



La articulación de la Odontología a los sistemas de salud de Colombia y Uruguay: una reflexión a partir de la pandemia Covid-19

Por: Luis Restrepo P.¹, María Acosta F.²

Rocío Barbosa O.³, Alejandro Perdomo R.⁴,

Juan Tocora R.⁵, Fiorella Furque O.⁶,

Xiomara Martínez D.⁷

Ilustraciones:

Verónica Cardona López (@Vero_
cardona_lopez)

¹ Odontólogo; Mg. en Desarrollo educativo y social; Profesor asociado, Facultad de Odontología, Universidad El Bosque, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7235-2799>.

Contacto: prestrepoluisf@unbosque.edu.co

² Lic. en Enfermería; Mg. En Gestión y Dirección de proyectos; Esp. en Gestión y Políticas de Salud; Profesora Adj. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Uruguay. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2665-1584>. Contacto: acosta.maria@ucu.edu.uy

³ Odontóloga; Especialista en Salud familiar y comunitaria; Mg. en Educación de los Derechos Humanos; Mg. en Educación Especial. Profesora asistente, Facultad de Odontología, Universidad El Bosque, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1645-7964>.

Contacto: rbarbosao@unbosque.edu.co

⁴ Odontólogo, Mg. En Estudios sociales y políticos latinoamericanos; PhD. en Ciencias de Salud Colectiva. Profesor asociado, Facultad de Odontología, Universidad El Bosque, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1157-4045>. Contacto: aperdomoru@unbosque.edu.co

⁵ Odontólogo; Esp. en Gerencia de servicios de salud; Mg. en Epidemiología. Profesor asistente, Facultad de Odontología, Universidad El Bosque, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5635-9598>. Contacto: jtocora@unbosque.edu.co

⁶ Odontóloga, Universidad Católica del Uruguay. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6484-1023>
Contacto: fiorellaf@hotmail.es

⁷ Odontóloga, Universidad El Bosque, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3160-8038>
Contacto: xmartinezd@unbosque.edu.co



RESUMEN

LA ACTUAL PANDEMIA POR COVID-19 HA AFECTADO DE MANERA CONSIDERABLE A TODOS LOS SECTORES SOCIALES. LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA NO HA SIDO AJENA A DICHOS IMPACTOS. LA PRESENTE REFLEXIÓN HIZO PARTE DE UN SEMINARIO QUE VINCULÓ ESTUDIANTES Y PROFESORES DE DOS FACULTADES DE ODONTOLOGÍA DE COLOMBIA Y URUGUAY. SE BUSCÓ IDENTIFICAR DE QUÉ MANERA ESTA CONTINGENCIA HIZO EVIDENTE LA ESCASA VINCULACIÓN DE LA PROFESIÓN A LOS SISTEMAS DE SALUD NACIONALES. POR TANTO, SE PROPONE QUE ESTA CRISIS DEBE SERVIR PARA QUE LA ODONTOLOGÍA RECONOZCA LA PERTINENCIA DE ARTICULARSE DE MANERA DECIDIDA A LOS MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD DE SUS ESTADOS. UNA APUESTA QUE IMPLICA, A SU VEZ, QUE LA PROFESIÓN REFLEXIONE SOBRE SUS PROCESOS DE FORMACIÓN, DE TRABAJO Y DE AGREMIACIÓN, TODO ESTO CON LA INTENCIÓN DE RECONOCER QUE GARANTIZAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BUCAL HACE PARTE DE LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD Y A UNA VIDA DIGNA.

PALABRAS CLAVE: PANDEMIA, POLÍTICA DE LA SALUD, SERVICIO DE SALUD, ODONTOLOGÍA COMUNITARIA, DERECHO A LA SALUD.

ABSTRACT

THE CURRENT COVID-19 PANDEMIC HAS CONSIDERABLY AFFECTED ALL SOCIAL SECTORS. DENTAL PRACTICE HAS NOT BEEN EXTERNAL TO THESE IMPACTS. THIS REFLECTION WAS PART OF A SEMINAR THAT LINKED STUDENTS AND PROFESSORS FROM TWO DENTAL SCHOOLS IN COLOMBIA AND URUGUAY. IT AIMED TO IDENTIFY HOW THIS CONTINGENCY MADE EVIDENT THE LIMITED LINK BETWEEN THE PROFESSION AND THE NATIONAL HEALTH SYSTEMS. THEREFORE, IT IS PROPOSED THAT THIS CRISIS SHOULD HELPED THE DENTISTRY TO RECOGNIZE THE RELEVANCE OF ARTICULATING ITSELF IN A DECISIVE WAY WITH THE HEALTH CARE MODELS OF ITS STATES. A BET THAT IMPLIES, IN TURN, THAT THE PROFESSION REFLECTS ON ITS TRAINING, WORK AND UNION PROCESSES; ALL THIS WITH THE INTENTION OF RECOGNIZING THAT GUARANTEEING AN INTEGRAL ORAL HEALTH CARE IS PART OF THE GUARANTEE OF THE RIGHT TO HEALTH AND TO A DIGNIFIED LIFE.

KEY WORDS: PANDEMIC, HEALTH POLICY, HEALTH SERVICES, ORAL HEALTH, COMMUNITY DENTISTRY, RIGHT TO HEALTH.

La pandemia por Covid-19 es una de las situaciones más críticas y atípicas que ha tenido que vivir la humanidad en lo que va del siglo xxi. A partir de esta contingencia, son múltiples y diversos los espacios que se han abierto para tratar de comprender las implicaciones que tiene este fenómeno, y la profesión odontológica no ha sido ajena a dichas reflexiones (Watt, 2020; Coulthard, 2020; Chang et al, 2021).

A continuación, presentamos parte de los resultados del Seminario académico denominado: “La Pandemia por Covid-19: una mirada integral e integradora desde la Odontología”, en el que se buscó reflexionar sobre cómo esta contingencia ha afectado a la profesión odontológica. Este espacio reunió a ochenta participantes, entre estudiantes y profesores de último año de pregrado de dos Facultades de Odontología de Colombia y del Uruguay, a finales del primer semestre del 2020. El tema específico que abordó el grupo giró alrededor de las implicaciones de la pandemia para la Odontología, en relación con su vinculación a los sistemas de salud de cada país.

Las reflexiones que aquí presentamos se suscitaron en un momento en el que la profesión estaba enfrentando los primeros retos a raíz de la pandemia, pero que trascendieron, de un momento coyuntural hacia un reconocimiento de las condiciones actuales de los sistemas de salud de cada país para enfrentar esta contingencia, así como la vinculación histórica de la Odontología a dichos sistemas de salud y, por consiguiente, las consecuencias para el trabajo y la formación de todas aquellas personas relacionadas con la práctica odontológica (Gutiérrez y Perdomo, 2020). Lo anterior derivó en un conjunto de recomendaciones que debería asumir la profesión odontológica en adelante, tanto en la formación, como en el oficio y en relación con los sistemas de salud.

UN CONTEXTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE COLOMBIA Y URUGUAY

Tanto en Colombia como en Uruguay, actualmente, los sistemas de salud la consideran como un derecho

“ Ningún sistema de salud (Colombia y Uruguay) estaba preparado para asumir una contingencia de salud pública de tal dimensión ”



fundamental de los ciudadanos. Por un lado, Colombia hizo una reforma estructural a su sistema mediante la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgss) y en Uruguay, más recientemente, se hizo lo propio, mediante la ley 18.211 de 2007, que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (snis). La estructuración de ambos sistemas está dada de una manera similar, es decir, ambos tienen como ente regulador al Estado y tienen instituciones encargadas del manejo de los recursos financieros, sin embargo, la diferencia radica en que, en Colombia, el aseguramiento y la atención de la población son manejados por entidades intermediarias, de carácter privado, como parte de un modelo de mercado (ors, 2009), mientras que

en Uruguay el aseguramiento de los ciudadanos es colectivo, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), de carácter público (Aran y Laca, 2011).

En relación con los paquetes de atención a que tienen derecho las personas en cada país, en Colombia se cuenta con un plan de beneficios: un paquete de servicios en salud que incluye acciones de prevención, promoción, detección temprana y rehabilitación (Otálvaro et al., 2019), entre otras atenciones relacionadas con contingencias en salud, y las acciones colectivas de salud pública están a cargo de los gobiernos locales (Muñoz et al., 2012). En el caso de Uruguay, los usuarios tienen la libertad de elegir al prestador, y las instituciones públicas y privadas deben dar una atención integral con base en una canasta de servicios conocida

como Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) (Ministerio de Salud Pública del Uruguay, 2018).

Ambos sistemas de salud han asumido la Atención Primaria en Salud (APS) como eje fundamental de sus modelos de atención. Sin embargo, la diferencia, ya mencionada, entre un modelo de aseguramiento individual con intermediación privada en Colombia, frente a uno colectivo y público en Uruguay, marca un camino diferente para materializar modelos de salud soportados en esta estrategia. Por un lado, Uruguay, desde la promulgación inicial de su modelo, vincula a la APS como uno de sus pilares; así, se fortalecen los procesos de atención en el primer nivel de complejidad, sumado a la coordinación y el alcance en los demás niveles (Benia y Medina, 2011). Mientras que en Colombia se ha dificultado consolidar un modelo de salud basado en la APS, explicado en buena medida por la concepción de mercado que ha prevalecido por más de 25 años y que se contrapone a los principios de la APS, la fragmentación entre las acciones colectivas e individuales en salud es una de sus principales dificultades. (Muñoz et al., 2012; Vega y Franco, 2006)

VINCULACIÓN DE LA ODONTOLOGÍA A LOS SISTEMAS DE SALUD DE COLOMBIA Y URUGUAY

Ahora, si revisamos el caso concreto del papel que ha jugado la Odontología en la implementación de ambos sistemas, y específicamente, en el desarrollo de acciones comprendidas desde un enfoque de APS, podríamos reconocer que las similitudes empiezan a aparecer de manera más clara. Se podría afirmar que, en ambos países, los servicios de salud bucal han jugado un papel secundario y accesorio.

En Colombia, con el sgss se garantizó el aseguramiento de casi la totalidad de la población colombiana, lo que llevó a que, especialmente el sector más vulnerable de la población, encontrara una oportunidad de atención odontológica, especialmente de actividades incluidas en el plan de beneficios en el primer

nivel de atención. Sin embargo, esta atención ha estado concentrada en actividades individuales y curativas, con bajas coberturas y con una vinculación incipiente a los programas de salud pública (Contreras, 2016).

Estos cambios normativos transformaron la dinámica del mercado laboral de la Odontología y han promovido la disminución de la práctica liberal y un crecimiento en la proporción de odontólogos dependientes laboralmente de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que ofertan sus servicios a las aseguradoras del sistema de salud, y de empresas de servicios odontológicos. Todo ello se ha traducido en procesos de tercerización y precarización laboral de muchos odontólogos (Otálvaro et al., 2019; Franco-Giraldo, 2012).

Por su parte, los profesionales que permanecieron en la consulta liberal y las empresas odontológicas asumieron la atención de los tratamientos no cubiertos por el plan de beneficios y la atención de buena parte de la población, que ha elegido la consulta privada mediante planes de financiamiento. Esto es explicado, en parte, por las barreras en la atención y los problemas de oportunidad y de calidad de la seguridad social (Otálvaro et al., 2019).

En el caso de Uruguay, desde la visión del SNIS, en la que se considera la salud como derecho fundamental de los ciudadanos, y se tiene una concepción integral de asistencia, la salud bucal y la profesión odontológica están presentes en este sistema. Desde el 2007, el Ministerio de Salud Pública cuenta con lineamientos programáticos plasmados en el Programa Nacional de Salud Bucal (Cabezas, 2015). Dicho programa pretendió integrar el componente odontológico al SNIS, pero aún hoy se puede ver que la odontología continúa teniendo dificultades para integrarse plenamente a este modelo. Algunas de las dificultades que se presentan se refieren al cumplimiento de las normativas relacionadas con la oferta de atención que realizan los prestadores integrales, y al cumplimiento de lo establecido en el PIAS (Beñarán, 2016).

“ ... la práctica odontológica no está respondiendo de forma global a la necesidad de formar equipos de salud integrales y multisectoriales ”

Desde el 2008, y hasta la fecha, pocos avances se han consolidado a esta integración. Los prestadores de salud privados y públicos debieron implementar y brindar las prestaciones relacionadas con la salud bucal incluidas en el PIAS (cap. 5, Plan Integral de Atención a la Salud – SNIS, 2018). Allí quedó de manifiesto que el país cuenta con una capacidad instalada muy importante y que la relación odontólogo/usuario es suficiente (1/700) en el ámbito privado, no así en el ámbito de las instituciones públicas, en las que en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), la relación odontólogo/usuario es de 1/1300, y cuyas instalaciones continúan siendo precarias (Comisión mixta Ministerio de Salud Pública – Administración de Servicios de Salud del Estado- FO, 2015).

Con tales antecedentes, es fácil entender cómo las leyes del mercado han permitido que los odontólogos en Uruguay permanezcan al margen de la proletarización que han sufrido otras profesiones de la salud, como, por ejemplo, Medicina, Enfermería, Psicología o Nutrición. El mercado es el regulador de las condiciones laborales y las expectativas de remuneración de estos profesionales, lo que permite un modelo de trabajo marcadamente individual (Beñarán, 2016; Cabezas, 2015).

LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19: APRENDIZAJES Y PROYECCIONES

Es necesario comprender la crisis que ha vivido la odontología en Colombia y Uruguay en el marco de la pandemia por Covid-19, así como reconocer algunas oportunidades para que la profesión se vincule de una manera más decidida al desarrollo de los modelos de atención en cada país. Un punto importante son los modelos de vinculación de la odontología a los sistemas de salud, y cómo ello se relaciona con las condiciones de trabajo en ambos países. En este sentido, aunque en Colombia

se evidencia una propuesta débil en APS, y en Uruguay hay una apuesta más decidida en este sentido, ambos países coinciden en que la práctica odontológica juega un papel secundario en sus respectivos modelos de atención.

La pandemia por Covid-19 fue declarada como una emergencia de salud pública por la oms el 30 de enero de 2020 y, posteriormente, el 11 de marzo del mismo año, como una pandemia (Meng et al., 2020). En Colombia se decretó el estado de emergencia económica, social y ecológica el 17 de marzo, mediante el Decreto 417 de la Presidencia de la República. En Uruguay, mediante el Decreto 93/020, se declaró la emergencia social sanitaria el 13 de marzo. Ambas declaratorias establecen las medidas necesarias, a todo nivel, para mitigar y contener los efectos de la pandemia.

Ningún sistema de salud (Colombia y Uruguay) estaba preparado para asumir una contingencia de salud pública de tal dimensión. Esto marcó una diferencia considerable entre las cifras de cada país (Vargas et al., 2020). Desde los primeros meses de la pandemia, Uruguay, sin imponer medidas coercitivas, logró controlar rápidamente la propagación de contagios, y los mantuvo estables con el paso del tiempo, al punto que se ha constituido como ejemplo en el manejo de la pandemia en la región. Esto se dio gracias a las medidas oportunas en salud pública, un amplio despliegue en la toma de muestras y una cultura de cohesión social (Ares et al., 2021; Etzioni, 2021).

En el caso de Colombia, incluso con la imposición de medidas tempranas de restricción a la movilidad mediante cuarentenas obligatorias, que luego se fueron flexibilizando, se mantuvo un crecimiento exponencial, tanto de casos como de muertes por Covid-19 durante el 2020 (Giovanella et al, 2021; Vargas et al, 2020). La diferencia evidenciada en el manejo y los resultados iniciales frente a la pandemia en ambos países podría reforzar la idea de que los sistemas de salud que han tenido avances en el desarrollo de modelos de salud soportados en la APS han logrado mejores resultados en contener las consecuencias de esta contingencia (Giovanella et al, 2021).

Frente a la atención odontológica, en el marco de los estados de excepción decretados en cada país, y de acuerdo con las recomendaciones de organismos internacionales como la oms, cada uno de los países adoptó y adaptó las recomendaciones para la prestación de servicios de salud bucal. En Colombia, mediante la Resolución 536 del 31 de marzo de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, se adoptó el “Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia”. En Uruguay se definieron directrices en el mismo sentido mediante el “Documento de recomendaciones del Ministerio de Salud Pública para profesionales e higienistas dentales”. En ambos documentos se entregan las directrices para el desarrollo de la consulta odontológica en medio de la pandemia, bajo la recomendación de restringir la atención solo a casos urgentes debido al alto riesgo de contagio relacionado con procedimientos generadores de aerosoles. Por ello, se entregaron recomendaciones de manejo y bioseguridad durante la consulta, además de recomendar alternativas de seguimiento a pacientes mediante la teleodontología.

Estas medidas llevaron a que muchos servicios de salud bucal suspendieran completamente su funcionamiento, tanto por el riesgo inminente a que se exponían, como por la disminución considerable en la demanda de servicios. Por tanto, muchos trabajadores de la salud bucal en ambos países se vieron abocados a una crisis social y económica (Meleti et al., 2020), ya que, en su mayoría, dependían de la consulta privada o de la subordinación de prestación de servicios con empresas del sector (Gutiérrez y Perdomo, 2020). Sumado a esto, los sistemas de salud no reconocieron estos servicios como necesarios en un momento de contingencia como este.

Con este panorama, en ambos países, tanto los gremios constituidos, como los odontólogos independientes y las asociaciones científicas de la profesión se unieron para adelantar demandas al Estado y evitar profundizar su precarización, defender y conservar lo que

se había conseguido en la práctica privada y restituir lo más pronto posible la prestación de servicios odontológicos. Esto se materializó en exigencias de subsidios, créditos blandos, alivio de deudas y protocolos para reiniciar la atención (Gutiérrez y Perdomo, 2020). Estas demandas, son entendibles y válidas en un contexto de mercado y fragilidad laboral como el que se ha descrito.

Sin embargo, esta situación llevó a que las reflexiones en el grupo de trabajo del Seminario giraran en torno a preguntas como: ¿Qué debería aprender la profesión, en general, en relación con su vinculación a los sistemas y modelos de salud nacionales, a partir de la crisis desatada por la pandemia?, y en relación con esta, ¿cuál debería ser el papel de la práctica odontológica en una contingencia de salud pública de estas dimensiones?, ¿cómo fortalecer las agremiaciones de la odontología para que se organicen, más allá de una respuesta coyuntural a una situación de contingencia que las afecta?, ¿cuáles son los retos en la formación de futuros trabajadores de la práctica odontológica? Claramente son preguntas muy retadoras que no alcanzamos a abarcar en su total dimensión. No obstante, queremos cerrar con algunos puntos de vista al respecto con el fin de abrir otros espacios de reflexión y discusión que enriquezcan el quehacer de la práctica odontológica.

En primera medida, no es nuevo el llamado a la odontología a vincularse de manera decidida en el desarrollo de los modelos de salud nacionales y en la implementación de políticas públicas integrales. Aunque en ambos países, los programas de prevención específica de salud bucal y la atención básica odontológica hace parte de las políticas públicas en salud (Otálvaro et al., 2019; Bianco y Quijo, 2018), estas se desarrollan de manera desarticulada de las demás políticas, tanto de salud como sociales (Abreu y Águila, 2015). En el día a día de la prestación de los servicios, esto se puede manifestar con baja participación de odontólogos y personal auxiliar y técnico en la planeación, implementación y evaluación de acciones integrales en salud, como parte

de equipos interdisciplinarios de salud (Gutiérrez y Perdomo, 2020).

Esta situación se podría asociar a la formación académica de profesionales bajo un modelo biocéntrico, en el que se privilegian las competencias en áreas clínicas y terapéuticas frente a patologías orales de tipo individual, propias de un quehacer privado o del mercado de servicios. Con ello, se deja de lado los temas de políticas públicas, salud pública, colectiva y APS (Otálvaro et al., 2019; Gutiérrez y Perdomo, 2020). Por ello, la práctica odontológica no está respondiendo de forma global a la necesidad de formar equipos de salud integrales y multisectoriales, que aborden la situación de salud de la población, con enfoque familiar y comunitario, y que privilegie la promoción de la salud bucal y la prevención de la enfermedad (sin descuidar los otros niveles de atención resolutivos y con enfoque diferencial, cultural e inter y transdisciplinar) (Cabezas, 2015).

Lo anterior podría ser una de las explicaciones que ayudaría a entender porque, ante una contingencia de salud pública, la práctica odontológica se ve relegada y desconocida por los sistemas de salud. Ante la pregunta del papel de la odontología para apoyar las acciones urgentes frente a las necesidades puntuales suscitadas ante la pandemia, se podría decir que, por la experiencia compartida entre los participantes del Seminario, esta fue casi nula. Ante la declaración de emergencias en ambas naciones y las restricciones a la movilidad, sobre todo en Colombia, buena parte de los odontólogos quedaron cesantes hasta que se fue restableciendo cierta normalidad, que incluyó una nueva realidad de los servicios con menor demanda y un reajuste y reforzamiento en las medidas de bioseguridad (Barbosa-Liz et al., 2021; Vargas et al., 2020).

En este sentido, se genera la reflexión, ya adelantada por otros, sobre la posibilidad que tiene el personal profesional y auxiliar de la odontología para complementar acciones de respuesta ante una emergencia de salud pública. En concreto, se



invita a acudir a la experiencia de los odontólogos en campos médicos para complementar acciones de monitoreo, educación, valoración, apoyo a otros servicios críticos, apoyo administrativo, entre otras, ante una contingencia en salud pública, tal como se adelantó en países como Singapur, Reino Unido, y en estados como Virginia y California, en Estados Unidos, donde odontólogos se unieron a equipos de respuesta a la pandemia en diferentes niveles (Elangovan, Mahrous y Marchini, 2020; Seneviratne, Lau y Goh, 2020). Adicionalmente, la situación de emergencia actual debe llevar a que la profesión piense qué acciones debe adelantar para evitar que, en próximas contingencias que requieran suspender los servicios de atención, la población llegue con menos carga de enfermedad y con mayores herramientas de cuidado en casa.

En relación con las propuestas de vinculación de la práctica odontológica con los sistemas de salud,

se podrían establecer algunas premisas. En Uruguay, a doce años de la reforma del sistema de salud; y en Colombia, sin cambios coyunturales en el sistema durante casi treinta años de implementación, y luego de este momento de pandemia, es necesario promover una discusión colectiva que permita entender que todo sistema de salud que se ampare en la concepción de la salud como derecho requiere repensar, tanto las prácticas privadas de la profesión como la precarización del trabajo en salud. En el caso particular de la odontología, esta discusión debe involucrar los procesos de formación de los futuros trabajadores del área, buscar vincularlos desde la universidad a equipos interdisciplinarios de salud y a la gestión de la salud en territorios específicos, donde tengan la posibilidad de trabajar en diagnósticos

comunitarios, en la generación de proyectos integrales en salud y, en general, en el desarrollo de políticas públicas en diferentes niveles. A continuación, se resumen las propuestas presentadas:

- *Formación de talento humano*: procurar espacios de formación al interior de los servicios del sistema de salud, en equipos interdisciplinarios.
- *Trabajo*: generar condiciones estables de trabajo que garanticen permanencia y desarrollo de proyectos al interior de los sistemas de salud.
- *Gremial*: fortalecer el trabajo conjunto de la profesión para vincularse a la generación de políticas públicas y la gestión de los sistemas de salud.

A nivel gremial, la situación particular de pandemia, ha vinculado a un número considerable de odontólogos que se unieron en torno a exigir condiciones para retomar sus actividades y para garantizar condiciones dignas y seguras en el trabajo. Esta convocatoria debe permanecer en el tiempo, ya no para trabajar alrededor de un asunto coyuntural, sino para fortalecer el gremio, tanto en la exigencia de condiciones dignas de trabajo, como en la concreción de propuestas que tiendan a la vinculación de sus acciones a políticas integrales de salud. Esto debe estar articulado con el nivel gubernamental y de gestión, en el que la odontología debe retomar la participación en espacios de gestión y rectoría que permitan comprender que la salud bucal hace parte integral del derecho a la salud.

Finalmente, con estas reflexiones, que se suman a las de muchos odontólogos tanto en Colombia como en Uruguay, se quiere hacer un llamado de atención frente a todos los retos y desafíos que la pandemia ha generado a la profesión. Esta contingencia se debe entender como una oportunidad para reflexionar sobre el quehacer de la odontología en su intención de aportar a la calidad de vida de todos los ciudadanos. ♦

Referencias

- Abreu, E. D. L. Á. G., y Águila, J. L. B. (2015). Salud bucal poblacional, una prioridad en todas las políticas. *Rev Cu Estomatol*, 52 (3), 1-3. <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/943/186>
- Aran, D. y Laca, H. (2011). Sistema de salud de Uruguay. *Salud pública Méx.* 53 (2), 1-3. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800021
- Ares, G., Bove, I., Vidal, L., Brunet, G., Fuletti, D., Arroyo, Á., y Blanc, M. V. (2021). The Experience of Social Distancing for Families With Children and Adolescents during the Coronavirus (Covid-19) pandemic in Uruguay: Difficulties and Opportunities. *Children and Youth Services Review*, 121 (105906), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105906>
- Barbosa-Liz, D. M., Agudelo-Suárez, A. A., Tuesta-Mondragón, M. F., Ariza-Olaya, J. T., y Plaza-Ruiz, S. P. (2021). Modificación de la práctica odontológica, seguimiento a protocolos y percepción de riesgo de los odontólogos durante la pandemia de Covid-19 en Colombia: estudio de corte transversal. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 33 (1). <https://revistas.udea.edu.co/index.php/odont/article/view/343942>
- Benia W. y Medina, G. (2011). Construcción de una Red Continente. APS y Primer Nivel en el cambio de modelo de atención en Montevideo. Uruguay 2005-2009. En *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*, E. Levkovitz, G. Antonio, D. Sánchez y G. Fernández (Eds.). (pp. 100-133). <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/OPS%20-%20libro%20de%20APS-2011.pdf>
- Beñarán B., J. (2016). *Las políticas públicas en salud bucal dentro de la reforma sanitaria implementada en el primer período de gobierno del Frente Amplio*. [Tesis de maestría]. Universidad de la República, Uruguay. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7661>
- Bianco, P., Quijo, L. (2018). Uruguay. En Carrer, F. C. D. A. (2018). Uruguay. En *Observatorio iberoamericano de políticas públicas en salud bucal*. (pp.112-113). http://repositorio.fo.usp.br:8013/jspui/bitstream/fousp/90/2/Espanhol_versao%20final%20impressao.pdf
- Cabezas, A. (2015.). *La formación de los odontólogos y el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Udelar. CSE. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/9240>
- Chang, T. Y., Hong, G., Paganelli, C., Phantumvanit, P., Chang, W. J., Shieh, Y. S., y Hsu, M. L. (2021). Innovation of dental education during Covid-19 pandemic. *Journal of Dental Sciences*, 16 (1), 15-20. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2020.07.011>
- Congreso de la República de Colombia. (1993, 23 de diciembre). Ley 100, Por la cual se crea el Sistema general de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial 41148. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/base-doc/ley_0100_1993.html

- Comisión mixta Ministerio de Salud Pública-Administración de Servicios de salud del Estado-FO. (2015). La Salud Bucal, una prioridad para la integralidad del sistema sanitario de calidad. Periodo 2015-2020.
- Contreras, R., A. (2016). La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 9 (2), 193-202. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.003>
- Coulthard, P. (2020). Dentistry and coronavirus (Covid-19)-moral decision-making. *British Dental Journal*, 228 (7), 503-505. <https://www.nature.com/articles/s41415-020-1482-1>
- Elangovan, S., Mahrous, A., y Marchini, L. (04 June 2020). Disruptions during a pandemic: gaps identified and lessons learned. *Journal of Dental Education*, 84 (11), 1270-1274. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jdd.12236>
- Etzioni, A. (2021). Community and Covid-19: Japan, Sweden and Uruguay. *Survival*, 63 (1), 53-76. <https://doi.org/10.1080/00396338.2021.1881254>
- Franco-Giraldo, Á. (2012). Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Revista Gerencia y políticas de salud*, 11 (22), 28-42. <https://www.redalyc.org/pdf/545/54523558003.pdf>
- Giovannella, L., Vega, R., Tejerina-Silva, H., Acosta-Ramirez, N., Parada-Lezcano, M., Ríos, G., ... y Feo, O. (2021). ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde*, 19. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>
- Gutiérrez, B., y Perdomo, A. (2020). El reto del ejercicio odontológico en el marco de la Pandemia y futuro post Covid-19: una reflexión desde la salud pública. *Salutem Scientia Spiritus*, 6 (Suppl 1), 55-62. <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/2379>
- Meleti, M., Cassi, D., Bueno, L., y Bologna-Molina, R. (26 May 2020). Covid-19 diffusion and its impact on dental practice in distant countries with similar ethnic background. *Oral Diseases*, 27, 720-722. <https://doi.org/10.1111/odi.13438>
- Meng, L., Hua, F., y Bian, Z. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): emerging and future challenges for dental and oral medicine. *Journal of dental research*, 99 (5), 481-487. <https://doi.org/10.1177%2F0022034520914246>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, (31 de marzo de 2020). Resolución 536. Por la cual se adopta el Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y migración de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5968
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay. (2020). Documento de recomendaciones del Ministerio de Salud Pública para profesionales e higienistas dentales. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/msp_recomendaciones_odontologos_higienistas_dentales.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay. (2018). Plan Integral de Atención a la Salud, catálogo de prestaciones. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-289018-catalogo-prestaciones-pias>
- Muñoz, E. P., Hernández, C. A., Aguilar, O. L., Claros, L. M., Girón, L. N., y Rojas, A. (2012). Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano. CEDETES, Ministerio de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Perfil Sistema De Salud En Colombia: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf
- Otálvaro C., G. J., Zuluaga S., S. M., Jaramillo D., G., Ternerá P., J. H., y Sandoval V., S. (2019). Políticas de salud bucal en Colombia. Tendencias y puntos críticos para la garantía del derecho a la salud. *Universitas Odontológica*, 38 (80). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.psb>
- Presidencia de la República de Colombia. (17 de marzo, 2020). Decreto 417. Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional. 51259. <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30038962>
- Presidencia de la República Oriental del Uruguay. (13 de marzo, 2020). Decreto 93/020. Declaración de estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el virus Covid-19 (Coronavirus). <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020>
- Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, (13 de diciembre, 2007). Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. N°27384. <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4156791.htm>
- Seneviratne, C. J., Lau, M. W. J., y Goh, B. T. (2020). The role of dentists in Covid-19 is beyond dentistry: voluntary medical engagements and future preparedness. *Frontiers in medicine*, 7, 1-7. <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffmed.2020.00566>
- Vargas, S., P. K., Delgadillo, N. A., Hermida B., M. L., Rodríguez S., D., Volfovicz L., R., Dragone M., V., ... y Mora D., I. I. (2020). Colombia y Uruguay ante la Covid-19: datos epidemiológicos, medidas generales y en la práctica odontológica. *Acta odontol. Colomb*, 33-46. <https://doi.org/10.15446/aoc.v10n3.89440>
- Vega, R., R. y Franco, J. C. (2006). APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso salud a su hogar en Bogotá. *Revista Gerencia y Políticas de salud*, 5 (11), 38-54. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54501104>
- Watt, R. G. (2020). Covid-19 is an opportunity for reform in dentistry. *The Lancet*, 396 (10249), 462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31529-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31529-4)