

LA ODONTOLOGÍA EN LA NUEVA SALUD PARA CHILE



**Discusiones constitucionales de los
recién egresados de odontología
2021**

Marco General de la salud en Chile

La Organización Mundial de la Salud define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12 define el derecho a la salud como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Agrega que el derecho a la salud implica tanto libertades y derechos que imponen obligaciones negativas, como por ejemplo no interferir sobre la libertad de las personas (libertad sexual y tratamientos experimentales sin consentimiento), y positivas, que se refieren a la provisión de bienes que permitan disfrutar del más alto nivel de salud posible.

De acuerdo con el enfoque de determinantes sociales, la salud depende de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen. Por tanto, el Estado tiene la responsabilidad de implementar todas las medidas necesarias para erradicar las desigualdades injustas que determinan el estado de salud de las personas y de la sociedad en general (OMS 2009).

La Constitución de 1980 y el Derecho a la Salud

La Constitución vigente establece en su Capítulo III los derechos y deberes constitucionales. El artículo 19, dividido en 26 numerales, dispone aquellos derechos que deben ser asegurados a todas las personas. En específico, los derechos vinculados a la salud son:

- Contenido en el n° 1, está **el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona**.
- Contenido en el n° 8 **está el derecho a vivir en un medio ambiente libre de contaminación**. Es deber del Estado velar porque este derecho no sea afectado y tutelar la preservación de la naturaleza.
 - Contenido en el n° 9 se encuentra **el derecho a la protección de la salud**, en virtud del cual se contienen las siguientes disposiciones:
 - El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

- Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.
- Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.
- Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

Como mecanismo para garantizar el disfrute de dichos derechos, se contempla la acción de protección, contenida en el art. 20 de la Carta Fundamental. Dicha disposición establece que

“El que por causa de actos u omisiones arbitrarios o ilegales sufra privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio de los derechos y garantías establecidos en el artículo 19 (...) podrá ocurrir por sí o por cualquiera a su nombre, a la Corte de Apelaciones respectiva, la que adoptará de inmediato las providencias que juzgue necesarias para restablecer el imperio del derecho y asegurar la debida protección del afectado, sin perjuicio de los demás derechos que pueda hacer valer ante la autoridad o los tribunales correspondientes”.

Por otra parte, existen otros derechos fundamentales consagrados en la Constitución que tienen relación, de forma indirecta, con el Derecho a la Salud, como lo son la Igualdad ante la Ley (art. 19 n° 2) y el Derecho a la seguridad social (art. 19 n° 18).

En contraste con lo anterior, en nuestra actual Carta Magna existen derechos que, de algún modo, podrían en términos prácticos contraponerse a reformas necesarias para mejorar la protección efectiva del Derecho a la Salud, como lo son el Derecho a la Libre Iniciativa Económica (art. 19 n° 21) y el Derecho de Propiedad (art. 19 n° 24). Por ejemplo, la creación de un Fondo Único Solidario de Salud podría pugnar con el derecho de propiedad, si se entiende que éste consagra el dominio individual de las cotizaciones de salud.

Al ser la Constitución la ley fundamental, donde se consagran derechos y deberes, estos enmarcan el camino de un país y su desarrollo en términos políticos y económicos. Sin embargo, la Constitución de 1980 establece de forma tácita una jerarquía de derechos de primera y segunda categoría. Es así como el Derecho a la salud está consagrado positivamente, pero lo único que se puede exigir judicialmente (mediante la ya referida acción de protección) es el respeto al derecho a la libertad de elección entre un sistema público (Fonasa) y privado (ISAPRE).

En este sentido, sostenemos que la configuración institucional del derecho a la salud, como está concebida en la Constitución del '80, responde a una concepción ideológica neoliberal, que privilegia lo individual por sobre lo colectivo. En salud, esto se manifiesta teniendo una preferencia fuerte por mecanismos de distribución de mercado por sobre una estructura de derechos sociales. Por tanto, el acceso y disfrute del derecho queda supeditado a factores como la capacidad de pago a nivel individual; el Estado asume un rol subsidiario en la protección de la salud poblacional y otros derechos. Desde este rol, el Estado sólo asume la protección de derechos cuando los actores privados han fallado en su iniciativa.

Consideramos que la Salud debe estar consagrada en una nueva constitución como un Derecho Social y debe ser garantizada por igual para toda la población, por el Estado a través de sus instituciones. Esto implica superar el rol subsidiario del Estado.

El Estado y la administración de los recursos públicos deben garantizar condiciones políticas, económicas y materiales que permitan una vida saludable; por tanto, se deberán considerar derechos medioambientales, sociales y económicos, los cuales propenden al desarrollo de condiciones de vida digna para todos.

El Estado debe asumir un rol protagónico, para construir un sistema de salud que permita tener cobertura universal en nuestro país, independiente de la capacidad de pago individual, con esto alcanzar la universalización de acciones

La protección del derecho a la Salud deberá implicar el derecho al cuidado sanitario, es decir el conjunto de bienes y servicios que son exigibles a las instituciones de salud, como la mejor forma de asegurar la protección efectiva de la salud (prevención, tratamiento y rehabilitación).

Se debe consagrar un paradigma de determinantes sociales que entienda que la salud depende de las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y

envejecen. En virtud de ello, el Estado tendrá la responsabilidad de implementar todas las medidas necesarias para erradicar las desigualdades injustas que determinan el estado de salud de las personas y de la sociedad en general. Por tanto, todas las políticas del Estado deben ir en esta dirección.

La salud es una responsabilidad colectiva. Por tanto, la construcción de un sistema asistencial debe basarse en principios de solidaridad y equidad, en el cual se mancomunan esfuerzos colectivos para dar respuesta a las necesidades de salud de todas las personas independiente de su capacidad de pago individual.

Realidad sanitaria odontológica actual

Las patologías bucodentales en la actualidad, más que en cualquier otra época de la historia reflejan inequidades estructurales de las sociedades y de los sistemas de salud, afectando con particular fuerza a grupos social y económicamente vulnerables, influyendo en múltiples aspectos de la salud general y vida cotidiana de las personas, siendo por tanto un problema de salud pública relevante en todo el mundo.

Se debe entender que privar de salud oral a la población es privar al pueblo de Chile de alimentarse correctamente, es privarlo de una comunicación y fonación correcta. Corresponde a obligar a nuestra población a esconder sus sonrisas y minimizar sus vínculos sociales por vergüenza.

La salud oral tradicionalmente ha sido vista como un problema individual sin mayor impacto en indicadores epidemiológicos de uso clásico como la mortalidad o la esperanza de vida, sin embargo a la luz de la evidencia, hoy se puede establecer que la mala salud oral puede tener un profundo efecto en la salud general (Muñoz, 2020) y se sabe que varias enfermedades orales están asociadas con múltiples enfermedades crónicas (Hallmon, 1992; Hanindriyo, 2018), con el estado nutricional (Fitzsimons, 1998; Hanindriyo, 2018), bajo peso del niño al nacer y/o parto prematuro (Boggess KA, Edelstein BL. 2006) aumento de neumonías aspirativas (van der Maarel-Wierink, C. D., Vanobbergen, J. et al, 2013), entre otras varias condiciones de salud (FDI, 2015; Franco et al, 2009; Gallego et al, 2017; Hyde et al, 2006; Repetto y Gallegos, 2011; Hanindriyo, 2013) .

No obstante, a pesar de su relevancia sanitaria, el gasto en salud oral tiene un comportamiento muy particular en cuanto a sus formas de financiamiento. En muchos países del mundo este gasto tiene una cobertura parcial o nula en los sistemas de seguros,

normalmente con un copago asociado y que en general junto a salud mental han sido tradicionalmente eludidos por los sistemas de aseguramiento sanitario (Vergara-Iturriaga, 2006). Esta elusión lleva a asumir de manera individual y con un pago directo el gasto en salud oral. Según datos de la OCDE del 2017, del total del gasto de bolsillo en servicios de salud, la proporción que representa el pago directo por servicios odontológicos va desde un 7% (México) hasta un 35% (España) (Castillo-Laborde Carla, 2013) (OECD, 2017). La Salud oral por tanto representa en general una desprotección financiera frente a otros problemas considerados más relevantes en salud (Vergara-Iturriaga M, 2006).

Esta baja cobertura en salud oral plantea para los países un problema real en salud, el tratamiento de las enfermedades orales suele tener un alto costo, representando en la mayoría de los países desarrollados el cuarto problema de salud más caro (Pérez-Núñez R, 2007). En Chile la escasa disponibilidad de prestaciones odontológicas brindadas por el sector público y aseguradas por el FONASA junto a la nula cobertura real de los seguros privados de las ISAPRES, obliga a las personas a buscar atención a costa de un pago directo, llegando a posponer dicha atención cuando no existe capacidad de pago y por tanto profundizando las inequidades en salud y los problemas asociados.

Por otro lado el sistema de salud oral chileno presenta una fragmentación importante, no contando con un acceso universal, salvo para urgencias odontológicas, sino que con un sistema de programas focalizados en poblaciones de riesgo, con cobertura limitada y específicos criterios de inclusión. No existen datos actualizados y generales de cobertura en el sistema público, no obstante al año 2008 se estimaba que para menores de 20 años incluidos en los programas ministeriales existía una cobertura del 22,5%.

Recordemos que según un informe del Ministerio de Salud (2016), actualmente la lista de espera para una consulta de especialidad médica es de 1.620.000 personas, de las cuales 411.000 corresponden a especialidades odontológicas. Es decir, el 25% del total de la lista, lo conforman pacientes con problemas de salud bucal.

En Chile el gasto total en salud oral para el año 2018 correspondió a un 0,37% del PIB del cual aproximadamente un 59,6% correspondió a gasto de bolsillo, un 34% a gasto público y un 6,4 de gasto de los seguros privados (Palavecino, 2019), lo que deja en evidencia el abandono de la seguridad social para con la salud oral de los Chilenos. De acuerdo a la Encuesta de Presupuestos Familiares del INE, en el año 2017, del total de gasto familiar en salud un 16% corresponde a servicios y procedimientos odontológicos, ubicándose dentro de los 5 problemas de salud con mayor gasto de bolsillo en Chile, el cual en la actualidad

producto de los efectos de la pandemia se debió haber incrementado debido a la disminución de las atenciones en la red pública por el riesgo de contagio, congelamiento de programas, redistribución de recursos, etc., obligando a las personas a recurrir a atención privada.

En lo que se refiere a la brecha de recurso humano en el subsistema público, de acuerdo al Informe de Brechas para Médicos y Odontólogos Generales y Especialistas 2021 del MINSAL, para el cumplimiento de cobertura del Plan de Salud Familiar en el área odontológica, propuesto para el 2020, esta sería de aproximadamente 2038 Odontólogos para APS a lo largo del país, en tanto que para lograr un acceso equitativo a especialistas en atención secundaria por cada 100.000 habitantes en los diferentes territorios, tomando como referencia la tasa promedio nacional, la brecha entre las distintas especialidades sería de 253 profesionales y de 2111 si se toma como referencia el Servicio de Salud como mejor tasa de especialistas por cada 100 habitantes.

La necesidad de una encuesta nacional de salud oral es de fundamental relevancia para el área, que permitiría disponer de un mapa epidemiológico en salud oral sobre la cual replantear y generar políticas en base a la evidencia y necesidades territoriales del país.

Antecedentes epidemiológicos

En cuanto a datos epidemiológicos, según estudios nacionales disponibles, a la edad de 2 años un 17,5% de los niños y niñas, ya tiene caries, cifra que aumenta a un 49.6% a los 4 años y llega cerca del 70% a los 6 años. Esto aumenta con la edad, hasta llegar a un 99,4% en adultos de 65 a 74 años. Es decir, entre los 65 y 74 años, el 99% de las personas de Chile tiene caries. (Minsal, 2018. a)

Las enfermedades gingivales (de las encías), también van en aumento con la edad y estas en conjunto con la caries dental influyen directamente en la pérdida de dientes. Solo un 20% de las personas entre los 35 y 44 años conserva completa su dentadura, esto quiere decir que al menos el 80% de estas ya ha perdido un diente. Junto a esto, solo el 1% de la población conserva su dentadura completa entre los 65 y 74 años. (Minsal, 2018. b)

Cabe recordar que solo durante la niñez y parte de la adolescencia se produce un proceso natural de recambio dental. El perder un diente durante la vida adulta es siempre por consecuencia de proceso patológico y nunca fisiológico, y por lo tanto, es posible morir con todos los dientes que nos erupcionaron durante nuestra niñez.

Al considerar estos datos, es posible inferir que la mayoría de las personas en Chile tiene uno o más problemas de salud oral, los cuales aumentan a medida que avanza la vida y se acentúan en los niveles socioeconómicos medios y bajos.

Las últimas cifras del Ministerio de Salud revelan que en Chile más de 287 mil personas llevan más de un año esperando recibir atención y 39 mil esperan hace más de 3 años. La lista de espera odontológica representa un 25% de la lista de espera de especialidades no GES y ha aumentado un 48% en los últimos 7 años. Según un análisis de Fundación Sonrisas, el promedio de espera para especialidades odontológicas en el sistema público es de 17 meses (511 días), mientras que la espera para una atención de especialidad médica es menor a 12 meses (339 días).

Una nueva salud para Chile

Un nuevo sistema de salud para Chile, permite replantear el actual sistema de salud oral, con la implementación de un Fondo y Seguro Único Solidario de Salud y la implementación de un Plan de Salud Universal para todas y todos. Dentro de este plan asegurado proponemos incorporar una cobertura financiera completa, que incluya diagnóstico, atenciones preventivas y curativas de baja complejidad para toda la población.

Debemos velar por la incorporación del concepto de salud oral al concepto de salud integral, y evitar lo que actualmente ocurre cuando los planes de ISAPRES no contemplan la salud oral dentro de sus planes básicos. El aparato estomatognático permite comer, hablar, comer, comunicar. Permite todas las expresiones faciales como sonreír, respirar, besar o succionar. Cualquiera de estas áreas afectadas repercuten directamente en la salud y socialización de las y los chilenas/os.

Creemos profundamente que la odontología social y comunitaria puede disminuir la injusta brecha que se vive en el actual modelo, llevando al dentista no solamente a los colegios como ya existe sino hasta sus barrios, atendiendo en juntas de vecinos con sillones dentales portátiles, logrando así atención odontológica de baja complejidad pero de alto impacto social. Tengamos presente para esta propuesta que la instalación e implementación de una unidad de atención dental portátil es menos costosa que la de un box dental fijo.

Necesitamos apuntar a la integración público privada, donde podamos tener un sistema sanitario unificado que nos permita dejar a las personas con atención odontológica completa.

El sector privado, que abarca al 70% de nuestros colegas, deberá asumir en un primer tiempo la lista de espera odontológica, frente a la evidente urgencia que existe. Esto permitirá mejorar en un corto periodo de tiempo la salud oral de los chilenos mientras se concrete la vinculación e instalación en los diferentes territorios de la dotación de dentistas generales y especialistas que el Ministerio de Salud recomienda en su Informe de Brechas para Médicos y Odontólogos Generales y Especialistas 2021.

Es fundamental velar por el derecho al trabajo digno como se encuentra en la Declaración Universal de DDHH, ya que bajo el actual modelo de estado subsidiario, no se puede regular la cantidad de profesionales en formación, desembocando en cesantes ilustrados y en la mayoría de los casos endeudados. Tampoco permite regular la formación de profesionales según las necesidades que determinen las proyecciones de crecimiento demográfico y epidemiológico del país.

Hablando de nuestra formación, debemos velar por una educación con perspectiva de género que fomente la colaboración entre equipos interdisciplinarios, que fomente la solidaridad y el compromiso con el cambio social.

La necesidad de respetar las normas éticas que rigen nuestro actuar profesional es esencial. Proponemos entonces restablecer la tuición ética, y la colegiatura profesional obligatoria. La tuición ética estuvo históricamente ligada en Chile a los respectivos Colegios Profesionales. Durante la dictadura militar, perdimos esta capacidad resolutoria además de eliminar la colegiatura obligatoria. Desde ese entonces los Colegios Profesionales pasaron a ser Asociaciones Gremiales, menoscabando el peso histórico y social que poseían al igual que la salud de la población chilena. Creemos también que los Colegios Profesionales deben fomentar el sindicalismo para lograr condiciones laborales dignas mediante la negociación colectiva de los trabajadores.

Quisiéramos antes de terminar mencionar que dentro de los dentistas jóvenes existen muchos profesionales socialmente comprometidos que creemos en la construcción de un mejor país, más solidario y colaborativo. Muchas veces por falta de oportunidades de ingreso al servicio público pudiendo atender por vocación de servicio, estamos forzados a someternos a condiciones laborales precarias y abusivas, sin percibir la justa remuneración que nuestro trabajo merece y obligándonos a entregar una salud oral con enfoque mercantilista y elitista.

Ninguna de estas propuestas expuestas tiene sentido si es que esta Convención no se compromete en buscar una salud integral que no olvide a la salud oral, velando siempre por

la promoción y prevención además del enfoque comunitario para así obtener la salud digna y justa que Chile merece.

Colaboraron en la elaboración del documento

- Manuel Arrellano V., Cirujano Dentista
- Diego Barraza Barria, Técnico en Odontología
- Joaquín Cademartori C., Cirujano Dentista, Presidente Capítulo de Recién Egresados de Odontología

- Constanza Haleby B., Cirujana Dentista, Vicepresidenta Capítulo de Recién Egresados de Odontología
- Alberto Inzulza G., Cirujano Dentista, Secretario Político Capítulo de Recién Egresados de Odontología
- Constanza Muñoz M., Cirujana Dentista
- Pablo Pizarro A., Cirujano Dentista, Secretario General Capítulo de Recién Egresados de Odontología