

Políticas para el acceso a atención odontológica en adolescentes

Estimado Sr. Editor:

Respecto a los Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010 en salud bucal, se logró reducir el daño por caries en la población de 12 años, alcanzando un índice COPD 1,9 como promedio nacional. Sin embargo, no se alcanzó la cobertura de atención dental del 50% en la población menor de 20 años, la que aumentó solo de 22% al 22,5%¹. Ante esto, en la década posterior (2011-2020), se establecieron dos políticas públicas en salud oral y desde dos enfoques para mejorar el acceso de la población menor de 20 años a los servicios odontológicos.

La primera de ellas es la atención mediante los Pagos Asociados a Diagnósticos Odontológicos (PADO). Esta modalidad de atención fue implementada desde agosto de 2013, cuando el Fondo Nacional de Salud (FONASA) incorporó la atención odontológica de jóvenes de 12 a 17 años a la Modalidad Libre Elección (MLE). Y se establecieron 6 canastas de prestaciones PADO que incluían obturaciones y endodoncia en una o más dientes y que pueden realizar dentistas generales o endodoncistas inscritos como prestadores de FONASA MLE. El financiamiento se realiza por aporte directo del Estado y copago del usuario². Cabe señalar que en 2014 otro estudio planteó como debilidades de esta nueva política implementada que se focalizaba en la curación y no en un modelo integral de la salud bucal; y que además se desmarcaba de los Objetivos Sanitarios 2011-2020 respecto a reducir las desigualdades socioeconómicas en el acceso al dentista y en indicadores de salud oral³, ya que el COPD de 1,9 a los 12 años se distribuyó desigualmente según titularidad del establecimiento educacional al que asistía la población de 12 años.

Cabe considerar, además, que la distribución poblacional del acceso y necesidades de tratamiento odontológico es inequitativa⁴, y son precisamente las familias menos favorecidas las que deben incurrir en mayor gasto de bolsillo para poder acceder a servicios odontológicos en modalidad de PADO³. Ello podría explicar la bajísima utilización de esta modalidad de atención, aspecto que quisimos corroborar.

Para lo cual, mediante Ley de Transparencia, pudimos acceder a datos entregados por la Superintendencia de Salud respecto a la utilización del bono PADO por beneficiarios FONASA e ISAPRE (Tabla I). Observando que la cobertura es inferior a 0,15% de los potenciales beneficiarios de ISAPRES entre los años 2014 y 2018. En tanto, para beneficiarios de FONASA, la utilización no supera el 1,26% entre los años 2014 y 2017. Más aun, se observa que la utilización del PADO ha ido disminuyendo en el tiempo tanto para beneficiarios FONASA como ISAPRE.

Esta baja utilización del PADO debe analizarse, también, en el marco de la segunda política en salud bucal implementada la década pasada para mejorar el acceso en población menor de



20 años y contribuir a que los jóvenes se incorporen a la vida adulta con las mejores condiciones de salud bucal⁵. La Atención Odontológica Integral a estudiantes de 4° año medio nace como un programa de reforzamiento de la Atención Primaria de Salud incluido en las Metas Presidenciales 2014-2018, formando parte del Programa Odontológico Integral.

Dicha política se enmarca en las estrategias para acercar la atención a población de difícil acceso, en grupos más vulnerables y con alta carga de enfermedad bucal. Para ello se implementó la entrega de atención odontológica en horarios y lugares compatibles con actividades educacionales, en extensiones horarias, con uso, en algunos casos, de carro dental móvil, que facilitarían el acceso a población y localidades alejadas de los servicios de salud. Y entre 2016 y 2018, se amplió la cobertura para incluir a estudiantes de 3° año medio.

En este marco, recientemente hemos analizado los cambios en la utilización de servicios odontológicos de estudiantes de enseñanza media en Chile, a través de un análisis secundario de las encuestas de caracterización socioeconómica nacional (CASEN) de los años 2013 y 2017⁶. En dicho estudio observamos un aumento significativo en las visitas al dentista de 9,33% a 10,56% y en el beneficio dental escolar de 8,16% a 20,05% entre los años analizados.

Creemos que este aumento se puede explicar por la implementación en 2015 de la política pública de Atención Odontológica Integral a estudiantes de 4° año medio. Así mismo, evidenciamos en el periodo analizado que, aunque las desigualdades en las visitas al dentista persisten, la brecha se ha reducido entre 2013 y 2017 según seguro de salud y significativamente según sexo, y entre los quintiles de menores ingresos familiares. Por ello, consideramos que esta modalidad de atención, como política pública, podría estar impactando en la reducción de esta brecha⁶.

Frente a lo expuesto, y considerando además el actual escenario social nacional, creemos relevante que, en el diseño de políticas públicas odontológicas para este y otros grupos, se consideren los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Ya que el diseño de algunas políticas públicas puede incluso incrementar dichas desigualdades al favorecer a los grupos más aventajados de la sociedad⁷.

Por ello, es necesario diferenciar el foco de las intervenciones. Por un lado, aquellas que se focalizan en cambios individuales y voluntarios en la conducta de las personas, es decir en determinantes proximales, como la acción de comprar un bono PADO, y que favorecen más a grupos socioeconómicamente más aventajados^{3,7}. Por otro, aquellas intervenciones que se focalizan en determinantes distales o más estructurales, al hacer, por ejemplo, más accesible la atención odontológica de grupos más vulnerables o desfavorecidos. Aspecto muy relevante de considerar en el marco de la situación de crisis social y sanitaria que actualmente enfrenta el país, ya que la evidencia sustenta que son las intervenciones enfocadas en determinantes distales las que tienen mayor probabilidad de reducir las desigualdades socioeconómicas en salud⁷.

Constanza Garrido-Urrutia

Departamento de Odontología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Antofagasta,
Antofagasta, Chile.

Correo: cony.garrido@gmail.com, sin conflictos de interés

Marco Cornejo-Ovalle

Facultad de Odontología Universidad de Chile.
Observatorio Iberoamericano de Políticas Públicas en Salud Bucal.
Correo: mcornejo@odontologia.uchile.cl, sin conflictos de interés

Tabla I: Número de casos de Bono PAD Odontológico en beneficiarios FONASA e ISAPRE

Glosa Prestación PAD Odontológico	Beneficiarios FONASA				Beneficiarios ISAPRE				
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2018
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Obturación, diagnóstico y tratamiento para una pieza dental	2916(0,64)	2149(0,34)	1419(0,23)	1074(0,17)	172(0,052)	199(0,061)	183(0,056)	113(0,036)	63(0,020)
Obturación, tratamiento complementario, más de 1 y hasta 4 piezas dentales	995(0,22)	802(0,13)	566(0,09)	473(0,07)	71(0,022)	93(0,028)	94(0,029)	68(0,022)	38(0,012)
Obturación, tratamiento complementario, más de 4 piezas dentales	1323(0,29)	910(0,14)	671(0,11)	498(0,08)	96(0,029)	130(0,040)	115(0,035)	58(0,018)	44(0,014)
Tratamiento de endodoncia incisivo, canino, una pieza dental	88(0,02)	78(0,01)	76(0,01)	93(0,01)	4(0,001)	10(0,003)	3(0,001)	1(0,000)	4(0,001)
Tratamiento de endodoncia premolar, una pieza dental	161(0,04)	112(0,02)	120(0,02)	174(0,03)	7(0,002)	10(0,003)	6(0,002)	3(0,001)	2(0,001)
Tratamiento de endodoncia molar, una pieza dental	256(0,06)	226(0,04)	206(0,03)	209(0,03)	28(0,009)	22(0,007)	25(0,008)	14(0,004)	7(0,002)
Total general de casos	5739(1,26)	4277(0,67)	3058(0,49)	2521(0,40)	378(0,115)	464(0,141)	426(0,131)	257(0,081)	158(0,051)
Total de beneficiarios (100%)	454116	640786	626647	636046	328168	328436	326106	316262	308933

Palabras clave: acceso; odontología; PAD; adolescentes.

REFERENCIAS

- [1] Ministerio de Salud (MINSAL). Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010. Evaluación final del periodo. 2010
- [2] Ministerio de Salud (MINSAL). Guía Clínica Salud Oral en Adolescentes de 10 a 19 años. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Caries. 2013.
- [3] Cornejo-Ovalle M. Atención Dental FONASA libre elección... para quien pueda pagar. J Oral Res. 2014, 3(1): 11-2.
DOI: 10.17126/joralres.2014.003
- [4] Delgado I, Cornejo-Ovalle M, Jadue HL, Huberman, J. Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. Cient. dent. 2013;10(2):101-9.
<http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/123493>
- [5] Ministerio de Salud (MINSAL). Plan nacional de Salud Bucal 2018-2030. 2018.
- [6] Garrido-Urrutia C, Cornejo-Ovalle M. Desigualdades sociales en las visitas al dentista en estudiantes adolescentes chilenos. Gac Sanit. 2019, 33(Espec Congr):6-125.
- [7] Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. J Epidemiol Community Health. 2013, 67(2):190-3.
DOI: 10.1136/jech-2012-201257

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Garrido C, Cornejo M. Políticas para el acceso a atención odontológica en adolescentes. Appli Sci Dent. 2021; 2(2):3-7.
DOI: 10.22370/asd.2021.2.2.2712

Applied Sciences in Dentistry, revista científica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, de **Acceso Abierto** y de **Publicación Continua**.

Son aceptados trabajos originales e inéditos, abarcando cartas al editor, comunicaciones breves, artículos de investigación, casos clínicos y revisiones bibliográficas.

Correo electrónico de contacto:

contacto.asdj@uv.cl

editor.asdj@uv.cl

Página Web:

<https://revistas.uv.cl/index.php/asid>

Redes Sociales

Instagram [@asd.journal](https://www.instagram.com/asd.journal)

