Las políticas de salud bucal en Chile y Brasil

Autor

Eduardo Goldstein B
Email: egoldstein@bcn.cl
Tel.: (56) 32 226 3906

Nº SUP: 153591

Resumen

En respuesta a una solicitud parlamentaria, sobre modelos de políticas en salud bucal, el presente informe describe las políticas de salud bucal de Chile y Brasil, enfocándose en su integración en el nivel primario de atención,

La Política Nacional de Salud Bucal (PNSB), denominada **"*Brasil Sorridente*" (BS)** ha sido reconocida internacionalmente por la **integración plena de la salud bucal en el sistema general de salud**, a través de la Atención Primaria (APS), lo que se ha realizado con una estrategia de salud familiar, y con un enfoque de cobertura universal.

Entre sus principales fortalezas, cabe destacar:

- **Institucionalización legal:** Mediante la Ley Nº 14.572/2023, la salud bucal dejó de ser una política de gobierno, para convertirse en una **Política de Estado**, reforzando la obligación estatal de provisión y financiamiento
- La ampliación del acceso a **tratamiento odontológico gratuito**, a través de la expansión de los equipos de salud bucodental en la atención primaria y la reestructuración de la atención especializada, con la creación de Centros de Especialidades Dentales (CEO) y Laboratorios Regionales de Prótesis Dentales (LRPD), articulados en la red pública de salud.
- Fortalecimiento del financiamiento federal : donde el presupuesto se ha multiplicado significativamente, duplicándose en el año 2024, para seguir expandiendo los equipos de salud bucal.

A diferencia del modelo brasileño de **cobertura universal pública** bajo el Sistema Único de Salud (SUS), Chile presenta un sistema **fragmentado y programático**. Mientras Brasil organiza su atención de forma descentralizada y universal para todas las edades, la política chilena ha priorizado históricamente **grupos focalizados** (como menores de 6 años, embarazadas y adultos de 60 años), a través del régimen GES, manteniendo voluminosas listas de espera para las consultas de especialidad No GES

Introducción

La salud oral es un componente crítico en el bienestar general, afectando las interacciones cotidianas, como comer, hablar y sonreír, a la vez que constituye un elemento fundante de la identidad (Palacio,; 2021; Celis, et *al*; 2025).

Según el sistema de vigilancia de listas de espera para consultas de especialidad, del MINSAL, en Chile, al 31 de diciembre de 2025, había 512.517 interconsultas odontológicas en espera en el sistema público de salud[1], con una mediana de espera de 226 días.[2] En cuanto a subespecialidades, la demanda está altamente concentrada en Rehabilitación Oral Removible (26,8%), Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial (20,5%) y Endodoncia (14,8%), especialidades que en conjunto representan más del 62% del total de interconsultas odontológicas en espera (MINSAL, 2026).

Por otra parte, según diagnóstico del MINSAL, la prevalencia de caries supera el 62% en la población general, llegando a prácticamente el 100% en adultos mayores (MINSAL, 2022).

Es sabido igualmente que, a nivel global y en Chile, la caries dental, la periodontitis y el edentulismo se cuentan entre las condiciones crónicas más prevalentes, las que afectan en mayor medida a los grupos poblacionales más vulnerables. Es así como la evidencia muestra que en Chile las caries impactan desproporcionadamente a niños y adolescentes de bajos ingresos (Celis, 2025).

En Chile, como muchos otros países donde la salud oral no tiene cobertura universal, es sabido que existe una fuerte gradiente socioeconómica en salud dental, lo que perpetúa las inequidades que, en general, se observan en este ámbito.

Luego, dadas las barreras en el acceso a servicios de salud, y la secuela que provocan las lesiones de caries, tan prevalentes en la mayoría de la población del país, existe una evolución conocida, como advierten los autores del estudio de CPP -UC, quienes señalan que “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” (Palacio, 2021:2).

Visto en el contexto latinoamericano, existe evidencia de que en muchos países persisten grandes desigualdades en el acceso a servicios de prevención y tratamiento, influidas por la falta de integración de la salud bucal en los sistemas de salud general, siendo un componente subpriorizado en las agendas sanitarias globales (Araujo, 2025: 7).

[1] Esto corresponde a 487.617 personas, considerando que una misma persona puede ser derivada a más de una subespecialidad.

[2] Se observa igualmente que, al menos una cuarta parte de la lista con más tiempo de espera lleva más de un año sin acceso a la atención. Cabe señalar que esta lista no incorpora las atenciones que se realizan por urgencia, o mediante el régimen de garantías GES. Ver derivaciones a nuevas consultas odontológicas en visor ciudadano de tiempos de espera y en Informe de Lista de Espera No GES del IV Trimestre 2025, del Ministerio de Salud.

En cuanto a los países OCDE, según un estudio del Centro Políticas Públicas de UC, la comparación de coberturas en países seleccionados[3] "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. Y donde, en muchos de ellos la cobertura en salud dental es limitada y representa un porcentaje importante del gasto total en salud de las familias" (Palacio *et al.*, 2021: 6).

Revisiones sistemáticas de literatura especializada coinciden en reconocer que las intervenciones en salud bucal suelen caracterizarse por su escasa continuidad, fragmentación operativa y ausencia de un enfoque basado en derechos, lo cual contradice principios fundamentales como la equidad, la accesibilidad universal y la justicia sanitaria. Sin embargo, la evolución de las políticas en las últimas décadas muestra una tendencia al cambio de paradigma en la región, desde el modelo curativo hacia enfoques preventivos y estructurales (incluyendo la educación en higiene oral desde la primera infancia, la inclusión en los currículos escolares y las políticas de fluoración del agua potable (Farfán, 2025)Tanto Chile (con el enfoque de curso de vida, adoptado en el Plan Nacional de Salud Bucal) como Brasil (con la política de acceso universal, a través de "Brasil Sonriente") son ejemplo de la adopción de este nuevo paradigma.

A inicios del presente siglo, Brasil adopta de forma decidida este nuevo enfoque, comprometiendo una considerable inyección de recursos para su implementación, adquiriendo reconocimiento internacional por sus resultados. Es así como diversos estudios de experiencia comparada coinciden en destacar a Brasil como un modelo de integración de la salud bucal en el sistema general de salud (Araujo, 2025: 6; de Lara, 2025: 2), líder latinoamericano en odontología (Palacio, R; *et al* 2021:5) y una de las mayores políticas públicas de salud bucal del mundo (Cayetano,; 2019:4; Ribeiro; 2025:284; Ferreiro; 2025:356).

La integración se realiza aquí, a través del nivel primario de atención (APS), con un enfoque de cobertura universal y con provisión directa en el sistema público de salud. Este modelo se diferencia del implementado en Chile, el cual tiene un carácter más fragmentado y programático, con coberturas focalizadas, según el programa.

El caso de Brasil, se escogió considerando también que Chile inició el año 2023 un proyecto piloto para universalizar la APS[4] .Si esta estrategia continuara expandiéndose, la APS en Chile llegaría a una mayor convergencia con la vigente en dicho país De aquí, que importa conocer el diseño institucional mediante el cual la salud bucal se constituye en un componente estructural de la APS en dicho país.

Esta minuta responde a una consulta parlamentaria sobre las políticas de salud bucal en los sistemas públicos de salud, con énfasis en buenas prácticas para su inserción en la APS. Luego, en lo que sigue, en el capítulo I se esboza la estructura del Plan Nacional de Salud Bucal vigente en Chile (para década 2021-2030), donde se identifican sus principios orientadores, así como objetivos y líneas estratégicas principales. En el capítulo II, en tanto, se describe la Política Nacional de Salud Bucal del Brasil (PNSB), implementada en el marco del Sistema Único de Salud (SUS). Se utilizaron como fuentes, las directrices

[3] En el análisis comparado, a los países OCDE, se sumó Brasil en consideración al liderazgo de este país en el ámbito odontológico

[4] La APS Universal comenzó a implementarse de forma piloto en siete comunas: el año 2023, sumándose otras comunas de distintas regiones en años posteriores

oficiales de la autoridad sanitaria respectiva y la literatura científica, con énfasis en la experiencia comparada de la región latinoamericana. Las traducciones del portugués son responsabilidad del autor.

I. Antecedentes de la política de salud bucal en Chile

En 1978 se define en Chile la Política de Salud Bucal, posteriormente en la década del 90 se publica el primer Plan de Salud Bucal (PN 1990-1999) y, desde entonces, la salud bucal ha sido parte también de las prioridades en las Estrategias y Planes de Salud ministeriales (Universidad de Chile-Odontología, 2024)

Cabe recordar que el año 2003, se inicia el tránsito en APS desde un modelo de atención tradicional a un Modelo de atención con Enfoque de Salud integral Familiar y Comunitario (MAIS). Sin embargo expertos en este enfoque, han advertido que en la práctica su implementación ha sido muy lenta, por la falta de recursos humanos formados en esta área[5]. (Marambio, 2023)

Si bien el foco de las primeras políticas de salud bucal estuvo en la población infantil (a través de promoción, prevención y acción curativa), las políticas posteriores amplían la intervención a los adultos y personas mayores, a través de un enfoque curso de vida y equidad (MINSAL, 2022).

Entre los principales hitos en la formulación e implementación de esta política cabe destacar la fluoración del agua potable, consolidada durante los años ochenta como una de las principales medidas de prevención poblacional de caries dental (MINSAL, 2021).

En 1978 se implementa un subprograma infantil, que considera las atenciones odontológicas de niños, niñas y adolescentes entre los 2 y 14 años; mientras en 1995 se incorpora el componente de salud bucal al Control del Niño Sano, fortaleciendo el enfoque preventivo en los programas de salud bucal (MINSAL, 2021).

En 1983 se inicia el Programa de Atención Odontológica, focalizado en las mujeres embarazadas, el cual queda garantizado a través del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), desde el 2010.

Con la implementación del **AUGE/GES**, en el marco de la reforma de salud, a partir del año 2005 (Ley N° 19.966, de 2004) se van incorporando prestaciones odontológicas prioritarias para grupos específicos**.** Esto es dando **cobertura a grupos muy focalizados,** que incluyen la salud oral integral de niños de 6 años, embarazadas y adultos de 60 años. Lo que deja importantes vacíos de cobertura, con discontinuidades en las garantías de cuidado que contravienen el enfoque del curso de vida.

[5] Investigaciones locales han comprobado así mismo, conocimiento insuficiente sobre salud bucal por parte del equipo de salud familiar, (es el caso de un estudio realizado en región de Valparaiso el año 2014)

Dentro de este régimen, el año 2007, se incluyen las Urgencias Odontológicas Ambulatorias al GES, siendo el único programa odontológico que se acerca a una cobertura universal [6] [7] .

Si bien las estrategias de Salud Bucal en Chile han priorizado a los menores de 20 años[8], los adultos mayores son incorporados en políticas de salud el año 1995, a través del Programa del Adulto Mayor (PAM) que, en su componente odontológico, considera la atención integral, incluida la rehabilitación protésica, en pacientes mayores de 65 años.

Por otra parte, desde una perspectiva de género, el año 2014 se inicia el programa "Más Sonrisas para Chile", con el propósito de aumentar la cobertura de atención odontológica para mujeres de grupos socioeconómicos vulnerables, el cual permite a las mujeres mayores de 20 años recuperar su salud bucal cuando la han perdido. Luego, como complemento a esta instancia, el año 2015 surge el programa "Hombres de Escasos Recursos" (HER), dirigido a hombres de 20 años y más, beneficiarios del subsistema Seguridades y Oportunidades.

En cuanto a los menores de 20 años, bajo el paradigma del manejo de caries en la atención primaria de salud (APS), se implementó el programa de Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO), con un piloto dirigido inicialmente a la población hasta los 5 años, el cual ha aumentado su cobertura progresivamente a través de los años, de forma que el año 2021 incorpora a los adolescentes hasta los 19 años.

1. Los programas de atención odontológica de la APS

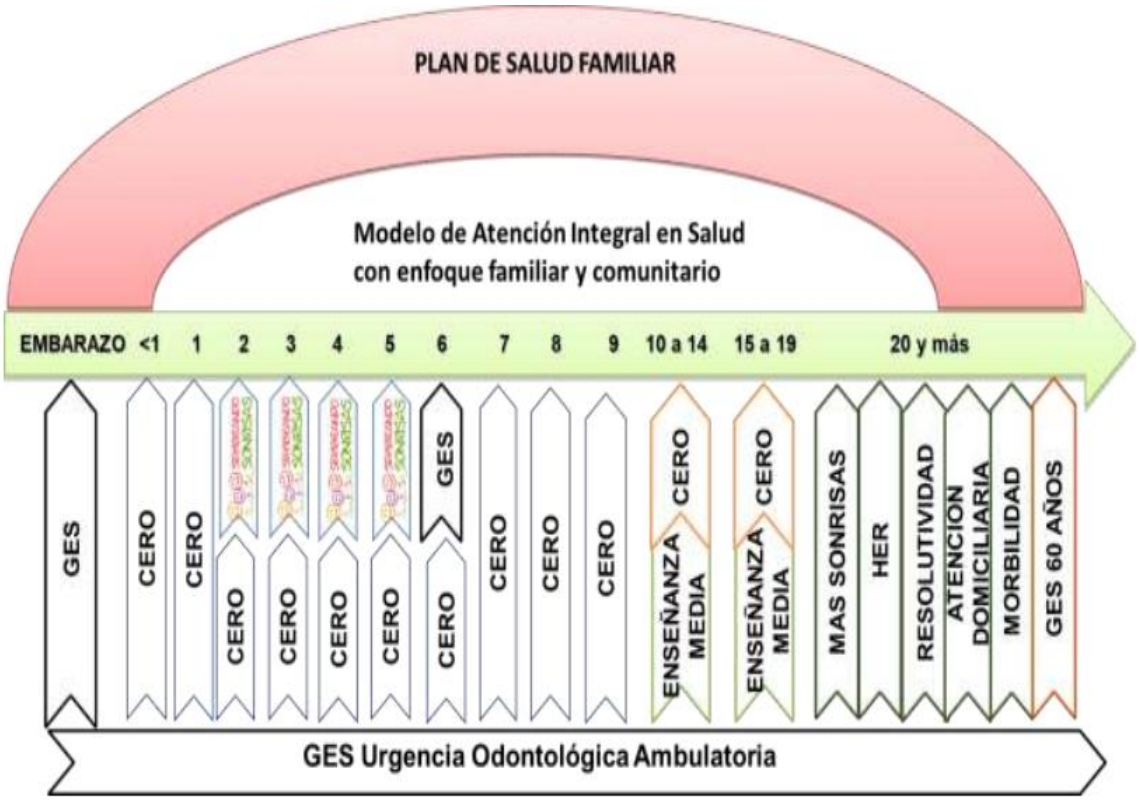
En el siguiente esquema se ilustran los principales programas de atención odontológica que se desarrollan en los centros de atención primaria de salud, de acuerdo con el ciclo de vida en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario vigente en el país (Un breve resumen de cada uno de estos programas se puede ver en el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB 2021-2030 (MINSAL, 2021: 35-38).

[6] Esto se da con el tercer régimen de patologías GES, bajo el Decreto Supremo Nº 44, con fecha 01-07-2007.

[7] Esto confirma el carácter reactivo de la política pública, donde tradicionalmente el problema de salud bucal es abordado bajo un modelo intervencionista, basado en el enfoque rehabilitador.

[8] Desde el año 2000, la Política de Salud Bucal de Chile ha priorizado a los menores de 20 años, tanto en los Objetivos Sanitarios 2000-2010 como en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Ministerio de Salud -DIPRECE (s/f)..

Figura 1. Programas de atención odontológica desarrollados en la atención primaria de salud. Año 2021.



Nota sobre abreviaturas: GES: Garantías Explícitas en Salud; CERO: Control con Enfoque Odontológico; HER: Hombres de Escasos Recursos. Fuente: MINSAL (2022: 35).

2. Líneas estratégicas del plan nacional de salud bucal

El Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030 se propone como **objetivo general**: "Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida, con enfoque de equidad en salud" (MINSAL, 2022: 43).

El plan de acción se estructura luego en base a seis **Líneas Estratégicas Priorizadas** sobre las cuales se definen 13 objetivos específicos, con indicadores y metas de corto, mediano y largo plazo. (Ver figura 2, a continuación)

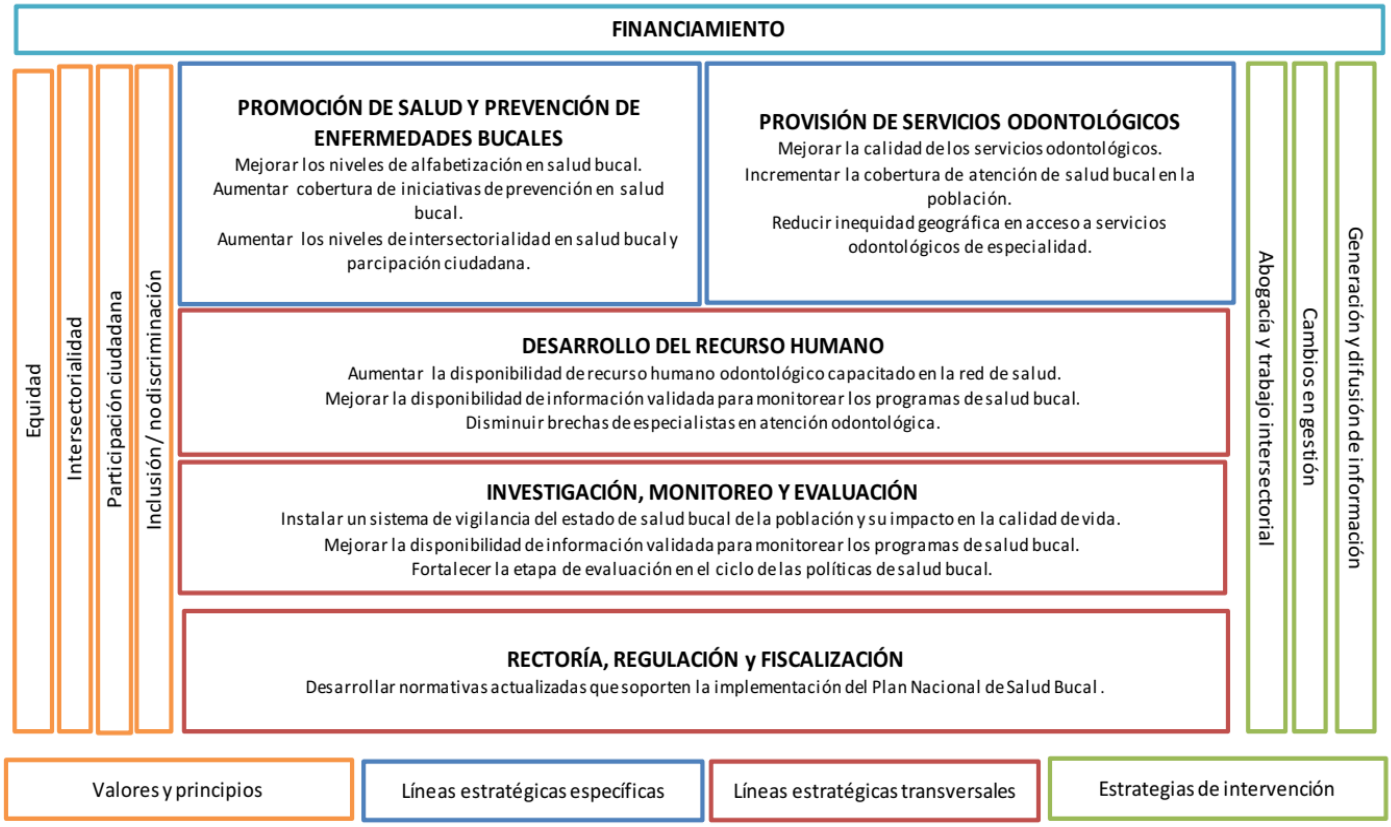
Figura 2: Líneas estratégicas del Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030

LÍNEAS ESTRATEGICAS	
1. Promoción de salud y prevención de enfermedades bucales	Agrupa iniciativas que apuntan a que todas las personas tengan acceso a **entornos que favorezcan la salud bucal**, a programas preventivos basados en evidencia y a información sanitaria que les permita tomar decisiones sobre su salud bucal, la de su familia y en comunidad.
2. Provisión de servicios odontológicos	Presenta iniciativas y acciones que buscan que todas las personas **tengan acceso a una atención de salud bucal** segura, de calidad y asequible, en un plazo oportuno y sin discriminación alguna, y que les permita ejercer su derecho de experimentar el más alto nivel de salud bucal posible.
3. Desarrollo del recurso humano	Reconoce la necesidad de contar con **equipos odontológicos integrados a los equipos de salud** del país y que satisfagan las necesidades de salud bucal de la población, entregando atención segura, de calidad, sin discriminación y con un trato digno a la que toda persona tiene derecho.
4. Investigación, monitoreo y evaluación	Se reconoce como clave para poder **cuantificar y entender las necesidades de salud bucal** de las personas de nuestro país. Propone realizar seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud bucal de la población y así diseñar soluciones adecuadas, basadas en evidencia científica.
5. Rectoría y regulación	Permite dotar al Plan de **normativas actualizadas** que permitan la correcta implementación y sustentabilidad del Plan Nacional a lo largo del tiempo.
6. Financiamiento	Asegurar **financiamiento permanente** del modelo de gobernanza y oferta programática del Plan Nacional de Salud Bucal.

Fuente: MINSAL. (s/f). Departamento Salud Bucal.

Los **objetivos específicos** de cada componente corresponden a los formulados dentro del recuadro correspondiente a cada Línea de Acción, como muestra la Figura 3, a continuación:

Figura 3. Matriz del Plan de Acción de Salud Bucal 2021-2030



Fuente: MINSAL. (2022: 47).

Los principios orientadores de este plan son: “Equidad”, “Intersectorialidad”, “Participación ciudadana” e “Inclusión - no discriminación”, los que se entiende que operan como valores transversales a todo el Plan Nacional.

3. La oferta programática del sistema público de salud

Hasta finales del año 2025, la Política de Salud Bucal, según publicaciones del MINSAL, está orientada a la prevención y promoción de la Salud Bucal de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables, lo que se implementa con la siguiente batería de programas (MINSAL, 2025):

- Programa “Sembrando Sonrisas”
- Programa “Más Sonrisas para Chile”
- Programa de Atención Odontológica Integral a los Jóvenes de 4° Año de Educación Media
- Programa de Mejoramiento de Acceso a Atención Odontológica en Población Adulta
- Garantías Explícitas en Salud

En lo que respecta a la **provisión de servicios** odontológicos, para la ejecución del Plan el año 2026, en base a métodos de evaluación *ex ante*, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF) ha

recomendado favorablemente la propuesta del MINSAL, en cuanto a **reformular el programa de mejoramiento de acceso a la atención odontológica.** Esta reformulación consiste en la unificación de tres programas, como son los de "Sembrando Sonrisas", "Odontológico Integral" y "Mejoramiento del Acceso", reorganizando sus componentes en un nuevo programa denominado "**Estrategias de Salud Bucal**". Se espera que esta unificación facilite la gestión de convenios entre los Servicios de Salud y las municipalidades ejecutoras[9] (MDSF, s/f).

II. La política de salud bucal en Brasil

Como señalamos en un comienzo, Brasil representa un modelo considerado ejemplar en cuanto a la integración de la salud bucal en el sistema de salud general, lo que se realiza a través de la APS, con un enfoque de cobertura universal y con provisión directa en el sistema público de salud[10].

1. El Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil

En Brasil, el sistema público de salud, conocido como *Sistema Unico de Saúde* (SUS), fue creado en 1988 por la Constitución Federal de Brasil, para atender a toda la población brasileña de forma gratuita.[11]

Los principios y la estructura actuales del sistema de salud brasileño se basan en la Constitución Federal de 1988, que estableció la salud como un derecho universal para toda la población y como una responsabilidad del Estado. La promulgación de las leyes 8.080 y 8.142 condujo al establecimiento del Sistema Único de Salud (*Sistema Único de Saúde*, o "SUS") en 1990. Los principios clave del SUS establecidos en los artículos 196 a 198 de la Constitución son la universalidad, la exhaustividad, la descentralización y la participación social. (…) Basándose en estos principios, todos los brasileños tienen derecho a los servicios sanitarios integrales que presta el SUS, independientemente de su poder adquisitivo (OCDE, 2025).

Las responsabilidades financieras para su gestión y funcionamiento se reparten entre los gobiernos federal, estatales (27 estados más el Distrito Federal) y municipales (5.566 municipios). El acceso universal y equitativo a las acciones y servicios de salud se organiza de manera descentralizada, a nivel local, con una base operativa en los municipios.

El financiamiento del SUS proviene de impuestos generales y contribuciones sociales recaudadas por los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal).

[9] Al concentrar los programas en una sola estrategia, el número de convenios se reduce de más de 8.000 a poco más de 2.000, lo que optimiza la transferencia oportuna de los recursos asignados.

[10] Esto es, a diferencia de muchos países OCDE, donde se evidencian 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. Y donde, en muchos de ellos, la cobertura en salud dental es limitada y representa un porcentaje importante del gasto total en salud de las familias (Palacio, 2021: 6).

[11] Este modelo se distingue del chileno, que es de carácter mixto, en cuanto consta de un sistema público y un sistema privado (en cuanto aseguramiento como provisión).

En 2023, alrededor del 26 por ciento de los brasileños estaba cubierto por un seguro de salud voluntario ("*Assistência Médica*"), que duplicaba principalmente la cobertura sanitaria del SUS [12](…), mientras un 16 por ciento adicional tenía una cobertura voluntaria exclusiva para la atención odontológica (OCDE; 2025).

2. Antecedentes y evolución de la Política Nacional de Salud Bucal (PNSB)

Con anterioridad a los años '50, en Brasil predominaba un modelo privado de libre demanda. En la década del '40, en tanto, se crea el subsector de odontología, vinculado al Servicio Especial de Salud Pública, entidad con la cual se implementa un modelo incremental, que proponía la prestación de servicios asistenciales de forma programada y sistemática[13] (Ferreira, 2025: 351). Es así, como durante años, la odontología en Brasil estuvo al margen de las políticas públicas de salud, hasta que comienza el predominio de un modelo asistencialista curativo, orientado hacia grupos prioritarios (niños en edad escolar y madre embarazada - bebé) (Ribeiro, 2025; Spezzia *et al.*; 2025: 5)[14].

El año 2004 se establece en Brasil la Política Nacional de Salud Bucal (PNSB), conocida como "*Brasil Sorridente*" (BS)[15], que reorganiza el acceso a la salud, implementada en el marco del SUS. Esta política amplio la cobertura y fortaleció la red de atención.

Luego, para avanzar hacia la salud universal, la estrategia adoptada por el PNSB fue la integración de la salud bucal en el sistema general de salud, a través de la APS[16], lo que se plantea con foco en atención integral y la formación adecuada de los recursos humanos involucrados (Ribeiro, 2025: 284).

Los principales ejes de esta política fueron la ampliación de los equipos de salud bucodental (eSB) en la atención primaria y la reestructuración de la atención especializada, con la creación de Centros de Especialidades Dentales (CEO) y Laboratorios Regionales de Prótesis Dentales (LRPD), a partir de 2004. (Ribeiro, 2025:285). Un esquema de los diferentes componentes que estructuran esta política se presenta en la Figura 5, más abajo).

Además de la atención, son componentes centrales de esta nueva política las acciones de Educación y Prevención[17], junto a la ampliación de acceso en áreas y poblaciones vulnerables[18] (Ministerio Salud de Brasil, 2026 a).

---

[12] Estos son regulados por la "*Agência Nacional de Saúde Suplementar*" (ANS).

[13] Plan creado en el Marco de Cooperación Técnica entre Brasil y EE. UU. con apoyo de la Fundación Rockefeller

[14] A pesar del predominio del modelo incremental en épocas anteriores a la reforma de salud, en la historia de la gestión pública hay autores que reconocen que dicho modelo convivió con otros modelos asistenciales (Odontología sanitaria, Odontología simplificada y Sistema Integral) Spezzia, 2025: 5).

[15] Es muy posible que su nombre se haya inspirado en un programa implementado en Chile con anterioridad.

[16] De acuerdo con el análisis de políticas comparadas, elaborado por CPP-UC, la adopción de esta estrategia pasa por resolver el dilema de si conviene diferenciar un sistema médico y un sistema de salud odontológico, es decir, si la salud oral funciona o no en espejo al sistema médico. La estrategia de Brasil se distingue así de la adoptada en Reino Unido, que cuenta igualmente con un sistema único de salud, pero donde la política de los últimos años consistió en desarrollar un sistema paralelo para la salud bucal desde las APS, siendo uno de los pocos servicios donde hay pago de bolsillo en ese país (Palacio *et al.*,2021: 9).

[17] Incluye tanto las campañas para promover hábitos de higiene bucal, como la capacitación de profesionales en el área.

[18] Incluye comunidades indígenas y zonas rurales, entre otros grupos vulnerables.

En esta línea, la historia de la salud pública oral en Brasil refleja una trayectoria de avances en el intento de garantizar acceso, ampliar acciones de prevención y recuperación de la salud bucal de la población (Ribeiro, 2025: 284). Luego, en 2024, transcurridos veinte años del desarrollo de esta política, existe evidencia de avances significativos en la salud bucal del país (Ribeiro, 2025: 285).

Para dimensionar los recursos invertidos para impulsar esta política, es útil considerar algunas cifras relacionadas con la expansión de los dispositivos de atención y las variaciones en el presupuesto comprometidos por el gobierno federal:

En 2003 había 2.800 equipos de salud bucal (eSB) trabajando en el Sistema de Salud Familiar (ESF). A finales de 2010 había 28.353 equipos trabajando en 4.905 ciudades, que representan el 89% de los municipios de Brasil. Según datos oficiales, en esa fecha se estimaba que 135 millones de personas, el 71% de la población, estaban cubiertas por los eSB. Estos cambios tienen su correlato en el incremento del apoyo financiero que tuvo la APS del país. Esto es considerando que, según el Ministerio de Salud, el gasto en salud oral en poco menos de una década se multiplicó por diez (Nascimento *et al.*, 2013)[19] . Asimismo, más recientemente, al conmemorar los veinte años de existencia del programa, el gobierno federal destinó para el 2024 un presupuesto que más que duplica el del año anterior (Ribeiro, 2025: 285; Ministerio Salud de Brasil , 2023). En lo que respecta al aumento de instalaciones para atención, estaba previsto un aumento de más del 20 por ciento ese mismo año, de manera que para el 2024 se contaría con 36.779 equipos de eSB (Ministerio de Salud de Brasil, 2023)[20].

A pesar de estos avances, existe consenso entre los expertos en que aún quedan importantes desafíos para superar las barreras que determinan las disparidades regionales y sociales.

3. Objetivos de la Política Nacional de Salud Bucal ("*Brasil Sorridente*")

La política del "*Brasil Sorridente*" (BS) se establece en la perspectiva de reorientar el modelo de atención, con el **principal objetivo** de garantizar acciones de **promoción, prevención y recuperación de la salud bucal** para ciudadanos de **todas las edades**, ampliando el acceso a tratamiento odontológico **gratuito** mediante el SUS (modelo de cobertura universal pública) (Ministerio Salud de Brasil, 2024)

Luego, a partir de un enfoque de equidad territorial y social, esta política apunta a combatir la dificultad de acceso a los servicios (…) previniendo así el diagnóstico tardío y proporcionando una atención sanitaria adecuada ((Ministerio Salud de Brasil, 2026 a)

4. El Marco normativo y la elevación del programa Brasil Sonriente a Política de Estado

El fortalecimiento jurídico de la salud bucal en Brasil alcanzó su madurez con la Ley nº 14.572/2023, que incorpora formalmente la salud bucal en la Ley Orgánica de Salud (Ley nº 8.080/90), transformando así el PNSB de Brasil en una política de Estado.

[19] Así, el gasto de USD$ 30,899,396.30 en año 2003, se eleva a USD$322,648,905.40, en año 2010.
[20] Según otras fuentes, el número de eSB en la APS habría llegado a 31.367, a junio de 2025 (Ferreira, LL., 2025).

Para ello, la ley arriba reseñada inserta en el artículo 6 de la Ley 8.080/90, un párrafo (§ 4) con la definición de salud bucal, que corresponde al «conjunto articulado de acciones, en todos los niveles de complejidad, destinado a garantizar la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la atención bucodental, tanto individual como colectiva, en el marco de la atención integral de la salud». (Ver artículo 4 de la Ley nº 14.572/2023).

De este modo, al transitar de una política de gobierno a una de Estado, se establece un imperativo legal que garantiza la provisión permanente de servicios y la asignación de recursos presupuestarios, independientemente de los gobiernos de turno en el nivel estadual y municipal.

Por otra parte, en el artículo 2 de la ley Ley nº 14.572/2023, se establecen diez directrices que orientan las acciones de la PNSB en todos los niveles de atención. Esto es, con responsabilidades compartidas entre los Consejos de Salud Nacional, Estadual y Municipal, para su implementación. [21] (Ver Tabla 1 en Anexo).

Como una regulación proveniente de órganos autónomos especializados, cabe mencionar: la Prioridad de Atención, que según la Resolución n° 167/2015, del Consejo Federal de Odontología[22], determina la prioridad obligatoria en el agendamiento y atención para personas con necesidades especiales, tanto en el sector público como privado.

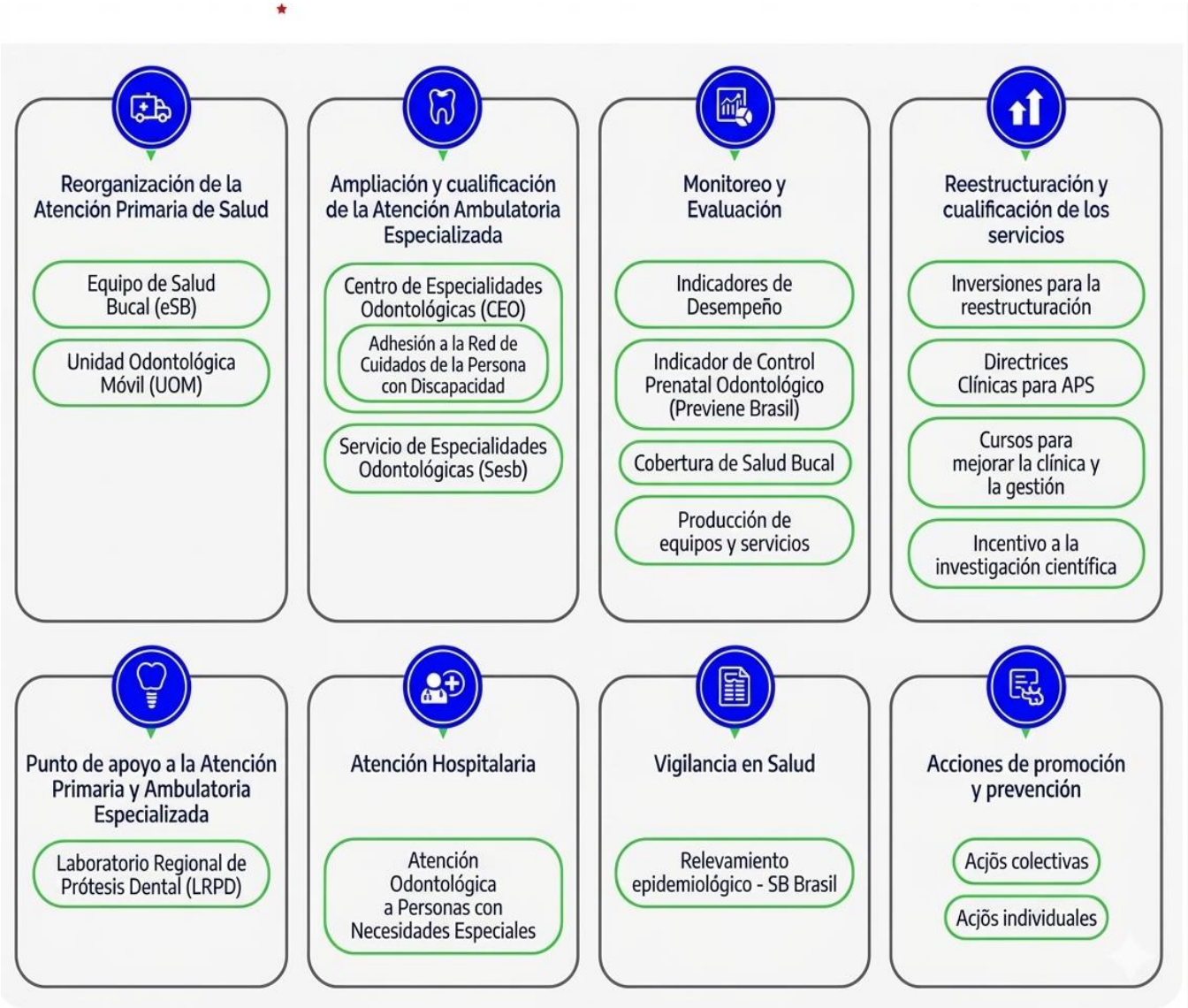
5. Líneas estratégica y principales componentes de la política nacional “Brasil Sonriente”

De acuerdo con la descripción que hace la autoridad sanitaria, el acceso a la salud Bucal del BS se organiza en la APS, principalmente con la implantación de equipos de Salud Bucal (eSB) en la Estrategia de Salud Familiar (ESF) y las Unidades Odontológicas Móviles (UOM)[23] (Ministerio Salud de Brasil, 2026 b). Sus principales acciones se ilustran en la Figura 5 (a continuación).

Son ejes estructurantes, adicionalmente, las acciones de Educación y Prevención[24], junto con la ampliación de acceso en áreas y poblaciones vulnerables[25] (Ministerio Salud de Brasil, 2026 a).

[21] Estas son entidades políticas autónomas de la República Federativa
[22] Disponible en: https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2015/167.
[23] Estas unidades se crean para dar acceso a la población residente en regiones de difícil acceso.
[24] Incluye tanto las campañas para promover hábitos de higiene bucal, como la capacitación de profesionales en el área.
[25] Incluye comunidades indígenas y zonas rurales, entre otros grupos vulnerables.

Figura 5: Principales acciones de la Política Nacional de Salud Bucal



Fuente: Ministerio de Salud de Brasil (2026 a).

Importa tener en cuenta que la institucionalización de este sistema significó importantes esfuerzos, en cuanto a la ampliación de la infraestructura de capacidad instalada, incluyendo los tres niveles de atención (baja, mediana y alta complejidad), así como en la formación de recursos humanos.

Con la implementación de la ESF, los profesionales del sector público ya no se centran únicamente en las actividades clínicas y comienzan a desarrollar nuevas competencias, tales como: la planificación de acciones, la interacción con la comunidad, la educación para la salud, así como la atención sanitaria en un contexto más amplio. Esta combinación de actuación clínica con prácticas de salud colectiva,[26] de parte de los cirujanos dentistas es considerada por algunos expertos como un punto de inflexión para la integración de la odontología en la APS (Ferreira, 2025: 352-354).

Adicionalmente, tanto a los cirujanos dentistas, como a los demás integrantes de los equipos de salud bucal, se les exige familiarizarse y guiar su práctica por los principios éticos que orientan la ESF (centrada en el usuario). En este sentido, el respeto a la protección y a la promoción de los derechos humanos (con una perspectiva antirracista), así como la búsqueda de equidad, son parte de los principios orientadores que guían las acciones del PNSB (Ferreiro, 2025: 352). Esto, además de seguir los principios generales del Sistema Único de Salud (SUS): atención universal, trato justo y adaptado a las necesidades de cada persona, y atención integral a todos los aspectos de la salud (Ministerio de Salud de Brasil; 2026 b).

6. Inserción del programa Brasil Sonriente en las Redes de Atención de Salud (RAS)

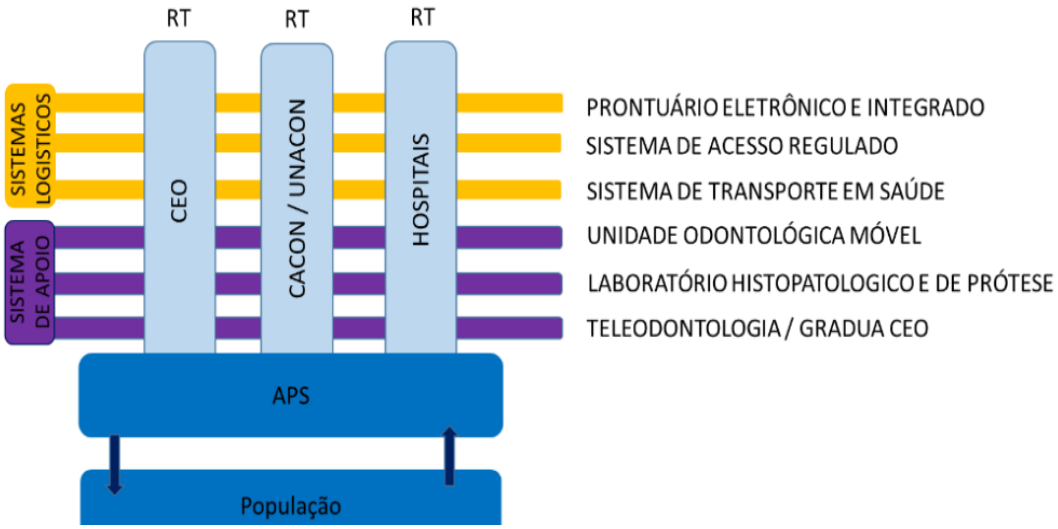
El programa BS, además de ampliar y crear servicios odontológicos, reorientó por completo el modelo de atención sanitaria. Impulsó la implantación de una red de atención de salud bucal que articula no solo los tres niveles de atención, sino principalmente acciones multidisciplinarias, multiprofesionales e intersectoriales[27] (Ministerio de Salud de Brasil, 2018: 22).

[26] Incluye coordinar actividades colectivas orientadas a la promoción de la salud bucal, capacitar al equipo de ESF, participar de visitas domiciliarias y realizar actividades educativas.

[27] Esto es considerando tanto las articulaciones transversales dentro del Ministerio de Salud, como con otros ministerios. En esta línea, cabe considerar las acciones que buscan abordar las inequidades, como son la Red de Cigüeñas, el Plan Brasil sin Pobreza, el Programa Salud en la Escuela, el Programa Vivir Sin Límites (para personas con discapacidad), las Unidades de Atención de Emergencia 24 horas y las acciones dirigidas a poblaciones indígenas, negras , asentamientos rurales, poblaciones ribereñas, personas mayores, personas privadas de libertad y personas sin hogar, entre otras (Ministerio de Salud de Brasil, 2018: 21).

En cuanto a su estructura, cabe señalar que BS se inserta en el sistema de redes de atención de salud (RAS), como una **red poliárquica**[28], buscando la integralidad del cuidado, la equidad y la articulación entre todos los niveles de atención y otras redes temáticas [29] (Cayetano *et al.*, 2018).

Figura 6. Articulación del programa Brasil Sonriente en la Red de Atención de Salud



Fuente: Cayetano, M. (2019).

En la estructura de este modelo de atención, se articulan los siguientes componentes principales:

1. **Atención Primaria (puerta de entrada):** centrada en las Unidades Básicas de Salud (UBS) y Unidades Odontológicas Móviles (UOM). Los Equipos de Salud Bucal (eSB), integrados en la Estrategia de Salud de la Familia, son los responsables de la vigilancia y el cuidado preventivo[30].
2. **Atención Secundaria (ampliación a una atención ambulatoria especializada):** ejecutada a través de los **Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)**. Incluye servicios como periodoncia, endodoncia, cirugías orales menores y la instalación de prótesis dentarias (implantes). Están habilitados igualmente para diagnosticar el cáncer de boca. A su vez, adhieren a la atención de personas con discapacidad. Son parte de este componente también los ***Serviços de Especialidades em Saúde Bucal*** **(SESB)**, diseñados específicamente para el

[28] A diferencia del sistema fragmentado y jerarquizado de la red de salud que conocemos en Chile (ordenado según nivel de complejidad de la atención), en las Redes de Atención de Salud (RAS), el concepto de jerarquía se sustituye por el de poliarquía, y el sistema se organiza como una red horizontal de atención sanitaria. No existe jerarquía entre los distintos puntos de atención, sino que se forma una red horizontal de puntos de atención con diferentes niveles de desarrollo tecnológico y sus sistemas de apoyo, sin orden ni grado de importancia entre ellos (Ministerio de Saude, 2018: 26).

[29] Un avance significativo en este plano fue la instauración de la Red de Atención en Salud Bucal (RASB), creada en colaboración con las entidades políticas autónomas (nacional y municipal), para promover la integración de los servicios de salud bucal en todos los niveles de atención. Lo que se hizo estableciendo protocolos y flujos asistenciales que conectan diversas acciones y servicios del SUS, tanto directa como indirectamente.(Ferreira, 2025:356)

[30] Realizan acciones educativas y preventivas como son el escobillado supervisado y la aplicación de fluor,

tratamiento de casos más complejos en municipios con poblaciones menores a 20.000 habitantes[31].

3. **Atención Terciaria (Hospitalaria):** Destinada a cirugías bucomaxilofaciales complejas, pacientes con necesidades especiales bajo anestesia general y oncología oral. La atención del cáncer de boca se realiza en las *Unidades de Assistência de Alta Complexidade* (UNACON) y en los *Centros de Assistência de Alta Complexidade Oncologia* (CACON).

En lo que respecta al **sistema de apoyo** transversal, el modelo cuenta con una oferta de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, a través de laboratorios integrados en la red.

Un de estos sistemas lo constituyen los **Laboratorios Regionales de Prótesis Dental (LRPD)**, que tienen el objetivo de ampliar la oferta de prótesis dentales para rehabilitaciones de distinto tipo, de forma gratuita para la población. Cabe señalar que los LRPD pueden ser de tipología municipal o estadual, de carácter público o privado[32] (Ministerio de Salud de Brasil, 2026).

Son igualmente parte de los sistemas de apoyo transversal, los laboratorios histopatológicos, los que adquieren especial relevancia en el país, considerando que Brasil se caracteriza por alta prevalencia de cáncer de boca.

En la línea de los sistemas de apoyo a la APS, cabe mencionar que el año 2016 se instaura el programa **Gradua-CEO**, mediante el cual se integra a las facultades de odontología en la red pública, permitiendo que la formación académica ocurra dentro del SUS.

Un componente estratégico en esta línea también lo constituye el sistema de vigilancia. Esta iniciativa contribuye al avance de las estrategias para evaluar y planificar los servicios, al tiempo que fortalece un modelo metodológico y establece un campo de acción para el componente de vigilancia de la salud. Es parte de este sistema la mantención y consolidación de una serie histórica de información epidemiológica sobre salud bucal, iniciada con la encuesta nacional realizada en 1986 y seguida por las encuestas nacionales de 2003 y 2010.(Ministerio de Salud de Brasil, 2026 a)

[31] Estos se instauran el año 2023, como una nueva modalidad de servicio. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/sesb.

[32] Los LRPD se institucionalizan en el año 2006, de manera que el Ministerio da Salud transfiere mensualmente los recursos a los municipios/estados para la confección de prótesis, de acuerdo con los tramos de producción acreditada (Ministerio de Salud de Brasil, 2026 d)

III. Diferencias con Brasil y lecciones para Chile

Chile y Brasil comparten el avance hacia un nuevo modelo de salud bucal, reorientando sus acciones con un enfoque dirigido más a la promoción y prevención que a la curación reactiva. De acuerdo con publicaciones oficiales respectivas, ambos países declaran adherir a modelos con principios inspiradores muy similares [33]

Con esta perspectiva, ambos países optaron por insertar la salud bucal en el sistema general de salud a través de la APS (el modelo en otros países consiste en diferenciar el sistema de salud general y el de salud bucal)[34].

A diferencia del modelo brasileño de **cobertura universal pública** bajo el Sistema Único de Salud (SUS), Chile presenta un sistema **fragmentado y programático**. Mientras Brasil organiza su atención de forma descentralizada y universal para todas las edades, la política chilena ha priorizado históricamente **grupos focalizados** (como menores de 6 años, embarazadas y adultos de 60 años, a través del régimen GES) y destinatarios de otros programas específicos, manteniendo voluminosas listas de espera para las consultas de especialidad (No GES).

Lo anterior se lleva a cabo con estrategias disímiles, considerando que en Brasil predomina un enfoque de salud familiar y atención integral con equidad territorial, mientras que en Chile predomina un enfoque de curso de vida con acciones focalizadas

A este respecto cabe recordar, que estas políticas se desarrollan en contextos donde existe una organización diferente de los respectivos sistemas de salud: el sistema universal público y descentralizado en Brasil; y el sistema mixto en Chile, compuesto por un subsistema público (FONASA) y otro privado (ISAPRES).

Para mayor ahondamiento, queda por evaluar los niveles de resolutividad y eficiencia que alcanza la atención bucal en la APS de cada uno de estos países, así como los resultados obtenidos con la implementación de la política nacional en cada país. (avances en cobertura y calidad de atención) Esto supone que los sistemas de vigilancia de ambos países cuenten con una línea base y metodologías de evaluación comparables, indagación que supera los alcances del presente estudio. Limitaciones en los sistemas de registro, dificulta igualmente poder hacer comparaciones robustas sobre la relación de gasto público y gasto de bolsillo en la salud bucal de ambos países. Por otro lado, sin desconocer la relevancia que tienen la amplitud que han alcanzado las acciones de promoción y prevención en cada país, estas no se abordaron con más detalle en este informe para privilegiar, en una primera aproximación, el contexto y marco institucional más general en donde se desarrollan (ver cuadro resumen, en tabla 2 de anexo).

[33] Esto incluye el enfoque de salud familiar, que tiene diferentes modos y grados de implementación en cada país. Esto es, con una mayor antigüedad y cobertura territorial en Brasil que en Chile

[34] Cada uno con ventajas y desventajas, atendiendo los dilemas que plantean las distintas opciones de avance a la cobertura universal (Palacio, 2021)

Por otro lado, dado el reconocimiento internacional que tiene la política Brasil Sonriente en lo que respecta a su integración explícita y estructural en la atención primaria de salud, en lo que sigue se recoge lo que podrían ser algunas buenas prácticas, considerando la oportunidad que este modelo representa para Chile.:

- Fortalecer la salud bucal como prestación estructural obligatoria en la APS y no sólo programática
- Establecer modelos de equipos odontológicos estándar en APS (similar a eSB) con asignación territorial y poblacional (responsabilidad sanitaria)
- Evaluar modelo RAS en Brasil para sacar lecciones sobre referencia y contrareferencia que puedan mejorar la integración de la red de atención en Chile
- Escalar la cobertura y financiamiento público para reducir la dependencia del gasto de bolsillo en odontología para la población en Chile (GES ampliado o equivalente)

Tabla 1: Directrices de la PNSB de Brasil establecidas en la ley 14.572/23 para las acciones odontológicas en todos los niveles de atención y gestión del SUS.

N°	Directriz
I	Estimular y promover la práctica de la **gestión participativa**, asegurando la actuación de representantes sociales y el control público, en todas las esferas de gobierno, en la formulación y discusión de estrategias de salud oral.
II	Asegurar que toda acción sea regida por los **principios universales de la ética** en salud.
III	Posibilitar el **acceso universal, equitativo y continuo** a servicios de salud oral de calidad, resolviendo la demanda manifiesta (espontánea o programada) y viabilizando recursos para eliminar las listas de espera (demanda reprimida).
IV	Desarrollar acciones bajo el principio de **integralidad**, que abarquen lo intersectorial, al individuo y al sistema, garantizando la acogida y una atención centrada en el usuario, realizada por equipos multidisciplinarios e interprofesionales.
V	Efectivizar relaciones de **vínculo** entre el equipo de Salud Oral y la población asignada, garantizando que las acciones se dirijan a las diferentes líneas de cuidado en salud.
VI	Desarrollar una política de **educación permanente** para los trabajadores de salud oral, con el fin de implementar cambios en la formación técnica, de pregrado y posgrado, atendiendo a las necesidades de la población.
VII	Realizar **evaluación y seguimiento sistemático** de los resultados alcanzados como parte del proceso de planificación y programación.
VIII	Organizar y mantener acciones de **vigilancia epidemiológica y sanitaria** en salud oral, articuladas con el sistema general de vigilancia, evaluando riesgos y determinantes sociales en el territorio.
IX	Realizar periódicamente **estudios y encuestas nacionales** de salud oral (como los exámenes epidemiológicos poblacionales), para disponer de datos actualizados, y promover la ciencia y tecnología en el área.
X	Implementar y mantener acciones de **vigilancia de la fluoración del agua** de abastecimiento público (obligatoria por ley) y acciones complementarias donde sea necesario, asegurando el control estatal sobre estas medidas.

Fuente: Ministerio de Salud de Brasil (2024 b).

Tabla 2 **:** Elementos característicos del modelo de atención de Salud Bucal en Brasil y Chile

Dimensión	**Brasil (SUS)**	**Chile (SNSS)**
Sistema de Salud (modelo general)	Sistema universal público (SUS)	Sistema mixto (FONASA–ISAPRE)
Política explícita de salud bucal	PNSB ("*Brasil Sorridente*") nacional integrada al SUS	PNSB 2021-2030 y Programas segmentados (GES, programas específicos)
Rol de APS	Eje estructural del sistema de salud bucal	APS relevante, pero con menor centralidad estructural
Equipos dedicados en APS	Equipos de salud bucal integrados a ESF (estandarizados)	Odontólogos en APS, pero sin modelo nacional homogéneo de equipo
Cobertura APS odontológica	Expansión progresiva (no universal aún)	Cobertura focalizada por grupos (GES, infancia, embarazadas, etc.)
Modelo de atención	Territorial, poblacional y familiar	Predominantemente programático y por ciclo de vida
Integración con red	APS conecta con red especializada (CEOs)	Red odontológica menos estructurada como sistema integrado
Financiamiento	Público predominante	Mixto, con importante gasto de bolsillo en odontología

Referencias

ARAUJO, S *et al*. (2026). Políticas públicas en salud bucal en América Latina: avances, desafíos y perspectivas a partir de una revisión sistemática. Revista InveCom, 6(1), e601071. Epub 21 de julio de 2025.Disponible en https://doi.org/10.5281/zenodo.15499265

FARFÁN, J. *et al.* (2025).. (2026). Análisis sistemático de las políticas públicas sobre salud bucal en América Latina: enfoques, retos y propuestas entre 2020 y 2025. Revista Invoco, 6(1), e601098. Epub 15 de julio de 2025. Disponible en: https://doi.org/10.5281/zenodo.15616937.

de LARA; JVI, FRAZÃO, P. (2021) *Oral health guidelines in the primary care policies of five selected countries: An integrative review.* Health Policy Open. 2021 Jun 24;2:100042. doi: 10.1016/j.hpopen.2021.100042. PMID: 37383499; PMCID: PMC10297506.

Chile

Ley N° 19.966, de 2004. que Establece un regimen de garantias en salud. Disponible en https://bcn.cl/2fckl

CELIS, A. *et al.* (2025). Salud Oral en Chile, estrategias de promoción y prevención con enfoque de curso de vida. Disponible en: https://www.uandes.cl/wp-content/uploads/2025/01/Salud-Oral-en-Chile-estrategias-de-promocion-y-prevencion-con-enfoque-de-curso-de-vida.pdf.

Marambio, C (2023) Salud familiar y salud bucodentaria. Revista de la Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso Appli Sci Dent. 2023; 4: 22-29 Disponible en file:///C:/Users/egoldstein/Downloads/fcamusjansson,+Salud+familiar+y+salud+bucodentaria.pdf

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE – DIPRECE. (s/f). Atención Odontológica. Disponible https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-bucal/informacion-a-la-comunidad-salud-bucal/atencion-odontologica/.

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE- MINSAL. (2022). Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030. DIRECE. Disponible en https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/PLAN-NACIONAL-DE-SALUD-BUCAL-2021-2030.pdf

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE - MINSAL (2024). Evaluación del cumplimiento de las metas a corto plazo, del Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030. DIRECE. Disponible en https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/04/Evaluacion-de-Plan-Nacional-de-Salud-Bucal-2021-2030-Corto-Plazo_2024.pdf

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE - MINSAL. (2026). GLOSA N° 06, Lista de Espera No GES y Garantías de Oportunidad GES Retrasadas - LEY DE PRESUPUESTO N° 21.722. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2026/02/Glosa-06-LE-IV-trimestre.pdf.

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE - MINSAL. (Ag 2025). Salud responde, Programas odontológicos. Disponible en https://saludresponde.minsal.cl/programas-odontologicos/.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA-MDSF. (s/f). Evaluación *ex ante* del programa: estrategias de salud bucal (ex mejoramiento de acceso a la atención odontológica). Subsecretaría de Evaluación Social. Disponible en: articles-383637_doc_pdf.pdf

PALACIO R. *et al.* (2021). Elementos clave para avanzar hacia una cobertura universal en salud oral en Chile. Centro de Políticas Públicas UC. Disponible en: https://politicaspublicas.uc.cl/web/content/uploads/2021/08/paper-Temas-de-la-Agenda-no144_web-3.pdf.

UNIVERSIDAD DE CHILE - ODONTOLOGÍA (04 de julio de 2024). A tu Salud abordó Plan Nacional de Salud Bucal. Disponible https://odontologia.uchile.cl/noticias/218000/a-tu-salud-abordo-plan-nacional-de-salud-bucal

Brasil

BRASIL. *Lei Nº 14.572*, del 8 de mayo de 2023 que *Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS.* Disponible en: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm.

CAYETANO MH,*et al* . *Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro*. Univ Odontol. 2019 ene-jun; 38(80).Disponible en https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.pnsb

FERREIRA, LL *et al* (2025*) O acesso aos serviços odontológicos no sistema único de saúde: avanços e desafios-revisão narrativa da literatura*. (2025). Brazilian Journal of Oral and Systemic Health, 1(2), 348-360. Disponible en https://doi.org/10.5281/zenodo.17064744

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2026 a). *Brasil Sorridente.* Pág. *web*. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente- (junio, 2026).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2026 b). *Política Nacional de Saúde Bucal* – Disponible en https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/saude-bucal.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2026 c).*Legislacao* Disponible en https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/legislacao

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2026 d) *Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.* Disponible en https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/atencao-especializada/lrpd

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2024 a). *Passo a passo das ações da política nacional de saúde bucal.* Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_acoes_politica_nacional_saudebucal.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2024 b). *Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária*. *Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei n.º 14.572/23 Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.* Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_bucal_acoes.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (09-10-2023). *Ministério da Saúde garante o maior recurso da história para saúde bucal*. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/outubro/ministerio-da-saude-garante-o-maior-recurso-da-historia-para-saude-bucal.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2018). *A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde*. Disponible en https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf

NASCIMENTO, M. *et al.* (2013). *Oral health in the context of primary care in Brazil*. Int Dent J. 2013 Oct;63(5):237-43. doi: 10.1111/idj.12039. Epub 2013 Apr 26. PMID: 24074017; PMCID: PMC9375030.

OCDE (2025). Institucionalizando las cuentas de salud en Brasil: Una revisión de los métodos, datos y relevancia política, OECD Publishing, Paris. Disponible en https://doi.org/10.1787/2283177e-es.

RIBEIRO, *et al*. (2025). *O papel das políticas públicas de saúde bucal do brasil na prevenção de doenças orais. Brazilian Journal of Oral and Systemic Health*, 1(2), 279-289. Disponible en https://doi.org/10.5281/zenodo.16421493.

SPEZZIA, Sérgio. (2025). *Gestão pública na odontologia: políticas públicas para a assistência à saúde pública odontológica*. Revista Fluminense de Odontologia. 3. 1-12. Disponible en

---

Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.

Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)