

**ESTUDIO SOBRE EL ESTADO DE COBERTURA ODONTOLÓGICA  
GARANTIZADA POR LA LEY 24901 A FAVOR DE PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA<sup>1</sup>**

*Christian Mosca<sup>2</sup>*

*Patricia Verónica Ingénito<sup>3</sup>*

*Eduardo Rey<sup>4</sup>*

( [moscach@yahoo.com](mailto:moscach@yahoo.com) )

**Fecha de Recepción: 24 de Octubre de 2019**

**Fecha de Aceptación: 4 de Diciembre de 2019**

**Resumen**

Si bien, en Argentina las personas con discapacidad certificada tienen garantizada la atención odontológica integral y gratuita en todas las especialidades al amparo de la ley 24.901 en su artículo 28, su efectivo cumplimiento se encuentra restringido por diversos factores a estudiar convirtiendo a esta población en un grupo de riesgo.

Materiales y métodos: El trabajo se realizó utilizando un proceso descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo, no probabilístico, de sujetos voluntarios que

---

<sup>1</sup> Artículo revisado y aprobado para su publicación el día 4 de Diciembre de 2019.

<sup>2</sup> Odontólogo. Especialista en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial. Docente de la Especialidad de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina. Director del Curso de Cirugía y Traumatología BMF, Hospital Interzonal de Agudos. Gral Perón, Avellaneda. Docente Asesor Colaborador del Hospital Interzonal General de Agudos, Pte Perón, Avellaneda. Doctorando de Salud Pública.

<sup>3</sup> Licenciada en Ciencias de la Educación (Universidad de Buenos Aires).

<sup>4</sup> Presidente de la Academia Nacional de Odontología de la República Argentina. Director de la Carrera de Especialidad de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina.

detalla las condiciones de salud odontológica de las personas con discapacidad certificada en el país. Este proyecto analizó 409 encuestas validadas.

Resultados: De los 409 encuestados el 68% fueron de sexo femenino y 32 % del sexo masculino con una edad promedio  $33\pm 21$  años. De los datos alarmantes en odontología tenemos que recalcar que tan solo el 8.8% accedió a la atención odontológica efectiva, y que, en caso de necesitarla el 29.6% elegiría las obras sociales, 24.9% la forma privada, 19.6% los establecimientos Públicos Nacionales, Provinciales o Municipales, 14.4% las prepagas y, el 1% no encontró odontólogo idóneo para su discapacidad. Con respecto al estado bucal de la persona con discapacidad el 22.5% porta prótesis, el 56.2% le faltaron piezas dentarias, y el 7,8% tuvo que ser hospitalizado por causas odontológicas.

Conclusiones: la situación sanitaria odontológica de las personas con discapacidad en Argentina es alarmante. Un alto porcentaje de las personas con discapacidad no acceden a la cobertura odontológica, por lo cual los focos infecciosos bucales pueden comprometer aún más su salud, hasta la vida por la diseminación.

**Palabras Claves:** Discapacidad, Salud pública, Odontología, Rehabilitación odontológica.

### **Abstract**

In Argentina, people with certified disability are guaranteed comprehensive and free dental care in full specialities by the law 24.901, article 28, but, its real compliment is being restricted by several facts in study that make this group a risk one.

Materials and methods: This reserch was carried out with volunteers in a descriptive, observational, transversal, retrospective, non-probabilistic process that details the dental health care conditions of people with certified disability in this country. This project analyzed 409 validated surveys.

Results: From 409 cases, 68% ware female, 32% male, averaged age  $33 \pm 21$  years. Revealing worrying data, only 8.8% was having dental care. In the case of need it, 29,6% social work security, 24.9% would choose private health service, 19.6% public facilities

just national, provincial or municipal, 14.4% prepaid medicine but 1% had not found an expert odontologist on disability at all. Regarding the oral status of the person with disability, 22.5% carried prostheses, 56.2% had missing teeth, and 7.8% had to be hospitalized because of a dental not care disease.

Conclusions: dental health situation of people with disability in Argentina is worrying alarming. A high percentage of people with disability do not have access to dental assistance, so, oral not cared on time infectious focus should endanger health or life by dissemination.

**Keywords:** Disability, Public health, Dentistry, Mouth rehabilitations.

### **Resumo**

Embora na Argentina seja garantido às pessoas com deficiência certificada atendimento odontológico abrangente e gratuito em todas as especialidades, de acordo com a lei 24.901 em seu artigo 28, sua efetiva conformidade é restringida por vários fatores para estudar a transformação dessa população em um grupo de risco

Materiais e métodos: O trabalho foi realizado utilizando um processo descritivo, observacional, transversal, retrospectivo e não probabilístico de sujeitos voluntários, detalhando as condições de saúde bucal de pessoas com deficiência certificada no país. Este projeto analisou 409 pesquisas validadas.

Resultados: Dos 409 entrevistados, 68% eram do sexo feminino e 32% do sexo masculino, com idade média de  $33 \pm 21$  anos. A partir dos dados alarmantes em odontologia, devemos enfatizar que apenas 8,8% acessaram atendimento odontológico eficaz e que, se necessário, 29,6% escolheriam obras sociais, 24,9% em forma privada, 19,6% em estabelecimentos públicos nacionais, Provincial ou Municipal, 14,4% pré-pago e 1% não encontraram dentista adequado para sua deficiência. Em relação ao estado oral da pessoa com deficiência, 22,5% possuíam próteses, 56,2% com falta de dentes e 7,8% com internação por motivos dentários.

Conclusões: a situação de saúde bucal das pessoas com deficiência na Argentina é alarmante. Uma alta porcentagem de pessoas com deficiência não tem acesso à cobertura odontológica; portanto, os focos infecciosos orais podem comprometer ainda mais sua saúde, até a vida por disseminação.

**Palavras-chave:** Deficiência, Saúde Pública, Odontologia, Reabilitação Dentária.

## **Introducción**

La discapacidad como fenómeno social ha adquirido una creciente visibilidad pública en las últimas décadas. Su significado se ha ido complejizando debido al protagonismo de las mismas Personas con Discapacidad (PCD) y sus familias.

Es la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien publica en el año 2001 la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF). Esta define a la Discapacidad como “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (Organización Mundial de la Salud, 2001; Organización Mundial de la Salud, 2011).

Estamos frente a un desarrollo conceptual que condensado en el segregacionismo positivista de fines del siglo XIX, atraviesa el siglo XX en lucha e irrumpe en el siglo XXI no como una mera abstracción sino que se plasma en un instrumento internacional de derechos humanos que después de un proceso de ratificación se hace vigente en mayo del 2008 en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de las Naciones Unidas.

La República Argentina no es ajena a este proceso global aunque su historia la impartirá su propia impronta. En el mismo año 2008 le otorga fuerza de ley a la CDPD mediante la sanción de la ley 26.378. Y a fines del año 2014 por ley 27.044 se incorpora como un Convenio Internacional de Derechos Humanos –por estar comprometido –el derecho de

la salud, adquiriendo rango supralegal y conformando de ésta manera el bloque de constitucionalidad conjuntamente con el resto de los Convenios Internacionales.

De acá en más todas las leyes sancionadas anteriormente en materia de derechos de las personas con discapacidad deberán ser interpretadas subordinadas a la CDPD y al marco conceptual que propone el paradigma de la inclusión del modelo social. Las leyes más importantes son la 22.431 del año 1981, y la ley 24901 de 1997. El artículo 28 de ésta última es el que nos atañe en esta publicación (El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina , 1997).

En concordancia con estas nuevas obligaciones internacionales, Argentina incluye por primera vez en el Censo Nacional del año 2010 preguntas referidas a la discapacidad. Se indagó sobre un índice aproximado denominado “dificultad o limitación permanente” (DLP) en cinco dominios, auditivo, visual, movilidad superior, movilidad inferior, cognitivo, cruzado con sexo, edad, educación, trabajo y especificidad de la población. De esta primera actuación censal se sabe que el 12,9 % de la población argentina vive con una DLP, es decir, más de cinco millones de personas (INDEC, 2010; INDEC, 2018).

En el último anuario estadístico nacional del año 2017 (Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), 2017), realizado por el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), se verifica que la cantidad de Certificados Únicos de Discapacidad (CUD) emitidos fue de 1.205.018 a diferencia del año 2009 con 8759 CUD otorgados. Sin lugar a cálculos finos, de cinco millones de personas con DLP sólo un millón lograron tramitar su CUD. He aquí la principal barrera. Asociaciones como ALPI manifestaban con datos oficiales hasta el año 2006 que el 7,1% de la población padecía algún tipo de discapacidad (2.176.123 personas. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad - ENDI-, año 2006). Es por este motivo que al no tener estudios profundos en la Argentina y datos oficiales por parte de las autoridades sobre la cantidad real de PCD, no se pueden instaurar programas nacionales específicos para tratar a todos. Muchas de las Asociaciones de Defensa de las PCD, u organismos sin fines de lucro que defienden estos derechos, denuncian que no hay un criterio unificado de evaluación al momento de obtener el CUD (HIPUA. Hipertension Pulmonar Argentina, s/f).

El artículo 28 de la ley 24901 le garantiza a esta población acceso gratuito en todas las especialidades de la odontología, en cualquier efector de salud del sistema argentino. Ya sea en servicios de atención pública (hospitales nacionales, provinciales, Universidades Nacionales de Odontología, Hospitales Odontológicos Universitarios), obras sociales y medicina prepagas.

Al ser una atención integral, la rehabilitación abarca desde atención de caries o selladores (atención primaria) hasta tratamientos de alta complejidad como implantes, regeneraciones óseas guiadas, prótesis de alta complejidad, etc. Es importante tener en cuenta que el estado de salud bucal para cualquier persona es sumamente importante para su integración a la sociedad, más aún para las personas con discapacidad. Siempre estando alerta dependiendo de la naturaleza de la discapacidad (motora, visual, mental, intelectual, visceral o auditiva) las patologías cervicofaciales y odontológicas pueden comprometer hasta la vida del paciente. La condición deficiente de salud bucal del paciente, puede llevar a una mala higiene oral, xerostomía o patologías asociadas a la condición de salud de su certificado de discapacidad. Por lo dicho el rol de los servicios de salud odontológicos y el sistema de salud y monitoreo de las personas con discapacidad tienen que ser exhaustivos (Chiapasco, Gatti, Casentini, & Procopio, 2009; Contreras, 2013; Contreras Rengifo, 2016).

En la exploración del estado del arte, no se encontró bibliografía ni estadísticas nacionales acerca de la atención a personas con discapacidad bajo la ley 24901, por lo cual podemos afirmar sin duda que este es el primer estudio que aborda la situación de las personas con certificado de discapacidad en Argentina en materia de salud bucal.

### **Materiales y métodos**

Para la presente investigación fundamentalmente se protegieron los derechos de las personas con discapacidad, primeramente bajo el Consentimiento Informado, respetando los principios éticos basados en la Declaración de Helsinki.

El trabajo se realizara utilizando un proceso descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo, probabilístico, de sujetos voluntarios que detalla las condiciones de salud

odontológica de las personas con discapacidad certificada en el país, además de poseer un carácter exploratorio de las distintas características de este grupo estudiado, para lograr evaluar aquellos aspectos que inciden en su condición y mostrar así las acciones que se podrían tomar para generarles mejor bienestar.

Se realizaron encuestas para personas con Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente en cualquiera de sus versiones. El mismo fue revisado por expertos en diferentes ramas de la Odontología, Medicina, Traumatología y Discapacidad.

En una primera etapa la encuesta fue validada con 115 personas titulares de Certificados Únicos de Discapacidad vigentes contactadas e invitadas a participar en grupos a través de la red social Facebook: Fundación Delfina Baratelli; Confederación Nacional de Personas con Discapacidad y Familiares; Movimiento de Inclusión por la Discapacidad (M.I.D.) políticas y derechos; Discapacidad y Sociedad; Derecho de las personas con discapacidad; Las personas con discapacidad se la pasan bien en este grupo; Discapacidad/mil veces caídos/nunca vencidos; Gente con espina Bífida e Hidrocefalia; Discapacitados de Argentina; Discapacidad y Trabajo; Observatorio de los derechos de las personas con discapacidad de la plata; Padres de hijos y personas con discapacidad de Jose C Paz; Chicos especiales tu donación; Discapacidad y psicoanálisis; Defendámonos (salud - discapacidad), entre otros grupos más. Para poder llevar esta validación se digitalizó la encuesta utilizando el sistema de formularios de google docs (García Cordova, 2002; Castañeda & Luque, 2004; Grasso, 2006; Valls, 2007; Pastor, 2009; Lozano Rodríguez, Valdes Lozano, Sánchez Aradillas, & Esparza Duque, 2011; Alarco, 2012; Alarco & Álvarez, 2012; Abundis Espinosa, 2016) y a través del enlace se copió en los diferentes foros para que las personas con CUD o certificado de discapacidad vigente en cualquiera de sus versiones contesten y analicen si las preguntas eran entendibles y si presentaban dificultad para su respuesta.

Una vez realizada la validación, se implementaron los cambios necesarios al cuestionario y se reseteó el sistema a cero para volver a comenzar.

A la par, se confeccionó una página de Facebook (atención odontológica y discapacidad, @odontologiadiscapacidad) y a partir de allí se difundió la encuesta a los distintos foros con personas con discapacidad del país (García Cordova, 2002;

Castañeda & Luque, 2004; Grasso, 2006; Valls, 2007; Pastor, 2009; Lozano Rodríguez, Valdes Lozano, Sánchez Aradillas, & Esparza Duque, 2011; Jhonnal Alarco, 2012; Alarco & Álvarez, 2012; Abundis Espinosa, 2016).

Para demostrar que las respuestas a la encuesta son verosímiles y absolutamente certeras, en el cuestionario se solicita al entrevistado a ingresar un mail de contacto, y se valida la situación, comunicándose a ese e-mail, así como también por otros sistemas, tales como chat por alguna de las redes sociales usualmente utilizadas o por teléfono. Todo dato de personas que no se las puede contactar, son eliminados del sistema y de la estadística. Aquellas personas que por su condición de salud no pudieron llenar el formulario por sus propios medios, se las ha contactado para su realización en forma telefónica.

Este proyecto analizó un total de 409 encuestas validadas.

## **Resultados**

De los 409 encuestados el 68% son de sexo femenino (n=278) y 32 % del sexo masculino (n=131) con una edad con una edad media de 32,6 años (Mediana=33; DE=21; Min=1; Max=83; Q1=12; Q3=51). El país de nacimiento Argentina (n=395; 96,6%); Chile (n=4; 1%); Paraguay (n=3; 0,7%); Uruguay, Perú y Colombia (n=2; 0,5% respectivamente); y España (n=1; 0,2%) con un valor de  $\chi^2$  de Pearson de 2262,00; gl 6;  $p < 0.0001$ , en que la distribución no es uniforme, y hay diferencias entre las categorías.

El tipo de discapacidad o condición de salud se clasifica en Motora; Mental; Visceral; Visual; Auditiva e Intelectual; pudiendo una PCD presentar una sola o una combinación de cualquiera de ellas. La condición motora es la que más se presentó en las PCD encuestadas con un valor de 35,6% (IC95: 32,0% a 39,3%), siguiendo la mental 20,8% (IC95: 17,7% a 23,9%); Intelectual 16,6% (IC95: 13,8 a 19,4); Sensorial Auditiva 9,9% (IC95: 7,6% a 12,1%); Sensorial Visual 9,6% (IC95: 7,3% a 11,8%) y Física Visceral 7,5% (IC95: 5,5% a 9,5%).



Dentro de todos estos grupos el 59,9% (n=245) presenta una sola condición de salud; mientras que el porcentaje restante (40,1%) presentan dos o más condiciones de salud.

Como se observa en la tabla 1 la distribución de las PCD según una sola condición de salud arrojan el siguiente resultado con la comparación de distribución por sexo:

Condición de salud	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	Cant. de Personas	%	Cant. de Personas	%	Cant. de Personas	%
Mental	25	52,08	23	47,92	48	100
Motora	94	73,44	34	26,56	128	100
Visceral	6	50,00	6	50,00	12	100
Visual	8	61,54	5	38,46	13	100
Auditiva	21	84,00	4	16,00	25	100
Intelectual	13	68,42	6	31,58	19	100
<b>Total</b>	<b>167</b>		<b>78</b>		<b>245</b>	

Tabla 1: Distribución de las personas con discapacidad con CUD o certificado vigente que realizó la encuesta con una sola condición de salud

Teniendo en cuenta que una misma persona puede configurar más de un tipo de discapacidad, el 55.2% (n=226/409 encuestas) manifiesta que tiene problemas para mover su cuerpo o parte de él, 16.7% digerir o metabolizar los alimentos, 11.3% respirar, 15.3% otros. Esto trae aparejado una problemática de mucha relevancia en este estudio, ya que esta dificultad hace que la PCD tenga mala higiene bucal, con el aumento de la probabilidad de presentar focos sépticos en la cavidad bucal.

El 95,6% no se encuentra en internación domiciliaria, y solo el 15,5% vive de su trabajo (IC95: 12,2% a 18,8%), siendo las restantes condiciones financieras que el 42,5 % lo mantiene su familia (IC95: 38,0% a 46,9%); 24,6 % tiene pensión (IC95: 20,7% a 28,5%), 10.6 % está jubilado (IC95: 7,8% a 13,4%), el 0,4 % vive de rentas (IC95: 0,0% a 1,0%) y otros ingresos el 6,4% (IC95: 4,2% a 8,6%). Tengamos en cuenta que en

algunos casos la PCD puede contar con tener dos o más fuentes de ingreso de dinero. (Tabla 2).

Situación Financiera	FA	Porcentaje	IC 95
Vive de su trabajo	73	15,5	12,2 a 18,8
Está jubilado	50	10,6	7,8 a 13,4
Vive de rentas	2	0,4	0,0 a 1,0
Lo mantiene la familia	200	42,5	38,0 a 46,9
Tiene pensión	116	24,6	20,7 a 28,5
Otra	30	6,4	4,2 a 8,6
<b>Total</b>	<b>471</b>	<b>100,0</b>	

*Tabla 2: Distribución de la situación financiera*

Con respecto a la atención por cobertura de ley de su condición de salud médica de su certificado de discapacidad, 43,8% (IC95: 39,0% a 48,6%) acceden en forma completa a la atención médica especializada sin límite para la atención del diagnóstico médico de su certificado de discapacidad. El 27,9% (IC95: 23,5% a 32,2%) acceden parcialmente y el 6,1% (IC95: 3,8% a 8,4%) directamente no acceden. Pero también se puede observar que existe un 18,6% (IC95: 14,8% a 22,4%) que no conocen que tenían ese derecho y que tan solo el 3,7% (IC95: 1,8% a 5,5%) no necesita de este derecho. Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 222,48; gl 4; p<0,0001 habiendo diferencias entre las categorías. (Tabla 3)

Atención Médica Especializada	FA	Porcentaje	IC 95
No sabía que tenía este derecho	76	18,6	14,8 a 22,4
La persona con discapacidad sí accede	179	43,8	39,0 a 48,6
La persona con discapacidad accede parcialmente	114	27,9	23,5 a 32,2
La persona con discapacidad no accede	25	6,1	3,8 a 8,4
No lo necesita por ahora	15	3,7	1,8 a 5,5
<b>Total</b>	<b>409</b>	<b>100,0</b>	

Tabla 3: Distribución de si la PCD recibe la atención médica especializada.  
 Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 222,48; gl 4; p<0.0001

En cambio en la cobertura dispuesta a través del artículo 28 de la Ley 24.901 - que garantiza la atención integral odontológica al 100% -, el 49,1% (IC95: 44,3% a 54,0%) se da en el desconocimiento de este derecho, siendo que el 8,8% (IC95: 6,1% a 11,5%) accede en forma completa, el 14,9% (IC95: 11,5% a 18,4%) accede parcialmente, el 23,0% (IC95: 18,9% a 27,1%) no accede y el 4,2% (IC95: 2,2% a 6,1%) no lo necesita por el momento. Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 257,78; gl 4; p<0.0001 habiendo diferencia entre las categorías (Figura 1).



Figura 1: Atención odontológica integral gratuita

Con respecto al estado bucal de la persona con discapacidad el 22,5% porta prótesis, el 56.2% carecen de piezas dentarias, y el 7,8% han sido hospitalizados por cuestiones odontológicas, de los cuales una situación fue por hemorragia a una exodoncia producto de la medicación que tomaba la persona para su condición de salud, y 19 personas por infecciones odontogénicas. (Tabla 4)

Motivos de la internación de la PCD	FA	Porcentaje	IC 95
Atención General	4	1,0	0,0 a 1,9
Cirugía Dentomaxilar	4	1,0	0,0 a 1,9
Hemorragia	1	0,2	0,0 a 0,7
Implantes	1	0,2	0,0 a 0,7
Procesos infecciosos cervicofaciales	19	4,6	2,6 a 6,7
Mala Praxis	1	0,2	0,0 a 0,7
Operatorias	1	0,2	0,0 a 0,7
Traumatismo panfacial	1	0,2	0,0 a 0,7
Ninguna	377	92,2	89,6 a 94,8
<b>Total</b>	<b>409</b>	<b>100,0</b>	

*Tabla4: Distribución de la internación de las PCD encuestadas*

En la figura 2 se puede observar un análisis de las medicaciones que toma las PCD con la ausencia o no de piezas dentarias, con respecto a aquellos que no toman medicación. Se puede observar las diferencias entre aquellos que toman medicación en la que el 81% presenta ausencia de piezas, con respecto aquellos que no toman medicación que solo el 42% presenta ausencia de piezas. Se realizó la prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson obteniendo un valor de 41.23, de esta manera los resultados sugieren que hay asociación entre la ausencia de piezas dentarias y la ingesta de medicaciones.

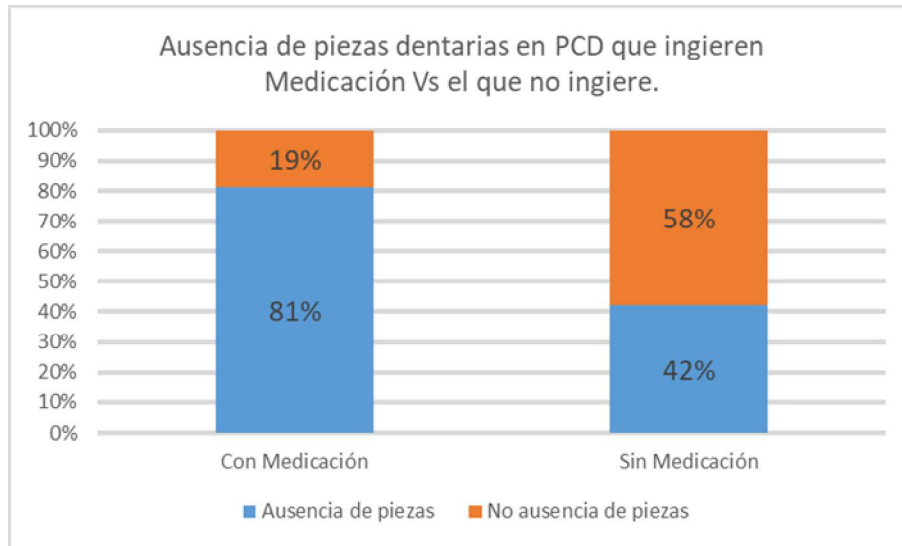


Figura 2: Distribución de las PCD que le faltan piezas dentarias con y sin medicación sistémica

Prueba de Chi2 de Pearson 41,23; gl=1; p<0,0001

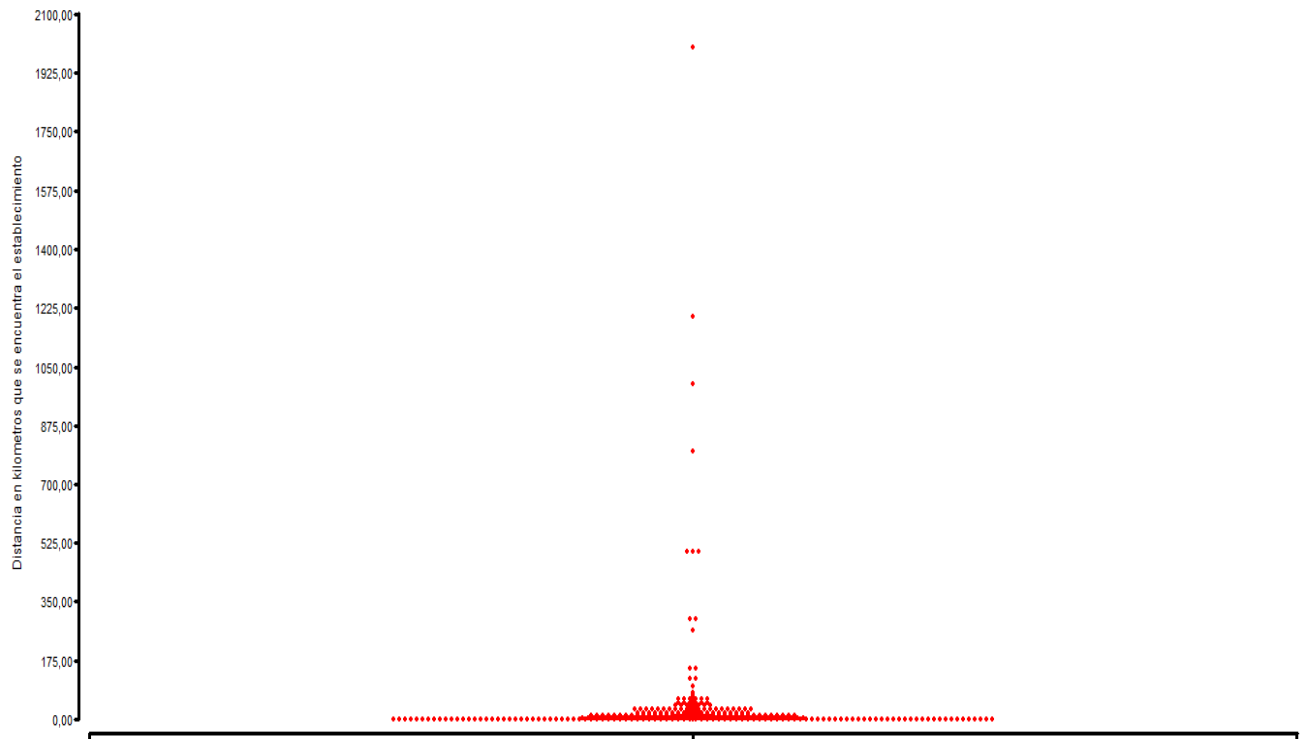
Hay que poner de resalto que tan solo el 32,5% se encuentra en la actualidad en atención odontológica, y en caso de necesitarla el 29,6% concurre a las obras sociales, mientras que el 24,9% elige la forma privada (ya que alegan que la obra social no les cubre la prestación que requieren, o la calidad de atención es baja y cuasi ineficiente). De ello se colige que el 19,6% de los establecimientos pertenecen al ámbito Público, ya sea Nacional, Provincial o Municipal, el 14,4% a Empresas de Medicina prepaga y el 1,0 % del resto de las Instituciones refieren una clara negativa en la atención, por no encontrar – de acuerdo a lo que sus representantes aducen – profesionales idóneos que sepan manejar pacientes con discapacidad. (Tabla 5)

Donde recibe atención Odontológica	FA	Porcentaje	IC 95
Forma privada	102	24,9	20,7 a 29,1
Establecimiento publico	80	19,6	15,7 a 23,4
Prepagas	59	14,4	11,0 a 17,8
Obras sociales	121	29,6	25,2 a 34,0
Otras	22	5,4	3,2 a 7,6
En ningún lugar porque nadie lo quiere atender	4	1,0	0,0 a 1,9
Ninguno porque no lo puede pagar	3	0,7	0,0 a 1,6
Nunca fue al odontólogo	18	4,4	2,4 a 6,4
<b>Total</b>	<b>409</b>	<b>100,0</b>	

*Tabla 5: Distribución del lugar donde la PCD recibe la atención odontológica*

Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 292,03; gl 7; p<0,0001

La distancia en Kilómetros que se encuentra el establecimiento a donde se atiende en odontología presenta una media de 29,3 Km., con una Mediana de 5,0 Km., un mínimo de 0 Km. y un máximo de 2000,0 Km. (Figura 3)



*Figura 3: Grafico por densidad de puntos de la distancia en Km. en donde se encuentra el establecimiento para la atención odontológica de la PCD*

Dentro de los grupos de organismos que prestan atención odontológica a las personas con discapacidad y que deberían cumplir con la ley y la cobertura integral del artículo 28 tenemos que, el mayor porcentaje de las PCD nunca se atendieron por obras sociales o medicinas prepagas, el 35,9% (IC95: 31,3% a 40,6%); el 22,0 % (IC95: 18,0% a 26,0%) tuvieron que pagar una parte del tratamiento; el 20,3% (IC95: 16,4% a 24,2%) tuvieron que pagar todo el tratamiento odontológico; el 8,6% (IC95: 5,8% a 11,3%) se quedó sin atención; el 5,6% (IC95: 3,4% a 7,9%) le solucionaron a medias su patología ya que, como no podían pagar el resto del tratamiento, los pacientes se quedaron con dicho tratamiento a medio camino, es decir incompleto y el 7,6% (IC95: 5,0% a 10,1%) conlleva a otras situaciones que, de acuerdo a lo relatado por las PCD que el servicio odontológico no contaba con los materiales adecuados para poder resolver la situación clínica planteada; Falta de atención por parte del servicio profesional por la condición de salud de la PCD y a mayor abundamiento debido a la falta de idoneidad y/o praxis

profesional de los odontólogos; Falta en el servicio de anestesia general; Y uno de los peores casos relatados se dio en virtud de que la obra social solo considera como condición de discapacidad al Síndrome de Down o patologías mentales declaradas y ostensibles, mientras que el resto de las condiciones no las considera discapacidad. Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 168,92; gl 5; p<0,0001 habiendo diferencias entre las categorías, y una distribución no uniforme.

Ámbito institucional que NO respeto los derechos de la PCD en la atención Odontología pública	FA	Porcentaje	IC 95
Universidades Argentinas	59	38,8	31,1 a 46,6
Hospital de la Provincia de Buenos Aires	34	22,4	15,7 a 29,0
Hospital público del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires	22	14,5	8,9 a 20,1
CAI centro de atención integral	5	3,3	0,5 a 6,1
Hospital Provincial fuera de la Provincia de Buenos Aires	31	20,4	14,0 a 26,8
NS/NC	1	0,7	0,0 a 1,9
Total	152	100,0	

Tabla 6: Distribución del ámbito institucional público que NO respetó el derecho al acceso a la gratuidad bajo el art 28 de la ley 24901

De las 123 PCD que respondieron a la encuesta manifestando que no recibieron atención gratuita en los Establecimientos Públicos Nacionales, Provinciales y Municipales han marcado entre 1 o más opciones (casilla de verificación), ya que han concurrido a varios.

En establecimiento con mayor incumplimiento de la ley 24901 en su artículo 28 son las Universidades Argentinas con el 38,8% (IC95: 31,1% a 46,6%); luego siguen los Hospitales de la Provincia de Buenos Aires que cuentan con servicios de odontología 22,4% (IC95: 15,7% a 29,0%), Hospitales Provinciales de otras provincias que no sea Buenos Aires 20,4% (IC95: 14,0% a 26,8%), Hospitales Públicos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 14,5% (IC95: 8,9% a 20,1%), CAI o Centro de Atención Integral 3,3% (IC95: 0,5% a 6,1%) y hubo una PCD que no quiso identificar el establecimiento 0,7% (IC95: 0,0% a 1,9%). Prueba de Chi<sup>2</sup> de Pearson 89,11; gl 5;



$p < 0,0001$  habiendo diferencias entre las categorías, y una distribución no uniforme (Tabla 6).

## **Discusión**

La discapacidad en Argentina representa hoy un tema importante dentro de la salud pública y privada. Una de las mayores problemáticas determina que muchas personas con discapacidad no pueden acceder a los servicios de salud por las distancias a los mismos, imposibilidad de moverse de su domicilio (por su condición de salud), problemas económicos, entre otras cosas. Pero a su vez, existe un porcentaje (49,1%) de personas con discapacidad que desconocen los derechos que la ley les garantiza las prestaciones odontológicas en forma integral y gratuita.

El Certificado de Discapacidad tiene la categoría de documento público, ya que responde a la condición de extenderse para dar cumplimiento a disposiciones legales que lo exigen, ya que en nuestro país la acreditación de la discapacidad para acceder a los derechos y beneficios incluidos en las normas se realiza mediante su certificación (Fuentes, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) estima que entre un 7% y un 10% de la población convive con alguna discapacidad tanto en la Argentina como en el mundo y señala que la tasa de desocupación entre la población con discapacidad es cuatro veces mayor al promedio general de la población (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017). Nuestro estudio confirma que sólo el 15.5% vive de su trabajo, eso hace que un gran porcentaje de la población no tenga los medios económicos para afrontar los altos costos que implica la salud.

Nosotros estamos de acuerdo y comprobamos con el estudio los datos de la OMS, que plantea que, las dos terceras partes de la población con algún tipo de discapacidad, no reciben atención odontológica y, aunque los porcentajes estimados de ésta población varía de una localidad a otra, los aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluye su rehabilitación bucal u salud oral (Organización Mundial de Salud (OMS),

2009). Este concepto que toma la OMS a nivel mundial se puede transpolar a la Argentina.

“El no tener acceso a los servicios de odontología podría representar la dependencia y la existencia de barreras para las personas en situación de discapacidad, además, esta limitante, lejos de representar un ahorro, genera costos directos e indirectos” (Pineda-Tamayo, y otros, 2004; Hernández & Hernández, 2005; Karin Rotter, Fresia Solís, & Milton González, 2007; Romero, Arango, Alvis, Suarez, & Duques, 2011), tanto para la persona en condición de discapacidad, como para sus familiares. Teniendo en cuenta que un alto porcentaje de las personas con discapacidad no cuenta con los recursos económicos para afrontar los altos costos de la atención odontológica, automáticamente su salud bucal se encuentra seriamente comprometida.

Pero uno de los grandes problemas que surge en la Argentina es la falta de accesibilidad de las PCD a los servicios de salud. Parte de este inconveniente se debe a causa del Estado Nacional, ya que el mismo no instaura programas de distribución de profesionales y de servicios especializados a lo largo del país. Zaldúa, G y col (Zaldúa, y otros, 2007), manifestaron entre dos ciudades (Gral. Mosconi y CABA), que distintos actores/as de la comunidad de Mosconi hacen alusión al deterioro del sistema de salud relegado en la falta de recursos humanos y materiales en salud. A modo de ejemplo: se cuenta sólo con un médico rural para una población de 2400 personas; dos pediatras y un ginecólogo; no hay médicos especialistas (dermatólogos, cardiólogos, neurólogos, neumonólogos, etc.), ni psicólogos. Además se manifiesta serios problemas de infraestructura en el sistema público de salud. Dejamos en claro que nuestros conceptos se originan en estadísticas serias, veraces y exentas de connotaciones político-partidarias.

La identificación de las barreras de acceso y uso de los servicios de salud es un requerimiento indispensable para afrontar las inequidades en el acceso a los sistemas sanitarios, en las cuales encontramos las siguientes: barreras personales; barreras simbólicas; barreras económicas; barreras administrativas; barreras sociales y culturales, y barreras geográficas (Comes, 2006).

Este último punto en la discapacidad se considera muy importante, muchos servicios se encuentran a grandes distancias y la PCD se encuentra aislada de los mismos. Se considera una barrera a la posición que perjudica aquellas poblaciones que se localizan apartadas, a más de tres horas de la instalación de salud más cercana por medio del traslado más habitual de la zona (World Health Organization, 2001). Las PCD presentan dificultades para conseguir servicios especializados de odontología en el país que puedan atender su situación. Como hemos observado la mayor distancia que tuvo que recorrer una PCD es de 2000 Km para poder tener atención especializada en odontología, y la media del análisis se encuentra en 29,3 km. Otro de los puntos es la falta de personal capacitado para atender determinadas condiciones de discapacidad, principalmente la mental e intelectual (Ravaglia, 2001).

La salud bucodental constituye un componente de la salud general de los seres humanos, vital para el adecuado crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes, asociado a diferentes factores de riesgo. Algunos, como la edad, el sexo y las condiciones hereditarias, son intrínsecos a la persona y no se pueden cambiar o modificar. Otros, que están sujetos a los comportamientos y estilos de vida (inclusive en la adultez), se consideran factores de riesgo modificables, ya que la acción individual y la modificación de un hábito o comportamiento particular es posible (Federación Dental Internacional (FDI), 2015).

Durante toda la vida, el individuo debe vivir en salud y esto no escapa a la persona con discapacidad, que requiere que se le brinde los medios adecuados para prevenir la instalación de enfermedades bucales (Calzadilla, 2001). En ellas la problemática de la salud es más profunda y compleja que la del resto de la población y la relevancia no viene dada únicamente por la condición bio-psico-social y bucodental, sino también por la falta de una adecuada atención odontológica para la demanda creciente que vienen afrontando. En el caso de los pacientes con discapacidad esto es mucho más delicado.

Es importante tener en cuenta que el estado de salud bucal de una persona con discapacidad es sumamente importante para su integración a la sociedad. Dependiendo de la discapacidad (motora, visual, mental, intelectual, visceral o auditiva) las patologías

cervicofaciales y odontológicas pueden comprometer en casos extremos hasta la vida del paciente. En los niños con discapacidad hay mayor incidencia de caries, enfermedad periodontal (encías/hueso) y mala oclusión. Es la consecuencia de varios factores: el desequilibrio muscular, alteraciones en la masticación, disfunciones labiales, linguales, mala calcificación dentaria, consistencia blanda de los alimentos, disminución del flujo salival, prolongación del uso de la mamadera y del chupete. A ello se suma que muchas de las personas con discapacidad toman medicinas azucaradas por tiempo prolongado, lo que contribuye a la producción de caries, y algunos medicamentos anticonvulsivos que producen aumento del tamaño de las encías cuando hay mala higiene, sin contar que a veces la misma discapacidad puede llevar a que la persona tenga mala higiene bucal por no contar con la destreza motora (Di Nasso & Falconi Salazar, 2010; Diaz Cárdenas, Arrieta Vergara, & Ramos Martinez, 2018).

De lo expuesto, no corresponde inferir que debiera haber una relación entre la condición de salud expresada como diagnóstico (CIE 11) en el certificado de discapacidad y, la situación odontológica particular que presente una PCD, para acceder a la gratuidad de la atención odontológica integral, es decir que con la sola presentación del CUD, las PCD debieran acceder en forma gratuita e integral a la atención bucodental sin más, como ocurre con el resto de las patologías incapacitantes, bajo prácticas clínicas, quirúrgicas, ya sea en atención en consultorio o en urgencias en donde sí se respeta la normativa vigente, realizando una interpretación exegética de la norma, garantizando una cobertura del 100% de la atención, cuando la necesidad está asociada al diagnóstico médico del CUD.

Esto es así por razones fundamentales que son imprescindibles destacar. En Primer lugar, la redacción del artículo 28 de la Ley 24.901 apunta a la rehabilitación siendo ésta considerada en la ciencia odontológica inconfundiblemente de carácter integral, es decir, que se debe otorgar todo lo que el paciente necesite hasta lograr la absoluta integración social de la sonrisa. En Segundo término y fundamental, cabe señalar que el Clasificador Internacional de Enfermedades (CIE 11) no es de uso ni en la clínica ni en la investigación odontológica, por lo tanto, no puede establecerse una relación entre el

diagnóstico odontológico y el diagnóstico médico. Cualquier requerimiento de relación entre estado bucal y diagnóstico médico del CUD para denegar atención deviene de un claro error conceptual y configura una afrenta contra el espíritu de la ley, en tanto se tergiversan los fundamentos y principios rectores trazados por ésta, reforzando la situación de vulnerabilidad bucal que este artículo se empeña en señalar (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Es por este motivo que las políticas sanitarias han de tener en cuenta la especificidad de la discapacidad, tanto en los servicios prestados como en el modo de prestarlos, garantizando la accesibilidad, inclusión y autonomía de las personas con discapacidad. Las políticas sanitarias, en lo que conciernen a la discapacidad, deberían tener por objeto reducir los efectos y secuelas de la misma, mediante la prevención, la atención y la rehabilitación. Es por que los organismos nacionales encargados de promover la salud bucal deben de tomar un serio compromiso con esta población, ya que el riesgo de una mala o descontrolada salud bucal complica sus patologías de base y en ocasiones como hemos reflejado en párrafos anteriores, pueden determinar la muerte de un paciente.

## **Conclusiones**

Del análisis de los resultados obtenidos de la encuesta realizada, se puede concluir que la situación sanitaria odontológica de las personas con discapacidad en Argentina es deficiente y alarmante. Un alto porcentaje de las personas con discapacidad no acceden a la cobertura odontológica, por lo cual los focos infecciosos bucales pueden comprometer aún más su salud, hasta la vida por la diseminación.

No sólo las obras sociales y las Empresas de Medicina prepagas niegan la cobertura odontológica al 100% en forma integral y gratuita, sino que también el Estado Nacional a través de las instituciones públicas no cumplen con las prescripciones de la ley 24901, y principalmente de lo dispuesto en su artículo 28.

El derecho en base a la ley nacional de atención integral odontológica, en todos los niveles de complejidad, se percibe diferente en lo que se refiere a acciones de

promoción de la salud bucal a favor de las personas con discapacidad ejecutadas por las campañas específicas a lo largo de los últimos años. Por ello es necesario que los Organismos Nacionales encargados de los servicios de salud actúen con mayor intensidad al definir prioridades en políticas públicas de salud odontológica que abarquen sin más a este grupo de pacientes con deficiencias o patologías bucales y con discapacidad.

**Nota:**

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC) de Stamboulian con fecha 19 de julio de 2018 y cuenta con el Aval de la Academia Nacional de Odontología con fecha 30 de julio de 2018

El cuestionario para las Personas con Discapacidad y los Establecimientos Públicos se encuentra protegido por la Dirección Nacional de Derecho de Autor exp RL-2018-23015686-APN-DNDA#MJ

El proyecto de investigación, sus resultados, tablas, gráficas y estadísticas se encuentran protegidos por la Dirección Nacional de Derecho de Autor. Hecho el deposito el 16 de julio de 2019 bajo el número de expediente EX -2019-64064309-APN-DNDA#MJ.

**Referencias**

Abundis Espinosa , V. M. (Agosto de 2016). Beneficios de las encuestas electrónicas como apoyo para la investigación. *Revista Académica de Investigación*, 22, 168-186. Obtenido de <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/index.htm> .

Alarco, J. (2012). Google Docs: una alternativa de encuestas online. *Educ Med*, 15(1), 9-10.

- Calzadilla, N. C. (2001). Correspondencia entre laq formacion académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. *Rev Cubana Estomatol*, 3(38), 181-91.
- Castañeda, J., & Luque, T. (2004). Diseños de investigación comercial en internet: oportunidades y limitaciones. *Investigación y Marketing*, 84, 20-28.
- Chiapasco, M., Gatti, C., Casentini, P., & Procopio, C. (2009). *Manual Ilustrado de Implantología Oral*. Amolca.
- Comes, Y. (2006). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Facultad de Psicología-UBA Anuario de Investigaciones.
- Contreras Rengifo, A. (2016). La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.*, 9(2), 193-202.
- Contreras, A. (2013). La promocion de la salud bucal como una estrategia para el desarrollo de la salud pública: una oportunidad para la profesión y para el país. *Biomédica*, 1(33), 187-90.
- Di Nasso, P., & Falconi Salazar, E. (2010). La salud oral de grupos poblacionales vulnerables: experiencias de educación para la salud bucal en niños con discapacidad en Perú y argentina. *Facultad de Odontología. UNCuyo.*, 4(2), 7-11.
- Diaz Cárdenas, S., Arrieta Vergara, K., & Ramos Martinez, K. (2018). Pobreza y salud bucal en comunidades afrodescendientes vulnerables. *Revista Cubana de Salud Publica*, 3(44), e411.
- El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina . (Promulgada de hecho: diciembre 2 de 1997). *Ley 24.901. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.*

- Federación Dental Internacional (FDI). (2015). El Desafío de las Enfermedades Bucodentales – Una llamada a la acción global. 2ª ed. Ginebra. Obtenido de [http://www.fdiworldental.org/media/84768/book\\_spreads\\_oh2\\_spanish.pdf](http://www.fdiworldental.org/media/84768/book_spreads_oh2_spanish.pdf) .
- Fuentes, P. (2014). *Discapacidad en la República Argentina. Aspectos normativos*. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Carrera de Posgrado de Especialización en Medicina Legal.
- García Cordova, F. (2002). El cuestionario: Recomendaciones metodológicas para el diseño de cuestionarios.
- Grasso, L. (2006). “Encuestas: elementos para su diseño y análisis.
- Hernández, J., & Hernández, I. (2005). Una aproximación de los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 7(2), 130-144. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v7n2/v7n2a02.pdf> .
- HIPUA. Hipertension Pulmonar Argentina. (s/f). Certificado de Discapacidad: Denuncian que es "casi acusatorio" el interrogatorio para obtenerlo. Obtenido de <http://www.hipertensionpulmonarargentina.org/certificado-de-discapacidad-denuncian-que-es-casi-acusatorio-el-interrogatorio-para-obtenerlo/> .
- INDEC. (2010). *Censo 2010 de la República Argentina*. Obtenido de [https://www.indec.gov.ar/nivel4\\_default.asp?id\\_tema\\_1=2&id\\_tema\\_2=41&id\\_tema\\_3=135](https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135) .
- INDEC. (2018). *INDEC: Estudio nacional sobre la población con discapacidad*. Recuperado el 04 de Junio de 2019, de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/indec-estudio-nacional-sobre-la-poblacion-con-discapacidad> .
- Karin Rotter, P., Fresia Solís, F., & Milton González, A. (2007). Costos de atención en pacientes con mielomeningocele en los Institutos de Rehabilitación Infantil Teletón. *Rev Chil Pediatr*, 78(1), 35-42.



- Lozano Rodríguez, A., Valdes Lozano, D., Sánchez Aradillas, L., & Esparza Duque, E. (2011). Uso de google docs como herramienta de construcción colaborativa tomando en cuenta los estilos de aprendizaje. *Revista Estilos de Aprendizaje*, 8(4), 23-39.
- Medina, R. (18 de Abril de 2018). El INDEC sale a relevar cuántas personas con discapacidad hay en la Argentina. *Clarín Sociedad*. Obtenido de [https://www.clarin.com/sociedad/indec-sale-relevar-cuantas-personas-discapacidad-argentina\\_0\\_HkIXmgBhz.html](https://www.clarin.com/sociedad/indec-sale-relevar-cuantas-personas-discapacidad-argentina_0_HkIXmgBhz.html).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Informe Mundial sobre discapacidad*. Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *10 datos sobre discapacidad*.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. En *CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Obtenido de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud*. Paseo del Prado, Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión*. Obtenido de <https://icd.who.int/es>.
- Organización Mundial de Salud (OMS). (2009). Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA62.14. Ginebra: OMS.
- Pastor, J. (2009). Los formularios en línea como herramienta telemática para interactuar con los estudiantes. *Revista d'Innovació Educativa*, 3, 79-83.

- Pineda-Tamayo, R., Arcila, G., Restrepo, P., Tobón, G., Camargo, J., & Anaya, J. (2004). Costos médicos directos de la artritis reumatoide temprana. *Revista Colombiana de Reumatología*, 11(2), 89-96.
- Ravaglia, C. (2001). *Discriminación*. Obtenido de <http://www.xn--odontologa-online-lyb.com/casos/part/CR/CRO1/CRO1.html> .
- Romero, M., Arango, C., Alvis , N., Suarez, J. C., & Duques, A. (2011). Costos de la Esclerosis Múltiple en Colombia. *Value in Health*, 14, S48-S50.
- Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR). (2017). *Datos estadísticos sobre la discapacidad 2017*. Buenos Aires. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/andis/anuarios-estadisticos-nacionales>
- Valls, O. (2007). Investigación on-line: menos costes y mayor rapidez. *Investiga: Publicación de Investigación de Mercados*, 17, 24-28.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: WHO.
- Zaldúa, G., Sopransi, M. B., Nabergoi, M., Longo, S., Estrada Maldonado, S., & Veloso, V. (2007). Ciudadanía, accesibilidad a la salud y afectaciones subjetivas y colectivas. *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007*, (págs. 204-207). Buenos Aires. Obtenido de <https://www.academica.org/000-073/467> .