



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Centro de Políticas Públicas UC

Elementos clave para avanzar hacia una cobertura universal en salud oral en Chile

RAÚL PALACIO

Escuela de Odontología UC

PATRICIO PALAVECINO

Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello

EDUARDO A. UNDURRAGA

Escuela de Gobierno UC, Microb-R, MLIV



TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Año 16 / N° 144 / Agosto 2021

ISSN 0718-9745

Elementos clave para avanzar hacia una cobertura universal en salud oral en Chile

RAÚL PALACIO

Escuela de Odontología UC

PATRICIO PALAVECINO

Facultad de Odontología, Universidad Andrés Bello

EDUARDO A. UNDURRAGA

Escuela de Gobierno UC, Microb-R, MLIV

1. Introducción

La salud oral es un elemento crítico en el bienestar y funcionamiento de las personas (Peres et al., 2019). Las enfermedades orales incluyen una serie de condiciones que afectan la boca y los dientes, como son las caries y la enfermedad periodontal (encías), que impactan a aproximadamente la mitad de la población mundial (James et al., 2018; Kassebaum et al., 2015; Petersen et al., 2005). Estas patologías generan dolor, malestar y, en los casos más graves, pueden ser fatales.

La caries dental, una de las enfermedades orales más comunes, es considerada un mal crónico no transmisible y progresivo, que puede acompañar a un individuo durante toda su vida (Peres et al., 2019). Esta es la patología no tratada más prevalente en el mundo (United Nations General Assembly, 2011), que afecta desproporcionadamente a los grupos marginalizados y en situación de pobreza (Peres et al., 2019).

Además de la alta carga de enfermedad que causan a los países estas patologías, incluyendo pérdidas de productividad y de días de educación, su atención tiene un costo sustantivo para los individuos y el sistema de salud (Listl et al., 2015; Peres et al., 2019; Timiș y Dănilă, 2005). La salud oral también afecta las interacciones cotidianas, como comer, hablar y sonreír, y por lo tanto, constituye un elemento fundante de la identidad (Glick et al., 2016).

A pesar de su relevancia, una proporción significativa de la población en Chile y el mundo no tiene cobertura ni atención apropiada en salud oral (Watt et al., 2019). La cobertura de salud puede ser definida como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, incluyendo la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías (medicamentos incluidos) y financiamiento (World Health Organization, 2008).

La cobertura, en particular, se refiere a la proporción de la población elegible para recibir un conjunto básico de servicios. Se alcanza cobertura universal cuando el 100% de la población está cubierta (OCDE, 2019). Además de cobertura de población, la OCDE utiliza el concepto de cobertura de servicios (o estatal de servicios), definiéndola como la gama de servicios incluidos en un paquete público de beneficios y la proporción de costos cubiertos (OCDE, 2019).

La cobertura universal de salud en odontología ofrece una oportunidad única para que los servicios de salud dental se integren al sistema de salud general, dando a las personas un acceso y atención adecuados a sus necesidades (Watt et al., 2019). Asimismo, es una posibilidad de cambiar los incentivos del sistema, desde el tratamiento e intervenciones de enfermedades existentes hacia un sistema focalizado en la prevención y el cuidado permanente (Fejerskov et al., 2013; Mills et al.,

2014), reemplazando de esta forma el paradigma actual focalizado en tratamiento reactivo y alta tecnología (Pérez et al., 2019; Watt et al., 2019).

En Chile, la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 (Ministerio de Salud, 2018) sugiere que prácticamente toda la población mayor de 35 años presenta secuelas por lesiones de caries, con mayor prevalencia de factores de riesgo en personas de bajos ingresos (Cantarutti-Martínez et al., 2019). Debido a la carencia de una cobertura universal, los costos del tratamiento de enfermedades orales pueden impactar severamente el presupuesto familiar, alcanzando aproximadamente un 9,3% del gasto total de bolsillo en salud (Bernabé et al., 2017; Bruzzo et al., 2018), lo que aumenta aún más las inequidades en acceso y cobertura. La falta de cobertura y, por lo tanto, los altos costos de bolsillo, hacen que una parte significativa de la población posponga su atención dental. Esto resulta en un empeoramiento del cuadro clínico hasta que se produzca dolor o una infección que lleve a ser atendido de urgencia, favoreciendo la pérdida dentaria (Millar y Locker, 1999; Thompson et al., 2014). Algunos países como Alemania, Inglaterra o Brasil han optado por sistemas de cobertura universal como estrategia de reducción de inequidades en acceso, aun cuando la atención pudiera tener algún copago asociado (Saliba et al., 2009).

Hace años se discuten las fortalezas y debilidades de recientes reformas al sistema de salud de Chile y la conveniencia de una reforma más sustantiva (Aguilera et al., 2014; Artaza y Lastra, 2018; Becerril-Montekio et al., 2011; Cid y Uthoff, 2018; Unger et al., 2008; Urrutia et al., 2016; Vergara-Iturriaga y Martínez-Gutiérrez, 2006; Villalobos-Dintrans, 2017). Esta discusión ha tomado fuerza desde la crisis social de octubre de 2019, en relación con las limitaciones que arrastra por años el sistema de salud y la merma en los ingresos que ha producido la pandemia del COVID-19 (Asahi et al., 2021; Bennett, 2021; Gupta et al., 2020; Mena et al., 2021). Varias propuestas de reforma han sido elaboradas, entre las que destacan un seguro único, un sistema de multi-seguros y un sistema de salud único.

La cobertura universal en salud oral, sin embargo, ha estado mayoritariamente ausente del debate, aun tomando en cuenta que cualquiera de estas reformas implicaría un cambio sustantivo en el aseguramiento y provisión de servicios de salud. Una de las dificultades para incorporar la salud oral en la discusión es la ausencia de datos. Por ejemplo, la falta de información respecto de la co-

bertura nacional (no segmentada por grupos priorizados en odontología), no permite saber cuánto debe crecer el sistema de salud en el área odontológica para alcanzar una cobertura universal. Esta información es fundamental para modelar distintos escenarios en una potencial reforma al sistema de salud que incluya la salud oral.

En este artículo sentamos las bases para avanzar hacia la cobertura universal en salud oral (CUSO). Comenzamos describiendo la epidemiología de las enfermedades orales y su impacto en la calidad de vida de las personas y en el sistema de salud. Luego definimos cobertura universal y hacemos una comparación internacional, describiendo aspectos clave de cobertura en países seleccionados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y en Brasil. Finalmente, planteamos algunas interrogantes para avanzar hacia una reforma inclusiva que incluya cobertura universal en salud oral en Chile.

2. Antecedentes

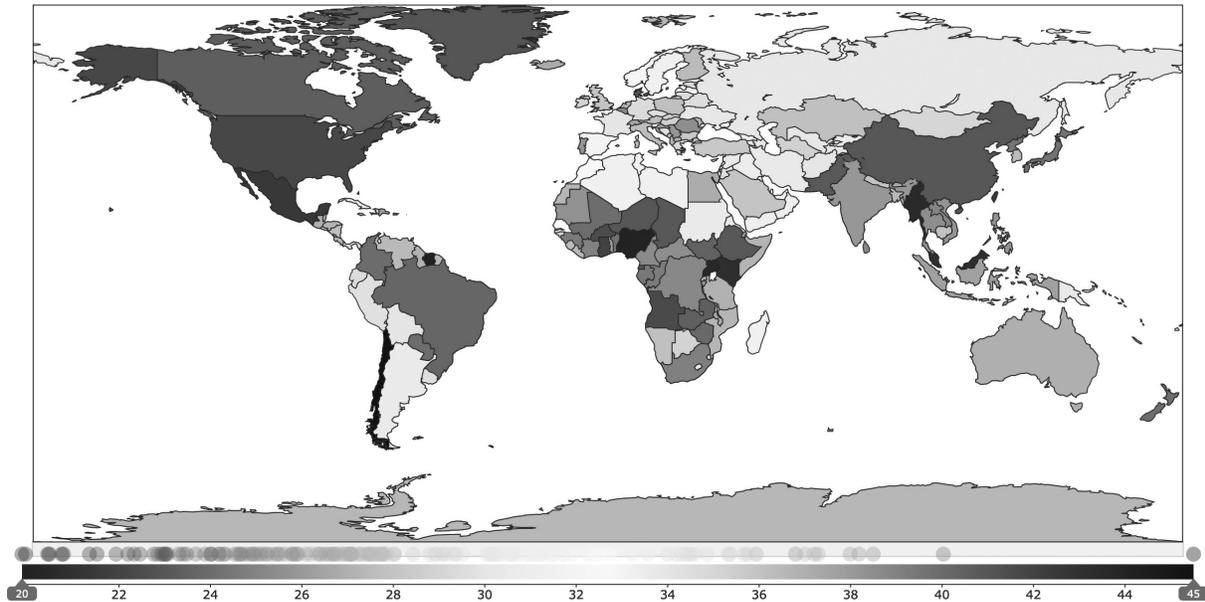
2.1. Epidemiología de la salud oral

Se estima que en el mundo aproximadamente 3.500 millones de personas viven con alguna enfermedad oral, siendo las caries no tratadas la de mayor prevalencia (Kassebaum et al., 2015; Petersen et al., 2005). En 2019, aproximadamente el 26,7%¹ de la población mundial tenía caries no tratadas (Vos et al., 2020). La literatura sugiere que la prevalencia de caries dentales ha disminuido en las últimas décadas, aunque la baja corresponde principalmente a países de ingresos altos (Frencken et al., 2017). La Figura 1, que muestra la prevalencia (%) de caries en dientes permanentes en el mundo, sugiere que la prevalencia de caries en dientes permanentes en Chile es una de las más altas a nivel mundial, en base a los resultados de un modelo que considera las Encuestas Nacionales de Salud de Chile y una serie de variables de población. Si bien esta cifra debe ser interpretada con cuidado, porque la estimación de la prevalencia de caries depende de la calidad y cobertura de los sistemas de registro de salud oral y la definición de caries utilizada, sugiere que la salud oral en el país tiene mucho por mejorar.

Las caries no son la única enfermedad común que puede presentar la cavidad bucal. Un grupo importante de patologías afectan a las encías (enfermedades gingivales) y al hueso que da soporte a los dientes (enfermedades pe-

¹ Intervalo de confianza de 95%: 23,3%-30,6%.

Figura 1. Prevalencia (%) de caries en dientes permanentes en el mundo



Fuente: IHME, Vos et al. (2020)

riodontales), aunque la definición epidemiológica es más compleja. Se estima que las enfermedades periodontales son la novena enfermedad más prevalente mundialmente, afectando a un 13,7%² de la población mundial (Vos et al., 2020). Otras enfermedades comunes son la pérdida dental, que típicamente refleja la última etapa de otras enfermedades y la falta de tratamiento oportuno. Se estima que aproximadamente el 4,5%³ de la población mundial no tiene dientes (Vos et al., 2020). El cáncer de la cavidad oral está entre los 12 cánceres más comunes en el mundo. Para 2017, se estimaron 390.000⁴ casos incidentes y 194.000⁵ muertes totales en el mundo (Fitzmaurice et al., 2019).

El Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), de la Universidad de Washington, estima que las caries fueron la enfermedad más prevalente en la población en Chile entre 1990-2019. Se estima una prevalencia de caries en dientes permanentes para la población de 46,3%⁶ en 2019, con una prevalencia de 33%⁷ para niños entre cinco y 14 años (Vos et al., 2020). Otros estudios específicos, sin publicar, encargados por el Ministerio de Salud (Minsal) (por ejemplo, Soto et al., 2007),

estiman que en promedio solo el 30% de los niños de seis años en Chile nunca han tenido caries (libre de caries) en la dentición temporal. Además, existen marcadas diferencias por nivel socioeconómico, donde un 60,6% de los niños de nivel socioeconómico alto son libres de caries en comparación con un 22,8% del nivel socioeconómico bajo. En la misma línea, un informe elaborado por el Minsal (2012) estima que el porcentaje de niños libre de caries fue de 83% y 50% a los dos y cuatro años, respectivamente. El informe concluye que las desigualdades en salud oral son visibles desde temprana edad, según grupos socioeconómicos y zonas geográficas.

No toda la población adulta puede acceder a prestaciones dentales. Un porcentaje importante de los adultos posee caries cavitadas, es decir, la enfermedad de caries ha destruido una parte de los tejidos dentarios que no han sido rehabilitados. Por ejemplo, usando datos de la Encuesta Nacional de Salud (Minsal, 2018) y otras variables, se estima que en 2019, aproximadamente el 40,9% de las personas entre 15 y 24 años tenía caries cavitadas, y un 59,6% de los adultos entre 45 y 64 presenta caries en estas condiciones (Vos et al., 2020).

2 Intervalo de confianza de 95%: 10,4%-17%.

3 Intervalo de confianza de 95%: 3,6%-5,7%.

4 Intervalo de confianza de 95%: 374.000-404.000.

5 Intervalo de confianza de 95%: 185.000-202.000.

6 Intervalo de confianza de 95%: 43,9-48,8%.

7 Intervalo de confianza de 95%: 25%-44%.

Las enfermedades periodontales pueden causar la pérdida dentaria por debilitación de soporte óseo, e incluso contribuyen a la aparición de complicaciones en enfermedades como la diabetes tipo 2 (Morales et al., 2016). Se estima que más de un 58% de la población chilena de 65 a 74 años posee estas patologías en estados avanzados, siendo la segunda patología causante de pérdidas dentarias (Gamonal et al., 2010). Otros estudios estiman que las enfermedades periodontales son la cuarta enfermedad más prevalente en Chile, afectando a un 15,5%⁸ de la población en 2019. La supera solamente las caries, la cefalea tensional y el herpes simple (Vos et al., 2020).

El daño producido por caries y enfermedades periodontales es sustantivo. Un 65,8% de la población de 65 años y más utiliza prótesis dentales (Minsal, 2018). Desconocemos la proporción de esta población que, debiendo usar prótesis dentales, no puede hacerlo porque no existe cobertura universal. Otras enfermedades, como anomalías dentomaxilares y cáncer también afectan la cavidad oral. En general, la percepción de la salud oral es deficiente. Un 53,8% de la población mayor de 15 años percibe que su salud oral es regular y mala o muy mala (Minsal, 2018).

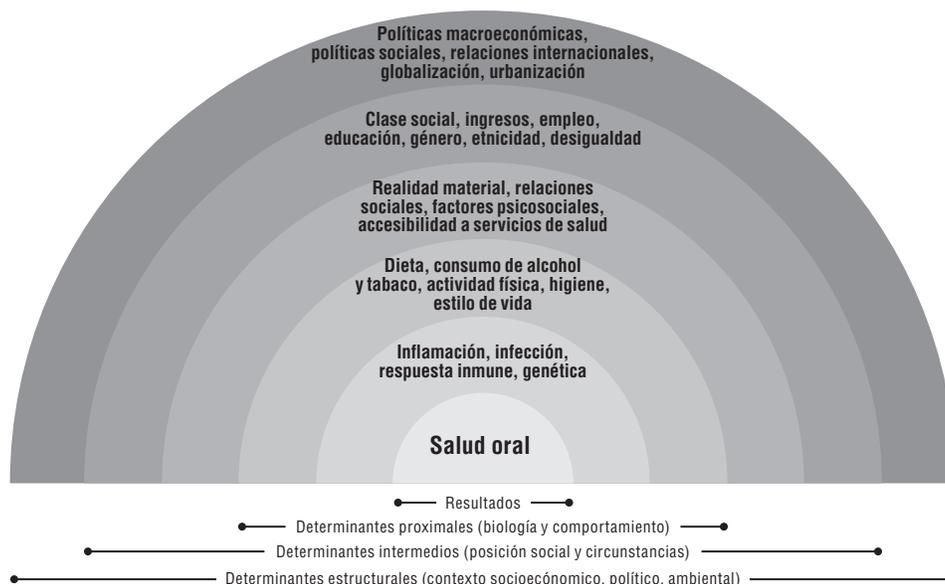
8 Intervalo de confianza de 95%: 11,4%-19,6%.

2.2. Determinantes sociales

Los factores de riesgo en enfermedades dentales están fuertemente correlacionados con el estatus socioeconómico y otros determinantes sociales, como el consumo de azúcar, tabaco y alcohol (Peres et al., 2019; Schwendicke et al., 2015; Watt y Sheiham, 2012). Existe un pronunciado gradiente socioeconómico en salud dental, con una mayor prevalencia de enfermedades orales en poblaciones de menores ingresos y educación formal (Matsuyama et al., 2017; Schwendicke et al., 2015), así como en poblaciones marginalizadas (Parker et al., 2010; Walsh et al., 2008). La salud oral típicamente no tiene cobertura universal, lo que genera brechas importantes en salud en poblaciones en situación de pobreza y marginalizadas (Peres et al., 2019; Timiș y Dănilă, 2005).

La Figura 2 destaca los determinantes estructurales (contexto socioeconómico, político, ambiental), intermedios (posición social y circunstancias) y proximales (biología y comportamiento) de la salud oral (Watt y Sheiham, 2012). Si bien los determinantes sociales de la salud oral se estudian hace años, la implementación de políticas de salud en estos niveles es aún precaria. En lugar de focalizar la salud oral en prevención y cuidado permanente, el enfoque global es más bien una aproximación reactiva y de tratamiento en

Figura 2. **Determinantes sociales de las enfermedades orales, donde el acceso a los servicios de salud es parte de los determinantes intermedios**



Fuente: adaptado de Watt y Sheiham (2012).

salud oral (Watt et al., 2019). La población con capacidad de pago debe solucionar sus problemas dentales de forma privada. Aquella que no puede acceder a prestaciones privadas, muchas veces aplaza su atención hasta que es necesario recibir tratamiento de urgencia.

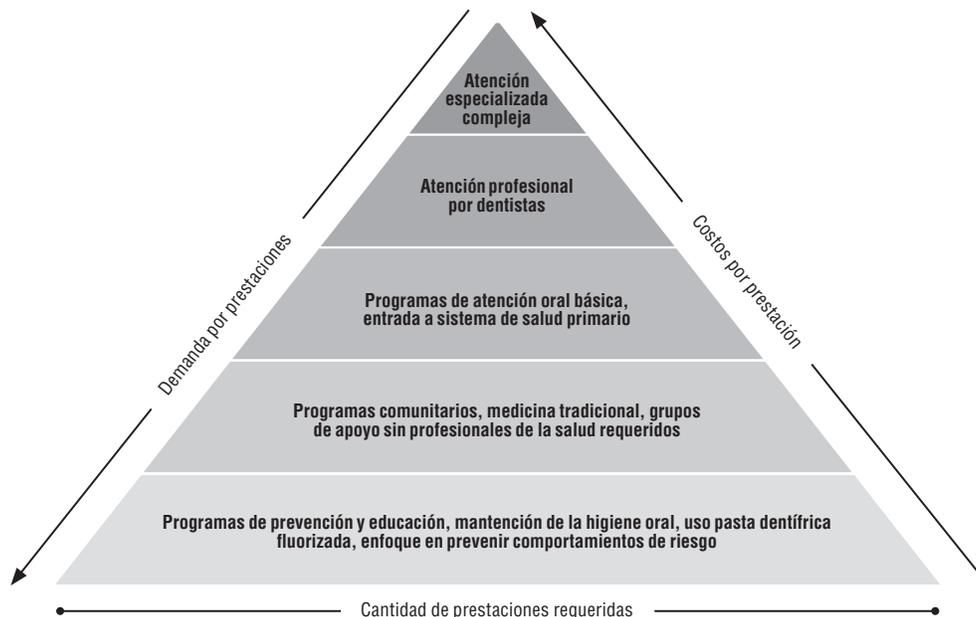
2.3. Política comparada

Durante los últimos años, la discusión sobre la necesidad y beneficios de la cobertura universal en salud ha tomado protagonismo global (Atun et al., 2015; Lozano et al., 2020). Por ejemplo, fue incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles de las Naciones Unidas (United Nations General Assembly, 2019). Millones de personas no pueden acceder a servicios de salud integrales en las Américas para lograr una vida saludable y prevenir enfermedades, ni reciben prestaciones de salud cuando están enfermos. Para paliar esta deuda, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha aprobado una “Estrategia para el acceso y cobertura universal de salud” (OPS, 2014), instando a sus miembros a que establezcan metas y objetivos sanitarios para lograr acceso y coberturas universales. Pese a esto, la salud oral no es parte de la discusión de los objetivos de desarrollo sustentable a nivel de Naciones Unidas (WDF & IADR, 2019).

La preocupación internacional por la cobertura universal de la salud presenta una oportunidad única para expandir la cobertura de salud oral (Fejerskov et al., 2013; Petersen, 2004; Watt et al., 2019). Por ejemplo, especialistas sugieren ampliar y actualizar el paquete básico de prestaciones en salud oral que promueve hace años la Organización Mundial de la Salud (Frencken et al., 2002; Watt et al., 2019). La Figura 3 muestra un diagrama con las prioridades de cobertura de salud universal en odontología. Una política de salud oral universal debe enfatizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, estar implementada a nivel de atención primaria y con un trabajo activo con las comunidades (Tomar y Cohen, 2010).

Para este trabajo decidimos poner especial atención en los países OCDE. Chile pertenece a esta organización de países desarrollados y en vías de desarrollo; incluimos además a Brasil porque posee un sistema único de salud (Barreto et al., 2014; Castro et al., 2019) y es el líder latinoamericano en odontología. La Tabla 1 compara algunos países de la OCDE con Chile respecto del sistema de salud. Elegimos todos los países latinoamericanos pertenecientes a la OCDE y, al menos, un representante de cada tipo de sistema de salud, según las características de los sistemas de salud de la OCDE.

Figura 3. **Atención de salud oral en un sistema de cobertura universal de salud oral**



El enfoque está en la atención esencial para las necesidades comunes, con un paquete de prestaciones costo-efectivas determinadas localmente. Fuente: adaptado de FDI World Dental Federation (2015).

La Tabla 1 muestra que la atención dental no es universal en todos los países y que difiere independientemente del sistema de salud. La cobertura de servicios dentales dada por los gobiernos o por los seguros de salud obligatorios es variada, destacando positivamente el caso de Alemania donde un 68% del gasto en atención dental está cubierto. En el otro extremo está España donde solo un 1% del gasto en salud dental está cubierto. De los documentos de la OCDE se desprende que las atenciones dentales están parcialmente cubiertas y en muchos países las prestaciones se deben adquirir en forma separada, como es el caso de Grecia (OCDE, 2018). Esto evidencia enormes diferencias en cobertura y funcionamiento del sistema de salud, mostrando la separación entre un sistema de salud médico

(o general) y un sistema de salud dental. La cobertura en salud dental es limitada y representa un porcentaje importante del gasto total en salud de las familias. Por ejemplo, en España el gasto de salud dental de una familia corresponde a un 35% del gasto total de salud y en Noruega corresponde a un 31%. Este gasto se explica por las limitaciones a la cobertura obligatoria en salud oral de estos países (OCDE, 2018).

Un caso interesante es el Reino Unido, donde el 100% de la población tiene derecho a prestaciones preestablecidas de carácter preventivo, curativo o de urgencia. Estas prestaciones pueden estar exentas de copago dependiendo del nivel económico de las personas. Por otro lado, en Francia, más del 95% de su población no realiza copago por exámenes orales, obturaciones,

Tabla 1. Comparación del sistema de salud en países seleccionados de la OCDE y Brasil con Chile

País	Fuente principal de cobertura en salud general	Tipo de afiliación en sistema multiseguros en salud general	Participación de costos en prestaciones dentales	Cobertura estatal de servicios dentales 2017*
Chile	Sistema multiseguro	Aseguradores múltiples con libertad para elegir	Depende del fondo de seguros: Fonasa público / libre elección e Isapres.	No se analizó
México	Sistema multiseguro	Múltiples aseguradores con afiliación automática	No.	7%
Colombia	Sistema multiseguro	Aseguradores múltiples con libertad para elegir	Para este tipo de servicios hay cuota moderadora, por ser de menor complejidad y no ser una urgencia vital.	No se analizó
Brasil†	Sistema nacional de salud	Aseguradores múltiples con libertad para elegir		No se analizó
Alemania	Sistema multiseguro	Aseguradores múltiples con libertad para elegir	Entregado en forma de servicios‡.	68%
Francia	Sistema multiseguro	Múltiples aseguradores con afiliación automática	Coseguro del 30%.	Sin datos
Reino Unido	Sistema nacional de salud (NHS) financiado vía impuestos		Inglaterra: 73% (pacientes no exentos). Escocia: 80% (pacientes no exentos), con exámenes dentales gratuitos. Irlanda del Norte: 80% (pacientes no exentos). Gales: 63% (pacientes no exentos).	Sin datos
España	Sistema nacional de salud financiado vía impuestos		Generalmente no cubierto. Paquetes de servicios predefinidos limitados diagnóstico y prescripción.	1%
Corea	Sistema seguro único (pagador único)		30-60% de participación en los costos según nivel de derivación del centro.	33%

Notas: *Año 2017 o el más cercano disponible. Cobertura estatal de servicios se refiere al gasto estatal y del seguro obligatorio como proporción del gasto total en salud por tipo de atención. †Brasil no pertenece a la OCDE, pero fue incluido porque constituye un ejemplo cercano con un sistema de salud dental ‡Por ejemplo, tratamiento conservador, tratamiento quirúrgico, radiografías. Fuente: Lorenzoni et al., 2019; OCDE, 2018; OCDE, 2019.

exodoncias y endodoncias. Solo requieren copago las rehabilitaciones protésicas; con la implementación de nuevas políticas públicas (Mazevet et al., 2020) dichos copagos disminuirán aún más.

En América Latina, se puede ver que México no contempla la rehabilitación protésica dental dentro del sistema público (Martínez, 2021). Colombia posee una cobertura de un 7,1% a nivel nacional (Otálvaro-Castro et al., 2018), medida como el porcentaje de personas atendidas del total de población nacional. Si bien Brasil ha logrado notables cambios respecto de sus políticas en salud oral, al año 2015 su cobertura era de un 40% de la población (Campos-Almeida y Pucca-Junior, 2018). Chile no fue analizado en este aspecto, desconociéndose las coberturas de población y estatal de servicios.

2.4. Situación en Chile

El sistema de salud general de Chile puede ser clasificado, desde un punto de vista organizacional y de la provisión de servicios, como un sistema mixto. Sin embargo, al igual que en muchos países de la OCDE, existe una gran diferencia entre el sistema de salud general y el sistema de salud oral. Por ejemplo, un beneficiario del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) que no desee (o no pueda) ser atendido en el subsistema público en medicina, mediante la modalidad de libre elección de Fonasa puede hacer un copago (a través de la compra de un bono) y ser atendido en el subsistema privado. Esta alternativa es casi inexistente en odontología donde las personas que no deseen (o no puedan) ser atendidas en el subsistema público de salud oral, no pueden optar a recibir beneficios de su seguro de salud, por lo que deben pagar en forma íntegra el valor de la prestación en el subsistema privado. La modalidad de libre elección existente en odontología es similar a un pago asociado a diagnóstico al que solo pueden optar adolescentes entre 12 y 17 años a determinadas prestaciones (diagnóstico, obturaciones directas y endodoncias) y pacientes oncológicos (diagnóstico, preventivas y, curativas) (Ministerio de Salud, 2020).

En la actualidad existe un Plan Nacional de Salud Bucal (Ministerio de Salud, 2017) cuyo objetivo es mejorar el estado de la salud oral de la población y reducir las inequidades en acceso y cobertura. El plan está enfocado principalmente al subsistema público y su objetivo es

que todas las personas tengan acceso a programas preventivos y a una atención de salud oral segura, oportuna y de calidad. El plan señala que se debe aumentar la cobertura y acceso. Sin embargo, sus programas están enfocados principalmente en menores de 20 años.

Los programas odontológicos, mayormente existentes en el subsistema público, poseen una cobertura variable. La cobertura está centrada en grupos vulnerables y es débil o casi inexistente en grupos etarios avanzados (Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento, 2019). Los programas enfocados en la población adulta incluyen la atención de morbilidad odontológica en extensión horaria, Programa Más Sonrisas para Chile y otros programas de reforzamiento de la atención primaria. No obstante, la cobertura de estos programas es limitada (Ministerio de Salud, 2017; Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2020).

Por ejemplo, la Tabla 2 muestra que solo el 3% de los usuarios de Fonasa mayores de 20 años accedieron en el año 2019 a una atención integral de patologías dentales, ya sea en la atención primaria o en programas especiales como Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red de salud pública, definiendo un alta integral como aquella donde los usuarios han terminado su tratamiento de odontología general, cumpliendo las etapas de examen, diagnóstico, entrega de refuerzo educativo, prevención específica, recuperación y de apoyo que sean pertinentes, basado en el manual de los registros estadísticos mensuales o REM (Ministerio de Salud, 2019). En resumen, la mayoría de la población carece de una cobertura integral en odontología, es decir, no accede a programas preventivos o tratamientos curativos relacionados con patologías orales.

Al igual que en la mayoría de los países del mundo, la atención odontológica no está garantizada universalmente en Chile, contribuyendo a que las inequidades en salud oral se perpetúen (Cantarutti-Martínez et al., 2019). El programa GES fue creado como una forma de reducir estas inequidades, asegurando el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de personas que requieran atención en un conjunto de enfermedades y condiciones de salud específicas. En salud oral y a nivel de atención primaria de salud, ofrece atención odontológica para niños y niñas de seis años, urgencias odontológicas ambulatorias, atención para embarazadas y atención integral para adultos de 60 años.

Tabla 2. **Altas integrales odontológicas según los registros estadísticos mensuales del DEIS año 2019**

Descripción	20 a 64	65 y más	Total
REM A9-Sección C (ingresos y egresos de establecimientos en atención primaria de salud)	165.413	33.518	198.931
REM A9-Sección G (programas especiales y GES)	102.852	40.145	142.997
Total secciones C+G	268.265	73.663	341.928
Proporción de población total país que pertenece a Fonasa†	46%	13%	59%
Población Fonasa*	8.770.344	2.448.532	11.218.876
Cobertura de población de altas odontológicas integrales	3,1%	3,0%	3,0%

Notas: REM: registro estadístico mensual. † CASEN 2017 (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2018) * CASEN 2017 y proyecciones Instituto Nacional de Estadísticas (2017).

El GES permite la cobertura de grupos focalizados, garantizando su acceso. Sin embargo, la utilización de algunos programas es escasa. Por ejemplo, aproximadamente un 30% de la población susceptible hace uso del GES de Salud Oral Integral de 60 años (Valenzuela, 2015). Además, no se ha dado prioridad a las prestaciones no GES (Valenzuela, 2015). Para complicar aún más el escenario, debido al COVID-19 se han priorizado solo las urgencias odontológicas, es decir, aquellas patologías bucomaxilofaciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención.

El GES de Urgencia Odontológica Ambulatoria es el único programa odontológico que se acerca a una cobertura de carácter universal. Este programa es el programa GES más utilizado (Herrera-Cabello, 2017), evidenciando el impacto de las enfermedades orales en Chile y la necesidad de atención de la población.

2.5. Financiamiento

El sistema de salud de Chile consta mayormente de un subsistema público, un subsistema privado y un subsistema de las Fuerzas Armadas y de Orden. Basado en la encuesta CASEN 2017 (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2018), un 80% de la población está en el subsistema público, 11% en el subsistema privado, 2% en el subsistema de las Fuerzas Armadas y de Orden y, un 3% declara no estar en ningún sistema de salud.

En el subsistema público, el ente asegurador es Fonasa, siendo los prestadores las instituciones pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y las municipalidades. Las municipalidades están encargadas de la atención primaria de salud y el SNSS está enfocado principalmente a las atenciones de especialidades (o atención secundaria) y la atención hospitalaria

(o atención terciaria). Los beneficiarios de Fonasa que tengan capacidad de pago pueden, mediante modalidad de libre elección, obtener prestaciones fuera del subsistema público. Fonasa posee principalmente tres vías de financiamiento: (i) impuestos generales, asignados vía presupuesto nacional año a año, (ii) contribuciones obligatorias del 7% a los trabajadores y (iii) copagos.

Los aportes fiscales para salud oral son asignados dentro del financiamiento general a salud de manera anual en la Ley de Presupuestos de la Nación, en diferentes partidas dependiendo de su origen ministerial. Aquellos aportes asignados a la Red Pública de Salud se originan en la Partida 16 destinada al Minsal (Dipres, 2018). Los módulos odontológicos de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas por su parte, reciben financiamiento desde la partida correspondiente al Ministerio de Educación (Dipres, 2018).

En la práctica, todos los pacientes que son atendidos en odontología en atención primaria de salud están exentos de pago de bolsillo. Sin embargo, las prestaciones odontológicas en niveles secundarios y terciarios (centros de referencia en salud y hospitales, respectivamente) tienen copago cuyo valor depende de la categorización provisional de Fonasa del usuario, siendo los beneficiarios Fonasa letra "A" exentos de copago. Del mismo modo, aquellos adolescentes de entre 12 y 17 años cuyos padres o apoderados tengan capacidad de pago puedan optar a la modalidad de libre elección, siendo este el único mecanismo de transferencia de recursos públicos al subsistema privado en el área odontológica. No obstante, dado lo limitado de la cobertura de esta modalidad, un porcentaje importante de la población con capacidad de pago debe solucionar sus problemas dentales de forma privada mediante pago de bolsillo.

En el subsistema privado, por otra parte, las entidades aseguradoras son las Instituciones de Salud Previsional (Isapre) y los prestadores son todos aquellos individuos o instituciones en convenio con las Isapre y, dependiendo del plan de seguro individual (mediante el sistema de reembolso), todos los prestadores privados del país. Las Isapre obtienen su financiamiento mediante las cotizaciones del 7% de sus asegurados y un porcentaje adicional como cotización voluntaria.

En el subsistema privado, las Isapre están obligadas por ley a entregar, como mínimo, las prestaciones en modalidad de libre elección (Ministerio de Salud, 2005). Tal como se explicó anteriormente, esta modalidad es casi inexistente en odontología. Esto implica que las prestaciones odontológicas dependerán del tipo de seguro individual (contrato). Por lo tanto, las prestaciones odontológicas en el subsistema privado dependen de la capacidad de pago individual, aumentando esto la inequidad del sistema. El gasto de bolsillo en este subsistema tiene tres modalidades: (i) pago directo al prestador privado fuera del sistema de seguros, (ii) vía bono para los pagos asociados a diagnóstico dentales cubiertos por las Isapre, y (iii) la adquisición de seguros complementarios ofertados por las Isapre, aseguradoras privadas, megaprestadores odontológicos y clínicas privadas.

Un tercer componente menor es el subsistema de aseguramiento de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden, que a través de una combinación de sistemas de seguros institucionales otorga cobertura al personal activo, en retiro, y a sus cargas; no pudiendo estos beneficiarios optar a GES. El sistema de aseguramiento de las Fuerzas Armadas y de Orden se financia mediante una cotización obligatoria de los asegurados del 5,5% de sus ingresos imponibles, aunque su principal vía de financiamiento son los aportes fiscales. Su financiamiento fiscal proviene de la partida del Ministerio de Defensa Nacional desde donde se asignan los dineros que irán a financiar los centros médicos, centros clínicos, enfermerías y hospitales de las diferentes ramas (Dipres, 2018).

Finalmente, existe un grupo muy reducido de la población que no posee previsión en salud y paga directamente de su bolsillo (Becerril-Montekio et al., 2011).

3. Elementos clave para avanzar hacia una cobertura universal

En promedio, los países de la OCDE (2018) poseen un 29% de cobertura estatal de servicios en salud oral, sin incluir a Chile. No pudimos encontrar una estima-

ción de cobertura de salud oral para Chile. Algunas dificultades son la imposibilidad de asociar prestaciones o altas de tratamiento a la gran mayoría de usuarios del subsistema público, multiplicidad de fuentes de financiamiento, carencia de información de costos reales y multiplicidad de programas. Nos parece importante mejorar el registro disponible públicamente desde un punto de vista epidemiológico y de eficiencia del sistema.

Nuestra estimación de un 3% de cobertura individual (como alta integral) en la población de 20 años o más, muestra, considerando la epidemiología de las enfermedades orales, lo alejados que estamos de una cobertura universal en odontología. La información obtenida genera una línea basal para registrar avances en el desarrollo de una CUSO.

Para avanzar, debemos resolver algunas preguntas. Primero, si es conveniente diferenciar entre un sistema de salud médico y un sistema de salud odontológico, es decir, si la salud oral debe funcionar o no en espejo al sistema médico. Segundo, de qué forma –con qué mecanismos– incorporar una CUSO al sistema de salud general actual o a una posible reforma. Finalmente, qué modelo de atención se utilizará.

3.1. Diferenciación del sistema médico

Replicar el modelo médico en Chile, significaría que los usuarios tendrían la misma protección financiera frente al pago de bolsillo fuera de la red pública, es decir, las prestaciones serían bonificadas por Fonasa aproximadamente de la misma forma que se hace en general con medicina. No replicar el modelo involucraría que las bonificaciones de Fonasa no se realicen (modelo actual) o que cubran un porcentaje de las prestaciones muy menor. Se podría pensar que un modelo similar al médico sea la mejor alternativa, sin embargo, la evidencia no es concluyente. Un ejemplo de esto lo podemos ver en el sistema de salud de Reino Unido, donde la odontología funciona completamente fuera del sistema médico, siendo uno de los pocos servicios donde hay pago de bolsillo. A pesar de esto, toda la población tiene derecho a prestaciones odontológicas.

Replicar el modelo médico, tal como está, involucraría replicar también un modelo de salud más bien centrado en las especialidades odontológicas; nos preguntamos si esta es la mejor opción. Por otro lado, si se decide no homologar el sistema de salud odontológico al sistema médico debemos analizar qué modelo de salud se usará.

3.2. Sistema de salud

El cómo incorporar CUSO al sistema de salud general va a depender del sistema que exista en el país. La Tabla 3 contiene algunas observaciones y preguntas relacionadas con la incorporación de CUSO a cada uno de los sistemas de salud más utilizados en la OCDE. Varias preguntas surgen en relación con el mecanismo de incorporación de CUSO, en el caso que se mantenga el sistema multiseguros actual. Por ejemplo, qué rol jugará la infraestructura odontológica actual de la red pública de salud y cómo se evitará, o no, la integración vertical de los distintos aseguradores y prestadores privados.

Por su parte, si el sistema llegase a cambiar por un sistema de seguro único, se debe definir la filosofía del sistema, es decir, se optará por altos costos con altos beneficios o bajos/moderados costos con bajos/moderados beneficios (Moon, 2011), además de buscar la forma más eficiente de usar los recursos. Aquí cobra importancia, no solo para el área odontológica, la creación de instituciones públicas autónomas que produzcan guías basadas en evidencia, que mejoren la calidad de métricas usadas en salud y, que realicen evaluaciones económicas para medir el impacto ex-ante y ex-post de las intervenciones en salud incorporadas a este

sistema de seguro único. Del mismo modo, se debe considerar cómo se incorporará el sistema privado a este modelo. De no ser así, es decir, si el sistema privado no se incorpora, cuánto costará y demorará incorporar la infraestructura odontológica para lograr una CUSO.

3.3. Modelo de salud

Al definir el modelo de salud al que propenderá un potencial nuevo sistema de salud se debe decidir si se utilizará un modelo biomédico más focalizado en el tratamiento reactivo y la alta tecnología (como el actual) o será un modelo más biopsicosocial donde la atención primaria de salud, la prevención y el cuidado permanente jugarán un rol preponderante (Peres et al., 2019; Vargas Aguirre, 2020). En referencia a CUSO, debemos pensar qué filosofía se utilizará: una más enfocada en promoción y prevención que vaya de la mano con una odontología mínimamente invasiva; o una centrada en la rehabilitación oral. Frente a esto debemos pensar qué prestaciones incorporaría una CUSO y en qué esquemas de pago.

En resumen, la incertidumbre respecto de qué sistema y modelo de salud reemplazará al sistema de salud actual, en caso de que se realice una reforma, dificulta decidir

Tabla 3. Cobertura universal en odontología y sistema de salud

Sistema de Salud	Pasos hacia una CUSO	Algunas preguntas
<i>Status quo</i>	Prestaciones modalidad de libre elección.	¿Sin un paquete de prestaciones básicas? ¿Habrán auditorías?
Seguro único	Filosofía del sistema. Modelo de atención. Filosofía del enfoque odontológico. Definir prestaciones básicas en odontología.	¿Quién definiría las prestaciones básicas? ¿Cómo sería la gobernanza de este seguro único? ¿Quiénes serán los prestadores? ¿A quiénes atenderá el SNSS odontológico ya existente? ¿Cuánta libertad habrá para moverse entre los prestadores?
Sistema multiseguros	Filosofía del enfoque odontológico. Definir prestaciones básicas.	¿Quién definiría las prestaciones básicas? ¿Cómo sería la gobernanza de este seguro único? ¿Quiénes serán los prestadores? ¿A quiénes atenderá el SNSS odontológico ya existente? ¿Qué ocurrirá con la integración vertical?
Sistema de salud único	Filosofía del enfoque odontológico. Cambios en financiamiento del sistema. Definir prestaciones básicas. Aumento sustancial de SNSS odontológico.	¿Quién definiría las prestaciones básicas? ¿Cuánto debe crecer el SNSS odontológico? ¿Participará el sector privado? ¿Habrán compra de servicios?
Otros	Modelos <i>sui generis</i> en caso de no homologación con sistema médico.	¿Hay sistemas comparables? ¿Debemos crear uno nuevo? ¿Cuánto costaría el modelo?

Notas: CUSO: cobertura universal en salud oral. SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud.

mecanismos específicos para alcanzar una CUSO. Al mismo tiempo, debido a las necesidades de salud oral de la población, subraya la urgencia de iniciar un diálogo con los diferentes actores interesados, que permita generar evidencia sistemática y definir prioridades de financiamiento e investigación para incorporar la salud oral a una posible reforma de salud.

Actualmente, bajo el sistema de salud actual, el Colegio de Dentistas de Chile (Coldent) está abogando por la incorporación de la odontología a la modalidad de libre elección de Fonasa, lo que permitiría que los beneficiarios con capacidad de pago (B, C y D) puedan ser atendidos en el subsistema privado. Esto homoligaría el sistema de salud odontológico con el sistema médico, aumentando inmediatamente la cobertura. Dado que no hay certeza de un cambio en el sistema de salud, Coldent debiese seguir trabajando en definir la mejor forma de abordar este tema. Una de las interrogantes más importantes es definir qué prestaciones pagará Fonasa y cuál será el gasto de bolsillo (copago), y en base a qué criterios se definiría el copago.

3.4 Participación de la sociedad

Chile, como parte de la OPS/OMS, ha sido instado a la búsqueda de fórmulas y estrategias para lograr una cobertura universal en salud. En línea con esto, los ministerios de Hacienda, de Interior y Seguridad Pública y de Salud han presentado un Proyecto de Ley que busca la modificación de Fonasa y la creación de un Plan de Salud Universal. Este proyecto, entre otras cosas, garantizaría el acceso a prestaciones prioritarias y buscaría cambiar la gobernanza de Fonasa, dándole más independencia y autonomía a su gestión. Del mismo modo, reforzaría la modalidad de libre elección, complementando lo entregado en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. El Plan de Salud Universal busca terminar con las inequidades en el acceso, reduciendo de esta forma sustantivamente el gasto de bolsillo (Piñera, 2020).

Estos son avances evidentes respecto de la cobertura universal. Sin embargo, el plan no tiene considerado prestaciones odontológicas ni menciona la incorporación de odontología a la modalidad de libre elección, contradiciendo el objetivo de terminar con las inequidades y reducir el gasto de bolsillo en salud. Del mismo modo, el proyecto de ley está enfocado en una reforma a Fonasa más que a una modificación sustancial del sistema de salud. Este proyecto se encuentra actualmente en tramitación en la Comisión de Salud del Senado, donde

Coldent ha expuesto sobre la importancia de considerar la salud oral en la reforma.

Posiblemente debido a la pandemia de COVID-19 y la discusión sobre la modificación de la Constitución de la República, las propuestas para un cambio sustantivo al sistema de salud han pasado a un segundo plano. Esto no implica que no se deba seguir avanzando simultáneamente. Aquí cobra relevancia la participación de los odontólogos, como uno de los actores principales en la creación de las leyes relacionadas con políticas de salud oral.

La creación e incorporación de una CUSO es un proceso largo y complejo, que requiere de la participación de todos los actores interesados en su diseño e implementación. Si bien la necesidad existe hace tiempo, ha habido pocas propuestas formales. Coldent ha liderado la abogacía hace años, aunque no tiene una posición única respecto de cómo integrar una CUSO en una reforma al sistema de salud y está en un proceso de búsqueda de consensos para presentar una postura oficial frente a esta política pública. El nuevo Director Nacional de Odontología del Minsal, Dr. Mario Villalobos, ha destacado la importancia de un trabajo en conjunto con los distintos actores involucrados.

El diseño e implementación de una reforma integral al sistema de salud que incluya cobertura universal en salud oral requerirá un esfuerzo de largo plazo. Este debe ir respaldado de análisis sistemáticos y rigurosos, incluyendo evaluaciones económicas y de impacto desde el punto de vista del sistema de salud, de los pacientes y de la sociedad. Este análisis requiere la participación de los actores involucrados, incluyendo a la academia, las sociedades científicas, actores políticos, el Minsal y agrupaciones profesionales como Coldent. De igual forma, se debe considerar la opinión de la población en general, es decir, los usuarios finales de todas estas propuestas.

4. Conclusiones

La salud oral es crítica para el bienestar y el funcionamiento social de las personas. Las enfermedades orales imponen una alta carga de enfermedad a la población mundial, y también en Chile. Estas enfermedades afectan desproporcionadamente a los grupos marginalizados y en situación de pobreza, que típicamente tienen limitada cobertura y acceso a la salud oral. El sistema actual de salud no entrega una respuesta adecuada a la demanda de prestaciones por salud oral, que presenta altos costos a la población. El paradigma de salud oral en Chile está dominado por el tratamiento reactivo y

el uso de tecnología, en lugar de un enfoque en la prevención y cuidado permanente, que es más efectivo y genera menos costos humanos y económicos.

Hace años se discute la conveniencia de una reforma sustantiva al sistema de salud en Chile. En este artículo presentamos algunos elementos esenciales que debemos definir para avanzar hacia una CUSO. Comparamos brevemente la situación en países OCDE y Brasil y discutimos algunos de los puntos esenciales que deben ser resueltos para avanzar hacia una reforma más inclusiva, incluyendo recomendaciones recientes de la OPS para avanzar hacia cobertura universal.

Finalmente analizamos la situación en Chile, incluyendo los subsistemas principales, el financiamiento, planes y programas específicos que incluyen salud oral, y las principales brechas existentes para alcanzar cobertura universal. Si bien se han logrado avances sustantivos a través del GES, la mayor parte de la población carece de

cobertura amplia en odontología, profundizando las desigualdades existentes para lograr el derecho a la salud, es decir, un acceso oportuno, de calidad, y asequible a prestaciones de salud oral. En el contexto de una reforma a Fonasa, al sistema de salud en general y al modelo de salud utilizado, hay varias interrogantes que deben discutirse, con miras a alcanzar cobertura universal en salud oral.

El diseño e implementación de una reforma integral al sistema de salud que incluya una CUSO requerirá un esfuerzo de largo plazo, con la participación de muchos actores clave como el Coldent, el Minsal, la academia, actores políticos y sociedades científicas. También necesitará análisis sistemáticos y rigurosos de la evidencia existente. Es un desafío enorme, pero urgente, y ofrece una oportunidad única para mejorar la calidad de vida a las personas, dando un acceso y atención adecuada a sus necesidades.

Bibliografía

- Aguilera, X., Castillo-Laborde, C., Ferrari, M.N.-D., Delgado, I. e Ibañez, C.,** 2014. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Chile. *PLOS Medicine*, 11, e1001676.
- Artaza, O. y Lastra, J.,** 2018. La nueva reforma que necesita Chile: la reforma de los prestadores. *Cuad Med Soc (Chile)*, 58, pp. 27-33.
- Asahi, K., Undurraga, E.A., Valdés, R. y Wagner, R.,** 2021. The effect of COVID-19 on the economy: evidence from an early adopter of localized lockdowns. *Journal of Global Health*, 11, 05002.
- Atun, R., De Andrade, L.O.M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P. et al.,** 2015. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385, pp. 1230-1247.
- Barreto, M.L., Rasella, D., Machado, D.B., Aquino, R., Lima, D., García, L.P. et al.,** 2014. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Brazil. *PLOS Medicine*, 11, e1001692.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J.D.D. y Manuel, A.,** 2011. Sistema de salud de Chile. *Salud pública de México*, 53, s132-s142.
- Bennett, M.,** 2021. All things equal? Heterogeneity in policy effectiveness against COVID-19 spread in Chile. *World Development*, 137, 105208.
- Bernabé, E., Masood, M. y Vujicic, M.,** 2017. The impact of out-of-pocket payments for dental care on household finances in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 17, p. 109.
- Bruzzo, S., Henriquez, J. y Velasco, C.,** 2018. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Una mirada desagregada. *Centro de Estudios Públicos: Puntos de Referencia* (478), pp. 1-18.
- Campos-Almeida, F. y Pucca-Junior, G.A.,** 2018. *Observatorio Iberoamericano de políticas públicas en salud bucal. Construyendo un bloque por más salud bucal.* São Paulo: Facultad de Odontología de USP.
- Cantarutti-Martínez, C., Véliz, C.P. y Guerra-Ferrada, C.,** 2019. Políticas públicas que favorecen la salud bucal: recomendaciones internacionales y análisis de la situación en Chile. *Temas de la Agenda Pública*, 14, pp. 3-15.
- Castro, M.C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N.A., Andrade, M.V., De Souza Noronha, K.V.M. et al.,** 2019. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, 394, pp. 345-356.
- Cid, C. y Uthoff, A.,** 2018. La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e170.
- Dirección de Presupuestos (Dipres),** 2018. Ley de Presupuestos del Sector Público año 2018. En Dirección de Presupuestos, M.D.H., República De Chile (ed.) 21.035. Santiago: Diario Oficial.
- FDI World Dental Federation,** 2015. *The Challenge of Oral Disease-A Call for Global Action. The Oral Health Atlas* [Online]. Disponible en: <https://www.fdiworlddental.org/resources/publications/oral-health-atlas/oral-health-atlas-2015>
- Fejerskov, O., Escobar, G., Jøssing, M. y Baelum, V.,** 2013. A functional natural dentition for all—and for life? The oral healthcare system needs revision. *Journal of oral rehabilitation*, 40, pp. 707-722.
- Fitzmaurice, C., Abate, D., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdel-Rahman, O. et al.,** 2019. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 29 cancer groups, 1990 to 2017: a systematic analysis for the global burden of disease study. *JAMA oncology*, 5, pp. 1749-1768.
- Frencken, J.E., Sharma, P., Stenhouse, L., Green, D., Laverly, D. y Dietrich, T.,** 2017. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis—a comprehensive review. *Journal of clinical periodontology*, 44, S94-S105.
- Frencken, J.E.F.M., Holmgren, C.J. y Helderman, W.H.P.,** 2002. *Basic package of oral care*, WHO Collaborating Centre for Oral Health Care Planning and Future Scenarios.
- Gamonal, J., Mendoza, C., Espinoza, I., Munoz, A., Úrdua, I., Aranda, W. et al.,** 2010. Clinical attachment loss in Chilean adult population: first Chilean national dental examination survey. *Journal of periodontology*, 81, pp. 1403-1410.
- Glick, M., Williams, D.M., Kleinman, D.V., Vujicic, M., Watt, R.G. y Weyant, R.J.,** 2016. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *British Dental Journal*, 221, pp. 792-793.
- Gupta, S., Montenegro, L., Nguyen, T.D., Rojas, F.L., Schmutte, I.M., Simon, K.I. et al.,** 2020. Effects of social distancing policy on labor market outcomes. *National Bureau of Economic Research*, WP27280.
- Herrera-Cabello, J.,** 2017. ¿Cuáles son las enfermedades en que más se usa el AUGE? *La Tercera*.
- Instituto Nacional de Estadísticas,** 2017. *Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050* [Online]. Santiago: INE. Disponible en: <https://www.censo2017.cl/>
- James, S.L., Abate, D., Abate, K.H., Abay, S.M., Abbafati, C., Abbasi, N. et al.,** 2018. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392, pp. 1789-1858.
- Kassebaum, N., Bernabé, E., Dahiya, M., Bhandari, B., Murray, C. y Marcenes, W.,** 2015. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *Journal of dental research*, 94, pp. 650-658.
- Listl, S., Galloway, J., Mossey, P. y Marcenes, W.,** 2015. Global economic impact of dental diseases. *Journal of dental research*, 94, pp. 1355-1361.

- Lorenzoni, L., Pinto, D., Guanais, F., Reneses, T.P., Daniel, F. y Auraaen, A.**, 2019. Health systems characteristics: A survey of 21 Latin American and Caribbean countries.
- Lozano, R., Fullman, N., Mumford, J.E., Knight, M., Barthelemy, C.M., Abbafati, C. et al.**, 2020. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396, pp. 1250-1284.
- Martínez, M.**, 2021. *Conver. Encuentro Nacional Odontológico. Conferencia Realidad y Experiencia de la Odontología en América*. Santiago: Colegio de Cirujano Dentistas de Chile.
- Matsuyama, Y., Aida, J., Tsuboya, T., Hikichi, H., Kondo, K., Kawachi, I. et al.**, 2017. Are lowered socioeconomic circumstances causally related to tooth loss? A natural experiment involving the 2011 great East Japan earthquake. *American journal of epidemiology*, 186, pp. 54-62.
- Mazevet, M.E., Garyga, V., Mayne, C., Pitts, N.B. y Pennington, M.W.**, 2020. 2018 French dental contracts: On the road to achieving universal dental health coverage? *Health Policy*, 124, pp. 781-786.
- Mena, G., Martínez, P.P., Mahmud, A.S., Marquet, P.A., Buckee, C.O. y Santillana, M.**, 2021. Socioeconomic status determines COVID-19 incidence and related mortality in Santiago, Chile. *medRxiv*, 2021.01.12.21249682.
- Millar, W.J. y Locker, D.**, 1999. Dental insurance and use of dental services. *Health Rep*, 11, pp. 55-67.
- Mills, I., Frost, J., Cooper, C., Moles, D.R. y Kay, E.**, 2014. Patient-centred care in general dental practice—a systematic review of the literature. *BMC Oral Health*, 14, p. 64.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia**, 2018. *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional CASEN 2017*. En: Chile, G.D. (ed.). Santiago.
- Ministerio de Salud**, 2005. Decreto con Fuerza de Ley N°1.
- Ministerio de Salud**, 2012. *Consolidated report of national oral health diagnosis of children aged 2 and 4 years that attend preschool education. Chile 2007-2010*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de Salud**, 2017. *Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030* [Online]. Santiago: Minsal. Disponible en: <https://bit.ly/2GAKMB5>
- Ministerio de Salud**, 2018. *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017* [Online]. Santiago: Minsal. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/bases-de-datos/>
- Ministerio de Salud**, 2019. Manual Series REM 2019-2020. En DEIS, D.D.E.E.I.E.S. (ed.). Santiago: Departamento de Estadísticas e Información en Salud DEIS.
- Ministerio de Salud**, 2020. *Circular IF/N349. Instruye sobre la aplicación de cobertura por parte de las Isapres para la atención odontológica del paciente oncológico* [Online]. Santiago: Superintendencia de Salud, Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales. Disponible en: <http://www.super-salud.gob.cl/normativa/668/w3-article-19262.html>
- Moon, T.J.**, 2011. The Light and Dark of Healthcare in South Korea. *Japan Medical Association Journal*, 54, pp. 223-228.
- Morales, A., Bravo, J., Baeza, M., Werlinger, F. y Gamonal, J.**, 2016. Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: Cambios en los paradigmas. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 9, pp. 203-207.
- OCDE**, 2018. *Panorama de la Salud 2017*.
- OCDE**, 2019. *Health at a Glance 2019*.
- Organización Panamericana de la Salud**, 2014. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14, CD53/5, Rev.2*. Washington DC: Organización Mundial de la Salud.
- Otálvaro-Castro, G.J., Zuluaga-Salazar, S.M., Jaramillo-Delgado, G., Ternera-Pulido, J.H. y Sandoval, S.**, 2018. Políticas de Salud Bucal en Colombia en el marco del sistema general de seguridad social en salud. Una aproximación panorámica. En: F. Campos-Almeida y G.A. Pucca-Junior (eds.) *Observatorio Iberoamericano de políticas públicas en salud bucal. Construyendo un bloque por más salud bucal*. São Paulo: Facultad de Odontología de USP.
- Parker, E.J., Jamieson, L.M., Broughton, J., Albino, J., Lawrence, H P. y Roberts-Thomson, K.**, 2010. The oral health of Indigenous children: a review of four nations. *Journal of paediatrics and child health*, 46, pp. 483-486.
- Peres, M.A., Macpherson, L.M., Weyant, R.J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M.R. et al.**, 2019. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, 394, pp. 249-260.
- Petersen, P.E.**, 2004. Challenges to improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *International dental journal*, 54, pp. 329-343.
- Petersen, P.E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S. y Ndiaye, C.**, 2005. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, pp. 661-669.
- Piñera, S.**, 2020. Mensaje de S.E. el Presidente de la República con el que inicia un proyecto de ley para reformar el Fondo Nacional de Salud y crear un plan de salud universal. En: Presidencia (ed.) *Mensaje 580-367*. Valparaíso, Chile.
- Red Transdisciplinaria Sobre Envejecimiento**, 2019. Salud oral en personas mayores: un desafío multidimensional para Chile. *Serie Envejecimiento*. Santiago, Chile: Unidad de Redes Transdisciplinarias, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile.
- Saliba, N.A., Moimaz, S.A.S., Garbin, C.A.S. y Diniz, D.G.**, 2009. Dentistry in Brazil: its history and current trends. *Journal of dental education*, 73, pp. 225-231.
- Schwendicke, F., Dörfer, C., Schlattmann, P., Page, L.F., Thomson, W. y Paris, S.**, 2015. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *Journal of dental research*, 94, pp. 10-18.

- Soto, L., Tapia, R., Jara, G. y Rodríguez, G.**, 2007. *National Oral Health Diagnosis of six-year old children*. Santiago Chile: División de Prevención y Control de Enfermedades Ministerio de Salud Chile.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales**, 2020. *Orientaciones para la planificación y programación en red 2020*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud Chile. Disponible en: <https://bit.ly/36NYhYN>
- Thompson, B., Cooney, P., Lawrence, H., Ravaghi, V. y Quiñonez, C.**, 2014. Cost as a barrier to accessing dental care: findings from a Canadian population-based study. *Journal of public health dentistry*, 74, pp. 210-218.
- Timiş, T. y Dănilă, I.**, 2005. Socioeconomic status and oral health. *The Journal of Preventive Medicine*, 13, pp. 116-121.
- Tomar, S.L. y Cohen, L.K.**, 2010. Attributes of an ideal oral health care system. *Journal of public health dentistry*, 70, pp. S6-S14.
- Unger, J.-P., De Paepe, P., Cantuarias, G.S. y Herrera, O.A.**, 2008. Chile's neoliberal health reform: an assessment and a critique. *PLoS Med*, 5, e79.
- United Nations General Assembly**, 2011. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, A/66/L. 1. New York: 66th United Nations General Assembly.
- United Nations General Assembly**, 2019. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on universal health coverage. RES/74/2. New York: Seventy-fourth United Nations General Assembly.
- Urriola, C., Infante, A., Aguilera, I. y Ormeño, H.**, 2016. La reforma de salud chilena a diez años de su implementación. *Salud Pública de México*, 58, pp. 514-521.
- Valenzuela, M.J.**, 2015. Buscando un mejoramiento en la salud oral de los adultos mayores: ¿Es necesaria una reforma al GES-60 años? *Revista Chilena de Salud Pública*, 19, pp. 181-187.
- Vargas Aguirre, M.A.**, 2020. *Carta a Presidente Piñera por enfoque biopsicosocial para abordaje de pandemia por COVID 19* [Online]. Santiago de Chile. Disponible en: <https://bit.ly/2Yxj2CI>
- Vergara-Iturriaga, M. y Martínez-Gutiérrez, M.S.**, 2006. Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Pública de México*, 48, pp. 512-521.
- Villalobos-Dintrans, P.**, 2017. *Sistemas de Financiamiento y Aseguramiento de Salud: Reformas y Alternativas para Chile* [Online]. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud. Available: <https://bit.ly/3lvi3w8>
- Vos, T., Lim, S.S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M. et al.**, 2020. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396, 1204-1222.
- Walsh, T., Tickle, M., Milsom, K., Buchanan, K. y Zoitopoulos, L.**, 2008. An investigation of the nature of research into dental health in prisons: a systematic review. *British Dental Journal*, 204, pp. 683-689.
- Watt, R.G., Daly, B., Allison, P., Macpherson, L.M., Venturilli, R., Listl, S. et al.**, 2019. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *The Lancet*, 394, pp. 261-272.
- Watt, R.G. & Sheiham, A.**, 2012. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community dentistry and oral epidemiology*, 40, pp. 289-296.
- World Dental Federation & International Association For Dental Research**, 2019. FDI and IADR joint statement on Item 11.4 Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development (A71/11).
- World Health Organization**, 2008. *The world health report 2008: primary health care now more than ever* [Online]. Geneva: World Health Organization. Disponible en : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949> [Accessed Jan 10 2021].

CÓMO CITAR ESTA PUBLICACIÓN:

Palacio, R., Palavecino, P. y Undurraga, E. A., 2021. Elementos clave para avanzar hacia una cobertura universal en salud oral en Chile. *Temas de la Agenda Pública*, 16(144), 1-15. Centro de Políticas Públicas UC.



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE