

Universidad de la República  
Facultad de Ciencias Sociales  
Instituto de Ciencia Política

Maestría en Ciencia Política

**Las políticas públicas en salud bucal  
dentro de la reforma sanitaria implementada en  
el primer período de gobierno del Frente Amplio**

Juan Sebastián Beñarán Barbat  
Tutor: Dr. José Miguel Busquets

Agradecimientos:

A la Dra. Silvana Blanco, por darme el espacio.

A mi tutor, el Dr. José Miguel Busquets, por su invaluable esfuerzo y dedicación.

A la Lic. Daysi Guigou, por el impulso final.

*... porque te hago saber, Sancho,  
que la boca sin muelas es como el molino sin piedra,  
y en mucho más se ha de estimar un diente que un diamante...*  
El Quijote de la Mancha

## **Resumen**

Transformar la atención de la salud odontológica de los uruguayos es una tarea de muy difícil concreción y, a diferencia de la atención de la salud médica, no ha dado pasos firmes en un proceso de colectivización. Es más, la atención mercantilizada domina la prestación de la salud bucal de los uruguayos.

Paralelamente al ejercicio liberal de la profesión, que plantea muchos beneficios para los odontólogos, dentro del recientemente implementado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) no se verificó un nivel de inserción laboral significativo.

Este sistema, bajo una fuerte orientación y contralor de organismos estatales, apunta a la organización de redes de servicios públicos y privados, con un fondo público financiador.

Con el propósito de establecer una lógica de funcionamiento diferente a la competencia mercantil, la reforma incrementa los controles públicos a través de la Junta Nacional de Salud (JUNASA), procurando su orientación hacia la cooperación y la complementación asistencial.

El SNIS tiene vocación universalista, de ampliación de derechos y de atención integral. No obstante, la atención odontológica resulta sumamente escasa o mercantilizada, aspectos contradictorios con el sistema mismo.

En este trabajo procuramos determinar, durante el primer período de gobierno del Frente Amplio (FA), las razones de la lenta o casi nula integración al SNIS de la atención odontológica.

## **Justificación**

Difícilmente una situación odontológica se perciba como problema de salud pública relevante o se inserte en un lugar de primacía dentro de la agenda de las políticas públicas. Exceptuando situaciones extraordinarias e infrecuentes (vinculadas fundamentalmente al cáncer bucal), las personas no fallecen ni reclaman por su salud odontológica. No obstante, constituye un verdadero problema de salud pública, sobre todo en familias de bajos ingresos.

Mi percepción de la insuficiente respuesta del SNIS a esta situación, de la escasa solución de los problemas odontológicos de las personas con menores recursos, de la incorporación de atención odontológica en los prestadores de salud con lógicas mercantilistas (como así también la evolución de la Odontología hacia una tecnificación

descontrolada) me motivó a cursar la Maestría en Ciencia Política. Procuré, de esta forma, hallar en las Ciencias Sociales respuestas satisfactorias que en la Odontología (u otras ciencias con mayor hincapié en lo biológico) no encontré.

Compartiré dos casos clave (disparadores) de esa motivación.

Uno, sucedido en 2011 en el departamento de Tacuarembó, cuando relevé la salud oral de un adolescente. Aunque él permanecía integrado al sistema educativo y su familia no estaba en situación de indigencia, evidenciaba –con catorce años– un avanzado proceso de desdentación (procedía extraerle más de la mitad de las piezas permanentes).

El otro, una experiencia sucedida en mi consultorio durante el año 2013. Recibí la consulta de un paciente septuagenario que me relató –con dos juegos de prótesis de dudosa calidad de confección de muestra– cómo debió endeudarse (dos préstamos para costear esos trabajos odontológicos) sin lograr un nivel de satisfacción aceptable.

He percibido la práctica profesional que, por opción de mercado, disminuye al máximo la calidad (en materiales o en tiempo de diagnóstico) para abaratar el proceso de trabajo.

Si disponemos de recursos humanos y económicos que permiten solucionar satisfactoriamente este tipo de situaciones, ¿cómo es posible que un adolescente llegue a esa situación?, ¿o que un adulto mayor sea víctima de tanta negligencia?

## **Introducción**

En los siguientes capítulos describo el objeto de estudio: la política pública de salud bucal en el primer período de gobierno del FA (2005-2010).

Lo circunscribo a ese período porque considero que concentró cambios fundamentales en el sector salud y en materia de atención a la salud odontológica. En efecto, durante ese lapso se creó el SNIS, el Programa Nacional de Salud Bucal (PNSB) en el 2007 y el Programa Nacional de Salud Bucal Escolar (PNSBE), de la Presidencia de la República, en el 2006.

En la atención a la salud bucal, previo a este período de gobierno, no se registran cambios significativos, salvo la fluoración de la sal (dispuesta por decretos de 1990 y 1991).

Sin embargo, en el lapso 2005-2010, existió una oportunidad única (que fue desaprovechada) para realizar reformas estructurales en odontología.

Finalizado el segundo período de gobierno del FA, es evidente que no se consolidaron cambios relevantes en cuanto a la atención odontológica de la población.

Adopté la metodología de “ventana de oportunidad” para entender y explicar los escasos cambios sucedidos en la política pública de salud bucal. Pretendo que las conclusiones de este trabajo sean de utilidad para comprender el funcionamiento de la atención a la salud bucal uruguaya.

## **Capítulo 1.**

### **Presentación preliminar del objeto de estudio y del problema**

#### **1.1 - La política pública de salud bucal durante el primer gobierno del FA**

En este trabajo procuro analizar la política pública de salud bucal durante el primer gobierno del FA (2005-2010), entendiendo a la salud bucal como arena política: ámbito donde las distintas políticas y programas de acción, organizaciones y políticos, luchan por el predominio, compatibilizan y llegan a un entendimiento.

En la política pública de salud bucal durante ese lapso hubo algunos cambios. Pretendo comprender en qué medida acompañaron a la política en salud general. El estudio de esas modificaciones se realizará en el marco del SNIS, la reforma de salud pública más importante de los últimos tiempos.

El SNIS es una reforma que produjo múltiples modificaciones en materia de atención médica. No así en la odontología, ámbito que continúa siendo predominantemente liberal y mercantilizada.

La declaración de ejercicio liberal de la profesión odontológica permaneció constante durante el período a estudio en valores que oscilan entre el 70 y el 75% de los odontólogos, según datos de la Caja de Profesionales Universitarios. En otras palabras, el consultorio privado continúa siendo el componente principal de la atención a la salud bucal de los uruguayos.

La atención médica y la odontológica en el Uruguay funcionan de distinta manera. Los niveles de colectivización y de regulación y el modelo de atención predominante han sido diferentes. Cuando se implementa una reforma en salud como el SNIS, esas diferencias cobran notoriedad.

Para entender la separación de algunas profesiones dentro de una misma arena política, debemos considerar el caso odontología-medicina desde una perspectiva histórica. La medicina sufrió un proceso de colectivización en el siglo pasado a través de la creación de diferentes centros de atención, instaurados por inmigrantes y sindicatos, mientras que la odontología se mantuvo al margen de ese proceso.

La atención a la salud en Uruguay se desarrolló en dos subsectores, uno público y otro privado, tanto para la medicina como para la odontología. Esta última se incorporó a la atención colectiva con mínimas prestaciones, atención básica a niños y urgencias.

Durante el primer gobierno del FA se pretendió iniciar un camino de colectivización de la atención odontológica: la creación del PNSBE de Presidencia de la

República en el 2006, constituyó un hito histórico en la atención de la salud bucal de la población infantil nacional. Ese programa estuvo jerarquizado por la presencia de María Auxiliadora Delgado, esposa del presidente Tabaré Vázquez, quien asumió como presidente de la comisión honoraria que dirigió el programa.

Sin embargo, el camino natural pudo haber sido la incorporación de mayor atención odontológica dentro del SNIS o la creación de programas dentro de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), lo que hubiera permitido que la odontología acompañara la reforma de la atención sanitaria nacional.

Por una parte, el Poder Ejecutivo implementó programas en forma directa siguiendo una metodología de *bypass* saltando la consulta de los Ministerios específicos. Esto sucedió con el Plan Ceibal,<sup>1</sup> el Programa de Salud Ocular (Hospital de Ojos) y con el PNSBE. Podría interpretarse que procedió de esa manera porque advirtió que (por el nivel de necesidades que exigían solución y para una implementación inmediata de los programas respectivos) convenía evitar las demoras a que probablemente se expondrían si observara el curso burocrático habitual.

En 2005 se incorporó el cuidado odontológico por medio del programa “Trabajo por Uruguay”, subprograma del Plan de Emergencia implementado por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

Asimismo, durante el 2007, se lanzó el PNSB del MSP, programa que analizaré con detenimiento más adelante.

En 2008, el MSP publicó las prestaciones obligatorias de los efectores en salud dentro del SNIS; las modificaciones fueron pocas o consistieron en simples cambios de redacción. Las razones de que esos cambios fueran tan insignificantes también integran las preocupaciones de esta investigación.

## **1.2 - Planteo del problema**

Los intentos por realizar cambios estructurales en la atención odontológica de la población nacional han sido variados, parciales y diversos a lo largo del tiempo. Procuraré echar luz sobre la política pública en salud bucal dentro del SNIS y las decisiones políticas asumidas al respecto durante el lapso a estudio.

El sistema de salud nacional es una de las arenas político-institucionales más complejas y resistentes al cambio, corresponde determinar las razones que impiden que

---

<sup>1</sup> Damien Larrouqué, *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, ICP-FCS, vol. 22, n° 1, 2013, pp. 37-58.



la atención odontológica se integre al SNIS, considerando que esa reforma tendría una vocación universalista y de ampliación de derechos y que garantizaría el acceso efectivo a los servicios de salud.

En las propias decisiones del gobierno se aprecian las contradicciones planteadas en relación a la odontología. Por un lado, se plantea la creación del SNIS, se procesa una reforma de sus servicios de salud, de ampliación de derechos con orientación a un mayor compromiso público. Por otro, se plantean programas de atención odontológica segmentados para determinados grupos.

El PNSB del MSP de 2007 se propone:

*“Contribuir al logro del más alto grado posible de salud bucal de la población uruguaya, impulsando, promoviendo y articulando las adecuadas acciones promocionales, preventivas y asistenciales integradas en un Sistema de Salud y que correspondan a las necesidades de cada individuo.”*

Así, mientras el MSP plantea acciones integradas a un modelo de salud, desde la Presidencia de la República se presenta un programa específico para una población cautiva.

En el PNSB, se afirma que *“(e)l acceso de las personas a los servicios de asistencia privada depende de la capacidad adquisitiva y su énfasis es más terapéutico que preventivo”*. Y se señala que la mercantilización de la salud conduce probablemente a un modelo de atención curativo.

Sin embargo, los efectores dentro del SNIS no están obligados a realizar una atención odontológica integral; los individuos deberán atenderse dentro del sistema mercantilizado, a pesar de que (como también se expresa dentro del PNSB)

*“El resultado es siempre que quienes poseen mayores recursos, tienen mejor nivel de vida, tienen mayor accesibilidad a servicios asistenciales y por tanto tienen menor riesgo de enfermar y que sus enfermedades se agraven (...) un modelo asistencial que se centra casi exclusivamente en lo curativo, junto con la mercantilización y el afán de lucro ha penetrado en la atención sanitaria, deshumanizándola, encareciendo sus costos, generando ineficiencias y dificultando el acceso a la población.”*

Lo que el PNSB del MSP de 2007 plantea como negativo es lo que continúa ocurriendo en la actualidad.

### **1.3 – Objetivos**

Para responder a nuestro problema debemos atender los siguientes objetivos, generales y específicos.

### **1.3.1 - Objetivo general**

Desarrollar una investigación que permita analizar la política pública de salud bucal del Uruguay dentro del SNIS.

### **1.3.2 - Objetivos específicos**

1. Describir la política de salud del MSP durante el período 2005-2010: el proceso de cambio hacia el SNIS.
2. Identificar, dentro del SNIS, lo referido a salud bucal durante el período a estudio, como también los nuevos programas en salud odontológica promovidos por las élites de gobierno.
3. Realizar un análisis de la política en salud bucal: objetivos, recursos, modelo, implementación, financiación y programas.
4. Conocer los motivos específicos que modulan los cambios en la política de salud bucal.

Para cumplir con estos objetivos, utilizaremos el marco analítico y la estrategia metodológica que desarrollaremos en el siguiente capítulo.

## Capítulo 2. Ventana de Oportunidad de la política pública y metodología

### 2.1 - Marco analítico: Ventana de oportunidad de la política pública

Existen problemas públicos que buscan la atención de los actores de poder, pero solo algunos serán considerados por ellos, de modo que existe la probabilidad de dar respuesta a determinado problema; es así como se presenta una oportunidad para promover una iniciativa de política pública.

Esto se denomina “ventana de oportunidad”, el impulso de actores favorables a la iniciativa para optimizar su rendimiento; si esta oportunidad no es aprovechada se deberá esperar hasta una nueva apertura de esa ventana. De conformidad a lo que expone Kingdon, una ventana de oportunidad para una política pública se abre a causa de movimientos en la familia de procesos políticos. Se abre cuando un nuevo problema emerge con tal fuerza que captura la atención de los actores relevantes. Afirma que en la formulación de las políticas públicas existen tres familias de procesos:

- la corriente de los problemas;
- la corriente de las políticas públicas; y
- la corriente de la política.

Las corrientes son independientes y poseen sus propias reglas, pero cuando confluyen dan lugar a la ventana de oportunidad de la política pública. Si bien son independientes, podrían surgir políticas públicas dando soluciones sin definir el problema o podrían elaborarse soluciones y buscar su justificación.

**La corriente de los problemas** refiere a las condiciones de la población, un problema público o demandas. Esa corriente está compuesta por aquellos problemas en los cuales se concentra la atención de las élites.

Kingdon argumenta que hay tres mecanismos útiles para acercar los problemas a los formuladores de políticas:

\* **Los indicadores.** Son medidas utilizadas para evaluar la escala y el cambio en los problemas. Los datos y los informes gubernamentales presentan al gobierno un cuadro del problema; por tanto, desempeñan un papel importante en la toma de decisiones.

\* **Los eventos.** Sirven para concentrar la atención en los problemas: desastres, experiencias personales, situaciones simbólicas a las que se puedan referir.

\* **La retroalimentación.** Aporta información sobre el desempeño e indica el incumplimiento de metas.

En cuanto a **la corriente de las políticas públicas**, Kingdon entiende que, en las políticas públicas, las ideas se encuentran en una *sopa primavera* donde algunas flotan y salen a la superficie y otras quedan en el fondo. En esa sopa (de acuerdo a la metáfora de Kingdon) existen comunidades relacionadas con las diferentes políticas públicas, especialistas en ciertos temas; en esa sopa también nadan empresarios de esas políticas que son personas dispuestas a invertir recursos recibiendo algo a cambio. Estos actores son cruciales para la supervivencia de determinada política pública, pues la suavizan para que las comunidades incrementen su capacidad de aceptarla. La idea tiene que ser técnicamente factible y compatible con los valores dominantes de la comunidad como así también anticipar sus futuras limitaciones. Como resultado final algunas ideas salen a flote y constituyen una serie de alternativas a la agenda vigente.

Por su parte, **la corriente de la política** está formada por los siguientes elementos:

- \* **Ánimo nacional:** opinión pública, clima de opinión e información.
- \* **Fuerzas políticas organizadas:** partidos, política legislativa, grupos de presión.
- \* **Gobierno:** cambios de personal y jurisdicción.
- \* **Construcción de consensos:** negociación, adhesiones y consensos.

El lanzamiento exitoso de un cambio en la política pública es resultado de abrir esa ventana en el momento en que las corrientes se juntan. Si las tres corrientes (problema, propuesta y receptividad política) se alinean, entonces existen grandes posibilidades de que la política se concrete.

Veremos en el resto de este estudio, para nuestro objeto, si existió un problema (corriente de los problemas). Se debatieron diferentes soluciones a través de diferentes actores sobre la entrada en la agenda pública (la corriente de las políticas) y qué proceso de política existió (corriente de la política).

## **2.2 - Metodología y técnicas**

Consideramos que en los tres primeros años del primer gobierno del FA (2005-2008) hubo diferentes acciones en torno a la salud bucal de la población. Estudiaremos si hubo una ventana de oportunidad y los motivos que impidieron que esa ventana, si existió, diera resultados favorables para el sector odontológico. Para esto recogimos información sobre todo el período: desde 2005 hasta 2007, donde consideramos que se abrió la ventana de oportunidad y, desde 2008 hasta 2010, con la puesta en práctica del PNSB del MSP donde se plasmaron los cambios expuestos en el primer capítulo.

Mediante el estudio de caso se realizará un examen intensivo para confirmar o debilitar nuestras teorías y comprender los contextos mediante la recolección de información, utilizando fuentes primarias y secundarias. Para recoger información de fuentes primarias se contactó y entrevistó a las personas que durante el período estudiado ocuparon cargos importantes relacionados con la política de salud bucal.

En este trabajo hemos recurrido al empleo de la entrevista cualitativa de tipo estructurada. En las entrevistas de este tipo se formulan una serie preestablecida de preguntas. Por su parte, la entrevista cualitativa es una técnica para la generación de un conocimiento sistemático sobre lo social; proporciona una lectura de lo social a través de la reconstrucción del lenguaje. En este caso, las personas entrevistadas detentan o detentaron cargos públicos importantes para el objeto de estudio, expresan pensamientos y deseos que permiten al investigador, a través de la sistematización de la información, procesar el conocimiento con su propia percepción.

### **2.2.1 - Fuentes primarias**

Se entrevistó especialmente a calificadísimos actores involucrados. A saber:

- \* Directores y sub Directores del PNSB del MSP, durante el período 2005-2010.
- \* Director del MIDES involucrado en la atención sanitaria de los beneficiarios de Uruguay Trabaja, período 2005-2007.
- \* Integrantes de la Comisión Honoraria del PNSBE de Presidencia de la República.

### **2.2.2 - Fuentes secundarias**

- \* PNSB del MSP, año 2007
- \* PNSBE de la Presidencia de la República
- \* Lineamientos del Sub Programa Trabajo por Uruguay del Plan de Emergencia
- \* Prensa oral y escrita.

## **Capítulo 3.**

### **La política pública de salud bucal: Historia y cotejo comparativo**

#### **Políticas públicas de salud**

Como toda arena política, el área de las políticas públicas referidas a la salud tiene sus particularidades, pero (en su análisis) se debería priorizar la eficacia antes que la eficiencia. Los costos deben ocupar un segundo plano de análisis, no porque carezcan de importancia sino porque la obtención de mejores niveles de salud de la población debe constituir un compromiso ético.

La eficiencia como criterio decisivo y los resultados como medida de beneficio pueden resultar coherentes en otros ámbitos pero no para la salud colectiva donde los beneficios totales debieran constituir el objetivo a alcanzar.

El criterio de eficiencia ofrece la mejor oportunidad para redistribuir el ingreso hacia aquellos grupos de la sociedad más vulnerables; también es la manera de conseguir mayor cantidad de beneficios con fines redistributivos. Pero, pensando en la salud colectiva, al SNIS debemos analizarlo (como política pública en salud) por sus resultados en los niveles de salud de la población y no como una política económica redistributiva, sin desconocer que existen aportes diferentes al sistema según los ingresos de los usuarios.

#### **3.1 - Características del sector odontológico en Uruguay: Su vinculación con el SNIS**

La resolución de problemas odontológicos dentro del mercado, cuando se considera a la odontología como salud, plantea dilemas éticos tanto para el odontólogo como para las élites de gobierno.

La atención liberal resuelve los problemas de quienes pueden pagar su asistencia, lo que trae aparejado problemas tales como:

- \* acceso desigual a la salud.

- \* favorecimiento de una odontología de menor calidad para quienes no acceden a una odontología integral. Por ejemplo, bajar la calidad de los materiales y/o realizar tratamientos más económicos.

- \* la priorización, por parte del mercado privado, de un modelo curativo donde las prestaciones odontológicas basadas en reparaciones son más redituables económicamente que las de tipo preventivo.

El SNIS que se financia a través del FONASA es clasificado como una política redistributiva donde los aportes se obtienen de las personas físicas en proporción a sus ingresos.

Si bien es absolutamente racional que la financiación de la salud pública sea eficiente y redistributiva, no conviene que lo sea su modelo de atención, el cual debiera preocuparse por ofrecer la misma atención para todos los ciudadanos. Para la odontología, ese modelo redistributivo genera múltiples dificultades, al disponer de muy pocas prestaciones.

Si una persona de bajos recursos necesita realizarse una extracción y no puede pagarla en un consultorio privado, recurre a la mutualista donde se la pueden efectuar simplemente con una orden a consultorio o sin costo dentro de ASSE. En cambio, si una persona de renta media necesita una extracción, recurrirá a la consulta privada a pesar de tener la cobertura por medio de las prestaciones del SNIS.

Esa disparidad de criterios, para el caso planteado, podría comprenderse por razones de equidad (ofreciéndole más al más necesitado); pero, en cuestiones de salud, entendida como derecho, el acceso a idénticas ofertas debiera ser igualitario.

La equidad debe considerarse en relación al acceso a los servicios odontológicos y no a la maximización de los beneficios. Que se ofrezcan mayores beneficios no significa que los potenciales usuarios alcancen dichos beneficios, existen barreras administrativas y de costos que dificultan el acceso.

Algunos usuarios, con respecto a su atención médica, pagan más costos que los beneficios netos recibidos; otros, en cambio, pagan menos pero reciben la misma atención. Sin embargo, para la atención odontológica dentro del SNIS, algunos usuarios aportan más aunque no utilicen el servicio, mientras que otros, de menor renta, reciben prestaciones mínimas.

La universalización de la cobertura produce una saturación de los servicios odontológicos, donde los usuarios de menores recursos usan los servicios mínimos que brindan los prestadores de salud. Se generan nichos de mercado para consultorios o clínicas de mínimo costo que tienen por destinatarios a aquellas personas que, en mejores condiciones económicas, hubieran usado la atención colectiva y que también se

ven excluidas de los consultorios particulares por sus honorarios. A su vez, esos consultorios o clínicas de mínimo costo constituyen una respuesta lógica para aquellos odontólogos que no tienen suficiente solvencia para asumir los costos de un consultorio para usuarios de renta alta y que, además, no reciben una oferta laboral atractiva de parte del sistema mutual.

Es comprensible que los usuarios acudan a consultorios de mínimo costo porque son más accesibles económicamente y además disponen de algunas ventajas similares a una consulta privada convencional. No obstante, considero que la aparición de este tipo de clínicas, no constituye la solución más adecuada para el vacío existente en la atención odontológica.

El dilema es evidente: la salud es un derecho universal, pero su atención integra una política pública e insume costos que deben financiarse por todos los ciudadanos. Teniendo en cuenta la realidad epidemiológica del país, ¿hasta dónde deben brindarse las prestaciones de forma universal de manera que la atención a la salud no constituya un gasto público excesivo?

La reforma de salud es viable en la medida en que responda satisfactoriamente sus problemas de financiamiento. La inserción de una odontología integral dentro del SNIS, quizás suponga un costo significativo potencialmente desestabilizador del sistema o no. Esta apreciación es una variable nada desdeñable en oportunidad del análisis del rol rector del MSP.

Por último, cabe consignar que, a veces, los objetivos en salud suponen simplemente la exposición a la opinión pública de indicadores en salud, que son fáciles de entender y sensibilizadores; por ejemplo, los relacionados con afecciones extremas o que afectan a la salud infantil.

### **3.2 - La atención a la salud odontológica y médica: Perspectiva histórica**

El modelo flexneriano, llamado también “medicina científicista” o “medicina flexneriana”, se consolida en 1910 con las recomendaciones del Informe Flexner, publicado por la fundación Carnegie. Esta medicina, en cuanto a la producción de conocimientos, confluye con sus elementos estructurales; la búsqueda médica es



predominantemente biológica y su foco de interés es la patología. Las investigaciones médicas se realizan en los hospitales universitarios y en centros de salud, con el objetivo cada vez más claro de generar tecnologías de alta densidad de capital que puedan incorporarse a los servicios de salud.

Los elementos estructurales de la medicina flexneriana son: mecanicismo, biologicismo, individualismo, unicausalidad, especialización, exclusión de prácticas médicas alternativas, tecnificación del acto médico, énfasis en la curación y concentración de recursos.

Ante la imposibilidad de comprender el conjunto de patologías centrado en la causa única, a partir de la década del 30, se van incorporando elementos explicativos al proceso salud-enfermedad, dando paso a la consolidación de la teoría multicausal a mediados del siglo XX.

La medicina científica, al tornarse inalcanzable para la mayoría de las poblaciones, debió ser modificada tal como se declaró en la conferencia de Alma Ata en 1978:

*“Dada la magnitud de los problemas de salud y la distribución inadecuada e inútil de los recursos de salud entre los países y la creencia de que la salud es un derecho humano fundamental: La salud es una meta social mundial”.*

Desde entonces, se instó a un nuevo enfoque de salud y un nuevo criterio de servicios a fin de reducir la distancia que separa a los privilegiados de los carentes. Debiera obtenerse una distribución más equitativa de los recursos de salud y alcanzarse un nivel de salud que permita a los ciudadanos del mundo disfrutar de una vida social y económicamente productiva. El nuevo enfoque de salud emerge en la medicina comunitaria, este modelo de medicina toma el concepto de la Atención Primaria en Salud (APS). Este concepto se definió en la conferencia de Alma Ata como:

*“asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en*

*todas y en cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.*<sup>2</sup>

La medicina comunitaria repercutió en el campo odontológico, generando el surgimiento de la odontología simplificada. Esta debe conducir a una relación teórico-práctica de la odontología con las actividades de docencia, investigación y servicios. Otro concepto relacionado con la odontología simplificada es el de la superación del monopolio profesional representado por la profesión organizada y la industria odontológica. A través de la redistribución de conocimientos científicos y del beneficio de la atención odontológica, la práctica de la odontología científicista es una forma de mantener en el marco liberal una profesión de la salud.

Si comparamos las características del consultorio liberal actual con la medicina flexneriana consolidada hace cien años, encontraremos muchas similitudes. A mediados del siglo pasado la atención médica era ineficaz, ineficiente e inalcanzable; las mismas dificultades existieron para la odontología a inicios del presente siglo.

Las diferencias en la atención a la salud y en los niveles de salud de la odontología en Uruguay causadas por la odontología liberal se comprueban en la investigación realizada por la doctora Susana Lorenzo en 2003.<sup>3</sup> Se comparó la situación en niños de 12 años de edad de dos escuelas públicas de diferentes barrios (Cerro y Pocitos) de la ciudad de Montevideo. Los escolares del Cerro presentaban dos veces y media más caries que los de Pocitos. La caries es una enfermedad infecciosa que se potencia: a mayor cantidad de patología, mayor probabilidad de su incremento. Es muy probable que una parte significativa de los niños de la escuela del Cerro, cuando culmine su adolescencia, padezca graves problemas estéticos y funcionales que no les permitan un desarrollo productivo, contribuyendo a la automarginación o a la contracultura.

---

<sup>2</sup> V. Méndez (1980). *La producción de conocimientos en la práctica odontológica de América Latina*. Revista Universidades; Vol. 20; n° 81, pp 609-631.

<sup>3</sup> S. Lorenzo (2009). *AR. Prevalencia de caries en escolares de 12 años de diferente nivel socioeconómico*; Odontostomatología; Montevideo, 2009; n° 11.

### 3.3 - Las nuevas élites de gobierno y su vinculación con el sector odontológico

Las élites, siguiendo a Busquets, se definen como “... *la minoría que detenta el poder en sus diversas formas, frente a la mayoría que carece de él*”.<sup>4</sup>

El conocimiento de la salud bucal relacionada con la situación sociocultural de los individuos no es algo nuevo. Con el cambio de élites y la puesta en práctica del Plan de Emergencia y (dentro de este) el programa Uruguay Trabaja desarrollado en el período 2005-2008 se intentó brindar algún tipo de cobertura odontológica: prótesis y extracciones. Evidentemente, existía una percepción de un déficit en la salud bucal que llevó (por intermedio de Uruguay Trabaja) a solucionar los problemas odontológicos. Es evidente que las élites percibieron que el sistema de salud tenía una odontología sumamente básica.

La odontología en Uruguay, al igual que todo el sector salud que integra, tiene una notable capacidad de resistencia a las reformas; los actores políticos tampoco hicieron esfuerzos suficientes para quebrar esa resistencia.

A diferencia de otras profesiones del área de la salud, el peso de lo mercantil (la inmensa cantidad de consultorios que no pretenden pasar a un sistema colectivo) instituye un papel de resistencia.

El imaginario de la “comodidad” del trabajo bajo sus propias normas (“sin control”) y librados únicamente a las reglas de mercado seduce de tal forma a los odontólogos que entorpece su incorporación a la colectivización.

Por otro lado, los potenciales usuarios de los servicios de salud, no reclaman la odontología como un componente inherente del sistema colectivo de salud; por el contrario, la asociación “odontología-consultorio privado” es visualizada como la verdadera forma (naturalizada socialmente) de atención a la salud bucal.

En el marco de una estrategia de APS, el cambio de modelo en la medicina, ¿podría realizarse en la odontología?, ¿sería posible teniendo en cuenta los costos? Es posible que exista una disminución en la eficiencia porque un modelo de cambio basado en lo preventivo no encuentra demanda. Es importante informar y educar a los usuarios potenciales para que soliciten atención en los servicios. Si las élites no perciben la relevancia del cambio para el sector odontológico, es harto difícil que se procese.

---

<sup>4</sup> J.M. Busquets (1996), *Las políticas públicas: área de estudio y modelo de análisis*. Documento de trabajo n° 5; Departamento de Ciencia Política; Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR.

Como ya mencionáramos anteriormente, a partir de la asunción del nuevo gobierno se aplicaron variados programas que evidenciaron la percepción de las élites de las deficiencias en materia de atención a la salud oral.

Las contradicciones detectadas reclaman explicaciones que plantearemos a partir del análisis de las políticas públicas en salud bucal durante el primer período del FA (2005-2010).

### **3.4 - Panorama internacional: Odontología y su relación con el mercado**

La odontología (a diferencia de la medicina) suele estar en los sistemas de salud más librada a las leyes del mercado; esto es, a la oferta y la demanda. Es lógico si se la percibe con finalidades cosméticas o estéticas, pero no como parte inherente de la salud.

Esta percepción podría admitirse en los inicios de la atención a la salud en forma colectiva, donde algunos problemas de salud vinculados al área médica alcanzaban nefastas consecuencias (supongamos, una epidemia); en cambio, salvo situaciones extraordinarias e infrecuentes (vinculadas fundamentalmente al cáncer bucal), las personas no fallecen ni reclaman por su salud odontológica. No obstante, constituye un verdadero problema de salud pública, sobre todo en familias de bajos ingresos.

Los Estados que entendieron que las deficiencias funcionales del sistema estomatognático impiden a los ciudadanos cumplir funciones básicas (tales como comer y/o tener una vida de relación social con una estética aceptable), se preocuparon por integrar en sus sistemas de salud la medicina y la odontología, en lugar de dejar a la odontología librada a las leyes del mercado.

Para el conocimiento de las políticas de salud bucal importa comprender cómo se encuentra la odontología en Uruguay en lo que respecta a las leyes del mercado y la distancia con la medicina, así como para establecer comparativas con otras realidades internacionales. Para disponer de modelos de comparación, seleccionamos a Suecia (con un sistema de salud solidario donde se le otorga importancia a la salud bucal) y a Estados Unidos, con un sistema liberal basado en seguros de salud privados.

### **3.4.1 - Características principales del sistema de salud sueco<sup>5</sup>**

El sistema de salud sueco está basado en la APS, es descentralizado y se financia por las arcas públicas, garantizando a sus usuarios la igualdad de acceso a los servicios sanitarios.

El gobierno central, las diputaciones provinciales y los municipios comparten la responsabilidad de los servicios médicos y sanitarios. La ley de servicios médicos y de salud regula la responsabilidad de las diputaciones provinciales y de los municipios, dejando al mismo tiempo mayor libertad en ese campo a las administraciones locales. La función del gobierno central consiste en establecer principios y directrices y definir el programa político de servicios médico-sanitarios.

En la política sueca se establece que cada diputación provincial debe proveer a la población de servicios médico-sanitarios de buena calidad y simultáneamente promover la buena salud en la población.

Los costos de la atención médico-sanitaria representan aproximadamente el 10% del PIB de Suecia, equiparable al resto de Europa. La mayor parte de los costos médicos y de salud se subsidia con impuestos provinciales y municipales; otra fuente de financiación son las contribuciones del gobierno nacional, mientras que los pacientes únicamente cubren un porcentaje de los costos a través de copagos.

Por singulares, anotamos algunos detalles del sistema: el 12% de la atención de salud es financiado por las diputaciones provinciales que compran servicios a los proveedores de salud privados. Asimismo, mediante acuerdo se garantiza que rijan los mismos reglamentos y tarifas que en los establecimientos de salud municipales.

#### **Salud dental en Suecia**

La diferencia más importante entre la atención dental y la asistencia médica en Suecia es que el paciente, para la atención odontológica, debe cubrir la mayor parte de los costos de exámenes y tratamientos. En la asistencia médica se aplica un sistema que regula los costos elevados, lo que implica que el usuario paga un valor muy bajo para una prestación de alto costo.

---

<sup>5</sup> La información sobre el sistema de salud sueco proviene de su página web oficial (<http://www.sweden.se/sp/inicio/trabajar-vivir/datos/servicios-de-salud-en-suecia>; visitada en julio de 2013) y de artículos que analizan la política en salud bucal de ese país: <https://sweden.se/other-languages/spanish/Servicios-de-salud-low-resolution.pdf>; <http://ideasparaelcambio.wordpress.com/2011/10/29/hacia-el-modelo-sueco-de-seguridad-social-copago-en-sanidad> y <http://www.1177.se/Other-languages/Spanska/Tander/Borsta-tander2> -visitados en agosto de 2013.

Los precios y la garantía de la atención dental pueden variar entre los diferentes dentistas e higienistas dentales, así como también dependiendo del lugar de residencia.

### **Asistencia dental para niños y jóvenes**

Todos quienes aparecen registrados en Suecia tienen derecho a recibir atención dental gratuita hasta diciembre inclusive del año en que cumplen diecinueve años. Algunas provincias o regiones ofrecen atención dental gratuita durante algunos años más.

### **Asistencia dental para adultos**

Los adultos pagan por propia cuenta gran parte de la atención dental desde el primero de enero del año que cumplen veinte años de edad, pero reciben del Estado apoyo financiero. Para tramitar ese apoyo basta con contactar a un dentista o higienista dental que esté inscripto en la Caja del Seguro Social.

Todos los mayores de veinte años reciben anualmente una prima dental (aprox. U\$32). Esa subvención solo puede acumularse durante dos años y utilizarse en una ocasión.

Para el área odontológica existe un “soporte dental”, es decir una ayuda que, dependiendo del requerimiento de los usuarios, se brinda en diferentes circunstancias.

Existe una subvención odontológica general de aproximadamente U\$35 para alentar a los adultos a visitar regularmente al dentista para un examen de atención preventiva. La subvención dental específica proporciona apoyo para la atención preventiva de los pacientes con ciertas enfermedades o discapacidades que los haga vulnerables a problemas bucales.

En los tratamientos de medio y alto costo, los usuarios solo deben pagar parte de los costos; el resto lo cubre el Estado. El usuario será responsable de los gastos dentales que tengan un precio de referencia de hasta U\$352. Si el precio del tratamiento por ejemplo oscila entre U\$352 y U\$1.752, el Estado financia la mitad del costo del tratamiento. Si, en cambio, el tratamiento odontológico supera los U\$1.752, el Estado aporta el 85%.

En la selección de los tratamientos para los dientes, la mucosa y los maxilares (según la página web del sistema de salud sueco) la calidad del tratamiento y durabilidad deben sopesarse contra el costo.

Señalo como altamente significativo este aspecto porque en Uruguay se realizaron opciones donde la consigna es exactamente la contraria: se ha optado por prestaciones de bajísimo costo en forma histórica.

El sistema sanitario sueco está construido a partir de la creencia de que el dinero del contribuyente debe emplearse para poner al servicio del ciudadano las soluciones de sus necesidades. Esto es, los tratamientos más avanzados, la maquinaria más eficiente y los servicios más costosos, en los casos que sea necesario. De esta forma, trasplantes de médula ósea, sesiones de quimioterapia u operaciones a corazón abierto no revisten costos prohibitivos. Para el sistema de salud sueco estos servicios avanzados son precisamente los que necesitan un mecanismo igualitario, ya que el servicio básico está, por defecto, al alcance de todos.

Si un paciente necesita atención dental como parte de otro tratamiento de enfermedad (por ejemplo, un tratamiento de radiación en la cabeza o el cuello) tiene derecho a su atención dental al mismo precio que su asistencia médica.

Por otro lado, si un extranjero presenta un problema bucal en Suecia, dependiendo de su procedencia, puede disponer de varias opciones de apoyo financiero para su atención en Suecia. Existen normas especiales que regulan cuándo el paciente puede obtener ayuda financiera para la atención dental después de haberse trasladado a Suecia. Si se encuentra temporalmente en Suecia y procede de un país nórdico o de la Unión Europea, o de Liechtenstein o Suiza, tiene derecho a tratamiento dental de urgencia con la misma tarifa que los asegurados en Suecia. Todos, excepto los que proceden de los países nórdicos, tienen que disponer de la denominada “tarjeta europea” a efectos de recibir atención dental. Los niños y jóvenes de esos países tienen derecho a recibir atención dental de urgencia sin costo alguno hasta el mes de diciembre inclusive del año en que cumplen 19 años.

Los ciudadanos de países fuera de la UE que estén de visita en Suecia generalmente deben pagar el costo total de su atención dental; pero Suecia tiene acuerdos especiales con algunos países que permiten obtener atención dental a un precio reducido.

### 3.4.2 - Características del sistema de salud de los Estados Unidos<sup>6</sup>

Este sistema se basa en seguros privados que brindan coberturas dispares según el tipo de seguro que se haya contratado. Los seguros cubren a los usuarios el tratamiento de las patologías para las cuales se contrató el seguro. Por lo general, cuanto más caro el seguro, más amplia la cobertura de atención de patologías para el usuario.

El libre mercado está presente dentro de esta forma de atención ya que las aseguradoras compiten por la captación de potenciales usuarios. Existe un sector público que se encarga de los usuarios que no pueden pagar los seguros, y el Estado, a su vez, se encarga de los indigentes. Los veteranos de guerra son los únicos que acceden a un seguro privado pago por el Estado.

El sistema de salud de los Estados Unidos es caro (en relación al resto del mundo); en contraposición a un promedio de valores a nivel mundial de 8-9% del PBI, en Estados Unidos es de 17,9% del PBI, con un aumento creciente y sostenido.

La atención dental prácticamente no está cubierta por las aseguradoras en salud más importantes; es decir, existe carencia de cobertura de la atención bucal por parte de Medicare, Medicare Advantage o Medicaid, salvo en circunstancias muy raras. Esto produce una gran desigualdad entre las personas que pueden pagar y las que no. Entre 2001 y 2004, los inmigrantes de entre 6 y 19 años de edad presentaban más de un 30% de patologías sin tratar, y ese porcentaje superaba el 25% en la franja etaria de 2 a 5 años.

En Estados Unidos existe la posibilidad de tener seguros dentales, pero son caros inclusive para las personas que no padecen dificultades económicas. Eso permite la proliferación de los denominados planes dentales, que son publicitados como una forma diferente de seguro dental, más barato que el convencional.

A diferencia del seguro dental convencional, los planes dentales no tienen períodos de espera ni restricciones de salud, no deben sortear problemas de papeleo ni tiene límites la cantidad de visitas al odontólogo.

Por su parte, los seguros dentales tienen deducibles costosos, tediosos formularios de reclamación, largos períodos de espera, caras primas mensuales. Ciertas especialidades dentales excepcionalmente están contempladas.

---

<sup>6</sup> La información sobre el sistema de salud de los Estados Unidos fue elaborada siguiendo las diversas páginas web donde se publicitan los servicios. Como referencia, en caso que se procure mayor información al respecto, sugerimos las siguientes (visitadas en agosto de 2013): <http://noticiasdeabajo.wordpress.com/2013/03/09/la-atencion-de-la-salud-dental-el-otro-fracaso-sanitario-de-los-estados-unidos> - <http://dissidentvoice.org/2013/03/universal-neglect-a-failure-to-protect-americans-health> - <http://es.prmob.net/odontolog%C3%ADa/seguro-dental/de-seguros-481828.html>



En los Estados Unidos los usuarios deben optar por tener un seguro o un plan dental, eligiendo el que pueda aportarles mayores beneficios a menor costo. La primera opción es un seguro dental, pero si resulta caro pueden optar por un plan, el que será más sencillo de usar pero con menores coberturas.

### **3.4.3 - Situaciones epidemiológicas<sup>7</sup>**

Ahora bien, es claro que lo más importante es el nivel en salud más que los sistemas en sí. A nivel mundial no hay grandes estudios de salud bucal de la población adulta. Por lo general, los estudios son realizados a los doce años donde prácticamente está toda la dentición permanente en boca y algunos de los dientes presentes llevan más de 6 años de erupcionados. De esta manera es que se comparan los niveles de salud de los diferentes grupos; en este caso Suecia, Estados Unidos y Uruguay. El índice CPOd es la sumatoria de dientes cariados, perdidos u obturados por caries por individuo. A su vez, esa suma individual se divide por el total de personas estudiadas.

El índice CPOd para Suecia en 2005 es de 1,00; para Estados Unidos 1,75 (la muestra es entre individuos de 12 a 15 años). Por su parte, el índice CPOd a los 12 años en Uruguay era de 2,4 en 1999.

Los sistemas de salud son la forma que los Estados emplean para resolver las patologías de su población; los resultados de los sistemas se reflejan en los niveles de salud. Con base en la breve revisión expuesta de los sistemas de salud sueco y estadounidense (y en el repaso de las formas de resolución de la atención odontológica en esos sistemas) puede afirmarse que el sector odontológico uruguayo está más próximo al modelo estadounidense y, en la medicina, más cercano al modelo sueco.

Sin entrar en un análisis en profundidad de esos modelos, puesto que no constituye nuestro objeto de estudio, anotamos lo siguiente.

En Uruguay hay un seguro único de atención a la salud, el FONASA, que tiene el objetivo de que toda la población esté incluida con un aporte básico y administrado por el Estado. Se basa en la APS como eje fundamental. Todos los prestadores de salud están

---

<sup>7</sup> Para comparar la situación bucal de la población de diferentes países es necesario basarse en estudios rigurosos con criterios científicos idénticos. Cuando ello no es posible, como en este caso, el análisis de diversos estudios epidemiológicos permite una aproximación cualitativamente fiable. Para quien desee profundizar, los estudios mencionados en este apartado están accesibles electrónicamente en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS> (última visita: agosto de 2013); <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n4/original2.pdf> (última visita: agosto de 2013); <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7f2e0f67ebbc1bc0e04001011e016f58.pdf> (última visita: agosto de 2012); [www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?1656,14086](http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?1656,14086) (última visita: agosto de 2012); [http://www2.msp.gub.uy/categoria\\_ecsalud\\_563\\_1\\_1.html](http://www2.msp.gub.uy/categoria_ecsalud_563_1_1.html) (última visita: agosto de 2012).

obligados a realizar las mismas prestaciones en salud. Funciona en forma solidaria, hay mayores aportes de los ciudadanos con mayor renta y, a su vez, se financian las operaciones y medicamentos de alto costo a través del Fondo Nacional de Recursos, con el aporte de los afiliados al sistema.

Este sistema de salud tiene una lógica muy parecida al sistema sueco, si bien existen diferencias entre prestadores y aún no están todos en el sistema.

Sin embargo, en Uruguay (en el sector odontológico) el sistema de salud, a través de fondos públicos, brinda una canasta de prestaciones odontológicas mínima. La mayoría de los odontólogos trabaja bajo la forma liberal y existen seguros odontológicos. Los programas de salud odontológicos que están funcionando cubren un espectro reducido de personas. En el mercado existen seguros odontológicos con pago de un aporte mensual. En suma, las características de funcionamiento son mucho más parecidas al sistema estadounidense de atención a la salud bucal.

Considero esa situación como problemática para la salud bucal de los individuos, puesto que (en un país de mucho menor renta que Estados Unidos y con profundas desigualdades) una situación de libre mercado solo puede establecer diferencias entre los niveles de salud de la población.

## **Capítulo 4.**

### **La atención a la salud bucal de los uruguayos con la implementación del SNIS**

En este capítulo tenemos como propósito caracterizar nuestro objeto de estudio, para el cual seleccionamos un conjunto de variables.

#### **4.1 - Selección de variables**

Para la descripción de los cambios ocurridos en la política en salud bucal en Uruguay, con la implementación del SNIS, tomaremos el primer período de gobierno del FA. Esa elección diacrónica permite comprender cómo era la política en salud bucal antes de la reforma, los cambios ocurridos con su implementación y nos otorga un período suficiente como para analizar los cambios al final del período de gobierno. Por lo tanto, los posibles cambios serán analizados para el año 2010, con un punto de partida en el inicio del quinquenio; no obstante, también puede considerarse pertinente algún dato que oscile entre los años que limitan el período, como el momento de promulgación del Fondo Nacional de Salud (Ley 18.131, de 31 de mayo de 2007).

Para mejor descripción de la política pública en salud bucal en el Uruguay y análisis de los cambios, dentro de la política pública en salud, elegimos cuatro categorías que se consideran fundamentales para el estudio de cualquier sistema de salud: acceso a los servicios de salud, financiamiento, tipo de prestaciones y modelo de atención. Entre ellas, la tercera refiere específicamente a este área concreta. De esta manera se procura comprender en qué medida los cambios dentro del SNIS fueron acompañados por la odontología.

En Uruguay, el sistema de salud presenta dos subsectores, público y privado. El sector privado está compuesto por todos los prestadores privados integrales de salud. El sector público está comprendido por ASSE, Hospital Policial, Hospital Militar, Policlínicos de Intendencias, Servicios de Salud de Entes Autónomos, Universidad y Banco de Previsión Social (BPS).

Analizaremos de forma separada ambos sectores, considerando los prestadores con mayor cantidad de afiliados: el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), la Médica Uruguaya y la Asociación Española.

El CASMU brinda atención odontológica mediante consultorios descentralizados, a través de copagos y arancel propio y dispone de un sistema de atención de urgencias centralizado en policlínica propia en horario nocturno.

La Médica Uruguay tiene un servicio de atención odontológico propio y subsidiado con una sobrecuota por parte de todos los usuarios.

La Asociación Española ofrece un servicio propio de atención con copagos y arancel propio.

Dichos prestadores de salud en el sector odontológico tienen diferentes estrategias de atención, lo que de por sí enriquece el análisis. Otros prestadores con menor cantidad de afiliados tienen sistemas de atención odontológica parecidos o similares.

#### **4.1.1 - Primera variable analizada: Acceso a los servicios de salud**

Con la implementación del SNIS se produjo un pasaje de usuarios (principalmente niños) del sector público al sector privado. El proceso de formalización del sector salud se enfrentó con situaciones muy variadas: algunos ciudadanos no tenían cobertura formal; existían muchos prestadores parciales de atención; e incluso una doble cobertura, donde los usuarios figuraban dentro del sistema mutual pero eran usuarios del sector público.

Existió un cambio notorio en la cantidad de usuarios que pasaron a tener cobertura a través de prestadores privados: en el 2006, los prestadores privados contaban con 1:415.549 usuarios y, para el 2010, ese grupo de usuarios había ascendido a 1:870.930.

En Uruguay, en las últimas décadas, sobre todo para la población urbana, no se considera que el acceso a los servicios de salud haya sido un problema de salud pública.

En el 2006, los indicadores sobre la media de consultas por usuario no urgentes y ambulatorias era de 5,2 anuales y 6,6 incluyendo las urgencias. Sin embargo, no existen datos desglosados para el sector odontológico. En el 2008, la media de atención para el sector odontológico es de 0,25.

En el 2010, la media para consultas ambulatorias y no urgentes para el sector médico es de 5,4 y 6,6 incluyendo las urgencias.<sup>8</sup> Por otra parte, la diferencia para este indicador en los años referidos es mínima.

Es evidente que el acceso a los servicios de salud no ha cambiado con el SNIS: la posibilidad de lograr atención médica ha sido la misma; exceptuando que una parte de los usuarios pasaron a atenderse en el sector privado.

---

<sup>8</sup> En la página web de ASSE se publican diversos indicadores sobre la atención a la salud de los usuarios: [http://www.asse.com.uy/uc\\_6606\\_1.html](http://www.asse.com.uy/uc_6606_1.html) (visitada en agosto de 2013).

Para el 2010, la media de consultas odontológicas por usuario en el sector público y privado es de 0,3 al año, un guarismo sensiblemente inferior a las atenciones médicas, por más que se considere lógico que sea menor por la parte del cuerpo involucrada.

No existen datos sobre la atención odontológica, ni previo al comienzo del SNIS ni en su inicio; por tanto, es difícil realizar un análisis comparativo histórico. Sin embargo, se encontraron algunos datos que nos permiten pensar que existieron pocos cambios y que el acceso a los servicios odontológicos dista mucho de equipararse al acceso a los servicios médicos.

En primer lugar, para garantizar un acceso a los servicios de salud debería existir una cantidad de profesionales acorde a la de usuarios. En el sector público, la cantidad de odontólogos se ha mantenido constante (aproximadamente 300 profesionales) y la cantidad de usuarios descendió (de 1:301.347 –en 2007– a 1:226.422 –en 2010–). Lo que resulta, promedialmente, en un odontólogo por cada 2.453 pacientes,<sup>9</sup> promedio tres veces más elevado del que resulta de considerar a los odontólogos en actividad en relación con la población total del país.<sup>10</sup>

Se entiende que la cantidad de odontólogos por usuario debe basarse en un análisis que permita concluir en una cifra de relación recomendable. Según el Manual de Gestión de Recursos Humanos de la Organización Mundial de Salud, esa cifra debe guardar relación con el Plan Nacional de Desarrollo Humano, con la política nacional de salud, con un plan de desarrollo de recursos humanos, con el perfil epidemiológico, con la demanda y con la planificación de los recursos humanos. Como en Uruguay se desconoce tanto el perfil epidemiológico de los usuarios de ASSE como su nivel de demanda, resulta imposible determinar esa cifra de relación recomendable.

En lo que refiere a la apreciación del acceso a la atención odontológica del sector privado, empleamos para el análisis los tres efectores<sup>11</sup> que concentraron la mayor

---

<sup>9</sup> Datos proporcionados por el responsable de Salud Bucal de ASSE en el año 2010.

<sup>10</sup> En 2010 la población total del Uruguay era de 3:356.584 habitantes y la cantidad de odontólogos activos, era de 3634 con declaración de ejercicio libre y 961 con declaración de no ejercicio -en total, 4595 profesionales-, según información divulgada en la página web de la Caja de Profesionales Universitarios, actualizada a junio de 2011: [www.cjppu.org.uy/estadistica%2010](http://www.cjppu.org.uy/estadistica%2010). Lo cual determina que, en Uruguay, existe un odontólogo por cada 730 habitantes.

<sup>11</sup> Se procuró información de cada uno de los efectores seleccionados mediante las páginas web de acceso libre a los usuarios. Tanto el CASMU como la Asociación Española ofrecen muy poca información; en cambio, la Médica Uruguaya dispone de un espacio específico y mejor detallado (visitado en agosto de 2013) en <http://www.medicauruguay.com.uy/content.asp?idnews=443>.

cantidad de usuarios en 2010; a saber: el CASMU (212.950), la Médica Uruguaya (229.883) y la Asociación Española (183.823).<sup>12</sup>

El CASMU trabaja con consultorios descentralizados y con odontólogos e infraestructura para la atención que no pertenecen a la institución; posee odontólogos “propios” contratados que cubren las urgencias nocturnas, fines de semana y feriados. Los usuarios deben pasar por el área de odontología preventiva para su correspondiente diagnóstico y luego concurrir a los diferentes consultorios, comprar y canjear (las órdenes) los tratamientos que se les indicaron.

La Médica Uruguaya posee odontólogos propios y contratados de forma tercerizada; a diferencia del CASMU, su infraestructura es propia. Los odontólogos contratados de forma no tercerizada son funcionarios institucionales que cubren las urgencias y realizan tratamientos. Posee una unidad específica de atención odontológica donde los pacientes pasan para su diagnóstico (denominado CADI) y también dispone de odontólogos que trabajan vendiendo sus servicios y facturando para la institución. Los usuarios deben solicitar turno para su respectiva atención.

La Asociación Española dispone de infraestructura propia y posee odontólogos contratados como funcionarios que atienden la totalidad de las prestaciones.

Contrario a lo que pueda suponerse, estas instituciones no brindan ningún tipo de beneficio a sus asociados en cuanto a cobertura odontológica. El acceso a los tratamientos es totalmente pago, como lo era antes y durante la implementación del SNIS hasta 2010. La lógica que rige es muy sencilla: el costo y las oportunidades de atención. Tanto la Asociación Española como el CASMU utilizan el arancel colectivizado de la Asociación Odontológica Uruguaya (AOU) para el pago de sus tratamientos. Por ejemplo, en una prótesis de cromo-cobalto a extremo libre (\$7.573 más el costo de los dientes y el trabajo de laboratorio), el usuario abona –por razones de tratamiento, honorarios, materiales y laboratorio– de la misma forma que si su atención fuera particular.

Por la información recabada, la Médica Uruguaya tenía una atención odontológica sin copagos, financiada mediante una sobrecuota mensual y se propuso una odontología integral accesible universalmente. En la práctica, los usuarios pasan por un centro de diagnóstico y luego son derivados, de acuerdo al tratamiento que corresponda. Sin embargo, la atención no es continua: las personas son agendadas y su próxima consulta

---

<sup>12</sup> Ver: [www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Movilidad%20regulada%202015\\_0.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Movilidad%20regulada%202015_0.pdf), página web del MSP, visitada en abril de 2012.

puede quedar muy distante en el tiempo. Por otra parte, la atención integral no es totalmente gratuita: existen costos de laboratorio que solo son gratis para un primer tratamiento. Además, el tiempo de consulta (de atención profesional-paciente) es muy reducido; cuando un trabajo exige mayor dedicación debe agendarse nuevamente para una próxima consulta. Así, lo que aparenta ser una atención integral y gratuita pasa de un acceso factible a un alta integral muy dificultoso, dependiendo de las patologías de cada individuo.

Otro detalle importante a la hora de calificar el acceso tiene que ver con la siguiente situación: si la persona no cancela su cita con antelación, el acceso queda suspendido; esto no ocurre en el caso de las consultas médicas.

No menos significativo, en lo que hace costos, es que (para una consulta odontológica) los usuarios del CASMU y de la Asociación Española, en 2010, debían pagar aproximadamente \$300; situación que se mantiene en el 2015.

Mientras que la consulta odontológica es gratuita (pero con sobrecuota)<sup>13</sup> en la Médica Uruguay, tanto en la Asociación Española como en el CASMU sale el cuádruple del costo de la consulta médica. Es decir, el acceso a una consulta odontológica, independientemente de los tratamientos a realizar, sale cuatro veces más que una consulta médica.

#### **4.1.2 - Segunda variable analizada: Financiamiento**

El financiamiento de los servicios de salud de los prestadores integrales, tanto públicos como privados, es a través del FONASA, a través de usuarios que pagan una cuota mensual y, para el caso de ASSE, fondos provenientes del propio Estado.

La reforma en el área de la salud establece (como parte de sus ejes principales) la creación del FONASA y la regulación del gasto en salud.

El financiamiento pasa a ser *per cápita* en su inmensa mayoría para controlar el gasto y unificar el costo de las atenciones, tanto para el sector público como privado. Cuando los usuarios ingresan al FONASA como núcleo familiar, los hijos de los trabajadores migran al sistema privado. Indirectamente, aumentó el costo por usuario

---

<sup>13</sup> La información proviene de las páginas web del MSP y de *Subrayado* (informativo de Canal 10), visitadas en agosto de 2014: [http://www2.msp.gub.uy/ucjunasa\\_2227\\_1.html](http://www2.msp.gub.uy/ucjunasa_2227_1.html) y <http://www.subrayado.com.uy/Resources/Uploads/RelatedFiles/Docs/preciosmedicamentosyconsultas.pdf> respectivamente). También se contactó telefónicamente a cada centro de salud (para informarnos cómo acceder a la consulta odontológica y sus costos) y se recabó información acerca del funcionamiento a través de profesionales odontólogos que trabajaban en esas instituciones durante 2010.

para ASSE al recibir los mismos fondos por parte del Estado; esto ayuda a la equiparación del costo por usuario, además de incrementar fondos.

La variación del gasto que realizó ASSE explica que su participación creciera durante el período en 37% (de 13,7% del gasto total en salud en Uruguay en 2005 a 18,8% en 2008).

A nivel de los proveedores privados, la participación en el total del gasto en salud de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) se mantuvo en torno al 45%.

Se produjo una disminución del financiamiento por parte de las familias (entre 2005 y 2008 se redujo en 5,96% el aporte directo, 15,36% en copagos y 7% en tasas moderadoras).

El análisis de todo el sistema de financiamiento de la atención a la salud general no son el objeto de estudio, sí la existencia de una modificación. Queda demostrado claramente que existió un gran cambio al respecto.

El financiamiento diferente de la salud general repercute en la atención odontológica porque la odontología está dentro del sistema a través de las prestaciones obligatorias incluidas por el MSP.<sup>14</sup> Sin embargo, el peso de las órdenes odontológicas (como la consulta) no ha cambiado; y algunas prestaciones médicas (como, por ejemplo, el ticket por medicamentos –en su inmensa mayoría médicos, no odontológicos– disminuyó. Pareciera, entonces, que el esfuerzo en regular el área de salud (en lo atinente a costos) no involucra al sector odontológico, que sigue igual para los usuarios.

#### **4.1.3 - Tercera variable analizada: Tipo de prestaciones**

En el catálogo de prestaciones del SNIS, publicado por la JUNASA en 2008, se encuentran todas las que deben brindar los prestadores integrales de salud. Ese catálogo,<sup>15</sup> aprobado el 3/10/2008 en Consejo de Ministros, es suficientemente amplio y especifica cuál prestación debe brindarse mediante el prestador y cuál a través del Fondo Nacional de Recursos.

Se considera que existe un gran cambio en el área médica; en efecto, queda claramente determinada la obligatoriedad de una gama de prestaciones, de modo que los prestadores brinden exactamente lo mismo. Y se especifican los tratamientos

---

<sup>14</sup> Fuente: web del MSP: <http://www.msp.gub.uy/busqueda/msp/financiamiento%20snis>

<sup>15</sup> [https://eva.fing.edu.uy/file.php/286/PIAS\\_Plan\\_Integral\\_de\\_Atencion\\_a\\_la\\_Salud\\_-Prestaciones.pdf](https://eva.fing.edu.uy/file.php/286/PIAS_Plan_Integral_de_Atencion_a_la_Salud_-Prestaciones.pdf) (visitado en agosto de 2013).



obligatorios para pacientes crónicos, medicamentos oncológicos y traslados. También se establece un protocolo de actualización de las obligaciones para futuros cambios.

Este catálogo constituye un verdadero mojón en el ordenamiento de los servicios de salud en el área médica. Anteriormente, podrían existir prestaciones que no fueran contempladas, que se evaluaran como superfluas o que se juzgara que no impactaban en la salud de la población.

El capítulo 5 del catálogo de las prestaciones de la JUNASA de 2008 está destinado a la salud bucal, uniformizando lo que refiere al área.

Ya en 1983, la Ordenanza 48 del MSP establecía que debían realizarse controles odontológicos preventivos, avulsiones y urgencias odontológicas. A partir de 1987 se estableció, como mínimo, que los planes de tratamiento debían contemplar el siguiente contenido:

- examen bucal, diagnóstico y plan de tratamiento;
- radiografías dentales;
- educación y prevención;
- técnica de Massler;
- sellantes selectivos; y
- obturación de dientes temporarios y permanentes con materiales plásticos.

Para el 2008, el MSP especificaba con mayor detalle los tratamientos citados durante los años previos; ver, en página 34, el Cuadro 1 “Prestaciones odontológicas obligatorias del SNIS (2008)”.<sup>16</sup>

Como se ha dicho, en ese catálogo se encuentran las prestaciones odontológicas que los prestadores integrales (dentro del SNIS) están obligados a brindar a sus afiliados. Ahora bien, si se eliminaran las cirugías complejas, esas prestaciones no serían tan diferentes a las ofrecidas en 1987. Tan solo se verifica una mejoría en la definición de las prestaciones.

Si se analizaran detalladamente las prestaciones descritas en ese catálogo, se observaría que las prestaciones odontológicas se discriminan en dos grandes grupos.

Por un lado, las prestaciones asociadas a cirugías mayores y compromiso con la vida, ya sean por accidentes o cirugías relacionadas con tumores, o cirugías relacionadas con el compromiso de funciones vitales. Esto es, básicamente, aquellas prestaciones

---

<sup>16</sup> Ver canasta de prestaciones en archivo de Presidencia de la República (visitado en agosto de 2013): [http://archivo.presidencia.gub.uy/\\_web/decretos/2008/10/CM%20569%20ANEXO%20parte%204.pdf](http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/decretos/2008/10/CM%20569%20ANEXO%20parte%204.pdf).

odontológicas que se brindan en ambientes hospitalarios donde el odontólogo integra un equipo multidisciplinario.

Por otro lado, se establecen prestaciones que tienen bajo costo: tratamientos preventivos, restauraciones sencillas y extracciones. Estas prestaciones distan de las que habitualmente brinda el odontólogo general en un consultorio particular, resolviendo algunos de los problemas más comunes.

### **Cuadro N°1 - Prestaciones odontológicas obligatorias del SNIS (2008)**

Consulta de control: incluye el examen clínico y las acciones preventivas de educación para la salud, enseñanza de higiene bucal, profilaxis, aplicación tópica de flúor.
Examen clínico. Historia de salud enfermedad, diagnóstico y plan de tratamiento.
Consulta: Prestación destinada a la solución de un problema específico, no significa intención de continuidad en el tratamiento.
Consulta de emergencia, destinada a la solución de la urgencia y emergencia de origen bucal.
Educación para la salud, motivación, instrucción acerca de factores de riesgo y mecanismo de control. Enseñanza de higiene bucal. Test colorimétrico.
Profilaxis.
Aplicación tópica de flúor en todas las piezas dentales.
Sellantes de fosas y fisuras, por pieza.
Remineralizantes, por pieza.
Cariostáticos, por pieza.
Técnicas de mínima intervención, eliminación de tejido infectado y colocación de cementos temporarios o semipermanentes, por cuadrante.
Extracción dental.
Regularización alveolar.
Descubierta submucosa.
Reimplante.
Cirugía corriente: Extracción con pase a cirujano, piezas retenidas, frenillos y bridas, biopsias de boca con técnica de colgajo, drenaje de flemones buco-cérvico-faciales, mucocele, remoción de aparatología de inmovilización de fracturas, quistectomía, apicectomías.
Cirugía mayor: Alveoloplastia, litiasis de Wharton, litiasis del Stenon (vía bucal), plastias de comunicación bucosinusal y buconasal, fracturas del maxilar inferior dento-alveolares, extirpación de los tumores de las mucosas bucales e intermaxilares por enucleación, ránulas, hiperplasias protéticas, vestibuloplastias.
Cirugía altamente especializada: Fracturas y disyunciones cráneo-faciales, extirpación de tumores por resección, hemimandibulectomía, maxilectomía, reconstrucción de pérdidas mandibulares o maxilares mediante autoinjertos óseos, operación de Traliner (descenso de piso de boca), cirugía de ATM.
Restauraciones de amalgama. Restauraciones con materiales plásticos estéticos. Profilaxis y eliminación de tártaro.
Radiografías periapicales.
Radiografía bitewing.
Tomografía computada.

Tomado de la página web de Presidencia de la República (agosto de 2013).

Si se toman las pautas de asesoramiento de la AOU para el odontólogo general<sup>17</sup> se encuentran algunas consideraciones relevantes al contrastarlas con el catálogo de la JUNASA.

En primer lugar, la cirugía especializada y mayor no son consideradas para el práctico general.

Si se realiza el ejercicio de clasificar o agrupar las prestaciones odontológicas similares, diremos que son entre 50 y 60 dentro del arancel de la AOU. En cambio, si se agrupan las prestaciones del catálogo de la JUNASA (exceptuando las de cirugía mayor que no se incluyen en el arancel de la AOU), encontramos un vacío para más de 40 prestaciones.

Por ejemplo, para el catálogo de la JUNASA, la operatoria dental solo existe en lo que refiere a restauraciones sencillas; no figura la prostodoncia ni fija ni removible. Tampoco figuran la endodoncia ni los tratamientos de ortopedia preventivos. Por su parte, la periodoncia solo se contempla como detartraje (no el raspado y alisado).

En suma, culminado el análisis comparativo (entre lo que realiza un odontólogo general en el ejercicio liberal de la profesión y las prestaciones obligatorias de la JUNASA) se concluye rápidamente lo extremadamente básico de la atención a la salud bucal en relación a la atención médica.

Es evidente que el catálogo de prestaciones uniformiza y contempla la inmensa mayoría de las intervenciones médicas que deben ofrecer los prestadores públicos y privados, relegando a la odontología a un nivel básico y con una reducida cantidad de prestaciones.

ASSE, el prestador público más importante, cumple con las prestaciones del catálogo 2008 y realiza actividades educativas preventivas con otras instituciones, como el propio MSP y UNICEF.

Pasando al sector privado, no existe un panorama diferente al de ASSE: los tres efectores estudiados realizaron mayores cambios incluso antes de la puesta en práctica del SNIS. Tanto el CASMU como la Médica Uruguaya y la Asociación Española, ofrecen más prestaciones odontológicas de las que están obligados a brindar según el catálogo de la JUNASA.

---

<sup>17</sup> Véase asesoramiento arancelario de agosto 2013 de la AOU en [http://www.aou.org.uy/pdf/estructura/ARANDEL%20AZUL%20ASESORAMIENTO%20ARANCELA RIO%2008\\_2013.pdf](http://www.aou.org.uy/pdf/estructura/ARANDEL%20AZUL%20ASESORAMIENTO%20ARANCELA RIO%2008_2013.pdf) (última visita: noviembre de 2013).

Estas IAMC, además de las establecidas en el catálogo, ofrecen un agregado de prestaciones odontológicas; el CASMU y la Asociación Española, a través del arancel colectivizado de la AOU; la Médica Uruguaya sin copagos. Los tres prestadores tienen especialidades odontológicas, como ortodoncia y periodoncia; en la Médica Uruguaya la ortopedia es sin copago, la ortodoncia fija no.

Sin embargo, es importante señalar que las prestaciones ya se ofrecían antes de la aparición del catálogo de la JUNASA. Incluso, algunas previo al 2005, año de partida del análisis de estos cambios.

Los prestadores, con la implementación del catálogo, se preocuparon en conceder enfoques prioritariamente preventivos en la atención bucal, como se explicitó anteriormente, formando –como exige la JUNASA y para cumplir con los requisitos del SNIS– clínicas para promoción y prevención.<sup>18</sup>

#### **4.1.4 - Cuarta variable analizada: Modelo de atención**

En Uruguay, el modelo de atención a la salud tuvo una impronta preventiva desde hace mucho: el sistema de vacunas; los controles del niño y los controles del embarazo; el esfuerzo en bajar la tasa de mortalidad infantil; los controles ginecológicos; las mamografías.

Con el SNIS se mantuvo esa impronta preventiva: el carné del adolescente, el nuevo carné de niño, los controles en el embarazo e inclusive la obligatoriedad de pasar por el odontólogo para control a las embarazadas.

De igual forma, el decreto y la posterior ley antitabaco integran una estrategia de estado de prevención de las enfermedades que causa el hábito de fumar.

La publicidad en hábitos de conductas de vida saludables (para prevenir infartos e hipertensión) que aparejan mejor calidad de vida de la población, evidencian un cambio en el modelo, entendiendo que la mejora de la salud tiene un componente en su promoción, prevención y asistencia.

Esos tres ejes de acción son fundamentales en la mejora de la salud de la población y así es concebido en las políticas de salud del Uruguay y dentro del SNIS. Dicho de otra forma: la promoción-prevención y asistencia son ejes fundamentales en la política de atención a la salud de los uruguayos, lo cual se reafirma con la creación del SNIS.

---

<sup>18</sup> Fuente: CASMU, Médica Uruguaya y funcionaria odontóloga de la Asociación Española.

Tal como lo reconoce expresamente el artículo 12 del capítulo 3 de la Cartilla de Derechos y Obligaciones de los usuarios de los Servicios de Salud:<sup>19</sup>

*“Los usuarios del SNIS con derecho a atención integral de salud recibirán, como mínimo, las prestaciones incluidas en el Catálogo de Prestaciones (Plan Integral de Atención a la Salud), que tiene como marco de referencia los programas integrales definidos por el MSP y aprobados por el Poder Ejecutivo. Incluye acciones de promoción, protección, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.”*

Pero, dentro del SNIS, la odontología dispone de un pobre catálogo de prestaciones, sin la obligatoriedad que debiera existir para concebir un cambio en la odontología.

Además de que la parte asistencial es escasa, también se carece de la comprensión del modelo adecuado de atención. Los prestadores de salud no están obligados a solucionar muchos problemas asistenciales en la odontología; quienes ofrecen asistencia, lo hacen con un arancel de consultorio particular, o sin brindar la cantidad de sesiones necesarias en un plazo razonable.

Si bien algunos efectores privados ofrecen prestaciones odontológicas por encima de las obligaciones mínimas, a un costo no subsidiado por el FONASA, con aranceles muy por encima de los costos administrativos o de laboratorio, la odontología funciona en forma mercantilizada. Algunos efectores recaudan mediante la oferta de servicios odontológicos o los utilizan como estrategia publicitaria; es decir, el modelo de atención permanece inalterado.

El PNSB, como herramienta de trabajo, tiene un enfoque preventivo, haciendo hincapié en la niñez, en el embarazo y en el puerperio.

El cuadro de página 38 (“Caracterización de los contenidos de la política de salud bucal y general”) resulta muy elocuente respecto a lo que venimos exponiendo. Para el análisis del período (2005-2010) se utilizaron valoraciones de 0 a 2, asignándoles las siguientes interpretaciones: no existen cambios=“0”; cambios parciales=“1”; y cambios=“2”. En aquellos casos en que los cambios fueron poco notorios o mínimamente relevantes se recurre a la notación “0/1”.

---

<sup>19</sup> La cartilla se encuentra accesible en [http://www2.msp.gub.uy/uc\\_1656\\_1.html](http://www2.msp.gub.uy/uc_1656_1.html) (última visita en agosto de 2013).

En definitiva, hubo cambios menores en la política pública en salud bucal que en la política pública en salud general y pocos cambios en las prestaciones ofrecidas, sobre todo en el sector público.

**Cuadro N°2 Caracterización de los contenidos de la política de salud bucal y general**

	finalizado el período de gobierno (año 2010) Sector público: ASSE		finalizado el período de gobierno (año 2010) Sector privado: prestadores con más usuarios	
	salud general	salud bucal	salud general	salud bucal
acceso	0	0/1	1	0/1
financiamiento	2	1	2	2
tipo de prestaciones	2	0/1	2	1
modelo de atención	2	0/1	2	1

Fuente: Elaboración propia según relevamiento.

En la notación empleada en el cuadro N°2, hemos diferenciado (en lo que refiere al tipo de prestaciones) al subsector público del subsector privado, valorando con “0/1” al sector público y con “1” al sector privado porque las IAMC incrementaron las prestaciones odontológicas. Es comprensible que constituye una estrategia de marketing que no influye en sus economías, porque (además de que les permite recaudar) quienes verdaderamente cargan con todo el peso del costo de su atención son los usuarios.

En el próximo capítulo analizaremos, a través de nuestro marco analítico, los factores causales de los cambios menores en la política pública en salud bucal.

## **Capítulo 5.**

### **La política de salud bucal: Del entusiasmo al olvido**

Como se explicó en el capítulo 2, utilizamos la ventana de oportunidad como marco analítico, recogiendo información principalmente a través de entrevistas. En el Anexo se informa sobre las preguntas, los entrevistados y los cargos que cada uno de ellos ocupaban durante el período considerado.

Al inicio del primer gobierno del FA (2005-2008) hubo diferentes acciones referidas a la salud bucal de la población. Se estudiarán los motivos que impidieron la generación de cambios estructurales para el sector odontológico.

Si consideramos que el Estado organiza (mediante políticas públicas) sus recursos materiales y sociales para atender las necesidades de la población, es válido afirmar que también constituye una política pública la decisión del Estado de no intervenir, librando al mercado la resolución de las necesidades existentes.

Procuramos que el marco analítico empleado nos permita entender la forma en que se asumen decisiones en política pública de salud bucal, así como también detectar otras líneas de investigación.

En el capítulo 4 se mostro que la política pública de salud bucal no ha cambiado. Por ello, resulta importante determinar las razones que impidieron que se verificaran cambios, a pesar de que existieron acciones tendientes a generarlos.

#### **5.1 - La corriente de los problemas**

Durante la campaña electoral del año 2004, el Dr. Tabaré Vázquez (candidato a la presidencia por el FA) reiteradamente aludió a la importancia de la salud bucal. Podría afirmarse que evidenciaba una percepción de urgencia y una disposición favorable a resolver los problemas de salud bucal de la población.

A modo de ejemplo, las siguientes dos citas:

*“... todavía hay recursos, hay plata como para atender a los niños, para que estén alimentados, para que vayan a la escuela, para que tengan asistencia médica, odontológica, y a la vez para preparar a los padres, para*

*reinsertarlos en la sociedad, y que se hagan cargo de sus responsabilidades.” (en Conversaciones con Tabaré, de Carlos Liscano; Brecha, Mtdo, 22/8/03)*

*“(la urgencia)... de atención a problemas físicos, de problemas psicológicos y, vaya si los habrá, de problemas bucales, odontológicos, y vaya que habrá, cuánto sufrimiento en esas muelitas picadas, en esos dientes que faltan de bocas de niños que están sufriendo porque no tienen la atención adecuada, uruguayas y uruguayos...” (tomado de entrevista radial concedida por el candidato presidencial a CX 36; 8/2/04).*

Sin embargo, es justo señalar que el Dr. Vázquez jamás (ni durante la campaña electoral ni al inicio del gobierno) compartió evidencias y/o indicadores o algún tipo de información científica sobre la relevancia del problema.

Los entrevistados<sup>20</sup> identificaron al doctor Tabaré Vázquez y a la primera dama (María Auxiliadora Delgado) como los grandes impulsores de los cambios que debían operarse en la atención de la salud bucal de los uruguayos.

Es a ella a quien atribuyen la visualización del problema,<sup>21</sup> llevando adelante labores de tipo social. Son ilustrativas, al respecto, las impresiones que aportan los entrevistados; por ejemplo:

*“había una percepción y una preocupación de la señora María Auxiliadora en lo que ella veía en los ámbitos a los que iba a desempeñar sus funciones sociales, era un problema para la gente, de todas las edades; ella tenía una necesidad sentida. Preocupada, entonces, buscó personas allegadas con cierta capacitación...” (entrevistada AR06)*

*“María Auxiliadora, al ver la boca de los adolescentes, entonces cuando fueron a plantear la idea de hacer un programa para adolescentes creo que*

---

<sup>20</sup> La nomenclatura (AR01, AR02, etc.) que se utiliza en este capítulo para referir a los entrevistados tiene correspondencia con el listado de actores (reseñado al final del anexo) que ocuparon lugares de decisión en materia de política en salud bucal del Uruguay durante el período estudiado.

<sup>21</sup> Del grupo de entrevistados (ocho calificados actores en materia de salud bucal durante el período a consideración) solamente uno consideró que la salud bucal no era un problema, sino “una consideración, particular por parte del candidato a la presidencia Dr. Tabaré Vázquez. (...) era muy claro que ese candidato tenía una preocupación particular por la salud bucal” (entrevistado AR03). Dicha percepción no solo contrasta en general con la del resto del grupo, sino radicalmente con alguna en particular; por ejemplo, con la del entrevistado AR07: “creo que (era un problema) desde 1987, que yo estaba en el MSP... en 1988, cuando se definieron los programas prioritarios del país, con mucha dificultad, en el MSP se colocó la salud bucal como uno de ellos.”



*de alguna manera nosotros, que estábamos en el MSP, tratamos de enfatizar que había que empezar desde antes, atender algún adolescente que se pescara en algún programa (sic) y derivarlos oportunamente a algún servicio...” (entrevistado AR07)*

Y es a Vázquez a quien señalan como el actor político que colocó, como asunto social de la agenda política, la salud bucal. Valgan, como ejemplo, estas expresiones de dos de las entrevistadas:

*“sale del presidente electo, sale a decir que la salud bucal era un tema que había que solucionar, que pone arriba de la mesa... a partir de eso se empiezan a generar una cantidad de acciones, que para eso fue bueno que existiera un programa de Presidencia, eso hizo que se pusiera la salud bucal arriba de la mesa” (entrevistada AR02);*

*“no te olvides que en ese momento (...) hubo un programa desde Presidencia que hizo hincapié en la salud bucal; podemos opinar qué alcance tuvo, lo que es en la salud bucal de los niños (...); en mi opinión, puso a la odontología, al tema de la salud bucal, frente a la opinión pública” (entrevistada AR05).*

En efecto, el PNSBE de Presidencia de la República (presidido por María Auxiliadora Delgado) se empezó a gestar antes de que diera inicio el período de gobierno de Tabaré Vázquez. Así lo evidencian, entre otras, estas declaraciones:

*“el elemento más claro es que, antes de las elecciones de 2004, estaba dentro del programa de la fuerza política que ganó la intención de trabajar sobre la salud bucal, en múltiples ocasiones; se sabía de la disposición de la esposa del presidente (de hecho tuvimos varias entrevistas antes de asumir oficialmente, en enero, con María Auxiliadora). Una expresión más clara del interés del gobierno no hubo, era lo más evidente.” (entrevistado AR01)*

Se proponía atender a una gran cantidad de escolares con movilización de diversos actores, procurando concientizar sobre un problema existente. Paralelamente, en el MSP se inicia la elaboración del nuevo Programa de Salud Bucal.

A su vez, el MIDES (desde 2005) incluyó, como parte del programa *Trabajo por Uruguay*, atención odontológica para los beneficiarios del programa. Si bien se verifica en una escala reducida (en cuanto a cantidad de personas favorecidas), con la atención

odontológica también se contribuyó a la apertura de la ventana de oportunidad para la política pública.

En suma, se generó un ambiente favorable para la presentación de los problemas de salud bucal y para la promoción de propuestas de atención odontológica de los uruguayos.

Si nos atenemos al corpus de las declaraciones obtenidas del selecto y calificado grupo de entrevistados para este trabajo, es evidente que (tanto los jefes del MSP como los del MIDES) no se basaron, para la elaboración de sus planes, en estudios o intervenciones previas;<sup>22</sup> lo que, en otros términos, es lo mismo que decir que se fundaron principalmente en percepciones personales y apreciaciones propias<sup>23</sup> y/o de otras autoridades.

Sin embargo, existen matices de percepciones entre los entrevistados. Así, mientras hay quien indica que se evitó considerar intervenciones anteriores porque se procuraba un cambio en la forma de encarar los problemas:

*“veíamos que seguíamos corriendo detrás de la patología, que todos los programas anteriores iban detrás de la patología y que teníamos que empezar a ver cómo caminábamos antes, igual que teníamos que atender la patología; de hecho, lo que marca el programa es una forma de hacer la atención, una manera que mucha gente no lo toma en cuenta pero, en definitiva, es lo que marca el programa”* (entrevistada AR02),

hay quien parece señalar que se restó importancia a intervenciones anteriores (*“previo a que yo estuviera hubo una evaluación sobre la intervención que venía haciendo el Ministerio desde antes, que era un programa de enjuagatorios fluorados a nivel escolar desde el año 2005”*, entrevistado AR03) y quien, sin reparos, afirma: *“no hay odontólogo*

---

<sup>22</sup> De 8 entrevistados, solo 2 (la higienista Alma Chiodi y el Mag. Mario González) pudieron identificar antecedentes concretos para la intervención estatal en odontología. Ella mencionó un estudio que el propio PNSB cita (p. 17), un insumo que data de 1999 y acotado a una población muy reducida: niños de entre 11 y 14 años. Él, por su parte, relató sobre un proyecto muy acotado al que siquiera pudimos acceder, acaso por inédito, y que versaba sobre opiniones pero no de tipo epidemiológico.

<sup>23</sup> El 75% de los entrevistados, aunque contesta que la intervención estatal en odontología se basó en algún estudio, no logran identificarlo. Y aluden, en más de un caso, a su conocimiento directo de la situación (*“un conocimiento por parte de los integrantes del programa, los integrantes odontológicos”*; *“básicamente fueron las consultas y la coordinación con los organismos competentes... existía esa mirada”* –entrevistados AR06 y AR08, respectivamente). O, categóricamente, afirman: *“en ese momento no había estudios serios... pero era algo que no era determinante para definir el tema... dada la apreciación subjetiva general del problema de la salud bucal”* (entrevistado AR01). Cabe resaltar, además, que el PNSB de 2007 toma estudios epidemiológicos del propio MSP de los años 1992 y 1999.

en lo que hoy es ASSE que pueda decir que la salud bucal de la población está en buen estado” (entrevistado AR01).

E incluso hay quien alude a la técnica PRAT<sup>24</sup> de la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

*“Aparecía el PRAT como haciendo contraposición al programa de Presidencia... el programa del MSP no, porque después se logró visualizar. El PRAT se impulsaba y tenía sus apoyos a través de determinados organismos; donde estaba el PRAT no estaba el programa de Presidencia... para hacer esto se necesita una coordinación.”* (entrevistada AR05)

Veamos, a continuación, la otra corriente referida por Kingdom, la corriente de las políticas públicas.

## **5.2 - La corriente de las políticas públicas**

El PNSBE fue una de las ideas que hubo de intervención estatal, por la cantidad de profesionales que involucró, la dimensión de la población y las intenciones de quienes lo llevaron adelante.

Para algunos de los entrevistados, el PNSBE fue una forma de macrointervención que realmente realizaría cambios importantes. Sin embargo, otros (más que entenderlo como un programa interventor destinado a producir cambios en la salud bucal de la población) le asignaron el poder de presentar el problema como tal.

Por tanto, dependiendo de la concepción de la atención a la salud desde la que se opine (lo que guarda relación con una concepción ideológica de los entrevistados), el

---

<sup>24</sup> El PRAT en sí no es un programa; es un “procedimiento de restauración atraumática”. Esta técnica es utilizada como básica para trabajar en programas de asistencia a bajo costo puesto que no requiere mayor equipamiento.

La OPS apoya y difunde este procedimiento de trabajo para promover la salud bucal y lo considera un instrumento clave para llegar en especial a las poblaciones más vulnerables.

Existe un *Manual Práctico del PRAT*, publicado por el MSP con apoyo de la OPS; lanzado en 2008 conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay. A través del manual la OPS propone esa técnica como el “tratamiento alternativo perfecto para la caries dental en los países en vías de desarrollo”. Obviamente que lo que propone la OPS es el desarrollo de programas con esa técnica. El MSP y la OPS trabajaron en conjunto en la capacitación de odontólogos para desarrollar esa técnica, de modo de desarrollar programas técnicamente factibles y económicamente aceptables.

El Dr. Bianco, cuyo nombre aparece en el manual al igual que los de las demás autoridades del MSP, no menciona la técnica PRAT. Y es que el PNSB es anterior al *Manual Práctico del PRAT*, aunque en él se explicita que en Uruguay se trabaja con esa técnica desde 2005.

Por tanto, es válido inferir que no se consideró esta técnica (en una hipotética instancia de evaluación de intervenciones anteriores) sencillamente porque no se menciona en todo el PNSB.

PNSBE se ubica en la corriente de los problemas o en la corriente de las políticas públicas.

Así, son elocuentes las perspectivas y matices de este tipo de opiniones:

*“El objetivo era buscar la cobertura universal. Nosotros tomamos los objetivos de la salud general de la fuerza política que ganó y la aplicamos a la odontología, por tanto teníamos que buscar un cambio del modelo de atención, un cambio en el modelo de gestión y un cambio del modelo de financiación, esta dependería exclusivamente de lo que sería la Dirección de Secretaria del MSP y, además, tenía que incluirse dentro de la salud general. Para el cambio en el modelo de atención empezamos a trabajar en la normativa y ahí pensamos en técnicas alternativas... cuestionamos siempre las atenciones parciales...pero había que tener algo, por ejemplo el famoso PRAT, famoso por las controversias que se generaron a nivel académico, porque creo que esa fue una de las trabas importantes... Y, bueno, al no tener nada y tener algo, aunque no fuese perfecto, teníamos que universalizar el PRAT en la parte pública... y la idea final es integrar la parte pública y la privada. El PRAT era estratégico para el MSP para llevar adelante la planificación que tenía pensada. Se hizo curso para 140 odontólogos, hicimos prácticas para difundir esa técnica alternativa; no es la técnica solucionadora de todos los problemas, es tener algo, una herramienta.” (entrevistado AR01)*

El PRAT, como se ha dicho, supone una atención de tipo parcial, considerada a nivel académico como una técnica de emergencia y no se utilizada por parte de los consultorios odontológicos instalados, ya sea con ejercicio liberal o colectivizado. Esa técnica brinda las herramientas conceptuales para trabajar en comunidad con niños cuando no existen condiciones que hagan posible una atención más “tradicional” con un equipo odontológico.

El MSP adoptó esta técnica “por tener algo”, lo cual puede entenderse contradictorio cuando se habla también de la parte privada donde, al tener instaurada otra estructura, no se puede adoptar esa técnica parcial de atención.

Corresponde señalar que, para profesionales de la salud “ajenos” a la odontología, esta técnica (que cuenta con la difusión y el apoyo de la OPS) ha sido bienvenida. Un ejemplo claro es el caso del MSP donde los médicos, por lo general, ocupan los cargos de dirección.

Por otro lado, en el MSP se fue gestando el PNSB que proponía grandes cambios, aumentaba y ordenaba la atención de la salud bucal de la población dentro de una reforma más importante: el SNIS.

En el momento en que se empezó a poner en práctica el SNIS, cuando la financiación del sistema era crucial y la incorporación de prestaciones odontológicas era algo muy dificultosa, la técnica PRAT –extremadamente económica– probablemente “sedujo” a las autoridades.

*“Se tomó en cuenta todo, el problema es que no había una financiación concreta (aseveró la entrevistada AR02); entonces, en este sistema integrado de salud (en el que existían efectores públicos y privados) teníamos que ir caminando para ver cómo metíamos (sic) la odontología dentro del sistema; esa es una parte más complicada por el financiamiento, porque los privados decían para que nosotros metamos la odontología ahí, que es tan cara, debemos tener un financiamiento... Lo decía Olesker, que era el Director General de Secretaria, él decía que la salud bucal se integrara posteriormente... Se hizo una cantidad de reuniones y grupos de trabajo de cómo ingresar a la odontología en el sistema... no era fácil, pero tampoco hubiera sido tan difícil; no se precisaba mucha plata y tampoco tuvieron demasiado que ver los odontólogos; es como si al principio todos los odontólogos hubieran querido estar dentro del sistema, pero después ya no... hay muchas puntas en esta historia.”*

Es justo aclarar que cuando esta entrevistada dijo “los odontólogos” aludió a los odontólogos agremiados, aunque –para el caso– no diferencie la Federación de Odontólogos del Interior (FODI) de la Asociación Odontológica Uruguaya (AOU).

*“Hay una disyuntiva, afirma el entrevistado AR03. Entre 2007 y 2008 se estaba resolviendo el SNIS y formalizando. El SNIS tiene un abordaje integral de la salud, en todas sus dimensiones, desde la financiación hasta sus efectores de salud; entonces, la disyuntiva es si la odontología debía estar dentro del sistema de salud, va a estar dentro de la prestación integral o la odontología va a estar por fuera. Hubo una discusión por una cápita (sic) específica para la odontología. Esa fue una discusión importante porque sobre todo venía planteado desde algunas organizaciones de la odontología, o de la profesión odontológica, la necesidad de tener una cápita aparte. Yo sostengo que no debería haber una cápita única en la medida que el abordaje es integral de las personas...”*

Como se aprecia, el factor económico resultó crucial al momento de tomar decisiones, pero corresponde resaltar que al discutirse si la odontología debía estar dentro del sistema también se discutía si era parte de la salud. Aceptar una cuota específica implica, de alguna manera, sostener que el cuerpo humano y la boca se encuentran (administrativa y económicamente hablando) separadas dentro del SNIS, lo que resulta claramente contradictorio (cuando no ridículo) para la pretensión de integralidad del SNIS.

Cabe anotar que son notables las diferencias de opiniones entre los entrevistados integrantes del MSP y los del Programa de Presidencia. Mientras que los primeros relatan dificultades extremas y aceptación de técnicas que siquiera apoyan, los integrantes del Programa de Presidencia comentan cómo (prácticamente sin recursos) llevaron todo adelante porque sumaron apoyos provenientes y captados de las diversas áreas. Aquí, como ejemplo, el relato vivencial del entrevistado AR07:

*“... hubo muchas discusiones para el armado del programa, un análisis para ver lo que se proponía, yo creo que hubo varios momentos y cambios, muchas lluvias de ideas y opiniones muy diversas y no fue muy fácil acordar y acotar la propuesta a la que luego se llegó. Al principio se entendió que iba a ser un programa específico de promoción de salud y no de atención; sobre la marcha ese programa fue reajustado y se estructuró definitivamente con los dos componentes que tuvo todos estos años, con su carácter de promoción-prevención; no se previeron al comienzo los recursos; es más, creo que al comienzo no había recursos y las primeras acciones tuvieron que ver con la imaginación y la creatividad que pusimos los técnicos del programa que eran muy pocos, era necesario una faz de promoción y no había recursos... ahí se sugirió que había organizaciones empresariales que podían ayudar a campañas de bien público...nos contactamos con Teles, que agrupa varias empresas con responsabilidad empresarial...hicimos una exposición con sus directivos de la problemática y del enfoque programático del nuevo programa, los convencimos y surgieron recursos... Uno de los socios podía cubrir lo que era la implementación, documentación, materiales educativos y difusión (que fue la Beneverit del Uruguay); no recibíamos dinero, sí donaciones, esa fue una de las condiciones que tenía la comisión; entonces armamos, ideamos, probamos los materiales educativos a entregar, los revisó la Facultad, los*

*vimos con la gente del MSP... fue un trabajo muy intenso por parte de los integrantes de la comisión para armar todo ese material para los chicos, para los docentes y para los padres, también definir elementos clave para la campaña de difusión, ahí nos contactamos con una empresa de responsabilidad para los medios de difusión y una empresa de publicidad se ofreció a realizar la campaña, ahí tomamos contacto con Rada porque creíamos que tenía que tener una impronta lúdica...Rada estuvo en todo el proyecto sin cobrar un peso... fue todo basado en un programa honorario. Del trabajo de definir efectores... se conversó mucho, hubo marchas y contramarchas, pero al final se decidió por esa modalidad, había otras alternativas que se barajaron en el momento, entre ellas era (de alguna manera dentro de lo posible) los efectores bucales de salud bucal, los servicios de salud públicos que pudieran recibir esos chicos, se veían con grandes dificultades al analizar la territorialidad, se veía que muchos consultorios quedaban lejos, realmente lejos de las escuelas y con muchas dificultades para los escolares, dado que las escuelas en sí no iban a poder llevar los chicos a la consulta odontológica y eso fue una determinante clave para definir que el programa debía operar dentro de la escuela, ya sea en forma permanente o formas de rondas como se hizo en algunos centros educativos.”*

Por su parte, las respuestas del entrevistado AR08 guardan relación con la acción: ya disponían del dinero –a diferencia del Programa de Presidencia– y tenían claros los objetivos. En sus palabras,

*“... no queríamos entrar en el debate, había una línea preventiva tanto del MSP como de Presidencia... no íbamos al tema de la Academia, no íbamos al perfeccionamiento de la política de salud bucal, lo que queríamos era usarlo como instrumento, era eso como inserción en la sociedad de personas que estuvieran desdentadas y pudieran tener una prótesis, si había otras cosas mejores no lo sé, nosotros entendíamos que debíamos hacer eso.”*

Más allá de apreciaciones encontradas, entre los integrantes del MSP entrevistados solo uno responde afirmativamente a la consulta de si las opciones que se eligieron se visualizaron técnicamente factibles antes de aplicarse. E incluso ese entrevistado también reconoce dificultades notorias para avanzar dentro del SNIS.

Por ilustrativo, sigue –a continuación– un muestreo rápido de esas opiniones:

*“Sí, totalmente, sobre todo las opciones que se tomaron y algunas que se plantearon y no se tomaron; había una fundamentación técnica de por qué se hacían y la factibilidad de hacerlo. El programa de acción sobre la población escolar tenía un componente asistencial dentro del sistema que nunca se llegó a resolver; fue propuesto, técnicamente fundamentado, implicaba diagnóstico de patología, derivación a la asistencia y algunos mecanismos de financiamiento de la asistencia que promoviera que la gente tuviera un acceso gratis o de muy bajo costo; eso fue estudiado y era técnicamente factible...” (entrevistado AR03)*

*“Por un lado tenés el cepillado como una medida de prevención, de incorporación... se sacó publicidad para que se logaran incorporar todos los prestadores para que se asumiera la posibilidad de trabajar en eso,... fue buena la respuesta; una cosa que te quiero aclarar: puede haber pasado en muchos lugares, en muchas instituciones, que hayan tirado los cepillos. Hubo algunas que trabajaron y se sumaron al programa, a la propuesta de trabajo; y otras que no...” (entrevistado AR05)*

*“Creo que eran metas difíciles; o sea, cuando se busca un objetivo te fijás el 100%, después valorás si llegás al 70%...vse dio el puntapié inicial... antes muchas mutualistas no tenían un servicio mínimo odontológico que ahora existe; es pequeño, si no lo reforzamos se va a perder lo que se ganó, quizás se pueda agrandar y tendría que haber más plazas para más gente.” (entrevistado AR04)*

Consultados sobre las razones de haber tomado como grupo de trabajo a la población escolar, los entrevistados se dividieron claramente en dos grupos: los que contestaron que las razones radican en que se trata de una población cautiva de fácil acceso y los que señalaron la importancia del cuidado de la salud bucal a esa edad.

*“Porque la población que puedes captar es la población cautiva, dice la entrevistada AR06, además el programa tenía un fuerte contenido educativo preventivo más que asistencial, entonces evidentemente el ámbito escolar era para nosotros un lugar ideal...”*

*“... era una población cautiva, según el lugar porque se veía que, en general, había cierto control en la etapa pre-escolar por el control periódico del niño y a veces accedían a un control odontológico; pero, de hecho, cuando empezaba la etapa escolar los padres dejaban de llevarlo*



*regularmente al pediatra o al control médico general...” (entrevistado AR07)*

*“... como vimos que teníamos una cantidad de niños que la escuela lo que hace es que lo tengas concentrados, y que esos niños estaban cuatro horas, corrían y no se cepillaban, miramos de esa forma... y bueno vamos a meter un cepillado pero solamente la idea nuestra, de este MSP, era cómo hacer promoción de salud en esa edad, que los teníamos concentrados, si bien entendíamos que la atención debería empezar desde las gestantes. En ese lugar comen y están concentrados, si bien se hablaba mucho de la higiene de las manos y yo que sé vamos a meter lo del cepillado... (entrevistada AR02)*

*“Hagamos masivos los hábitos saludables, la higiene, institucionalizándolos. Se pretendía incluir todas las acciones sobre la salud bucal que había en el país, la propuesta técnica y política era esa, a partir de este grupo de trabajo, con las edades más tempranas, con la patología ya instaurada y con la población adulta –dijo el entrevistado AR03, y aclara– hay un inconsciente colectivo sobre conseguir buenos resultados a través del trabajo con la niñez. De alguna manera hay que lidiar con eso, porque hoy tenemos la certeza de que por ahí no pasa la solución de la odontología...”*

*“Primero se buscó en qué nivel; se eligió y priorizó determinados niveles de atención, este primero se buscó que fuera de 0 a 3 años, porque era prevención y promoción con bajo costo y niños (sic) es la etapa que seguía, es tratar de tenerlos en niveles bajos. Se valoró más que nada que en esa etapa no estaban atendidos y los costos son más fáciles a esa edad.” (entrevistado AR04)*

La indagatoria, entre los directores del MSP (entrevistados AR01, AR02, AR03, AR04 y AR05), sobre las razones de que solo fueran leves las modificaciones de la canasta de prestaciones obligatorias, evidenció nuevamente al factor económico como clave a la hora de poner en práctica cualquier acto odontológico y que, sistemáticamente, la elección de opciones económicas para la odontología resultó ser el mayor problema que se les presentó. Pensando en la “sopa de ideas”, dentro del MSP la idea que prospera es la que resulte más económica, entendiendo por tal no aquella más beneficiosa a corto plazo sino directamente la que cueste menos dinero.

Algunas de las respuestas plantea claramente las imposibilidades que hubo para avanzar dentro del sistema, debido a decisiones políticas estrechamente relacionadas

con lo económico. Y confirman que no hubo (más que leves y acaso solo en el plano de la redacción) modificaciones dentro de la canasta de prestaciones. Esto es un hecho relevante en el estudio de la política de salud bucal nacional dentro del período estudiado porque explicita que, pese a la creación de un *SNIS* con todas sus características de integralidad, no existió modificación significativa alguna para la atención odontológica de los usuarios.

*“En realidad no había una canasta de prestaciones, era más que voluntaria, si bien podía haber algo, hay sectores públicos que tenían algo, lo que cambió es precisamente algo integral, se ve como el programa de salud bucal está contemplado desde el nacimiento hasta la última etapa de la vida, y allí se incluyen todas las prestaciones que no fue posible realizar... restauraciones un poco más complejas que el PRAT tendrían que estar por principio incluidas... pero al elegir un tipo de prestación u otra en situaciones similares elegimos la que nos pareció más posible. Desde el punto de vista económico, una prestación que estuviera científicamente aceptada, porque no era una atención de mala calidad para pobres sino una atención de buena calidad pero no costosa como otras soluciones pero dando soluciones para la población, por ahí la palabra posible.”*

Interpretamos, conforme al contexto del diálogo que mantuvimos con él, que lo que resalta este entrevistado (AR01) es la diferencia entre lo obligatorio –lo que está en los documentos y la práctica– y el PRAT como posibilidad económica de resolución; de allí lo posible de usar esa técnica para solucionar la distancia entre lo que existía y lo que se pretendía hacer.

La entrevistada AR02, por su parte, afirma categóricamente que no existieron modificaciones:

*“No, no sufrió ninguna modificación... No pudimos sacar silicato que ya no se usa más... No tuvimos suerte para modificarla, nos pidieron una cantidad de veces para modificarla; los privados dicen que necesitan mucha plata... Inclusive las que están en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) no se brindan totalmente y no hay control. La odontología sigue fuera del sistema... Toda la salud está dirigida hacia donde existen riesgos de muerte y la odontología no tiene ese rango.”*

*“... no se cumplía, ahora se cumple más; donde más se insistió es que el MSP actúe reforzando los prestadores a cumplir pautas. La canasta anterior estaba bien, el tema es que no se cumplía, no la cumplían los servicios médicos, no les era redituable... (afirmó el entrevistado AR04) Siempre en la parte de las reuniones con los directores de odontología tenían un problema enorme al enfrentar a los directores técnicos, les dan una cantidad para gastar y de eso no te podés pasar. Por eso se daban charlas en las escuelas y el prestador privado tenía problema en conseguir horas de odontólogo para determinada escuela porque tenía que descuidar la parte mutual y los directores técnicos no querían porque son pocos los odontólogos que tenían en relación con los socios.”*

Y el entrevistado AR03 también aborda, como un factor clave, el problema de la carencia de recursos económicos destinados a la odontología:

*“Sí, la canasta de prestaciones sufrió muy pocas modificaciones, pero no solo en salud bucal. El problema no es que no haya sufrido modificaciones, es como que hay dos problemas, uno es que la canasta de prestaciones incluye a la salud bucal dentro de un camino independiente; a mí me hubiera gustado (y yo lo propuse en ese momento) que las prestaciones de salud bucal estuvieran integradas al resto de las prestaciones generales, como en algunas medida están las de cirugía bucomaxilar. El otro aspecto es que se hubieran podido ejecutar, en la práctica, las prestaciones que ya existían, si desde el SNIS se hubiera garantizado o consolidado que las prestaciones que ya existen se prestaran; si se normatizara el costo para algunas, se garantizaría la gratuidad para otras, seguramente no estaría planteándose este tema, porque yo estoy de acuerdo que no hubo muchas modificaciones, hubo algunas pocas y hubo algunas importantes pero, bueno, eso tiene cierto grado de relatividad; desde el programa propusimos una inclusión total de lo que son todas las prestaciones de la odontología, por lo menos todas las que garantizan salud o recuperación de la salud, pero eso es como en todos los ámbitos de decisión, en algún momento hubo una instancia de decisión política que decidió recortar. Al reformular el programa insistimos que debería estar. Al fundamentar la propuesta era incluir prestaciones que muchas instituciones de asistencia colectiva ya estaban brindando a través de servicios propios o con un copago. La mayoría de las instituciones brindan ese servicio de prestaciones de odontología por un sistema o por otro. No tiene sentido que no estuvieran*

*incorporadas a la canasta, lo que sucede es que, desde la interna de la discusión de las prestaciones en salud, tanto para el MSP como para la JUNASA, hay una lucha económica, y la odontología nunca fue un problema, ni para el país ni para el SNIS, así que siempre tiene muchas posibilidades de perder en la lucha por el poder económico.”*

Podría decirse que tanto el PNSBE (de Presidencia de la República) como el PNSB (del MSP), al igual que la intervención en odontología del MIDES para los participantes del programa *Uruguay Trabaja*, se encontraban en una suerte de “sopa primavera” de la que hablaba John W. Kingdon.

### **5.3 - La corriente de la política**

Si bien el PNSB continuó, no solo dejó de tener publicidad en los medios de comunicación, sino que tampoco logró ningún tipo de crecimiento, pasando a tener poca notoriedad al final del período de gobierno a estudio.

Por su parte, el PNSBE (de Presidencia de la República) se siguió llevando adelante hasta el año 2014. Primero pasó a la órbita del MSP, después al programa Ciclos de Vida del MSP y luego terminó como un programa dentro de las oficinas de la ANEP.

El programa sufrió altibajos en su funcionamiento: existieron períodos en que prácticamente no funcionó, no contó con los recursos para que siguiera adelante y, paulatinamente, ha perdido volumen de recursos humanos porque los cargos ocupados por muchos odontólogos e higienistas, luego que renunciaron, no fueron provistos ni tampoco se realizaron llamados con esa finalidad.

Al respecto, aunque la entrevistada AR06 (cuando hace referencia al proceso de implementación del programa) refiere un importante nivel de apoyos institucionales:

*“Había gente allegada al gobierno en formación social, el programa tuvo una excelente coordinación entre Primaria y Presidencia y, bueno, después otros actores porque se empezaron a sumar empresas privadas para la refacción de escuela... La asociación de delegados docentes, delegados del interior y Montevideo... muy comprometidos, se les presentó el programa... estuvieron de acuerdo todos;*

queda bastante claro que, en la formulación concreta solo estuvo la Comisión Honoraria de Salud Bucal: *“De la Comisión Honoraria, de allí partieron todas las ideas y luego fuimos sumando esfuerzos... CUTCSA, ejército...”*

De similar manera pueden comprenderse las expresiones del entrevistado AR07:

*“...se invitaron actores pero todos dieron la derecha al grupo técnico, el grupo político también le dio la derecha al grupo técnico conformado más delegados, en su momento, de la Facultad de Odontología de la UDELAR. No hubo muchos actores externos que se comprometieran al armado en sí.”*

Si bien este entrevistado no habla de actores negativos, refiere al “no compromiso” de instituciones. Entonces, considerando todas las instituciones a las que se invitó (Facultad de Odontología de la UDELAR, AOU y FODI) queda claro cuáles demostraron su “no compromiso” con el armado del programa. Como también sucedió que, cuando el programa se puso en práctica, no existía vínculo entre Presidencia, AOU y FODI. Por lo que se puede concluir que existió un involucramiento en primera instancia, pero que no continuó o no se llegó a buen término.

El PNSB (del MSP), como ya se dijo, no siguió adelante porque las reformas no se dieron y fueron cortadas en el año 2008 por el propio Ministerio al recortar todas las prestaciones obligatorias expuestas en el programa en el 2007.

Los entrevistados que ocuparon cargos dentro del PNSB (del MSP), si bien aseguran haber sido apoyados de diferentes maneras dentro del MSP por sus diversas autoridades (ministros y directores de salud), relatan diversas dificultades a la hora de concretar algunas ideas.

Es evidente que las negociaciones con los efectores privados fueron extremadamente difíciles y los cambios que se lograron negociar tuvieron muchas dificultades para implementarse. Según los entrevistados, a la hora de tomar opciones económicas, la odontología pierde claramente con otras opciones.

Los cambios en la atención de la salud de los uruguayos propuestos por los jerarcas del MSP no lograron conseguir apoyo siquiera de las propias instituciones vinculadas a la odontología. Es parte de lo que puede comprenderse en los relatos de los entrevistados directamente involucrados. Y, si bien en el PNSB, que fue el producto final de un proceso de trabajo que culminó con su publicación en 2007, todas las personas e instituciones citadas no colaboraron de igual forma, se señala a la AOU en primera instancia como una institución negativa a la hora de realizar cambios o elaborar una política; no así a la FODI.

Muy por el contrario, es justo advertir que, dentro del MSP (a la hora de elaborar o formular propuestas) existió gran apoyo; esto siempre se destacó por la mayoría de los entrevistados e incluso se llegó a individualizar algunos actores relevantes en ese

comportamiento, por ejemplo, la maestra Edith Moraes que, desde su cargo de Directora de Primaria facilitó la implementación del trabajo con la población escolar.

*“Para la formulación del PIAS se formó una comisión y llamamos a todos, a quien tuviera algo que ver con la odontología... se armó un buen dossier y se puso en consideración y el programa que quedó no tiene nada que ver con el dossier... Tuve mucho apoyo del Decano de Facultad de Odontología de la UDELAR, pero no encontré mucho apoyo de niveles inferiores. La AOU no colabora; estuvo pero no colabora, estuvo como representante el Dr. Roda que después se cambió por otra persona que venía a veces y no había colaboración... no había intención de un cambio de modelos de atención...”*  
(entrevistado AR01)

*“Los actores que estuvieron están todos mencionados en el programa de salud bucal. Algunos estuvieron más cerca que otros, pero quiero resaltar a Edith Moraes, presidente de Primaria, una persona que siempre estuvo interesada por los temas de salud bucal y siempre acompañó mucho las propuestas que se hicieron desde ASSE y desde el MSP, ella fue una impulsora muy importante, los términos de definición de algunas prestaciones y evaluación económica la AOU, con Leonardo Salvador y Rosana Perdomo, y con la FODI con Raquel Acosta representaron a instituciones, se comprometieron mucho pero desde el punto de vista de la defensa profesional. Desde la jerarquías del MSP estuvo Basso, que fue una persona comprometida, a mí me llamó mucho la atención hasta alguna idiosincrasia del funcionamiento en dejar hacer, no pusieron límites, ellos de alguna manera no ponían condiciones, yo entré siendo una persona desconocida salvo por algunas referencias. Eso, en estas instancias de negociación política, es muy rescatable. El encargado de programas del MSP, José Pereyra, fue súper comprometido y después todas las direcciones departamentales de salud. Cuando se recorrió el país apoyaron totalmente, creo que vieron en las propuestas una forma de solucionar el problema que vieron desde siempre y no tenían como solucionar. En algunos casos una herramienta para exigirle al prestador privado. Hay un marco legal.”*  
(entrevistado AR03)

Según las versiones recogidas en las entrevistas, es evidente que (dentro de los programas del MIDES) la odontología ganó un lugar destacado gracias a la opinión

favorable de la Ministra, en ese momento Marina Arismendi y, como consecuencia, fue bien recibido por el resto de los integrantes ministeriales.

*“...luego del primer sorteo de Trabajo por Uruguay, el primer sorteo que se realiza y se ve la foto, la filmación y la alegría de ver eso, qué bárbaro, (sic) que satisfacción para nosotros y no sé qué, pero esas sonrisas y todos con poco diente, es la propia Ministra que dijo... y bue, hubo que reelaborar el presupuesto... se le dio prioridad, para esto que no falte... del presupuesto de la emergencia sanitaria, bueno, renunció a determinada cosa que estábamos proyectando porque esto me pareció mucho más interesante, efectivo, rápido, apoyo con la parte de mi presupuesto...”* (entrevistado AR08)

Finalizado el programa *Trabajo por Uruguay* en el 2007, el MIDES tampoco incorporó en sus programas a la salud bucal. Ese programa o subprograma se encontraba dentro de otro mayor, denominado *Plan de Emergencia*.

El programa de salud bucal del MIDES solo se realizó durante dos años y aunque después existieron otras intervenciones puntuales en odontología, luego que finalizó el *Plan de emergencia* ya no se incorporó la odontología a otros programas u otras intervenciones del MIDES en territorio.

El jerarca consultado (entrevistado AR08) explicó que no fue planteada la realización de más intervenciones en salud bucal: *“Ante las emergencias sanitarias hay organismos que se deben encargar... implicaría duplicar servicios. Y en los nuevos programas nunca estuvo planteado...”* (En el empleo de la expresión “organismos” por parte del jerarca está implícita la alusión al MSP).

El programa *Trabajo por Uruguay* tenía un subprograma de salud bucal donde se realizaron convenios para la atención de 10.137 participantes en 17 departamentos, en coordinación con el MSP (a través de los hospitales y policlínicas locales), la Intendencia Municipal de Montevideo, las Intendencias de Salto, Paysandú y Tacuarembó y la Facultad de Odontología de la UDELAR.

La ventana de oportunidad se abrió en 2005 con el cambio de gobierno, con el cambio de autoridades en el MSP: se comenzó la redacción del nuevo Programa de Salud Bucal del MSP, se puso en práctica el PNSBE de Presidencia de la República en 2006 y la

atención odontológica en el programa *Trabajo por Uruguay* durante el período 2005-2007.

Los actores relacionados con el MSP coinciden en su visualización de que existía (como ambiente de esa ventana de oportunidad) un clima propicio –por lo menos ninguno de ellos señala negatividad– en el ambiente sobre la salud bucal, partiendo desde un punto donde la odontología estaba ausente o, más aún, caótica, según califica uno de los entrevistados.

*“El clima era que si el presidente electo le daba mucha bolilla (dijo que una de las prioridades era la salud bucal de los uruguayos) íbamos como enganchados... después no se pudo concretar.”* (entrevistada AR02)

*“Yo creo (dijo el entrevistado AR03) que durante ese período hubo un clima muy propicio para desarrollar el componente de salud bucal, absolutamente propicio, creo que es una fortaleza de las que existían, que de alguna manera, digamos, cuando yo tenía que ir al MSP a trabajar, cuando me llamaron y estaba ahí, había muchas posibilidades de hacer cosas.”*

*“La idea general es que la odontología era caótica en su parte organizativa, no había nada organizado, el sistema público era extraccionista y ahí terminaba... Inclusive, hasta hace muy pocos años, se utilizaban materiales que no se usaban en el mundo y vencidos... (entrevistado AR01)*

*“... había movidas en el tema salud bucal, movidas puntuales, en el MSP estaba eso de la sal y, bueno, pero no había algo que fuera visto, que fuera algo nacional, que pusiera esto marcado, y creo que tienen razón, es verdad, el programa de salud bucal pone el tema, la salud bucal, y cuesta incorporar la salud bucal a la hora de determinar los recursos...”*  
(entrevistada AR05)

A su vez, como complemento de la percepción del ambiente de esa ventana de oportunidad, integrantes de la Comisión Honoraria de Salud Bucal (entrevistados AR06 y AR07) relatan el excelente clima de opinión que existía a la hora de elaborar el programa, e incluso destacan el nivel de recepción favorable de la población respecto del trabajo con niños. No obstante, dejan entrever la falta de una colaboración decidida por parte de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República y de la AOU; no así de la FODI.



*“En todos lados donde planteábamos el programa (y nos tocó ir a muchos medios de prensa) que, bueno, que es implementar un programa de salud bucal a nivel nacional, en algunos casos (por ejemplo, Facultad de Odontología de la UDELAR) no se tuvo la coordinación que hubiese sido deseable... convocamos a los gremios, FODI, AOU, y tuvimos buena respuesta del gremio... siempre quisieron colaborar, sobre todo la FODI; no te puedo decir que hayamos llegado a un total acuerdo; más, te puedo decir que no hubo involucramiento, no era un programa que todas las fuerzas vivas estuvieran involucradas... pienso que con la Facultad de Odontología de la UDELAR podría haber habido mayor coordinación.” (entrevistada AR06)*

*“Sí, a ver, el clima en algún momento fue cuando caímos con la propuesta conversando con los niveles operativos, siempre existió como esa cosa psicológica de decir, bueno, de bienvenida de trabajar por los gurises, vale la pena, eso está como en la tapa del libro en Uruguay, empezar por los chicos está bueno, se merecen lo mejor, tenemos que darles lo mejor. Esto que le demos lo mejor a todos, y que le demos lo mejor a aquellos que están más lejos de los servicios, eso fue una cosa muy valorada porque había gente y van a venir acá a traer un servicio de este tipo; bueno, no lo vemos hasta que no se concrete, eso nos pasó mucho con la propuesta... la gente pensaba que eran promesas que después no se cumplían... y, bueno, después de la presencia efectiva de los odontólogos y las higienistas en las escuelas fue un momento de mucho entusiasmo, de mucha alegría, de mucha aceptación realmente y de los padres de acompañar en este proceso, con disparidades, hay realidades diferentes, el Uruguay no es totalmente monolítico, pero de hecho la gran mayoría, incluso los docentes, estuvieron bastante asépticos (por escépticos) en determinado momento de que la idea se pudiera concretar.” (entrevistado AR07)*

Esa ventana de oportunidad comenzó a cerrarse a partir del 2007 con la publicación del PNSB y se clausuró, indefectiblemente, con la publicación de las prestaciones odontológicas obligatorias de la JUNASA en el 2008.

## Capítulo 6. Conclusiones

### 6.1 - Conclusiones generales

Según lo expuesto en el capítulo 4, en la política en salud bucal no se verificaron cambios relevantes durante el período 2005-2010, pese a la implementación del SNIS.

En 2007 se lanzó el PNSB y en 2008 se publicaron las prestaciones obligatorias del SNIS, donde se aprecia claramente que los lineamientos planteados en el PNSB no se concretaron.

Las prestaciones obligatorias del SNIS de salud para la atención odontológica no presentaron cambios considerables, pese a los procedimientos planteados en el capítulo 4 del PNSB del MSP:

*“Se definen a continuación los procedimientos de salud bucal para todos los niveles de atención. Con ellos se intenta agrupar las distintas prestaciones de salud bucal de manera tal de sistematizarlas, ordenarlas y proponerlas en una lógica asistencial perfectible en la medida que se universalice su aplicación./Las acciones fundamentales son de promoción y prevención, pero todos incluyen también la asistencia y la rehabilitación./Los procedimientos de segundo y tercer nivel, ya existentes en la normativa actual, continuarán vigentes. Las tareas comprendidas en los distintos procedimientos se integrarán en programas de prestaciones de salud individual o colectivas para los distintos grupos de población.”*

Las prestaciones reseñadas en ese capítulo son integrales y presuponen una atención odontológica multidisciplinaria e interdisciplinaria. Asimismo, figuran actividades de promoción, prevención y rehabilitación a través de diferentes especialidades odontológicas: cirugía de menor y mayor complejidad, ortodoncia, prostodoncia, ortopedia, odontopediatría y periodoncia.

1. En ASSE, la cantidad de consultas odontológicas anuales por usuario en el subsector público fue extremadamente baja, en relación a la parte médica, con un leve aumento al final del período estudiado. No se verificaron cambios en el acceso a los servicios, ya sea porque no hubo demanda o porque la cantidad de profesionales fue muy reducida.

2. La lógica mercantil de los efectores privados más importantes dificulta el acceso y es incoherente con las bases del SNIS.
3. No se percibe un cambio en el financiamiento del sector odontológico; en el sector privado las personas pagan órdenes o permanecen en listas de espera.
4. Salvo en la redacción, no se registraron cambios sustantivos en las prestaciones obligatorias odontológicas en el PNSB. Por otra parte, esas prestaciones son ínfimas y distan de lo que cualquier odontólogo considera una odontología integral.
5. Podría admitirse, en relación a la última variable analizada, que se registra un cambio porque el programa elaborado tiene un enfoque preventivo importante.

## **6.2 - Conclusiones específicas**

Las conclusiones específicas resultan en función del análisis de la evidencia en diálogo con el marco analítico utilizado.

### **6.2.1 - Primera conclusión: Corriente de los problemas**

Existía un problema importante en salud bucal en Uruguay en 2005. El Dr. Tabaré Vázquez, presidente de la República, y su señora esposa, María Auxiliadora Delgado, son visualizados como las personas que demostraron la dimensión del problema en salud bucal.

Al programa de Presidencia de la República (PNSBE) se le asigna la cualidad de instalar los temas de salud bucal en la opinión pública. Cuando se intentaron intervenciones en salud bucal (por ejemplo, por parte del MIDES), sin tener una conexión formal con el programa, el simple conocimiento que se estaba gestando en presidencia un programa de salud bucal fue un apoyo fundamental para invertir recursos en atención odontológica.

Las intervenciones realizadas en odontología no se fundaron en estudios previos, sino que se basaron, mayoritariamente, en apreciaciones personales.

### **6.2.2 - Segunda conclusión: Corriente de las políticas públicas**

A través de las entrevistas que se realizamos se visualiza, como dice Kingdom “una sopa primavera”, donde confluyeron varios grupos de ideas.

Existieron diversas reuniones inter institucionales donde se manejaron muchas ideas de cómo mejorar la atención a la salud bucal de los uruguayos y como debía ser la política pública en salud bucal

Las cuales podemos clasificar en 3 grupos:

- a- Ideas de que la situación permanezca incambiada, esto podemos deducirlo, porque determinados grupos vinculados a instituciones odontológicas participaron y no elevaron propuestas.
- b- Ideas de producir cambios en la odontología a través de intervenciones de diversa magnitud, llámese programas.  
Dichos programas, podían ser educativos-preventivos, preventivo-asistenciales, principalmente apuntaban a la población escolar.
- c- Cambios estructurales importantes, incorporando la odontología al SNIS en forma integral. A su vez quienes proponían cambios estructurales importantes, también terminan proponiendo en forma contradictoria, programas específicos para población escolar pero a través de efectores privados y públicos.

### **6.2.3 - Tercera conclusión: Corriente de la política**

Existió un clima propicio para llevar adelante una política pública de salud bucal. Pero, dependiendo de las dimensiones de las intervenciones que se pretendieron realizar o de la institución que lo dirigiría, los apoyos verificados fueron totalmente diferentes.

Los programas más pequeños encontraron fácilmente apoyo de Instituciones Públicas (Ejército Nacional, Anep), Instituciones Privadas (Teles, Cutcesa) y artistas. A diferencia del programa del MSP, más ambicioso, que debió vincularse con efectores privados, profundamente reacios al cambio.

Al momento de intentar cambios, instituciones vinculadas a la odontología se comportaron perjudicialmente, dichas instituciones son: AOU, prestadores privados integrales de salud y Facultad de Odontología de la UDELAR. Aunque no se opusieron directamente, obstaculizaron reuniones que promovían cambios o dirigieron la defensa del ejercicio liberal en esos ámbitos.

### **6.2.4 - Conclusión final**

La salud bucal de los uruguayos fue percibida como un problema, en el 2005, para el presidente Tabaré Vázquez y su esposa, María Auxiliadora Delgado. Ambos impulsaron algunos cambios y se instrumentó el PNSBE, colocando el asunto en la

agenda política del momento. Se intentaron realizar otras reformas de carácter estructural dentro del SNIS; sin embargo, algunas instituciones vinculadas o no a la odontología, AOU, efectores de salud integral y Facultad de Odontología de la UDELAR, se opusieron o perjudicaron a toda integración con la salud general. Así, la política pública en odontología siguió el camino de pequeños programas y no de cambios estructurales importantes, permaneciendo (antes y después de la creación del SNIS) con una participación mínima dentro del sistema.

### **6.3 - Otras conclusiones, recomendaciones y futuras líneas de investigación**

Del análisis de las entrevistas y fuentes secundarias, se desprenden otras conclusiones que hacen a nuestro objeto de estudio, como así también explicaciones que pueden servir de hipótesis para otras líneas de investigación.

1. En los primeros años del primer gobierno del FA existió una oportunidad única para que la odontología se incorporara integralmente al sistema de salud, oportunidad que desaprovechó por las razones ya expuestas. El PNSBE de Presidencia de la República pudo haber tenido como finalidad política atraer positivamente a la opinión pública.
2. Existen dos grupos definidos desde el punto de vista de la concepción ideológica de cómo deben resolverse los problemas de salud bucal de la población: un grupo de profesionales que considera que la odontología debe incorporarse al sistema y otro grupo que entiende que los problemas de salud bucal deben resolverse mediante programas y en forma de ejercicio liberal. La AOU es visualizada como una institución perjudicial a la hora del planteo de cambios estructurales o simplemente no colaboradora. También existe coincidencia en que esta agrupación de odontólogos de Montevideo tiene (entre varias sociedades) una sociedad de odontología comunitaria que organiza programas de atención a la salud en territorio. Por otra parte, la Facultad de Odontología de la Universidad de la República es visualizada, aunque en menor medida que la AOU, como una institución perjudicial; sin embargo, algunos entrevistados la consideran una institución colaboradora, haciendo referencia al doctor Álvaro Maglia, decano en ese momento. Cabe agregar además que la Facultad de Odontología es una institución que se vincula con el medio a través de programas, con poca inserción dentro del SNIS.

3. Los odontólogos históricamente han estado fuera del sistema de salud. Exceptuando los cirujanos buco-maxilofaciales (que son, sobre todo en el área de la atención médica traumatológica, un recurso humano fundamental), el resto de los odontólogos trabaja en forma tercerizada o periférica respecto de los servicios de salud. Esto genera una ausencia notoria de odontólogos en los ámbitos más importantes de toma de decisiones, lo que probablemente entorpece el proceso de incorporación de la odontología al sistema.
4. Se entiende que, por su propia forma de trabajo, los odontólogos no ocupan cargos políticos importantes; acaso eso explique los motivos por los cuales las decisiones asumidas en niveles institucionalmente inferiores son anuladas en niveles superiores.
5. La tradición de trabajar exclusivamente con niños como herramienta para el cambio, si bien no se discute su importancia, podría ser un elemento que no favorezca el cambio. Cuando se plantea realizar algunos cambios, generalmente se prioriza la atención de la población infantil, no la de la población adulta. La formación en odontopediatría (nivel clínico fundamental para resolver los problemas de salud en niños y adolescentes) no es el camino para resolver los problemas de salud bucal de toda la población.
6. El factor económico no puede explicar por sí solo todas las dificultades (como pretende la percepción de algunos de los entrevistados) aunque pareciera que las propuestas en odontología no son correctamente evaluadas desde el punto de vista económico. Esto es compartido por varios de los entrevistados que consideran que sus planteos no son tomados en cuenta por el alto costo de la odontología.
7. Si bien no es objeto de estudio de esta investigación, es interesante señalar lo siguiente: los materiales e insumos odontológicos soportan una carga impositiva (de la Caja de Profesionales sobre el valor de importación) cinco veces superior a la de sus similares médicos (10 contra 2%). Aunque procuramos una explicación racional de motivos para esta disparidad de criterios impositivos, sin mucha certeza se nos explicó que la odontología tiene su cuota parte de estética aparte de salud. Si esa fuera la única explicación, habría que considerar la situación como francamente arbitraria y contradictoria respecto de los lineamientos de salud integral del SNIS.

## Bibliografía

- Aguiar Villanueva, L. (1992) *El estudio de las políticas públicas*. Méjico: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Aguiar Villanueva, L. (1992). *La hechura de las políticas*. Méjico: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Aguiar Villanueva, L. (1993). *La implementación de las políticas*. Méjico: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa; 1ª edición.
- Almaraz, María Teresa (2000). "Salud comunitaria y descentralización". En *Revista de trabajo social*, UDELAR; Año XIII n° 16, pp 27-38.
- Behn, Robert (1992). "El análisis de políticas y la política". En Villanueva (comp.), *El estudio de las políticas públicas*; Méjico: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Benia, W. y Reyes, I. (2008). *Temas de salud pública*. Facultad de Medicina, UDELAR. Montevideo: Editorial Oficina del Libro.
- Busquets, M. y Schenck, M. (2010). "Las percepciones de las élites: políticas y reformas en la arena social en el gobierno progresista (2005-2007)". En Serna, M. (coord.), *Pobreza y (des)igualdad en Uruguay: una relación en debate*; Dpto. de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR; pp 323-340.
- Caetano, G. y Faral, L. (1995). *Políticas de Estado en salud. Propuestas en debate*. Montevideo: CLAEH.
- Echebarne, L. (2001). *Temas de medicina preventiva y social*. Uruguay: Editorial Arena.
- Fernández Faingold, H. y Busquets, M. (1992). "Políticas públicas sociales: un examen no exhaustivo de algunas opciones en el debate". Cuadernos del CLAEH, n° 62; pp 19-36.
- Frías Osuna, A. (2000). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Editorial Masson.
- Gomes Pinto, V. (2000). *Salud bucal colectiva*. Brasil: Editorial Santos.
- Guadalupe, A. (2009). *Manual práctico del Procedimiento de Restauración Atraumática*. Uruguay-Paraguay: OMS.
- Kingdon, J.W. (1984) *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Glenview, IL. Scott, Foresman and Company
- Majone, G. (1992). "La factibilidad de las políticas sociales". En Villanueva (comp.), *La hechura de las políticas*. Méjico: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Mancebo, E.; Narbondo, P. y Conrado, R. (2002). *Uruguay-La reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada 1985-2000*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Moreira, C. y Setaro, M. (2002). "Alternativas de reforma del sistema de salud en Uruguay". En Mancebo, Narbondo y Conrado, *Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental
- Lorenzo, Susana (2008). *Epidemiología*. Cátedra de Odontología Social; Montevideo: Facultad de Odontología, UDELAR.
- Parson, Wayne (2007). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica de las políticas públicas*. México: Miño y Dávila.
- Setaro, M. (2004). *Vigilar y cuidar el bien común. El rol de la rectoría del sistema de salud desde una perspectiva comparativa*. Dpto. de Ciencia Política; Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR.
- Tarrés, M. (2008). *Observar, escuchar y comprender*. Méjico: Editorial Porrúa; pp 63-91.
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis; pp 179-233.

## ANEXO

### Clasificación de preguntas y grupos de entrevistados

Las preguntas se clasificaron en tres partes, siguiendo la lógica de la ventana de oportunidad: corriente de los problemas, corriente de las políticas públicas y corriente de la política.

Se indica, a continuación, según el grupo de entrevistados, el listado de preguntas específicas que se les formuló.

#### 1. Grupo de entrevistados 1

- \* Integrantes del Programa Nacional de Salud Bucal
- \* Integrantes del Programa de Salud Bucal de Presidencia

La Comisión Honoraria de Salud Bucal (presidida por María Auxiliadora Delgado, esposa del Dr. Tabaré Vázquez) estuvo integrada, además, por: la Directora General del Consejo de Educación Primaria, Mag. Edith Moraes, la Prof. Agr. Dra. María Isabel Ramos, la Prof. Adj. Dra. Martha Bagnasco de Rodríguez, la Arq. María del Carmen Queijo, el Dr. Fernando Pucci, la socioanalista María Selva Braselli, el A.P. Pablo Hernández y el Mag. Mario González Sobera.

##### (corriente de los problemas)

- En 2005, ¿se consideraba a la salud bucal un problema?
- ¿Se basaron en algún estudio para considerar la intervención en la odontología?
- ¿Por qué se tomó como grupo de trabajo la población escolar?
- ¿Existió algún evento que demostrara la dimensión del problema en torno a la salud bucal?
- ¿Hubo una evaluación de intervenciones anteriores que mostrara mejor el problema y la insatisfacción con las soluciones?

##### (corriente de las políticas públicas)

- ¿Qué opciones de respuesta a los problemas se consideraron? Determinar problema, objetivos, tipo de efectores, modalidad de cobertura, forma y monto de financiamiento.
- Las opciones que se eligieron, ¿se visualizaron técnicamente factibles antes de aplicarse?

##### (corriente de la política)

- ¿Qué clima de opinión sobre el tema salud bucal existía antes de formular las opciones? ¿Recuerda algo que quiera destacar especialmente?
- ¿Podría decir qué actores, partidos, política legislativa, grupos de presión, estuvieron en el proceso de formulación de la política?
- ¿Cómo fue el proceso para establecer consensos? ¿Cuáles fueron las negociaciones en las que participó?



## 2. Grupo de entrevistados 2

Directores y directores adjuntos (durante el período 2005-2010) del Programa Nacional de Salud Bucal (Dres. Pablo Tailanián y Pablo Bianco; Higienistas Alma Chiodi y Patricia González, respectivamente)

Dr. Raúl Apai (integrante de la Dirección del Programa de Salud Bucal)

### (corriente de los problemas)

- En 2005, ¿se consideraba a la salud bucal un problema?
- ¿Se basaron en algún estudio para considerar la intervención en la odontología?
- ¿Por qué se tomó como grupo de trabajo la población escolar?
- ¿Existió algún evento que demostrara la dimensión del problema en torno a la salud bucal?
- ¿Hubo una evaluación de intervenciones anteriores que mostrara mejor el problema y la insatisfacción con las soluciones?

### (corriente de las políticas públicas)

- ¿Qué opciones de respuesta a los problemas se consideraron? Determinar problema, objetivos, tipo de efectores, modalidad de cobertura, forma y monto de financiamiento.
- ¿Por qué la canasta de prestaciones obligatorias sufrió pequeñas modificaciones? ¿Qué opciones se manejaron para su elaboración?
- Las opciones que se eligieron, ¿se visualizaron técnicamente factibles antes de aplicarse?

### (corriente de la política)

- ¿Qué clima de opinión sobre el tema salud bucal existía antes de formular las opciones? ¿Recuerda algo que quiera destacar especialmente?
- ¿Podría decir qué actores, efectores y/o jerarcas del Ministerio, estuvieron en el proceso de formulación de la política?
- A nivel del gobierno, ¿cuáles fueron los cambios en el personal asignado con anterioridad a la implementación de la nueva política en salud bucal?
- ¿Cómo fue el proceso para establecer consensos? ¿Cuáles fueron las negociaciones en las que participó?

### 3. Entrevistado vinculado al MIDES

Autoridad del MIDES

#### (corriente de los problemas)

- En 2005, ¿se consideraba a la salud bucal un problema?
- ¿Se basaron en algún estudio para considerar la intervención en la odontología?
- ¿Por qué consideraron incorporar odontología a las personas del subprograma *Trabajo por Uruguay*?
- ¿Existió algún evento que demostrara la dimensión del problema en torno a la salud bucal?
- ¿Hubo una evaluación de intervenciones anteriores que mostrara mejor el problema y la insatisfacción con las soluciones?

#### (corriente de las políticas públicas)

- ¿Qué opciones de respuesta a los problemas se consideraron? Determinar problema, objetivos, tipo de efectores, modalidad de cobertura, forma y monto de financiamiento, tipo de prestaciones odontológicas.
- Las opciones que se eligieron, ¿se visualizaron técnicamente factibles antes de aplicarse?

#### (corriente de la política)

- ¿Qué clima de opinión sobre el tema salud bucal existía antes de formular las opciones? ¿Recuerda algo que quiera destacar especialmente?
- ¿Podría decir qué actores, efectores y/o jerarcas del Ministerio, estuvieron en el proceso de formulación de la política?
- ¿Por qué no se continuó con la incorporación de odontología a otros programas del MIDES?
- ¿Cómo fue el proceso para establecer consensos? ¿Cuáles fueron las negociaciones en las que participó?

### **Actores relevantes**

Se mencionan, a continuación, aquellos actores que ocuparon lugares de decisión en materia de política en salud bucal del Uruguay durante el período estudiado y que fueron consultados durante el curso de esta investigación.

La nomenclatura adjunta a los nombres se utilizó para referir, en el capítulo 5, la calidad de entrevistados de cada uno de los actores.

**Dr. Pablo Tailanian** (AR01)

Director Nacional del Programa Nacional de Salud Bucal del MSP (2005-2007)

**Hig. Alma Chiodi** (AR02)

Directora Adjunta del Programa Nacional de Salud Bucal del MSP (2005-2008)

**Dr. Pablo Bianco** (AR03)

Director Nacional del Programa Nacional de Salud Bucal del MSP (2007-2010)

**Dr. Raúl Apai** (AR04)

Integrante del Programa Nacional de Salud Bucal del MSP (2005-2010)

**Hig. Patricia González** (AR05)

Directora Adjunta del Programa Nacional de Salud Bucal del MSP (2008-2010)

**Dra. María Isabel Ramos** (AR06)

Integrante de la Comisión Honoraria de Salud Bucal de  
Presidencia de la República (2005-2010)

**Mag. Mario González** (AR07)

Integrante de la Comisión Honoraria de Salud Bucal de  
Presidencia de la República (2005-2010)

**Gerardo Lorbeer** (AR08)

Director de Salud y Alimentación del MIDES durante la puesta en práctica  
del Plan de Emergencia (2005-2007)

# **Las políticas públicas en salud bucal dentro de la reforma sanitaria implementada en el primer período de gobierno del Frente Amplio**

Resumen / Justificación / Introducción

<b>Capítulo 1. Presentación preliminar del objeto de estudio y del problema</b>	7
1.1 - La política pública de salud bucal durante el primer gobierno del FA	7
1.2 - Planteo del problema	8
1.3 - Objetivos	10
1.3.1 - Objetivo general	10
1.3.2 - Objetivos específicos	10
<b>Capítulo 2. Ventana de Oportunidad de la política pública y metodología</b>	11
2.1 - Marco analítico: Ventana de oportunidad de la política pública	11
2.2 - Metodología y técnicas	13
2.2.1 - Fuentes primarias	13
2.2.2 - Fuentes secundarias	13
<b>Capítulo 3. La política pública de salud bucal: Historia y cotejo comparativo</b>	14
3.1 - Características del sector odontológico en Uruguay: Su vinculación con el SNIS	14
3.2 - La atención a la salud odontológica y médica: Perspectiva histórica	16
3.3 - Las nuevas élites de gobierno y su vinculación con el sector odontológico	19
3.4 - Panorama internacional: Odontología y su relación con el mercado	20
3.4.1 - Características principales del sistema de salud sueco	21
3.4.2 - Características del sistema de salud de los Estados Unidos	24
3.4.3 - Situaciones epidemiológicas	25
<b>Capítulo 4. La atención a la salud bucal (...) con la implementación del SNIS</b>	27
4.1 - Selección de variables	27
4.1.1 - Primera variable analizada: Acceso a los servicios de salud	28
4.1.2 - Segunda variable analizada: Financiamiento	31
4.1.3 - Tercera variable analizada: Tipo de prestaciones	32
4.1.4 - Cuarta variable analizada: Modelo de atención	36
<b>Capítulo 5. La política de salud bucal: Del entusiasmo al olvido</b>	39
5.1 - La corriente de los problemas	39
5.2 - La corriente de las políticas públicas	43
5.3 - La corriente de la política	52
<b>Capítulo 6. Conclusiones</b>	58
6.1 - Conclusiones generales	58
6.2 - Conclusiones específicas	59
6.2.1 - Primera conclusión: Corriente de los problemas	59
6.2.2 - Segunda conclusión: Corriente de las políticas públicas	59
6.2.3 - Tercera conclusión: Corriente de la política	60
6.2.4 - Conclusión final	60
6.3 - Otras conclusiones, recomendaciones y futuras líneas de investigación	60
<b>Bibliografía</b>	63
<b>ANEXO</b>	64