

Acerca de las desigualdades socioeconómicas en la atención odontológica en Chile

Editor:

He leído con interés el reciente artículo de Vásquez y colaboradores titulado "Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000–2009" ("Desigualdades en salud y en la atención sanitaria relacionadas con los ingresos en Chile, 2000–2009"), publicado en el número 2 del volumen 33 de la Revista Panamericana de Salud Pública (1). En este trabajo se describe la evolución de las desigualdades socioeconómicas en la utilización de los servicios sanitarios en Chile antes (años 2000 y 2003) y después de la implementación de la reforma de garantías explícitas en salud (2009). Entre los servicios evaluados se encuentra el número de atenciones dentales durante los tres meses previos a la encuesta. Al respecto, los autores concluyen que, si bien el número promedio de visitas al dentista per cápita ha aumentado, persisten marcadas desigualdades pro-ricos en las atenciones odontológicas.

En la presente carta deseo hacer algunos comentarios respecto a una de las conclusiones reveladas por los autores mencionados, considerando la comparabilidad de los datos utilizados. En primer lugar, sería plausible proponer que los autores del artículo comentado podrían haber subestimado los avances y las mejoras en la disminución de las desigualdades en la intensidad de uso de las atenciones dentales en Chile —medida mediante la cantidad de visitas al dentista.

El artículo de Vásquez y colaboradores es uno de los pocos estudios publicados que han evaluado la evolución de las desigualdades en la utilización de servicios sanitarios, luego de la implementación de la reforma de garantías explícitas en salud (GES) en Chile. Representa por tanto un importante aporte en el análisis de los determinantes de las desigualdades en la utilización de servicios sanitarios, especialmente en Chile, cuyo sistema se caracteriza por su fragmentación según el tipo de cobertura de salud que otorgan a la población los distintos esquemas de aseguramiento, marcadamente relacionado con el nivel socioeconómico (NSE) de las personas (2).

Además es el único estudio publicado que considera las atenciones dentales entre los servicios evaluados, tanto la prevalencia poblacional de personas que declararon haber visitado al dentista en los tres últimos meses previos a la encuesta como el número de visitas realizadas en el mismo período. Al respecto, los autores observan que si bien ambas han aumentado, persisten marcadas desigualdades pro-ricos en las atenciones odontológicas.

En este sentido, considero que sería adecuado que los autores precisaran cómo determinaron la comparabilidad de los datos utilizados para evaluar la evolución del número promedio de visitas al dentista.

En la fuente de información que los autores utilizaron, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional de Chile —CASEN 2009 (3), la pregunta s18 consultó sobre el número de atenciones odontológicas. La categoría "control sin tratamiento" (opción 2 de las preguntas s9 y s8 de las CASEN 2000 y 2003, respectivamente) correspondería a la definición de control utilizada en la CASEN 2009. Al respecto, en la página 97 del documento "Manual de trabajo de campo para el encuestador CASEN 2009 —Instrucciones para el encuestador" (4), se explicita que, a diferencia de las CASEN 2000 y CASEN 2003, se contabilizaron como visitas las atenciones dentales, pero excluyendo expresamente los controles odontológicos. Así, en dicho documento se definen categóricamente las atenciones dentales como ". . . aquellas atenciones solicitadas por la persona para realizarse un tratamiento dental, ya sea de urgencia o de recuperación. Por ejemplo: tratamiento de conducto, obturaciones (o aplicación de tapaduras), limpiezas dentales, instalación de prótesis dentales (placa), instalación de frenillos, etc. Se debe excluir de este tipo de atención los servicios dentales que forman parte de un control, en los cuales la persona se realiza una revisión de rutina con el fin de determinar si tiene algún problema dental para tratarse en un futuro (evaluación dental). También se deben excluir los controles dentales tendientes a determinar el éxito de un tratamiento con posterioridad a él y los controles de rutina por ortodoncia (frenillos) o prótesis (placa)".

Por otra parte, en las páginas 106 y 107 del mismo documento, se destaca explícitamente que "Control dental se definirá [. . .] [en los casos en que] la persona manifieste haber recibido servicios odontológicos que forman parte de un control, en los cuales la persona se realiza una revisión de rutina con el fin de determinar si tiene algún problema dental que deba tratarse con posterioridad (evaluación dental), o para determinar el éxito de un tratamiento con posterioridad a él (por ejemplo, después de 6 meses o un año) y los controles de rutina por ortodoncia (frenillos) o prótesis".

Según estos antecedentes, considero importante que los autores del artículo aludido pudieran precisar la metodología utilizada a fin de que las conclusiones del estudio sean consideradas por los lectores, teniendo en cuenta algunas posibles limitaciones que me parece pertinente mencionar, ya que en el contexto del aporte porcentual que representan las visitas al dentista sólo por control o "revisión", en la Encuesta

Nacional de Salud de Chile 2009–2010 (5), el 28% de la población declaró que el motivo por el que consultó en la última visita al dentista fue por “revisión o control” (16% y 36% de las personas del quintil menos y más favorecido, respectivamente).

Considerando los datos de la CASEN 2000, que representa la línea basal del estudio, del total de consultas dentales, 35% correspondieron a “control sin tratamiento” (28% en el quintil de NSE más bajo y 44% en el quintil de NSE más alto).

De igual manera, en la CASEN 2003, 36% de la población que declaró haber visitado al dentista lo hizo sólo por “control sin tratamiento” (32% en el quintil de NSE más bajo y 43% en el quintil de NSE más alto).

Por lo tanto, podemos suponer que un porcentaje importante de las atenciones no estarían consideradas en el recuento del número de visitas en el estudio de Vásquez y colaboradores (1). Así, sería plausible plantear que los autores podrían haber subestimado los avances en la reducción de las desigualdades en la intensidad de uso de las atenciones dentales.

Marco Cornejo-Ovalle
 Universidad de Chile
 Facultad de Odontología
 Santiago, Chile
 mcornejo@odontologia.uchile.cl

REFERENCIAS

1. Vásquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000–2009. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(2):98–106.
2. Becerril-Montekio V, Reyes JD, Manuel A. Sistema de salud de Chile. *Salud Publica Mex*. 2011;53 supl 2:S132–43.
3. Chile, Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta CASEN 2009. Disponible en: www.mideplan.cl/casen Acceso el 29 de febrero de 2014.
4. Chile, Ministerio de Desarrollo Social. Manual de trabajo de campo para el encuestador CASEN 2009. Instrucciones para el encuestador. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollo-social.gob.cl/casen/registro/basedatos.php> Acceso el 14 de abril de 2013.
5. Chile, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/descarga-ens/> Acceso el 29 de febrero de 2014.