

**El Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay en el siglo XXI.
Un enfoque en la atención en Salud Bucal.**

**The National Integrated Health System of Uruguay in the 21st century.
Regarding oral health care.**

Odontología en el Sistema Integrado de Uruguay

Gabriel Tapia-Repetto 1

Alejandro Perdomo Rubio 2

1. Especialista en Gestión Políticas de Salud.

contacto: gtapia2204@gmail.com.co

 <https://orcid.org/0000-0003-4563-9142>

2. Doctor en ciencias de salud colectiva.

contacto:

 <https://orcid.org/0000-0003-1157-4045>

Recibido:

Aprobado:

Publicado:



Citación sugerida: Tapia G, Perdomo A. El Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay en el siglo XXI. Un enfoque en la atención en Salud Bucal. *Acta Odontol* 2024, 14(2) xx-x

Resumen

Desde 2008, Uruguay implementa el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), un esfuerzo para unificar los subsistemas públicos y privados previamente desconectados, buscando acceso universal y equitativo a la atención médica. Este estudio revisa la estructura del SNIS y su impacto en la salud bucal, destacando los desafíos actuales y futuros. **Objetivo:** Evaluar los componentes claves del SNIS y la integración de la salud bucal, identificando desafíos para su mejora. **Metodología:** Se realizó una revisión en bases de datos como Scielo, Pubmed y Google Académico, utilizando términos relacionados con el SNIS y la salud bucal en Uruguay. De los 129 artículos encontrados, se seleccionaron 16 relevantes. Además, se analizaron leyes y normas nacionales para complementar la información. **Resultados:** El SNIS transformó la gobernanza, el modelo de atención y el financiamiento en salud, promoviendo la Atención Primaria a la Salud (APS) y la descentralización mediante Redes Integrales de Salud (RIS). Sin embargo, la pandemia de COVID-19 y cambios políticos recientes han debilitado estos avances, especialmente en la gobernanza y el primer nivel de atención. La salud bucal, aunque parcialmente incluida en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), sigue dependiendo en gran medida del pago individual, creando inequidades significativas. **Conclusión:** El SNIS ha logrado avances importantes en la organización del sistema de salud en Uruguay, pero la integración completa de la salud bucal sigue siendo un desafío. Es necesario desarrollar políticas que aseguren la equidad en el acceso a la atención odontológica, considerándola un derecho humano fundamental y manteniendo la participación social en su gestión.

Palabras claves: sistema de Salud; uruguay; salud Bucal; accesibilidad; modelo de atención; Integralidad.

Summary

Since 2008, Uruguay has implemented the National Integrated Health System (SNIS), an effort to unify previously disconnected public and private subsystems, seeking universal and equitable access to health care. This study reviews the structure of the SNIS and its impact on oral health, highlighting current and future challenges.

Objective: To evaluate the key components of the SNIS and the integration of oral health, identifying challenges for its improvement. **Methodology:** A review was conducted in databases such as Scielo, Pubmed and Google Scholar, using terms related to the SNIS and oral health in Uruguay. Of the 129 articles found, 16 relevant ones were selected. In addition, national laws and regulations were analyzed to complement the information. **Results:** The SNIS transformed governance, the care model and financing

in health, promoting Primary Health Care (PHC) and decentralization through Comprehensive Health Networks (RIS). However, the COVID-19 pandemic and recent political changes have weakened these advances, especially in governance and the first level of care. Oral health, although partially included in the Comprehensive Health Care Plan (PIAS), remains largely dependent on individual payment, creating significant inequities. **Conclusion:** The SNIS has made important advances in the organization of the health system in Uruguay, but the full integration of oral health remains a challenge. It is necessary to develop policies that ensure equity in access to dental care, considering it a fundamental human right and maintaining social participation in its management.

Keywords: Health System; Uruguay; Oral Health; Accessibility; Care model; Integrality.

Introducción

Desde el año 2008 Uruguay cuenta con una nueva organización de la atención a la salud que se agrupan en un sistema que se creó con la ley 18.211, y fue denominado “Sistema Nacional Integrado de Salud” (SNIS).

Previo al año 2008, Uruguay contaba con una atención que era brindada por subsectores que se agrupaban de acuerdo al lugar de donde provenían los recursos que lo financiaban, contando entonces con un subsistema público y uno privado. Estos dos sectores funcionaban absolutamente desconectados, con una cobertura que no era universal, y donde algunos y algunas de los y las pacientes tenían duplicada su posibilidad de atención, a pesar de que había otros que no tenían acceso a una salud de calidad. Se le solía llamar el “no sistema” de salud.

Además de los elementos mencionados, primaba un modelo de atención de tipo mecanicista, con alta especialización, escasas acciones preventivas, de promoción de salud y de participación de los usuarios y las usuarias en la gestión del mismo. En el plano del financiamiento este quedaba sujeto a la capacidad de pago del usuario, muy costoso, y como vemos poco eficaz y eficiente en los diversos planos que intentamos analizar.

La puesta en marcha del SNIS en el año 2008, buscó entre otros un cambio del modelo de atención, un cambio en el modelo de financiamiento mediante el Fondo Nacional de Salud (FONASA), y un cambio en la gobernanza del sistema mediante la participación de los diferentes actores que integran el mismo. El objetivo de esta revisión es presentar los principales componentes y características del sistema, como se inserta la salud bucal en el mismo y qué desafíos enfrenta en los tiempos que transcurren y en los años venideros.

Métodos

Se procedió a la realización de una revisión narrativa donde se implementó una búsqueda en bases de datos Scielo, Pubmed y Google Académico. Se realizaron búsquedas con tres conjuntos de términos diferentes, en la primera se utilizó [sistema and salud and Uruguay], en la segunda se utilizó [SNIS and Uruguay] y en la tercera [Salud Bucal and Uruguay].

Del primer conjunto de términos se obtuvieron 108 resultados, de los cuales se seleccionaron 8 trabajos luego de la revisión de los mismos. Del segundo conjunto de términos se obtuvieron 8 resultados y luego de la revisión se seleccionaron 4 artículos. De la última búsqueda se obtuvieron 13 resultados y se seleccionaron 4. Los criterios de inclusión se vincularon al acercamiento a la temática motivo del trabajo y a la pertinencia de su análisis. El total de artículos seleccionados fueron 16.

Fue necesario para complementar el aporte teórico, el análisis de leyes y normas nacionales vinculadas al tema y que permitieron incorporar datos que fortalecieron el trabajo.

Incluir gráfico (prisma)

Resultados

El Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay (SNIS).

El término SISTEMA se vincula a la organización de unidades con la finalidad de cumplir con un objetivo, en este caso el ordenamiento de los recursos disponibles para lograr el objetivo de atender la salud de la población. El término NACIONAL refiere a que se desarrollará en todo el territorio de la República, lo de INTEGRADO se vincula a la integración de los subsistemas público y privado en mecanismos de complementación que permita un acceso equitativo a los ciudadanos y las ciudadanas. El término de SALUD, hace a esta entendida como un nivel de bienestar tanto físico, como psíquico, como social, del ser humano en interacción con su medio, considerándola un inestimable bien social y un derecho humano fundamental(1) .

Un Sistema de Salud se define como el conjunto de elementos que serán responsables de la atención a la salud de la población(2). En tal sentido es la forma de organización que se han dado las diferentes poblaciones humanas para llevar adelante la cobertura asistencial de los individuos que la integran, de acuerdo a las necesidades emergentes en cada momento histórico.

El SNIS surge en Uruguay a partir de la ley 18.211 aprobada en el año 2008(3), que busca generar modificaciones en diversos planos, entre los que se encuentra el modelo de atención, el modelo de financiamiento y la forma de gobierno del mismo(4).

En la ley que crea el sistema, es la primera vez que en una norma uruguaya figura la salud como un derecho, numerosos autores sostienen dicha idea, basados en la 'Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual establece que el acceso a la atención médica es un derecho humano fundamental(5). Villar en su definición de las dimensiones del concepto de salud(6), plantea así mismo que la salud es “un inestimable bien social”.

La puesta en práctica de la reforma de salud en el Uruguay formó parte de una serie de políticas más amplias que se denominaron “matriz de protección

social”(7), donde la reforma de la salud se vio acompañada de otro tipo de políticas como fueron la reforma tributaria y la creación del llamado Fondo Nacional de Salud, que es un seguro que se asocia al acceso y financiamiento del SNIS. Además se promovió la ampliación de la seguridad social, la descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) mediante la ley 18.16(8) del año 2007, y como consecuencia de lo anterior el fortalecimiento de la función de rectoría del Ministerio de Salud.

El objetivo general del SNIS es el acceso universal de la atención en salud a toda la población, en niveles de cobertura y calidad homogéneas, con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano.

El SNIS está integrado por prestadores de servicios como ASSE y otros servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), las instituciones de Asistencia Médica Privada Particular sin fines de lucro y otros seguros integrales existentes al momento de aprobación de la Ley 18.211(9). Así como por los usuarios y las usuarias que acceden a esa condición en el sistema, lo hacen por ser trabajadores o hijos / hijas / cónyuges de trabajadores, residentes en el territorio nacional.

La transformación que propone el Sistema se da en tres grandes planos principales como son la gobernanza, el modelo de atención y el financiamiento. En relación a la **gobernanza** el sistema incorpora a todos los actores involucrados en la misma y es por ello que participan de la decisión todos los que integran el sistema, lo cual resulta de particular interés en “la transformación de los mecanismos institucionales que afirman el rol de conducción estatal” (Setaro, 2014)(10), contando con la participación de actores diversos. Se materializa a través de la creación de órganos colegiados que se desarrollan en diferentes niveles(3), en el nivel nacional la llamada Junta Nacional de Salud (Junasa), a nivel departamental las llamadas Juntas Departamentales de Salud (Judesas)(10), a nivel local las Juntas Locales de Salud (Julosas), y a nivel de cada uno de los efectores de salud los llamados “Consejos consultivos”.

La Junasa como organismo descentralizado que promueve la participación social. Es un órgano colegiado presidido por un delegado del Ministerio de Salud (MS), e integrado por delegados del Ministerio de Economía y Finanzas, uno del Banco de Previsión Social, uno de los trabajadores (médicos y no médicos), uno de los usuarios, uno de los efectores de salud, entre otros. Tiene dentro de sus propósitos planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del SNIS, de conformidad con las políticas y normas que establezca el MS, administrar el Seguro Nacional de Salud y garantizar el cumplimiento de los principios rectores y objetivos del SNIS. Tiene la función de promover y coordinar con el MS, la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la salud colectiva y la calidad de vida de la población. Es considerado un pilar de la reforma, así como un derecho y deber de los actores(11).

En el plano de la Atención a la Salud, se promueve un cambio de **modelo**, estableciendo la APS como estrategia de desarrollo de las acciones. Esta

involucra la promoción de la salud, la participación social y la coordinación intersectorial para abordar la salud de la población(12). De esta estrategia, el sistema rescata la atención por niveles, que implica la estratificación de la atención en lo que se denomina el primer, segundo y tercer nivel.

El parámetro más importante para la sistematización de los niveles es la complejidad de cada una de las prestaciones(13), siendo del primer nivel las prestaciones de menor complejidad y las de mayor complejidad en el segundo y tercer nivel, entendidas éstas como “el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella”(14) Además de esto, los niveles se diferencian en el costo de las prestaciones, en el tipo de formación de los profesionales que actúan en cada nivel, y en el flujo de usuarios y usuarias con que deberían contar cada uno de ellos para que el sistema sea eficaz y eficiente. Se considera que el primer nivel debería contar con alrededor del 80% de los usuarios del sistema, el segundo un 15% de los usuarios y el tercer nivel no más del 5% de los usuarios.

Otro elemento esencial vinculado al modelo asistencial es contar con instancias o mecanismos de referencia y contrarreferencia. Para ello tomaremos a Cetaro (15), quién considera que la referencia es “la derivación del paciente desde un establecimiento de menor capacidad resolutoria hacia otro de mayor complejidad de asistencia”(15). En el marco del modelo asistencial la podemos ver como el mecanismo que permite la movilidad de un usuario o una usuaria en sentido ascendente, generalmente del primer nivel a los niveles superiores. La contrarreferencia “es la derivación de los pacientes en sentido inverso, en la cual se envía al lugar de origen la información sobre los servicios prestados y las respuestas e indicaciones a las solicitudes de apoyo asistencial. Una adecuada contrarreferencia constituye la expresión formativa más práctica, por ser un factor de retroalimentación estrechamente vinculado con la actividad concreta que se realiza”(15). Por tanto es el mecanismo que genera el regreso del usuario o la usuaria al primer nivel de atención para garantizar la continuidad de asistencia del mismo o la misma.

La regionalización del sistema y la implementación de las llamadas “Redes Integrales de Salud (RIS)”, entendidas como “el conjunto de organizaciones que, por medio de acuerdos institucionales, prestan una cartera de servicios de salud equitativa e integral a una población definida”(16) Esta organización permite cumplir con un objetivo clave en el sistema vinculado a la descentralización de los servicios, a la complementación de los mismos, y como la conceptualización lo plantea permite cumplir con la finalidad de poder desarrollar una atención de tipo integral.

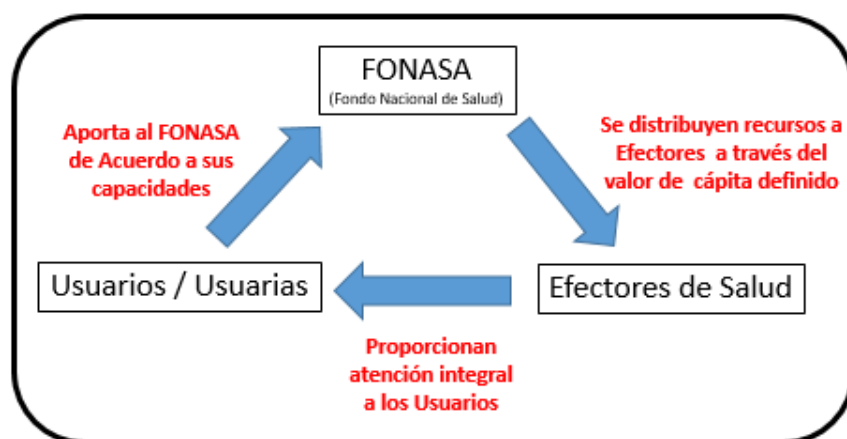
El SNIS define las prestaciones a desarrollar en el mismo de manera taxativa. Éstas se agrupan en un catálogo denominado PIAS (Plan Integral de Atención a la Salud)(17), el cual contiene todas las prestaciones que tendrán la obligación de proporcionar a sus usuarios y usuarias. Los efectores integrales del sistema que son alrededor de 47 que se constituyen como instituciones de financiamiento

privado y uno que se constituye como efector de financiamiento público (ASSE). Cada efector es responsable de resolver los problemas de salud de los usuarios y las usuarias que lo eligen, recibiendo la cápita correspondiente por cada uno de ellos y cada una de ellas.

Una tercera transformación clave del SNIS es el **modelo del financiamiento**, el cual funciona sobre la base de un seguro denominado “Seguro Nacional de Salud”, que permite la conformación del denominado “Fondo Nacional de Salud” (FONASA), administrado por el Banco de Previsión Social (BPS), que es el banco responsable de la administración y adjudicación de recursos necesarios para la cobertura de prestaciones sociales de la ciudadanía. En relación al SNIS, es el responsable de adjudicar los recursos financieros a cada uno de los efectores de salud de acuerdo a la cantidad de usuarios y / o usuarias que posee y a la cápita definida para cada persona. Utiliza para la distribución de los recursos el concepto de cápita, hecho que radica en poner un precio a la cuota de salud de cada ciudadano y ciudadana, la cual se ajusta por edad y sexo, y se distribuye mensualmente por el BPS a los efectores de acuerdo al número de usuarios y usuarias que cada uno posea.

El FONASA se constituye a punto de partida de tres fuentes de financiamiento fundamentales. Por un lado el aporte de los trabajadores y las trabajadoras quienes aportan obligatoriamente de acuerdo a sus posibilidades y circunstancias, estando regulado el aporte de acuerdo a los ingresos que poseen, el estado civil y la tenencia o no de personas a cargo. Por otro lado encontramos el aporte de los empleadores que lo realizan de acuerdo a la cantidad de empleados o empleadas que poseen, siendo las empresas con menor cantidad de empleados y empleadas las que aportan menos y aquellas con mayor número las que aportan más. Por último hay un aporte estatal que buscará complementar al FONASA con lo que suele denominarse el “gasto en salud” a nivel de los presupuestos de los estados. Toma como centro para la obtención de recursos la solidaridad en el financiamiento, con aporte de todos y todas de acuerdo a sus posibilidades en el plano financiero(17). La lógica del fluido financiero en el sistema se representa en la figura 1 y genera un ciclo que comienza con el aporte descrito en el párrafo anterior que constituye al FONASA.

Figura 1. Esquema del funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud



Fuente: elaboración propia

El recurso financiero se distribuye entre los efectores de salud, regulado por la cápita que se ajusta por edad y sexo de usuarios y usuarias. Los efectores están obligados a proporcionar atención integral a las usuarias y los usuarios que les eligen. Esto vuelve a cerrar el círculo con el aporte que los usuarios y las usuarias hacen al sistema de acuerdo a la capacidad distributiva que poseen.

La puesta en práctica del SNIS generó una transformación muy importante en la salud a nivel nacional, donde al desarrollarse de manera concomitante con otras políticas sociales generó cambios sustanciales entre los años 2007 al 2019. Estos cambios incluyeron un mayor acceso a la salud en el medio rural(18), en las poblaciones más vulneradas, la disminución de la pobreza y la indigencia, la baja del desempleo, la baja de la mortalidad infantil y materna, la disminución del embarazo adolescente, entre otros. También institucionalizó la participación social en el sistema con una lógica de la salud colectiva, con incidencia directa en el direccionamiento de las políticas de salud y de los recursos y programas a priorizar entre otros. Se fortaleció la rectoría del Ministerio de Salud y se apostó a la mejora de la eficacia y la eficiencia de los recursos en el sistema(17).

La pandemia y las post pandemia. Sus consecuencias en el SNIS.

La pandemia y el cambio en la orientación del gobierno en Uruguay a partir del año 2020, afectó el desarrollo que venía presentando en el SNIS en el país. La estructura general del sistema se mantuvo, pero se percibe un debilitamiento en parte de sus pilares.

En relación a la **gobernanza** se constata una debilidad en el rol de los órganos de regulación y control en los diferentes niveles. La JUNASA disminuyó su actividad a nivel nacional, sucedió lo mismo con las actividades de las JUDESAS y JULOSAS, así como con el funcionamiento de los Consejos Consultivos en cada uno de los efectores. Lo mencionado generó un deterioro en la política a nivel general, dado que se perdió la mirada de las organizaciones sociales que participan en las propuestas a desarrollar en el sistema, y por tanto se debilitó la participación social en el sistema. La afectación de la gobernanza, generó un cambio importante en la forma de conducción de los diferentes efectores del

sistema, llevando a una conducción de los mismos con un perfil más gerencial que participativo.

En relación al **modelo de atención**, se percibe un retroceso en la idea general, en especial porque se detecta un debilitamiento del primer nivel de atención, con un aumento en la atención centrada en las especialidades, donde se ve una fuga de usuarios y usuarias del primer nivel, al segundo y tercer nivel, generando un aumento de los costos, una disminución en la eficacia y eficiencia sistema, así como la inequidad en el acceso a los servicios que atienden la necesidades de salud de la población(14).

En el plano **financiero**, no hubo modificaciones sustanciales a lo planteado en la ley 18.211. Sin embargo el gobierno actual ha realizado un recorte importante en los fondos destinados a la salud, en especial en el efector público del sistema (ASSE). Se detecta que el monto por usuario ha disminuido como consecuencia de dos elementos. Por un lado no se realizó un incremento acorde al aumento de insumos que son necesarios para la atención a la salud, y por otro lado, las dificultades que debieron afrontar los ciudadanos y las ciudadanas, en el entendido que un alto porcentaje de los trabajadores y las trabajadoras en el Uruguay que durante los últimos tres años, han experimentado una pérdida de salario real, e implicó contar con menos recursos para resolver las necesidades básicas, entre ellas la salud. El deterioro de la economía de los hogares, generó que en muchos de ellos el pasaje de efectores privados del sistema al efector público (ASSE). Este prestador con los mismos recursos debió brindar atención a más individuos, lo que lleva a que los recursos económicos al ser comparados con el número de usuarios o usuarias nos muestre un coeficiente menor, que seguramente se trasladará a los servicios ofrecidos a quienes lo requieran(14).

De la revisión realizada y analizando el origen y la evolución del Sistema de Salud en el Uruguay, los autores marcan una serie desafíos emergentes en relación a la Salud Bucal como son:

3. Lograr la accesibilidad en equidad a la salud bucal de todos los usuarios del sistema en un marco de calidad en las prestaciones odontológicas.
4. Propiciar la incorporación al PIAS de la totalidad de prestaciones odontológicas al mismo con la finalidad de atender las necesidades de salud de la población uruguaya.
5. Generar los recursos financieros necesarios para la implementación de las acciones en Salud Bucal, manteniendo la premisa de que la participación de los usuarios y las usuarias en la misma sea acorde en relación a las capacidades de cada uno y cada una.

La atención a la Salud Bucal en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud

La salud bucal fue incorporada parcialmente en el SNIS, a través de una serie muy menor de prestaciones en el Plan Integrado de Atención a la Salud (PIAS),

que es un conjunto taxativo de prestaciones que los efectores deben ofrecer a usuarios y usuarias del Sistema. Por lo expuesto, la atención integral de la salud bucal de ciudadanos y ciudadanas, al no estar presentes todas las prestaciones odontológicas en el PIAS, la concreción de la misma depende de la capacidad de pago individual de cada uno de ellos y cada una de ellas(19).

De manera genérica las prestaciones odontológicas incluidas en el PIAS (17).fueron las siguientes:

- Educación para la salud y profilaxis.
- Aplicación tópica de flúor. Sellantes de fosas y fisuras, remineralizantes y cariostáticos.
- Técnicas de mínima intervención, eliminación de tejido infectado y colocación de cementos temporarios o semipermanentes, por cuadrante.
- Restauraciones materiales plásticos estéticos.
- Eliminación de tártaro.
- Radiografías y tomografía computada.
- Cirurgías de avulsión dental, regularización alveolar, descubierta submucosa y reimplante, así como cirugías de alta complejidad.

Las prestaciones que se incorporan distan mucho de ser las necesarias para la asistencia integral de los usuarios y las usuarias. Uruguay es un país donde los indicadores de salud son desfavorables, con adultos que dependiendo de la edad, presentan un porcentaje de CPO=0 (libre de caries), con un rango que va desde el 0% en las personas mayores con más de 65 años de edad, al 13% en adultos jóvenes(20). Presentando además altas prevalencias de enfermedad periodontal que varía con la edad(21)., así como mal oclusiones(22). Existen datos que permiten evidenciar la necesidad de tratamientos también en las infancias(23).

Esta situación generó que durante los años de aplicación del SNIS en Uruguay, la población se relaciona con un sector odontológico que no está centralizado, con una muy escasa coordinación a nivel de los dos subsistemas existentes (público y privado), patología acumulada, etc. Esta realidad genera una inequidad en la población, donde el acceso a la atención y a la resolución de problemas de salud bucal de manera integral depende exclusivamente del financiamiento que denominamos “de bolsillo”, donde claramente depende de la capacidad de pago del beneficiario. En sociedades inequitativas como la nuestra, esto redundaría en que gran parte de la población no pueda acceder a la misma, con la consecuencia inevitable de pérdida en la calidad de vida de ciudadanos y ciudadanas de la República Oriental del Uruguay.

Discusión

Hemos visto que en el SNIS en el Uruguay existen tres elementos que son esenciales y los podríamos sintetizar en el modelo de atención, la gobernanza y el modelo de financiamiento.

En relación al modelo de atención es claro que el sistema plantea uno que se centra en los niveles de atención, integral y de calidad homogénea a nivel de los diferentes efectores del Sistema. Esto en salud bucal no se cumple.

En relación a la integralidad de la atención(24)., es conocido que debería incorporar las diferentes prestaciones acordes a la necesidad de la población, tanto en relación a la pertinencia como a la oportunidad de las mismas. Las prestaciones que define el PIAS no contemplan las necesidades de la población(19–22), o por lo menos de la amplia mayoría de ellas. En Uruguay, alcanza con ver los datos mencionados de la cantidad de personas desdentadas(19–22), ya sean por una pieza, varias o todas, no existen prestaciones en el PIAS que contemplen la reposición dentaria de los usuarios, algo similar sucede con los tratamientos de endodoncia en molares o diferentes tratamientos de ortopedia y ortodoncia. En Colombia, por contraste, recientemente fueron incluidos en el Plan de Beneficios un gran número de procedimientos odontológicos de todas las especialidades, llegando a un poco más de 350 de estos quedando excluidos los que tienen un énfasis estético más que funcional. Sin embargo, el edentulismo total sigue siendo alto ubicándose en un 11.12% de la población ha perdido la totalidad de sus dientes superiores(25).

La integralidad también incluye al capital humano en relación a la cobertura, formación de los profesionales en salud bucal, entre otros. La salud bucal en Uruguay posee una baja proporción de profesionales trabajando en el SNIS y una altísima proporción de los mismos desarrollando sus tareas en el sector privado, practicando una odontología de tipo mercantil, liberal y altamente mecanizada(14). Existen muy pocas experiencias de trabajo a nivel familiar y comunitario. En Colombia, por su parte, a pesar que hay una densidad nacional de 0,85 odontólogos por 1000 habitantes, éstos se encuentran concentrados en las grandes capitales y de departamento, dejando sin acceso a municipios rurales y rurales dispersos(26). Esto muestra que en Colombia el mercado, es decir, la capacidad de pago de la población define donde se ubican los odontólogos. Al igual que en Uruguay, en Colombia recién hasta el año 2024 se han comenzado a contratar de manera masiva odontólogos para desempeñar funciones en los Equipos de Atención Primaria que atenderían en contextos comunitarios. Los casos de Uruguay y Colombia muestran que la contratación de los odontólogos en el sistema de salud no garantiza que se haga un trabajo integral, familiar y comunitario, si no que puede seguir reproduciendo la odontología mercantil, liberal y mecanizada del consultorio privado pero ahora bajo la cobija del sistema de salud.

En el área de la salud bucal, y en el marco del SNIS en el Uruguay, existe un dato sobresaliente vinculado al tipo de prestaciones que se incorporan en el PIAS y las especialidades que participan en las mismas. Con esto nos referimos a como se representan áreas de la odontología general y las especialidades en las

mismas. Y la particularidad es que las únicas prestaciones específicas presentes son las cirugías, con una amplia gama de ellas en el listado taxativo(14), lo que condiciona al modelo de atención, transformándolo en un modelo que si no cuenta con el contrapeso de otras especialidades podría configurarse como un esquema mutilante que en ciertos momento primó en el país, y probablemente sea la razón por la cual algunos grupos etarios presentan altas tasas de edentación, y que probablemente al ir a un servicio con dolor, la extracción fuera la única prestación que se podía brindar a los pacientes.

Al analizar la Gobernanza el SNIS tiene claramente definidos los espacios de participación para diferentes actores en los diferentes niveles que presenta el sistema, pero la salud bucal prácticamente queda por fuera de la misma, en el entendido que más del 70% de las prestaciones odontológicas dependen del pago de bolsillo(16), y por tanto del trato comercial con los diferentes actores que ofrecen estas prestaciones, eso hace que todo ello quede por fuera de la regulación del sistema, ya sea en relación al costo que tiene para el usuario, como a la calidad de las prestaciones que se ofrecen. En Colombia, por su parte, a pesar del elevado número de procedimientos que se prestan en odontología en el sistema de salud, la participación del gremio odontológico en los espacios formales de toma de decisiones del sistema de salud(27–28), de gobernanza, es escaso, siendo generalmente representados por otras profesiones. Esto puede significar que los servicios de odontología estén fuera (Uruguay) o dentro (Colombia) del sistema de salud, no tienen un asiento en los espacios de gobernanza y dependerá más bien de otros factores como pueden ser su historia o las relaciones de poder que se tejen entre los actores de la salud.

En cuanto al financiamiento, mientras el SNIS tiene un criterio de justicia y equidad en el aporte de cada usuario del sistema, en odontología, la amplia mayoría de las prestaciones está totalmente desregulada respecto al costo que cada prestación tiene para los pacientes(16). En Colombia, a pesar de la gran cantidad de procedimientos de odontología incluidos en el Plan de Beneficios, no se conoce el monto financiero que esto implica, por el diseño del flujo financiero del sistema de salud(28). En ambos casos, las maneras como se distribuyen los recursos gastados en salud bucal hacen que sea difícil orientar técnica y políticamente el gasto en salud bucal, considerando primordialmente las necesidades de la población y las inequidades territoriales. Esto puede profundizar una distribución de los recursos desde un enfoque mercantil más que de necesidades e inequidades.

Conclusiones

Hemos logrado poner en foco los componentes más importantes del SNIS en el Uruguay y el sistema de salud de Colombia, analizando tres ejes fundamentales como son la gobernanza, el modelo de atención y el modelo de financiamiento.

Vemos como la salud bucal ha sido postergada en el desarrollo del SNIS en Uruguay al igual que en Colombia, aunque en este caso se encuentra en un

proceso de reestructuración. Se evidencian enormes desafíos para que esta pueda ser contemplada en los mismos de manera integral, pero manteniendo los principios rectores de un sistema ideal como son la equidad, justicia distributiva, eficacia y eficiencia.

Al analizar los modelos de atención, en ambos sistemas el acceso a las prestaciones de manera integral se ve condicionado por la presencia del gasto de bolsillo, con dificultades en la distribución geográfica del capital humano y con una acumulación de morbilidad que se distribuye de manera diferenciada en la población, marcando una clara diferencia en cómo se manifiesta en los individuos y comunidades, hecho que se traduce en la inequidad en las poblaciones.

La territorialización de la atención debería incorporar asimismo un enfoque territorial en el financiamiento y la gobernanza, cosa que en la actualidad es muy difícil de conseguir, en especial porque los sistemas de salud se caracterizan por una centralidad en su conducción y forma de tomar decisiones. El financiamiento generalmente se asocia a un monto global per cápita, donde los fondos para resolver las necesidades de salud bucal se ven diluidos en la atención general de la ciudadanía, lo que dificulta identificar que rubros se destinan o no a la salud bucal.

La comparación con Colombia subraya la importancia de analizar experiencias similares para identificar estrategias efectivas y superar los desafíos en la implementación de políticas de salud bucal dentro del SNIS uruguayo.

Los hallazgos de nuestro trabajo nos desafían a seguir profundizando en como concretar un abordaje territorial, como lograr que el gasto en salud bucal se puede direccionar en el sentido de resolver las necesidades de la comunidad, e identificar las acciones vinculadas a la gobernanza local en el marco de los sistemas de salud.

Será necesaria la construcción y el desarrollo de políticas, que nos permitan cumplir con los objetivos del acceso a la salud bucal desde la lógica de ser considerado un derecho humano fundamental, manteniendo el concepto central de la participación social en el diseño, ejecución y control de las mismas.

Contribuciones de los autores

Conflictos de interés

Los autores no presentan conflicto de interés, ambos participaron en la concepción y elaboración del trabajo.

Referencias

1. Tapia G. Gestión en Salud Bucal. Bibliomedica. 2019.

2. Benia W. Temas de Salud Pública. Tomo I. Oficina del Libro FEFMUR. 2008;Capítulo 4.
3. Poder Legislativo. ROU. Ley 18211.[fecha de consulta:]Disponible en: <https://uy.vlex.com/vid/ley-n-18211-creacion-644725821#:~:text=Creaci%C3%B3n%20del%20Sistema%20Nacional%20Integrado%20de%20Salud,Texto%20Refundido%20Texto&text=La%20presente%20ley%20reglamenta%20el,orden%20p%C3%ABlico%20e%20inter%C3%A9s%20social>
4. Benia W. Temas de Salud Pública. Tomo I. Oficina del Libro FEFMUR. 2008;Capítulo 7.
5. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Diciembre 1948.[fecha de consulta:]Disponible en:https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
6. Villar H. Concepto de Salud – Enfermedad. Odont. Postgrado – Agosto 1992. Vol.3 –W2 :17–23.[fecha de consulta:]Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/36234/1/Concepto%20de%20salud-enfermedad.pdf>
7. Antía F, Castillo M, Fuentes G, Midaglia C. La renovación del sistema de protección uruguayo: el desafío de superar la dualización. *Rev Urug Cienc Polit.* 2013 : 153–174. Recuperado en 29 de junio de 2023. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-499X2013000200008&lng=es&tlng=es.
8. Poder Legislativo ROU. Ley 18.161. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18161-2007#:~:text=Cr%C3%A9ase%2C%20con%20el%20nombre%20de,%C3%B3rgano%20desconcentrado%20de%20igual%20denominaci%C3%B3n>.
9. Aran D, Laca H. Sistema de salud de Uruguay. *Rev Salud Publica Mex.* (53), suplemento 2 de 2011: 5265–5274. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800021.
10. Setaro Montes de Oca M. Changes in the governance of a centenary social state: structure and operation of the Integrated National Health System of Uruguay. *Rev Urug Cienc Polit.* 2014,(23), n.1:143–165. Disponible en: <https://rucp.cienciassociales.edu.uy/index.php/rucp/article/view/98>
11. Fuentes G. El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del frente amplio y las condiciones que la hicieron posible. *Rev Urug Cienc Polit.* 2010; 19(1): 119–142. Recuperado en 29 de junio de 2023. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-499X2010000100005&lng=es&tlng=es.

12. Báscolo E. Houghton N. Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Publica* 42, 2018:1–9. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385643/>
13. Presidencia de la República Oriental de Uruguay. Decreto 237/011.[fecha de consulta:].Disppnible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/237-2011>
14. Vignolo J. Vacarezza M. Alvarez C. Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna* 2011; XXXIII(1).Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
15. Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S, Pastorini J, Ramírez Y, Otero S, Gil V, Juchnewicz A. Sistema de referencia–contrarreferencia en pediatría. *Rev Med Urug* 2008; 24: 69–82. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902008000200002#:~:text=Un%20sistema%20de%20referencia%2Dcontrarreferencia,eficiente%20del%20sistema%20de%20atenci%C3%B3n.
16. Cosavalente-Vidarte, O. Leslie Zevallos JF, Cuba-Fuentes, S. Proceso de transformación hacia las redes integradas de salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019;36(2):319–25. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/plan-integral-atencion-salud-pias>
17. Sollazzo A, Berterretche R. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2829–2840. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019110021>
18. Borgia F, Gularte A, Gabrielzyk I, Azambuja M, Soto J, Corneo M, et al. De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias–rurales en Uruguay a la priorización de la salud rural como política pública. *Saúde em Debate*. 2012;36(94):421–435. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341762014>
19. Suárez P, S. Un acercamiento a la situación de la salud bucal en Uruguay. *Odontol. Sanmarquina* 2020; 23(3): 333–340. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9373025>
20. Olmos P, Piovesan S, Musto M, Lorenzo S, Álvarez R, Massa F. Caries dental. La enfermedad oral más prevalente: Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. *Odontoestomatología*. 2013 Jun ; 15 :26–34.[Fecha de consulta: 2023 Jun 26].Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000200004&lng=es.

21. Lorenzo S, Piccardo V, Alvarez F, Massa F, Alvarez R. Enfermedad Periodontal en la población joven y adulta uruguaya del Interior del país: Relevamiento Nacional 2010–2011. *Odontoestomatología* . 2013 Jun ; 15: 35–46.[Fecha de consulta: 2023 Jul 03].Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000200005&lng=es.
22. Ourens M, Roger C, Hilgert J, Lorenzo S, Neves H, Álvarez Ramón, et al .Prevalencia de maloclusiones en adolescentes y adultos jóvenes del interior del Uruguay. *Relevamiento nacional de salud bucal 2010–2011. Odontoestomatología*. 2013 Jun; 15: 47–57.[Fecha de consulta: 2023 Jul 03].Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000200006&lng=es.
23. Álvarez L, Hermida L, Cuitiño E. Situación de salud oral de los niños uruguayos portadores del virus de la inmunodeficiencia humana. *Arch. Pediatr. Urug*. 2007 Mar; 78(1): 23–28.[Fecha de consulta: 2023 Jul 03].Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492007000100005&lng=es.
24. Perdomo A, Restrepo L, Tovar S, Tapias L, Barbosa R, Tocora JC, et al. *Servicios de Odontología y Salud Bucal, mediados por la Atención Primaria en Salud (APS)*. Editorial ACFO, editor. Bogotá: Editorial ACFO; 2024. 1.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV. Situación en Salud Bucal. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Metodologia.pdf>
26. Ministerio de Salud y Protección Social. 6ºTaller Bogotá Política de Talento Humano en Salud. In: 6ºTaller Bogotá. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2024. p. 1–186.
27. Zea R, Humberto J, Cortés OLZ. Desafíos de la gobernanza en salud en Colombia: Una mirada con actores del sistema de salud. Documento de trabajo, Medellín, Grupo de Economía de la Salud (ges), Universidad de Antioquia. 2021.
28. Barbosa WGJ, Gómez JSA. Inclusión de procedimientos de salud oral financiados por el estado colombiano y sus posibles efectos en el ejercicio de la odontología. *Universitas Odontologica*. 2022;41.

Versión preliminar