados (estágio avançado), obturados e perdidos por cárie (COP), no último estudo nacional, foi de 1,51 dentes afetados aos 12 anos (ver figura 2), valor que diminuiu em relação à medida de 1998 [CPOD 2.3 aos 12 anos de idade]. Da mesma forma, os resultados deste estudo indicam um aumento tanto no número de pessoas quanto na severidade da doença periodontal cuja manifestação foi encontrada mesmo em adolescentes; além de aumento de fluorose leve e muito leve e edentulismo, lesões protéticas e estomatite <sup>(18)</sup>.



Figura 3. Alguns indicadores da situação de saúde bucal na Colômbia, 2014.



Fonte: IV Estudo Nacional de Saúde Bucal, 2014.  
Elaboração dos autores.



## POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NA COLÔMBIA

O Plano Decenal de Saúde Pública 2012-2021 é a principal política de saúde pública atual do SGSSS. Esta política inclui a saúde bucal como um conteúdo entre uma das suas dimensões prioritárias (condições crônicas não transmissíveis)<sup>(19)</sup>. A implementação do Plano Decenal de Saúde Pública é de responsabilidade das entidades territoriais, especialmente dos municípios e distritos. Seu alcance está condicionado pela capacidade técnica, financeira e operacional dos mesmos, visto que investimentos, abordagens, estratégias e coberturas são altamente heterogêneos em todo o país. A implementação de ações educativas no ambiente escolar, e nos espaços de atendimento pré-escolar, pode ser a mais comum na implementação do plano decenal nas diferentes entidades territoriais.

Como alternativa para abordar a fragilidade nacional na reitoria da política de saúde, desde o início do século XXI, algumas entidades territoriais têm formulado e implementado políticas públicas participativas de abrangência territorial. As de maior reconhecimento e alcance têm sido as Políticas públicas de saúde bucal das cidades de: Bogotá (2004)<sup>6</sup>, Manizales (2006) e Medellín (2013)<sup>7</sup>.

Nestas iniciativas locais, o objetivo tem sido resgatar o papel do Estado na gestão e liderança do sistema de saúde, resgatar a integridade na abordagem da saúde bucal, reorientando o modelo assistencial com uma abordagem familiar, comunitária e territorial, a recuperação e ressignificação da tarefa de promover a saúde nos espaços sociais, a articulação entre o setor acadêmico, os serviços sociais e de saúde para a formação de lideranças comunitárias, o fortalecimento das estratégias de comunicação e o controle social dos atores sociais.

Apesar de terem sido realizadas com as dificuldades inerentes à escassa regulação nesta matéria, e supondo um esforço dos atores locais diante do vazio normativo em que operam, esses esforços municipais não tiveram um apoio técnico, financeiro e político decisivo do governo.



## Políticas para treinamento e prática profissional

Atualmente, 43 programas de formação profissional em Odontologia são oferecidos na Colômbia, desenvolvidos por 22 Universidades que operam em 17 cidades, com quase 1.900 vagas a cada semestre, 11% das instituições são públicas. A maioria dos programas duram dez semestres, um deles dura oito semestres. Existem 109 programas de especialização correspondentes a 49 especializações, 3 mestrados e 1 doutorado (20,21). Segundo dados oficiais do Observatório de Talentos Humanos do Ministério da Saúde, em 2015 havia mais de 45 mil dentistas no país.

A autoridade nacional de saúde reconhece a fragilidade e insuficiência das habilidades e perfis dos recursos humanos treinados para garantir a Atenção Primária em saúde com capacidade resolutiva. Ao mesmo tempo, aponta o uso inadequado de recursos especializados de média e alta complexidade, causados tanto pelos incentivos para induzir a demanda da oferta, como pela fragilidade em realizar ações de promoção da saúde e prevenção da doença<sup>(9)</sup>.<sup>8</sup>

Nos últimos 30 anos, em um contexto de reformas neoliberais nas políticas educacionais, a oferta de dentistas no país triplicou. De 0,32 dentistas por 1.000 habitantes em 1984, alcançou 0,93 em 2015. Atualmente, há quase um dentista por 1.000 habitantes na Colômbia<sup>(20)</sup>.



## Políticas para treinamento e prática profissional

Figura 4. Densidade estimada de dentistas por 10.000 habitantes, Colômbia 2001 – 2015



Fonte: Ministério da Saúde e Proteção Social. Consultado em novembro de 2017.

<http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/NumeroEstimadoTalentoHumanoSalud.aspx>

Elaboração dos autores.



## Políticas para treinamento e prática profissional

Segundo os estudos de talento humano do Ministério da Saúde, para a segunda década do século XXI, projetava-se um crescimento acelerado da oferta de cirurgiões-dentistas no país, ao mesmo tempo em que as taxas de desemprego seriam superiores a 30% (22) . Algumas análises recentes mostram um processo acelerado de diminuição na renda econômica dos cirurgiões-dentistas, um prejuízo para as condições de trabalho e um processo de estratificação profissional entre gerações profissionais antigas e novas <sup>(14)</sup>.

Juntamente com a hiperconcentração de profissionais de odontologia nas grandes cidades, os cargos de serviço social compulsório, que poderiam guiar o primeiro emprego dos recém-formados para as áreas rurais, foram reduzidos ao mínimo. Os vagas do serviço social para 2017 foram 430, o que significa que apenas 13,6% dos recém-formados poderiam absorver, exonerando 86,4% dos novos profissionais <sup>(21)</sup>.

Nos últimos anos, a discussão sobre a empregabilidade e a qualidade do trabalho odontológico no país tornou-se relevante. Um alto percentual de recém-formados trabalha em condições precárias de trabalho, com baixos salários, longos períodos de licença, sem a real possibilidade de negociar e/ ou arranjar o salário com o empregador, seja em clínicas privadas de prática liberal da profissão, ou trabalhar para instituições públicas ou privadas que tendem aos membros da seguridade social em saúde, onde os contratos são principalmente na forma de prestação de serviços (prazo fixo e sem garantias trabalhistas).

As políticas para a formação de talentos humanos e para a prática profissional da odontologia não são fruto de um processo de planejamento e consenso social, ao contrário, são definidas por critérios de livre mercado. Os resultados são óbvios.



[CONTEÚDOS](#)

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. Redacción Vanguardia Liberal. Sección economía. Así cotizan la seguridad social los independientes. Diario Vanguardia Liberal [Internet]. Bogotá, D.C., Colombia; 2017;0. Recuperado a partir de:

<http://www.vanguardia.com/economia/negocios/392336-asi-cotizan-a-seguridad-social-los-independientes>

7. 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>

8. 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>

9. 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>

10. 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)

11. 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>

12. 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.

13. 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)



14. 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.
15. Ministerio de Salud. Norma técnica para la atención preventiva en salud bucal. Bogotá D.C.: República de Colombia; 2000. p. 20.
16. 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.
17. 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>
18. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. 2014.
19. 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>
20. 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.
21. Ternera JH. A propósito de la autorización de nuevos programas de odontología. Medellín, Colombia; 2017. Observatorio Nacional de Salud Bucal y de la Práctica Odontológica.
22. 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)

#### Arquivos Complementares

Apresentação da Colombia em Janeiro de 2018 no CIOSP, em São Paulo, Brasil:

[https://pt.scribd.com/document/393520038/Salud-Bucal-Colombia-2018?secret\\_password=ZSBeV8ttrneL1UfxWrE](https://pt.scribd.com/document/393520038/Salud-Bucal-Colombia-2018?secret_password=ZSBeV8ttrneL1UfxWrE)

