PERFIL Y COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL ODONTÓLOGO EN COLOMBIA

2013

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

EQUIPO DE TRABAJO

Benjamín Herazo Acuña	*Tribunal Nacional de Ética Odontológica TNEO*
Germán Hernández *Jorge Orlando Cuéllar*	*Colegio Colombiano de Odontólogos Colegio Colombiano de Odontólogos*
Carlos Gaidos	*Colegio Colombiano de Odontólogos – Hospital Simón Bolívar Bogotá*
María Fernanda Atuesta	*Federación Odontológica Colombiana*
Jorge Castellanos Robayo	*Academia Nacional de Medicina*
Stephen Colas	*Cooperativa Nacional de Odontólogos Colombianos Coodontólogos*
Jairo Ternera Pulido *Patricia Londoño* Ulloa *Adriana Padilla* Castañeda	*Secretaría Distrital de Salud de Bogotá Secretaría Distrital de Salud de Bogotá Secretaría Distrital de Salud de Bogotá*
Gina Castro *María Pardo* Patricia Barrero	*Asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO Asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO Asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO*
Sandra Tovar Valencia	*Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles Salud oral, visual y auditiva.*
Ana María Cortés Fajardo *Ruth Yelitza Rubio González*	*Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección Desarrollo de Talento Humano en Salud*

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

CONTENIDO

		Pàg.
	PRESENTACIÓN	
1	HISTORIA Y LEGISLACIÓN DE LA PROFESIÓN EN COLOMBIA	
2	SITUACIÒN ACTUAL	
2.1	SALUD BUCAL Y ODONTOLOGÌA EN COLOMBIA	
2.2	APROXIMACIONES A LA OFERTA DE TALENTO HUMANO EN ODONTOLOGÍA	
3.	ACTUALIZACIÒN DEL PERFIL Y LAS COMPETENCIAS	
3.1	PERFIL PROFESIONAL	
3.2	COMPETENCIAS	
3.2.1	COMPETENCIAS TRASNVERSALES	
3.2.2	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	
4.	EL ODONTOLOGO DEL NUEVO SIGLO	
5.	SOCIALIZACIÒN Y RETROALIMENTACIÒN	
6.	ANEXOS	
7.	DOCUMENTOS CONSULTADOS	

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Historia y Prevalencia de caries dental en la dentición permanente de la Línea de Base Colombia 2010 – 2011 con relación a la Historia y Prevalencia reportados por el ENSAB III 1998

Tabla 2 Clasificación de la Severidad de la Caries a partir de los índices COP Tradicional y COP Modificado por departamentos y para todas las edades. Línea de Base Colombia 2010 – 2011

Tabla 3 Proporción de personas por número de dientes presentes según edad. Línea de Base Colombia 2010 - 2011

Tabla 4 Egresados por Sub especialidad Odontológica y Odontología General años 2001 a 2011

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1. Causa de no asistencia
Gráfico 2. Actividades realizadas en consulta
Gráfico 3 Características demográficas. Estructura poblacional por grupos quinquenales de edad
Gráfico 4. Distribución departamental de odontólogos
Gráfico 5. Actividad de la fuerza laboral. Ingreso base de cotización al SGSSS
Gráfico 6. Actividad de la fuerza laboral. Tipo de vinculación

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

PRESENTACION

Se presenta ante los organismos estatales encargados y responsables del cumplimiento del mandato constitucional que invoca la Salud como Derecho Fundamental de la sociedad Colombia, ante las fuerzas vivas de la profesión odontológica y ante la población expectante de que los dos entes anteriores, Estado y Profesión, propicien su bienestar y una mejor calidad de vida.

El imperativo hipocrático y los postulados éticos son contundentes en la exigencia de poner a disposición de la comunidad todo el conocimiento, tanto el tradicional como el actualizado, la tecnología avanzada y el comportamiento impecable de toda profesión de la Salud.

El perfil profesional con sus correspondientes competencias constituye el derrotero y el parámetro de control y vigilancia tanto dinámico como objetivo para buscar el mejor éxito razonablemente posible a fin dar cumplimiento al mandato constitucional arriba mencionado. Esto implica que el odontólogo como ser humano, como profesional formado en una institución de educación superior y como ciudadano, debe emplear todos los medios posibles para promover la salud, prevenir la enfermedades oral, diagnosticar y tratar las mismas, hacer seguimiento y evaluación esmerada y responsable de tales tratamientos, desempeñar eficientemente las labores de gestión en salud, enfocar sus capacidades en el desarrollo del conocimiento y la tecnología mediante la investigación y/o la docencia; todo lo anterior dentro de los paradigmas filosóficos del contexto social, profesionalismo, ética y humanismo.

Hagamos una corta reflexión sobre el marco histórico, político, jurídico y legal en virtud del cual la profesión odontológica fue llamada a participar en la concepción, estructuración, gestión y realización del presente documento.

Desde el trágico episodio de Caín y Abel, la Humanidad ha sentido la necesidad de organizarse dentro de un marco de ordenamiento consensuado para lograr la convivencia como un objetivo primordial y razonable.

A través de innumerables siglos la historia registra la conformación de grupos, tribus, comunidades, colonias y sociedades dirigidas por jefes, caciques, monarcas, presidentes, jefes de estado, mediante las modalidades de reinados, imperios, regímenes democráticos algunos y pseudo-democráticos, dictaduras y tiranías.

La institucionalización del binomio ESTADO/PUEBLO o NACIÓN/CIUDADANÍA ha prevalecido recientemente como la organización política de cada país ceñida a los parámetros conjuntamente establecidos en lo que se llama la Constitución Política.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

Ante el incontenible aumento demográfico y la complejidad del ordenamiento social, al Estado se le ha vuelto virtualmente inmanejable la estructuración de las Leyes y su ejecución, así como el respectivo control en el cumplimiento de las mismas.

No es para nada novedoso que el mundo se haya visto necesitado a acudir a medidas que se hallan inmersas en el paradigma de lo que se denomina Participación Ciudadana, lo cual en cierto modo desemboca en los conceptos pragmáticos concebidos como Iniciativa Ciudadana, esta última involucrada en la proposición de leyes, conformación de Veedurías y en la Auto-Regulación, todo esto destinado a asegurar la ejecución de las Leyes, así como el respectivo control en el cumplimiento de las mismas.

Es en el contexto de lo ya registrado en las líneas anteriores, que el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento del mandato constitucional, convocó a las fuerzas vivas de la Profesión odontológica a participar en la definición del Perfil Profesional así como en la actualización y re-estructuración de sus propias Competencias Profesionales, documento oficial de incuestionable importancia para regular y auto-regular el Ejercicio Profesional de nuestra Profesión en beneficio de la Comunidad.

Desde el año 2005 se trabajó en este proceso que hoy culmina, lo cual permite sacar a la luz este documento; lamentablemente se interpuso una suspensión de casi cinco años generada por intereses lejanos a la claridad y a lo cual no deseo referirme en detalles para no interrumpir el apacible talante con el cual me he sentado a escribir este texto.

Hubiéramos querido contar con el parecer, las luces y el calor humano de colegas e instituciones con lo cual sin duda se hubiera enriquecido este Documento, pero esto no fue posible a pesar de numerosas y perseverantes convocatorias.

Se contó con valiosa colaboración de personas y asociaciones particulares que de manera discontinua hicieron valiosos aportes y cuyos nombres figuran en la portada de este Documento, pero me permito enaltecer la trascendental y noble colaboración de asesoría y logística de la Academia Nacional de Medicina, en la persona del Dr. Jorge Castellanos Robayo. Justo es afirmarlo que el Colegio Colombiano de Odontólogos, al cual represento, estuvo siempre presente y pro-activo en este proceso.

Dado que con evidente exceso de generosidad se me fue encomendada la redacción de la Introducción al presente Documento, considero mi deber ser franco y transparente al estampar mi pensamiento en estas líneas y lamentar la inexplicable apatía de mis colegas, que a manera individual o colectiva, mostraron a través de los varios años que transcurrieron para adelantar el fatigoso proceso requerido para sacar a la luz pública este Documento.

En consecuencia, me veo precisado a solicitar y, por qué no conminar, a nuestro gremio a ser fiel con la casta y la estirpe profesional con las cuales nuestros antecesores con mística y abnegación concibieron y llevaron a la realidad el reconocimiento de la

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

Odontología Colombiana como profesión digna en lo científico, tecnológico, social y humanístico, sobre lo cual las actuales generaciones hemos podido cristalizar nuestros ideales de desarrollarnos como personas y seres humanos.

Sirva este modesto pronunciamiento como una voz de estímulo para que en el futuro mis colegas se consideren verdaderos partícipes como también responsables de su propio porvenir y el de las futuras generaciones de odontólogos colombianos. Me permito transcribir las siguientes líneas que, para alimentar este escrito, solicité a una de mis hijas que adquirió su Maestría en Regulación en una reconocida institución internacional y a quien le solicité un autorizado pronunciamiento sobre lo que significa **AUTO-REGULACION**, RETO este que nos espera a los odontólogos desde ahora y en el inmediato y remoto futuro.

"Regulación determinada por un sector en particular y ejecutada por el Estado o por el sector mismo, que se basa en el hecho de que sus profesionales y representantes tienen un mayor y más profundo conocimiento de las prácticas, información y requerimientos, los cuales permitirían que el desarrollo de la profesión o disciplina alcance resultados óptimos. Al respecto existen dos alternativa: a) optimizar la regulación de sectores que requieren de un conocimiento del alto nivel técnico y científico y b) evitar una posible excesiva o deficiente regulación del Estado" (El subrayado es de quien esto escribe para resaltar la importancia de estos dos términos como se verá más adelante).

El mensaje a mis colegas es solicitar su valioso aporte de esfuerzos con entereza, diligencia, bondad en el corazón a fin de retribuir lo que se nos fue dado y asegurar la grandeza de la Odontología Colombiana en el tiempo y en la historia, y retribuir aquello de lo que recibimos de generaciones anteriores. No atender a las futuras convocatorias provenientes del sector oficial es retroceder en el tiempo a épocas tribales y de escaso desarrollo de los grupos poblacionales, a las cuales se les imponía normas taxativas para lograr de manera rudimentaria la organización y el desarrollo de las mismas. Si no contribuimos a la auto-regulación de nuestra profesión, otros entes lo harán posiblemente con normas excesivas o deficientes, ante lo cual nos veremos llorando sobre la leche derramada.

Germán Hernández
Colegio Colombiano de Odontólogos

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

1. HISTORIA Y LEGISLACIÓN DE LA PROFESIÓN EN COLOMBIA

En el país el ejercicio de la profesión de odontología se empieza a regular a partir de la Ley 10 de 1962 “por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología”, se define quienes pueden practicar la profesión en el país, instancias que autorizan el ejercicio, proceso para la convalidación de los títulos y sanciones por el ejercicio ilegal de la profesión.

Posteriormente, mediante la Ley 35 de 1989 se adopta el Código de Ética del Odontólogo en Colombia, por medio del cual se abordan aspectos tales como requisitos para ejercer la profesión, principios, relación profesional con el paciente, sus colegas, con personal auxiliar y con las instituciones, deberes del profesional; secreto profesional, prescripción, historia clínica y consentimiento informado, entre otros.

El código ha sido sujeto de modificaciones, a través del Decreto 491 de 1990 y la Resolución 1995 de 1999 en cuanto a los siguientes aspectos:

- Historia Clínica. Art. 1, Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, literal a “… es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”.

- Consentimiento Informado. Art. 8, Decreto 491 de 1990: “El odontólogo cumple la advertencia del riesgo previsto a que se refiere la Ley 35 de 1989, Capítulo II, artículo 5o., con el aviso que en forma prudente haga a su paciente, o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica odontológica, pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento odontológicos” Art. 9, “El odontólogo quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto, en los siguientes casos: a) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan; b) Cuando exista urgencia para llevar a cabo el procedimiento odontológico”

En cuanto las sanciones e investigaciones a los profesionales de la odontología, que infringen postulados éticos y disciplinarios, contenidos en la Ley 35 de 1989 y Decreto Reglamentario, se aplica el Código Disciplinario Único - Ley 734 de 2002 y los artículos 70 y 79 de la Ley 35 de 1989, así como los artículos 35 a 44 del Decreto 491 de 1990.

Resultado de las tutelas interpuestas por los ciudadanos con el fin de obtener servicios de salud oral que complementen el POS, se han solicitado servicios como: Atención integral de las secuelas de labio y paladar hendido, cirugía ortognática y prótesis dentales. Se presentan dos sentencias de reciente expedición por su trascendencia normativa relacionada con los servicios del POS.

La Sentencia T-760 de 2008. Ordena la nivelación de los planes de beneficios, universalización del aseguramiento, actualización anual del POS y mayor autonomía del Comité Técnico Científico de las EPS para autorizar procedimientos y medicamentos que el paciente requiera para el tratamiento integral. Las órdenes de la Corte Constitucional abren un especial escenario para que la profesión discuta la inclusión de procedimientos como: Tratamiento integral de la enfermedad gingival, tratamiento integral de la patología labio y paladar hendido: inclusión de la cirugía ortognática.

Decreto 2024 de 1984. Normaliza el contenido de yodo que debe dosificarse a la sal (entre 50 y 100 ppm), ordena la adición de flúor (entre 180 y 220 ppm) y establece sanciones a lo reempacadores que infrinjan la norma. Estas acciones de salud pública son de gran importancia para los ciudadanos y la odontología ya que es una medida masiva para la prevención de la caries dental.

Decreto 491 de 1990. Reglamentario del Código de ética; Define claramente las responsabilidades del odontólogo con sus pacientes, describe la forma de elección de los magistrados del tribunal de ética y las posibles formas de reemplazo en caso de recusación; además define el consultorio odontológico como un espacio privado para la atención del paciente.

Decreto 547 de 1996. Por el cual se reglamenta el Título V de la Ley 09 de 1979, en cuanto a la expedición del registro sanitario y a las condiciones sanitarias de producción, empaque y comercialización, al control de la sal para consumo humano.

Sugiero eliminar este párrafo porque es general para todo el THS.

Agremiaciones de la profesión

La odontología como profesión en Colombia cuenta con variados tipos de organizaciones gremiales y empresariales, tales como:

Tribunal Nacional de Ética Odontológica: El Tribunal Nacional de Ética Odontológica es una Entidad creada por la Ley 35 de Marzo 8 de 1989 y reglamentada por el Decreto 491 de 1990, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios ético profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la odontología en Colombia.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

Federación Odontológica Colombiana - FOC[1]: La FOC consta de 28 Seccionales que la representan en su territorio, estas son: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, Guajira, Magdalena, Sucre y San Andrés; Boyacá, Norte de Santander, Santander, Arauca, Barrancabermeja y Tundama; Antioquia, Caldas, Chocó, Quindío, Risaralda y Tolima; Valle, Cauca, Nariño, e Ipiales; Cundinamarca, Girardot, Meta, y Huila.

La FOC cuenta con las siguientes sociedades científicas: Sociedad Colombiana de Endodoncia, Sociedad Colombiana de Ortodoncia, Sociedad Colombiana de Ortopedia Maxilar, Academia Colombiana de Odontología Pediátrica, Sociedad Colombiana de Prostodoncia, Sociedad Colombiana de Periodoncia, Academia Colombiana de Oseointegración, Sociedad Colombiana de Operatoria Dental y Biomateriales, Sociedad Colombiana de Cirugía Oral y Maxilofacial, Sociedad Colombiana de Odontología Legal y Forense y la más reciente vinculada la Asociación de Odontólogos Neurofocales

Miembros Adherentes son la Sociedad de Odontólogos del Colegio Odontológico Colombiano (ASOCOC), la Cooperativa de la Federación Odontológica Colombiana – COOFOC y los Miembros Auxiliares son la Asociación Colombiana de Auxiliares de Odontología (ADAO), la Asociación Colombiana de Higiene Oral (ACHO).

El estudiantado de Odontología está representado en la Federación Odontológica Estudiantil Colombiana, y por Federaciones Odontológicas Estudiantiles en la mayoría de las Facultades legalmente establecidas en el país.

Colegio Colombiano de Odontólogos[2]: Es una asociación gremial, de carácter civil y democrático, sin ánimo de lucro y de naturaleza privada, sus siglas son CCO y está regido por las leyes de la República de Colombia, sus Estatutos y su Reglamento.

Su domicilio principal es la ciudad de Bogotá D.C., pudiendo constituir sedes en otras ciudades o en el exterior y su duración será de cien años, renovables.

Tiene una estructura y funcionamiento democráticos, con sujeción a los valores y principios constitucionales, especialmente a la solidaridad, equidad, unidad, participación, pluralidad, con la posibilidad de desempeñar funciones públicas encomendadas por las autoridades de acuerdo con la ley.

Organización gremial de reciente fundación, conformada por profesionales con el ánimo de participar en el desarrollo de la colegiatura y la recertificación profesional.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

[1] http://www.federacionodontologicacolombiana.org/index.
[2] http://www.cco.org.co

Otros entes gremiales: Las diferentes facultades o escuelas de odontología cuentan en su gran mayoría con asociaciones que agrupan los exalumnos, las cuales han tenido desarrollos desiguales; en algunos casos han avanzado en la educación continuada y la prestación de servicios y en otros casos son organizaciones con un bajo número de afiliados.

Grupos de profesionales han explorado mediante la modalidad cooperativa la posibilidad de intervenir en el mercado de los servicios de salud y son conocidos los éxitos empresariales de la Cooperativa Nacional de Odontólogos y otros desarrollos como la Cooperativa de la Federación odontológica Colombiana COOFOC.
.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

2. SITUACIÓN ACTUAL

2.1. SALUD BUCAL Y ODONTOLOGÍA EN COLOMBIA

Preparado por:
Sandra Tovar Valencia[3]
Jairo Hernán Ternera Pulido[4]

Desde sus inicios el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-, ha considerado dentro de sus planes de beneficios los procedimientos y actividades para la prevención y atención de alteraciones que afectan la salud bucal, pero aún se presentan situaciones desfavorables:

- Ausencia de una percepción social de la salud bucal como parte de la salud general y del bienestar;
- Presencia de una concepción limitada de atención dental como sinónimo de salud bucal;
- Poca relevancia de otras alteraciones no dentales que afectan el estado bucal de las personas y del impacto que generan en la salud general;
- Bajas coberturas en la atención odontológica por presencia de barreras para contar con la atención temprana, con calidad (accesibilidad, pertinencia, continuidad, oportunidad) y resolutividad;
- Baja continuidad, longitudinalidad y sostenibilidad de acciones de planeación, gestión, inspección, vigilancia y control para lograr mantener en niveles óptimos de salud bucal
- Baja interacción con otros sectores para impactar los determinantes sociales que impactan en la vida de las personas y por tanto en sus condiciones de salud bucal y general.

La OMS, señala que las poblaciones pobres y desfavorecidas de todo el mundo son las que soportan una mayor carga de morbilidad bucodental, cuya distribución actual pone de manifiesto en todos los países una serie de perfiles de riesgo bien definidos, que guardan relación con las condiciones de vida, determinados factores ambientales y de comportamiento, los sistemas de salud bucodental y la aplicación de programas preventivos[5]. La salud bucal y la práctica de la odontología, no pueden ser ajenos a las condiciones del país y de su población, teniendo presente que a pesar del crecimiento

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

[3]Odontóloga - Epidemióloga y Gerente de Proyectos. Profesional Especializado Coordinadora Grupo de Salud Bucal, Visual y Auditiva, Subdirección Enfermedades No Transmisibles, Dirección de Promoción y prevención. Ministerio de Salud y Protección Social

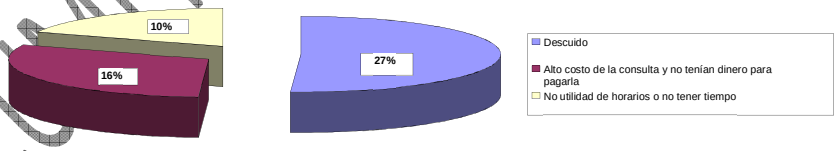
[4]Odontólogo - Magister en Administración de Servicios de Salud y Especialista en Seguros y Seguridad Social. Profesional Especializado Atención al Vinculado, Dirección de Aseguramiento. Secretaria Distrital de Salud.

[5]Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental: plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad. EB120/10 30 de noviembre de 2006.

sostenido de la economía persisten inequidades entre la población más rica frente a la más pobre[6] y situaciones que las afectan como problemas de calidad de aguas de consumo para un 33.3% de personas; analfabetismo en el 3,6% de las personas en las cabeceras y en el 13.6% en el resto; 11.1% personas que han sido víctimas de hechos violentos de diversa índole y a pesar del incremento en la cobertura de afiliación a salud, persisten problemas de acceso y de falta de atención oportuna y con calidad.

El 15% de la población[7] refiere haber tenido algún problema dental, en la boca o las encías en los últimos 30 días, siendo las principales causas el dolor de muelas, dientes o encías en el 62% de los casos. Según la Encuesta Nacional de Salud-ENS de las personas que tuvieron algún problema, en el régimen contributivo el 60% asistió al odontólogo o la higienista y el 34% no consultó a nadie y en el régimen subsidiado, el 42% asistió al odontólogo y el 53% no consultó a nadie, siendo las principales razones para no asistir el descuido (27%), el alto costo de la consulta y no tener dinero para pagar (16%), y la no utilidad de los horarios disponibles o no tener tiempo (10%). Esto da cuenta de cómo a pesar del incremento en la cobertura de aseguramiento, el acceso a los servicios efectivo y oportuno, en este caso a servicios odontológicos, presenta grandes limitaciones. Aún así de las personas que acudieron al 71% les realizaron limpiezas, revisión o examen al 48%, operatoria al 39%, exodoncias al 15% y al 4% endodoncias.

Gráfico 1. Causas de No Asistencia



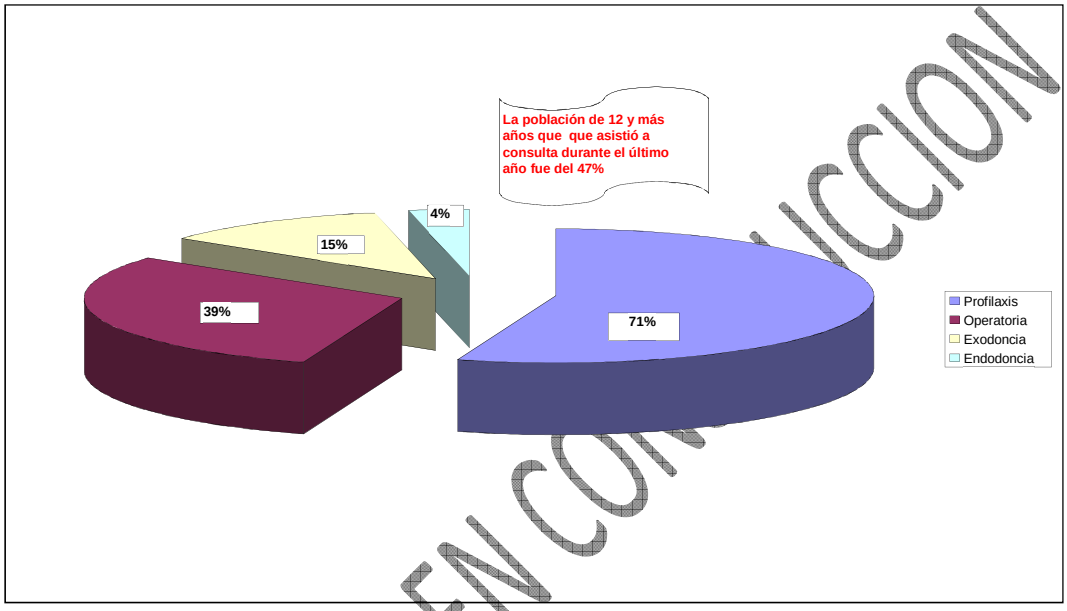
.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

[6]Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Análisis de la Situación de Salud en Colombia, 2002-2007. tomo VI, 2010

[7] Ministerio de Protección Social – COLCIENCIAS – CENDEX – U. JAVERIANA Encuesta Nacional de Salud resultados nacionales. año 2007. P. 126-127

Gráfico 2. Actividades realizadas en consulta.



DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

Según el lugar de atención el 40,5% de los casos fue atendido en centros de atención de una EPS, el 28,4% en un hospital, centros de salud o puestos de salud públicos y el 21,7% en consultorio particular; el cubrimiento económico de las atenciones de la última atención recibida, fue en el 58,1% de los casos asumida por la EPS, u otra entidad de seguridad social, mientras que en el 23,5% se pagó con recursos propios.

Del total de personas reportadas a RIPS que recibieron algún tipo de atención en todos los servicios, en 2009 el 16,54% recibió algún tipo de atención por razones odontológicas; en 2010 fue el 16,09%; en 2011 el 19,32% y en el primer periodo de 2012 el 16,58%[8]. De otra parte del número total de atenciones reportadas según tipos de atención (consulta, procedimientos en salud, urgencias y hospitalizaciones), en 2009 el 5.69% correspondió a atenciones realizadas para diagnósticos de salud bucal (K000-K149 CIE 10); en 2010 la proporción fue de 5.31%, en 2011 de 5.82% y para el primer semestre de 2012 fue de

[8]Fuente: Bases de datos SGD, RIPS para los años 2009, 2010, 2011, y Primer semestre 2012(Fecha de la consulta: 19 de abril de 2013)

8.99%[9].Por grupos de edad, las edades con mayor atención recibida, son las de 5 a 14 años y la de 19 a 44 años sin verse el incremento en la cobertura de atención de menores de 5 años y especialmente de menores de 1 año.

Producto de la mirada tradicional de la odontología, los conocimientos y prácticas aún siguen centrados en el cuidado estético y básicamente en una concepción de lo dental como sinónimo de salud bucal. Si bien se ha incrementado la proporción de población que realiza prácticas de higiene lo cual se considera clave y altamente costo- efectivo para la prevención de las dos principales patologías que afectan la boca, y que la población reporta en alta proporción el uso de cepillo dental (99.1%) y crema dental (98.8%)[10]y en mediana proporción el de la seda dental solo (42.0%), aún persiste la presencia de condiciones prevenibles como la caries y la enfermedad gingival en tanto otras condiciones relevantes por comprometer de forma significativa la salud general, parecen estar subregistradas o no identificadas, y las atenciones se centran especialmente en lo curativo y no en acciones preventivas que permitan ser más costoeficientes y efectivos.

Frente a los indicadores de morbilidad, la OMS, señala que en el mundo las enfermedades bucodentales más comunes siguen siendo la caries dental y las periodontopatías, pero también son relevantes la incidencia de cáncer bucodental (entre 1 y 10 casos por 100.000 habitantes en la mayoría de los países), los defectos congénitos, como el labio fisurado y el paladar hendido(1 de cada 500-700 nacimientos); la relación con condiciones sistémicas como el VIH/SIDA, y enfermedades crónicas. Además señala como la atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental.

La información sobre morbilidad tiene como fuentes hoy día el III Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB III (1998)), los registros individuales de prestación de servicios (RIPS), el levantamiento de la Línea de Base de Salud Bucal 2010.-2011, en los que se han evidenciado que pese a la reducciones aún hoy se cuenta con las altas prevalencias de caries y enfermedad gingival principalmente dando cuenta de un panorama de morbilidad que requiere abordarse con nuevas estrategias.

En la infancia, a pesar de la reducción en la tendencia, aún se mantiene una alta historia de caries en la dentición primaria (60,4% de los niños de 5 años y 73.8% a los 7 años) y una alta prevalencia (54,8% a los 5 años y 63,8% a los 7 años). El índice ceo-d es de 3,0

[9]Fuente: Bases de datos SGD, RIPS para los años 2009, 2010, 2011, y Primer semestre 2012(Fecha de la consulta: 19 de abril de 2013)

[10]Ministerio de la Protección Social – Colciencias. Encuesta Nacional de Salud ENS 2007.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

a los 5 años, con un promedio de dientes temporales sanos de 16,3 a la misma edad; y las mayores necesidades de tratamiento se centran en operatoria, exodoncia indicada y endodoncia (ENSAB III).

En la dentición permanente la historia y la prevalencia de caries, siguen siendo altas, incrementándose de forma continua y crítica con la edad.

Tabla 1. Historia y Prevalencia de caries dental en la dentición permanente de la Línea de Base Colombia 2010 – 2011 con relación a la Historia y Prevalencia reportados por el ENSAB III 1998.

Edades Linea de Base	Historia de Caries Línea de Base	Prevalencia de caries Línea de Base	Edades ENSAB IIII	Historia de Caries ENSAB III	Prevalencia de caries ENSAB III
12 años	70,2%	57,5%	12 años	71,9%	57,0%
25 años	95,0%	78,7%	Grupo 25 a 29 años	96,5%	74,5%
35 años	98,4%	82,5%	Grupo 35 a 39 años	99,4%	71,5%
45 años	99,1%	81,7%	Sin Dato	SD	SD
55 años	99,0%	78,4%	Grupo 55 a 59 años	97,5%	57,8%
65 años	98,3%	71,8%	Grupo 65 y más años	95,1%	49,0%
TOTAL TODOS	**89,2%**	**73,2%**	**Todas las edades del ENSAB**	**88,7%**	**65,3%**

Fuente: Salud Bucal – Ministerio de Salud y Protección Social. Línea de Base 2010 – 2011 y ENSAB III.

El índice CPO-D a los 12 años, presentado por el ENSAB III fue de 2.3 en 1998, estando por debajo de la meta establecida por la OMS de lograr para el año 2000 contar con un COP menor de 3.0. Sin embargo, este logro se pierde en las edades siguientes, cuando a los 25 años el índice COP se incrementa 3 veces con respecto a lo que ocurre a los 12 años y sigue incrementándose de forma continua hasta llegar a ser de 20,4 en las personas de 65 y más años, soportando la necesidad de dar sostenibilidad a las acciones y de generar nuevas estrategias de salud pública en el marco de la APS, en el continuo del ciclo de vida.

Al incluir el componente de Caries No Cavitacional, en procura de mejorar el seguimiento a la progresión de la severidad del proceso de caries[11], se evidenciaron pocos cambios

[11] Ministerio de Salud y Protección Social. informe línea de base 2010-2011, para el seguimiento a las metas del objetivo 3 del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Colombia, 2012

DOCUMENTO EN CONSULTACION

en la prevalencia e historia de caries para todas las edades frente a los hallazgos del ENSAB III. Lo que si se evidencia, son importantes diferencias entre departamentos, dando cuenta de marcadas contradicciones con las acciones de protección que se han venido reportando.

A los 12 años Caquetá, Vichada, Arauca y Nariño son los departamentos con mayor promedio de COP tradicional (sin caries de mancha blanca), en tanto en la edad de 65 años los departamentos con menor COP tradicional son Guaviare, Amazonas y Putumayo, lo cual debe ser analizado pues a pesar de ser territorios dispersos y considerados de mayor vulnerabilidad por esta razón, en este caso pareciera ser que cuentan con mejores condiciones que aquellos con mayores posibilidades de acceso a servicios.

Tabla 2. Clasificación de la Severidad de la Caries a partir de los índices COP Tradicional y COP Modificado por departamentos y para todas las edades. Línea de Base Colombia 2010 – 2011

		INDICE COP						INDICE COP MODIFICADO					
COD DPTO	DPTO	12 AÑOS	25 AÑOS	35 AÑOS	45 AÑOS	55 AÑOS	65 AÑOS	12 AÑOS	25 AÑOS	35 AÑOS	45 AÑOS	55 AÑOS	65 AÑOS
05	ANTIOQUIA	1,9	5,9	11,1	14,9	17,4	18,2	2,1	6,2	11,3	15,1	17,5	18,2
08	ATLANTICO	2,7	7,3	10,3	13,7	16,1	16,6	3,7	8,4	11,1	14,4	16,7	17,0
11	BOGOTA	2,0	7,7	11,9	14,7	16,8	17,2	3,0	8,3	12,3	15,1	17,2	17,5
13	BOLIVAR**	2,8	6,8	10,5	12,5	14,5	15,7	3,7	8,0	11,3	13,1	15,2	16,0
15	BOYACA	3,5	9,6	13,9	16,1	17,8	18,2	5,2	10,3	14,4	16,8	18,3	18,6
17	CALDAS	2,4	7,9	12,7	15,0	16,8	19,4	3,1	8,6	13,3	15,4	17,0	19,8
18	CAQUETA*	6,9	12,5	15,1	18,9	19,7	26,0	6,9	12,5	15,1	18,9	19,7	26,0
19	CAUCA*	3,9	10,3	14,5	16,2	16,5	18,5	3,9	10,3	14,5	16,2	16,5	18,5
20	CESAR*	3,1	9,0	12,9	14,1	16,2	18,2	3,1	9,0	12,9	14,1	16,4	18,4
23	CORDOBA*	2,3	6,7	10,2	12,8	14,3	15,4	2,3	6,8	10,3	12,8	14,4	15,7
25	CUNDINAMARCA	3,1	9,1	13,9	14,6	15,9	17,5	3,3	9,3	14,1	14,8	16,0	17,7
27	CHOCO	1,9	6,6	8,4	12,3	12,8	14,9	2,6	7,6	9,3	12,9	13,7	15,3
41	HUILA	3,5	9,0	13,1	14,6	16,1	18,3	3,9	9,3	13,3	14,7	16,2	18,4
44	LA GUAJIRA*	1,4	6,6	9,0	11,6	14,7	14,0	1,4	6,6	9,6	12,4	15,6	14,6
47	MAGDALENA	1,5	5,5	9,0	12,5	16,8	20,3	2,7	7,4	11,1	13,9	17,7	21,0
50	META	2,6	8,5	13,0	15,7	17,9	18,7	3,7	9,7	14,3	16,9	19,1	19,8
52	NARIÑO	4,5	11,1	14,5	16,7	18,8	17,9	5,5	11,8	15,2	17,2	19,2	18,4
54	NORTE DE STDER	3,2	9,3	13,3	15,3	16,2	18,9	3,8	9,8	13,5	15,6	16,4	19,3
63	QUINDIO	3,8	7,7	12,6	14,4	16,8	18,3	4,1	8,0	12,8	14,7	17,1	18,4
66	RISARALDA	2,3	7,0	11,8	14,6	15,7	17,6	2,4	7,2	12,1	15,0	16,0	17,8
68	SANTANDER	2,9	8,6	13,1	16,0	18,1	19,5	3,5	9,0	13,5	16,3	18,3	19,7
70	SUCRE*	1,4	6,4	8,6	11,8	15,9	16,0	2,0	7,4	8,8	12,1	16,7	16,0
73	TOLIMA	2,8	8,3	12,3	15,1	15,8	17,9	3,1	8,5	12,5	15,4	16,1	18,1
76	VALLE	2,4	7,1	11,1	14,4	17,0	19,6	3,3	7,5	11,4	14,7	17,3	20,2
81	ARAUCA	4,6	10,7	14,3	15,8	19,3	19,6	5,7	11,3	14,9	16,4	19,5	20,4
85	CASANARE	3,2	9,8	12,7	15,9	16,5	16,2	3,9	10,4	13,2	16,4	17,0	16,8
86	PUTUMAYO	3,0	8,0	11,7	13,1	15,5	13,5	3,4	8,8	12,3	13,8	16,5	15,2
88	SAN ANDRES**	3,5	8,9	12,0	13,0	16,7	18,6	4,2	9,7	12,5	13,5	17,0	19,2
91	AMAZONAS	4,4	8,9	11,3	12,2	18,2	10,5	4,6	9,1	11,4	12,3	18,2	10,5
94	GUAINIA**	2,9	8,4	12,3	13,6	14,7	16,8	5,1	9,0	12,6	14,6	15,1	16,8
95	GUAVIARE*	1,3	7,9	11,2	10,5	7,8	7,0	3,9	11,6	12,5	12,5	8,4	7,0
97	VAUPES**	4,4	9,3	13,3	13,8	15,7	19,8	5,1	10,1	13,8	14,3	15,9	20,0
99	VICHADA**	5,6	10,9	14,8	14,2	14,8	24,5	5,7	10,9	14,8	14,2	14,8	24,5

Fuente: registros reportados al Ministerio de Salud y Protección Social para la Línea de Base de Salud Bucal 2010-2011

* Corresponde a los departamentos en donde la totaliadd del reporte fue realizado por la EPS Saludcoop

** Correponde a los departamentos de los cuales no se recibio reporte de la EPS Saludcoop

Bajo | Intermedio | Alto | Muy alto

COPIA CONTROLADA

A través de la línea de base, se encontró que del total de adultos de 25, 35, 45, 55 y 65 años registrados en los servicios, solo el 23,90% presentan 28 dientes en boca (considerado como dentición completa para el caso de línea de base); el 17,81% cuentan con menos de 20 dientes presentes, y el 58,29% tienen entre 20 y 27 dientes presentes, es decir que ya han tenido pérdidas dentales importantes.

Tabla 3. Proporción de personas por número de dientes presentes según edad. Línea de Base Colombia 2010 - 2011

Edad	Proporción de personas con 28 dientes presentes	Proporción de personas con menos de 20 dientes presentes	Proporción de personas con 20 a 27 dientes presentes	Proporción de personas con 0 dientes presentes
12	43,35%	9,27%	47,37%	0,09%
25	42,45%	2,70%	54,85%	0,01%
35	19,06%	10,05%	70,89%	0,07%
45	8,95%	26,62%	64,42%	0,30%
55	4,40%	50,53%	45,07%	1,65%
65	4,19%	69,30%	26,52%	6,27%
Total Adultos (sin 12 años)	**23,90%**	**17,81%**	**58,29%**	**0,58%**

Fuente: Salud Bucal – Ministerio de Salud y Protección Social. Línea de Base 2010 – 2011

Con relación a la enfermedad periodontal el 50.2% de las personas valoradas en el ENSAB III, presentaron pérdida de inserción (con mayor tasa en hombres que en mujeres), principalmente de tipo localizado y leve. Sin embargo la presencia de al menos un marcador periodontal se observó en el 92.4% de las personas: 8.8% presentó sangrado al sondaje, 53.3% presentó sangrado y cálculos simultáneamente llamando la atención que 60.9% de los niños de 12 años ya presenta este marcador; las bolsas pandas (menores de 6 mm) se diagnosticaron en el 26.5% de las personas y las profundas (de 6 y más mm) en el 3,8%.

En las edades de 6, 7, 12 y 15 a 19 años evaluados mediante el Índice de Dean en el ENSAB III de 1998, la presencia de fluorosis presentó una prevalencia de 11.5%, principalmente en los niveles muy leve y leve. En un estudio realizado en 1558 escolares de Bogotá, entre 6 y 8 años de edad, se encontró una prevalencia de fluorosis del 48,1%, con severidad de leve a moderada, pero más prevalente en planteles educativos privados. Se encontró una asociación con el consumo de sal, inicio de cepillado y crema dental antes de los 2 años[12].

[12] Granados O., Martignon E. "Prevalencia de Fluorosis Dental y Análisis de Asociación a Factores de Riesgo en Escolares de Bogotá" . En: Colombia Revista Científica (Bogotá) *ISSN:* 0023-2835 *ed: v.*8 *fasc.*1 p.19 - 27 ,2002

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

El Cáncer Bucal, se encuentra entre el sexto y octavo lugar en el mundo, representando aproximadamente el 4% de todos los cánceres y ocasionando del 3 al 10% de la mortalidad por cáncer. De acuerdo con los Registros de Cáncer Poblacional de Cali, en el período 1962-2007, se presentaron en el país 1.638 casos nuevos de cáncer oral: 51.1% ocurrió en cavidad oral (41.0% en cuerpo de la lengua, 26.2% en paladar, 15.4% en piso de la boca, 14.6% en mucosa bucal y encía y 2.9% en labio); el 2% se presentó en la región orofaríngea (63% ocurrió en amígdala, 26.5% en la base de la lengua y sólo 10.7% en orofaringe propiamente dicha) y 23.7% en glándulas salivales (69.1% de los tumores se observaron en glándula parótida, seguido por glándula submaxilar y sublingual (20.9%), y una minoría en glándulas salivales menores (10.0%))En Colombia el cáncer oral representó el 1.2% del total de casos de muerte por cáncer[13][14]

Los aumentos tisulares asociados al uso prótesis y a otros hábitos como el fumar y el alcohol, se presentaron en el ENSAB III, dentro de las condiciones que afectan la mucosa y también se identificó la presencia de alteraciones oclusales, especialmente relacionadas con apiñamiento.

El Estudio de Carga de la Enfermedad de 2005[15], identificó que la caries dental, la enfermedad periodontal, y el edentulismo (pérdida dental), se encuentran en todas las edades dentro de las primeras diez causas que generan años de vida saludables perdidos por discapacidad, llamando la atención que en los niños estas enfermedades ocupan el primero y quinto lugar.

El SGSSS incluyó desde sus inicios la atención a la salud bucal mediante el establecimiento de procedimientos en el POS y de acciones de salud pública, teniéndose a partir de los ajustes y modificaciones de los planes de beneficios un importante número de acciones y procedimientos, que deben ser garantizados y efectivamente realizados en favor del logro de mejores condiciones de salud bucal para la población.

La Ley 1122 de 2007 y la Resolución 425 de 2008, definieron el plan de intervenciones colectivas (PIC) en reemplazo del Plan de Atención Básica. Este plan incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarias en salud, definidas en el Plan Nacional de Salud Pública, las cuales son complemento a las acciones de promoción, prevención y atención del Plan Obligatorio de Salud. A través del PIC debe promoverse los hábitos

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

[13]Dora D., Aragon N., Garcia L., Collazos P., Bravo L. Cancer oral en santiago de Cali, Colombia. 50 años de experiencia. Literatura gris
[14]Zavras AI, Shanmugam P, Shetty D, Dolecek TA, Kaste LM.. **Oral** and pharyngeal **cancer** in women. Dent Clin North Am. 2013 Apr;57(2):339-55.
[15]CENDEX – Universidad Javeriana. Carga de Enfermedad Colombia 2005: Resultados Alcanzados. Documento Técnico ASS/1502-08. Bogotá, octubre de 2008.

higiénicos de salud bucal en el hogar, y en los ámbitos laboral, escolar e institucional como guarderías y hogares de bienestar.

Adicional a las acciones de promoción de hábitos higiénicos del PIC, el país cuenta en la actualidad como medida de salud pública con la adición de flúor a la sal de consumo humano, a partir de las recomendaciones y estudios realizados por la OMS y la Universidad de Antioquia a finales de los años 60[16] y hoy se mantiene vigente a través delDecreto 547 de 1996, aunque se encuentra en proceso de ajuste.

A partir del 1 de julio de 2012, se unificaron los planes de beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo, implicando que toda la población afiliada al SGSSS tienen los mismos derechos a los servicios que deben ser provistos entre las EAPB y las IPS. El Acuerdo 029 de la CRES, contiene hoy día las actividades, procedimientos e intervenciones que deben ser provistos para las personas aseguradas, contemplando en odontología acciones individuales y grupales de promoción de la salud, de detección y diagnóstico temprano, acciones de prevención y protección específica para todo el ciclo vital, y procedimientos de odontología general, cirugía maxilofacial, pediatría, algunos procedimientos de periodoncia básica y estomatología y actualmente se encuentra cubiertoel suministro de prótesis dentales.

Los servicios de odontología habilitados a corte del 27 de abril de 2013, alcanza en el grupo de profesionales independientes a 29.044 odontólogos, de los cuales el 57,3% (16.649 prestadores), corresponden a Odontología General. Las diferentes subespecialidades odontológicas se encuentran habilitadas así: ortodoncia con 4020 profesionales (13,8%); para endodoncia 2274 odontólogos (7,8%); para periodoncia 1858 odontólogos (6,4%); para rehabilitación oral 1849 (6,4%).Le siguen Odontopediatría con 1.262 profesionales (4,3%); implantología con 465 profesionales (1,6%); cirugía oral con 423 personas (1,5%); estomatología con 244 (0,8%). La oferta total se distribuye en 16649 odontólogos generales que representan el 57,3% de los habilitados y 12.395 odontólogos especialistas de que representan el 42,7%.

Los prestadores privados han habilitado 4.713 servicios de salud en el país (48,2% para endodoncia; 27,7% en Odontología General; 9,9% para implantología; 9,0% para cirugía oral y un 5,2% para estomatología).Siete entidades territoriales concentran el 77,2% de los servicios de los prestadores privados: Bogotá 46,6%, Valle 9,2%, Antioquía 8,1%, Santander 3,5%, Atlántico y Bolívar 3,4% cada uno, y Cundinamarca 3,0%.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

[16]Restrepo D. Salt fluoridation: An alternate measure to water fluoridation. Int Dent J. 1967 Mar;17(1):4-9.

2.2. APROXIMACIONES A LA OFERTA DE TALENTO HUMANO EN ODONTOLOGÍA

El cumplimiento de los objetivos de un Sistema de Salud independiente de su estructura y funcionamiento, depende en gran parte de la cantidad, distribución, organización, condiciones laborales y por supuesto de la idoneidad o desempeño competente del talento humano en salud. La resultante de la interacción de estas características es la que finalmente participa de manera positiva o negativa en la prestación de los servicios de salud. En este sentido y solo a manera de contexto se presenta información sobre algunas características del Talento Humano en Odontología en Colombia.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en desarrollo de la caracterización del talento humano en salud autorizado para ejercer en Colombia, cruza la información enviada por las Secretarías de Salud hasta el día 30 de junio de 2012, con la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), para los años 2010, 2011 y 2012, y con la base de datos del Registro Único de Afiliados a la Protección Social (RUAF).

Con el proceso de validación realizado y los recursos disponibles hasta el momento, los resultados presentados corresponden a información preliminar, que puede ser ajustada en cualquier momento y constituye un ejercicio de aproximación al universo del Talento Humano en Salud. En ningún caso, la información presentada debe ser considerada como la oferta total del Talento Humano[17].

La caracterización del Talento Humano en Salud a partir de la información disponible, se distribuyó en tres componentes: demografía, ingresos y fuentes de ingreso[18].

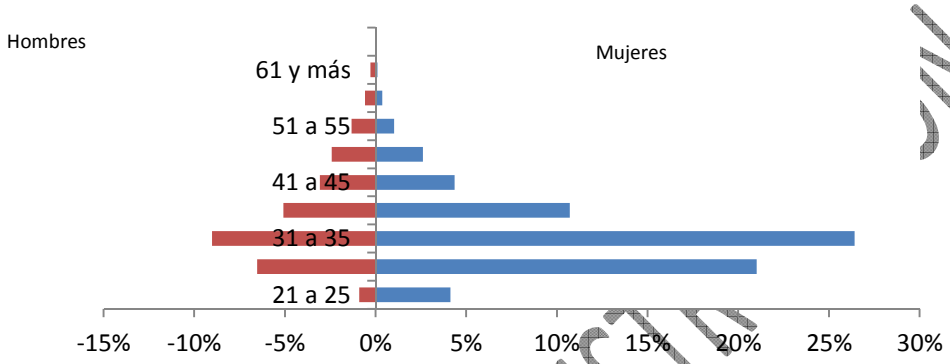
DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

[17] Superintendencia Nacional de Salud. Caracterización del talento humano en salud: Hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud. En: Monitor Estratégico, Número 4, julio -diciembre 2013.

[18] Ministerio de Salud y Protección social, Dirección Desarrollo del Talento Humano en Salud. Caracterización del talento humano en salud autorizado para ejercer en Colombia. Documento de trabajo, marzo de 2013. Diego Antonio Restrepo Miranda

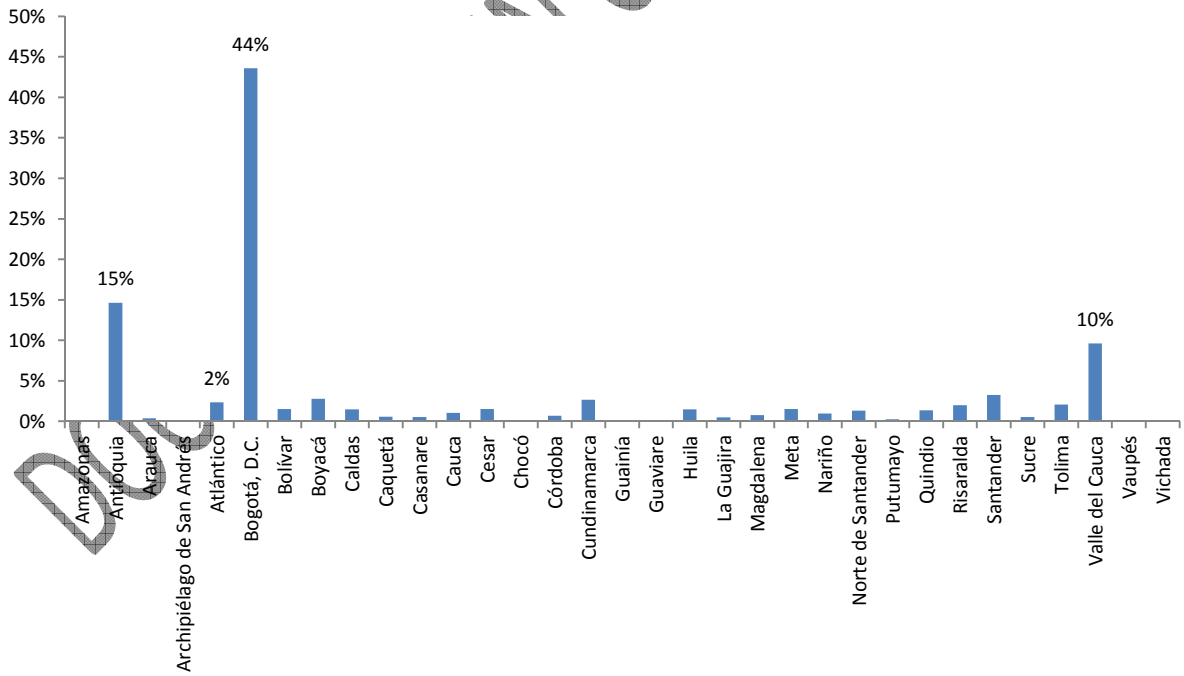
Características demográficas

Gráfico 3. Estructura poblacional por grupos quinquenales de edad



Distribución

Gráfico 4. Distribución departamental de odontólogos



Actividad de la fuerza laboral

Gráfico 5. Ingreso base de cotización al SGSSS

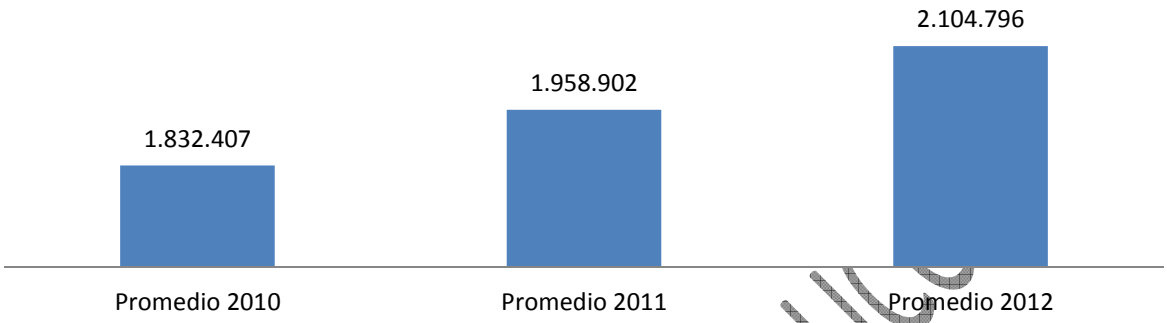
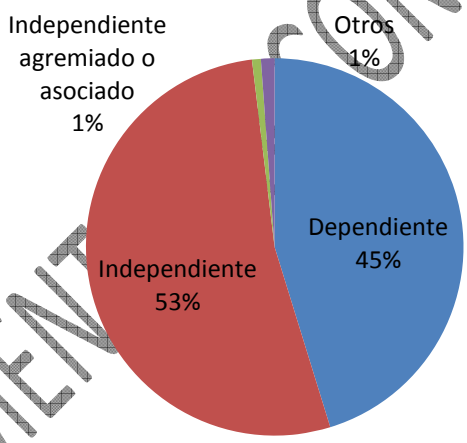


Gráfico 6. Tipo de vinculación



DOCUMENTO CONSTRUCCIÓN

Esta información que corresponde a odontólogos, coincide con la obtenida del general del talento humano en salud, que presenta una población de trabajadores jóvenes, con predomino del género femenino, alta concentración en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca, un mayor porcentaje de vinculación como independientes y un incremento del IBC para el periodo analizado.

Según el Observatorio Laboral para la Educación en el periodo comprendido entre 2001 y 2011 han egresado 15.083 odontólogos con un promedio anual de egresados entre 2001 y 2005 de 1.536. Con relación a las subespecialidades odontológicas en el periodo 2001 a 2011, de treinta y ocho (38) programas académicos han egresado 4.170 subespecialistas. En el periodo 2001 a 2005 se sub especializaron 1.578 odontólogos y en el periodo 2006 a 2011 de 2.592 odontólogos.

De otro lado se estima, según proyecciones que el stock de profesionales en odontología al año 2011 es de 39.738[19].

Tabla 4. Egresados por Sub especialidad Odontológica y Odontología General años 2001 a 2011

PROGRAMA	Subtotal 2001 a 2005	Subtotal de 2006 a 2011	Total
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	7	9	16
ESPECIALIDAD EN ESTOMATOLOGIA PEDRIATICA	26	8	34
ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA	24	36	60
ESPECIALIDAD EN REHABILITACION ORAL	21	27	48
ESPECIALIZACION CLINICA EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	16	21	37
ESPECIALIZACION CLINICA EN ODONTOLOGIA INTEGRAL DEL ADOLESCENTE Y ORTODONCIA	30	38	68
ESPECIALIZACION CLINICA EN ODONTOLOGIA INTEGRAL DEL ADULTO	14	37	51
ESPECIALIZACION CLINICA EN ODONTOLOGIA INTEGRAL DEL NIÑO Y ORTOPEDIA	15	19	34
ESPECIALIZACION CLINICA EN ORTODONCIA	0	16	16
ESPECIALIZACION EN BIOMATERIALES OPERATORIA Y ESTETICA DENTAL	0	12	12
ESPECIALIZACION EN BIOMATERIALES, OPERATORIA DENTAL Y ESTETICA	8	0	8
ESPECIALIZACION EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	16	43	59
ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	38	42	80
ESPECIALIZACION EN ENDODONCIA	316	418	734
ESPECIALIZACION EN ESTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL	14	8	22
ESPECIALIZACION EN IMPLANTOLOGIA ORAL Y RECONSTRUCTIVA	28	79	107
ESPECIALIZACION EN ODONTOLOGIA LEGAL Y FORENSE	18	26	44
ESPECIALIZACION EN ODONTOLOGIA PEDIATRICA	31	22	53
ESPECIALIZACION EN ODONTOLOGIA PEDIATRICA Y ORTOPEDIA MAXILAR	16	11	27
ESPECIALIZACION EN ODONTOPEDIATRIA	75	56	131
ESPECIALIZACION EN ODONTOPEDIATRIA CLINICA Y ORTODONCIA PREVENTIVA	20	26	46
ESPECIALIZACION EN ODONTOPEDIATRIA Y ORTOPEDIA MAXILAR	5	8	13
ESPECIALIZACION EN OPERATORIA DENTAL ESTETICA	0	22	22
ESPECIALIZACION EN OPERATORIA DENTAL ESTETICA Y MATERIALES DENTALES	0	22	22
ESPECIALIZACION EN ORTODONCIA	298	449	747
ESPECIALIZACION EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR	0	67	67
ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA FUNCIONAL Y ORTODONCIA	121	338	459
ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA MAXILAR	80	18	98
ESPECIALIZACION EN PATOLOGIA ORAL Y MEDIOS DIAGNOSTICOS	2	2	4
ESPECIALIZACION EN PATOLOGIA Y CIRUGIA BUCAL	28	50	78
ESPECIALIZACION EN PERIODONCIA	78	165	243
ESPECIALIZACION EN PERIODONCIA Y MEDICINA ORAL	31	41	72
ESPECIALIZACION EN PERIODONCIA Y OSEOINTEGRACION	0	58	58
ESPECIALIZACION EN PROSTODONCIA	32	84	116
ESPECIALIZACION EN PROTESIS PERIODONTAL	23	9	32
ESPECIALIZACION EN REHABILITACION ORAL	85	233	318
ESPECIALIZACION EN REHABILITACION ORAL INTEGRAL	37	44	81
ESPECIALIZACION EN SEMIOLOGIA Y CIRUGIA ORAL	25	28	53
Subespecialidades Odontología	**1578**	**2592**	**4170**
ODONTOLOGIA	**7681**	**7402**	**15083**

Fuente:
http://www.graduadoscolombia.edu.co:8080/o3web/view desktop.jsp?cmnd=open&source=Perfil+Graduados%2FGraduados+por+N%FAcleo+B%E1sico+de+Conocimiento

[19] Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance Competencias y prospectiva. Cendex 2008.

En el último periodo reportado figuran nuevas subespecialidades como: especialización clínica de ortodoncia, biomateriales, operatoria dental y estética dental, ortodoncia y ortopedia maxilar entre otros[20].

En relación con la oferta educativa se encuentran 43 programas de formación en odontología de veintidós (22) Instituciones de Educación Superior[21] de las cuales cinco (11%) son oficiales. Del total, 11 (25%) que corresponden a entidades privadas se encuentran inactivos.

En relación con los programas de postgrado se encuentran 3 maestrías activas y 108 que corresponden a 49 especializaciones. Del total de las especializaciones se encuentran 32 programas inactivos.

3. ACTUALIZACIÓN *DEL PERFIL Y LA COMPETENCIAS*
Desarrollo del proceso

La búsqueda permanente de la idoneidad del Talento Humano, ha propiciado desde siempre el desarrollo de escenarios y estrategias desde diferentes entornos, para definir el referente que oriente las mejores prácticas de formación, desempeño y gestión del Talento Humano.

De manera particular en Odontología, profesionales a título personal o en representación de diversas instituciones, organizaciones o agremiaciones han desarrollado a través de la historia de la odontología en Colombia, su visión del deber ser del profesional.

Se destacan dos trabajos realizados recientemente que abordan este deber ser, desde las competencias académicas y desde las competencias laborales. Frente a las competencias académicas y como planteamiento para análisis y enriquecimiento de la comunidad académica odontológica, la División de Educación de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO, presenta las competencias de formación, generales y específicas del odontólogo en Colombia[22].

De otro lado, desde el mundo laboral, en el marco de los lineamientos del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo y desde los retos que plantean la globalización, el desarrollo tecnológico y la recertificación periódica de los profesionales entre otros, se realiza la *Caracterización de la Odontología en Colombia*[23] que presenta la situación de la salud bucal, las características y tendencias del entorno organizacional, el entorno

[20]Tomado de: La Planificación del talento Humano en Salud Oral. Jairo H. Ternera Pulido en: www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/.../28732

[21] http://snies.mineducacion.gov.co/consultasnies/programa/buscar.jsp?control=0.05798178945929511. Última consulta. Octubre 20 de 2013.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

económico, el tecnológico, el ocupacional, el entorno educativo, y desde estos hallazgos unas conclusiones y recomendaciones que orientaron la propuesta del mapa funcional de la odontología en Colombia[24].

El perfil y las competencias del profesional en odontología, presentadas en este documento, expresan la perspectiva del Grupo Interinstitucional conformado por profesionales representantes de los entornos gremial, académico y de prestación de servicios, acogen las recomendaciones nacionales e internacionales pertinentes y atienden los acuerdos y orientaciones metodológicas contenidos en la *Guía metodológica Nº 2. Aproximación metodológica para la descripción de competencias profesionales básicas en salud*.

Es importante resaltar que la agrupación de las competencias en dominios y categorías obedece a una forma de organización y de ninguna manera a la fragmentación de la actuación profesional, que por demás exige cada vez más la integración e interacción del conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y actitudes que se consolidan en la competencia, y que deben caracterizar la atención integral en salud.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

[22] Asociación Colombiana de Facultades de Odontología. ACFO, Dirección de Educación. Hacia un consenso de las competencias de formación del odontólogo colombiano. Marzo de 2010

[23] SENA, Federación Odontológica Colombiana, Colegio Colombiano de Odontólogos. Caracterización de la Odontología en Colombia, 2008

[24] Conjunto de funciones que se requieren para el logro del propósito clave de un área objeto de análisis, las cuales se presentan en esquema de árbol, presentando su orden y relaciones.

En este marco y desde la participación voluntaria y decidida del grupo conformado para este efecto, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Conformación del equipo de trabajo con representación de profesionales de los entornos gremial, académico y de prestación de servicios.
- Definición del Plan de Trabajo
- Revisión de los referentes nacionales e internacionales
- Consolidación de las competencias identificadas en los diferentes referentes según categorías y dominios acordados
- Elaboración del perfil profesional, desde el análisis de la situación actual y la perspectiva de la profesión.
- Propuesta de competencias transversales y específicas
- Socialización del perfil y las competencias con los referentes de salud oral del os Entes Territoriales y Facultades de Odontología.
- Consolidación de observaciones producto de la retroalimentación
- Revisión, análisis y ajuste del perfil y competencias, según observaciones obtenidas
- Consolidación documento preliminar.

3.1. PERFIL DEL ODONTÓLOGO

El odontólogo general en Colombia, fundamenta su ejercicio profesional en la aplicación de preceptos éticos, morales, sociales y humanistas, y en el conocimiento bioético, científico y técnico que le permiten participar como ciudadano y como profesional, en la construcción y gestión de las políticas públicas del país, y desempeñarse en los ámbitos político, administrativo, social y clínico como parte de la salud pública, para contribuir con su trabajo a la disminución de las inequidades sociales y a la garantía de los Derechos Humanos con énfasis en el Derecho a la Salud.

Es apto para liderar desde sus competencias, los retos que un mundo complejo, globalizado, competitivo y dinámico le exigen, al tener la capacidad para comprender y aceptar la diversidad y heterogeneidad del país, para contribuir con la formulación de propuestas de políticas públicas y de estrategias de acción en los diversos ámbitos de su práctica profesional, para discutir y concertar con otros las mejores opciones de ejecución y evaluación de las mismas, y para aplicar su conocimiento en decidir, gerenciar, gestionar, realizar y evaluar las acciones con las cuales incidir en la solución de situaciones que se presentan en los grupos poblaciones y en las personas, ya sea desde el sector privado o público.

EN CONSTRUCCION

Su desempeño lleva implícito el fortalecimiento continuo de su formación técnica-científica, de sus capacidades comunicativas e investigativas, del trabajo en equipo, de su actitud crítica y propositiva, de su liderazgo y responsabilidad, y de su capacidad innovadora, para aplicar su conocimiento y experiencia tanto en lo individual y lo colectivo, en la construcción, transmisión y transformación de nuevo conocimiento, en el desarrollo de investigaciones aplicadas a la salud oral y su impacto en la salud general, en la planificación, gestión y evaluación de políticas y acciones sobre los determinantes que afectan la salud, en el fomento y promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico oportuno, el tratamiento y rehabilitación temprana, efectiva, y resolutiva según sean los ámbitos de su desempeño profesional, haciendo el mejor uso de los medios disponibles a su alcance, a fin de mantener las mejores condiciones posibles de salud oral, como contribución a la salud general, al bienestar y a la calidad de vida de las personas y de la población.

En su ejercicio profesional es autónomo y responsable de las decisiones y de la autoregulación del alcance y limitaciones de su práctica, y es consciente del aporte que debe brindar dentro de los equipos transdisciplinarios, interinstitucionales y transectoriales de trabajo, reconociendo que dentro de ellos es líder responsable por naturaleza del equipo de salud bucal y que como tal asume las consecuencias de las acciones de dicho equipo.

En sus interrelaciones personales y profesionales mantendrá conductas que dignifiquen la profesión, siendo ejemplo del cuidado de su salud bucal y general , del de su familia, su sociedad y del entorno que lo rodea, así como ejemplo de respeto por el deber ser de la profesión, lo cual por ende no solo le permitirá evidenciar con sus actos su conducta y práctica, sino principalmente ser referente para ejercer los derechos y deberes que le asisten de participar activamente en el fortalecimiento de las organizaciones gremiales de la odontología, de las organizaciones sociales y políticas en los diversos niveles territoriales y contribuir con ellas a la construcción de condiciones con equidad que incluyen el trabajo decente para todos los trabajadores de la salud bucal del país.

3.2. COMPETENCIAS

3.2.1. Competencias Transversales

Las competencias transversales agrupadas bajo las dimensiones de: Ética y Humanismo, profesionalismo, contexto, gestión, investigación y docencia, presentadas a continuación, corresponden a una propuesta construida a partir de los aportes de los grupos de Odontología, Medicina, Nutrición y Dietética, Terapia Respiratoria, Instrumentación Quirúrgica y Trabajo Social.
Adicionalmente se consultaron en lo pertinente la Ley 1164 de 2007, Ley 1438 de 2011, el Código de ética Odontológica, el Libro Blanco de Odontología[25], los Requisitos Globales mínimos esenciales en la Educación Médica[26] y el Estudio de Econometría *Actualización del perfil académico y condiciones de empleabilidad de los graduados de Educación superior*[27].

DOMINIO	COMPETENCIA	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
PROFESIONALISMO	Asumir el rol que le corresponde como profesional de manera individual, interprofesional e interdisciplinar, con las personas, la familia y la comunidad, con sujeción a los principios fundamentales de la ciencia, la ética y la bioética, en el marco político y legal vigente, así como en favor de sus derechos y prerrogativas de autonomía y auto-regulación para su desarrollo y el de la profesión.	• Ejerce según sus competencias, con pertinencia clínica y uso racional de tecnologías, siempre en mayor beneficio de las personas y la sociedad en general. • Promueve la buena práctica profesional, con sentido de justicia social, con actitud crítica y liderazgo, en el marco de la autorregulación y conciencia de la necesidad de formación y desarrollo profesional permanente. • Posiciona la profesión en el equipo interprofesional y multidisciplinario de la salud, aportando trabajo integrador para mejorar la calidad de vida del individuo, la familia y la comunidad.

[25] Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro Blanco Título de Grado de Odontología, 2004.
[26] En: http://www.medicina.ull.es/aulavirtual/file.php/1/EEES/Documentos_Internacionales/6._REQUISITOS_GLOBALES_MINIMOS._IIME.pdf
[27] Actualización del perfil académico y condiciones de empleabilidad de los graduados de Educación superior. Informe Final – Odontología, Econometría S.A., febrero 05 de 2010

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

DOMINIO	COMPETENCIA	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
		• Desarrolla una actitud reflexiva y responsable frente a las consecuencias e incidencias de su actuar profesional, basada en la confidencialidad, la transparencia y la honestidad intelectual. • Trabaja en interrelación con sus colegas, las personas, la familia, la comunidad y demás actores del sistema, para alcanzar los objetivos comunes relacionados con la salud individual o colectiva, en un escenario de respeto mutuo. • Procura su actualización permanente y la del equipo a su cargo, en respuesta a las necesidades en salud de la población, de acuerdo con los preceptos legales, éticos y profesionales de la odontología • Trabaja como parte del equipo de salud y atiende las necesidades de salud expresadas por la comunidad, armonizando sus conocimientos técnicos con las características de la población • Coordina equipos multidisciplinarios, interdisciplinarios e interprofesionales orientado a la obtención de resultados en salud, desde criterios técnicos, humanos y éticos, para el desarrollo de los miembros equipo y de la profesión.
CONTEXTO	Actuar profesionalmente en coherencia con las necesidades de la población colombiana, según las características y objetivos del Sistema de Salud, en cumplimiento de los principios que rigen el desempeño del profesional y procurando transformaciones positivas a favor de la salud y calidad de vida de la población.	• Identifica determinantes y condicionantes multifactoriales, asociadas a las condiciones de salud, para proponer alternativas frente a las situaciones problemáticas del ciclo vital humano • Reconoce las características de la prestación de los servicios de salud bucal frente a los objetivos, estructura y organización del Sistema de Salud • Asume la responsabilidad social como agente de salud, en el diseño, implementación y evaluación de programas comunitarios del orden institucional, local, regional y nacional, acordes con la diversidad poblacional, las necesidades de salud, y acorde con el marco político y normativo vigente. • Propicia/propone cambios que impacten de manera positiva la calidad de vida de individuos y colectivos • Utiliza métodos y tecnologías basados en la evidencia, socialmente aceptables y al alcance los individuos y colectivos.
ÉTICA Y HUMANISMO	Desempeñarse con compromiso y responsabilidad ética y social, en el marco del cuidado de la vida y la dignidad del ser humano, de los derechos humanos, de las características socio-culturales y económicas, individuales y colectivas, para actuar en consecuencia desde su profesionalismo y autodeterminación, en cumplimiento de las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.	• Protege la salud general del individuo, su familia y la comunidad, y propende por su calidad de vida y el desarrollo de condiciones dignas, en el ámbito que le compete. • Ejerce la profesión de acuerdo con su perfil y competencias, optimizando el trabajo interprofesional y siempre desde el propósito de lograr el beneficio del paciente • Comprende la realidad humana, las limitantes sociales, económicas y

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

DOMINIO	COMPETENCIA	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
		culturales de la población y los valores personales y de comportamiento propios de aquellos que demanden sus servicios de salud. • Establece comunicación asertiva con el individuo, la familia, la comunidad, los colegas, demás profesionales y sociedad en general, para promover el cuidado de la salud bucal, en el marco de deberes y derechos, y de acuerdo con las características de la población. • Gestiona eficientemente la información, según principios éticos, técnicos y legales vigentes. • Aplica principios encaminados a la eliminación de situaciones de discriminación y marginación, con especial atención a los individuos y poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia. • Interviene al individuo y su entorno, reconociendo las diversas expresiones culturales de los sujetos individuales y colectivos, protegiendo las características propias del ser humano, el secreto profesional, el consentimiento informado y la autonomía del paciente.
GESTIÓN	Gestionar recursos para la prestación de servicios de salud bucal dentro del contexto de salud integral, orientada al logro de resultados en salud, en respuesta a las características y necesidades en salud de la población, del Sistema de Salud y actuando siempre en beneficio de las personas, las comunidades y el desarrollo de la profesión.	• Diseña la prestación de servicios de salud bucal de acuerdo con las necesidades de la población, la evidencia disponible, las políticas nacionales, y optimizando la acción interdisciplinaria, intersectorial y la participación comunitaria, con base en criterios de suficiencia, calidad, oportunidad y costo beneficio para la población, para el sistema de salud y para el desarrollo profesional • Interviene en diferentes escenarios del nivel nacional y local para la articulación de acciones que fortalezcan los servicios de salud bucal y las acciones de salud pública a través de modelos integrales. • Implementa los planes, programas y proyectos en salud con fundamento en la salud bucal, decisiones técnicas, científicas, tecnológicas y administrativas, que favorezcan la salud bucal y la rentabilidad social. • Evalúa en todos sus procesos, los componentes e intervinientes de la calidad de los servicios de salud bucal individual, familiar y colectiva, de acuerdo con resultados en salud esperados y criterios de calidad y eficiencia establecidos.
INVESTIGACIÒN	Gestionar conocimientos para la comprensión y solución de las necesidades y problemas, que procuren el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud oral y el desarrollo de la comunidad odontológica.	• Identifica los problemas de salud con énfasis en salud oral, en los ámbitos político, social administrativo y tecnico-científico. • Propone procesos de investigación que promuevan la solución de problemas de salud bucal y los problemas de la comunidad odontológica. • Aplica métodos científicos y asume un pensamiento crítico para resolver problemas relacionados con la salud individual y colectiva.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

DOMINIO	COMPETENCIA	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
		• Interpreta textos científicos con sentido crítico para resolver problemas relacionados con el ejercicio profesional. • Aplica métodos y técnicas que integren lo científico y lo tecnológico en su contexto social, orientados al mejoramiento de la salud oral. • Participa en equipos interdisciplinarios de investigación para la caracterización de problemas y creación de conocimiento en diferentes ámbitos. • Participa en el diseño e implementación de sistemas de información con base en referentes nacionales e internacionales, orientado a mejorar la toma de decisiones para la solución de problemas y la innovación de procesos del sector. • Realiza investigación acorde con los requerimientos establecidos y siguiendo los principios bio-éticos, legales y metodológicos establecidos. • Asegura la apropiación social de los resultados de la investigación en el contexto disciplinar.
DOCENCIA	Apoyar el fortalecimiento del equipo de salud mediante la utilización de estrategias pedagógicas, con criterios de pertinencia y calidad, orientados a mejorar su desempeño y desarrollo profesional.	• Promueve en la comunidad educativa el equilibrio entre los requerimientos de la sociedad y el sector, con las propuestas de formación básica y continua del THS. • Posibilita el intercambio de experiencias y transferencia de conocimiento, según criterios pedagógicos, alcance y ámbito de competencia del THS. • Promueve espacios de aprendizaje con enfoque problémico, para la intervención de situaciones propias de su entorno de desempeño. • Participa en el cumplimiento de objetivos de la relación docencia – servicio, en favor de la calidad de la prestación de los servicios de salud y educativos, para la formación del THS en los diferentes niveles.

3.2.2. Competencias Específicas

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ODONTOLOGÍA	Desarrollar planes, programas y proyectos de promoción en salud con énfasis en salud oral, que cumplan con los atributos de calidad, a nivel individual, familiar y comunitario, orientados a la transformación positiva y progresiva de comportamientos, actitudes y prácticas, de acuerdo con las características y dinámicas de la población	• Educa individuos y colectivos para la salud bucal de acuerdo con las características poblacionales. • Desarrolla estrategias dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, orientadas a crear y mantener espacios sociales que favorezcan la salud bucal. • Participa en los diferentes espacios de decisión que aporten al mejoramiento de la salud de la población colombiana. • Promueve la participación activa y responsable de los grupos de población con los cuales interactúa. • Desarrolla mecanismos para el empoderamiento de la población para la

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

DOMINIO	COMPETENCIA	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
		transformación de sus determinantes. • Utiliza tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servidos de salud bucal. • Participa en equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios que contribuyan al desarrollo de programas integrales de salud de acuerdo con los lineamientos establecidos. • Desarrolla estrategias educativas que incentiven el buen trato y que busquen prevenir la violencia. • Desarrolla estrategias educativas para la salud oral que involucren la participación comunitaria, para contextualizarlas y ser más efectivas en la consecución de la calidad de vida. • Desarrolla acciones para el control de los factores de riesgo de las patologías de mayor frecuencia en la cavidad oral. • Orienta su desempeño al logro de resultados en salud bucal, enfatizando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo con la mejor evidencia disponible
PRREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD ORAL	Realizar acciones tendientes a reducir en individuos y comunidad, la probabilidad de la aparición de enfermedades que afectan el sistema estomatognático, y controlar el avance de sus consecuencias, con criterios de equidad, enfoque poblacional y diferencial.	• Identifica los factores de riesgo individuales y colectivos que puedan ser modificados y que se encuentran asociados a la presencia de enfermedades bucales. • Realiza acciones de protección específica para reducir el riesgo de inicio de enfermedades del aparato estomatognático, basados en la mejor evidencia disponible. • Aplica acciones, instrumentos y tecnologías basadas en evidencia, para el control temprano de condiciones que afectan la salud bucal. • Orienta a las personas y comunidades, para el autocuidado y la asistencia a la atención oportuna odontológica.
DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE SALUD ORAL INDIVIDUAL Y COLECTIVA	Diagnosticar la situación de salud o enfermedad presente en el sistema estomatognático del individuo, la familia y la comunidad, y su respectivo pronóstico, teniendo en cuenta sus condiciones sistémicas, factores de riesgo y determinación social.	• Establece diagnósticos presuntivos y diagnósticos diferenciales • Realiza la anamnesis y el examen clínico con criterios semiológicos y propedéuticos. • Hace uso de las ayudas diagnósticas dentro de los criterios de racionalidad científica, pertinencia y tecnología disponible. • Registra en la historia clínica los datos y hallazgos relacionados con el estado de salud o enfermedad derivados de la valoración del paciente, optimizando la tecnología disponible y aplicando principios éticos y legales vigentes. • Participa en equipos interdisciplinarios para establecer el diagnóstico, en aquellos casos que demanden la participación de diferentes áreas de la salud.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

DOMINIO	COMPETENCIA	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
		• Desempeña el papel de auxiliar de la justicia en los casos que señale la ley. • Caracteriza la comunidad para definir de forma conjunta los planes de acción y tener éxito en la atención brindada. • Describe y prioriza desde el enfoque de determinantes sociales, las condiciones de salud bucal de la población, según lineamientos de política y metodologías establecidas. • Realiza dictámenes específicos relacionados con el sistema estomatognático en apoyo a la justicia, según criterios técnicos y legales vigentes.
TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LA SALUD ORAL	Realizar acciones tendientes a controlar las alteraciones presentes en los tejidos y estructuras del sistema estomatognático, para recuperar su funcionalidad y aportar a la calidad de vida, de acuerdo con referentes técnico-científicos vigentes	• Propone intervenciones individuales y colectivas orientadas a resolver las necesidades identificadas y priorizadas. • Propone planes de tratamientos integrales y suficientes, acorde con los diagnósticos establecidos, y adecuados a las necesidades y características biosicosociales y culturales de las personas y comunidades. • Prioriza la ejecución de acciones acorde con la pertinencia, racionalidad técnico-científica y escalamiento terapéutico, incluyendo lo paliativo y teniendo en cuenta el pronóstico del tratamiento. • Aplica los procedimientos tendientes a conservar la salud, limitar el daño, mitigar y/o controlar la enfermedad, con criterios de resolutividad, aportando al bienestar y a la calidad de vida de los individuos y la población. • Prescribe tratamientos farmacológicos según evidencia científica y de acuerdo con normas éticas y legales relacionadas. • Utiliza la biotecnología en la resolución integral de las condiciones que presenten los individuos y comunidades. • Utiliza la evidencia, con juicio crítico y desde criterios de razonamiento clínico y del conocimiento del impacto en los determinantes sociales.
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PARA MEJORAR Y MANTENER LA SALUD ORAL A NIVEL INDIVIDUAL Y COLECTIVO	Proponer e implementar planes de monitoreo y acompañamiento a las acciones y procedimientos de promoción, de prevención, de diagnóstico, de tratamiento y de gestión realizados en individuos y comunidades, para favorecer el desarrollo de habilidades de autocuidado, protectoras, y de conservación de buenas condiciones para el logro, mejoramiento y mantenimiento de la salud y del entorno	• Monitorea los signos y síntomas individuales e indicadores poblacionales para analizar de forma regular el avance de la condición y/o situaciones de la salud de los individuos y las comunidades. • Determina de manera individual las acciones y actividades de seguimiento que garanticen las condiciones de éxito de los tratamientos realizados • Controla las acciones realizadas y los resultados obtenidos para identificar situaciones de mejora y/o de alarma, tanto en lo individual como en lo colectivo. • Ajusta los planes de tratamiento y de trabajo que sean necesarios para favorecer las acciones que propendan por la mejora de la salud. • Toma decisiones acorde con los hallazgos encontrados y la mejor evidencia disponible, aplicando criterios racionales y debidamente soportados, para

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

DOMINIO	COMPETENCIA	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
		reorientar acciones con altos estándares de calidad y mejora continua. • Aplica procedimientos y acciones que permitan devolver la funcionalidad a las estructuras y tejidos del sistema estomatognático

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

4. EL ODONTÓLOGO DEL NUEVO SIGLO

Una mirada al futuro desde la realidad actual

El perfil y las competencias profesionales del odontólogo en Colombia, se proponen desde el deber ser de su ejercicio, mas allá de las definiciones académicas, laborales y técnico administrativas que hoy enmarcan su desempeño profesional. Aún así el Grupo Interinstitucional conformado para el desarrollo de este ejercicio, consideró fundamental entrevistar a odontólogos que aportaran desde su conocimiento, experiencia, trayectoria y percepción de la realidad actual, su visión del profesional en odontología que requiere el país.

Las entrevistas se orientaron a la identificación de tres aspectos: i) debilidades frente al desempeño actual, ii) características del desempeño ideal del profesional, y iii) tipo de ajustes se requieren para cerrar estas brechas.

Los aportes recibidos evidencian la necesidad de grandes cambios en todas las dimensiones, dominios y relaciones que deben caracterizar el desempeño profesional, como también las características de su formación y condiciones del ejercicio.

Se presenta a continuación síntesis de algunas entrevistas y texto original de aspectos fundamentales expresados por los entrevistados y por otros expertos que acompañaron el ejercicio de actualización del perfil y las competencias del profesional. Los textos originales de las entrevistas que según el consentimiento informado fue autorizada su publicación, pueden consultarse en el Observatorio del Talento Humano en Salud, http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/observatorio-talento-salud-home.aspx.

- Mery Barragán Ávila[28]. Un odontólogo debe reconocer la dinámica de los sistemas de salud en el contexto global en todas sus dimensiones y actuar en el contexto particular con ética y responsabilidad social, como agente transformador de políticas, planes y programas en salud, sin perder de vista las dinámicas poblacionales y las características socioculturales de la población. Debe modificar los métodos y enfoques para el análisis e intervención de las enfermedades de la cavidad oral, lo cual exige desarrollar pensamiento crítico, análisis profundo de diferentes realidades y de manera fundamental aprender a gestionar el conocimiento, no solo orientado a la generación de conocimiento, a la investigación, la ciencia, la tecnología y la

[28] MERY BARRAGAN, Odontóloga (UNICOC),

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

innovación; sino a buscarlo, comprenderlo e incorporarlo para la mejor intervención profesional.

¿Pensamos en profesionales para atender la enfermedad oral, o en profesionales para lograr salud oral?

- Sandra Tovar Valencia[29].

  Poco a poco se han sumado las inquietudes y las pasiones, por ejercer una profesión más allá de las superficies dentales, para construir una profesión, que no esté de espaldas a la salud sino que por el contrario sea digna de una disciplina humanista, basada en la ciencia y en el conocimiento pero aplicada a la realidad de la diversidad y de la diferencia, que se enriquezca y empodere pero no a costa de la ganancia económica exclusivamente, sino de la ganancia social y que retome la construcción de conocimiento y la investigación más allá de la aplicación de técnicas.

  No pocos análisis, artículos, reuniones, talleres, seminarios en el mundo reconocen que la limitada visión patocéntrica y bilologicista ya no son suficientes y cada vez lo será menos, por las mismas exigencias que como sociedad construimos y por las mismas insatisfacciones que motivan al ser humano a cada vez superarse y dominar su entorno. Por tanto, el profesional de la odontología desde el siguiente día de su graduación hasta cuando decida terminar su vida activa, deberá tener la capacidad de interactuar con otras disciplinas de la salud (pediatras, obstetras, enfermeras y otros profesionales), pero también tener visión para comprender la complejidad junto con otros profesionales del sistema social que tienen otras interacciones con otros conocimientos y perspectivas, y además ser sensible y compenetrado con las necesidades, diferencias y especificidades propias de la heterogeneidad de personas y comunidades para lo cual los profesionales de la odontología deben contribuir con la atención curativa a cubrir la deuda social que aún hoy tiene la profesión pero simultáneamente trabajar en mantener, controlar y garantizar las mejores condiciones posibles de salud para lo cual es una exigencia que estén bien informados y constantemente actualizados sobre los determinas sociales, las políticas estructurales nacionales e internacionales que afectan la población de la cual hacen parte, la salud pública, las formas de aproximación a las comunidades, la gestión, la administración de bienes y servicios; en definitiva, se necesita de profesionales que acorde con la globalización, el avance tecnológico y del conocimiento levanten la mirada para ampliar su horizonte de acción y entren en un mundo más amplio que les permitan mejores retribuciones.

- Carlos Eduardo Jurado[30]: El odontólogo de hoy no ve el contexto que se desenvuelve alrededor del paciente, solo ve el sistema estomatognático, con pobres bases

[29] Odontóloga - Epidemióloga y Gerente de Proyectos. Profesional Especializado Coordinadora Grupo de Salud Bucal, Visual y Auditiva, Subdirección Enfermedades No Transmisibles, Dirección de Promoción y prevención. Ministerio de Salud y Protección Social

[30] Odontólogo Director Cámara de Salud, ANDI. Presidente Consejo Ejecutivo Mesa Sectorial Salud.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

científico técnicas, concentrado más en la operatoria, enmarcado en lo que le ofrece y permite el sistema de salud y lejos de participar o promover desarrollos científicos y tecnológicos. Hoy el país está catalogado como el tercer país del mundo que tiene más puertas abiertas: hay convenios internacionales y de doble tributación, TLC y convenios de cielos abiertos, pero se siguen ofreciendo programas de formación rígidos, pensados solo para las grandes urbes, en ausencia del contexto político, social y económico que vive el país, egresando profesionales "mediocres" que no responden a las necesidades, que no conocen el sistema y que favorece que se perpetúe la pirámide de formación instaurada en todas las especialidades del sector, perdiendo de vista necesidades y oportunidades para el país y el desarrollo de la profesión.

La formación por tanto es vital; se retoma un planteamiento del Doctor José Félix Patiño para la formación en medicina, válido para todas las profesiones, que habla de la mano de los 6 dedos, en el sentido de proponer unos programas básicos desde lo anatomopatológico y clínico como tronco común, y además preguntarse si se requieren odontólogos economistas, odontólogos administradores, odontólogos investigadores; odontólogos epidemiólogos y salubristas para evaluar y analizar la situación de salud y proponer soluciones innovadoras.

Es claro que se necesita el odontólogo clínico con todas las especialidades porque seguimos con problemas, pero esa tendencia no ha resuelto el problema, por lo que se necesitan odontólogos generales con todo el conocimiento que requiere la resolutividad, y no pensarse solo en odontólogos de tercer nivel por la estructura piramidal de la formación hacia las especialidades, porque la puerta de entrada debe ser el general. Desde la academia debe generarse conciencia de lo que puede o no hacer como odontólogo; de lo que debe exigir y defender desde lo científico técnico, para que normas técnico-administrativas no afecten la calidad y oportunidad de los tratamientos y la eficiencia del sistema.

En el marco del ejercicio será necesario fomentar en el odontólogo la capacidad de autovalorarse y posicionarse, lo cual exige una perspectiva diferente de los docentes hacia la profesión y el liderazgo de cambios en el modelo de prestación de servicios de salud hasta hoy institucionalizados, bien sea porque solo se atiende el paciente en el consultorio o porque se lleva el consultorio a los espacios cotidianos, desconociendo el contexto y en él los saberes y prácticas en salud oral de la población. Se evidencia en este sentido la necesidad de odontólogos que cuenten con competencias de gestión, epidemiología, investigación, entre otras, para que en

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

equipos interdisciplinarios formulen y desarrollen estrategias que cierren las brechas entre el desempeño actual y el esperado.

- Doctora Carmen Alicia Cardozo de Martínez[31]

  1. ***Cuáles son las características del desempeño ideal del profesional de odontología?***

  El odontólogo debería ser un líder que promueve la protección de la comunidad donde labora, una persona en la cual se pueda depositar la confianza de la búsqueda de alternativas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de su población. Una persona que piense en la multiplicidad de problemas que se presentan en el organismo humano a nivel estomatológico y que a través de equipos interdisciplinarios construya soluciones locales y externas propias de la situación individual o colectiva. Una persona que sea capaz de reconocerse como ser humano en continuo dialogo cívico y que su vocación le lleve a construir con los demás nuevas formas de entender la enfermedad y de construir la salud. Un investigador por naturaleza que sea quien mejor conozca un sistema tan complejo como el macizo oro cráneo facial desde la perspectiva biológica y desde la visión social. Que conozca a profundidad la dinámica de crecimiento y desarrollo desde todas las perspectivas. Que sepa de saliva, bioquímica salivar, biología oral, genética y que además conozca procedimientos para manejar algunas patologías. Una persona que contribuya conceptual y prácticamente a la construcción de la estética humana, que participe en la construcción social de la boca como el elemento por excelencia de la comunicación humana. Un gestor que escriba propuestas y las articule con la política local para lograr no solamente visibilizar los puntos de vista de sus representados sino que logre los recursos que se necesitan para hacer los cambios en los modos de construir la salud y tratar la enfermedad.

  Una persona que sea recta en su proceder y que ante todo tenga claro que su profesión es de vocación y servicio antes que de lucro y que conozca a los seres humanos como sintientes, sensibles, diversos y dignos. Un intelectual que sea capaz de construir equipos de trabajo interdisciplinario y los pueda liderar con la

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

[31] Perfil: Odontóloga con maestría en periodoncia, docente universitaria de carrera en categoría de profesora titular. Investigadora del área de las ciencias básicas biomédicas y sicosocial en el campo de la ética en investigación. Líder y gestora de un grupo de investigación interdisciplinario en el campo de la ingeniería de tejidos y de los modelos animales experimentales para la investigación biomédica. Docente con experiencia en gestión y administración universitaria que ha ocupado cargos como la Dirección de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia en la Vicerrectoría Académica (hoy Vicerrectoría de Investigación), la Decanatura de la Facultad de Odontología y la Dirección del Instituto de Biotecnología en encargo. Líder y gestora de la Red de Bioética de la Universidad Nacional de Colombia y actualmente coordinadora del Programa Internacional de Formación en Ética en Investigación Biomédica y Sicosocial de la Universidad de Chile. Docente de las áreas de ingeniería tisular, ética en investigación y biotecnología en salud.

seguridad de su conocimiento respetando el de los demás y para quien el ser humano sea sagrado en todos los escenarios.

Idealmente un odontólogo podría ejercer su profesión dentro y fuera de un consultorio de odontología. Debería ser capaz de escribir, publicar, divulgar sus conocimientos en el marco de una ética que dignifique siempre su ejercicio.

Si quisiéramos efectivamente que la odontología tuviera un desarrollo investigativo real, creo que el ideal sería que existieran ambientes de investigación para el área donde se contara con infraestructura para el desarrollo endógeno de la investigación aunque fuera con carácter interdisciplinario, que se abrieran convocatorias financiadas para la investigación en salud oral tanto desde la perspectiva biológica como social y política. Deberían existir programas de formación para investigación en odontología, es decir planes de estudio para estos propósitos pues como se encuentra ahora es fundamentalmente asistencial. Por ello idealmente deberían existir programas de maestría y doctorado en odontología y en docencia universitaria para odontología. Ello implicaría la apertura de programas de formación muy fuertes para la investigación en todos estos campos.

Idealmente también el odontólogo debería participar en la generación de la política pública y la formulación de planes de desarrollo de la odontología en Colombia, para ello en los planes de estudio debería haber un componente fuerte en éste sentido. Debería existir una sinergia en los programas actuales de formación a nivel mundial y local pues la existencia del aprendizaje virtual, de las redes sociales y los medios de las tecnologías de la información y la comunicación han traído una dinámica totalmente renovada de aprendizaje y crecimiento, es un verdadero reto para los profesores universitarios quienes deben asumir un liderazgo distinto al tradicional, basado en unos sólidos fundamentos y el conocimiento amplio de grupos y opciones prácticas.

2. ¿Que debilidades encuentra frente al desempeño actual de los odontólogos en Colombia?

El desconocimento sustancial de su contexto de trabajo. El odontólogo colombiano no conoce los problemas colombianos, no conoce su país, por ello no interactúa fácilmente con la comunidad, no contribuye a la generación de política pública en salud oral. Está aun aferrado al modelo de trabajo individual y a la idea del lucro de su ejercicio profesional. Es pobre en cultura general, en literatura, en historia, en investigación, en general su campo de dialogo y construcción se limita a la cavidad oral.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

Creo que la debilidad mas grande del odontólogo actual reside en el deslumbramiento por la tecnología, la fascinación de los aparatos le hizo olvidar su función y responsabilidad social para el tratamiento y la curación de enfermedades que se volvieron endémicas y sin esperanza como la caries y la enfermedad periodontal.

El odontólogo ha ido en abierto deterioro de sus capacidades comunicativas y relacionales, cada vez tiene visión más cortoplacista e inmediatista, no sabe leer, no sabe escribir, no puede hablar. En general contadas pocas excepciones, se ha empobrecido el nivel de preparación y desempeño. La presión social del mismo cuerpo de trabajo ha obligado a muchos odontólogos a ejercer en condiciones desprovistas de transparencia, investidas de otros fines distintos a su profesión. El odontólogo no conoce sus fortalezas y debilidades, no reconoce su capacidad y sus limitaciones por lo que no es capaz, por problemas de supervivencia de decir no a un procedimiento que no sabe hacer.

Un grave problema actualmente en los odontólogos es el desconocimiento casi que sistemático del concepto del rigor y rectitud en el ejercicio de sus actividades. El estudiante copia y pega, el profesional ofrece descuentos y promociones, hace publicidad engañosa, se firma con títulos que no tiene, publica y se autocita.

El otro grave problema es la falta de gestión académico profesional, la ausencia casi que sistemática de capacidad para interactuar con otros profesionales y construír dinámicas nuevas. La poca creatividad, la "empleabilidad" referida como ausencia de capacidad para emprender y crear empresas, grupos de trabajo, nuevas carreras, nuevas áreas de capacitación, de especialización.

*3. ¿**Que tipo de ajustes se requieren para cerrar estas brechas?***

Creo que el primer paso es preparar profesores para formar las nuevas generaciones. Los grandes maestros han ido despareciendo por muchas circunstancias entre ellas la vinculación tan pobre que les dan en las instituciones. Un Maestro es un formador de personas, conocedor de los conceptos de ciudadanía y responsabilidad. Un ejemplo vivo en cada actividad y actitud, que acompaña al estudiante de manera permanente en la construcción crítica de su propio conocimiento y que a la vez permanentemente al lado de su alumno sigue aprendiendo. Es un consejero, la persona que orienta al estudiante en el recto proceder, en el análisis valórico de los problemas a los que se enfrenta como estudiante y luego como profesional. Un maestro además de ser técnicamente el mejor es quien ayuda a formar a otros profesores por el mismo camino de la rectitud y las buenas costumbres en su campo profesional, es una persona

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

dispuesta al cambio y al mejoramiento continuo, es incansable pensando en las necesidades y requerimientos de su estudiante, tiene vocación.

Debe existir la carrera docente profesional donde los profesores de tiempo completo y dedicación exclusiva son maestros que se sientan a pensar en el escenario formativo, reflexionan sobre los modelos pedagógicos, sobre el quehacer del estudiante, crean nuevas formas de enseñar y transmitir, sobre todo ahora que los jóvenes usan el internet para todo. El profesor universitario tiene un gran reto frente a la motivación al estudiante a acercarse al dialogo, a la construcción de nuevas formas de entender el ser humano. Creo que los planes de estudio deben sufrir un cambio radical al igual que los profesores. Si se quiere trabajar en investigación hay que hacerlo en los escenarios adecuados (laboratorios si se requiere dentro de las normas y pautas vigentes; comunidades, autopistas de información); la labor asistencial requiere de la existencia de sistemas de evaluación de sus avances para aproximar al estudiante a la realidad de trabajo; el hospital universitario debe brindar espacios de construcción de investigación compleja en conjunto con otras áreas del conocimiento. No se compadece de nuestra realidad el que se sigan repitiendo las mismas cosas que se habían enseñado hace 20 años cuando los escenarios de apropiación de conocimiento son tan diversos como los que se tienen actualmente. El estudiante debe ser un creador junto con su profesor, debe darse rienda suelta a la imaginación. Debe existir un ambiente de permanente contacto con redes externas, con otros modelos de apropiar el conocimiento de tal manera que tanto el profesor como el estudiante puedan constantemente recrear sus escenarios de estudio y avance.

Deben abrirse espacios para aprender del entorno, de la cultura, de la investigación que se hace en otras latitudes, conocer otras formas de aprender de otros países, en fin, conectarse permanentemente en las redes mientras localmente se van construyendo otras formas de entender y abordar la salud y la enfermedad. Debe conocerse y vivirse la realidad latinoamericana y trabajar por ella, por mejorar nuestras condiciones sociales. En las facultades de odontología debería haber politólogos, sociólogos, genetistas, biólogos moleculares que trabajen junto a los odontólogos en investigación e innovación tecnológica. Debería trabajarse mas con el sector empresarial y diversificar los modos de aprender, por ejemplo, formando personal para producir materiales dentales, equipos e instrumental de odontología.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

Deberían diversificarse las opciones de formación generando distintos tipos de énfasis. Asi como tuvimos odontólogos para la odontología hospitalaria y pediátrica, también debería existir la opción de la bioquímica oral, la biología oral. Las especializaciones deben entonces orientarse a todos los énfasis actuales del uso adecuado de la tecnología, podría existir una odontoinformática, por ejemplo que recogiera toda la información recopilada y recopilable de secuencias génicas, bioquímicas y matemáticas de los componentes orales.

Creo que algo en lo que habría que pensar es en el esquema organizacional que tienen las actuales escuelas de formación, replanteándolo hacia la construcción de una dinámica nacional en red que conforme la Odontología Colombiana, donde las Escuelas no compitan sino se complementen, donde haya posibilidad de formar personal científico, profesional, técnico, auxiliar sin miedo. Cualificar la odontología implica trabajar en el marco de las Buenas Prácticas de Clínica, un concepto que en medicina ha generado cambios estructurales mundiales pero que en odontología no se ha mirado. El aseguramiento de la calidad implica necesariamente el trabajo técnico pero también la reflexión y la conciencia ética obligando a los profesionales a actuar con excelencia y honestidad. Las normas exigen que en las Facultades de Odontología haya una cátedra de ética profesional y sin embargo muy escasas lo han hecho por diversas razones, entre ellas su razón de lucro. Creo que no se debería pensar con egoísmo en que tecnología o avances se tienen en cada escuela, se debería pensar en como compartir modelos, en como caracterizar la odontología colombiana, como el mas fuerte ayuda al mas débil a lograr unos mejores niveles.

La cultura del facilismo y la narcocultura en nuestro país facilitaron la emergencia de la odontología estética como suprameta de la odontología dejando de lado la responsabilidad de formar ciudadanos comprometidos con la vida y la salud oral de todas las comunidades colombianas. El estudio de la erradicación de la caries, de los sustitutos dentales, de la confección y diseño de tecnología propia, de nuestra propia caracterización en cuanto a perfiles craneofaciales son responsabilidades que el odontólogo no ha querido asumir y donde las facultades de odontología tampoco han querido hacer presencia. Debería conformarse un seminario nacional de odontología con los grandes pensadores que propongan una nueva política y unos planes de acción que hagan que podamos diversificar las carreras, las propuestas y las ofertas y que acaben con el canibalismo profesional vigente.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

5. PARTICIPANTES EN LA RETROALIMENTACIÓN.

Alfredo de la Cruz Villa	Director de Programa. Universidad Metropolitana
Johana A. Otero Wandurraga	Coordinadora Científica. Observatorio de Salud pública de Santander. Departamento de Santander
Javier Andrés Hurtado López.	Referente Departamental de Salud Oral Secretaría de Salud Departamento del Cauca
Patricia Inés Castro Villamizar	Directora de Programa. Corporación Universitaria Rafael Núñez , Cartagena
Martha Liliana Rincón Rodríguez	Decana Facultad de Odontología Universidad Santo Tomas, Expresidente ACFO Miembro del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud Universidad Santo Tomas
Clara Eugenia Escobar	Decana- Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia
Johana Isabel Martínez	Odontóloga especialista, Referente Salud Oral. Secretaria De Salud Departamental Valle Del Cauca
Adalberto torijano Martínez	Odontólogo especialista Vigilancia Salud Pública. Secretaria De Salud Departamental Valle Del Cauca
Elisa Pinzón	Odontóloga epidemióloga Vigilancia Salud Pública. Secretaria De Salud Departamental Valle Del Cauca

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION

6. DOCUMENTOS CONSULTADOS

Asociación Colombiana de Facultades de Odontología. ACFO, Dirección de Educación. Hacia un consenso de las competencias de formación del odontólogo colombiano. Marzo de 2010.

A.J.M. Plasschaert, W.P. Holbrook, E. Delap, C. Martínez, A.D. Walmsley. Perfil y Competencias del Dentista Europeo, Cardiff, 2004.

Código de Ética del Odontólogo Colombiano. Ley 35 de 1989

Cali Ley 10 DE 1962. Por lo cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología

Libro del proyecto latino americano de convergencia en educación odontológica (PLACEO), Congreso Internacional de Odontología de São Paulo (CIOSP), 2010.

Libro Blanco. Tíitulo de Grado de Odontología. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. ANECA, Madrid 2004.

Llodra Calvo, Juan Carlos. Bourgeois, Denis. Estudio Prospectivo Delphi, La Salud Bucodental en España 2020, Tendencias y Objetivos de Salud Oral, Madrid, 2009.

Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Informe Final – Proyecto Tuning 2004-2007 .

República de Colombia, Ley 1438 de 2011

República de Colombia, Ley 1164 de 2007

SENA. Dirección del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo. Mesa Sectorial Salud. Propuesta mapa funcional odontología. 20 de noviembre de 2008.

SENA. Dirección del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo. Mesa Sectorial Salud. Caracterización de la Odontología en Colombia. Bogotá, 2008.

SENA. Caracterización de la Situación Actual de la Profesión de Odontólogo en Colombia. 2008.

CENDEX. Estudio de Recursos Humanos de la Salud en Colombia, CENDEX Balance, Competencias y Prospectiva.2008. Tercera Edición.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCION