



Soy Generación **más Sonriente**

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

Versión 1 - Enero 2026





**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

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA

Secretario General

TATIANA LEMUS PÉREZ

Directora Promoción y Prevención

LUZ ANGELA OCHOA CUBILLOS

Subdirectora (E) 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
Subdirección de Enfermedades no Transmisibles

Con aportes de:

LAURA ESPERANZA GÓMEZ GÓMEZ

Odontóloga – MG Salud Pública
Grupo gestión integrada de la salud cardiovascular,
bucal, cáncer y otras condiciones crónicas
Subdirección de Enfermedades no Transmisibles

Contenido

Contenido	4
Lista de abreviaturas	5
Presentación	6
Situación a intervenir.....	9
Resultados a 2025.....	10
Avances en actividades de educación 2015 – 2025.....	10
Avances en la aplicación de barniz de flúor 2015 - 2025	14
Reporte de gestión realizado por las ET y EPS/EAPB con relación al desarrollo de las Jornadas de Salud y los Días de Intensificación de 2025	20
Resultado de las piezas comunicacionales.....	31
Propósito de la Estrategia	33
Objetivo General de la Estrategia	33
Objetivos Específicos de la Estrategia para 2026	33
Población Objeto	34
Metas generales de la Estrategia.....	35
Metas específicas para 2026	35
Actividades de la Estrategia	37
Educación para promover el cuidado de la salud bucal	41
Aplicación de Barniz de Flúor	50
Mecanismos para ampliar las coberturas	56
Financiación	62
Reporte para el monitoreo y evaluación	63
Reporte de las Entidades Territoriales (ET) Departamentales / Distritales...	64
Reporte de las EPS/EAPB	64
Formulario de reporte	65
Recomendación para las estrategias de IEC hacia la comunidad	66
Unidad de imagen para la estrategia	68
ANEXO 1. Ejemplo de constancia de realización de procedimientos a entregar a los padres y cuidadores.....	69

Lista de abreviaturas

ACOP: Academia Colombiana de Odontología Pediátrica
AIEPI: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ANSPE: Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema
APS: Atención Primaria en Salud
COP: Índice de Cariados, Obturados y Perdidos
CUPS: Clasificación Única de Procedimientos en Salud
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EAPB: Entidad Administradora de Planes de Beneficios
EBS: Equipos Básicos de Salud
ENT: Enfermedades No Transmisibles
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EPS: Entidad Promotora de Salud
ET: Entidad Territorial
ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IEC: Información, Educación y Comunicación
IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
PIC: Plan de Intervenciones Colectivas
PICP: Plan Integral de Cuidado Primario
PSPIC: Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
RIA: Ruta Integral de Atención
RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
SEAN: Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social
SSSN: Sistemas Electrónicos Sin Suministro de Nicotina
UPC: Unidad de Pago por Capitación

Presentación

La Estrategia Soy Generación más Sonriente, es una herramienta que busca 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 la población de primera infancia, infancia y adolescencia, con el propósito de contar a futuro con cohortes de población 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, y en el 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 salud¹.

¹ 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), conforme 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, debido a enfermedad bucodental prevenible, a lo cual contribuyen las acciones de esta 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 con frecuencias según el momento de curso de vida y 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 – PICO, 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 territoriales². Dichas acciones se agrupan en: información general dirigida a todas las familias; educación general y específica según el tipo de prioridad; canalización específica por tipo de prioridad; búsqueda activa de casos en todas las familias; y canalización hacia otros sectores o actores locales.
- Conforme a los mecanismos dispuestos en el Sistema de Salud, con la Estrategia Soy Generación más Sonriente, se apropian elementos y

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

acciones financiadas con recursos públicos del Sistema de Salud, para aportar a la garantía del derecho que tiene la población al cuidado oportuno, a la prevención de la enfermedad y por ende a 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 asociadas 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, al fomento de 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 la severidad y la prevalencia 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 y generar oportunidades para que las personas mejoren sus conocimientos en relación con la salud, desarrollen habilidades personales para el cuidado de la salud (propia, de los otros y del territorio) y reflexionen sobre las acciones colectivas a implementar que aporten en la transformación de condiciones de vida que tienen efectos adversos sobre la salud. La intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autorrealización, autogestión y autonomía individual y colectiva, como expresión de la garantía del derecho a la salud y generar condiciones para que las personas, mediante el conocimiento, el desarrollo de valores y de prácticas saludables puedan vivir la mejor vida posible o aportar a cambiar las condiciones para que ello sea factible³.

De otra parte, como complemento a la realización de acciones positivas de cuidado, los servicios de odontología, los profesionales de odontología y sus equipos de apoyo, aportan con la entrega de acciones de prevención y protección específica, procurando controlar y reducir la severidad y presencia de 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 la pérdida dental.

³ Ministerio de Salud y Protección Social. Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud. 2018

Resultados a 2025

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) los cuales se constituyen en la principal fuente para el seguimiento de los avances de la Estrategia.

Para el presente informe debe tenerse presente, que cada año se realizan ajustes y reportes adicionales a la información correspondiente a las vigencias anteriores; en consecuencia, la información de los años previos es actualizada. Asimismo, debe tenerse en cuenta que los datos tienen corte a 15 de diciembre de 2025 y que, durante 2026, estos serán complementados y ajustados para análisis posteriores.

También se presentarán los resultados a partir del *Monitor RIAS*⁴, que reflejan la adherencia a las frecuencias y tiempos de realización de intervenciones, establecidas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento.

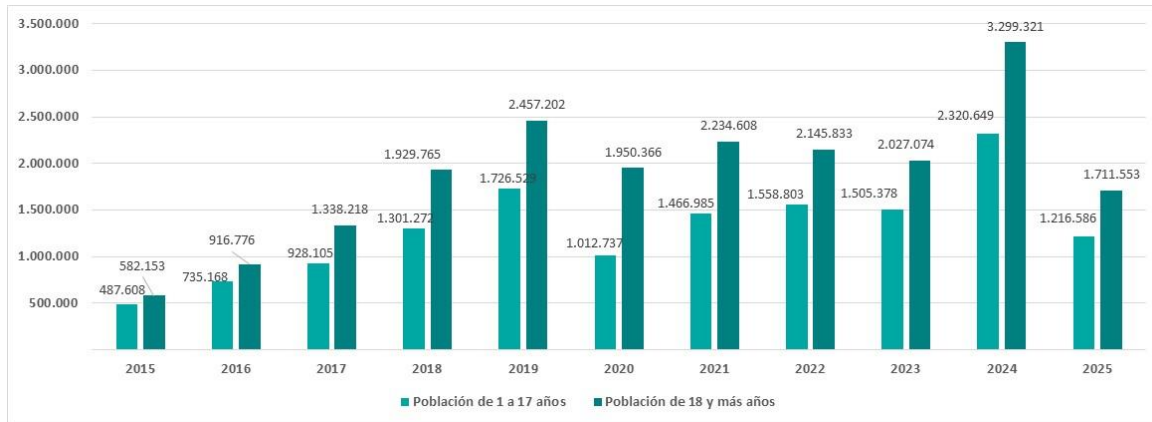
Avances en actividades de educación 2015 – 2025

En la Gráfica 1, se aprecia para 2024 que, con los ajustes a los reportes realizados durante el 2025, se incrementó el total de población reportada con actividades de educación por odontólogo (990203) y por higiene oral (990212) a 2.320.649 personas de 1 a 17 años y a 3.299.321 personas de 18 y más años.

Si bien se reportan con corte de 15 de diciembre de 2025, un total de 1.216.586 personas de 1 a 17 años y 1.711.533 personas mayores de 18 con actividades individuales de educación, se espera que estas cifras incrementen con los ajustes que los actores realicen a los reportes durante el 2026.

⁴ Dispuesto en <https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/MonitorRIAS.aspx>

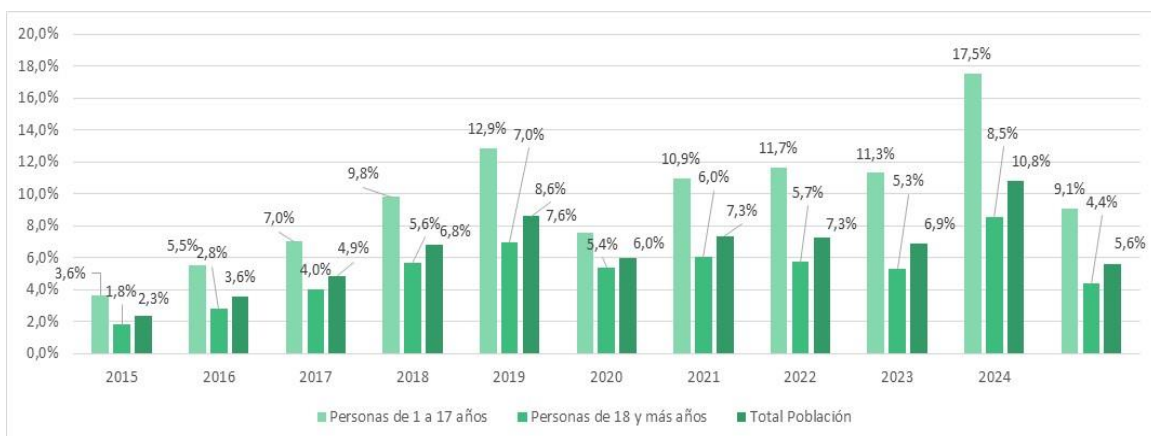
Gráfica 1. Número de personas de 1 a 17 años y mayores de 17 años con actividades de educación individual (por odontólogo e higienista). Colombia 2015-2025



Fuente: Consulta básica a Cubo RIPS de SISPRO- MSPS. Consulta 6/01/2026 con corte a 15/12/2025. Códigos CUPS 990203 y 990212 y edades simples DANE de 1 a 17 años

En la Gráfica 2, se presentan las coberturas (relación de personas que recibieron al menos 1 actividad de educación individual con relación a la población proyectada para cada año por el DANE). Se aprecia un aumento progresivo en las coberturas desde el inicio de la estrategia, teniéndose los mayores valores en los años 2019 y en 2024. Si bien a corte de 2025, las coberturas son inferiores a 2024, se espera que con los ajustes que se realicen en 2026 las coberturas se incrementen para este periodo.

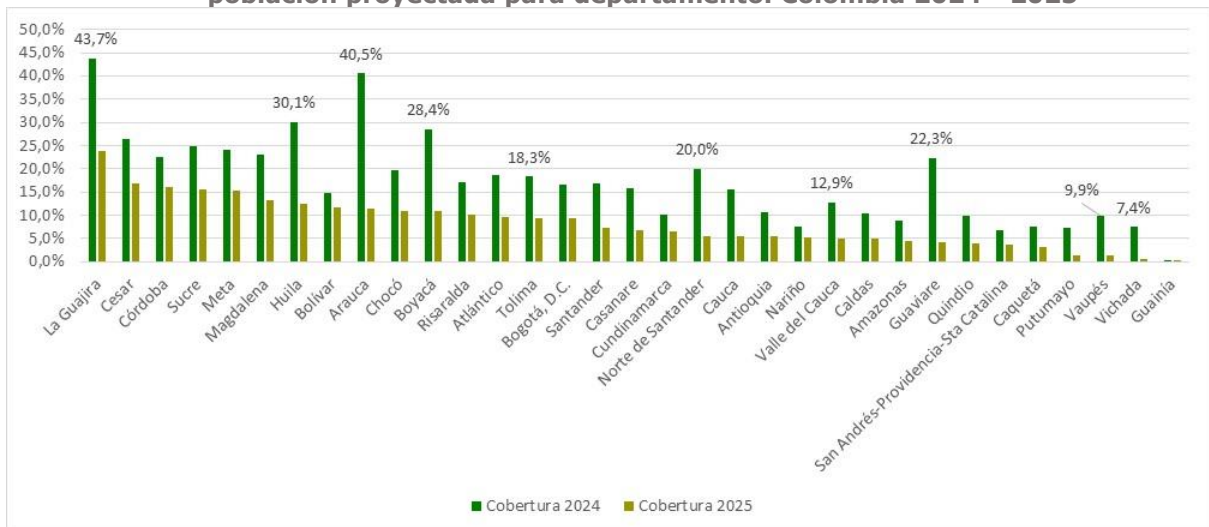
Gráfica 2. Cobertura de educación individual para los grupos de personas de 1 a 17 años, 18 y más años y total de la población. Colombia 2015-2025



Fuente: Consulta básica a Cubo RIPS de SISPRO- MSPS. Consulta 6/01/2026 con corte a 15/12/2025. 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.

Al considerar las coberturas por departamento de las personas de 1 a 17 años que han sido reportadas con por lo menos una actividad de educación individual en 2025 (Gráfica 3), se encuentra que el departamento de La Guajira sigue siendo el territorio con mayores coberturas reportadas en 2024 y 2025 (43,7% y 23,7% respectivamente). Para 2025, le siguen las entidades territoriales de Cesar, Córdoba, Sucre, y Meta.

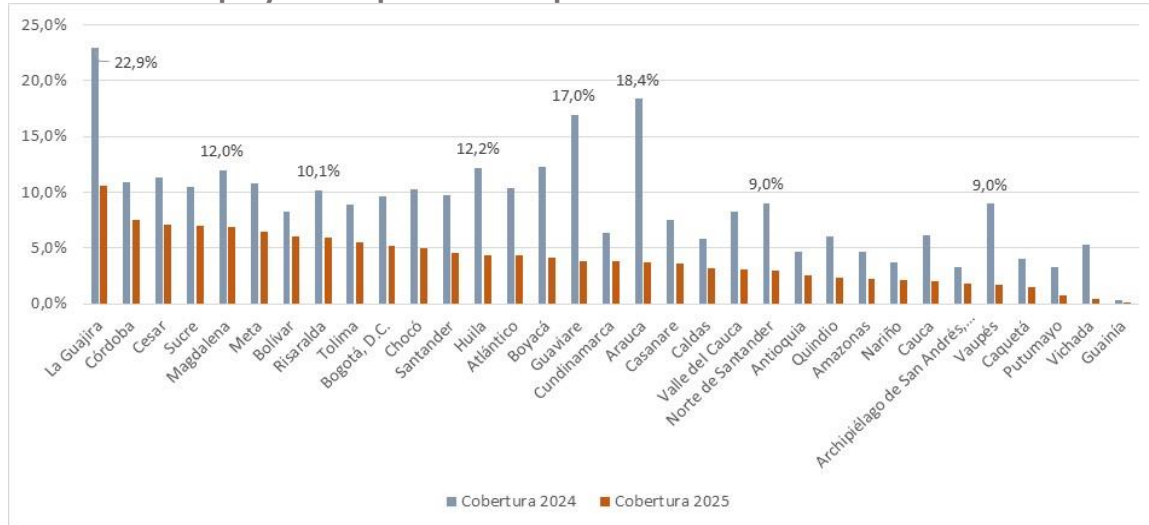
Gráfica 3. Cobertura de personas de 1 a 17 años que recibieron actividades de educación individual (por odontólogo e higiene oral) respecto del total de la población proyectada para departamento. Colombia 2024 - 2025



Fuente: Consulta básica a Cubo RIPS de SISPRO- MSPS. Consulta 6/01/2026 con corte a 15/12/2025. Códigos CUPS 990203 y 990212 y edades simples DANE de 1 a 17 años y para el denominador población de proyecciones DANE.

Así mismo para la población de 18 y más años, el departamento de La Guajira presenta las mayores coberturas (Gráfica 4) para 2025, seguido de los departamentos de Córdoba, Cesar, Sucre, Magdalena, Meta, Bolívar y Risaralda.

Gráfica 4. Cobertura de personas de 18 y más años con actividades de educación individual (por odontólogo e higiene oral) del total de población proyectada para cada Departamento. Colombia 2024 - 2025



Fuente: Consulta básica a Cubo RIPS de SISPRO- MSPS. Consulta 6/01/2026 con corte a 15/12/2025. 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, teniéndose en 2024 hasta ahora la mayor población intervenida, como se aprecia en la Gráfica 5.

Gráfica 5. Número de personas de 1 a 17 años y de 18 y más años con actividades de educación grupal. Colombia 2025

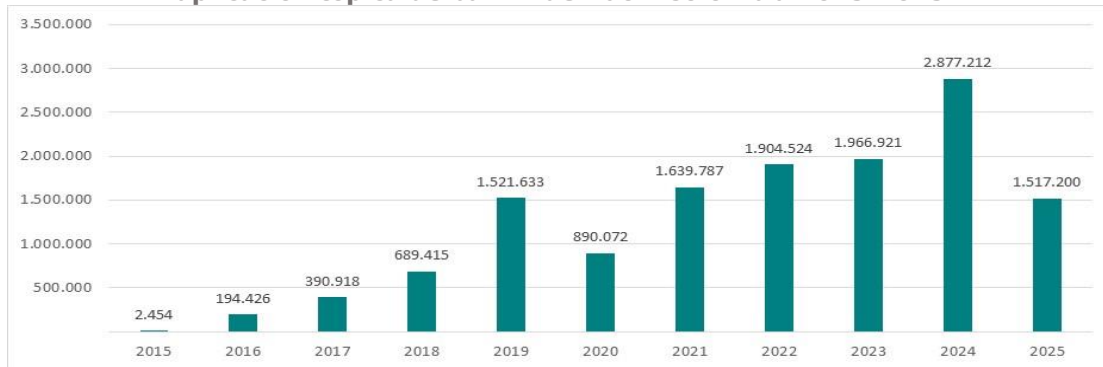


Fuente: Consulta básica a Cubo RIPS de SISPRO- MSPS. Consulta 6/01/2026 con corte a 15/12/2025. Códigos CUPS 990103 y 990112 y edades simples DANE de 1 a 17 años – 18 y más en RIPS.

Avances en la aplicación de barniz de flúor 2015 - 2025

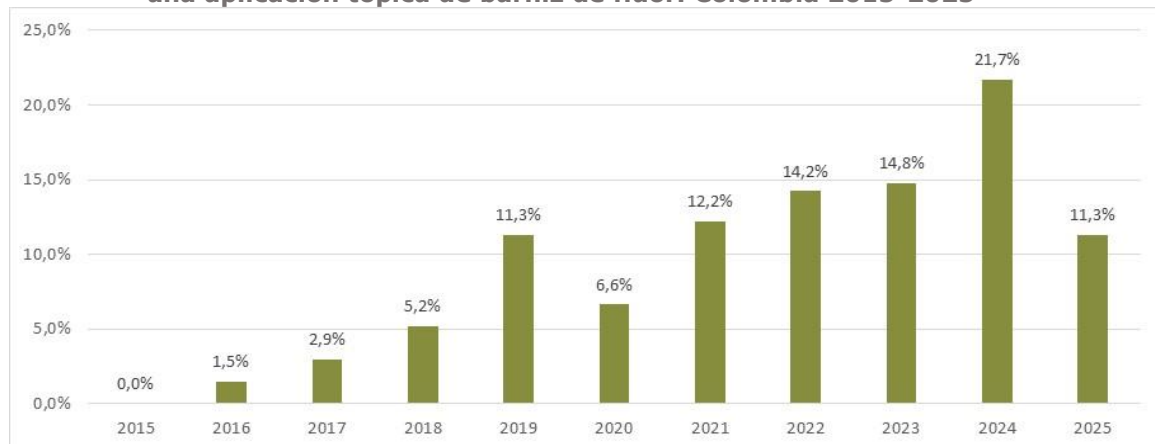
Con los ajustes de información que realizan los prestadores y administradores de servicios durante 2025, en las Gráficas 6 y 7, se muestra el incremento progresivo de las personas de 1 a 17 años que han recibido al menos una aplicación de barniz de flúor siendo el año 2024 el año en el que mayor cantidad de población se ha intervenido.

Gráfica 6. Número de personas de 1 a 17 años, que han recibido al menos una aplicación tópica de barniz de flúor. Colombia 2015-2025



Fuente: Consulta básica a Cubo RIPS de SISPRO- MSPS. 6/01/2026 con corte a 15/12/2025. Código CUPS 997106 y edades simples DANE de 1 a 17 años

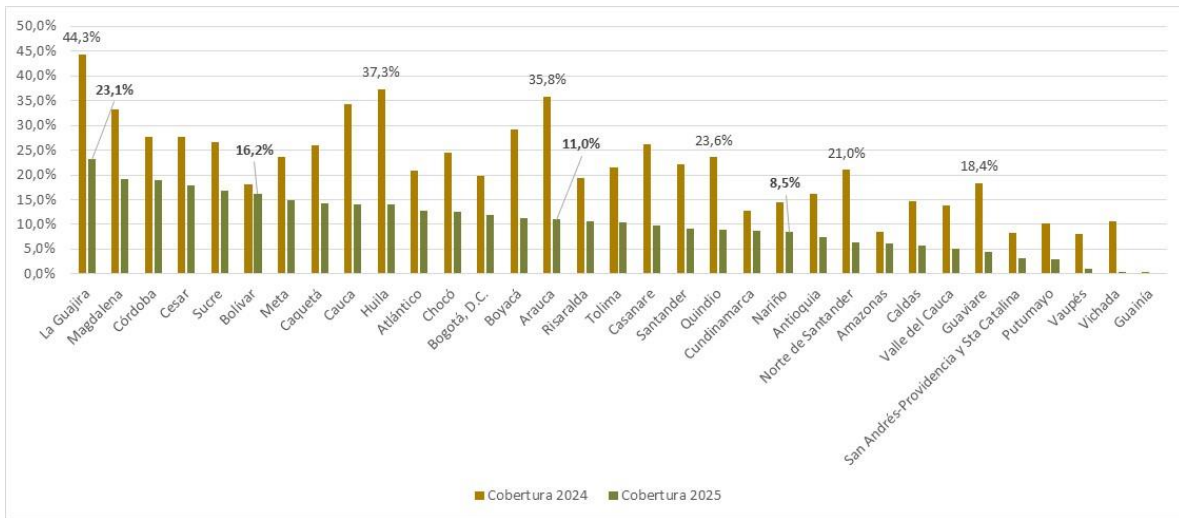
Gráfica 7. Cobertura de las personas de 1 a 17 años, que han recibido al menos una aplicación tópica de barniz de flúor. Colombia 2015-2025



Fuente: Consulta básica a Cubo RIPS de SISPRO- MSPS.6/01/2026 con corte a 15/12/2025. Código CUPS 997106 y edades simples DANE de 1 a 17 años y para el denominador población de proyecciones DANE.

La información por departamento, da cuenta que nuevamente el departamento de La Guajira es la entidad que presenta la mayor cobertura para 2024 y 2025. Si bien las coberturas de 2025 aún son inferiores a las de 2024, se espera que con los ajustes y complementos de información que se realicen en 2026, estas se incrementen (Gráfica 8).

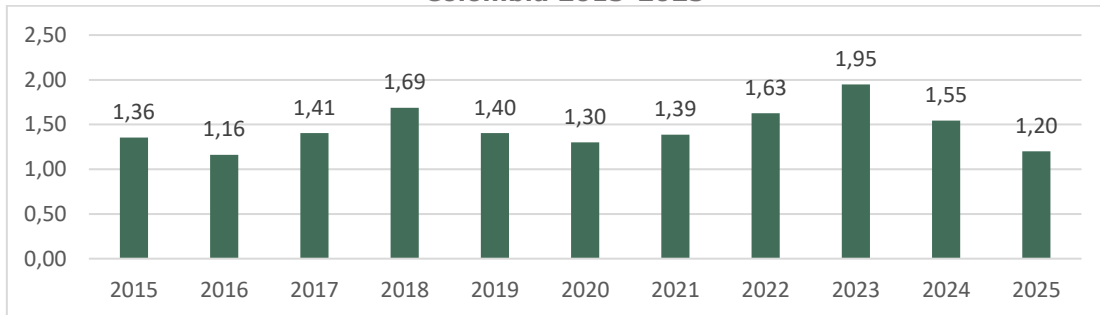
Gráfica 8. Cobertura de personas de 1 a 17 años, que han recibido al menos una aplicación tópica de barniz de flúor, por departamentos. Colombia 2024 - 2025



Fuente: Consulta básica a Cubo RIPS de SISPRO- MSPS.6/01/2026 con corte a 15/12/2025. Código CUPS 997106 y edades simples DANE de 1 a 17 años y para el denominador población de proyecciones DANE.

El promedio de aplicaciones de barniz de flúor por persona, sigue siendo considerablemente inferior a las 2 frecuencias de uso requeridas y establecidas para esta población en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Resolución 3280 de 2018 (Gráfica 9)

Gráfica 9. Promedio de aplicaciones de barniz de flúor en personas de 1 a 17 años. Colombia 2015-2025



Fuente: Cálculo propio a partir de consulta de consulta básica a Cubo RIPS de SISPRO- MSPS. Consulta 6/01/ 2026 con corte a 15/12/2025. Código CUPS 997106.

De otra parte, mediante el *Monitor de RIAS*, se aplica a la base de datos de RIPS un algoritmo para calcular el indicador de cobertura de aplicación de barniz de flúor, considerando las variables de frecuencia de uso (2 aplicaciones) y el tiempo entre aplicaciones definido en la RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud (180 a 215 días), con lo cual se evalúa la implementación del esquema completo.

En un primer cálculo preliminar, que se encuentra en proceso de revisión, se encontró que todos los departamentos, presentan coberturas del esquema completo, por debajo del 1% para los tres momentos del curso de vida, como se presenta en las Tablas 1, 2 y 3.

**Tabla 1. Cobertura de esquema completo en población de primera infancia.
Colombia 2018-2025**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ANTIOQUIA	0,01	0,03	0,01	0	0,02	0,07	0,06	0,02
ATLÁNTICO	0	0,03	0,03	0,01	0,08	0,06	0,09	0,04
NULL	0	0	0	0	0	0,25	0	0
BOGOTÁ, D.C.	0	0,01	0,01	0	0,01	0,01	0,02	0,02
BOLÍVAR	0	0,02	0,02	0	0,03	0,08	0,06	0,13
BOYACÁ	0,01	0,06	0,05	0,01	0,17	1,01	0,32	0,11
CALDAS	0,04	0,03	0,02	0,02	0,06	0,19	0,18	0,04
CAQUETÁ	0	0,01	0	0	0,01	0,05	0,04	0,03
CAUCA	0,01	0,04	0,02	0,05	0,05	0,26	0,16	0,04
CESAR	0,06	0,54	0,32	0,11	0,6	0,41	0,67	0,62
CÓRDOBA	0,01	0	0	0,01	0,07	0,27	0,19	0,13
CUNDINAMARCA	0	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,04	0,03
CHOCÓ	0	0	0,02	0,02	0,17	0,82	0,89	0,57
HUILA	0,02	0,05	0,02	0,11	0,18	0,39	0,39	0,09
LA GUAJIRA	0,02	0,08	0,08	0,12	0,47	0,14	0,49	0,4
MAGDALENA	0,04	0,05	0,07	0,03	0,22	0,44	0,54	0,27
META	0,02	0,04	0,03	0,01	0,04	0,19	0,08	0,02
NARIÑO	0,01	0,05	0,06	0,02	0,03	0,08	0,07	0,01
NORTE DE SANTANDER	0,01	0,03	0,03	0,02	0,07	0,11	0,14	0,04
QUINDIO	0	0,02	0,01	0,01	0,07	0,37	0,2	0,13
RISARALDA	0,04	0,05	0,01	0,01	0,04	0,11	0,17	0,11
SANTANDER	0	0,01	0,02	0,01	0,08	0,18	0,18	0,05
SUCRE	0,01	0,04	0,04	0	0,06	0,14	0,17	0,08
TOLIMA	0,01	0,01	0,02	0,04	0,08	0,21	0,17	0,07
VALLE DEL CAUCA	0,01	0,02	0,01	0	0,02	0,06	0,12	0,06
ARAUCA	0,04	0,08	0,05	0,04	0,52	1,9	0,82	0,1
CASANARE	0,03	0,03	0,01	0	0,03	0,14	0,11	0,02
PUTUMAYO	0	0,04	0,01	0,04	0,12	0	0,02	0
SAN ANDRÉS- PROVIDENCIA-STA CATALINA	0	0	0	0	0	0,02	0	0
AMAZONAS	0,02	0	0,02	0	0,02	0,01	0,17	0,06
GUAINÍA	0	0	0	0	0	0	0	0
GUAVIARE	0,02	0,04	0	0	0,03	0,28	0,09	0,02
VAUPÉS	0	0	0	0	0,06	0,4	0,08	0,03
VICHADA	0	0	0	0	0,02	0,02	0,04	0,01

Fuente: Monitor RIAS a partir de Cubos SISPRO- MSPS consultado el 6/01/2026, considerando dos aplicaciones por persona con diferencia de tiempo de entre 180 y 215 día. Datos de 2025 a primer trimestre.

**Tabla 2. Cobertura de esquema completo de población en infancia.
Colombia 2018-2025**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ANTIOQUIA	0	0,01	0,01	0	0,01	0,07	0,04	0,02
ATLÁNTICO	0	0	0	0	0,03	0,06	0,03	0,02
NULL	0	0	0	0	0	0,25	0	0
BOGOTÁ, D.C.	0	0	0	0	0	0,01	0,01	0,01
BOLÍVAR	0	0,01	0,01	0	0,01	0,08	0,02	0,09
BOYACÁ	0	0	0	0,01	0,15	1,01	0,22	0,07
CALDAS	0,01	0,01	0,01	0	0,03	0,19	0,09	0,01
CAQUETÁ	0	0	0	0	0,01	0,05	0,01	0,02
CAUCA	0	0	0,01	0,03	0,04	0,26	0,07	0,03
CESAR	0,05	0,12	0,08	0,03	0,14	0,41	0,27	0,25
CÓRDOBA	0,01	0	0	0	0,04	0,27	0,1	0,05
CUNDINAMARCA	0	0,01	0,01	0	0	0,02	0,01	0,01
CHOCÓ	0	0	0,07	0,19	0,04	0,82	0,95	0,54
HUILA	0	0,01	0,01	0,01	0,2	0,39	0,15	0,03
LA GUAJIRA	0,01	0,04	0,05	0,03	0,17	0,14	0,3	0,25
MAGDALENA	0,02	0,04	0,04	0,01	0,15	0,44	0,27	0,12
META	0	0,01	0	0	0,02	0,19	0,03	0,02
NARIÑO	0	0,03	0,06	0,01	0,05	0,08	0,02	0,01
NORTE DE SANTANDER	0	0	0	0	0,03	0,11	0,04	0,02
QUINDIO	0	0,01	0	0	0,06	0,37	0,12	0,03
RISARALDA	0	0,01	0	0,01	0,01	0,11	0,06	0,02
SANTANDER	0	0	0,01	0,01	0,03	0,18	0,06	0,03
SUCRE	0	0,01	0,01	0	0,03	0,14	0,17	0,09
TOLIMA	0,01	0,01	0,01	0,01	0,05	0,21	0,05	0,03
VALLE DEL CAUCA	0	0	0,01	0	0,01	0,06	0,09	0,04
ARAUCA	0,01	0,02	0,01	0,01	0,39	1,9	0,3	0,03
CASANARE	0,07	0,02	0	0	0,02	0,14	0,07	0,04
PUTUMAYO	0	0	0	0,01	0,01	0	0,01	0
SAN ANDRÉS- PROVIDENCIA-STA CATALINA	0	0	0	0	0	0,02	0,02	0
AMAZONAS	0,07	0	0	0	0	0,01	0,05	0,03
GUAINÍA	0	0	0	0	0	0	0	0
GUAVIARE	0	0,02	0	0	0,03	0,28	0,13	0
VAUPÉS	0	0	0	0	0	0,4	0,05	0,03
VICHADA	0	0	0	0	0	0,02	0,02	0,01

Fuente: Monitor RIAS a partir de Cubos SISPRO- MSPS consultado el 6/01/2026, considerando dos aplicaciones por persona con diferencia de tiempo de entre 180 y 215 día. Datos de 2025 a primer trimestre.

**Tabla 3. Cobertura de esquema completo de población en adolescencia.
Colombia 2018-2025**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
ANTIOQUIA	0	0	0	0	0,01	0,07	0,03	0,02
ATLÁNTICO	0	0	0	0	0,04	0,09	0,03	0,02
NULL	0	0	0	0	0	0,12	0	0
BOGOTÁ, D.C.	0	0	0	0	0	0,01	0,01	0,01
BOLÍVAR	0	0	0	0	0,02	0,07	0,03	0,09
BOYACÁ	0	0	0	0	0,09	0,92	0,14	0,08
CALDAS	0	0,01	0,01	0	0,04	0,22	0,08	0,01
CAQUETÁ	0	0	0	0	0	0,01	0,01	0,02
CAUCA	0	0,01	0,02	0,04	0,1	0,25	0,08	0,01
CESAR	0,06	0,11	0,05	0,03	0,12	0,4	0,24	0,17
CÓRDOBA	0	0	0	0	0,03	0,23	0,07	0,04
CUNDINAMARCA	0	0,01	0,01	0	0	0,02	0,01	0,01
CHOCÓ	0	0	0,02	0,03	0,08	1,1	1,33	0,88
HUILA	0,01	0,02	0,02	0,03	0,16	0,52	0,14	0,03
LA GUAJIRA	0,01	0,02	0,03	0,05	0,13	0,14	0,24	0,24
MAGDALENA	0,03	0,1	0,06	0,03	0,16	0,41	0,3	0,08
META	0	0	0	0	0,03	0,18	0,03	0,01
NARIÑO	0	0,02	0,06	0,01	0,04	0,09	0,05	0,01
NORTE DE SANTANDER	0	0	0	0	0,02	0,08	0,05	0,01
QUINDIO	0	0	0	0	0,05	0,33	0,06	0,02
RISARALDA	0,01	0,01	0	0	0,02	0,13	0,04	0,02
SANTANDER	0	0,01	0,02	0,03	0,03	0,16	0,05	0,02
SUCRE	0	0,01	0	0	0,03	0,13	0,1	0,06
TOLIMA	0	0,01	0	0,01	0,03	0,16	0,03	0,02
VALLE DEL CAUCA	0	0	0,01	0	0,01	0,07	0,05	0,02
ARAUCA	0,01	0,02	0,02	0,01	0,3	1,61	0,3	0,06
CASANARE	0,04	0,02	0	0	0	0,09	0,07	0,06
PUTUMAYO	0	0	0	0,02	0,01	0	0	0
SAN ANDRÉS- PROVIDENCIA-STA CATALINA	0	0	0	0	0	0	0	0
AMAZONAS	0,01	0	0	0	0	0,01	0,02	0
GUAINIA	0	0	0	0	0	0	0,02	0
GUAVIARE	0	0	0	0	0	0,15	0,07	0
VAUPÉS	0	0	0	0	0,03	0,45	0	0
VICHADA	0	0	0	0	0	0,03	0,01	0

Fuente: Monitor RIAS a partir de Cubos SISPRO- MSPS consultado el 6/01/2026, considerando dos aplicaciones por persona con diferencia de tiempo de entre 180 y 215 día. Datos de 2025 a primer trimestre.

Ante estos hallazgos, se está revisando el proceso de registro y de cálculo del indicador, pero por ser ya una información dispuesta públicamente, se hace uso de lo reportado a la fecha en el *Monitor de RIAS*, pero se advierte que es posible tener ajustes a futuro.

En todo caso, se requiere continuar y reforzar las gestiones para incrementar las coberturas, toda vez que esta actividad es aplicable al 100% de la población objetivo y no tiene progresividad, ante lo cual es necesario identificar el fortalecimiento de las gestiones conjuntas que deben implementar las entidades territoriales, las EPS/EAPB y los prestadores de servicios, a fin de superar las coberturas hasta ahora logradas.

Reporte de gestión realizado por las ET y EPS/EAPB con relación al desarrollo de las Jornadas de Salud y los Días de Intensificación de 2025

Durante el 2025, se continuó recopilando información a través del formulario, sobre la gestión adelantada por las Entidades Territoriales (ET) y las EPS/EAPB en las fechas programadas para la realización de Jornadas de Salud y Días de Intensificación, que fueron programadas desde el nivel nacional.

Gestiones reportadas por las Entidades Territoriales

Mediante los lineamientos e instructivo del reporte, se solicitó a las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales, relacionar la población cubierta y las gestiones adelantadas, desde sus competencias y con recursos del PIC.

A pesar de la orientación, se recibieron reportes de ESEs, Hospitales, IPS, y otros prestadores y de municipios que no son Distritos Especiales, los cuales ***no fueron incluidos en el análisis que se presenta en este documento, por la imposibilidad de reconocer si los datos estaban recogidos por las ET o por EPS/EAPB con quienes tengan vínculos y en procura de reducir la potencial duplicidad de información.*** Ejemplo de ello fue el caso del municipio de Cubarral y el departamento del Meta, de los que se incluyó solo lo reportado por el Departamento. Por este año solo se incluyeron de forma excepcional, los municipios de Ipiales, Cota y Manaure, debido a que sus

respectivos departamentos de Nariño, Cundinamarca y Cesar no realizaron reporte.

Tabla 4. Entidades Territoriales que realizaron reporte en el formulario de gestión, durante el 2025

Dirección Local de Salud de Ipiales (Nariño)	Alcaldía Municipal de Cota (Cundinamarca)
Secretaría de Salud de Manaure (Cesar)	Secretaría de Salud Pública Distrito Especial de Santiago de Cali
Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla	Secretaría de Salud Departamental del Atlántico
ET Departamental Archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Secretaría Departamental de Salud de Bolívar
Secretaría de Salud Departamental de Santander	Dirección Territorial de Salud de Caldas
Secretaría de Salud de Casanare	Secretaría de Salud Departamental del Guainía
Secretaría Departamental de Salud del Guaviare	Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca
Secretaría de Salud Departamental del Quindío	Secretaría de Salud de Risaralda
Secretaría de Salud de Boyacá	Secretaría de Salud del Meta
Secretaría de Salud Departamental del Chocó	Gobernación del Valle del Cauca
Secretaría Distrital de Salud de Medellín	Secretaría Departamental de Salud del Amazonas
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	Gobernación de Antioquia

Fuente: Formulario de Reporte de Gestión de la Estrategia Soy Generación más Sonriente, 2025

No se contó con información reportada por las ET de los departamentos de Caquetá, Cauca, Córdoba, Huila, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Sucre, Tolima, Putumayo, Vaupés, y Vichada y para los distritos especiales diferentes a Bogotá, Barranquilla, Cali y Medellín.

Las ET realizaron acciones de salud bucal en zonas rurales a través de Jornadas de Salud en un total de 564 municipios del país, siendo los principales realizadores los territorios de Boyacá (aportó el 26,8%), Antioquia (25,2%), Santander (18,1%), y Atlántico (11,3%). De otra parte, se reportaron 1048 zonas urbanas, en donde se realizaron Jornadas de Salud, con aportes principalmente de Boyacá (22,1%), Antioquia (20,2%), Santander (15,5%) y Cesar (7,4%).

Mediante las Jornadas de Salud reportadas en el formulario de gestión por las ET durante el año 2025, se intervino con recursos del PIC a un total de 103.246 personas de 1 a 17 años con actividades de educación. Los territorios con mayores aportes fueron Casanare (26,2%), Boyacá (22,0%), Antioquia

(11,9%), y Caldas (10,1%), seguido por los demás territorios a partir de Meta (4,9%). Adicionalmente, el total de personas de 18 y más años, cubierta con acciones de educación en cuidado bucal a través de Jornadas de Salud financiados con recursos del PIC y reportadas en el informe de gestión, alcanzó las 60.886 personas, siendo principalmente aportados por Boyacá (33,1%), Casanare (28%), Antioquia (13%) y Santander (6,6%).

En la Tabla 5 se presentan las principales gestiones reportadas por las Entidades Territoriales, con el fin de que puedan ser un referente de acción para otras entidades o para las gestiones a realizar en 2026.

Tabla 5. Gestiones reportadas por las Entidades Territoriales para la realización de Jornadas de Salud, 2025

Gestión		Descripción de la Gestión
Estrategias de información y comunicación	16	Desarrollo de piezas comunicacionales: E-Card, piezas gráficas, cuñas, canciones, programas de radio, posters y otras, para sensibilizar y promover la participación activa de la comunidad, difundiendo a través de redes sociales, emisoras comunitarias y más.
Canalización - Demanda inducida	13	Articulación con DLS, ET con las ESEs, EPS/EAPB y red de prestadores para la organización de las jornadas, así como con otros programas y servicios para desarrollar jornadas de salud integral.
Asistencias Técnicas	12	Dirigidas a Direcciones Locales, E.APB, y prestadores de servicios públicos y privados
Planeación y coordinación previa	11	Socialización de lineamientos nacionales, definición de lineamientos metodológicos y operativos territoriales para los municipios, articulación entre actores según responsabilidades, orientaciones para el reporte y seguimiento.
Articulación con el PAI	9	Articulación de los programas de salud bucal y el programa de inmunización PAI.
Articulación intersectorial	8	Articulación con otras instancias del gobierno (alcaldías, magisterio, secretarías de educación, ICBF, personería municipal, renta ciudadana, sector deportes, entre otros), para definir compromisos y aportes.
Generación y difusión de orientaciones	8	Generación y remisión de oficios, lineamientos, orientaciones, circulares a prestadores y EPS para comprometer la participación.
Desarrollo de capacidades	6	Fortalecimiento del THS de DLS, IPS, ESEs sobre normatividad que justifica las acciones
Acompañamiento de Jornadas	6	Acompañamiento y supervisión presencial en terreno a municipios, EPS/EAPB y prestadores en días de Jornadas de Salud y Días de Intensificación.
Requerimientos de soportes	5	Evidencia fotográfica de realización de actividades, informes con descripción de gestiones y acciones con evidencias, creación de formatos para consolidación de información.
Estrategias de educación	4	Realización de actividades de educación en servicios, salas de espera y en comunidades, sobre hábitos saludables y en la importancia de la aplicación de flúor en barniz cada 6 meses para los menores de 17 años.
Articulación con entornos	3	Articulación principalmente con el entorno educativo.
Gestión con empresa privada	3	Busca de apoyo para entrega de kits de higiene bucal con objetivos en zonas dispersas y rurales del país
Gestión en el marco del PIC	2	Gestión con ESEs contratadas por el PIC, para el desarrollo de acciones de educación en el cuidado bucal, a partir de las fechas en las que se logró la contratación del PIC.
Articulación con comunidad	2	Articulación con líderes comunitarios
Monitoreo, seguimiento y evaluación	2	Realización de reuniones periódicas con actores clave de los territorios, para el seguimiento, monitoreo y evaluación de la articulación entre actores, la implementación de actividades, y la verificación en el logro de avances, haciendo uso de la recolección y análisis de datos que permiten fortalecer la planeación y el desarrollo de actividades en los entornos y zonas urbanas y rurales.
Organización logística	1	Definición de espacios y lugares de realización que se socializan a la comunidad
Fortalecimiento de canales de comunicación	1	Creación de grupos de WhatsApp con odontólogos de provincias para remisión de recordatorios
Disponibilidad exclusiva de profesionales	1	Organización del talento humano con exclusividad para fechas de jornadas
Adecuación intercultural	1	Implementación de estrategias con enfoque intercultural
Uso de unidades móviles o unidades portátiles	1	Disposición y transporte de unidades móviles y portátiles

Fuente: Formulario de Reporte de Gestión de la Estrategia Soy Generación más Sonriente, 2025

Gestiones reportadas por las EPS/EAPB

De igual forma en el reporte realizado como EPS/EAPB, se evidenciaron registros realizados por varias IPS, Hospitales y Clínicas, por lo que tampoco fueron incluidos sus datos en este análisis, por las mismas razones que en el caso de las ET. A continuación, se relacionan las EPS/EAPB que realizaron reportes:

Tabla 6. EPS/EAPB que realizaron reporte en el formulario de gestión, durante el 2025

NUEVA EPS	Emssanar EPS	Comfenalco EPS
SALUD TOTAL EPS	EPS Sura	MUTUAL SER EPS
Capital Salud EPS	ASMET SALUD	Sanitas EPS
Capresoca EPS	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPS-I	FONDO DE PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA
Savia Salud EPS	Universidad del Valle	ECOPETROL
EPS SOS	EPS INDIGENA MALLAMAS	SANIDAD POLICIA NACIONAL
EPS COMFACHOCO	UNISALUD UPTC	Coosalud EPS
EPS COMPENSAR	COSMITET	FUNDACION SALUDMIA EPS
Fondo de Seguridad Social en Salud Universidad de Nariño		

Fuente: Formulario de Reporte de Gestión de la Estrategia Soy Generación más Sonriente, 2025

A partir de los reportes realizados por las EPS/EAPB, se presenta a continuación la información relacionada con las aplicaciones de flúor y las educaciones individuales realizadas, para los territorios en donde las EPS/EAPB tuvieron injerencia; no se identificó información para los departamentos de Putumayo, Guainía y Vichada.

Tabla 7. Aplicación de barniz de flúor y de educación reportadas por EPS/EAPB para población de primera infancia por territorios, por 2025

Primera Infancia	Primera dosis barniz de flúor	Segundas dosis barniz de flúor	Porcentaje de población con segundas dosis reportadas (segundas dosis / primeras dosis * 100)	Educación individual o grupal	Cuidadores con Educación
Santa Marta	126	144	114%	243	243
Arauca	592	668	113%	1256	821
Cauca	9133	7128	78%	3102	9287
Cesar	2026	1476	73%	3760	3582
La Guajira	225	123	55%	366	292
Cundinamarca	2237	1206	54%	3073	3500
Bolívar	2947	1373	47%	3772	2995
Huila	7648	3511	46%	10673	10268
Sucre	1520	693	46%	1881	1253
Boyacá	4935	2192	44%	8142	9843
Atlántico	5186	2249	43%	5611	5726
San Andrés, Providencia y Sta Catalina	122	52	43%	143	143
Casanare	3202	1263	39%	4477	2946
Cartagena	287	112	39%	282	297
Magdalena	2159	792	37%	2898	2788
Barranquilla	2404	829	34%	3011	3024
Córdoba	3464	1161	34%	3799	3845
Tumaco	48	16	33%	64	101
Santander	3009	915	30%	3611	3172
Meta	1540	445	29%	1919	373
Norte de Santander	4892	1369	28%	3614	6346
Barrancabermeja	178	49	28%	219	219
Antioquia	12135	3151	26%	14280	12127
Medellín	1677	429	26%	1735	1735
Caquetá	34393	8737	25%	20645	24334
Bogotá	7830	1533	20%	8575	7984
Caldas	1064	195	18%	1271	1288
Amazonas	11	2	18%	13	13
Chocó	1881	320	17%	2677	1696
Guaviare	756	117	15%	873	0
Valle del Cauca	2163	333	15%	2441	2321
Nacional ECOPETROL	2965	436	15%	3401	6802
Quindío	1846	265	14%	2043	2272
Cali	1028	146	14%	1149	1148
Nacional SURA	10836	920	8%	7365	7365
Nariño	26693	2225	8%	17960	27424
Villavicencio	48	4	8%	52	14
Risaralda	3339	267	8%	3675	3579
Tolima	1617	68	4%	1550	1549
Apartado	36	0	0%	19	18
Bello	71	0	0%	35	35
Buenaventura	116	0	0%	116	116
Riohacha	6	0	0%	6	6
Turbo	49	0	0%	48	48
Vaupés	46	0	0%	46	10

Fuente: Formulario de Reporte de Gestión de la Estrategia Soy Generación más Sonriente, 2025

Aunque en los reportes no se especificó la diferencia de los 6 meses (180 días) entre la primera y segunda dosis, si se solicitó el reporte de la 1 y 2 dosis aplicada confiando en el cumplimiento del esquema definido por la RIA de Promoción y Mantenimiento. Para este grupo de población (Tabla 7), el 56% de los 45 territorios con reportes, registraron aplicación de las segundas dosis en

el 25% o más de la población, como era la meta esperada para 2025, en tanto el 13% no reportó la realización de segundas dosis.

Tabla 8. Aplicación de barniz de flúor y de educación reportadas por EPS/EAPB para población en infancia por territorios, 2025

Infancia	Primera dosis barniz de flúor	Segundas dosis barniz de flúor	Porcentaje de población con segundas dosis reportadas (segundas dosis / primeras dosis * 100)	Educación individual o grupal	Cuidadores con Educación
Amazonas	4	11	275%	15	15
Arauca	487	678	139%	1167	814
Santa Marta	151	159	105%	271	271
Cauca	11236	9531	85%	3300	11590
San Andrés, Providencia y Sta Catalina	96	59	61%	133	133
La Guajira	319	166	52%	486	523
Norte de Santander	2455	1223	50%	3791	6398
Cesar	2861	1396	49%	2818	2644
Sucre	1602	736	46%	2056	1091
Casanare	3642	1630	45%	5285	3937
Boyacá	8075	3587	44%	12329	14879
Huila	8921	3851	43%	12170	11763
Quindío	2088	851	41%	2354	2767
Bolívar	3497	1409	40%	4617	3186
Atlántico	3548	1314	37%	3977	3999
Córdoba	3379	1159	34%	3744	3565
Magdalena	1697	561	33%	2170	2072
Meta	1558	513	33%	1948	426
Barranquilla	2885	923	32%	3551	3539
Antioquia	15111	4272	28%	18750	23898
Barrancabermeja	233	65	28%	298	298
Santander	4184	1092	26%	4953	4040
Tolima	523	130	25%	512	436
Cundinamarca	5573	1299	23%	3598	4101
Bogotá	9311	2164	23%	10588	9612
Cartagena	243	50	21%	266	226
Tumaco	33	6	18%	39	40
Nacional ECOPETROL	6647	1190	18%	7837	15674
Valle del Cauca	2601	452	17%	3067	2936
Medellín	1496	256	17%	1589	1589
Caquetá	20462	3471	17%	18044	45872
Villavicencio	35	5	14%	40	14
Nariño	37334	5120	14%	25617	38221
Guaviare	645	86	13%	731	0
Caldas	1025	120	12%	1139	1131
Cali	1290	150	12%	1456	1450
Risaralda	3439	383	11%	3899	3508
Nacional SURA	10306	787	8%	8816	8816
Chocó	2766	148	5%	2908	1292
Riohacha	20	1	5%	21	21
Buenaventura	116	4	3%	120	120
Vaupés	103	1	1%	104	30
Apartado	47	0	0%	22	22
Bello	51	0	0%	38	38
Turbo	56	0	0%	59	59

Fuente: Formulario de Reporte de Gestión de la Estrategia Soy Generación más Sonriente, 2025

En la población infantil, el 51,1% de los territorios reportaron aplicación de segundas dosis en un 25% o más de dicha población (Tabla 8).

Tabla 9. Aplicación de barniz de flúor y de educación reportadas por EPS/EAPB para población adolescente por territorios, 2025

Adolescencia	Primeras dosis barniz de flúor - Adolescentes	Segundas dosis barniz de flúor - Adolescentes	Porcentaje de población con segundas dosis reportadas (segundas dosis / primeras dosis * 100)	Educación individual o grupal - Adolescentes	Cuidadores de Adolescentes con Educación
Arauca	486	876	180%	1324	514
Santa Marta	82	86	105%	141	141
Cauca	11767	10579	90%	2484	12078
San Andrés, Providencia y Sta Catalina	47	41	87%	72	72
Cesar	1838	1458	79%	3459	3374
La Guajira	202	110	54%	312	253
Casanare	3164	1625	51%	4820	3714
Boyacá	5222	2543	49%	8256	9527
Quindío	1793	857	48%	1943	2493
Cundinamarca	2046	967	47%	2817	3302
Sucre	1044	460	44%	1284	629
Bolívar	2703	1147	42%	3625	1997
Atlántico	2219	879	40%	2631	2665
Huila	7829	2955	38%	10243	9858
Norte de Santander	1594	570	36%	2166	1976
Magdalena	1064	356	33%	1411	1347
Córdoba	2636	843	32%	2968	2575
Barrancabermeja	162	49	30%	211	517
Riohacha	7	2	29%	9	9
Santander	3040	849	28%	3719	2952
Barranquilla	2380	663	28%	2866	2874
Tolima	323	87	27%	323	322
Meta	1406	375	27%	1733	302
Antioquia	11347	2914	26%	15367	10042
Cartagena	149	29	19%	160	141
Nacional ECOPETROL	7139	1387	19%	8526	17052
Bogotá	7490	1337	18%	8467	7614
Caquetá	16402	2710	17%	14526	47822
Caldas	997	156	16%	1145	1139
Valle del Cauca	1990	308	15%	2308	2209
Guaviare	635	71	11%	706	0
Cali	855	94	11%	994	988
Villavicencio	23	2	9%	25	11
Nariño	41519	3425	8%	25845	42457
Risaralda	2503	185	7%	2704	2364
Chocó	2423	174	7%	2771	1164
Medellín	922	60	7%	1054	1054
Nacional SURA	6245	346	6%	5698	5698
Tumaco	64	2	3%	66	66
Buenaventura	76	1	1%	77	77
Apartado	17	0	0%	9	9
Bello	39	0	0%	27	27
Turbo	20	0	0%	19	19
Vaupés	42	0	0%	42	6
Amazonas	0	10		10	10

Fuente: Formulario de Reporte de Gestión de la Estrategia Soy Generación más Sonriente, 2025

Para el grupo de adolescentes, el 53,3 % de los territorios reporta coberturas de segundas dosis iguales o superiores al 25 % de la población objetivo (Tabla 9).

Tabla 10. Aplicación de barniz de flúor y de educación reportadas por EPS/EAPB para población gestante por territorios, 2025

Gestantes	Primeras dosis barniz de flúor - Gestantes	Segundas dosis barniz de flúor - Gestantes	Porcentaje de población con segundas dosis reportadas (segundas dosis / primeras dosis * 100)	Educación individual o grupal - Gestantes
Arauca	11	67	609%	77
Chocó	3	5	167%	11
Caquetá	280	398	142%	1042
Sucre	154	137	89%	90
Quindío	10	8	80%	7
Santander	28	21	75%	19
Córdoba	212	133	63%	174
Huila	290	176	61%	374
Cesar	36	21	58%	44
Bolívar	399	201	50%	564
Vaupés	2	1	50%	3
Atlántico	140	57	41%	200
Boyacá	131	49	37%	166
Antioquia	245	76	31%	368
Cundinamarca	60	17	28%	96
Bogotá	39	11	28%	51
Santa Marta	8	2	25%	9
Casanare	46	11	24%	57
Magdalena	22	5	23%	22
Meta	16	3	19%	15
Barranquilla	78	2	3%	213
Apartado	5	0	0%	5
San Andrés, Providencia y Sta Catalina	3	0	0%	14
Caldas	6	0	0%	6
Cauca	5	0	0%	5
Guaviare	12	0	0%	12
La Guajira	16	0	0%	4
Medellín	1	0	0%	2
Nacional SURA	8	0	0%	11
Nariño	35	0	0%	38
Norte de Santander	17	0	0%	17
Riohacha	1	0	0%	1
Risaralda	117	0	0%	101
Tolima	9	0	0%	6
Turbo	1	0	0%	1
Valle del Cauca	9	0	0%	8
Amazonas	0	0		0
Barrancabermeja	0	0		0
Bello	0	0		0
Buenaventura	0	0		0
Cali	0	0		0
Cartagena	0	0		2
Nacional ECOPETROL	0	0		0
Tumaco	0	0		0
Villavicencio	0	0		0

Fuente: Formulario de Reporte de Gestión de la Estrategia Soy Generación más Sonriente, 2025

En las gestantes, en el 38% de los territorios se reportó aplicación de segundas dosis en coberturas superiores al 25%. Sin embargo, en el 20% de los territorios, no se aplicó ninguna de las dos dosis en las gestantes y en el 33% de los territorios no se aplicaron segundas dosis en estas mujeres (Tabla 10).

Aún con lo anterior, se observa que, para la totalidad de lo reportado, las gestantes son el grupo que, en conjunto, contó con la mayor cobertura de segundas dosis, en tanto en la primera infancia, la infancia y la adolescencia las coberturas totales fueron similares y superiores al 25% (Tabla 11).

Tabla 11. Total nacional de aplicación de barniz de flúor y de educación, reportado por EPS/EAPB por momento de curso de vida, 2025

	Primeras dosis barniz de flúor	Segundas dosis barniz de flúor	Porcentaje de población con segundas dosis reportadas (segundas dosis / primeras dosis * 100)	Educación individual o grupal	Cuidadores con educación
Primera Infancia	76.551	23.988	31%	58.862	80.226
Infancia	84.156	26.851	32%	70.531	123.622
Adolescencia	79.651	23.948	30%	62.209	126.251
Gestantes	575	418	73%	1.340	
TOTAL POBLACIÓN REPORTADA	240.933	75.205	31%	192.942	330.099

Fuente: Formulario de Reporte de Gestión de la Estrategia Soy Generación más Sonriente, 2025

En la Tabla 12 se presentan las principales gestiones reportadas por las EPS/EAPB, que también resultan ser referentes de acción para otras entidades y para las gestiones a realizar en 2026.

Tabla 12. Gestiones reportadas por las EPS/EAPB para la realización de Jornadas de Salud y Días de Intensificación, 2025

Gestión		Descripción de la Gestión
Estrategias de información y comunicación	24	Desarrollo de piezas publicitarias, pendones, flyer alusivos a la jornada, videoclips, podcast, vallas publicitarias, carteleras educativas, posters, uso de redes sociales, correos electrónicos, páginas web, para sensibilizar y promover la participación activa de la comunidad.
Demanda inducida	15	Uso de comunicación telefónica, voz a voz, diversos medios de comunicación (incluye emisoras comunitarias), líderes comunitarios o educativos y desde diferentes servicios (crecimiento y desarrollo, control prenatal, otros servicios médicos, gestiones de las RIAS)
Concertación con comunidad	10	Concertación con actores clave para el despliegue de acciones de las Jornadas en parques, barrios, puntos de encuentro comunitarios, hogares de bienestar (CDI y Hogares Comunitarios), como parte de la atención extramural.
Entrega de bases de datos	9	Reporte a prestadores de la población susceptible y seguimiento de la misma
Planeación y coordinación previa	9	Convocatoria a reuniones técnicas con la red prestadora para definir cronograma de Jornadas de Salud y Días de Intensificación, metas poblacionales, priorización de cohortes de riesgo, entrega de lineamientos operativos, plan de acción y modelo de atención, entre otros.
Asistencias técnicas	9	Para el acompañamiento, monitoreo y seguimiento a equipos y red de prestadores previo, durante y posterior al desarrollo de las Jornadas de Salud y Días de Intensificación.
Coordinación de logística	8	Para la asignación de recursos necesarios (personal médico, equipos de salud, materiales educativos, insumos y materiales de atención, equipos médicos, material promocional, herramientas necesarias para la realización de actividades, etc.), y disposición de los lugares para la realización de las actividades (hospitales, centros de salud).
Articulación y generación de alianzas y estrategias	7	Realizadas con las Redes Integradas de Servicios de Salud, prestadores de servicios, Equipos Multidisciplinario en Salud, diversos servicios de atención, equipos territoriales, equipos PIC, centros de atención, y equipos de atención individual, conforme las necesidades y según las condiciones particulares de la población objeto.
Capacitación y orientación al THS	7	Dirigido a la red de prestadores, sobre objetivos de la jornada, procedimientos a seguir, metas de salud pública a alcanzar, forma de registrar y reportar adecuadamente la información, sistema de calidad, y otros.
Articulación con el PAI	6	Articulación de los programas de salud bucal y el programa de inmunización PAI
Reporte de información a nivel nacional	5	Acompañamientos, verificación y validación del reporte en RIPS y en el Formulario de Gestión de la Estrategia, incluyendo soportes fotográficos.
Coordinación en entornos	5	Coordinación de la realización de estrategias de educación individual y grupal y visitas en entornos escolares y comunitarios.
Entrega de kits	4	Entrega de kits de salud bucal a la población intervenida en la jornada de intensificación como parte del material didáctico y educativo entregado.
Seguimiento y evaluación	4	Seguimiento y evaluación a la realización de acciones, a la gestión y al impacto de la jornada, a fin de identificar oportunidades de mejora y reforzar la calidad en la prestación de los servicios
Estrategias de educación	3	Educación individual y grupal en los servicios de salud (salas de espera, servicios de salud)
Flexibilización de agendas	3	Ampliación de horarios de atención y de fechas adicionales para realizar Jornadas de Salud y Días de Intensificación
Control de actividades	3	Mediante el registro de las actividades desarrolladas en Historias Clínicas, bases de datos y planillas de usuarios atendidos, herramienta de seguimiento de 2das topificaciones y otros instrumentos de información institucionales dispuestos por las EPS
Expedición y socialización de Circulares	2	Generadas por las propias EPS o por las ET con las Instrucciones/orientaciones para fortalecer el compromiso de la ejecución de acciones
Disponibilidad exclusiva de profesionales	2	Para la atención específica de actividades de protección específica y educación de la estrategia en las Jornadas de Salud y Días de Intensificación
Agendamiento previo	2	Agendamiento previo de citas a la población objeto de las actividades.
Socialización de retroalimentaciones del Ministerio	1	Socialización de las retroalimentaciones realizadas por el Ministerio acerca de las actividades de protección específica, contenidos educativos y las estrategias comunicacionales generadas.
Articulación y coordinación	1	Articulación y coordinación de las EPS con las ET para asegurar la convocatoria y participación de la población objetivo
Charlas informativas	1	Realización de charlas informativas y asesorías personalizadas para la mejora de prácticas diarias de higiene bucal.
Definición de metas	1	Definición de metas por sedes de cada subred integrada de servicios de salud.
Seguimiento de usuarios	1	Seguimiento de usuarios pendientes de segunda aplicación del barniz
Registro fotográfico	1	Registro fotográfico y verificación del cumplimiento de metas de cobertura.
Reenvío de información	1	Reenvío de información a población no consultante para promover su asistencia
Exclusividad de agendas	1	Exclusividad de agendas para población a la cual se aplicaba el barniz de flúor
Fortalecimiento de canales de comunicación	1	Fortalecimiento de canales de comunicación mediante uso de líneas directas de soporte para dar respuesta rápida a dudas relacionadas con el registro de información, cargue de datos y validación de los servicios prestados.
Generación de informes	1	Generación de informes post Jornadas de Salud y Días de Intensificación
Seguimiento a planes de trabajo	1	Seguimiento a los planes de trabajo definidos por cada IPS/ESE
Desplazamiento del personal	1	Desplazamiento del personal odontológico a IPS de servicio médico
Contratación	1	Contratación de las actividades mediante cápita, asegurando los recursos para la ejecución de acciones
Apoyo con promotores	1	Apoyo con promotores integrales en salud, a las actividades de revisión de carnet y demanda inducida en apoyo a punto fijo y casa a casa
Articulación con programas sociales	1	Articulación y vinculación con programas de niños y adolescentes
Jornadas con ICBF	1	Jornadas en hogares de bienestar (CDI, Hogares comunitarios)

Fuente: Formulario de Reporte de Gestión de la Estrategia Soy Generación más Sonriente, 2025

Dado que los reportes solicitados a las ET y a las EPS/EAPB en el Formulario de Gestión, hacen referencia a lo trabajado durante los días de Jornadas de Salud y los días de Intensificación de la Estrategia, y lo reportando por tanto resulta ser una submuestra del total final que debe ser reportado en los RIPS, se espera que los resultados totales una vez ajustado el reporte en RIPS, sean superiores dado que allí se recopilan adicionalmente las intervenciones realizadas durante todas las consultas a lo largo del año.

En las gestiones reportadas tanto por Entidades Territoriales como por EPS/EAPB, si bien se evidencian importantes gestiones, se espera para 2026 fortalecer las actividades que ya vienen desarrollando, además de ampliar o iniciar la articulación con programas sociales (ICBF, Red Unidos, y otros), enfatizar en el acercamiento a poblaciones diferenciales (población étnica, con discapacidad, campesina, rural y dispersa, entre otros), articular gestiones con otros programas o equipos que trabajan enfermedades no transmisibles a fin de aunar esfuerzos para abordar determinantes sociales comunes, y cualquier otra alianza o articulación en procura de ampliar la gestión interinstitucional e intersectorial, para reducir inequidades en la provisión de cuidados para la salud bucal.

Resultado de las piezas comunicacionales

Resulta relevante resaltar que el 90% de las piezas comunicacionales, remitidas al Ministerio tanto por las Entidades Territoriales como por las EPS/EAPB, han acogido las orientaciones de estos lineamientos en lo relacionado con las imágenes a emplear. Sin embargo, es necesario dar sostenibilidad y continuidad a las recomendaciones que se realizan en este documento, para que los colaboradores que apoyan los diseños gráficos de las entidades mantengan el uso de imágenes que ponen en el centro a las personas y su bienestar.



En ese sentido, se agradece a todos los profesionales, coordinadores, auxiliares de salud oral y demás profesionales y talento humano de la salud, la buena disposición, recepción positiva y la acogida a las recomendaciones y retroalimentaciones realizadas desde la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio, en procura que las imágenes como mecanismo de mercadeo social, incidan en la transformación del imaginario de los propios profesionales de la salud, de los gerentes de salud, de la población, de las familias, comunidades y personas hacia la importancia y el propósito del cuidado bucal, para preservar de forma natural todos los tejidos bucales incluyendo la conservación en boca del mayor número de dientes desde la primera infancia y hasta la vejez.

Propósito de la Estrategia

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

Objetivo General de la Estrategia

Incrementar la cobertura efectiva y continua de las acciones de educación para el cuidado de la salud bucal dirigidas a menores de 18 años, familias y cuidadores y el esquema completo anual de aplicación de barniz de flúor en la población de 1 a 17 años.

Objetivos Específicos de la Estrategia para 2026

- Fortalecer las capacidades de los menores de 18 años, de sus familias y cuidadores en el cuidado de la salud bucal, mediante procesos continuos de educación para la salud.
- Incrementar progresiva y efectivamente la cobertura de aplicación del esquema completo anual de barniz de flúor (dos aplicaciones al año con al menos seis meses de diferencia) en la población de 1 a 17 años.
- Implementar la Estrategia con enfoque diferencial, garantizando adaptaciones operativas para poblaciones étnicas, rurales, migrantes, con

discapacidad y de economía popular, víctimas del conflicto armado, y demás grupos diferenciales, de acuerdo con sus condiciones sociales, culturales y territoriales.

- Mejorar la calidad, oportunidad y uso de la información en salud bucal, fortaleciendo el registro, monitoreo y análisis de los datos provenientes de los RIPS, el PIC y otras fuentes, para apoyar la toma de decisiones y la mejora continua de la Estrategia y el seguimiento a la garantía del derecho a la salud.

Población Objeto

- Menores de edad entre 1 y 17 años para recibir aplicación de barniz de flúor y actividades de educación para el cuidado de la salud bucal.
- Mujeres gestantes adolescentes, para recibir aplicación de barniz de flúor y actividades de educación para el cuidado de la salud bucal.
- 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

- 100% de los municipios del país implementan las intervenciones de educación y aplicación de barniz de flúor en la población de 1 a 17 años, acorde con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 y los presentes lineamientos.
- Coberturas útiles (superiores al 80%) en el 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 2026

- 100% de los departamentos y municipios del país, con incremento en un 20% de la cobertura efectiva de personas con acciones de educación frente a lo realizado en 2025, dirigidas a los menores de 18 años, familias y cuidadores mediante intervenciones individuales y colectivas para fortalecer sus capacidades en el cuidado de la salud bucal, en el marco de la Atención Primaria en Salud y lo establecido en la Resolución 3280 de 2018.
- Lograr en cada municipio y distrito una cobertura del 35% de las personas con esquema completo de aplicación de barniz de flúor en población de 1 a 17 años (2 aplicaciones al año con al menos 6 meses de diferencia en la fecha de aplicación).
- Implementar en 2026, adaptaciones operativas de la Estrategia con enfoque diferencial y territorial en el 100% de los departamentos del país, incorporando acciones específicas para población étnica, rural, migrante, con discapacidad, entre otros.
- 100% de los Departamentos y Distritos y EPS/EAPB con implementación de procesos de fortalecimiento de las capacidades de su red de prestadores, en



el reporte de las actividades de educación para la salud bucal y de acciones de protección específica como la aplicación de barniz de flúor.

El logro de estas metas requiere del compromiso y de la gestión de Entidades Territoriales, EPS/EAPB 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 programaciones y 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 Soy Generación más Sonriente, 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 a recibir la educación y las aplicaciones de barniz de flúor conforme al esquema definido.

Los mecanismos de Jornadas de Salud y 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 10), y con la implementación de otros posibles mecanismos, siempre que favorezcan la reducción de las oportunidades perdidas para la entrega efectiva de estas acciones:

Gráfica 10. 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, acompañar y hacer seguimiento 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:

- Informar sobre 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 equipos del Programa Ampliado de Inmunización PAI y los equipos de Salud Bucal de Entidades Territoriales, EPS/EAPB y Prestadores de Servicios, deben gestionar 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 – 2026, se tiene prevista la articulación de los equipos, para lo cual adicional a este lineamiento deben tenerse presentes los lineamientos y orientaciones que, se generen desde el Programa Ampliado de Inmunizaciones. 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.

A 2026 también resulta relevante para el tema de salud bucal, reconocer la necesidad de abordar la diversidad social, cultural, territorial y poblacional del país, así como la necesidad de reducir las inequidades en salud bucal. En este sentido, la Estrategia incorpora un enfoque diferencial y territorial, orientado a adaptar las acciones de educación y protección específica a las condiciones particulares de las personas, familias y comunidades, garantizando el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud.

Este enfoque hace parte de la Atención Primaria en Salud, y de los enfoques de curso de vida y de determinantes sociales de la salud, y se operacionaliza mediante ajustes en la planeación, ejecución y seguimiento de las intervenciones, de acuerdo con las características de cada población.

Las acciones dirigidas en este apartado, se proponen como orientaciones generales, que deberán ser adaptadas, complementadas o ampliadas por cada

Entidad Territorial y EPS/EAPB de acuerdo con los contextos socioculturales, organizativos, territoriales y con las particularidades de las comunidades presentes en su jurisdicción.

En este marco, se sugiere fortalecer en estas poblaciones, entre otras, las siguientes acciones:

Enfoque étnico

- Incorporar procesos de diálogo de saberes y participación comunitaria.
- Adaptar los contenidos educativos a las lenguas, prácticas culturales y sistemas propios de cuidado.
- Articularse con autoridades tradicionales, organizaciones comunitarias y agentes propios de salud.
- Priorizar modalidades extramurales que faciliten el acceso en territorios colectivos y rurales dispersos.

Enfoque rural y rural disperso

- Realizar jornadas extramurales integradas con otros programas de salud.
- Uso de equipos básicos de salud y atención casa a casa.
- Ajustes en la frecuencia y modalidad de atención para reducir barreras geográficas.
- Realizar coordinación intersectorial para optimizar recursos logísticos y de transporte.

Personas con discapacidad

- Adaptación de materiales educativos (lenguaje claro, accesibilidad cognitiva y sensorial).
- Acompañamiento a cuidadores y familias.
- Coordinación con servicios especializados cuando sea necesario.
- Priorización de la continuidad del cuidado.

Población de economía popular y comunitaria

- Horarios flexibles y atención sin pre-agendamiento.
- Estrategias de demanda inducida en entornos comunitarios y laborales informales.
- Modalidades extramurales y jornadas integradas.
- Articulación con organizaciones sociales y comunitarias.

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 comunitaria⁵.

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 Salud⁶.

⁵ Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. 21 de noviembre de 1986.

⁶ 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

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 salud⁷, 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 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 trauma⁸, presencia de dispositivos o elementos extraños en boca, entre otras), y cómo manejar la relación de la salud bucal

⁷ 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)

⁸ Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bulletin of the World Health Organization. 2005; 83(9).

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.

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 periodontal¹, 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 recomendadas⁹ (Gráfica 11).

Gráfica 11. Recomendaciones de la cantidad de crema dental a usar



Fuente: Academia Colombiana de Odontología Pediátrica, ACOP¹⁰

⁹ Academia Colombiana de Odontología Pediátrica, ACOP - <https://www.acop.com.co/preguntas-frecuentes/>

¹⁰ Academia Colombiana de Odontología Pediátrica, ACOP - <https://www.acop.com.co/preguntas-frecuentes/>

- 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 (diagnóstico precoz) y prevención terciaria (tratamiento y rehabilitación)¹¹. 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 mismo¹² cuando existen lesiones iniciales de caries¹³, y tiene acción cariostática en lesiones más avanzadas.

¹¹ 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.

¹² Buzalaf MA, Pessan JP, Hónorio HM, ten Cate JM. Mechanisms of action of fluoride for caries control. Monogr Oral Sci 2011; 22: 97-114.

¹³ Pessan JP, Tumba KJ, Buzalaf MA. Topical use of fluorides for caries control. Monogr Oral Sci. 2011; 22: 115-32.

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%¹⁴.

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

¹⁴ 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

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 disponer de escenarios y oportunidades para garantizar la educación y el cumplimiento del esquema aplicación de barniz de flúor y reducir las oportunidades perdidas de realizar estas acciones***, 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/EAPB y ET) y por los prestadores de servicios (ESEs, IPS y EBS¹⁵), 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.

En 2026 se mantienen los siguientes mecanismos:

¹⁵ EBS: Equipos básicos de salud

Gráfica 12. 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/EAPB, 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 y articular sus gestiones con los equipos PAI, para planear, preparar y desarrollar las jornadas conjuntas, que se generalmente se programan para los meses de abril, julio y octubre o en aquellas fechas que finalmente defina el PAI, conforme los lineamientos que sean expedidos por ellos para los **meses posteriores al mes de enero de 2026**. 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/EAPB 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 2026 a nivel
nacional son:
Entre el 11 a 14 de
marzo
Entre el 10 a 13 de
junio
Entre el 19 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/EAPB y prestadores de servicios de salud con sus equipos de odontología, y con la colaboración y apoyo de las ET. 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, y deben realizarse en los meses de marzo, junio y agosto, empleando todos los días

o algunas de las fechas aquí definidas, a fin de que puedan ser Jornadas Nacionales.

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.

La comunidad debe ser informada, de forma amplia y anticipada, sobre 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 a las fechas programadas o a las fechas de Intensificación para completar el esquema.

Las aseguradoras y los prestadores con el apoyo de las Entidades Territoriales, 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 conforme la normatividad vigente**, 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 2026, se continuará, sin embargo, con un formulario para monitorear las gestiones 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/EAPB**.

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 ESEs o IPS con quienes tienen contratadas las acciones del PIC en el territorio, quienes suministrarán el talento humano, los recursos tecnológicos e insumos necesarios en el marco de sus competencias para los procesos de educación, pero también con las EPS/EAPB y prestadores para articularse realizar las acciones de protección específica, siendo las EPS/EAPB quienes aporten los materiales e insumos que acuerden conforme la población a intervenir. En conjunto entre las ET y las EPS/EAPB deberán coordinar el talento humano y los mecanismos y logísticas para en el marco la APS acercar estas acciones y las demás que sean necesarias a las poblaciones. Además, conjuntamente coordinarán los procesos de información y socialización a las diversas comunidades.

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/EAPB

Las EPS/EAPB 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/EAPB.

Formulario de reporte

Para el 2026, ***no se tendrán en cuenta los reportes que de forma aislada a las Entidades Territoriales y a las EPS/EAPB realicen prestadores de servicios de salud (ESEs, Hospitales, clínicas, profesionales).***

El formulario de reporte de la gestión estará disponible durante todo el año a partir del mes de marzo, 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

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, qué 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.



Los ejemplos, aquí usados son tomados de los reportes allegados a este Ministerio, preservando la confidencialidad de las personas e instituciones para que no se generen inconvenientes.

Se reitera por tanto la solicitud de **no hacer uso** por ningún medio (posters, flyers, redes sociales, pendones, decoraciones de servicios de salud o cualquier otro medio), 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 estando centrada 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.

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

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.

 ESTRATEGIA SOY GENERACION MAS SONRIENTE CONSTANCIA DE REALIZACIÓN APLICACIÓN TÓPICA DE BARNIZ DE FLUOR - EDUCACIÓN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL				
Nombre de la Institucion que presta el servicio _____				
Nombre (Completo) de padre/acudiente _____				
Nombre(s) del niño/a _____				
Primer nombre Segundo nombre				
Apellido(s) del niño/a _____				
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				