Globethics Repository



Inequidades en salud bucal [Oral health inequities]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Palomer Roggerone, Leonor
Publisher	Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-11-10 00:36:28
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/160620

Acta Bioethica 2016; 22 (2): 315-319

INEQUIDADES EN SALUD BUCAL. FACTORES QUE DETERMINAN SU REALIDAD EN CHILE

Leonor Palomer Roggerone[1]

Resumen: A pesar de que el acceso a la salud es un derecho en Chile, diferentes encuestas y trabajos demuestran que no todos los chilenos presentan iguales índices de salud bucal. Las poblaciones más desposeídas, rurales, pertenecientes a minorías étnicas y de mayor edad, tradicionalmente han exhibido peores cifras en los estudios realizados. Se ha comenzado a incluir la salud bucal en los planes gubernamentales mediante la cobertura GES (Garantías Explícitas de Salud) de algunas acciones o grupos específicos. También la Salud Primaria chilena tiene programas de salud bucal en sus centros de atención. Otra estrategia es fomentar el autocuidado por parte de los sujetos, pero, a pesar de todo esto, los grupos más afectados se mantienen con malas cifras. ¿Cuál es la causa de esta disparidad? ¿Por qué la salud bucal es inequitativa en Chile? En este trabajo se revisan resultados de encuestas, publicaciones y estudios sobre el tema y se concluye que un factor esencial son los determinantes sociales. Mientras estos aspectos no mejoren, es difícil que se logre una realidad más justa en salud bucal.

Palabras clave: salud bucal, inequidad, determinantes sociales

Oral health inequities. Factors which determine their reality in Chile

Abstract: Although access to health care is a right in Chile, various surveys and studies show that not all Chileans have equal rates of oral health. The most deprived populations, rural, ethnic minority and older have traditionally exhibited worst results in studies. It has started to include oral health in government plans through GES coverage (Health Explicit Guarantees) of some actions or groups. Chilean Primary Health also has oral health programs in their centers. Another strategy is to promote self-care by individuals, but despite all this, the most affected groups are maintained with bad numbers. What is the cause of this disparity? Why is oral health inequitable in Chile? Survey results, publications and studies on the subject were reviewed and the resulting conclusion is that social determinants are the essential factors. Until these issues do not improve, it is difficult to achieve a fairer reality oral health.

Key words: oral health, inequalities, social determinants

Iniquidades em saúde bucal. Fatores que determinam sua realidade no Chile

Resumo: Apesar de que o acesso à saúde seja um direito no Chile, diferentes pesquisas de opinião e trabalhos demonstram que nem todos os chilenos apresentam iguais índices de saúde bucal. A populações mais despossuidas, rurais, pertencentes a minorias étnicas e de maior idade, tradicionalmente têm exibido piores cifras nos estudos realizados. Iniciou-se a inclusão da saúde bucal nos planos governamentais mediante a cobertura GES (Garantias Explícitas de Saúde) de algumas ações ou grupos específicos. Também a Saúde Primária chilena tem programas de saúde bucal em seus centros de atenção. Outra estratégia é fomentar o autocuidado por parte dos sujeitos, porém, apesar de tudo isto, os grupos mais afetados se mantém com más cifras. Qual é a causa desta disparidade? Por que a saúde bucal é inequitativa no Chile? Neste trabalho se revisam resultados de sondagens, publicações e estudos sobre o tema e se conclui que um fator essencial são as determinantes sociais. Enquanto estes aspectos não melhorarem, é difícil que se logre uma realidade mais justa em saúde bucal.

Palavras-chave: saúde bucal, iniquidade, determinantes sociais

[1] Carrera de Odontología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile
Correspondencia: lpalomer@uc.l

Introducción

En Chile, la Constitución de 1980*(1)*, en su Artículo 19, asegura que: "el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación a todas las personas". Podemos preguntarnos si para que la población se mantenga sana basta con asegurar el acceso a las acciones de educación, tratamiento y rehabilitación, si todos se benefician de dichas acciones de igual manera, si están informados sobre su derecho a exigir ese acceso o si hay otros factores que influyen en la salud de las personas. Todo esto es fundamental para la salud general del individuo, pero, ¿qué ocurre en el caso de la salud bucal? Si a simple vista nos parece que es un tema en el que se evidencian disparidades, es interesante tratar de descubrir cuál es el origen de esas diferencias. Si nos referimos a temas valóricos, ¿son justas las diferencias en el acceso a la salud bucal? ¿Se ha intentado algo para disminuir las desigualdades injustas?

Este trabajo pretende indagar acerca de la situación de la salud bucal en Chile, por qué se producen diferencias en la población, qué importancia tiene esto para las personas, qué medidas se han tomado para reducir las desigualdades y qué otras podrían ser consideradas. Todo desde la perspectiva de la justicia y la equidad.

La salud bucal chilena en cifras

Según la página del Ministerio de Salud chileno*(2)* Los problemas de salud bucal presentes en nuestra población continúan siendo de alta prevalencia en todos los grupos etarios, y si bien, en general no son causa de muerte, afectan la calidad de vida de las personas. Las patologías orales más prevalentes en nuestro país son: caries dental, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dento maxilares. En la publicación también se reconoce que no cuentan con estudios que entreguen estimaciones exactas sobre cada una de las patologías mencionadas, debido a la multiplicidad de metodologías empleadas en los trabajos realizados sobre estos temas*(3)*.

La Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2006*(4)* reveló que la salud bucal afecta la calidad de vida de los individuos en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional. Un 37% de la población mayor de 15 años declara que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre. Los mayores de 20 se ven más afectados que los más jóvenes, debido probablemente a que su daño bucal es mayor*(5)*.

Ya la 1ª Encuesta Nacional de Salud del año 2003*(6)* evidenció que en Chile existen profundas desigualdades en salud bucal. A pesar de grandes mejoras en el área en su conjunto, resultado principalmente de una prevención eficaz —como por ejemplo, la fluoración del agua potable, que beneficia a un porcentaje importante de la población—, las disparidades de salud bucal existen para muchos grupos, por nivel socioeconómico, educacional, género, edad, etnia y ubicación geográfica. Además, los factores económicos —que a menudo se relacionan con la mala salud bucal— influyen en el acceso a los servicios de salud y en la capacidad de los individuos para obtener cobertura odontológica.

La OMS en su Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*(7)* destacó que no ha habido estrategias sostenibles para reducir las desigualdades y prevenir enfermedades graves no transmisibles, siendo esto un problema mayor. Debemos tener en cuenta que las enfermedades bucales son las más comunes de las enfermedades crónicas y un importante problema de Salud Pública por su alta prevalencia, impacto en los individuos y en la sociedad, y por el alto costo de su tratamiento*(8)*.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2003*(6)*, tenemos diferencias de salud bucal entre las personas, dependientes de factores considerados determinantes sociales de la salud, y también en el acceso a los centros de atención odontológica. Esta misma encuesta señala que un 44,7% de los adultos de 65 años o más tiene una o más caries, un 33% ha perdido todos sus dientes y un 29,1% relata que siempre o casi siempre sufre de incomodidad con sus dientes o prótesis; encontrándose que estas tres condiciones fueron más frecuentes en el nivel socioeconómico más bajo.

Por otro lado, investigaciones realizadas en población adulta mapuche-huilliche sobre 25 años en Isla Huapi*(9)* mostraron que todos los individuos examinados tenían historia de caries. De los

que conservaban dientes, el 71,43% tenía caries sin tratar, con un promedio de 1.25. El 98,43% de los individuos de la muestra presentaba algún grado de desdentamiento, el 12,5% eran edéntulos. El 100% de la población necesitaba atención odontológica, ya fuera para operatoria o prótesis. Este estudio proporciona una base de datos útiles acerca de la prevalencia y severidad de las enfermedades orales en esa población, estableciendo las necesidades de tratamiento en un grupo perteneciente a una minoría étnica rural aislada y con acceso limitado a la atención odontológica. Los autores concluyen que la magnitud de la brecha y la importancia del entorno social en la generación del daño de la salud bucal, obliga a enfrentar el problema desde una perspectiva amplia de determinantes sociales de la salud, paradigma que nos orienta en un cambio en la promoción de salud bucal, lo que se traduce en que, sin abandonar los esfuerzos por mejorar la equidad de acceso a la atención, las intervenciones sanitarias que se implementen consideren el entorno social y geográfico, en lugar de enfocarse solo en cambios del comportamiento individual.

Otra investigación realizada en 129 jóvenes estudiantes de un liceo con un alto porcentaje de población indígena mostró una prevalencia de maloclusiones del 67,4%, con un 21,7% en el nivel muy grave o discapacitante, valores superiores a estadísticas nacionales e internacionales, siendo mayormente afectados las mujeres, la población rural y pehuenche. A más de la mitad de los jóvenes las maloclusiones le ocasionaban problemas para relacionarse con sus pares*(10)*.

Importancia de la salud bucal

La interrelación entre la salud bucal y la salud general ha sido demostrada de manera creciente mediante evidencia científica. La enfermedad bucal se ha relacionado con enfermedades cardiovasculares, diabetes, y complicaciones obstétricas*(3)*.

El impacto de la enfermedad bucal no sólo se produce sobre el bienestar de las personas, también tiene efectos económicos, dado que puede llegar a restringirlas en sus actividades, impide su comunicación, afecta el sueño y pone en peligro la estabilidad psicológica. Los individuos con enfermedad o dolor bucal, pierden horas o días de trabajo por la incapacidad que esta produce*(5)*.

La Salud Bucal fue priorizada en los Objetivos Sanitarios chilenos de la década 2000-2010*(11)*, proponiéndose dos objetivos de impacto en esta materia. Uno en relación a la disminución de la caries en menores de 20 años, el que fue logrado, y otro tendiente a aumentar la cobertura de la atención odontológica en los menores de 20 años, que no se cumplió.

También se ha priorizado la Salud Bucal en las Garantías Explícitas en Salud (GES) incluyéndose las siguientes: Salud Oral Integral para niños de 6 años, Salud Oral Integral de la embarazada, Salud Oral Integral del adulto de 60 años, Urgencia Odontológica Ambulatoria y Fisura labiopalatina*(12)*.

Siendo los recursos finitos y las necesidades ilimitadas, se ha priorizado el tratamiento de los grupos más susceptibles o en los que el efecto de la intervención será mayor. Pero hay extensos segmentos de la población que quedan fuera de los programas y no reciben tratamiento; es el caso de los adultos mayores, que se calcula representará el 20% de la población del país para 2025. Por la naturaleza de las enfermedades bucales más prevalentes, caries y enfermedades periodontales, que son infecciosas y de curso crónico, sus manifestaciones y consecuencias se acumulan con la edad. Los adultos mayores presentan también una alta prevalencia de lesiones de la mucosa oral*(13)* y hay estudios que muestran que padecen la mayor incidencia de cáncer oral*(14)*. Si sabemos que estas patologías orales pueden afectar la masticación, la nutrición y la fonoarticulación, y que la perdida dentaria afecta la autoestima, limita las posibilidades de trabajo y de relaciones afectivas, y la calidad de vida, sería justo priorizar la atención odontológica de este grupo especialmente dañado.

Existe interés en estudiar la influencia de la salud bucal en diferentes aspectos de la vida de las personas y es así como un grupo de docentes de la Facultad de Economía de la PUC*(15)* está realizando una investigación en la que a través de grupos focales revelaron que algunas mujeres se autoaíslan del mercado laboral por problemas dentales —falta de dientes, mal aliento y otros—,

o bien se limitan a trabajos nocturnos o que no consideren atención al público. Si se suma el dolor, sufrimiento emocional y deterioro funcional y de calidad de vida por la precariedad dental, los costos personales son considerables.

Influencia de los determinantes sociales en la salud bucal

Actualmente se define la salud como un fenómeno multidimensional; el énfasis está puesto en el impacto de las desigualdades socioeconómicas, de género, de etnia y culturales, asignándose un papel cada vez menos importante a los servicios de atención de salud. También han tenido un limitado éxito en la reducción de las desigualdades en salud los enfoques centrados principalmente en los estilos de vida y en factores conductuales. Según Marcela Ferrer*(16)*, el principio bioético de justicia requiere poner mayor atención a los macrodeterminantes de salud y no solo a los servicios de atención, en la medida en que el logro de la equidad en salud requiere de acciones orientadas a esos determinantes. Esto no solo está relacionado con el principio de justicia, sino también con el de autonomía. El énfasis en la influencia que las condiciones sociales y económicas tienen en las condiciones de salud, en detrimento de los servicios de atención de salud, tiene como conclusión lógica que tanto más justa es una sociedad, más saludable es su población.

Ferrer, recogiendo a Margareth Whitehead, define las inequidades en salud como todas aquellas diferencias en las circunstancias de salud que se originan en condiciones socioeconómicas, culturales o medioambientales que son innecesarias, evitables e injustas.

El Estado tiene la obligación moral de asegurar la atención de salud de la población, en tanto es condición indispensable para la vida humana. El cumplimiento de esta obligación no es más que una expresión del respeto a la dignidad humana, de la justicia y del grado de solidaridad presentes en una determinada sociedad.

Discusión

Todas las encuestas y estudios citados corroboran que los determinantes sociales intervienen marcadamente en el área de la salud bucal. Las personas de menos recursos, ancianas, de minorías étnicas, con menor nivel educacional y de poblaciones rurales son las que presentan más patologías, mayor daño acumulado, menor acceso a tratamientos y mayores secuelas sociales, laborales y psicológicas.

Hasta ahora las estrategias se han enfocado en priorizar la atención de ciertos grupos susceptibles. Es así como el GES, los Objetivos Sanitarios, los programas de la Atención Primaria de Salud están colapsados intentando entregar atención odontológica a sus beneficiarios y muchos grupos quedan postergados. También se ha enfatizado la responsabilidad individual del cuidado dental en la población, favoreciendo el rol del paciente en relación a sus hábitos y costumbres. Los esfuerzos en aumentar la cantidad de odontólogos especialistas en el sistema público han llevado a financiar becas de "Cierre de Brecha". Pero si no se interviene en el nivel de los macrodeterminantes en salud, no lograremos dar el salto necesario para ofrecer igualdad de oportunidades a todos los chilenos.

La salud bucal es importante, afecta múltiples aspectos que involucran a las personas; hasta ahora nuestra población ha aceptado como normal tener mala salud odontológica, no tiene conciencia de esta desigualdad injusta, que es evitable e innecesaria. Tal vez en la medida en que se vaya revelando la inequidad que nos rodea, no solo se luchará por una educación de calidad para todos, sino también por una salud digna e igual para todos y la salud bucal no se apreciará como lujo sino como un derecho.

Los sistemas de salud y las políticas públicas sociales influyen sustancialmente en el vínculo entre desigualdades sociales y salud. Se debe destinar más recursos y servicios a los más desposeídos para compensar los efectos de la pobreza y disminuir las desigualdades sociales.

Una política pública con impacto en el componente bucal de la salud, debe estar orientada al trabajo intersectorial, debe favorecer actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, interviniendo los factores de riesgo comunes y focalizándose en los determinantes sociales.

Referencias

1. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Chile. *Constitución* (1980): (cited 2013 Jun 8). Available from: http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302
2. Ministerio de Salud de Chile. *Temas de Salud*. (cited 2013 Jun 8). Available from: http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/saludbucal2.html
3. Estupiñán-Day S. Improving Oral Health in Latin America. *Oral Care Report. Harvard* 1999; 9(3).
4. Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Epidemiología. *II Encuesta de calidad de vida y salud*. Chile 2006. (cited 2013 Jun 10). Available from: http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf
5. Franco AM, Ochoa E, Martínez E. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 2009; 15(2): 78-90.
6. Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Epidemiología. *Encuesta nacional de salud* 2003: (cited 2013 Jun 15). Available from: http://epi.minsal.cl/Epi/Html/Invest/ENS/ENS.Htm
7. Organización Mundial de la Salud. *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. (cited 2013 Jun 15). Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
8. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization* 2005 Sept; 83(9): 644-644.
9. Angel P, et al. Prevalencia de caries, pérdida de dientes y necesidad de tratamiento en población adulta Mapuche-Huilliche de Isla Huapi. *Revista clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral* 2010; 3(2): 69-72.
10. Cartes-Velásquez R, Araya E, Valdés C. Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural. *International Journal of Odontostomatology* 2010; 4(1): 65-70.
11. Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Epidemiología. *Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010*. (cited 2013 Jun 15): Available from: http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS2000_2010.htm
12. *Borrador Análisis de Situación Salud Bucal*. (cited 2013 Jun 18): Available from: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/9c81093d17385cafe04001011e017763.pdf
13. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *Journal of Oral Pathology & Medicine* 2003; 32(10): 571-575.
14. Riera P, Martínez B. Morbidity and mortality for oral and pharyngeal cancer in Chile. *Revista Médica de Chile* 2005; 133(5): 555-563.
15. Repetto A, Gallegos F. Mujer, empleo y salud bucal. *La Tercera* (cited 2013 Jun 18): Available from: http://www.latercera.com/noticia/opinion/ideas-y-debates/2011/04/895-357907-9-mujer-empleo-y-salud-bucal.shtml
16. Ferrer M. Equidad y Justicia en Salud. Implicaciones para la bioética. *Acta Bioethica* 2003; 9(1): 113-126.

Recibido: 21 de marzo de 2014
Aceptado: 9 de agosto de 2014