

## Atención Dental FONASA Libre Elección... para quien pueda pagar.

Estimado Editor:

La salud oral es un componente importante de la salud general. Las caries y las enfermedades periodontales representan un problema de salud pública dada su alta prevalencia, impacto en los individuos y en la sociedad, y el costo de su tratamiento<sup>1</sup>.

Por ello, desde los 90, el sistema público de salud chileno ha incorporado más atenciones dentales a la cartera de servicios de los establecimientos de la red pública, focalizando gran parte de los recursos en población menor de 20 años. También desde 2005 las GES odontológicas han intentado reducir las desigualdades según nivel socioeconómico (NSE) en el acceso a atenciones dentales. Ello implicó ampliar infraestructura y recursos humanos para responder mejor a la mayor demanda de la población.

La evaluación de los Objetivos Sanitarios para Chile 2000-2010 muestra que se logró reducir el daño por caries en la población de 12 años pero no se logró la cobertura de atención dental del 50% en la población menor de 20 años (aumentó sólo del 22% al 22,5%)<sup>2</sup>.

Estos antecedentes, más la creciente demanda poblacional de una mayor cobertura pública de las atenciones dentales, y el trabajo del Colegio de Dentistas tendiente a incorporar la odontología a la modalidad FONASA libre elección, explican que el pasado 21 de mayo, el Presidente de la República, Sebastián Piñera, anunciara que desde julio de 2013 los beneficiarios FONASA de entre 12 y 17 años podrían acceder a atención dental en proveedores privados financiada mediante una atención subsidiada en un 40% por el Estado.

Este beneficio supuso definir 6 canastas con sus respectivos valores monetarios que mediante Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) permite que esos beneficiarios FONASA puedan acceder a obturaciones y endodoncias en clínicas dentales no pertenecientes

a la red pública de atención<sup>3</sup>. Los valores de esos PAD varían según el número de dientes a obturar y si se requiere endodoncia<sup>3</sup>. La diferencia no subsidiada debe ser financiada mediante un copago.

Tal anuncio es meritorio. Por primera vez la falta de cobertura odontológica emerge como tema relevante políticamente, pues fue en la cuenta presidencial del 21 de mayo de 2013 y ante el Congreso Nacional de la República donde aparece como uno de los anuncios presidenciales la incorporación de la atención dental en modalidad libre elección para la población adolescente. Sin embargo, creo importante comentar que este modelo de atención implementado, presenta una serie de aspectos importantes a reconsiderar por sus eventuales efectos e incentivos del esquema implementado. Entre otros, están los relacionados con los mecanismos de pago para retribuir a los dentistas, la tarificación de los 6 PAD, la falta de un estudio epidemiológico basal para evaluar el impacto de esta política, el control y auditoria de las prestaciones otorgadas.

Por ejemplo existe evidencia de los incentivos de los mecanismos de pago. Y el esquema implementado para retribuir las atenciones dentales en modalidad libre elección implica que en la práctica a los dentistas se les pagará mediante "pago por servicio". Considerando nuestro entorno con falta de regulación en odontología, asimetría de la información entre profesional y paciente, un modelo de contratación precario de odontólogos, dentistas ávidos por "capturar" más pacientes, etc. Es de esperar que el esquema PAD inducirá la demanda e incentivará el sobretratamiento.

Sin embargo, quien suscribe desea destacar dos aspectos relevantes desde el punto de vista de salud pública:

1.- Este programa FONASA Dental libre elección no necesariamente repercutirá en lograr población más sana, ya que no se acompaña de un PAD que promueva

o fomente la salud bucal ni favorece un modelo de atención de salud bucal integral. Más bien reparar parceladamente el daño ya producido.

2.- Aspectos vinculados a las desigualdades en salud, que consideran no sólo el daño desigualmente distribuido en la población de 12 años según NSE y condición urbano/rural, sino que también la desigualdad socioeconómica o de ingresos de las familias chilenas. Son precisamente los grupos menos favorecidos (quintiles de menores ingresos) los que presentan mayor daño en el estado de salud bucal. Por tanto, es importante atenuar los méritos de los logros alcanzados la década pasada así como revalorar la gravedad del incumplimiento de otros. Si bien disminuyó el daño por caries (COPD=1,9), ese promedio se distribuye muy desigualmente.

También precisar que este modelo de atención no va en la línea de los Objetivos Sanitarios Chile 2011-2020 para reducir aún más las brechas y las persistentes desigualdades en salud.

Si bien en promedio la caries afecta al 62,5% de la población chilena de 12 años, ese promedio se distribuye desigualmente. Por ejemplo, el porcentaje libre de caries a los 12 años es mayor en los de NSE alto (68,2%) que en los de NSE medio (36,5%) y bajo (29,5%)<sup>4</sup>. El daño por caries es tres veces mayor en los niños/as de NSE bajo (COPD=2,22) respecto a los de NSE alto (COPD=0,66)<sup>4</sup>. También a los 12 años de edad el 40% de las personas de áreas urbanas y el 22,3% de las áreas rurales están libres de caries. En tanto, el daño por caries es 1,5 veces mayor en los niños de zonas rurales (COPD=2,59).

Entonces, es claro que las necesidades de tratamiento también muestran una marcada gradiente según NSE y zona de residencia<sup>5</sup>. Ello implica que los adolescentes de familias menos favorecidas que deseen acceder a la atención dental libre lección deberán incurrir en mayor gasto de bolsillo (copago) para recuperar su salud bucal. Esto cobra relevancia ya que Chile es uno de los países de la OECD con mayor gasto de bolsillo para financiar

servicios sanitarios, y donde los estratos más ricos se han hecho levemente menos vulnerables a los gastos de bolsillo en bienes y servicios de salud, mientras los pobres han aumentado su exposición a tales gastos<sup>2</sup>.

Un principio de equidad en salud es otorgar los mismos servicios sanitarios a aquellos con igual necesidad independiente de su condición socioeconómica. Pero pareciera que en la atención dental FONASA libre lección eso no importara...

DR. MARCO CORNEJO-OVALLE

Especialista en Radiología Oral y Maxilofacial. Máster en Salud Pública. PhD(c) en Salud Pública.

Docente Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

#### Referencias.

1. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization 2005;83(9).

2. Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010. Evaluación final del período. Ministerio de Salud. [Consultado el 02-01-2014]. Disponible en <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/EvaluacionObjetivosSanitarios2000-2010.pdf>

3. Nueva cobertura de prestaciones dentales beneficia a todos los adolescentes mayores de 12 y menores de 18 años. [Consultado el 17-01-2014]. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-article-8570.html>

4. Soto L, Tapia R, Jara G, Rodríguez G, Urbina T. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. Chile 2007.

5. Contreras I, Contreras E, Araneda P & Solís B. Oral health status in 12 to 17-year-old school children from Valle Nonguén, Concepción, 2013. J Oral Res 2013;2(3):109-13.