

SALUD PUBLICA

ESTRUCTURA DE LAS PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS EN UN EFECTOR DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL: CORDOBA, ARGENTINA

Rosario Adelaida Reynoso Alvarez de Viotti*, Luis José Batellino**

*Cátedra de Odontología Legal, Economía y Ética Profesional.

**Cátedra de Química y Física Biológicas, Facultad de Odontología,
Universidad Nacional de Córdoba (Argentina).

RESUMEN

Se describen los resultados de una investigación dirigida a estimar la naturaleza, magnitud y distribución de las prestaciones odontológicas realizadas por la Dirección de Asistencia Social del Personal Universitario (DASPU) en el período 1988-1990, a partir de una muestra representativa de la población de beneficiarios. El mayor consumo de servicios odontológicos se registró en el grupo de 25-44 años (40,3% del total), aunque las prestaciones por persona/año aumentaron conforme a la edad de los afiliados. La ocurrencia más alta de prestaciones se observó en Operatoria Dental y Prótesis (50,2% del total). Las prácticas en Odontología Preventiva fueron de muy baja frecuencia (1,2%) y las menos solicitadas correspondieron a Odontopediatría (0,3%). Un 31,8% de las prestaciones se realizaron en los servicios propios de la DASPU, predominando las del rubro Prótesis. En efectores externos (62,8%), las más frecuentes fueron las de Operatoria Dental.

Se concluye que las prestaciones odontológicas demandadas fueron principalmente curativas y reparadoras. La reorganización del Servicio de Odontología puede aumentar la eficacia y eficiencia del funcionamiento del sistema.

Palabras clave: Prestaciones odontológicas - operatoria dental y prótesis - odontología preventiva.

INTRODUCCION

En Argentina, la atención médica y odontológica corresponde a un sistema mixto en el cual coexisten diferentes subsectores (público, privado y de la seguridad social), cada uno con diferente grado de participación, desarrollo e intereses (1). La fuerza de trabajo en el área odontológica (1 odontólogo/1960 habitantes) es una de las más altas de la Región de las Américas (2), y supera la proporción óptima propuesta por la OMS (1 odontólogo/2000 habitantes) basada en la aplicación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (3).

La distribución geográfica-territorial de los odontólogos es heterogénea, pues tienden a acumularse en las provincias y ciudades grandes, donde es mayor el capital económico, cultural y social. Además, los servicios no contemplan integralmente los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación. El objetivo de que la asistencia odontológica sea universal, oportuna, equitativa, eficiente y personalizada (4), no se corresponde con una realidad que revela insuficiente cobertura, expansión de las afecciones bucodentales e incremento de los grupos comunitarios impedidos de acceder a los beneficios de la atención odontológica por su insolventia económica (5, 6). No obstante que el 90% de la población requiere asistencia odontológica, sólo el 10% tiene acceso a los servicios especializados (7, 8).

Puesto que la optimización del sistema de atención bucodental requiere conocer la situación en que se encuentran los diferentes subsectores, en 1992 diseñamos una investigación tendiente a determinar el modelo prevalente de prestaciones en la Dirección de Asistencia Social del Personal Universitario (DASPU), escogiéndolo por considerar que debería constituir un efector modelo del subsector de la seguridad social. En el presente trabajo se describen y analizan parte de los resultados de la investigación.

MATERIAL Y METODOS

Zona bajo estudio. La Daspu brinda protección sanitaria y social a todo el personal de la planta estable de la Universidad Nacional de Córdoba, y a sus familiares directos. El total de beneficiarios al comenzar 1992 era de 32.794 personas, incluyendo titulares afiliados y adherentes.

En sus instalaciones propias, el Servicio Odontológico de la DASPU brinda prestaciones en todas las especialidades, con muy bajo costo para el usuario. La atención también pueden recibirla a través de prestadores externos (federados o libres), que han suscripto convenios con la DASPU.

Población y muestra de estudio. La población correspondió a la totalidad de beneficiarios que entre 1988 y 1990 recibieron alguna prestación odontológica, de cualquier complejidad y duración, tanto sea en el Servicio propio como en efectores externos. El tamaño de la población fue calculado seleccionando por el método aleatorio simple (9) 1 de cada 100 fichas del archivo del Servicio de Odontología y registrando si el afiliado había recibido alguna prestación odontológica en los años 1988-1990. La muestra fue seleccionada escogiendo aleatoriamente 1 de cada 15 fichas correspondientes a afiliados asistidos en el período antes mencionado, que tuvieran completo el registro de datos. El tamaño final de la muestra fue de 1068 afiliados. Salvo en los grupos etarios extremos (menores de cinco años y mayores de 60 años), la composición de la muestra se correspondió con la de la población de afiliados (Tabla I).

Tabla I: Distribución de la población total y de la muestra de beneficiarios de la DASPU, según sexo y grupo etario.

Variables	Población de la DASPU		Muestra de estudio	
	Nº	%	Nº	%
* sexo				
masculino	15.242	46,5%	450	42,1%
femenino	17.552	53,5%	618	57,9%
* grupo etario				
< 5 años	3.158	9,6%	23	2,1%
5-14 años	6.736	20,5%	284	26,6%
15-24 años	5.569	17,0%	153	14,3%
25-44 años	10.765	32,8%	382	35,8%
45-60 años	5.098	15,5%	200	18,7%
> 60 años	1.468	4,6%	26	2,5%
Total	32.794	100%	1.068	100%

Recopilación de datos. Los afiliados que componían la muestra fueron agrupados en 6 grupos etarios (I = <5 años, II = 5-14 años, III = 15-24 años, IV = 25-44 años, V = 45-60 años y VI = >60 años). A partir de las correspondientes fichas odontológicas se recogieron datos referidos a edad, sexo y condición (titular o adherentes) del afiliado, y tipo y lugar de ocurrencia de la prestación (Servicio Odontológico de DASPU o efector externo).

RESULTADOS

La Tabla II muestra la distribución de las prestaciones odontológicas según sexo, grupo etario, condición del afiliado y lugar donde fueron realizadas. La población masculina demandó proporcionalmente mayor cantidad de prestaciones que la femenina, aunque las prestaciones anuales por persona fueron más altas en las mujeres que en los varones. El grupo etario con mayor participación en la demanda fue el de 25-44 años. Los grupos etarios extremos (<5 años y >60 años) absorbieron la menor proporción de prestaciones. La proporción de prestaciones en afiliados titulares y adherentes fue casi idéntica, y alrededor de las dos terceras partes de las prácticas fueron realizadas por efectores externos.

La distribución de prestaciones odontológicas por grupo etario fue similar en ambos sexos, excepto en el IV y V, donde hubo predominio de la demanda por parte de las mujeres (Figura 1).

Tabla II: Distribución de las prestaciones odontológicas anuales promedio, según sexo, grupo etario, condición del afiliado y lugar de concurrencia

VARIABLES	Afiliados asistidos	Prestaciones brindadas	% del total de prestaciones	Prestaciones por afiliado
* sexo				
masculino	450	2.679	38,7	5,9
femenino	618	4.250	61,3	6,9
* grupo etario				
< 5 años	23	113	1,6	4,9
5-14 años	284	1.273	18,4	4,5
15-24 años	153	1.031	14,9	6,7
25-44 años	382	2.794	40,3	7,3
45-60 años	200	1.530	22,1	7,6
> 60 años	26	188	2,7	7,2
* condición del afiliado				
titular	430	3.260	47,1	7,6
adherente	638	3.669	52,9	5,7
* lugar de prestación				
DASPU	533	2.203	31,8	4,1
efector externo	768 (a)	4.726	68,2	6,1
todos los afiliados	1.068	6.929	100,0	6,5

(a) La suma de afiliados (1.301) excede el total de la muestra (1.068) por cuanto aquellos individuos que recibieron prestaciones en DASPU y en un efector externo fueron consignados como dos personas distintas

Los servicios donde hubo mayor demanda fueron los correspondientes a Prótesis (Capítulo IV) y Operatoria Dental (Capítulo II), tanto por su contribución al total de prestaciones como al de prácticas por afiliado (Figura 2). Los capítulos con menor ocurrencia de prestaciones fueron el V (Odontopediatría), VI (Ortodoncia y Ortopedia Funcional), VII (Odontopediatría) y VIII (Periodoncia).

Figura 1: Distribución de las prestaciones odontológicas anuales, según sexo y grupo etario de los afiliados

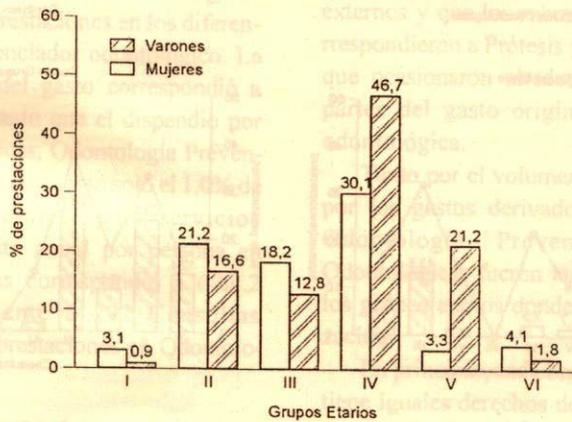
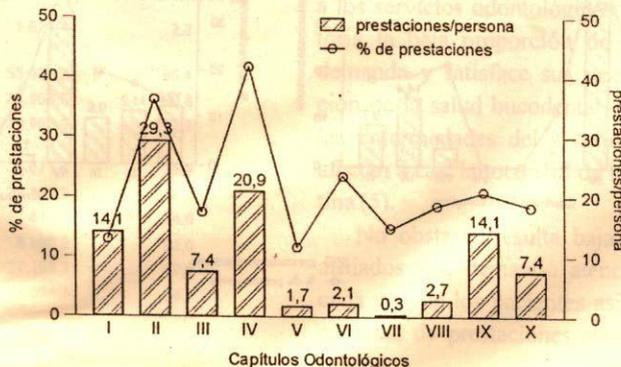


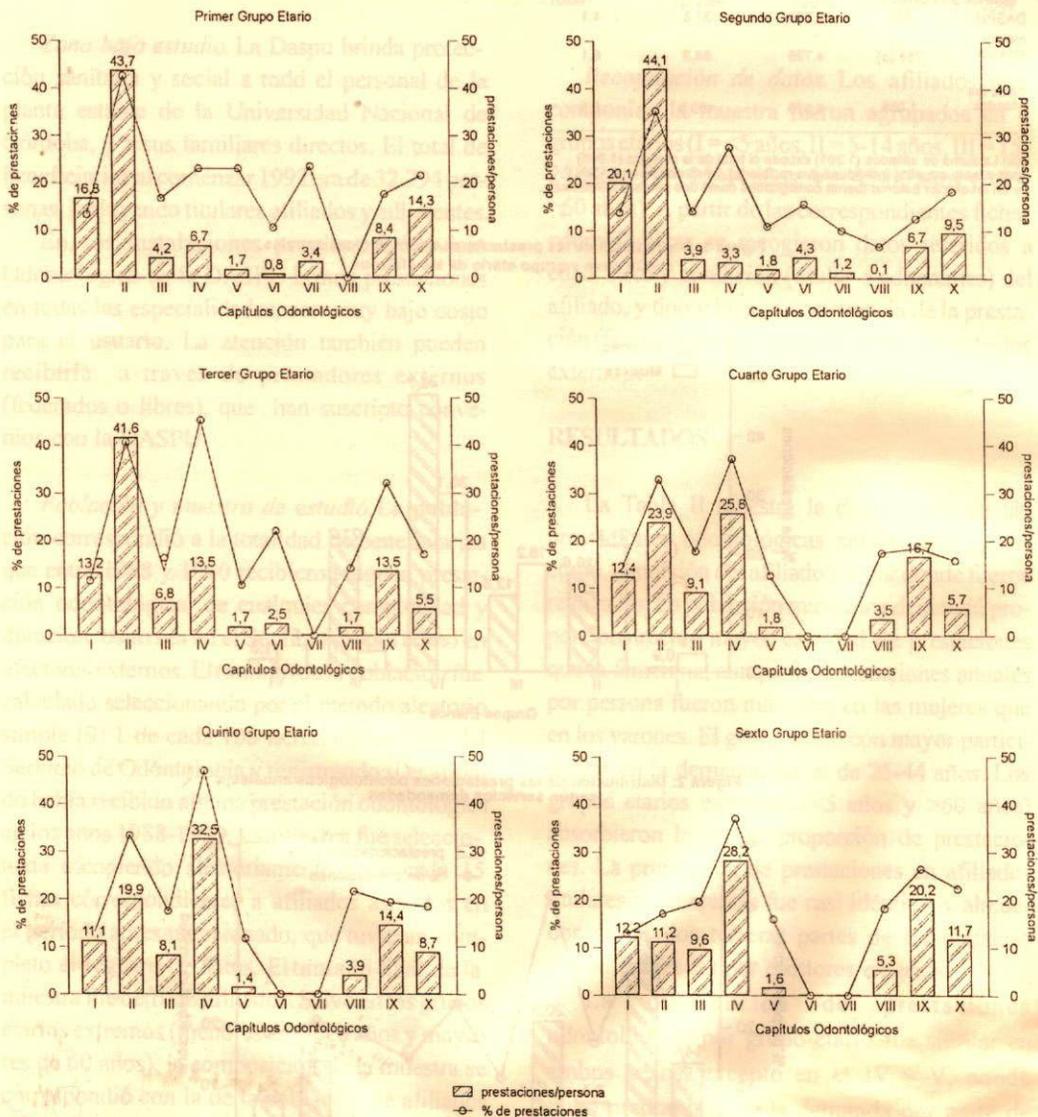
Figura 2: Distribución de las prestaciones odontológicas anuales, según servicios demandados



La Figura 3 muestra la distribución y número de prácticas por afiliado en cada capítulo del nomenclador odontológico en los diferentes grupos etarios. En los tres primeros grupos, la mayor proporción de prestaciones se realizó en Operatoria Dental. En los restantes grupos, la mayor ocu-

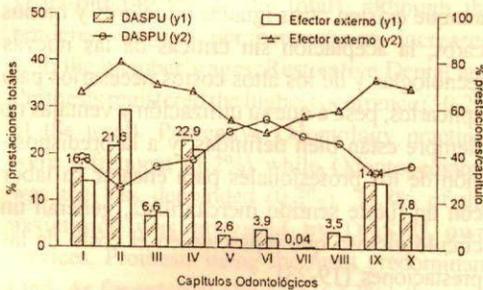
rencia se registró en Prótesis. En todos los grupos etarios, la participación de Odontología Preventiva fue muy baja. El consumo de prestaciones por persona resultó mayor en Operatoria dental en los dos primeros grupos etarios, en tanto que en los restantes hubo un predominio en Prótesis.

Figura 3: Distribución de las prestaciones odontológicas anuales por grupos etarios, según servicios demandados



Tanto en el Servicio Odontológico de la DASPU como en los efectores externos, Operatoria Dental y Prótesis fueron las de mayor participación en el total de prácticas efectuadas (Figura 4). Excepto en los capítulos de Consultas Odontológicas, Odontopediatría y Periodoncia, el consumo de prácticas anuales por afiliado resultó más alto cuando las prestaciones se realizaron en efectores externos.

Figura 4: Distribución de las prestaciones odontológicas anuales, según servicios demandados y lugar de concurrencia



La Tabla III muestra la distribución del gasto promedio anual por prestaciones en los diferentes capítulos del nomenclador odontológico. La proporción más alta del gasto correspondió a Prótesis (59,2%), en tanto que el dispendio por Consultas Odontológicas, Odontología Preventiva y Odontopediatría representó solo el 1,0% de las erogaciones totales por servicios odontológicos. El gasto anual por persona en prestaciones protéticas correspondió a 67.2.2 US\$, suma equivalente a 292 Consultas odontológicas y a 42 prestaciones en Odontología preventiva.

Tabla III: Distribución del gasto en prestaciones odontológicas anuales, según servicios demandados.

Capítulo	Porcentaje del gasto	Gasto promedio por año (\$)	Gasto anual por afiliado asistido (\$)
Consultas	0,4	1.621,4	2,3
Operatoria Dental	13,7	55.524,3	95,4
Endodoncia	6,9	27.968,9	90,8
Prótesis	59,2	239.965,0	672,2
Odontología Preventiva	0,4	1.621,4	15,9
Ortodoncia	6,6	26.752,9	326,2
Odontopediatría	0,2	810,7	54,0
Periodoncia	1,7	6.890,9	62,6
Radiología	6,7	27.158,2	52,9
Cirugía bucal	4,2	17.024,5	58,7
Todos los capítulos	100,0	405.338,3	131,5

DISCUSION

En razón de las dificultades que implica la medición de los servicios médicos y odontológicos mediante indicadores que expresen los efectos producidos en los individuos asistidos, los procesos de evaluación que pueden aplicarse comprenden la cuantificación de las acciones desarrolladas, esto es, las prestaciones que se brindaron a la población. A través de este proceso de supervisión, los servicios de salud lograrán un progresivo perfeccionamiento y con ello mejorará la calidad de las prestaciones, y por ende, también los indicadores sanitarios.

Los resultados de esta investigación revelan que no más del 20% de la población de beneficiarios de la DASPU recibió anualmente alguna clase de atención odontológica, que cada persona asistida realizó, en promedio, un consumo de prestaciones relativamente alto, que la ocurrencia de prestaciones aumentó con la edad y fue mayor en la población femenina, que en su mayor parte los servicios fueron ejecutados por efectores externos y que los rubros más demandados correspondieron a Prótesis y Operatoria Dental, los que ocasionaron alrededor de las tres cuartas partes del gasto originado por la asistencia odontológica.

Tanto por el volumen de prestaciones como por los gastos derivados, las prestaciones en Odontología Preventiva y Consultas Odontológicas fueron las más bajas, incluso en los grupos etarios donde tendrían especial utilización.

En principio, cada beneficiario de la DASPU tiene iguales derechos de asistencia y condiciones no restrictas de acceso a todos los servicios de salud. Por ello, ante la formal universalidad de la cobertura y la posibilidad ilimitada de acceder a los servicios odontológicos, resulta contradictoria la baja proporción de beneficiarios que demanda y satisface sus necesidades de atención de la salud bucodental, habida cuenta que las enfermedades del sistema estomatognático afectan a casi la totalidad de la población argentina (5).

No obstante resulta baja la proporción de afiliados que demandó atención odontológica, cada uno de los pacientes asistidos recibió una cantidad de prestaciones anuales relativamente

alta (5, 6), superando las tasas de consultas médicas, prácticas bioquímicas, prestaciones médicas especializadas, kinesiología y fisioterapia, radiología y fonoaudiología (10).

Por cuanto los grupos de mayor edad fueron los que efectuaron demanda más allá de asistencia odontológica, puede inferirse que esta concentración es consecuencia de la acumulación de afecciones no resueltas oportunamente, lo cual provocó un aumento en la complejidad del tratamiento requerido. Esto se debe a que, salvo en las situaciones en que la enfermedad va asociada al dolor, al cuidado de la salud bucodental no incide mayormente en la expectativa y calidad de vida ni el mantenimiento de la capacidad laboral, de modo que se puede coexistir sin mayores conflictos con diversas afecciones del sistema estomatognático.

El riesgo de enfermar incrementa a lo largo de la vida, especialmente en la población femenina, y consecuentemente aumenta la demanda de servicios asistenciales, lo cual se traduce en un crecimiento del costo de las prestaciones (11-14). Nuestros resultados son concordantes con estos antecedentes: la proporción del total de prestaciones, así como la cantidad de prácticas requeridas por persona, aumentó con la edad, y las prestaciones odontológicas privilegiaron a los beneficiarios del sexo femenino.

Al igual que en las demás profesiones vinculadas al cuidado de la salud, el modelo prevalente de servicio en el área odontológica actúa sólo frente a la demanda espontánea y con abordaje eminentemente curativo, tratando de atenuar los efectos sin preocuparle sus causas (15). Los servicios donde hubo mayor demanda de prestaciones, en volumen total y prácticas por persona, fueron los de Prótesis y Operatoria Dental. En contraste, el capítulo con menor ocurrencia de prestaciones, fue el de Odontología Preventiva. Por su volumen de prestaciones y costo unitario, Prótesis y Operatoria Dental acumularon el 72,9% (alrededor de 300.000 U\$S anuales) del gasto efectuado por la DASPU en atención odontológica, lo que hubiera sido suficiente para realizar tratamiento preventivo completo (control de placa, topificaciones fluoradas y sellado de fosas y fisuras) en unos 6000 niños y adolescentes (16).

Uno de los problemas más difíciles de resolver que enfrenta el sistema de la seguridad social es de orden económico (17). Como lo ha señalado la Secretaría de Salud del Ministerio de Bienestar Social de la Nación "...en forma casi ininterrumpida los fondos del sector salud tienen que soportar gastos ascendentes... determinados por ineficiencia en el uso de recursos disponibles, falta de control de los costos y exceso de utilización" (18). La principal causa de este aumento reside en el modelo de práctica profesional. La tendencia a optar por tratamientos complejos, aunque existen otros iguales o mejores y menos caros, la aceptación sin críticas de las nuevas tecnologías y de los altos costos necesarios para aplicarlos, pese a que su utilización y ventajas no siempre están bien definidas, y a la predisposición de los profesionales para encarar su labor con un fuerte sentido mercantilista, generan un círculo vicioso que repercute en el costo de las prestaciones (19-23).

En el caso de la DASPU, tal situación pone en peligro el usufructo de buenos servicios de salud por parte de los beneficiarios. Este desalentador futuro impone la necesidad de producir cambios sustanciales en el modelo de funcionamiento de los servicios, orientándole hacia una práctica alternativa. En tal sentido, algunas recomendaciones que consideramos pertinentes para el Servicio de Odontología implican:

- Fijación de prioridades, teniendo en cuenta dirigir principalmente las acciones hacia la salud y no a la enfermedad (24).
- Producir la integración del servicio, de tal modo que sea posible seleccionar la asistencia que realmente necesitan los beneficiarios.
- Mejorar el sistema de seguimiento de los pacientes, para evaluar correctamente la relación entre los costos originados por cada tratamiento y los beneficios que producen.
- Fomentar las acciones tendientes a la identificación y asistencia precoz de los grupos de personas con mayor riesgo de enfermar.
- Promover la integración docente-asistencial a los fines de que los estudiantes de la carrera odontológica, en un proceso de enseñanza-aprendizaje activo, en condiciones reales y de complejidad creciente, participen eficazmente como trabajadores de la salud y no representen una carga social durante sus estudios de grado.

SUMMARY

We describe here the results of a survey carried out to determine the nature, extent and distribution of the dental service provided by the Board of the University Personnel Social Assistance (Dirección de Asistencia Social del Personal Universitario [DASPU] From 1988 to 1990. Such survey was performed on the bases of a representative sample of assistance recipients. The greatest dental service demand was registered among the group of persons of 25-44 years-old (40.3% of the total), although the rendered services per person/years increased with the member's ages. Restorative Dental and Prosthesis registered the highest occurrence (50.2% of the total). Preventive Odontology practices were infrequent (1.2%) while Odontopediatric was the less demanded (0.3%). 31.8% of the assistance was provided by DASPU own services, Prosthesis being the most predominant kind. As for external effectors (62.3%), the most frequent were those of Dental Operating. It is concluded that the demanded dental services were mainly curative and reparative. The reorganization of the Odontology Service may increase the system's performance efficiency and effectiveness.

Key words: Dental Service demand - restorative dental and prosthesis - preventive odontology.

BIBLIOGRAFIA

1. Federation Dentaire Internationals (FDI): Estado actual y perspectivas de la Odontología Institucional en los países latinoamericanos. Newsletter 122: 9-17, 1982.
2. Passos Nogueira R Brito P.: Recursos humanos en salud de las Américas. Educ Med Salud 20: 295-322. 1986.
3. OPS/OMS: Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para la instrumentación de estrategias regionales. Washington. EE.UU., 1982.
4. Montero M: Odontología Social. Rev Asoc Odont (Costa Rica) 3: 21-23, 1978.
5. Valente A P: Panorama de la Salud Bucal y situación de la Odontología en Argentina. Act Odont 26: 20-31, 1986.
6. Petrerá Pavone M: Eficacia y eficiencia de la Seguridad Social en relación con el ciclo económico. Bol Of Sanit Panam 103: 620-622, 1987.
7. Perich ML: Access to dental care: the primate sector responds. J Dent Educ 50: 688-689, 1986.
8. Brion U J: Mercado de trabajo odontológico en la Provincia de Río Negro. Cuad Med Soc (Rosario) 56: 35-43, 1991.
9. Canales FH de, Alvarado E L de, Pineda E S: Diseño metodológico. En: Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Serie Paltex N° 9, OPS, Editorial Limusa, México, 1986, Unidad VII, pp. 165-171.
10. Dirección de Asistencia Social del Personal Universitario (DASPU): Consultas y prácticas especializadas realizadas a la población de beneficiarios. Córdoba. 1992.
11. Hang M: Age and medical care utilization patterns. J Gerontol 36: 103-112, 1980.
12. Fisher C: Differences by age groups in health care spendings. Health Care Financ Rev Spring 1980: 65-90, 1980.
13. Infeld D, Kress J: The role of health administration in services for the aging: an exploratory look at supply and demand. J Health Adm Educ 7: 97-112, 1989.
14. Meerhoff R, Rigoli F: Demanda y costos de atención médica según edad y sexo de los asegurados del Centro de Asistencia Médica del Sindicato Médico del Uruguay. Bol Of. Sanit Panam 112: 306-318, 1992.
15. Bournigal Mena A, Grullón T, Díaz A: Evaluación de la atención estomatológica en Santiago de los Caballeros, República Dominicana. Etapa I. Educ Med Salud 20:180-202, 1986.
16. Nikiforuk G: Caries dental. Aspectos básicos y clínicos. Editorial Mundi S.A.C.I., Buenos Aires, 1986. pp. 439-461.
17. Bronstein A S: La seguridad social: su evolución, sus problemas, sus tendencias. Cuad Med Soc (Rosario) 4: 1-30, 1978.
18. Secretaría de Salud del Ministerio de Bienestar y Acción Social (Argentina). Conducción sectorial y liderazgo en salud. Estudio del caso argentino. Buenos Aires, 1978, (Documento Mimeografiado).

19. Battellino L J: Influencia de la tecnología médica en los servicios de salud. *Pres Biol* 30: 9-23, 1983.
20. Battellino L J: Eficiencia y seguridad de los medicamentos. *Salud y Sociedad* 1: 27-39, 1983.
21. Chassin M, Kossecoff J, Park R R: Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? *JAMA* 258: 2533-2537, 1987.
22. Villardell F: Problemas éticos de la tecnología médica. *Bol Sanit Panam* 108: 399-405, 1990.
23. Battellino L J: Análisis del hospital contemporáneo como un sistema administrativo. *Acta Biol Clin Latinoamer* XXV: 429-433, 1991.
24. Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología/Unión de Universidades de América Latina (OFEDU-UDUAL): La Odontología alternativa para la década del '90. *Educ Med Salud* 25: 203-208, 1991.