

# Soy Generación más Sonriente

---

Estrategia de cuidado y protección específica de Salud Bucal para la primera infancia, infancia y adolescencia



Versión enero 2025



**MINISTERIO DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO  
MARTÍNEZ**

Ministro de Salud y Protección Social

**JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ**  
Viceministro de Salud Pública y Prestación de  
Servicios

**LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA**  
Viceministro de Protección Social

**GONZALO PARRA GONZÁLEZ**  
Secretario General

**SANDRA CONSUELO MANRIQUE MOJICA**  
Directora (E) Promoción y Prevención

**CRISTINA DAZA RODRÍGUEZ**  
Subdirectora Enfermedades No Transmisibles

**ANDREA YANIRA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**  
Coordinadora grupo gestión integrada de la  
salud cardiovascular, bucal, cáncer y otras  
condiciones crónicas





Documento preparado por:

**SANDRA TOVAR VALENCIA**

Profesional especializado – Referente Nacional de Salud Bucal  
Grupo gestión integrada de la salud cardiovascular,  
bucal, cáncer y otras condiciones crónicas  
Subdirectora de Enfermedades no Transmisibles



# Contenido

Contenido .....	4
Presentación .....	5
Situación a intervenir.....	8
Resultados a 2024.....	9
Avances en actividades de educación 2015 – 2024.....	9
Avances en la aplicación de barniz de flúor 2015 - 2024 .....	12
Gestión reportada en 2024 .....	16
Propósito de la Estrategia .....	26
Objetivo General de la Estrategia .....	26
Objetivos Específicos de la Estrategia .....	27
Población Objeto .....	27
Metas generales de la Estrategia.....	28
Metas específicas para 2025 .....	28
Actividades de la Estrategia .....	29
Educación para promover el cuidado de la salud bucal .....	31
Aplicación de Barniz de Flúor .....	40
Mecanismos para ampliar las coberturas .....	46
Financiación .....	52
Reporte para el monitoreo y evaluación .....	52
Reporte de las Entidades Territoriales (ET) Departamentales / Distritales...	53
Reporte de las EPS .....	54
Formulario de reporte .....	54
Recomendación para las estrategias de IEC hacia la comunidad .....	56
Unidad de imagen para la estrategia .....	57
ANEXO 1. Ejemplo de constancia de realización de procedimientos a entregar a los padres y cuidadores.....	58

# Presentación

---

Con la Estrategia Soy Generación más Sonriente, se ha procurado fortalecer las intervenciones de educación para el cuidado de la salud bucal (como lactancia materna, alimentación saludable, reducción del consumo de azúcares, higiene bucal, consulta oportuna, entre otros contenidos) y la aplicación de barniz de flúor, en procura de contar a futuro con cohortes de población joven con menor severidad y prevalencia de enfermedades bucales (principalmente de caries, enfermedad periodontal, y fluorosis dental).

Las acciones propuestas en esta estrategia, se encuentran alineadas al marco de las políticas, normatividad y orientaciones vigentes en el Sistema de Salud:

- La Salud como Derecho Fundamental, según la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que comprende “el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud para lo cual el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”.
- El Modelo de salud, preventivo, predictivo y resolutivo, establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2022 – 2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, el cual se basa en la gestión territorial de la Atención Primaria en Salud – APS, además del trabajo sobre los determinantes sociales de la salud, el fortalecimiento de la gobernanza, la gobernabilidad y los sistemas de información, la sostenibilidad de los recursos en salud, el acceso equitativo a medicamentos, dispositivos médicos y otras tecnologías y el fortalecimiento de la política de ciencia, tecnología e innovación en salud<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Congreso de la República. Ley 2294 de 2023. Tomado del aparte: 1. Hacia un sistema de salud garantista, universal, basado en un modelo de salud preventivo y predictivo

- El Plan Decenal de Salud Pública –PDSP– (2022-2031), modificado por la Resolución 2367 de 2023, que incluye dentro de las metas de resultados en salud, la reducción de la prevalencia de caries al menos en 10 puntos porcentuales en primera infancia, infancia y adolescencia y el incremento en mínimo 5 puntos porcentuales de las personas mayores de 18 años, sin pérdida dental en dentición permanente, debida a enfermedad bucodental prevenible, a lo cual contribuyen las acciones de la estrategia.
- Las acciones de protección específica para salud bucal, definidas por la Resolución 3280 de 2018, que contemplan la atención en salud bucal por profesional de odontología, la profilaxis y remoción de placa bacteriana, y la aplicación de barniz de flúor de carácter obligatorio, y el detartraje supragingival y la aplicación de sellantes conforme el criterio de los profesionales basados en las condiciones de riesgo de las personas valoradas.
- La participación y operación de los odontólogos como parte de los Equipos Básicos de Salud cuando así sea considerado en los territorios y como parte de la atención complementaria en todos los casos, para que de forma conjunta configuren el Plan Integral de Cuidado Primario – PICP, con el cual el equipo de salud identifica, planea, implementa, monitorea y evalúa las acciones prioritarias en salud a nivel individual, familiar y colectivo, en los diferentes momentos de curso de vida, considerando las particularidades poblacionales y territoriales. El PICP contempla una serie de acciones que están agrupadas en información general para todas las familias, educación específica por tipo de prioridad y general para todas las familias, canalización específica por tipo de prioridad, búsqueda activa de casos para todas las familias y canalización a otros sectores o actores locales<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la organización y operación de los Equipos Básicos de Salud. 2022



Es por ello que la Estrategia Soy Generación más Sonriente, apropia acciones financiadas con recursos públicos del Sistema de Salud por considerarse parte del derecho que tiene la población al cuidado oportuno, para aportar en la prevención de la enfermedad y por ende en la mejora de la salud de la población objetivo, reduciendo el riesgo de presencia y avance de las enfermedades y favoreciendo la reducción de acciones curativas debidas a las complicaciones que pueden ocurrir en cualquiera de los momentos del curso de vida.

La estrategia, por tanto, mantiene su espíritu de:

- ✓ Aportar desde la primera infancia, en el fomento a la práctica de hábitos saludables.
- ✓ Controlar y reducir los riesgos de presentar enfermedades bucales prevenibles para ser coherentes con el Derecho a la salud y el Modelo preventivo, predictivo y resolutivo.
- ✓ Mejorar las coberturas de protección específica y su reporte en el sistema de información (RIPS), garantizando el derecho de las personas a tener acciones para mantener su salud bucal y su salud general
- ✓ Aportar a la reducción de las prevalencias y severidad de condiciones como la caries, la enfermedad periodontal e incluso la fluorosis dental.



# Situación a intervenir

---

La educación para la salud brindada con la estrategia, haciendo uso de los procedimientos e intervenciones individuales y de las intervenciones del plan de intervenciones colectivas, busca incidir en las personas para que participen de su propio cuidado bucal, del de su familia y comunidad, al reconocer elementos que les permita la toma de decisiones y progresivamente mejorar y mantener prácticas de cuidado, reducir factores de riesgo y obtener mejores condiciones de salud bucal.

De otra parte, la entrega de acciones de prevención y protección específica, junto con la realización de acciones positivas de cuidado, permitan controlar y reducir la presencia y severidad de las enfermedades que afectan la salud bucal (caries, enfermedades que afectan los tejidos de soporte dental (gingivitis y enfermedad periodontal), la fluorosis dental, e incluso a largo plazo, incidir en la reducción de pérdida dental).

# Resultados a 2024

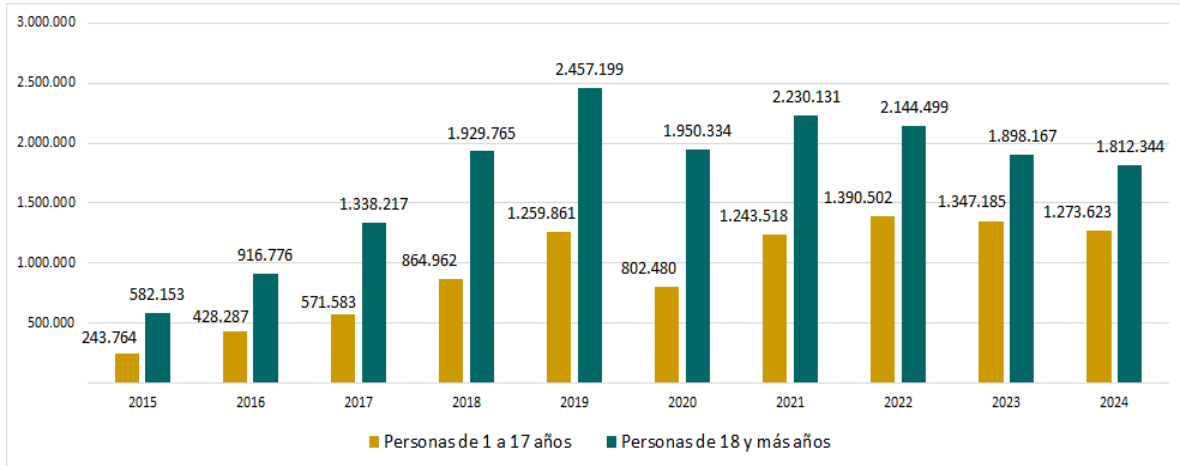
---

El monitoreo y seguimiento de las acciones de protección específica se realiza a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) siendo la fuente para el seguimiento definitivo de la Estrategia. Sin embargo, en 2024 se implementó un reporte de gestión para las Entidades Territoriales Departamentales / Distritales y EPS, que se enlazó a un visor, a partir del cual estas entidades podían monitorear el comportamiento de las coberturas que iban logrando con los mecanismos de la estrategia, para las acciones de educación y aplicación de barniz de flúor en cada departamento.

## Avances en actividades de educación 2015 – 2024

En la Gráfica 1, se aprecia a partir del análisis de los RIPS, que no se ha igualado la cobertura lograda de forma previa al periodo de pandemia, en lo relacionado con el número de personas a las que se realizan acciones de educación para el cuidado de la salud bucal en la atención individual. Debe tenerse presente en todo caso, que los datos de 2024 seguirán teniendo ajustes de notificación con posterioridad al presente lineamiento.

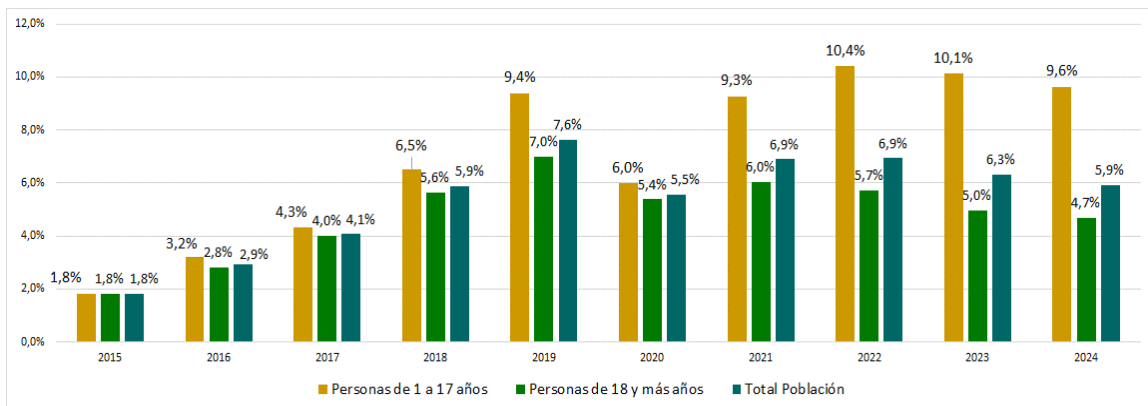
**Gráfica 1. Número de personas de 1 a 17 años y mayores de 17 años con actividades de educación individual (por odontólogo e higienista). Colombia 2015-2024**



Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. Consulta 2/01/2025 con corte a 27/12/2024. Códigos CUPS 990203 y 990212 y edades simples DANE de 1 a 17 años

En la Gráfica 2, se relaciona el total de las personas reportadas a los RIPS con educación individual y su relación frente a las proyecciones de población del DANE; se aprecia que si bien, con la Estrategia progresivamente se ha logrado incrementar la cobertura en la actividad de educación respecto al año de inicio de la Estrategia en 2015, las coberturas apenas si llegan al 10% en la población de 1 a 17 años, en tanto en los mayores de 18 años y en la población total, la cobertura después de pandemia no recupera lo logrado en 2019.

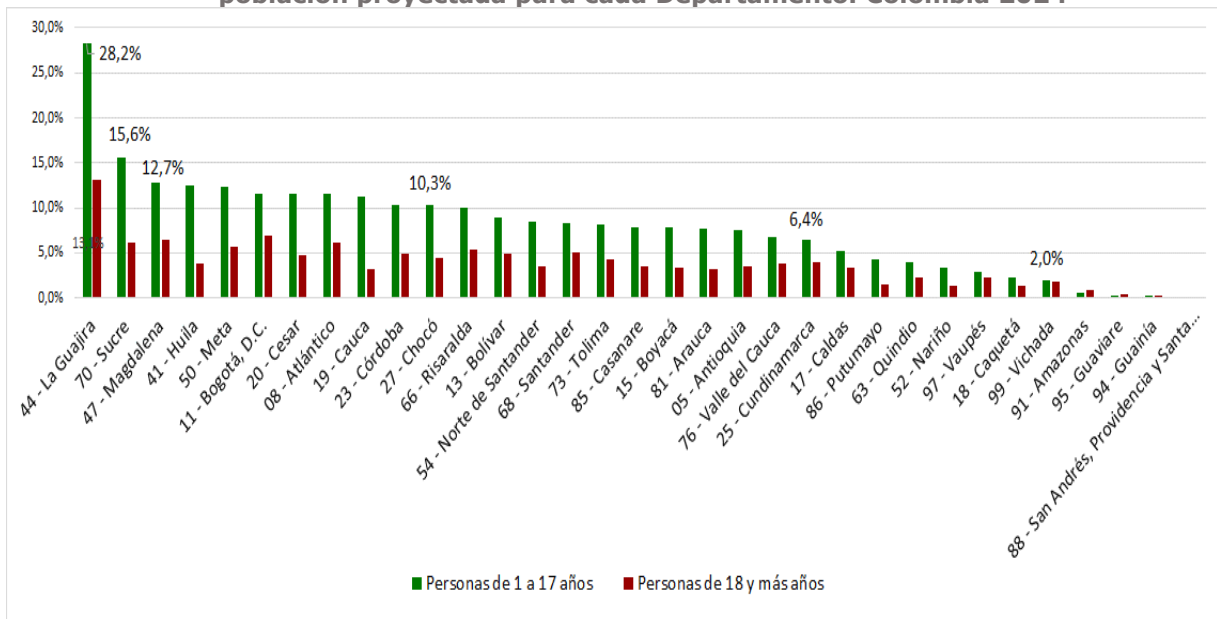
**Gráfica 2. Cobertura de educación individual para los grupos de personas de 1 a 17 años, 18 y más años y total de la población. Colombia 2015-2024**



Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. Consulta 2/01/2025 con corte a 27/12/2024. Códigos CUPS 990203 y 990212 y edades simples DANE de 1 a 17 años – 18 y más en RIPS y para el denominador población de proyecciones DANE.

La proporción de personas con reporte de actividades de educación individual por departamento con respecto a las proyecciones de población del DANE para 2024, se presenta en la Gráfica 3, siendo el departamento de La Guajira el que presenta la mayor proporción de acciones en la población de 1 a 17 años (28,2%) y en personas de 18 y más años (13,1%), seguido por los departamentos de Sucre, Magdalena, Huila y Meta.

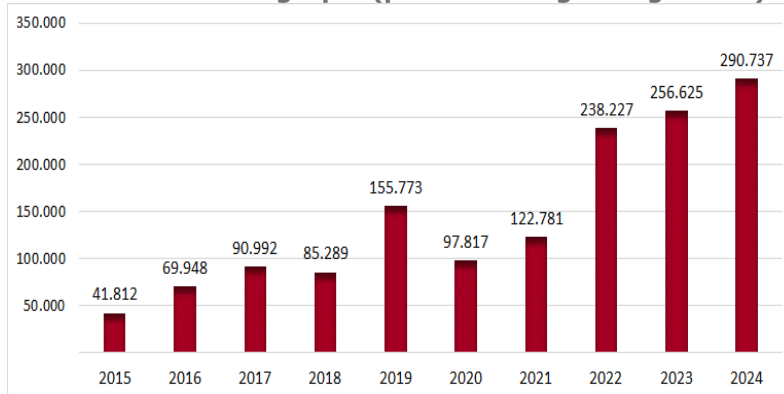
**Gráfica 3. Proporción de personas de 1 a 17 años y mayores de 17 años con actividades de educación individual (por odontólogo e higienista) del total de población proyectada para cada Departamento. Colombia 2024**



Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. Consulta 2/01/2025 con corte a 27/12/2024. Códigos CUPS 990203 y 990212 y edades simples DANE de 1 a 17 años – 18 y más en RIPS y para el denominador población de proyecciones DANE.

La población que se ha reportado en los RIPS con educación grupal, ha tenido incremento constante año tras año, como se aprecia en la gráfica 4.

**Gráfica 4. Número de personas de 1 a 17 años y mayores de 17 años con actividades de educación grupal (por odontólogo e higienista). Colombia 2024**

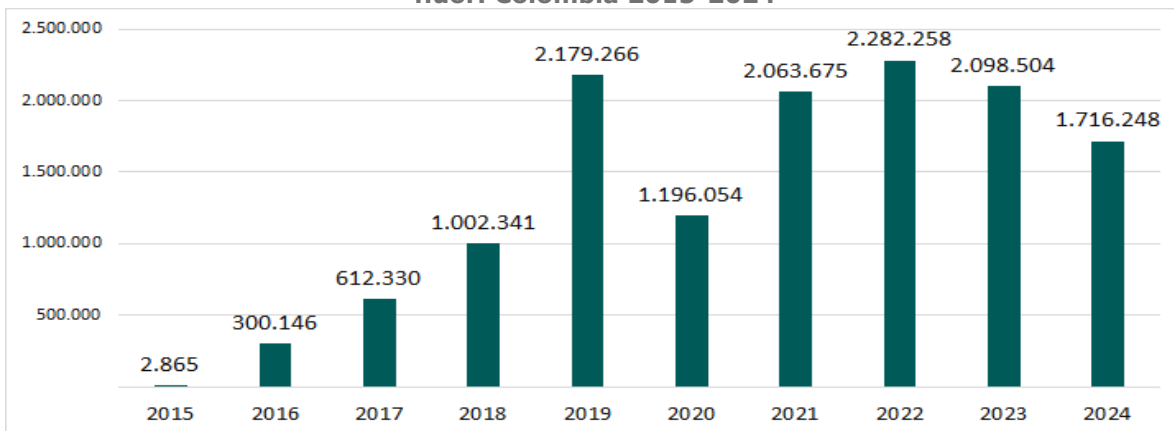


Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. Consulta 2/01/2025 con corte a 27/12/2024. Códigos CUPS 990103 y 990112 y edades simples DANE de 1 a 17 años – 18 y más en RIPS.

## Avances en la aplicación de barniz de flúor 2015 - 2024

Con los ajustes de información que realizan los prestadores y administradores de servicios, en la Gráfica 5, se muestra cómo en 2022 se obtuvo el mayor número de personas de 1 a 17 años con aplicación de barniz de flúor, siendo incluso superior a lo que se realizó en 2019 previo al periodo de pandemia.

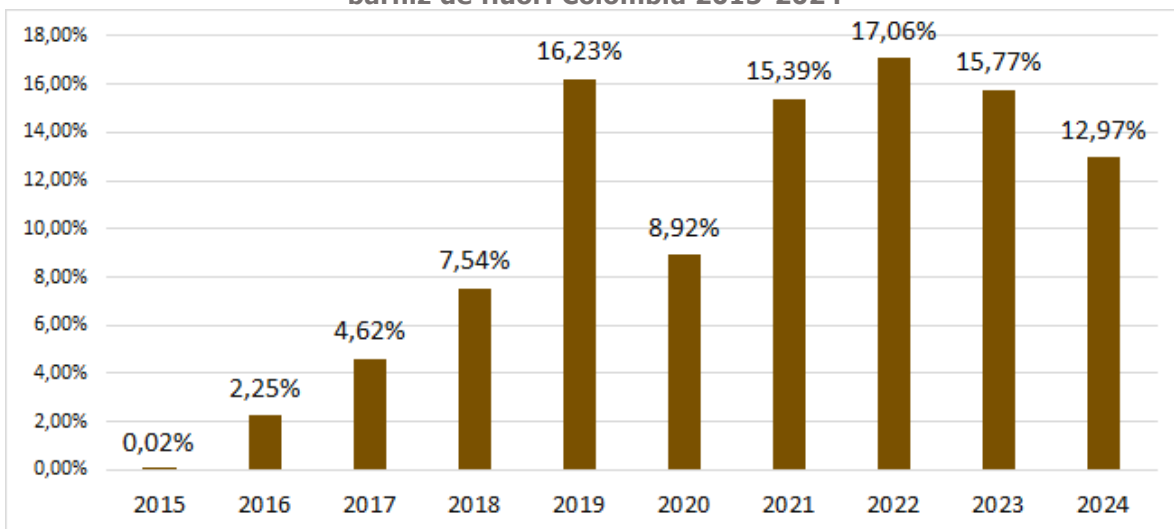
**Gráfica 5. Número de personas de 1 a 17 años, con aplicación tópica de barniz de flúor. Colombia 2015-2024**



Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. 2/01/2025 con corte a 27/12/2024. Código CUPS 997106 y edades simples DANE de 1 a 17 años

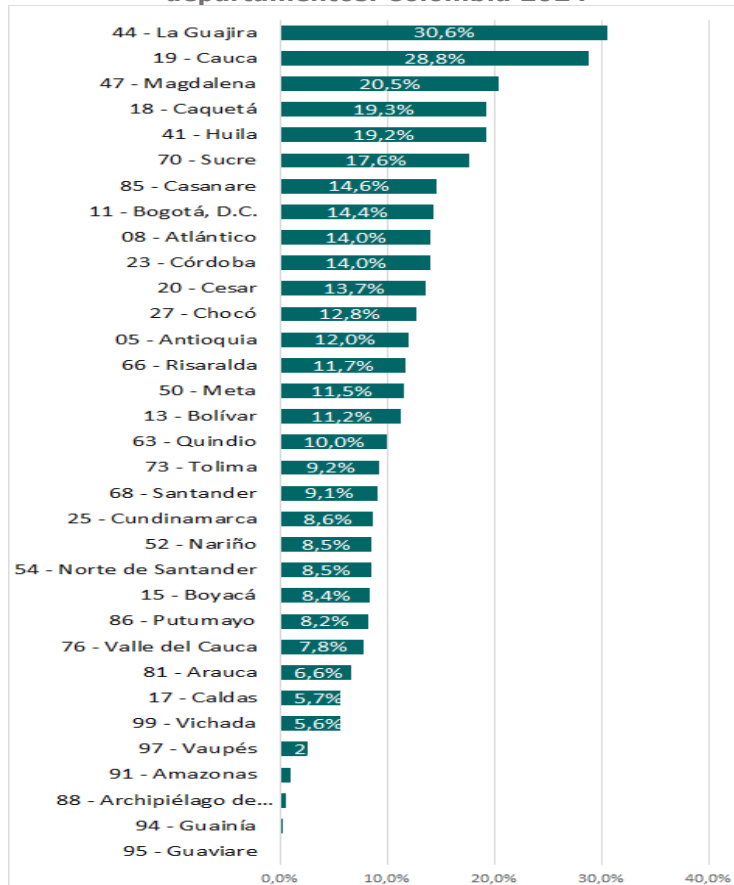
Para el 2024 la proyección de población de 1 y 17 años del DANE es de 13.237.208 personas, por lo que la cobertura lograda en 2024 a partir de la información disponible a 2 de enero de 2025 en los RIPS, llegó a 12.97% como se aprecia en la Gráfica 6. Se espera que, con los ajustes de información en los próximos meses del 2025, la cobertura lograda se incremente como ocurrió con la información de 2022 y 2023.

**Gráfica 6. Cobertura de las personas de 1 a 17 años, con aplicación tópica de barniz de flúor. Colombia 2015-2024**



Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. 2/01/2025 con corte a 27/12/2024. Código CUPS 997106 y edades simples DANE de 1 a 17 años y para el denominador población de proyecciones DANE.

**Gráfica 7. Cobertura de personas de 1 a 17 años con al menos una aplicación tópica de barniz de flúor por departamentos. Colombia 2024**

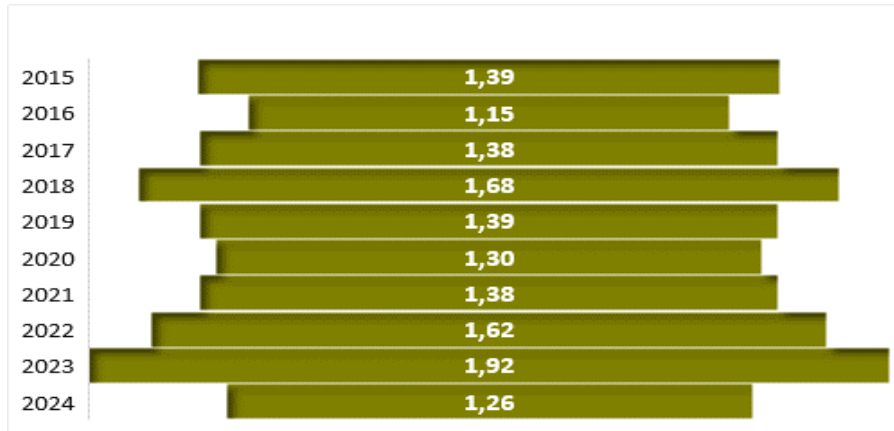


Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. 2/01/2025 con corte a 27/12/2024. Código CUPS 997106 y edades simples DANE de 1 a 17 años. Para el denominador población de proyecciones DANE.

En la gráfica 7, se presenta la cobertura lograda en la aplicación de barniz de flúor por cada departamento para la población de 1 a 17 años. Los departamentos de La Guajira, Cauca, Magdalena, Caquetá y Huila tienen coberturas cercanas o superiores al 20%, con al menos una aplicación de barniz de flúor.

El promedio de uso de la aplicación de barniz de flúor en 2024 solo fue de 1,26, como se aprecia en la Gráfica 8; es decir que, si bien se tiene un 10% de la población total de 1 a 17 años cubierta, estos no están recibiendo el esquema completo de aplicación del barniz que es de 2 aplicaciones al año (una aplicación cada 6 meses), conforme lo definido en la Resolución 3280 de 2018. En la gráfica se evidencia el comportamiento histórico del promedio de uso desde el inicio de la Estrategia.

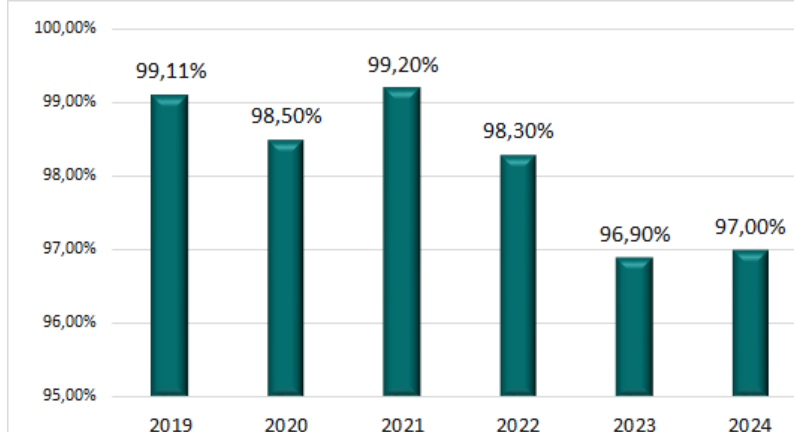
**Gráfica 8. Frecuencia de uso de aplicación tópica de barniz de flúor en personas de 1 a 17 años. Colombia 2018-2022**



Fuente: Cálculo propio a partir de consulta de RIPS a 9/01/ 2024. Código CUPS 997106. Para el denominador población de proyecciones DANE.

De otra parte, puede decirse que el 97% de los municipios del país, han participado de la aplicación de barniz de flúor en 2024 (Gráfica 9).

**Gráfica 9. Proporción de municipios del país, con reporte de aplicación tópica de barniz de flúor en población de 1 a 17 años. Colombia 2019 a 2023**



Fuente: RIPS-Cubos SISPRO- MSPS. 2/01/2025 con corte a 27/12/2024. Código CUPS 997106 por municipios



## Gestión reportada en 2024

En el 2024 con el formulario en línea dispuesto para el reporte de las gestiones, de los logros y dificultades tenidas por las Entidades Territoriales (ET) y EPS, durante la realización de las Jornadas de Salud y de los Días de Intensificación, se destacan los siguientes resultados.

### ***Entidades que realizaron reporte de la gestión***

En el componente correspondiente a EPS del formulario, los reportes fueron realizados en algunos casos por las oficinas centrales, en otras por las oficinas zonales o regionales y en otros casos por prestadores, IPS o ESEs, en nombre de las EPS. A lo largo del año, las EAPB de las que se identificaron reportes fueron: Nueva EPS, EPS Sanitas, Asociación Indígena del Cauca EPSI, MUTUAL SER, SAVIA SALUD, ASMET Salud, Salud Total EPS, Compensar EPS, Comfenalco Valle, Cajacopi, EPS SURA, MALLAMAS EPSI, CAPRESOCA, EPS Servicio Occidental de Salud (S.O.S), PIJAOS SALUD EPSI, Fondo de Pasivo Social, UNISALUD sede Bogotá, ECOPETROL S.A y Programa de Salud de la Universidad de Antioquia.

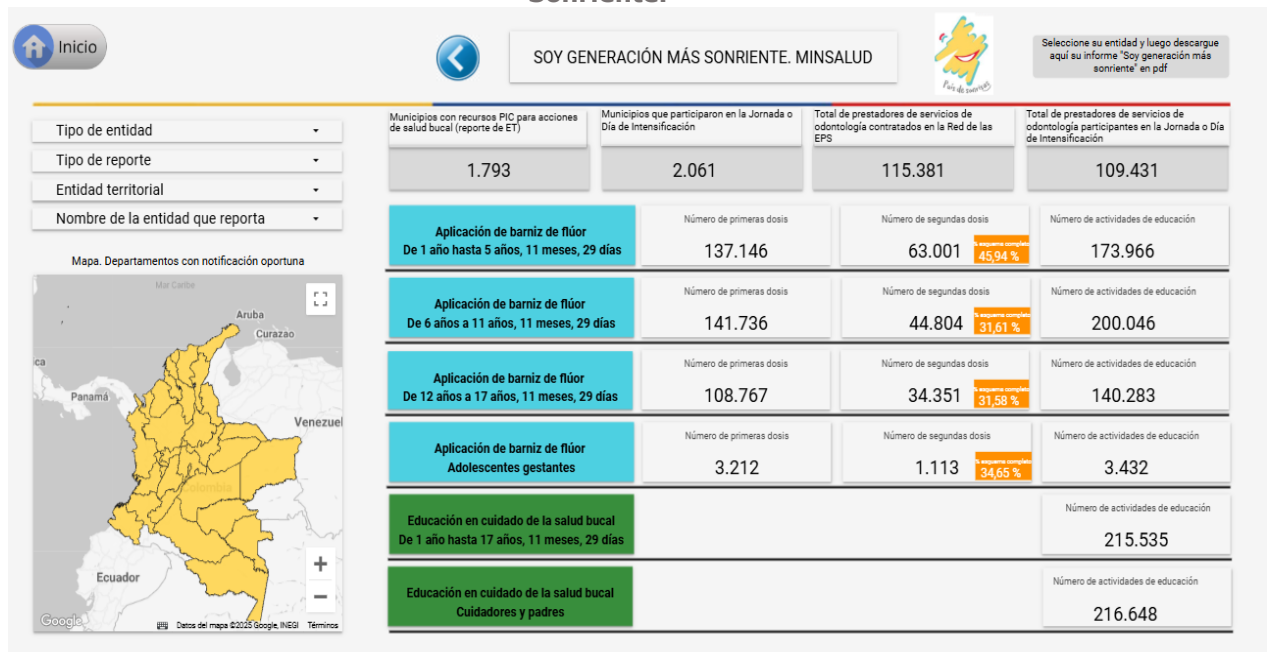
El diligenciamiento del componente de correspondiente a Entidades Territoriales, fue diligenciado por: Secretaria de Salud de Boyacá, Secretaria de Salud Departamental de Chocó, Secretaría de Salud de Quibdó, Dirección Local de Salud de Córdoba Nariño, Dirección Local de Salud de Cumbitara Nariño, Dirección Local de Salud Taminango Nariño, Secretaria de Salud Pública del Distrito de Cali, Secretaria Departamental de Salud Gobernación del Valle del Cauca, Secretaría de Salud Departamental de la Gobernación del Quindío, Dirección de Salud Pública del departamento del Risaralda, Secretaria de Salud del Tolima, Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca, Secretaria de Salud Departamental del Amazonas, Secretaria de Salud Distrital de Barranquilla, Secretaria Departamental de Salud de Santander, Dirección Territorial de Salud de Caldas, Secretaria de Salud Pública de Manizales,





Los resultados al final del 2024 de las gestiones para las Jornadas de Salud y los Días de Intensificación adelantadas por las ET y EPS, se presentan en la siguiente gráfica 10.

**Gráfica 10. Reporte final a diciembre de 2024, de las gestiones realizadas para la educación y aplicación de barniz de flúor de la Estrategia Soy Generación más Sonriente.**



Fuente: Visor Soy Generación más Sonriente en Tablero de Control de CERSS. 2024

El reporte de la población con acciones de educación a través de las jornadas lideradas por las ET, llegó a 432.183 personas.

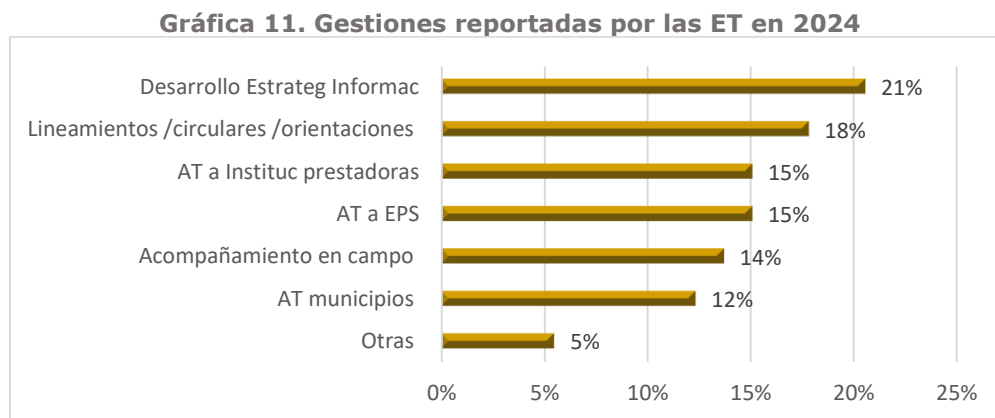
Por su parte quienes reportaron a nombre de las EPS, dieron cuenta para la aplicación de primera dosis de barniz en la población de 1 a 17 años (realizado en jornadas o días de intensificación) de un total de 390.861 personas cubiertas, incluyendo las gestantes identificadas en estas edades. Las personas reportadas con segunda dosis fueron 143.269, correspondiendo tan solo a un 36,65% con respecto a las personas que recibieron las primeras dosis en el año. En la Gráfica 8, se parecía que el porcentaje de segundas dosis, con relación a las primeras,

fue de 45.94% en los menores de 1 a 5 años, seguido por las gestantes con un porcentaje de 34,65%, de los menores de 6 a 11 años con 31,61% y de los menores de 11 a 17 años con 31,58%.

Se reitera que lo reportado corresponde a las gestiones para los momentos de Jornadas de Salud y Días de Intensificación de la Estrategia, y que la diferencia con los hallazgos de RIPS podría deberse a la realización de las intervenciones durante los días de consulta regular a lo largo de todo el año.

### *Gestiones realizadas*

Las principales gestiones realizadas por las ET en procura garantizar la entrega de las acciones de educación y de aplicación de barniz de flúor como aporte para lograr las metas esperadas, se presentan en la Gráfica 11.



Fuente: Reporte de ET y EPS en formulario en línea dispuesto por la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social. 2024

Otras acciones reportadas por algunos de los actores fueron:

- Fortalecimiento de la articulación con el programa ampliado de inmunizaciones PAI.
- Despliegue de la estrategia "Hospital a tu Colegio" del Vaupés en los colegios oficiales de los 3 municipios del departamento.

- Atención en los Centros de Desarrollo Integral sedes Palmeras y Belarmino Correa del Vaupés.
- Aplicación de barniz de flúor en las visitas casa a casa en barrios del caso urbano e inicio a partir del mes de agosto, de jornadas con equipos multidisciplinarios que incluyen profesionales de odontología para la prestación del servicio de odontología incluyendo las acciones de promoción y prevención, en el departamento del Vaupés.
- Realización de demanda inducida hacia las consultas de odontología por parte de los otros servicios del hospital.
- Elaboración de imágenes y videos publicitarios, disposición en la página web institucional y redes sociales, y otras estrategias de comunicación.
- Destinación de talento humano con exclusividad durante las fechas programadas de las jornadas para la realización de la aplicación de flúor en barniz y educación sin cita previa.

Por su parte las EPS reportan como las principales gestiones realizadas las siguientes:

- Flexibilización de horarios para la atención
- Realización de la jornada durante un mes
- Modificación del día establecido en el lineamiento nacional
- Disponibilidad exclusiva de profesionales para las Jornadas de Salud o Días de Intensificación
- Articulación con la red de atención de puntos de PAI
- Reducción de barreras de acceso: programación de citas, acuerdos Inter servicios en IPS, demanda y capacitación de usuarios en sala de espera; desplazamiento del personal odontológico a IPS de servicio médico
- Uso de modalidad de Tele-Educación
- Fortalecimiento de la demanda inducida
- Realización de búsqueda activa
- Atención extramural (zonas rurales; trabajo en los entornos comunitarios y educativos como escuelas y colegios, bienestar familiar)

- Desarrollo de estrategias de comunicación e IEC (SMS masivo nacional a la población objeto; diseño y envió a la red de prestadores de piezas de mailing, afiches y WhatsApp; decoraciones institucionales; realización de cuñas radiales y perifoneo; desarrollo de campañas comunicacionales.
- Entrega de incentivos

### *Dificultades identificadas*

Con relación a las dificultades identificadas en la gestión de la Estrategia, se reportaron las siguientes:

#### Desde el sector salud

- Bases de datos de los afiliados a las EAPB desactualizadas, limitando la demanda inducida y el envío de recordatorios.
- Dificultades para articular la gestión y la operación de la entrega de acciones entre los departamentos, los municipios, las EAPB y las entidades intersectoriales.
- Falta de personal (odontólogos y auxiliar de salud oral) y alta rotación del personal asistencial
- Inoportunidad en la contratación del personal.
- Dificultades en la planeación de actividades por la sobre posición de otras actividades locales (feriados locales, otros programas de las alcaldías, establecimientos educativos, o de otros sectores), entre otros.
- No todos los municipios incorporan los lineamientos de la Estrategia en la planeación, lo que genera limitaciones para el apoyo logístico.
- Poco tiempo para la difusión y socialización de las fechas de las jornadas y días de intensificación a la comunidad.
- Las IPS no cuentan con carnet para entregar a los pacientes y hacer seguimiento.
- Retraso o no suministro de información de la gestión realizada por parte de las ESEs a las ET.

- "Exceso de trabajo en los días previos y durante el desarrollo de la jornada".
- Falta de difusión desde el nivel nacional
- No se programan todas las jornadas o días de intensificación en todos los municipios y EPS.
- Barreras de aseguramiento.
- Bajo compromiso de algunas EPS para realizar las actividades en algunos territorios
- Poco reconocimiento de la importancia de las acciones para la salud bucal, por parte de las altas directivas de ESEs, IPS, secretarías y entidades administradoras, generando bajo respaldo a las acciones.
- Los softwares de las administradoras y prestadores no permiten identificar la administración de primeras y segundas dosis del barniz de flúor.

*Dificultades externas:*

- Incumplimiento de los usuarios para asistir a las jornadas, a los días de intensificación y a las citas asignadas para la segunda aplicación del barniz.
- Paro de docentes del sector educación que limitó la realización de las acciones en las instituciones educativas.
- Realización de otras actividades culturales o de otros sectores en los municipios que se cruzan con las fechas definidas a nivel nacional para las Jornadas y para los Días de Intensificación
- Paro campesino
- Problemas de orden público
- Cambios de gobierno
- Factores climáticos

## *Recomendaciones para la mejora de la gestión*

- Generación desde el Ministerio de Salud, de procesos de difusión de las Jornadas y Días de Intensificación de la Estrategia, a través de medios masivos de comunicación.
- Mayor apoyo de las ET departamentales y municipales para la difusión en medios de la estrategia de forma similar a las jornadas PAI.
- Mayor articulación entre el PAI y "Soy Generación más Sonriente" desde el nivel central del Ministerio.
- Comunicación más directa con las áreas de odontología de las ESEs y no solo con las gerencias, de forma que los profesionales se apropien de mejor forma de la estrategia y apoyen la gestión con el respaldo de las altas directivas.
- Apoyar desde las ET departamentales y desde el Nivel Nacional, la emisión de infografías informativas.
- Mejorar la gestión y oportunidad de las bases de datos de los afiliados por parte de las EAPB.
- Flexibilización de las fechas y horarios para la atención.
- Realización de la jornada durante un mes
- Disposición de kits de higiene, carnet y material didáctico, así como contar con más recursos para apoyar los mecanismos y acciones de la estrategia.

## *Consideraciones frente a algunas de las recomendaciones recibidas*

- Es importante continuar con los esfuerzos para disponer de información completa y oportuna de la población. Sin embargo, deben reconocerse las condiciones particulares del país y de las regiones, en donde se presentan situaciones atenuantes como continuos procesos de movilidad de grupos poblaciones o situaciones de seguridad y otras causas, que inciden en la actualización oportuna y veraz de su información. Es por ello que la



Estrategia hace uso de mecanismos como las Jornadas de Salud (modalidad extramural), para que sin restricciones y de forma abierta las personas puedan acceder a la entrega de las actividades.

- En este mismo sentido de garantizar el derecho de las personas a acceder a la atención, debe recordarse que acorde con la Ley Estatutaria, la entrega de las atenciones en el Sistema de Salud no tiene restricciones por tipo de afiliación, siendo las ET y EPS las responsables de realizar las coberturas a cargo de las respectivas fuentes de financiación con recursos públicos.
- Frente a los procesos de difusión masiva, desde el Ministerio se han adelantado estrategias de comunicación, principalmente a través de los canales institucionales de la entidad y las redes sociales. La factibilidad de realizar las comunicaciones conjuntas con PAI se ven limitadas por no contarse con recursos adicionales a los recursos de la UPC y del presupuesto general de la nacional aplicado a través del PIC. Sin embargo, se continuará con las gestiones en procura de contar con mejores estrategias de comunicación conforme las competencias y recursos. Dado lo anterior, y considerando que el cuidado de la Salud Bucal hace parte integral de la atención que debe garantizarse en el marco del Derecho a la Salud y que las acciones ya están financiadas a través de los mecanismos definidos en la normatividad, se solicita a las ET y EPS brindar la información y difusión a sus poblaciones y usuarios conforme las competencias de cada uno.
- Con relación al contacto con los prestadores, dentro de las líneas operativas del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 señaladas en el artículo 33 de la Resolución 100 de 2024, las Entidades Territoriales como Autoridades Sanitarias en los territorios, resultan ser las entidades con mayor proximidad a los prestadores, para que puedan hacer abogacía y sensibilización particular con las gerencias y profesionales de las ESEs, IPS, profesionales y personal de salud, agentes comunitarios y claramente con las EPS, quienes de igual forma deben contar con mecanismos de



comunicación con su red de prestadores. Esto a fin de informar y orientar de forma amplia las estrategias y acciones a desarrollar, de forma que se contribuya a logros de proceso, pero sobre todo al logro de resultados en salud de la población.

- Con relación a las fechas de realización de Jornadas de Salud y Días de Intensificación, desde el nivel nacional se han venido definiendo fechas específicas en procura que la población pueda reconocer los momentos en los que de forma masiva pueda acudir a las acciones. Si bien las fechas en lo local pueden ser ajustadas por razones específicas, se espera que puedan ser respetadas para que las personas puedan tener mayor reconocimiento de la Estrategia y también se espera que puedan ser ampliadas o complementadas con la atención regular o con fechas *adicionales* definidas en lo local o institucional.
- Como se menciona en el aparte de Financiación del presente lineamiento, la Estrategia es una herramienta operativa para fortalecer las acciones obligatorias de protección específica definidas en la Resolución 3280 de 2018 para la población de primera infancia, infancia y adolescencia haciendo uso de intervenciones individuales y colectiva. Dado lo anterior, la Estrategia no cuenta con recursos adicionales a los ya dispuestos a través de la UPC y del Plan de Intervenciones Colectivas, los cuales deben ser gestionados por los respectivos actores.
- Si bien se consideran muy relevantes los procesos de educación y de higiene bucal, para que sean efectivos estos requieren de procesos de monitoreo y seguimiento para instaurar a mediano y largo plazo cambios de comportamientos, cambios de hábitos, reducción del riesgo (reducción efectiva de placa bacteriana) y reducción de la morbilidad, y por ende contar con un impacto efectivo en la salud bucal. La disponibilidad de kits no mejora, *per se*, los resultados en la salud bucal, por lo que su entrega no solamente debería servir como incentivo o estímulo, sino que debe considerarse como herramienta pedagógica y parte de las acciones de educación para la salud. Dado que los recursos disponibles son los

recursos de la UPC y de SGP para el caso del PIC, las ET y EPS deben considerar si cuentan con recursos suficientes u otras fuentes para contar con su disponibilidad y con el monitoreo del impacto generado en salud.

- De igual forma, deben considerarse los recursos disponibles para la entrega de carnets, a pesar de lo cual el presente lineamiento, ha presentado años con año una propuesta de reporte de seguimiento para entrega a padres y cuidadores (Anexo 1 de este lineamiento).

## Propósito de la Estrategia

---

Servir como herramienta operativa para la consolidación de cohortes de población de primera infancia, infancia y adolescencia con mejores condiciones de salud bucal, en particular con reducción en la historia y prevalencia de caries dental, de enfermedad periodontal, y de fluorosis dental entre otras, mediante la realización de acciones de educación y de protección específica a través de la aplicación de barniz de flúor y de la educación para el cuidado de la salud bucal.

## Objetivo General de la Estrategia

---

Incrementar la cobertura de personas intervenidas con información y educación para el cuidado de la salud bucal y con esquema completo anual de aplicación de barniz de flúor.

# Objetivos Específicos de la Estrategia

---

- Concientizar a los cuidadores y padres de los menores de 18 años de la importancia de cuidar la salud bucal desde la erupción de los primeros dientes a fin de mantener una buena salud bucal a lo largo de los diferentes momentos de todo el curso de vida.
- Aumentar progresivamente las coberturas de educación en cuidado de la salud bucal en menores de 18 años, cuidadores y padres y gestantes.
- Aumentar progresivamente las coberturas de aplicación de barniz de flúor en la población entre 1 y 17 años, incluyendo las posibles mujeres gestantes.
- Canalizar y realizar demanda inducida a los servicios de odontología y demás servicios de salud, para recibir las demás intervenciones de protección específica definidas en la Resolución 3280 de 2018 y la entrega de los demás servicios, procedimientos e intervenciones, financiados con recursos públicos del Sistema de Salud.

## Población Objeto

---

- Menores de edad entre 1 y 17 años para recibir aplicación de barniz de flúor y actividades de educación en salud bucal.
- Mujeres gestantes en el grupo de edad indicado, para recibir aplicación de barniz de flúor y actividades de educación.
- Familias, padres y cuidadores de menores 18 años para recibir actividades de educación para el cuidado de la salud bucal.

# Metas generales de la Estrategia

---

- El 100% de los municipios del país implementan las intervenciones de salud bucal para población de 1 a 17 años, acorde con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 y los presentes lineamientos.
- Logro de coberturas útiles de esquema completo de aplicación de barniz de flúor e incremento de las coberturas de educación, conforme lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 y las normas que la complementen, adicionen o modifiquen.

## Metas específicas para 2025

---

- Implementación en todos los departamentos y municipios del país, de intervenciones de salud bucal para población menor de 18 años, acorde con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 y los lineamientos dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Alcanzar en 2025 una cobertura del 25% en las personas de 1 a 17 años con esquema completo de aplicación de barniz de flúor (2 aplicaciones con al menos 6 meses de diferencia en la fecha de aplicación).
- Incremento en 2025 de un mínimo del 10% de la cobertura de población con educación lograda en 2025, para avanzar en la mejora de las condiciones de salud bucal.

El logro de estas metas requiere del compromiso y de la gestión de Entidades Territoriales, EPS y prestadores de servicios, para la entrega de las intervenciones, por lo que cada una de estas entidades debe definir sus propias metas, definir sus propias acciones y realizar las debidas gestiones poniendo como prioridad los resultados requeridos por su población asignada, y considerando sus capacidades, potencialidades y oportunidades de gestión.

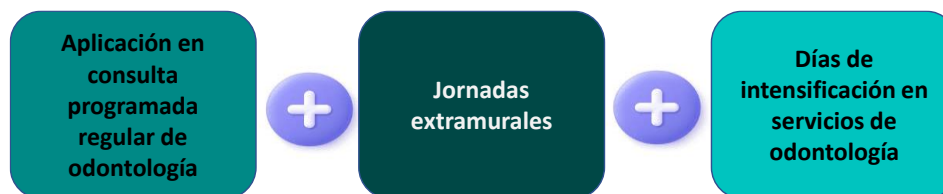
# Actividades de la Estrategia

**Las intervenciones que hacen parte de la estrategia, deben realizarse de forma permanente y continua en los servicios de odontología como parte de la atención rutinaria, coordinando con los demás servicios de puerta de entrada, para que la población objeto sea canalizada e inducida para recibir la educación y las aplicaciones de barniz de flúor.**

**Los mecanismos de Jornadas extramurales y de Días de Intensificación, son herramientas complementarias a la atención rutinaria, a fin de reforzar en las personas el reconocimiento de las acciones y completar las coberturas que no se han logrado en la atención rutinaria y regular.**

La continuidad de la Estrategia, se logra con la realización de acciones de educación y de aplicación de barniz de flúor a través de las consultas regulares, la realización de jornadas de salud, la realización de días de intensificación (Gráfica 12) y la implementación de otros posibles mecanismos, siempre que favorezcan la reducción de las oportunidades perdidas para la entrega efectiva de estas acciones:

**Gráfica 12. Mecanismos de la Estrategia para la entrega de acciones**



Las Entidades Territoriales en el marco de sus competencias y de la gestión en salud pública, deben apoyar, orientar y acompañar a las entidades aseguradoras y a los prestadores de servicios de salud, para que de forma articulada y corresponsable realicen las gestiones pertinentes para la entrega de las acciones de educación y protección específica (en este caso aplicación de barniz de flúor).



Como parte de la gestión, es relevante el contacto y los acuerdos con otros actores claves relacionados con el cuidado de la población de 1 a 17 años, como el ICBF, la agencia Red Unidos, ANSPE, Cajas de Compensación, instituciones educativas y comunitarias, organizaciones sociales, y demás, para:

- socializarles la importancia y los beneficios de realizar las acciones de cuidado de la salud bucal en esta población
- concertar con ellos a partir de sus competencias, su participación en procura de favorecer el acceso de las personas y familias a las consultas, las jornadas de salud y los días de intensificación u otros posibles mecanismos, para la entrega de las atenciones de protección específica para la salud bucal y la vacunación.

Para el desarrollo articulado de las jornadas de salud, debe tener presente que los dos equipos (equipo del Programa Ampliado de Inmunización PAI y equipo de Salud Bucal de Entidades Territoriales, EPS y Prestadores de Servicios), gestionarán conjuntamente los aspectos logísticos (ubicación de puestos, consecución de permisos, transporte, y otros aspectos) pero cada uno será responsable de la entrega de las intervenciones y procedimientos que les son propios.

En este sentido, las personas de los equipos del PAI no tendrán a cargo la aplicación del barniz de flúor o los procesos de educación de salud bucal; su aporte consiste en brindar información, canalizar y realizar la demanda inducida de los niños y cuidadores hacia los equipos de salud bucal y por su parte los equipos de salud bucal deberán hacer lo propio informando, canalizando y derivando a la población objeto al equipo de vacunación.

Dado lo anterior la coordinación, comunicación, concertación y trabajo en equipo de estos dos programas es fundamental, así como el desarrollo de sesiones de trabajo conjunto con los actores del sistema de salud, aliados estratégicos y





referentes de otros sectores para la socialización de los lineamientos y planificación de las jornadas.

Es importante tener en cuenta que, en los lineamientos para la gestión y administración del programa ampliado de inmunizaciones - PAI - 2025, se establecieron jornadas nacionales de vacunación del programa permanente (que, para el momento de la difusión de los presentes lineamientos, incluyen la realización de jornadas los últimos sábados en los meses de abril, julio, octubre), pero sobre los cuales en el transcurso del año pueden tenerse ajustes por condiciones de fuerza mayor. Por tanto, ***es indispensable la coordinación entre los dos programas***, a fin de contar con el talento humano necesario, con procesos logísticos complementarios, estrategias y tácticas complementarias y puntos o sitios de ubicación acordados de forma conjunta para entregar las acciones de vacunación y de salud bucal de la estrategia, de acuerdo con lo establecido en los lineamientos nacionales.

## Educación para promover el cuidado de la salud bucal

### *Definición*

La promoción de la salud se define como “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”. Implica la creación de ambientes y entornos saludables, facilitando la participación social desde la construcción de ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso es involucrar a la comunidad en la implementación de las políticas, por lo que las actividades deben involucrar la vida personal, familiar, laboral y comunitaria<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. 21 de noviembre de 1986.





Las acciones de educación y comunicación para promover la salud deben estar articuladas con otras acciones como la implementación de políticas a través del uso de herramientas, planes, programas, proyectos y estrategias; también debe articularse con estrategias de movilización social, a fin de lograr la modificación de modos, condiciones y estilos de vida, y con el ajuste de los servicios de salud y de la prestación de servicios como los de odontología. Pueden desarrollarse haciendo uso de las tecnologías de la Telesalud como la Teleeducación en Salud<sup>4</sup>.

Como parte de las acciones de promoción de la salud, la educación y comunicación para la salud se conciben como un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud<sup>5</sup>, por lo que bajo la definición y su gestión se insta a trabajar el tema de salud bucal.

### *Alcance de la educación en la Estrategia*

La educación para promover el cuidado de la salud bucal debe permitir:

- que la población pueda reconocer las condiciones que les favorece el mantener una buena salud general y bucal a lo largo del curso de vida (lactancia, alimentación saludable, no consumo de tabaco y alcohol, buenas prácticas de higiene bucal, autoevaluación de las estructuras bucales para identificar condiciones salidas de la normalidad, atención preventiva, de

---

<sup>4</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), Versión 3. Anexo de la Resolución 536 de 2020

<sup>5</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento técnico y operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud. (Resolución 3280 de 2018)



protección específica y acceso a otras atenciones) acorde con sus propias condiciones de vida, cultura y diversidad;

- reconocer como actuar para evitar y controlar los factores de riesgo comunes con las ENT (alimentación no saludable, consumo de tabaco y alcohol), y los específicos que afectan la salud bucal (higiene bucal inadecuada, el estrés y trauma<sup>6</sup>, presencia de dispositivos o elementos extraños en boca, entre otras), y cómo manejar la relación de la salud bucal con otras condiciones generales de salud (condiciones crónicas como cardiovasculares, diabetes, cáncer, reumatoideas, entre otras).
- participar en el trabajo sobre factores protectores y de riesgo comunes entre la salud bucal y otras enfermedades no transmisibles - ENT (obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes, EPOC y cáncer);
- conocer los derechos y mecanismos para acceder a la atención en salud y la entrega de intervenciones cubiertas con recursos públicos, que deben garantizar todas las entidades responsables del pago de servicios y los prestadores, entre otros actores.
- participar en procesos de movilización y participación para el cuidado de su salud y salud bucal, así como el de las personas con quienes se relacionan en la familia y en los entornos.

Esta educación pretende que las personas puedan contar con conocimientos a partir de los cuales realicen la toma de sus decisiones frente a mantener una buena salud bucal para que les permita comunicarse, alimentarse, tener una buena autoestima, evitar complicaciones por enfermedades bucales como dolor, malestar, insomnio, limitaciones para comer que afectan su bienestar y por ende su calidad de vida y evitar complicaciones relacionadas con enfermedades como las no transmisibles, particularmente en personas con enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, cáncer, autoinmunes e inflamatorias, entre otras.

---

<sup>6</sup> Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bulletin of the World Health Organization. 2005; 83(9).



La promoción de cuidados de salud bucal, requiere el desarrollo de capacidades por parte de los actores del Sistema de Salud y de procesos que permitan hacer uso del conocimiento científico y de la evidencia, para aplicarlo conforme las condiciones y características propias de las diversas poblaciones, comunidades y personas, haciendo uso de las herramientas del sistema de salud (servicios e intervenciones con cargo a la UPC, gestión de la salud pública, e intervenciones y tecnologías contenidas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC)).

## *Acciones*

La educación para el cuidado de la salud bucal, parte de:

- Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las personas (sean ancestrales o no), para reconocer y potencializar las que sean favorables para mantener y conseguir una buena salud bucal y las que deban ser modificadas positivamente en favor de la salud bucal.
- Reconocer las realidades individuales y/o colectivas y particulares que se relacionan con la salud bucal, normas sociales, creencias, actitudes, desarrollo de habilidades, cultura de la población, motivaciones y contexto bio-psico-social que afectan las prácticas en salud bucal.
- Favorecer el acercamiento con las personas, poblaciones y comunidades, para concertar procesos de desarrollo del saber, comprender, sentir y actuar en relación con los temas de interés, en procura de favorecer la participación y movilización social.
- Diseñar, implementar estrategias y seleccionar medios, a través de los cuales se socialicen y difundan los contenidos para el cuidado de la salud, adecuados a las particularidades de la población a quienes se busca acompañar.



- Seleccionar las herramientas de información y educación pertinentes para lograr el acercamiento positivo que permita llevar los contenidos adaptados para el cuidado en salud bucal.
- Diseñar e implementar conjuntamente, procesos formativos basados en diálogos de saberes y fomento de la participación comunitaria para la multiplicación de acciones de cuidado bucal.
- Acompañar a las personas, familias y colectivos en sus procesos de apropiación, aplicación y transformación de sus conocimientos y prácticas que favorezcan el cuidado de la salud bucal.
- Promover estrategias y proyectos colaborativos con participación ciudadana para difundir y fomentar cuidados de salud bucal.
- Desarrollar procesos de seguimiento, acompañamiento y asistencia, de forma sistematizada y documentada que permita identificar avances, logros y aspectos de interés a través del tiempo, como insumos para modificar estrategias, contenidos y acciones e implementar planes de mejoramiento.

Las estrategias para guiar las buenas prácticas para el cuidado de la salud son variadas y están supeditadas a las posibilidades e iniciativas que puedan desarrollar los profesionales, la comunidad, los servicios, los prestadores y administradores junto con otros sectores, en los espacios de vida cotidiana de la población objeto.

### *Población beneficiada*

Las acciones de educación, están dirigidas a todas las familias, padres, niños, adolescentes, jóvenes, adultos, cuidadores, gestantes y gestores comunitarios mejores a fin de favorecer la mejora de sus determinantes, factores protectores, conocimientos, prácticas y condiciones de salud bucal.



Estas orientaciones deben aplicarse independientemente de la condición de seguridad social que tengan las personas, pero si deben aplicarse considerando las particularidades y condiciones diferenciales de las personas, poblaciones y comunidades con relación a sus condiciones biopsicosociales, para adaptar las formas de interlocutar y orientar a dichas poblaciones en los diversos ámbitos territoriales y entornos.

### *Recomendaciones*

Las actividades de educación para el cuidado de la salud bucal, deben ser lideradas y orientadas por los equipos de salud bucal (profesionales odontólogos y auxiliares de salud oral) pero deben contar con la participación y apoyo de los demás profesionales de la salud (médicos, enfermeras, auxiliares, otros profesionales, promotores de salud, entre otros) y de los actores sociales (líderes comunitarios, cuidadores, y otros).

Se deben tener en cuenta las particularidades y los diferenciales (edad, características socioeconómicas, étnicas, culturales, creencias, percepciones, entre otras) de las personas que hacen parte de las familias y comunidades de los menores de 18 años en todos los entornos (familias/viviendas, jardines infantiles, hogares de ICBF, establecimientos escolares de primaria y de secundaria, entornos universitarios y laborales, espacios sociales, entre otros y cuando aplique considerando la pandemia), así como en los propios servicios de salud y en las modalidades intra y extramurales.

### *Descripción de la actividad*

Las actividades de educación para la población objeto, se pueden desarrollar en los siguientes contextos:

- Educación individual a través de las tecnologías del Plan de Beneficios con cargo a la UPC como Educación en Salud por Odontología (CUPS 990203),





Educación en Salud por Higiene Oral (CUPS 990212) e incluso Educación por Agente Educativo (CUPS 990211).

- Educación grupal (CUPS 9901) para todas las personas, acorde con el momento de curso de vida, con cargo a la UPC (incluye CUPS 990103 Educación grupal en salud, por Odontología, CUPS 990112 Educación grupal en salud, por Higiene Oral).
- Educación colectiva acorde con las intervenciones del PIC

La educación para la promoción de la salud bucal, implica:

- reconocer con todos los actores relacionados las problemáticas dentro de los contextos territoriales específicos;
- identificar los conocimientos, creencias, actitudes, imaginarios, normas sociales y prácticas existentes, sobre cuáles es pertinente incidir;
- seleccionar las herramientas educativas y comunicativas pertinentes para junto con los actores involucrados, construir el conocimiento y aprendizaje orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes;
- diseñar e implementar igualmente con los actores el proceso formativo a partir del diálogo de saberes;
- acompañar a personas, familias y comunidades en la aplicación de los conceptos construidos;
- promover el desarrollo de proyectos concretos de intervención ciudadana para solucionar o incidir en las problemáticas identificadas;
- construir un plan de acción educativo para ahondar en las transformaciones individuales y sociales;
- evaluar participativamente, el impacto obtenido con el proceso educativo, todo lo cual aplica claramente para el tema de salud bucal.

Mediante estas acciones, se espera la transformación positiva en los entornos de los conocimientos y las prácticas relacionadas, entre otras, con:



- El fortalecimiento de los factores protectores para la salud bucal y la salud general, como: el acceso a agua potable; el no consumo de tabaco o cesación del consumo en quienes ya lo iniciaron; el control del consumo de alcohol; la reducción de nutrientes críticos de interés en salud pública (principalmente azúcares, pero también sal y grasas trans); el control de condiciones crónicas que comprometen la salud bucal, entre otros.
- Alimentación saludable: fomentando de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses; alimentación complementaria saludable desde el sexto mes de vida; consumo de alimentos frescos no procesados; desarrollo de capacidades para la lectura de etiquetado tendiente a seleccionar alimentos saludables; reducción del consumo de alimentos procesados y reducción entre ellos de los alimentos con azúcares añadidos, entre otros.
- Identificación y control del tabaquismo como factor de riesgo que favorece el desarrollo de la enfermedad periodontal<sup>1</sup>, de lesiones premalignas en cavidad oral y de cuatro enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, cáncer, EPOC y diabetes), informando sobre el riesgo de todas las formas de consumo de tabaco (cigarrillo, pipa, masticar tabaco) y de los cigarrillos electrónicos (también son llamados vapeadores, sistemas electrónicos de suministro de nicotina (SEAN), sistemas electrónicos sin suministro de nicotina (SSSN), vaporizadores personales, e-cigarettes, e-cigs, e-hookahs, mods, plumas de vapor o sistemas de tanque).
- Fomento de la autovaloración, para que cada persona identifique por sí misma sus propias condiciones bucales y reconozca situaciones fuera de lo habitual: inflamaciones, enrojecimientos, sangrados, aftas, abscesos, lesiones que no sanan en 15 días, u otras situaciones, de forma que al identificarlas acudan de forma oportuna a la atención en los servicios de odontología.
- Cuidados bucales y riesgos de las gestantes: cambios que se presentan a nivel periodontal durante la gestación; presencia de placa bacteriana por mala higiene oral e incremento del riesgo de desarrollar enfermedad

periodontal, parto prematuro, niños con bajo peso al nacer. Prácticas de salud bucal para la madre y el bebé como, lactancia materna y alimentación complementaria que debe comenzar a implementar con su hijo desde el nacimiento, higiene bucal, asistencia a controles preventivos, entre otros.

- Identificación y fortalecimiento de situaciones locales (en boca), temporales o permanentes, como: erupción dentaria (primaria, recambio y secundaria), trauma dental en prácticas deportivas, identificación de signos de alerta que requieran de atención inmediata basados en el Libro Clínico de AIEPI (Ministerio de la Protección Social, Sociedad Colombiana de Pediatría y OPS, 2010), riesgos en el uso de elementos como piercing intra y peri bucales y la pérdida temprana de dientes deciduos; hábitos como succión digital, bruxismo, empuje lingual, uso de chupos, onicofagia entre otros, que afectan el desarrollo de los maxilares y generan alteraciones en la oclusión.
- Inicio de hábitos de higiene bucal desde la erupción del primer diente, con una frecuencia de por lo menos dos veces al día para controlar el biofilm y la placa bacteriana; responsabilidad y compromiso de padres y cuidadores para ayudar a los niños que por la edad no han desarrollado la motricidad para realizar solos la higiene o en los casos en que presentan condiciones de discapacidad que limitan la realización de una adecuada higiene bucal; higiene ante presencia de aparatología de ortodoncia, piercing y otros; indicaciones en el uso de elementos de higiene bucal como cepillos de tamaño acorde a la edad y al tamaño y forma de los maxilares; instrucciones para el uso de crema dental con flúor de 1100 ppm, en las cantidades recomendadas<sup>7</sup> (Gráfica 13).

---

<sup>7</sup> Academia Colombiana de Odontología Pediátrica, ACOP - <https://www.acop.com.co/preguntas-frecuentes/>

**Gráfica 13. Recomendaciones de la cantidad de crema dental a usar**



Fuente: Academia Colombiana de Odontología Pediátrica, ACOP<sup>8</sup>

- Indicaciones sobre uso de seda dental para remoción de residuos en las caras interproximales y/o sobre el uso de cepillos interproximales en los casos que sea requerido, así como orientaciones sobre el uso de enjuagues bucales conforme la necesidad y pertinencia.
- Información para el reconocimiento de los servicios y actividades a los que tiene derecho para el cuidado de su salud general y en particular para el cuidado de la salud bucal, relacionadas con la prevención, diagnóstico, atención y rehabilitación, teniendo presente la normatividad vigente (Resolución 2718 de 2023 o la que la adicione, modifique o sustituya)

## Aplicación de Barniz de Flúor

### *Definición*

Las acciones preventivas se clasifican en tres niveles: prevención primaria (medidas orientadas a evitar la enfermedad), prevención secundaria

<sup>8</sup> Academia Colombiana de Odontología Pediátrica, ACOP - <https://www.acop.com.co/preguntas-frecuentes/>

(diagnóstico precoz) y prevención terciaria (tratamiento y rehabilitación)<sup>9</sup>. La aplicación de barniz de flúor, hace parte de las acciones preventivas primarias y secundarias, así como de la protección específica, destinadas a prevenir y controlar la aparición y progresión de la enfermedad para atenuar sus consecuencias.

La terapia con flúor ha sido una estrategia utilizada para el control de la caries dental, ya que el ion flúor tiene la capacidad de retrasar o prevenir el desarrollo de las lesiones al reducir la solubilidad del esmalte en un medio ácido, promover la remineralización del mismo<sup>10</sup> cuando existen lesiones iniciales de caries<sup>11</sup>, y tiene acción cariostática en lesiones más avanzadas.

Uno de los métodos de aplicación profesional de flúor, es el barniz de flúor, que tiene como ventajas la facilidad en su aplicación desde edades tempranas, el tiempo de contacto prolongado con la superficie dental, su seguridad en el uso si se hace de forma adecuada (evitando la ingesta sistémica) y una buena aceptación por parte de los pacientes. Es un producto viscoso que se endurece cuando entra en contacto con la saliva formando una película que se adhiere a la superficie dental liberando de forma lenta el flúor hacia la superficie del esmalte y hacia la saliva. Una revisión sistemática de la literatura encontró que en poblaciones donde se usa el barniz de flúor como medida preventiva se logra disminuir el número de dientes cariados, obturados y perdidos en dentición decidua en un 37% y en dentición permanente en un 43%<sup>12</sup>.

Adicionalmente, el control sobre la dispensación y exposición a fluoruros, permite reducir el riesgo de presencia de fluorosis dental y sus complicaciones,

---

<sup>9</sup> Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int. 2011; 33(1): 7-11.

<sup>10</sup> Buzalaf MA, Pessan JP, Hónorio HM, ten Cate JM. Mechanisms of action of fluoride for caries control. Monogr Oral Sci 2011; 22: 97-114.

<sup>11</sup> Pessan JP, Toumba KJ, Buzalaf MA. Topical use of fluorides for caries control. Monogr Oral Sci. 2011; 22: 115-32.

<sup>12</sup> Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 11; (7):CD002279.9

que surgen como consecuencia de un exceso en el consumo sistémico a partir de las diversas fuentes a las que una persona puede estar expuesta.

### *Alcance del uso del barniz de flúor*

La actividad busca retardar y controlar el proceso de formación de caries dental al poner en contacto este vehículo que contiene altas concentraciones de flúor (22.000 ppm) con la porción coronal o radicular del diente, y formar una película que libera en forma continua iones de fluoruro hacia la superficie del diente y el medio bucal previniendo la desmineralización y disolución del tejido dental por la acción de microorganismos (estreptococo mutans y lactobacilos, principalmente).

### *Población beneficiada*

Los niños y jóvenes, entre 1 y 17 años, son la población objeto para la aplicación de barniz de flúor, conforme lo definido en la Resolución 3280 de 2018.

### *Recomendaciones*

La aplicación de barniz de flúor, se debe realizar para todas las personas en la primera infancia (a partir del primer año de edad), infancia y adolescencia, conforme lo que se ha establecido en la Resolución 3280 de 2018.

El barniz se aplica mínimo dos veces al año (con un espacio en tiempo de al menos 6 meses). Sin embargo, y solo cuando el profesional tratante evidencie factores que generen un alto riesgo como la dependencia para la práctica de cuidados bucales y para la atención odontológica (como ocurren en estas edades); poco desarrollo motriz, de crecimiento y de autopercepción; presencia de xerostomía; mal posición dentaria; discapacidad física o mental; falta de habilidad manual; presencia de elementos externos (piercing) y dispositivos como Brackets u otra aparatología bucal; altos índices de placa dental por

inadecuados hábitos higiénicos; altos índices de COP (historia de caries por encima de 3); presencia de caries cavitacionales; alto consumo de carbohidratos (azúcares refinados), entre otros, determinará en el marco de su autonomía la necesidad de la aplicación del barniz con una mayor frecuencia (cada tres meses).

La población sobre la que se inicie y complete el esquema con barniz de flúor, **NO DEBE** recibir adicionalmente aplicaciones de flúor en gel, para no realizar sobreexposición y mantener un adecuado control de la exposición al flúor, con miras a no generar riesgo de presencia de otras condiciones.

## *Descripción de la actividad*

### Acciones previas a la aplicación

- Los servicios de salud, en coordinación con las entidades responsables del pago de los servicios, deben contactar (telefónica, virtual o presencialmente) a los padres y/o pacientes, a fin de concertar con ellos la agenda para su asistencia al servicio (en modalidad intramural o extramural incluida la atención domiciliaria), a fin de reducir los tiempos de espera y ofertar las acciones obligatorias definidas en la normatividad.
- Debe brindarse información previa a padres y cuidadores a través de estrategias de comunicación, incluyendo los contactos físicos, telefónicos o virtuales que puedan tenerse, para que los niños y adolescentes reciban alimentación de forma previa a la aplicación del barniz de flúor, de forma que posterior al procedimiento, puedan estar una hora o más sin consumo de alimentos ni bebidas, y contribuir a la efectividad del procedimiento.
- Debe informarse también a los padres o cuidadores que, debido al color de algunos de los productos de barniz, puede presentarse un cambio temporal en el color de los dientes del niño o adolescente.

- Debe prevenirse a los padres y cuidadores, sobre la posibilidad que en especial los niños pequeños, pueden manifestar queja durante la aplicación, pero que esta se debe a la falta de costumbre de tener elementos extraños en boca, pero que no se debe a generación de dolor o lesiones o mal sabor por el uso del barniz.
- Debe instruirse a los niños, adolescentes, padres y cuidadores en que, una vez aplicado el barniz, tampoco debe realizarse cepillado solo hasta 12 horas después de la aplicación del barniz o al día siguiente.
- En todo caso y acorde con los avances en las tecnologías de los materiales, deben revisarse y tenerse presente las recomendaciones específicas de los fabricantes de los diversos productos que se comercializan en el país para garantizar que el material sea de calidad y para brindar las recomendaciones a niños, padres y cuidadores con relación a los cuidados que deben tenerse durante y posterior a la aplicación.
- Previo a la aplicación tópica de flúor, debe brindarse la información completa a los cuidadores de los menores, para que puedan diligenciar el respectivo consentimiento informado.

Nota: El equipo de salud bucal (profesionales odontólogos y auxiliares de salud oral) y quienes estén entrenados dentro de los equipos de salud en la aplicación, deben desarrollar sus capacidades para aplicar el barniz mediante las técnicas adecuadas y para el manejo de la población objeto, especialmente de los menores de 5 años.

#### *Acciones durante la aplicación del barniz*

- Se recomienda para los niños de 1 a 3 años, que sean colocados en el regazo de los padres (método rodilla-rodilla), con la cabeza del niño dirigida hacia el profesional y las piernas alrededor de la cintura de los padres o bien en el sillón o una mesa de examen.
- Haciendo uso de una suave presión, se abre la boca del niño y se retira

el exceso de saliva con una gasa; en los niños mayores y adolescentes, el cepillado de dientes puede ser suficiente y la profilaxis profesional no es requerida en caso de no poder ser realizarla.

- Se aísla de forma relativa, la zona de trabajo dependiendo de la cantidad de dientes presentes y la edad del niño.
- Haciendo uso de un aplicador microbrush o pincel o un aplicador tipo jeringa, según las recomendaciones de la casa comercial del producto, se aplica una capa delgada del barniz directamente sobre todas las superficies de los dientes (entre 0,3 y 0,5 ml de barniz), buscando seguir un orden para evitar que algún diente se quede sin aplicación, aun si presenta lesiones de caries no cavitacional en una o más de las superficies dentales. No aplique en los dientes donde presente grandes cavidades abiertas.
- La seda, el hilo dental u otros aditamentos, deben usarse en caso de que se pueda para asegurar el depósito de barniz, en las zonas interproximales.
- Una vez aplicado el barniz, no es necesario preocuparse por la contaminación de la saliva, pues el material se seca rápidamente en su presencia.

#### Acciones posteriores a la aplicación

- Instruya a niños, padres y cuidadores para no consumir alimentos durante una hora o más posterior a la aplicación del barniz (se debe verificar el tiempo recomendado en las instrucciones del fabricante del material que se está empleando); una vez se pueda consumir alimentos, esta debe ser una dieta blanda y no abrasiva o pegajosa (dulces, chicles, entre otros) por el resto del día.
- Instruya en no realizar cepillado ni uso de crema dental hasta 12 horas después o el día siguiente (o según las recomendaciones del fabricante del material).

- Entregue a los padres, cuidadores o al menor, de ser posible un carnet para el seguimiento de la aplicación o una constancia de la aplicación como la que se propone en el Anexo de este documento.

## Mecanismos para ampliar las coberturas

---

Con la Estrategia Soy Generación más Sonriente, como herramienta operativa para entregar algunas acciones de protección específica en población entre 1 y 17 años y sus cuidadores, se **busca reducir las oportunidades perdidas para realizar educación y aplicación de barniz de flúor**, para el control y reducción de factores de riesgo locales bucales, y reducir la presencia y severidad de las alteraciones bucales de salud.

Los mecanismos que se presentan a continuación son solo algunas de las opciones que pueden ser adoptadas y adaptadas por las entidades responsables del pago de los servicios (EPS y ET) y por los prestadores de servicios (ESEs, IPS y EBS<sup>13</sup>), considerando en todo caso las situaciones particulares en las que se encuentra la población objeto y las condiciones de los propios prestadores de servicios de salud: municipio de residencia; zona de residencia (urbana, rural o rural dispersa); acceso en tiempo y/o distancia a los servicios de odontología; articulación entre EBS; articulación entre diversos servicios de atención, entre equipos territoriales y centros de atención; entre las acciones PIC y las individuales; condiciones socioculturales y económicas de la población; entre otros. Estos mecanismos, sin embargo, no excluyen otras posibilidades que las entidades territoriales, las entidades responsables del pago de servicios o los propios prestadores, puedan desarrollar acorde con sus capacidades y habilidades de innovación en los diversos territorios.

---

<sup>13</sup> EBS: Equipos básicos de salud

En 2025 se mantienen los siguientes mecanismos:

**Gráfica 14. Mecanismos sugeridos para la entrega de intervenciones de la Estrategia.**



Estos mecanismos pueden implementarse de forma simultánea o independiente, con el propósito en todo caso de permitir a las personas acceder efectivamente a la entrega de intervenciones a las que tienen derecho y reducir las oportunidades perdidas.



**Aplica para todos los servicios de odontología, sin distinción del tipo de afiliación, durante todos los días de prestación de servicios del año.**

***Consulta regular:***

Este mecanismo busca aprovechar todo contacto que la población objeto tenga a lo largo de todo el año, con los servicios de salud en sus modalidades intramurales o extramurales (incluyendo la atención domiciliaria), y actualmente con los equipos básicos de salud, para que independiente del motivo de consulta y del estado de afiliación, se genere la demanda inducida y la atención en los servicios odontológicos, hacia las acciones de educación y de aplicación de barniz de flúor.

Los propios servicios de odontología en el cotidiano de su atención, deben gestionar permanentemente el acceso de la población entre 1 y 17 para la realización de las acciones de protección específica, en el marco de la atención regular,



continua y cotidiana que debe proveerse por los servicios de odontología.

Para ello las entidades responsables del pago de servicios, incluidas las entidades territoriales, deberán coordinar con sus redes de prestadores, las acciones para actualizar y disponer de los listados de la población, para desarrollar las acciones de demanda inducida, canalización y atención regular. En todo caso deben coordinar, brindar apoyo, realizar la gestión requerida y el monitoreo para que la población asignada **reciba el esquema completo de aplicación de barniz de flúor** (por lo menos dos aplicaciones anuales con intervalo de 6 meses o cuatro aplicaciones anuales cada tres meses en población con mayor riesgo).

Los prestadores de servicios por su parte (equipos de profesionales, equipos territoriales, equipos básicos y complementarios de salud, centros de atención, consultorios, profesionales, u otras formas de organización de prestadores), han de gestionar todas las acciones y estrategias que permitan captar e identificar desde otras consultas (médicas, pediátricas, vacunación, atención integral, terapias, entre otras), la población objeto, sin olvidar a las adolescentes gestantes. Sea por procesos de identificación, canalización, demanda espontánea o por oferta activa de servicios, deberán garantizarse a la población entre 1 y 17 años en el menor tiempo posible, las acciones de protección específica con especial interés para esta estrategia en la aplicación de barniz de flúor y de educación.

Se resalta que, para garantizar las acciones de protección específica, no es suficiente el acceso espontáneo de las



personas a los servicios, sino que deben adelantarse todas las gestiones para la demanda inducida que permitan la entrega efectiva de servicios (incluso búsqueda activa, jornadas, entre otras posibles), y reducir las oportunidades perdidas, favoreciendo la atención integral y la mejora de la salud, además de aportar a la eficiencia de los servicios.



**Aplica para todos los niveles departamentales y locales conforme lo establecido en el PIC, y requiere de la concertación entre los equipos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y los equipos de salud bucal de EPS, Entidades Territoriales y Prestadores, para articular acciones en las fechas que sean definidas por el PAI.**

***Jornadas de salud:***

Las secretarías de salud territoriales, deberán coordinar sus equipos para gestionar las acciones conjuntas con el Programa Ampliado de Inmunizaciones, de forma que puedan articular la aplicación de barniz de flúor a las jornadas de vacunación.

En este contexto, los equipos de salud bucal deben trabajar con los equipos PAI, para planear, preparar y desarrollar las jornadas conjuntas, que se programan para los últimos sábados de los meses de **abril, julio, y octubre** y las demás que puedan ser programadas de forma conjunta. De esta articulación se espera que se organicen entre los equipos PAI y de Salud Bucal, las logísticas necesarias (disposición de insumos, disponibilidad de talento humano, ubicación de sitios estratégicos para el acceso de la población, entre otros), se articulen con las EPS y prestadores, y se brinde la información oportuna a la población sobre las fechas y propósito de la realización de las actividades en las Jornadas conjuntas.

Los servicios de odontología en todo caso, serán los responsables de la compra, preparación y disposición de recursos, insumos y talento humano para realizar las actividades de educación y ampliación de barniz de flúor que son de su competencia.

Al momento de presentar este lineamiento, se recuerda que las Jornadas de Salud conforme la Resolución 3100 de 2019, hacen parte de la modalidad extramural de atención, entendiéndose como “una forma de prestar un servicio de salud en espacios o infraestructuras físicas adaptadas temporalmente a la atención en salud”, para lo cual es posible la combinación de recursos y fuentes de financiación de los actores, siempre y cuando estén en el marco de las respectivas competencias. Si bien esto es relevante para las zonas urbanas lo es aún más, para las zonas rurales y rurales dispersas, a fin de garantizar a la población residente en estas zonas el derecho a atenciones que les permitan ayudar a controlar y prevenir el avance de condiciones de morbilidad.



**Las fechas previstas en 2025 a nivel nacional son:**  
**Entre el 12 a 14 de marzo**  
**Entre el 11 a 13 de junio**  
**Entre el 20 a 22 de agosto**

#### ***Días de intensificación:***

Los días de intensificación se realizan de forma independiente a las Jornadas Nacionales realizadas en conjunto con el PAI.

Se espera que sean lideradas por las EPS y prestadores de servicios de salud con sus equipos de odontología. Pueden realizarse en modalidad intramural o extramural (en unidad móvil o atención domiciliaria o en jornada adicional a las que realicen en coordinación con los equipos PAI), conforme se planea y coordina entre las aseguradoras, los equipos territoriales y básicos de salud, los prestadores, y los equipos territoriales, los centros de atención y otros prestadores.

Con los Días de Intensificación, se busca que los propios servicios y profesionales de odontología, dispongan en



estos días de todo el tiempo, espacio, talento humano y recursos para **ofertar ampliamente** a la población que tienen asignada **la realización de las intervenciones de protección específica, completando idealmente las segundas dosis de aplicación de barniz a fin de incrementar las coberturas de los esquemas completos (dos aplicaciones con intervalo de 6 meses)**, como complemento a las actividades realizadas durante las consultas regulares y/o en las jornadas de salud.

Se sugiere que se informe a la comunidad, de forma amplia y anticipada, las fechas previstas por el nivel nacional para los días de intensificación, incluso en el momento mismo de aplicar las primeras dosis, para que los padres y cuidadores puedan programarse oportunamente, se familiaricen con la actividad y tengan la oportunidad de acceder en las fechas que les sean anunciadas para completar el esquema.

Las aseguradoras, las ET y los prestadores, por tanto, deberán gestionar acciones de información, para que la población conozca su derecho a lo largo de todos los días del año y de estos días de intensificación, además de las jornadas con el PAI en las que puedan participar. En estos días, podrán gestionarse acciones como: flexibilización y/o ampliación de horarios de atención, dedicación exclusiva de profesionales en estas fechas para la sola aplicación de barniz y educación, disposición de equipos de profesionales exclusivamente para realizar estas actividades, activar atenciones intra y extramurales e incluso jornadas de teleeducación, u otras gestiones conforme los acuerdos pactados, las innovaciones que puedan desarrollarse y las condiciones del territorio y de la población.



# Financiación

---

La estrategia como ya se mencionó, es solo una herramienta operativa para contribuir a entregar acciones obligatorias de alto impacto a la población con mayor potencialidad para reducir la morbilidad por las principales enfermedades bucales.

Es por ello que, para la realización de las acciones de la Estrategia, no se dispone de recursos adicionales a los que ya están dispuestos por el Sistema de Salud, toda vez que estas acciones ya se encuentran financiadas con recursos públicos a través de la UPC y del Plan de Intervenciones Colectivas. Lo que se solicita con la presente estrategia, es la realización y articulación de las gestiones pertinentes y competentes entre los actores responsables de garantizar y hacer entrega efectiva de acciones definidas de forma obligatoria por la normatividad vigente.

# Reporte para el monitoreo y evaluación

---

El reporte de las intervenciones de educación en toda la población y de aplicación de barniz de flúor, realizadas en los servicios de salud en modalidad intra o extramurales, deben quedar registradas en las respectivas Historias Clínicas, y reportarse mediante los **Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS**, toda vez que los indicadores de seguimiento de los avances, se calcularán a partir de dichos reportes.

A partir de los RIPS se obtendrán como indicadores trazadores:



- Número y porcentaje de niños y/o cuidadores que reciben acciones de educación en salud bucal.
- Número y porcentaje de población entre 1 y 17 años, con al menos una aplicación barniz de flúor.
- Número y porcentaje de población entre 1 y 17 años, con esquema completo de aplicación barniz de flúor.

Para 2025, se continuará, sin embargo, con un formulario para el reporte de gestión de las Jornadas de Salud y de los Días de Intensificación, el cual debe ser diligenciado **solamente por las Entidades Territoriales Departamentales / Distritales y las EPS**, una vez realizadas dichas Jornadas o Días de Intensificación.

Con el reporte se busca tener una aproximación sobre:

- La realización de Jornadas de Salud y/o Días de Intensificación
- El número de personas intervenidas con educación en las Jornadas de Salud y/o Días de Intensificación
- El número de personas intervenidas con aplicación de barniz de flúor en las Jornadas de Salud y/o Días de Intensificación

## Reporte de las Entidades Territoriales (ET) Departamentales / Distritales

La gestión de las intervenciones del PIC, como las Jornadas de Salud, son competencia de las ET, siendo estas actividades complementarias de las intervenciones individuales financiadas con recursos públicos de la UPC. Para su implementación las ET deben coordinar las acciones con las EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del respectivo territorio, quienes suministrarán el talento humano, los recursos tecnológicos e insumos necesarios en el marco de sus competencias, en tanto la ET adelanta las coordinaciones con





los actores, la información, la educación y comunicación colectiva y los procesos de logística para la realización de dichas Jornadas.

Dado lo anterior, las ET deben reportar las acciones relacionadas con la realización de las Jornadas de Salud y la entrega de intervenciones de educación colectiva realizadas en su territorio a través del PIC, para lo cual deben consolidar la información de sus respectivos municipios, requerida en el formulario.

## Reporte de las EPS

Las EPS por su parte, reportarán las intervenciones individuales con cargo a la UPC que realizan cuando participan o aportan en las Jornadas de Salud organizadas y desarrolladas por las ET (educación individual o grupal y aplicaciones de barniz de flúor) así como las intervenciones individuales realizadas en los días de intensificación (educación individual o grupal y aplicaciones de barniz de flúor).

Para realizar el reporte de cada Jornada de Salud o Día de Intensificación, deberá coordinar y orientar a su red de prestadores, para recibir de ellos la información que es requerida, a fin de que el reporte sea o por regional o del total de las acciones adelantadas por la EPS.

## Formulario de reporte

Para el 2025, ***no se tendrán en cuenta los reportes que de forma aislada a las Entidades Territoriales y a las EPS realicen prestadores de servicios de salud (ESEs, Hospitales, clínicas, profesionales).***





El formulario de reporte de la gestión se encuentra disponible a través del vínculo <https://forms.office.com/r/D1LT96j1kV> o del QR:






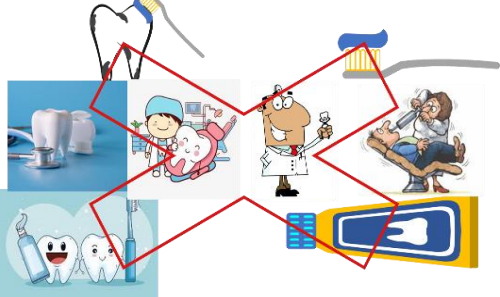
Cualquier información adicional podrá solicitarla, a través del correo [stovar@minsalud.gov.co](mailto:stovar@minsalud.gov.co)



# Recomendación para las estrategias de IEC hacia la comunidad

Dado que esta estrategia y las actividades de cuidado de la salud bucal en general, **propenden por mantener la salud de las personas**, se solicita a todos los actores del Sistema de Salud y en particular a las entidades territoriales, administradores y prestadores de servicios de toda índole, que al hacer uso de las estrategias de comunicación, información y educación para promocionar y difundir en sus usuarios información sobre la estrategia “Soy Generación más Sonriente” y en general sobre cualquier estrategia de promoción, prevención o atención de la salud bucal, **se haga uso de imágenes, dibujos, fotos o gráficas que representen o hagan referencia a personas (niños, niñas, padres, cuidadores)**, para dar cuenta del aporte que la salud bucal tiene en el bienestar de las personas.

**Gráfica 15. Orientaciones de imágenes de uso y no uso para publicidad de la Estrategia.**

<p style="text-align: center;"><b>SI USAR</b></p> 	<p style="text-align: center;"><b>NO USAR</b></p> 
<p style="text-align: center;"><b>Propósito de la Odontología del siglo XXI debe estar centrado en LA SALUD Y EN LAS PERSONAS</b></p> 	




Por tanto, se solicita **no hacer uso** de imágenes, dibujos, fotos o gráficas que solo presenten estructuras anatómicas aisladas como estructuras dentales fuera de boca, dado que ***esto desvirtúa el propósito de estas estrategias de cuidado bucal centrado en las personas***, y más bien perpetúan el imaginario relacionado con que la atención odontológica sigue basada en la extracción dental, lo cual claramente no corresponde a los propósitos de la odontología del Siglo XXI, ni a lo ordenado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que por el contrario, buscan el bienestar integral de las personas y comunidades.

## Unidad de imagen para la estrategia

---

Para que la población pueda tener fácil recordación, se solicita mantener el nombre de ESTRATEGIA SOY GENERACION MAS SONRIENTE, y hacer uso del siguiente formato conforme a la imagen institucional oficial, para ser usada en cualquier comunicación orientada a la población.

	<p><i>ESTRATEGIA SOY GENERACIÓN MÁS SONRIENTE</i></p>	<p>LOGO DE LA ENTIDAD QUE IMPLEMENTA LA ESTRATEGIA</p>
---	---	--

Los logos de las propias entidades administradoras, prestadoras o de las Entidades Territoriales, podrán incluirse como complemento al logo institucional del Gobierno.





# ANEXO 1. Ejemplo de constancia de realización de procedimientos a entregar a los padres y cuidadores.

 <b>ESTRATEGIA SOY GENERACION MAS SONRIENTE</b> <b>CONSTANCIA DE REALIZACIÓN</b> <b>APLICACIÓN TOPICA DE BARNIZ DE FLUOR -</b> <b>EDUCACIÓN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL</b>						
Nombre de la Institucion que presta el servicio _____						
Nombre (Completo) de padre/acudiente _____						
Nombre(s) del niño/a _____						
<table border="0" style="width:100%"> <tr> <td style="width:60%">Primer nombre</td> <td style="width:40%">Segundo nombre</td> </tr> </table>					Primer nombre	Segundo nombre
Primer nombre	Segundo nombre					
<table border="0" style="width:100%"> <tr> <td style="width:60%">Primer apellido</td> <td style="width:40%">Segundo apellido</td> </tr> </table>					Primer apellido	Segundo apellido
Primer apellido	Segundo apellido					
Edad (Años cumplidos)	Aplicación tópica de barniz de flúor		Educación a padres y/o cuidadores			
	Primera aplicación (registre la fecha de aplicación en dd/mm/aa)	Segunda aplicación (registre la fecha de aplicación en dd/mm/aa)	Primera sesión (registre la fecha de aplicación en dd/mm/aa)	Segunda sesión (registre la fecha de aplicación en dd/mm/aa)		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
Adolescentes gestantes						
Poblacion en condición de discapacidad						

