



## “Dental es diferente”

Para entender mejor las opciones disponibles a los patronos al proveer un beneficio de plan dental a sus empleados, es importante entender las diferencias entre el cuidado dental y el cuidado médico. Estas diferencias rigen el diseño de los beneficios del plan dental y crean una distinción entre la metodología de cobertura de beneficios dentales y beneficios médicos.

### **Contraria a la enfermedad médica general , la enfermedad dental no es un riesgo asegurable.**

- Existe una incidencia casi universal de enfermedades dentales - todos la tienen; y por lo tanto, todos necesitan y utilizarán el cuidado dental.
- Con la excepción del trauma y el dolor, el paciente tiene control total sobre cuándo o inclusive si se proveerá el tratamiento. La naturaleza y cantidad de ese tratamiento tiene un efecto considerable en el resultado del tratamiento.
- Aunque la necesidad de cuidado dental varía entre individuos, las necesidades odontológicas de un grupo de empleados son altamente predecibles. Por lo tanto, a menudo un plan dental puede ser auto financiado y auto administrado.
- A diferencia de la enfermedad médica general, la enfermedad dental, por lo general, no es aguda o de peligro de muerte; por lo tanto, las implicaciones financieras del tratamiento dental no son catastróficas.

Contrario a muchas enfermedades, la enfermedad dental no sanará sin intervención terapéutica; la enfermedad dental es crónica, progresiva y destructiva convirtiéndose más severa con el tiempo.

Gran parte de la enfermedad dental es evitable, a un costo y esfuerzo mínimo. Por lo tanto, la cobertura dental siempre debe estar orientada hacia la prevención.

Generalmente, la enfermedad dental progresa lentamente. Por lo tanto, el tratamiento puede ser pospuesto y acumulado sin síntomas por una cantidad considerable de tiempo.

El comienzo de la enfermedad dental ocurre temprano en la niñez. Por lo tanto, la cobertura de los niños es importante para lograr una vida de salud oral satisfactoria.

### **La profesión dental está organizada diferente a la médica.**

- El 80% de los dentistas son médicos generalistas y proveedores primarios de cuidado dental.
- El por ciento mayor de cuidado dental es ofrecido por un médico en una sola ubicación.
- Casi todo el cuidado dental se hace ambulatoriamente.
- Existe un número relativamente pequeño de categorías de personal auxiliar [y probablemente un número relativamente pequeño de auxiliares por cada dentista]
- No existe una instalación central, como un hospital, donde los dentistas interactúen diariamente.
- Los dentistas son los dueños, equipan y operan su propio “hospital”, i.e., su oficina dental, sin subsidio público.

Los adelantos de “alta tecnología” en el cuidado dental por lo general no son muy costosos, añaden a la eficiencia y capacidad del cuidado, y no han ocasionado una inflación severa de los costos dentales.

En el mercado de la odontología, existe la competencia , ya que la mayor parte del cuidado dental no es de naturaleza crónica, permitiéndole a los pacientes buscar el mejor valor en cuidado dental.

En los Estados Unidos, la cantidad promedio anual de dinero gastado por persona para el cuidado dental es relativamente pequeña, aún cuando se requiere algún trabajo de restauración.

El cuidado dental equivale a cerca del 5% de los gastos anuales del cuidado de la salud en los Estados Unidos.

A diferencia del costo por concepto del cuidado médico, los costos asociados con el cuidado dental se mantienen relativamente estables. Los aumentos en el costo del cuidado dental en los Estados Unidos han sido razonables.

### **En resumen:**

Existen diferencias significativas entre la odontología y la medicina. Estas diferencias necesitan tomarse en cuenta cuando se diseña un beneficio de plan dental. Un plan dental no debe ser diseñado como si fuera un plan médico y el mismo no debe cubrir servicios médicos. Ignorar las diferencias inherentes entre la odontología y la medicina, resultará en errores costosos al proveer cobertura dental a un grupo.

## Tipos de planes de beneficios dentales

En muchas formas, la cobertura de cuidado dental es un reflejo de los planes de beneficios usados para cubrir el cuidado médico.

### Planes comerciales

Los planes de beneficio comercial caen en dos categorías: cuidado administrado y tarifa por servicio. Los planes de cuidado administrado son:

#### Organización de Proveedor Preferido

Los programas de Organización de Proveedor Preferido (PPO, por sus siglas en inglés) son planes bajo el cual los pacientes seleccionan un dentista dentro de una red o lista de proveedores que han accedido, por contrato, a descontar sus tarifas. En las organizaciones de proveedores preferidos (PPO) que le permiten al paciente recibir tratamiento de un dentista no participante, se penaliza a los pacientes con deducibles y copagos más altos. Los PPO pueden estar asegurados completamente o auto asegurados. Usualmente son menos costosos que los planes comparables de indemnización y están regulados bajo los estatutos de seguro aplicables en el estado de domicilio y operación de la compañía.

##### Tipo de Plan

Grupo  
Plan PPO/DPO

##### Beneficios

Los planes PPO son menos costosos que los planes de indemnización. El patrono puede elegir construir a la medida los niveles de beneficios del plan y los servicios cubiertos. Similar a un plan de indemnización, sin embargo, el plan contrata con el dentista para que éste provea servicio a una tarifa reducida. El plan PPO puede limitar el copago que se le permite cargar al dentista y así reducir los gastos de bolsillo del empleado. Planes regulados por leyes estatales. Planes privados patrocinados por el patrono y protegidos bajo ERISA.

##### Limitaciones

Limitado a un panel de dentistas participantes. El empleado podrá ser requerido cambiar de dentista. Esto podría desalentar a los pacientes de continuar el tratamiento. Beneficios reducidos si el paciente es atendido por un dentista no participante. La Organización de Proveedor Exclusivo (EPO, por sus siglas en inglés) no cubre ningún gasto cuando el paciente es atendido por un dentista no participante. Máximo por año calendario

#### Organización Odontológica de Mantenimiento de la Salud (DHMO, por sus siglas en inglés)/Plan de Capitación

La Organización Odontológica de Mantenimiento de la Salud o planes de capitación le pagan a los dentistas contratados una cantidad fija (por lo general mensualmente) por familia o individuo inscrito, sin importar la utilización. A cambio, los dentistas participantes acceden a proveer ciertos tipos de tratamientos específicos al paciente libre de costos (para algunos tratamientos se puede pedir un copago). Teóricamente, el DHMO recompensa al dentista que mantiene a sus pacientes en buena salud, consecuentemente manteniendo los costos bajos.

##### Tipo de Plan

Grupo HMO/DHMO

##### Beneficios

El plan dental menos costoso. Copagos predecibles o cero copagos. Cuidado preventivo provisto sin costo al paciente. Incentivos para tratamiento preventivo. El diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo mantienen los costos bajos. Los planes HMO son regulados por el Departamento de Administración del Cuidado de la Salud. A los planes se les obliga por ley a establecer procesos internos de revisión para asegurar la calidad.

##### Limitaciones

El empleado debe seleccionar un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) de una lista de dentistas participantes. El empleado podrá ser requerido cambiar de dentista. Esto podría desalentar a los pacientes de continuar el tratamiento. No se paga ningún beneficio si el paciente no busca tratamiento de un PCP. Los servicios no rutinarios o mayores requieren copagos sustanciales del cliente, o puede que no sean cubiertos por el plan. El dentista asume el riesgo financiero. Los dentistas reciben una cuota mensual por "capitación" (por cabeza) por cada paciente asignado a la práctica, no importa el servicio real que se brinde. Se puede desalentar el tratamiento o la calidad del cuidado puede comprometerse. El consultorio puede limitar el número de pacientes que se verán cada mes; limitando así el acceso de los pacientes al cuidado. El paciente removido del costo actual del cuidado dental, puede que no entienda el valor del servicio provisto. Máximo por año calendario.

## Los planes de beneficio dental de tarifa-por-servicio

Indemnización: Un plan de indemnización es un plan completamente asegurado o auto asegurado donde se provee al dentista un pago asignado para servicios específicos, sin importar los cargos hechos por el proveedor. El pago puede ser hecho a los inscritos en la forma de pago por reembolso o directamente a los dentistas.

### Tipo de Plan

Grupo Plan de Indemnización de Seguro Total

### Beneficios

El empleado puede ver a cualquier dentista. Una prima fija por 6-12 meses. Tarifa-por-servicio, los beneficios pagados de un itinerario UCR. Los servicios preventivos por lo general son pagaderos en un 100%, los servicios básicos en un 80% y los servicios mayores en un 50%. Una cobertura básica de ortodoncia podría estar incluida. Planes regulados por leyes estatales. Planes privados patrocinados por el patrono y protegidos bajo ERISA.

### Limitaciones

El plan dental más costoso. Límite de un máximo en el año calendario de \$1,000-\$2,000 en gastos. Cobertura excluida para odontología estética, implantes, tratamiento para TMJ. Deducible anual de \$50-\$150. El paciente es financieramente responsable por el balance restante entre la tarifa de UCR y la tarifa facturada. Pueden aplicar periodos de espera.

Grupo Plan de indemnización auto financiado

El empleado puede ver cualquier dentista. Tarifa-por-servicio, los beneficios pagados de un itinerario UCR. Las reclamaciones por lo general se pagan directamente al dentista. Planes privados patrocinados por el patrono protegidos bajo ERISA.

El patrono asume la responsabilidad financiera; las primas se pagan a un fideicomiso. Los costos del patrono no son fijos, el costo varía según la utilización. El patrono es responsable de seleccionar y pagarle a una Tercera Parte Administradora (TPA). Verificar las referencias de la Tercera Parte Administradora (TPA). Los planes con financiamiento propio no son regulados por la ley estatal.

## Reembolso Directo

El reembolso directo (DR, por sus siglas en inglés) es un plan de beneficio dental con financiamiento propio que reembolsa a los pacientes según el dinero gastado en el cuidado dental, no de acuerdo al tipo de tratamiento recibido. Le permite al paciente libertad total para escoger cualquier dentista. En vez de pagar primas de seguro mensuales, los patronos pagan un por ciento de los tratamientos recibidos. Además, a los patronos se les remueve de la responsabilidad potencial de influenciar las decisiones de tratamiento debido a la selección del plan o su auspicio.

### Tipo de Plan

Reembolso Directo

### Beneficios

Los empleados tienen la libertad de selección para ver a su propio dentista. No hay interferencia del seguro en la relación de paciente-proveedor. El patrono determina el nivel de beneficio. Los empleados tienen control sobre cómo utilizan el dinero del beneficio. Los empleados están directamente envueltos en el proceso de pago. Costo administrativo bajo. Algunos patronos seleccionan administrarse ellos mismos o seleccionar un TPA. Casi todo el dinero va directamente a los beneficios dentales. Planes privados patrocinados por el patrono protegido bajo ERISA.

### Limitaciones

Menos predecible que un plan de primas, los costos varían de mes a mes dependiendo de la utilización. El plan no está regulado por la ley estatal. Se le puede requerir a los empleados que paguen directamente por sus servicios y luego serán reembolsados por el patrono. Este inconveniente se puede evitar si el patrono establece un plan para pagarle directamente al dentista.

## Formas alternas de cobertura dental

Planes dentales de descuento: Los planes de descuento no son planes de seguro: no proveen servicio de cuidado dental, no tienen un itinerario de beneficios, no le pagan a los proveedores por servicios brindados, y no asumen ninguna responsabilidad por la calidad del cuidado. Los planes de descuento ofrecen un panel de proveedores dentales que han accedido a ofrecer los servicios en una tarifa reducida. El paciente paga todos los gastos dentales de su bolsillo; asumiendo el 100% del riesgo. En California, los planes de descuento no son regulados por la ley estatal.

### Tipo de Plan

Plan de descuento dental

### Beneficios

Le provee a los empleados comprar servicios dentales descontados, similar a una "membresía a un club de descuentos" No hay injerencia del seguro sobre la relación de paciente-proveedor. Las cuotas de membresía son predecibles; no hay cambios. Los empleados tienen control total de qué beneficios o tratamientos comprar. No existe costo administrativo para los patronos.

### Limitaciones

Planes no regulados (No son considerados "planes de seguro") No hay garantía que las tarifas cargadas tengan descuento o que hayan sido descontadas por cada procedimiento. Los planes no le pagan a los dentistas; el pago por los servicios procede completamente del miembro del plan (aunque a descuento). Como es una entidad no regulada no hay seguridad de la calidad del cuidado de la red de proveedores.

## Definiciones

Plan Grupal: Un patrono compra y mantiene cobertura de seguro para sus empleados. Las primas las paga el patrono y se puede requerir un pago completo o parcial por cubierta con deducciones de ingreso antes de las contribuciones. El patrono puede hacer el plan a la medida con la compañía aseguradora respecto a los beneficios, los deducibles del empleado o copagos, tratamiento cubierto y máximo anual.

Los planes de beneficio grupal patrocinados por el patrono son regulados por el Acta de Seguridad de Ingreso del Empleado Retirado de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés), bajo la Administración de Beneficios de Pensión y Asistencia Social, Departamento del Trabajo de E.U. ERISA establece los estándares para administrar estos planes, solicita información financiera y otras que sea revelada a los participantes del plan, y establece los requerimientos para procesar las reclamaciones de beneficio.

Los planes de indemnización con seguro total grupales e individuales y los planes de Organizaciones de Proveedor Preferido (PPO) son reglamentados por la ley estatal. Los consumidores pueden solicitar ayuda para resolver cualquier asunto de reclamación con el Departamento de Seguros de California. Los planes grupales con financiamiento propio no son reglamentados por la ley estatal.

Los planes de Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO) y algunos planes PPO son reglamentados por el Departamento de Administración del Cuidado de la Salud de California. Una vez el consumidor haya agotado sin éxito el sistema de querrelas interno del plan, puede solicitar asistencia al Departamento de Administración del Cuidado de la Salud de California (DMHC, por sus siglas en inglés).

Plan Individual: Una compra individual de seguro ofrecido por el patrono con deducciones del ingreso después de impuestos o compra de cobertura de seguro por medio de un agente o directamente a la compañía de seguros. Los planes individuales no están protegidos bajo ERISA. La mayoría de los planes dentales individuales son Organizaciones de la Mantenimiento de la Salud (HMO).

## Programas Gubernamentales

En California, aparte de los planes de beneficios comerciales, existen dos programas dentales subvencionados por el gobierno:

**Denti-Cal:** Mientras que el gobierno federal no le ordene a los estados a proveer servicios dentales para adultos en sus programas, los estados tienen la opción de incluir servicios dentales para adultos en su paquete de beneficios de Medicaid; California ha ejercido esa opción. Mientras que el acceso a servicios dentales para niños menores de 21 es requerido por la ley federal, California también ha optado por incluir a los adultos en el programa. Medi-Cal el cual cubre un paquete extenso de beneficios dentales, incluyendo diagnóstico y servicios preventivos, tales como exámenes y profilaxis (limpieza); servicios de restauración como empastaduras y servicios de cirugía oral. Algunos servicios, tales como coronas, dentaduras y restauración de la raíz requieren autorización previa y algunos servicios tales



como selladores dentales, aplicaciones de fluoruro y ciertos cuidados de ortodoncia son cubiertos para niños menores de 21 años de edad solamente. A partir del 1 de enero de 2006, los beneficios para la porción de adultos del programa Denti-Cal están limitados a \$1,800 por año calendario, excluyendo ciertos servicios tales como cuidados de urgencia, dentaduras, cirugía maxilofacial compleja, servicios provistos en instalaciones de cuidado a largo plazo y algunos servicios federales mandatorios.

**Familias Saludables:** El Programa de Familias Saludables es un programa de cobertura de salud financiado por el gobierno estatal y el federal para niños de familias con ingresos sobre el nivel de elegibilidad para Medi-Cal libre de costo y bajo el 250% de las guías federales de ingreso (\$40,200 para una familia de tres). Este programa incluye cobertura dental. El Estado de California, solicitó, y el gobierno federal le concedió, que el programa de Familias Saludables sea extendido a los padres de los niños cubiertos en el programa. Sin embargo, debido al precio elevado asociado con esta cobertura extendida y la presión continua sobre el presupuesto del estado, esta porción del programa nunca se ha implementado.