



ARTÍCULO  
ORIGINAL

# DETERMINANTES SOCIALES Y EQUIDAD DE ACCESO EN LA SALUD DENTAL EN CHILE

## Adaptación de la Comunicación ganadora de las IV Jornadas sobre Salud Oral y Desigualdad del COEM (2013).

Delgado B., I., Cornejo-Ovalle, M., Jadue H., L., Huberman, J.  
*Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. Cient. Dent. 2013; 10; 2: 101-109.*



**Delgado B., Iris**  
Centro de Epidemiología y Políticas de Salud Pública. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Profesora, Magíster en Bioestadística.

**Cornejo-Ovalle, Marco**  
Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Odontólogo. Máster en Salud Pública.

**Jadue H., Liliana**  
Vicedecana de Carreras de la Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Médico. Magíster en Salud Pública

**Huberman, Joyce**  
Escuela de Odontología, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Odontólogo. Magíster en Docencia Universitaria.

Financiación:  
*Dirección de Investigación de la Universidad del Desarrollo. Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.*

**Indexada en / Indexed in:**  
- IME  
- IBECS  
- LATINDEX  
- GOOGLE ACADÉMICO

**Correspondencia:**  
Marco Cornejo-Ovalle  
Calle Sergio Livingstone  
Pohlhammer 943  
8380-492 Independencia,  
Santiago de Chile  
mcornejo@odontologia.uchile.cl

Fecha de recepción: 16 de mayo de 2013.  
Fecha de aceptación para su publicación:  
10 de junio de 2013.

### RESUMEN

#### Introducción y Objetivo:

En Chile en la década del 2000, como parte de la Reforma de Salud se implementaron las Garantías Explícitas en Salud (GES) con el propósito de disminuir las desigualdades en salud. El objetivo del estudio es describir las desigualdades en la necesidad de atención dental autopercibida, en la demanda de atención y en el acceso a las atenciones dentales existentes el año 2003 antes de la implementación de las GES en Chile.

#### Métodos:

Estudio transversal en población chilena usando datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2003). Las variables dependientes fueron: "Necesidad de atención dental autopercibida" (Sí/No); "Solicitó atención" (Sí/No) y "Recibió atención" (Sí/No). Las variables independientes fueron sexo; edad, residencia urbano-rural; etnia; nivel socioeconómico (quintil de ingresos) y tipo de seguro de salud (público-privado). Mediante modelos multivariados de regresión logística se obtuvieron Odds Ratio ajustados y sus intervalos de confianza al 95% para determinar las variables que explican no recibir atención.

#### Resultados:

El 34% percibió necesitar atención. De éstos, el 67% la demandó. Del total que demandó atención, el 9% no la recibió. Existe una mayor probabilidad de no recibir la atención solicitada en las personas de menor nivel socioeconómico, que pertenecen a alguna etnia indígena, que viven en zona rural y que tienen seguro público de salud.

### SOCIAL DETERMINANTS AND FAIRNESS OF ACCESS IN DENTAL HEALTH IN CHILE

#### ABSTRACT

#### Introduction and objective:

In Chile in the decade of the 2000s, as part of the Health Reform, the Explicit Health Guarantees (GES-acronym in Spanish) were implemented for the purpose of decreasing the inequalities in health. The objective of the study is to describe the inequalities in the self-perceived need for dental attention, in the request for care and in the access to dental care existing in the year 2003 before the implementation of the GES in Chile.

#### Methods:

Cross-section study in the Chilean population using data from the National Socioeconomic Characterisation Survey (CASEN 2003). The dependent variables were: "Self-perceived need for dental care" (Yes/No); "Requested care" (Yes/No) and "Received care" (Yes/No). The independent variables were gender, age, urban-rural residence; ethnicity; socioeconomic level (quintile of income) and type of health insurance (public or private). By means of multi-variate logistic regression models, the adjusted Odds Ratio and the confidence intervals at 95% were obtained in order to determine the variables that explain not receiving care.

#### Results:

34% perceived needing care. Of these, 67% requested it. Of the total who requested care, 9% did not receive it. There is a greater

**Conclusión:**

En la población chilena, se observaron desigualdades sociales en la percepción de necesitar atención, en la solicitud de atención dental y en recibir la atención dental solicitada. Estas desigualdades se pueden atribuir, entre otras razones, a la fragmentación del sistema sanitario y orientan a que el sistema de salud chileno debiera ser de cobertura universal.

**PALABRAS CLAVE**

Determinantes sociales; Desigualdades; Atención dental; Chile; Necesidad percibida.

probability of not receiving the requested care in the persons with a lower socioeconomic level, which belong to an Indian ethnic group, who live in rural areas and that have public health care insurance.

**Conclusion:**

In the Chilean population, social inequalities were observed in the perception of the need for care, in the request for dental care and in receiving the requested dental care. These inequalities may be attributed, among other reasons, to the fragmentation of the healthcare system and indicate that the Chilean healthcare system should be of universal coverage.

**KEY WORDS**

Social determinants; inequalities; dental care; Chile; perceived need.

**INTRODUCCIÓN**

Los problemas de salud bucodental, las caries y las enfermedades periodontales representan un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y la repercusión que tienen sobre los costes sanitarios y sociales. Sin embargo, debido a que no ocasionan mortalidad directa, durante mucho tiempo se han abordado de manera individual y no poblacional. Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida Chile-2006<sup>1</sup>, el 37% de los mayores de 15 años perciben que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre. Asimismo, según la Primera Encuesta Nacional de Salud (ENS 2003)<sup>2</sup>, el 66% de los adultos tienen caries, con mayores prevalencias en hombres y en población de menor nivel socioeconómico. En Chile, sólo el 21,4% de la población declaró haber visitado al dentista el año previo a la encuesta, siendo la primera causa de consulta el dolor. También se reportó marcadas desigualdades socioeconómicas en la utilización de las atenciones dentales.

Para optimizar el uso de los recursos odontológicos, y responder mejor a las necesidades de la población, es necesario conocer y dimensionar el problema y sus causas, en función de los grupos que menos servicios reciben. En salud oral, la atención de la población está influenciada por la oferta de servicios y por la capacidad de la población de percibir la diferencia entre la necesidad de servicios preventivos y la de servicios curativos y de entender la diferencia entre ambos tipos de atención. Lo anterior se torna relevante pues todos los estudios, sin excepción, que abordan dimensiones socioeconómicas, muestran la mayor vulnerabilidad de las personas en situación de pobreza, de menor educación y de residencia rural.

Algunas políticas públicas en materia de salud bucal tales como la fluoración del agua potable desde hace más de 10 años alcanzaron por sobre el 70% de la población chilena, o la priorización en la atención de los menores de 20 años evaluadas recientemente<sup>3-5</sup> por el Ministerio de Salud (MINSAL) muestran avances y resultados positivos, pero aún falta mejorar en hábitos higiénicos y cuidados preventivos. En efecto, no obstante la implementación de algunas prestaciones de salud bucal en atenciones con garantías en salud incorporadas en la reforma de salud en el plan GES o lista de enfermedades con garantías explícitas de atención, en marcha desde el 2005<sup>6</sup> hay una brecha de inequidad entre la oferta actual<sup>7</sup> de atención odontológica y la demanda real y potencial de la población.

La investigación epidemiológica es fundamental ya que entrega evidencias sobre los problemas de nuestra población, aporta conocimiento para planificar y desarrollar políticas públicas acordes a las necesidades del país, avanzar con eficiencia y equidad en el derecho a la protección de la salud odontológica de todos los ciudadanos, contribuyendo a cumplir con los Objetivos Sanitarios 2011-2020<sup>8</sup> definidos para Chile.

Este trabajo pretende aportar conocimiento acerca de la situación basal de atención de salud dental previa a la implementación de garantías explícitas de salud bucal. Su objetivo general es describir el acceso a la atención dental, aplicando un modelo conceptual de necesidad de atención; solicitud de atención y respuesta del sistema de salud, y su relación con los determinantes sociales a través de la información de la encuesta CASEN 2003.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio de diseño transversal se basó en el análisis de la información de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN 2003, la cual recoge información para evaluar las políticas sociales y caracterizar la situación socioeconómica de la población del país. Esta encuesta, se aplica periódicamente desde 1987, cada 2-3 años, y su muestra es representativa a nivel nacional y urbano/rural. El módulo de salud incluye preguntas sobre sistema previsional de salud; percepción del estado de salud; acceso a los programas sociales de mayor cobertura y necesidad de atención dental. La dimensión socioeconómica se construye, caracterizando a los hogares y la población, según pobreza y quintil de ingresos (9, 10). En el año 2003, la muestra alcanzó un total de 68.153 hogares y 257.077 individuos.

### Variables de estudio:

**Variables Dependientes:** Construidas a partir de la pregunta: "En los últimos seis meses, ¿tuvo atención dental?", que sólo en la CASEN 2003 consideró como opciones de respuesta, detalladamente las siguientes: 1. "Sí, de urgencia", 2. "Control sin tratamiento", 3. "Sí, tratamiento", 4. "Solicitó atención y no se la dieron", 5. "Necesitó atención pero no la solicitó", y 6. "No necesitó atención", se reagruparon las categorías originales, construyéndose las variables, con respuestas dicotómicas "Sí" o "No", de la siguiente manera (figura 1):

*Percepción de necesidad de atención, demanda de atención y atención dental recibida en la población chilena en 2003.*

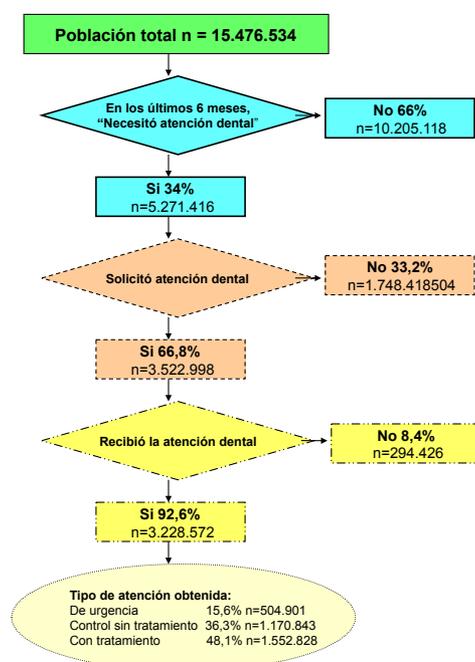


Fig. 1. Elaboración propia en base a datos de Encuesta CASEN 2003.

- **Necesidad de atención dental autopercibida:** Respuesta "Sí" identifica a las personas que reconocen haber tenido necesidad de atención, desde su percepción, y corresponden a las opciones 1, 2, 3, 4 y 5. Respuesta "No", opción 6, identifica a los que no tuvieron necesidad de atención dental.
- **Solicitud de atención dental (demanda de atención):** Respuesta "Sí": identifica a quienes tienen necesidad de atención y la solicitaron al sistema, es decir, demandan atención (agrupa opciones 1, 2, 3 y 4). Respuesta "No": Identifica la opción 5, los que necesitaron atención dental pero no la solicitaron.
- **Recibió la atención dental solicitada:** Respuesta "Sí": Identifica a los que solicitaron atención dental y fueron atendidos por el sistema (agrupa opciones 1, 2 y 3). Respuesta "No": Identifica la opción 4, solicitaron atención dental y no tuvieron respuesta.

**Variables Independientes:** Sexo; edad en años (< 5; 6-14; 15-59; 60 a 74 y > 75 años), residencia urbano-rural; pertenencia a etnia indígena; tipo de seguro de salud (público-privado-otros seguros) y nivel socioeconómico según quintil de ingresos.

### Análisis estadístico:

Se realizó el análisis uni y bivariado. Las variables independientes se describieron según características sociodemográficas de sexo; tramos de edad, residencia urbano-rural; pertenencia a etnias; nivel socioeconómico y sistema previsional de salud. Las diferencias estadísticas fueron verificadas a través del test de chi2 para las variables categóricas, y de tendencia central para las variables numéricas considerando un 95% de confianza ( $p < 0,05$ ).

Posteriormente mediante modelos de regresión logística multivariado stepwise se obtuvieron Odds Ratio ajustados (ORA) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) para determinar las variables que explican el menor acceso a las atenciones dental, es decir, las variables que influyen en la probabilidad de no recibir atención dental habiéndola solicitado al sistema. En el proceso de modelado fueron incluidas todas las variables con  $p < 0,05$  para la prueba de asociación. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS versión Windows 19.0.

## RESULTADOS

El 51,3 % de la población son mujeres; el 9,1% son <5 años, 16,5% de 6 a 14 años, 63% de 16 a 59 años, 8,2% de 60 a 74 años, y el 3,2% de 75 y más años. El 86,8% es población urbana; y el 5,4% pertenece a alguna etnia originaria (tabla 1). En relación al Sistema Previsional de Salud, en Chile se identifican 3 grandes tipos, FONASA o seguro público que cubre al 71,7% de la población; seguros privados o Isapres, que acoge al 16,7% de la población y otros sistemas que incluyen los sistemas de previsión de las fuerzas armadas y otros más pequeños para aproximadamente 11,6% de la población. Res-

pecto al NSE, el 23,1% y el 16% de la población pertenecen al quintil menos y más favorecidos (quintiles I y V respectivamente).

#### Necesidad de atención dental:

El 34% de la población perciben necesidad de atención en los últimos 6 meses (figura 1), con diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad, zona de residencia, etnia, seguro de salud y quintil de ingresos ( $p < 0,001$ ) (tabla 1). Las mujeres manifiestan mayor necesidad de atención dental que los hombres (36% y 32% respectivamente). Los residentes en zonas urbanas declaran mayor necesidad de atención dental que los habitantes de zonas rurales, con una diferencia de casi cinco puntos porcentuales. Por tramos etáreos, la mayor necesidad, se observa en los niños de 6 a 14 años (42,7%), y luego las

personas de 15 a 59 años con una diferencia de 8 puntos porcentuales. La necesidad es mayor en las personas pertenecientes a etnias en casi 3 puntos porcentuales (tabla 1).

El sistema previsional de salud y el nivel socioeconómico (quintil de ingreso de los hogares) muestran una relación directa con la necesidad expresada de atención dental. Las personas que perciben la necesidad de atención dental y que pertenecen al seguro privado de salud (Isapres) (40,8%) superan en 8 puntos porcentuales a las que perciben necesitar atención dental y pertenecen al Sistema Público de Salud (FONASA) (32,4%). Complementariamente, el 41,9% de la población del quintil más rico del país manifiesta necesidad de atención dental, cifra mayor en casi 10 puntos porcentuales que en la población de los tres quintiles de menores ingresos (tabla 1).

TABLA 1. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD AUTOPERCIBIDA DE ATENCIÓN DENTAL EN CHILE. UNIVERSO: POBLACIÓN DEL PAÍS. CASEN 2003.

Variable	Categorías	Percibió necesidad de atención dental				Total	
		Sí		No		N°	% Columna
		N°	% fila	N°	% fila		
Sexo *	Hombre	2.406.897	32,0	5.122.902	68,0	7.529.799	48,7
	Mujer	2.864.519	36,0	5.082.216	64,0	7.946.735	51,3
Edad * (años)	< 5	280.219	19,8	1.134.738	80,2	1.414.867	9,1
	6-14	1.089.919	42,7	1.460.676	57,3	2.550.595	16,5
	15-59	3.382.784	34,7	6.374.623	65,3	9.757.407	63,0
	60 a 74	404.720	31,8	869.894	68,2	1.274.614	8,2
	≥ 75	113.864	23,8	365.187	76,2	479.051	3,2
Zona de residencia *	Urbana	4.672.015	34,7	8.772.825	65,3	13.444.840	86,8
	Rural	599.401	29,5	1.432.293	70,5	2.031.694	13,2
Pertenencia a Etnias *	No	4.966.715	33,9	9.677.045	66,1	14.643.760	94,6
	Sí	304.701	36,6	528.073	63,4	832.744	5,4
Sistema previsional de salud	FONASA (público)	3.599.248	32,4	7.504.428	67,6	11.103.676	71,7
	Otro sistema	620.733	34,6	1.173.556	65,4	1.794.289	11,6
	ISAPRE (privado)	1.051.435	40,8	1.527.134	59,2	2.578.569	16,7
Quintil de ingresos autónomos *	I (menos ingresos)	1.125.119	31,5	2.448.873	68,5	3.573.992	23,1
	II	1.075.476	31,4	2.355.024	68,6	3.430.500	22,2
	III	1.002.215	32,7	2.063.343	67,3	3.065.558	19,8
	IV	1.010.169	35,2	1.858.087	64,8	2.868.256	18,5
	V (más ingresos)	1.036.746	41,9	1.436.457	58,1	2.473.203	16,0
	No responde	21.691	33,4	43.334	66,6	65.025	0,4
Población total		5.271.416	34,1	10.205.118	65,9	257.077	100

\*  $p < 0,001$

Fuente: Elaboración propia a base de encuesta CASEN 2003

### Demanda de atención dental:

Tomando como universo el total de la población que manifiesta necesidad de atención dental, sólo el 67% demandan atención al sistema de salud (figura 1 y tabla 2).

Utilizando el concepto de brecha como la razón entre el grupo de mayor y el de menor porcentaje, con respecto a la distribución de una condición, en la tabla 2 se observan brechas de desigualdad, que son todas estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

Por sexo, demandan más atención las mujeres que los hombres ( $p < 0,001$ ). El 77,6% de las personas de 6 a 14 años demanda atención, es decir, casi 22 puntos porcentuales más que los adultos de 75 y más años (tabla 2). Según zona de residencia, la brecha es 1,3 veces, es decir, las personas de zonas urbanas solicitan 30% más de atención dental. Según pertenencia a etnias indígenas, la brecha indica que la población no perteneciente a estas etnias demanda 1,16 veces más. Según tipo de seguro de salud (figura 2 y tabla 2), las brechas indican que las personas afiliadas al sistema de seguro privado de salud (ISAPRE) demandan atención de salud dental en mayor proporción que los afiliados a FONASA (1,28 veces más) o que los afiliados a otro sistema (1,22 veces más).

Población que demanda atención dental, según sistema previsional y quintil de ingresos, con brechas de inequidad. Universo: población que percibe necesidad de atención dental. Chile 2003.

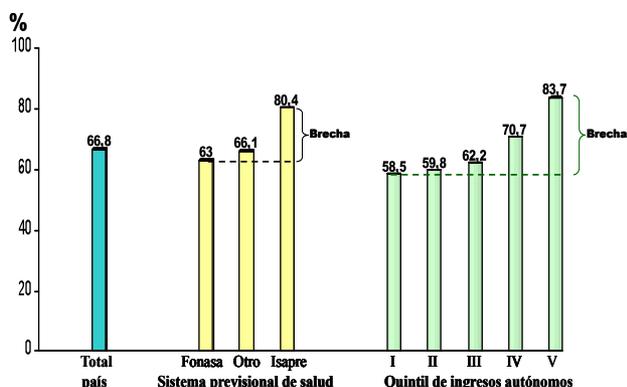


Fig. 2. Elaboración propia en base a encuesta CASEN 2003.

Población que demanda atención dental, según sistema previsional y zona de residencia urbano/rural. Universo: población que percibe necesidad de atención dental. Chile 2003.

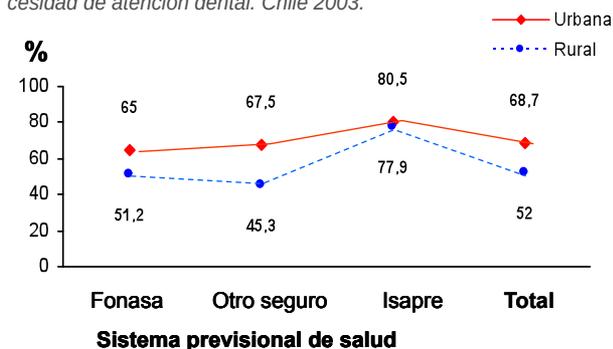


Fig. 3. Elaboración propia en base a encuesta CASEN 2003.

Analizando la demanda de salud dental según quintil de ingresos se observa una gradiente de inequidad, con una brecha que implica que el quintil más rico de la población demanda de atención dental 1,4 veces más que el quintil menos favorecido (figura 2).

Relacionando por zona de residencia y sistema previsional simultáneamente, se muestra que las personas que viven en las zonas rurales y pertenecen a otro sistema de seguro de salud presentan la mayor desventaja, con sólo 45,3% de demanda (figura 3).

### Recibió la atención dental solicitada:

En el sub-universo que solicitó atención, la mayoría lograron respuesta del sistema, sólo 8,4% de las personas aproximadamente, no recibieron la atención dental solicitada (figura 1 y tabla 2). La distribución por edad y sexo del grupo que recibe y que no recibe atención son similares, sin embargo, se observan importantes desigualdades según las demás variables. Analizando las prevalencias de quienes no recibieron la atención dental solicitada, la brecha de inequidad entre zonas urbana y rural alcanza a 1,5 en desmedro de las zonas rurales, para la población perteneciente a etnias es de 1,7 versus población no perteneciente a etnias (tabla 2). Aquí también se acentúan las diferencias entre afiliados del sistema público y privado. Casi 12% de la población de FONASA no recibe respuesta a su demanda, mientras que sólo 0,4% de los afiliados al sistema privado de salud quedan sin atención.

Según nivel de ingresos, aún teniendo presente que sólo 8,4% de la población no recibe la atención dental que solicita, destaca que mientras el 17,4% de las personas del quintil más desfavorecido no reciben la atención dental solicitada, este porcentaje es sólo del 1% en las personas del quintil más favorecido de la población del país (figura 4 y tabla 2).

Otro ámbito en el cual las desigualdades se manifiestan, corresponde al tipo de atención recibida. Globalmente, 15,6% de los servicios dentales corresponden a atención de urgencia, 36,3% a control sin tratamiento y 48,1% a control por tratamiento. Pero esta distribución es diferencial según sistema previsional, para la atención de urgencia, la cifra aumenta a casi 20% en la población del FONASA y disminuye a 8% en ISAPRE. En el caso de atención por tratamiento dental, 42,3% de las atenciones se brindan por el sistema ISAPRE y sólo 33% por FONASA.

Población que no recibe atención dental por sistema previsional de salud y quintil de ingresos. Universo: población que solicita atención dental. Chile 2003.

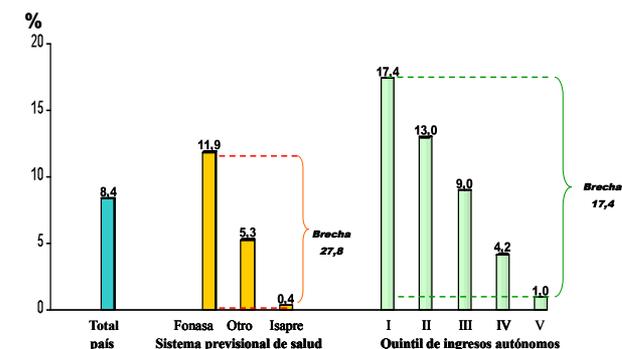


Fig. 4. Elaboración propia en base a encuesta CASEN 2003.

### Análisis multivariado:

Considerando como variable dependiente: "recibió la atención dental solicitada", las variables independientes incluidas en el modelo de regresión logística multivariado fueron aquellas que mostraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bi-variado: zona de residencia, etnias, sistema previsional de salud y quintil de ingresos.

El modelo multivariado (tabla 3) mostró que la pertenencia a etnias indígena implicaba un mayor riesgo de no recibir la atención dental solicitada, ya que la ORa fue de 1,23 (IC95% 1,21-1,25) y residir en una zona rural ORa 1,17 (IC95% 1,16-1,18). Según el modelo, también las personas adscritos al Sistema Público de Salud (FONASA) tienen casi 13 veces más riesgo de no recibir atención dental (ORa 12,86 IC95% 12,43-13,3) comparado con los del Sistema Privado o ISAPRES. En el

**TABLA 2: PREVALENCIA DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN DENTAL ENTRE QUIENES PERCIBIERON NECESIDAD, Y PREVALENCIA DE RESPUESTA SATISFACTORIA A LA SOLICITUD DE ATENCIÓN ENTRE QUIENES DEMANDARON ATENCIÓN DENTAL.**

Variable	Categorías	Total Percibió Necesidad		Solicitó atención dental		P	Total solicitó atención		Recibió la atención dental solicitada	
		Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)		Total (n)	Si (%)	No (%)	P
Sexo *	Hombre	2.406.897	63,9	36,1	<0,001	1.538.941	91,9	8,1	0,982	
	Mujer	2.864.519	69,3	30,7						
Edad * (años)	< 5	280.219	71,5	28,5	<0,001	200.216	90,6	9,4	0,078	
	6-14	1.089.919	77,6	22,4						
	15-59	3.382.784	64,1	35,9						
	60 a 74	404.720	60,4	39,6						
	≥ 75	113.864	55,9	44,1						
Zona de residencia	Urbana	4.672.015	68,7	31,3	<0,001	3.211.051	92,0	8,0	<0,001	
	Rural	599.401	52,0	48,0						
Pertenencia a etnia indígena	No	4.966.715	67,4	32,6	<0,001	3.346.219	91,9	8,1	<0,001	
	Sí	304.701	58,0	42,0						
Seguro de salud	FONASA (público)	3.599.248	63,0	37,0	<0,001	2.267.351	88,1	11,9	<0,001	
	Otros	620.733	66,1	33,9						
	ISAPRE (privado)	1.051.435	80,4	19,6						
Quintil de ingresos	I (menos ingresos)	1.125.119	58,5	41,5	<0,001	658.008	82,6	17,4	<0,001	
	II	1.075.476	59,3	40,2						
	III	1.002.215	62,2	37,8						
	IV	1.010.169	70,7	29,3						
	V (más ingresos)	1.036.746	83,7	16,3						
<b>Total</b>	<b>Toda la población</b>	<b>5.271.416</b>	<b>66,8</b>	<b>33,2</b>	<b>65,9</b>	<b>3.522.998</b>	<b>91,6</b>	<b>8,4</b>		

Fuente: Elaboración propia a base de encuesta CASEN 2003

caso de otro sistema previsional de salud el riesgo es casi 8 veces superior (ORa 7,79 IC95% 7,52-8,08) versus pertenecer al sistema de Seguro Privado.

La variable quintil de ingresos muestra una gradiente de inequidad en relación al recibir atención dental de salud, en efecto, una persona del quintil más pobre del país, tiene casi 9 veces más riesgo de no recibir atención dental (ORa 8,91 IC95% 8,71-9,11) comparado con una persona del quintil más rico. Las gradientes de riesgo para los otros quintiles de ingreso son de ORa 6,8 (IC95% 6,6-6,91); ORa 4,9 (IC95% 4,78-5,01) y ORa 2,6 (IC95% 2,53-2,66) para los quintiles II; III y IV respectivamente.

## DISCUSIÓN

Existen marcadas desigualdades socioeconómicas y sociodemográficas en la percepción de necesidad de atención, demanda de atención y recepción de servicios odontológicos solicitados por la población. Este es el primer estudio que describe y analiza detalladamente estas tres situaciones, definiendo la línea basal sobre estos aspectos vinculados al acceso y utilización de servicios odontológicos en Chile.

Respecto a esta situación basal, aún no es posible establecer su evolución comparativa dado que la CASEN 2003 es la única versión de esta encuesta en que se preguntó, no sólo si se había visitado y cuantas veces se había acudido al dentista,

**TABLA 3: FACTORES ASOCIADOS A NO RECIBIR LA ATENCIÓN DENTAL SOLICITADA. ANÁLISIS MULTIVARIADO SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA RURAL O URBANA, PERTENENCIA A ETNIAS, SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD, Y QUINTIL DE INGRESOS.**

Variable	B	E.T.	Wald	GI	Signif.	Ex. (B)	Intervalo de confianza	
					Wald	Odds ratio	Límite inferior	Límite superior
Zona rural	0,156	0,0062	639,19	1	0,000	1,17	1,16	1,18
Pertenencia a etnia	0,207	0,0075	766,6	1	0,000	1,23	1,21	1,25
Seguro de salud privado/ISAPRE			25534,8	2	0,000			
Seguro de salud público/FONASA	2,554	0,0171	22176,4	1	0,000	12,86	12,43	13,30
Seguro de salud/Otros	2,053	0,0183	12624,8	1	0,000	7,79	7,52	8,08
Quintil de Ingresos V (más ingresos)			60441,6	4	0,000			
Quintil de Ingresos I (menos ingresos)	2,187	0,0116	35624	1	0,000	8,91	8,71	9,11
Quintil de Ingresos II	1,911	0,0117	26839,4	1	0,000	6,76	6,60	6,91
Quintil de Ingresos III	1,588	0,0119	17924	1	0,000	4,89	4,78	5,01
Quintil de Ingresos IV	0,954	0,0124	5883,7	1	0,000	2,60	2,53	2,66
Constante	-6,396	0,0196	106094	1	0,000	0,00		

sino que además se preguntó detalladamente de manera que se pudo generar y definir las variables “necesidad percibida de atención dental”, “demanda de atención” y “respuesta a la solicitud de atención demandada al sistema de salud”, las tres vinculadas con aspectos relativos al acceso a servicios odontológicos. Si bien, en las dos Encuestas Nacionales de Salud realizadas en Chile, se consultó sobre motivo de la última visita al dentista, en ellas se excluye a las embarazadas, y a la población menor de 17 años (ENS 2003) y de 15 años (ENS 2010).

El análisis de la información epidemiológica en el área de la salud bucal incorporando los aspectos sociales y con foco de equidad es relativamente reciente en Chile, la necesidad de abordar esta temática adquiere importancia si se considera que constituyó uno de los objetivos sanitarios para la década 2000-2010 y es otro aspecto relevante en los objetivos sanitarios e Chile para la presente década. Por otro lado, si bien se han implementado garantías explícitas de salud bucal, no existen estudios publicados sobre la línea base de acceso de la población a la atención odontológica.

Según el modelo conceptual de Frenk<sup>11</sup>, el concepto de necesidad en salud, desde la percepción de la población y no de la opinión profesional, representa una situación que debe ser satisfecha, de lo contrario el individuo sufrirá consecuencias negativas, es decir, este modelo diferencia entre las “necesidades sentidas” por el individuo y las “necesidades ob-

jetivas” definidas por los profesionales de salud. Este abordaje del problema implica una construcción social del concepto de necesidad en salud que no depende de la oferta de servicios de salud y los recursos disponibles, más bien se relacionan con la demanda. Esto es relevante en un problema como el de salud bucal, que no obstante su importancia, no motiva a la población a solicitar servicios hasta que hay dolor o una emergencia.

El concepto de Frenk plantea que cuando los servicios no son suficientes o sólo están disponibles para algunos grupos, generalmente, las personas más pobres o con cualquier barrera de acceso, no demandarán la atención, ya sea por falta de conocimientos, recursos o desconocimiento sobre la importancia de la condición. Si estos elementos no se incorporan en el diseño de los servicios, las inequidades tienden a mantenerse e incluso, incrementarse como se observa en la población beneficiaria del Sistema Público, las personas pertenecientes a etnias y con residencia rural.

Los resultados del presente estudio avalan con cifras algunos supuestos sobre el uso y acceso a los servicios dentales en Chile, identificando grupos con menos posibilidad de acceder efectivamente a estos servicios, especialmente la población de mayor edad, adscrita a Sistema Público, perteneciente a etnia, y con residencia rural. Es de notar que si bien, la población perteneciente a etnias indígenas percibe mayor necesidad de atención dental, no sólo demandan menos sino que

además recibe en menor porcentaje la atención dental solicitada que la población no perteneciente a etnias indígenas. Complementariamente, quienes perciben mejor la necesidad de servicios son las mujeres y niños de 6 a 14 años, lo cual es coherente con la percepción de necesidad en salud en general, con las políticas de salud bucal implementadas en Chile durante la década de los 90 y también las mayores demandas de consultas<sup>9, 12</sup> en estos mismos grupos. Los que también satisfacen, con mayor probabilidad su necesidad.

Llama la atención la baja percepción de necesidad de atención dental en la población. Sólo alrededor de un tercio la percibe, lo cual contrasta con la alta prevalencia de las patologías orales en la población chilena; sobre 60% de niños de 12 años y sobre 95% de los adultos tienen caries<sup>13</sup>.

En salud bucal no hay un conocimiento masivo por parte de la población de las recomendaciones de servicios preventivos para todas las edades, no obstante que el MINSAL tiene publicaciones regulares con programas dirigidos en especial a los niños, adolescentes y embarazadas<sup>14</sup>.

En conclusión, el estudio proporciona evidencia de inequidad en todas las variables investigadas, en la percepción de la necesidad de atención, en la solicitud del servicio y en la respuesta de atención recibida en algunos grupos poblacionales. De la población total, 33,5% percibe la necesidad, 22,6% solicita atención y finalmente, sólo 20,6% recibe atención. En otras palabras, una de cada tres personas perciben necesidad de atención dental; uno de cada cuatro solicitan atención de salud dental; y sólo uno de cada cinco reciben atención.

Estas cifras son importantes de considerar para el diseño de estrategias y políticas para mejorar la salud bucal, especialmente en el ámbito de la prevención y promoción, que no son percibidos como necesidades de atención por la mayoría de

la población. El diseño de la oferta de servicios debe estimular el uso de atenciones en estos ámbitos. Además entre los problemas con atención garantizada GES, está la atención de salud oral integral de los niños de seis años, de las mujeres embarazadas, de las personas de 60 años y la urgencia odontológica ambulatoria, problemas de salud garantizados como una de las estrategias que deberían contribuir a la disminución de las inequidades.

En las encuestas CASEN 2006, 2009 y 2011 la pregunta sobre necesidad de atención dental no fue incluida. Considerando el relevante aporte al diagnóstico de las desigualdades descritas en nuestro estudio, la calidad metodológica, el tamaño muestral y la representatividad regional y nacional de la encuesta CASEN, creemos que sería muy recomendable y necesario considerar la reincorporación de la pregunta sobre necesidad de atención en las futuras versiones de la CASEN, para conocer la tendencia de estas observaciones y aproximarse al impacto que ha tenido la implementación de la Reforma de Salud y la política GES como estrategia para enfrentar las desigualdades en salud bucal que exhibía Chile el año 2003.

## CONCLUSIONES

En la población chilena, se observaron desigualdades sociales en la percepción de necesitar atención, en la solicitud de atención dental y en recibir o no la atención dental solicitada. Estas desigualdades son, en parte, producto de la fragmentación del sistema sanitario y orientan a que el sistema de salud chileno sea de cobertura universal. Sería recomendable incluir nuevamente la pregunta sobre atención dental en la próxima ronda de la encuesta CASEN para comparar la evolución de las desigualdades reportadas en este estudio.



## BIBLIOGRAFÍA

1. MINSAL Chile. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile, 2006. Disponible en <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf>
2. Primera Encuesta Nacional de Salud 2003. División de Planificación Sanitaria, Departamento de Epidemiología. [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
3. MINSAL, Ceballos M, Acevedo C y col. Diagnóstico en Salud Bucal de niños de 2 y 4 años que asisten a la educación preescolar. Región Metropolitana 2007.
4. MINSAL, Soto L, Tapia R y col. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años. Chile, 2007.
5. Soto L, Tapia R y col. Chile, 2007. 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.
6. MINSAL Chile - Superintendencia de Salud. Listado de prestaciones GES para salud bucal 2012. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-propertyname-501.html>
7. Informe Catastro Nacional de Recursos Humanos Odontológicos S.N.S.S. 2003. Ministerio de Salud, División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de Salud Bucal. [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
8. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Registro de propiedad intelectual N°211.726 Ed. 2012. Disponible en <http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/1/5648346.pdf>
9. Jadue L, Delgado I, Sandoval H, Cabezas L, Vega J. Análisis del nuevo Módulo de Salud de la Encuesta CASEN 2000. Rev Med Chile 2004; 132: 750-60.
10. Marco Metodológico, Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN 2003. Departamento de Información Social, División Social.
11. Frenk Julio. La Salud de la población. Hacia una nueva Salud Pública. Fondo de Cultura Económica. México, D F. Ed. 2003.
12. Subramanian V, Delgado I, Jadue L, Karachi I, Vega J. Inequidad de ingreso y autopercepción de salud: un análisis desde la perspectiva contextual en las comunas chilenas. Rev Med Chile 2003; 131: 321-330.
13. Perfil epidemiológico Salud Bucal. Departamento de Salud Bucal, MINSAL Chile. [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud\\_bucal/perfilepidemiologico.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_bucal/perfilepidemiologico.pdf)
14. Revello V, Isler M. Evaluación de conocimientos en comunidades intervenidas por el "Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Preescolares" Región Metropolitana. Rev Chil Salud Publica 2013; 17:40-7