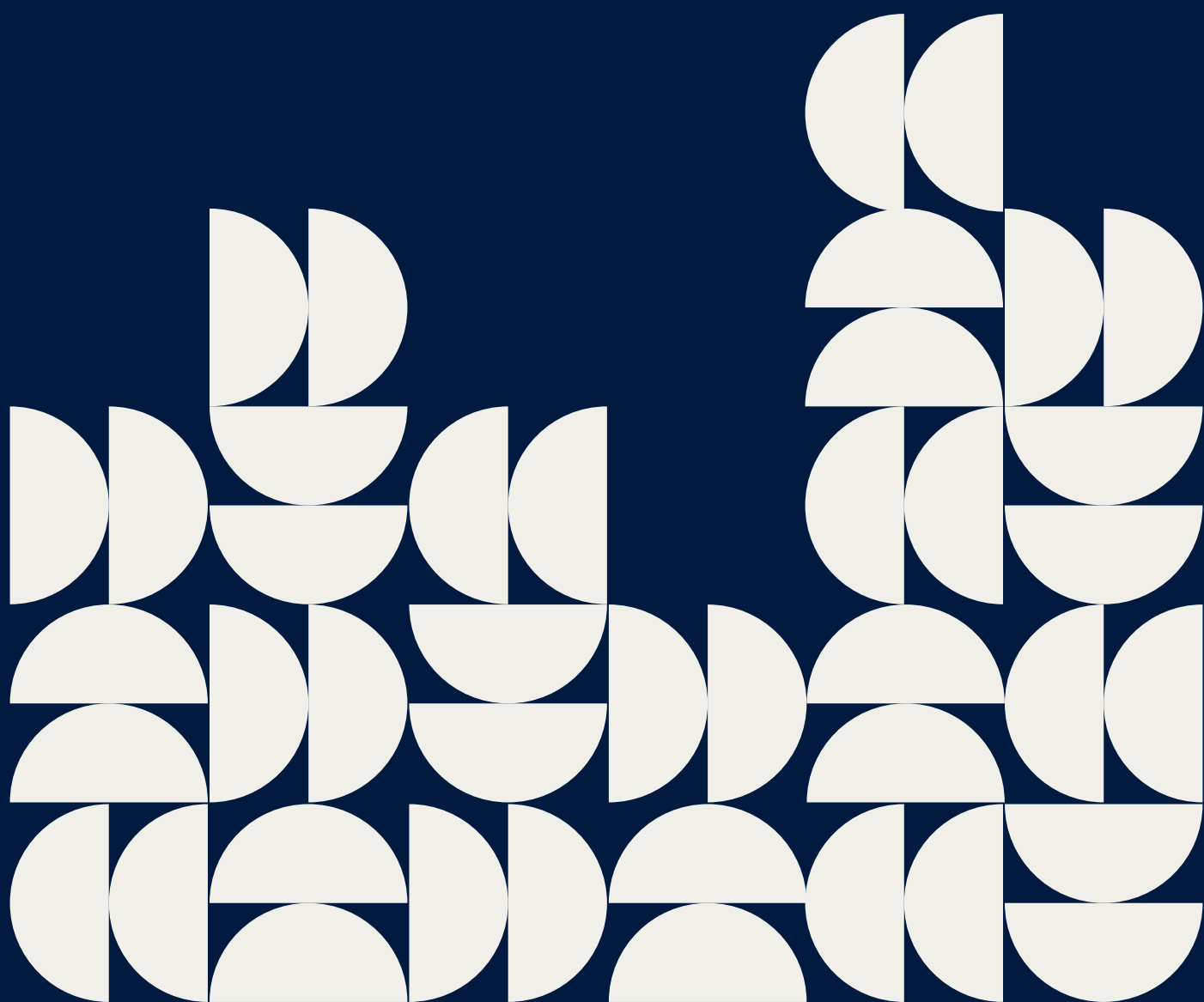


Retos del sector bucodental en España



DONTE GROUP

Cuidamos tu salud bucodental

dontegroup.com

Índice

Prólogo

- 1 Demostrar el impacto de la salud bucodental en la calidad de vida
 - 1.1 El estado de la salud bucodental en España
 - 1.2 El impacto de las enfermedades bucodentales sobre la salud
 - 1.3 Los costes económicos de los problemas de salud bucodental
 - 1.4 ¿Es la población consciente de la importancia de la salud dental?
- 2 Extender la cobertura de las prestaciones de salud bucodental
 - 2.1 Cobertura pública: la cartera de servicios de salud bucodental
 - 2.2 Vías para futuras ampliaciones de la cartera de servicios de salud bucodental
 - 2.3 Financiación privada de la asistencia bucodental
- 3 Innovación: Avanzar en la transformación tecnológica del sector
 - 3.1 ¿De qué hablamos cuando hablamos de innovar?
 - 3.2 Tendencias en materia de innovación tecnológica en el sector de la salud bucodental
 - 3.3 Ventajas y desventajas de las nuevas tecnologías digitales odontológicas
 - 3.4 Economías de escala de las clínicas corporativas y difusión de la innovación
- 4 Fortalecer la confianza de los pacientes en los profesionales
 - 4.1 Perfil de los dentistas en España
 - 4.2 Perfil de los pacientes
 - 4.3 Imagen y reputación del sector de las clínicas dentales
 - 4.4 Percepciones acerca del dentista

Conclusiones

Prólogo

La mejora de los niveles de salud bucodental de la población es una de las prioridades que afronta el sistema sanitario español. Al respecto, y si bien las diferentes encuestas de salud bucodental efectuadas a nivel europeo y nacional apuntan a un leve y progresivo aumento de los indicadores de salud oral de los españoles, siguen persistiendo ciertos retos cuya superación supondría una notable mejora de esta tendencia positiva registrada en los últimos años.

Entre ellos, atendiendo a una profunda reflexión y a las conversaciones mantenidas por la compañía con distintas administraciones públicas y actores del sector, destacan:

1. La necesidad de una mayor concienciación ciudadana y política sobre la importancia de la salud oral y su impacto sobre la calidad de vida y sobre nuestra economía y sistema sanitario;
2. La ampliación del acceso de cada vez más población a servicios de salud bucodental;
3. El aprovechamiento del potencial de la innovación y la tecnología en los diagnósticos y tratamientos;
4. Y la mejora de la percepción del sector y sus trabajadores en concordancia a su impacto sobre la sociedad.

Esta difícil tarea de superación sólo será posible en la medida en que todos los actores implicados, públicos y privados, contribuyan en ser parte de la solución. En este sentido, teniendo en cuenta que somos el grupo de salud bucodental líder en España, DONTE nace con la firme vocación de abanderar la solución de los desafíos anteriormente mencionados, en estrecha colaboración con las autoridades públicas sanitarias, y con el fin último de satisfacer las diferentes necesidades que los pacientes de hoy presentan con respecto a su salud oral.

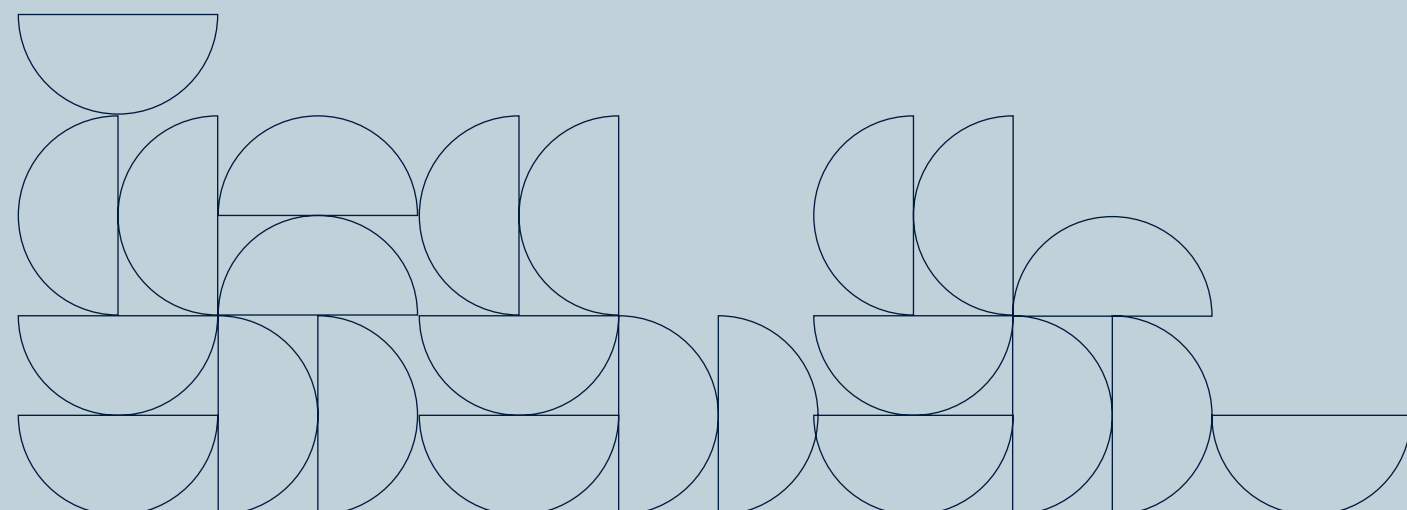
Fruto de esta misión, desde DONTE tenemos el placer de presentar el informe “Retos del sector bucodental”, con la confianza de que contribuya no sólo como ejercicio de análisis y debate de ideas, sino también al impulso de políticas públicas que ayuden al objetivo de mejorar los estándares de salud bucodental del país, y con ello la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos.

Javier Martín Ocaña
CEO de DONTE GROUP

Un estudio elaborado por DONTE GROUP
con el asesoramiento de D. Fernando I. Sánchez Martínez,
Catedrático de Economía Aplicada, y D. José María Abellán,
Catedrático de Economía Aplicada, miembros
del Grupo de Investigación de Economía de la Salud
y Evaluación Económica de la Universidad de Murcia.

1

Demostrar el impacto de la salud bucodental en la calidad de vida



1.

Demostrar el impacto de la salud bucodental en la calidad de vida

El primero de los desafíos que afronta el sector de la salud bucodental es el de asentar en el debate público la evidencia de que la salud dental tiene un impacto crucial en la calidad de vida de la población y que, en consecuencia, una mala salud oral conlleva elevados costes en términos de morbilidad y mortalidad, amén de importantes costes económicos. Mejorar el acceso a las prestaciones de salud bucodental y la calidad de estas redundaría en importantes mejoras en salud (calidad de vida y supervivencia) y en ahorros significativos.

1.1. El estado de la salud bucodental en España

Para conocer el estado de la salud bucodental de la población española, se puede acudir, como fuente principal de información, a la Encuesta Europea de Salud, cuya última oleada corresponde al año 2020. Dentro del módulo de asistencia sanitaria, en la sección de “Visitas al dentista, estomatología e higienista dental”, se encuentran datos acerca del estado de la dentadura de la población adulta española, desglosados por sexo, edad, comunidad autónoma y clase social, entre otras características. Esta información permite trazar un esbozo de la situación de la salud bucodental en España, que puede resumirse en las cifras que se muestran a continuación:

Dos terceras partes de la población adulta (66%) han sufrido la extracción de alguna pieza dental; el 65,1% tiene alguna obturación; al 47,6% le faltan piezas (no sustituidas por prótesis); el 39,6% lleva

coronas, puentes o cualquier otro tipo de prótesis; el 18,7% tiene caries; al 12,3% le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente; y al 3,8% se le mueven los dientes. Poco más de una tercera parte (34,6%) de la población adulta conserva todas sus piezas naturales.

Cabe destacar, no obstante, como dato positivo, que los porcentajes citados en el párrafo anterior representan, todos ellos, una mejora significativa respecto a los que se encontraban en la anterior oleada de la Encuesta de Salud, de 2017.¹ Así, en 2017 el porcentaje de población con alguna pieza extraída era del 73,3% (7 puntos más); la proporción de población con alguna obturación era 2 puntos superior (67,3); un 57,2% de los individuos presentaba falta de piezas (casi 10 puntos más que en 2020); la prevalencia de caries era del 21,9% (3 puntos más); y el sangrado de encías afectaba al 16,5% (se ha

1. Véase para un análisis detallado el informe de Vitaldent (2021). *Propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental en España*. (pág. 86).

reducido 4 puntos). Hace tres años sólo el 26,7% de la población adulta conservaba todas sus piezas naturales, porcentaje que se ha reducido en casi 7 puntos.

Lo que sí se mantiene inalterado respecto a oleadas anteriores de la encuesta es el claro gradiente socioeconómico que se observa en la mayoría de los problemas de salud bucodental. Son más frecuentes en las clases bajas que en las altas las caries, las piezas extraídas, la falta de piezas, el sangrado de encías y el movimiento de piezas. En cambio, son más frecuentes en las clases altas las obturaciones y la conservación de todas las piezas naturales de la dentadura. En conjunto, las clases sociales más desfavorecidas presentan mayores niveles de caries y necesidades de tratamiento periodontal y menores índices de restauración.

Una segunda fuente de información a la que cabe acudir para estudiar la salud bucodental en nuestro país es la Encuesta de Salud Oral en España, una encuesta epidemiológica de ámbito nacional, tipo pathfinder, promovida por el Consejo General de Dentistas de España, atendiendo a las recomendaciones metodológicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A diferencia de los datos de la Encuesta Europea de Salud, la Encuesta de Salud Oral explora únicamente las cinco cohortes de edad que recomienda la OMS: 5-6 años, 2 años, 15 años, 35-44 años y 65-75 años.

La última encuesta publicada -la sexta que sigue una metodología homogénea- se realizó en 2020, cuando habían transcurrido cinco años desde la anterior, siendo el tamaño de su muestra de 2.660² participantes. Según los resultados de esta encuesta, más de un tercio (35,5%) de la población de entre 5 y 6 años tenía un diente primario cariado u obturado. A los 12 años, el porcentaje de menores con historia de caries en la dentición definitiva es del 28,6%, mientras que a los 15 años asciende hasta el 35,5%. La media de dientes permanentes cariados, ausentes por caries y obturados es de 0,58 a los 12 años y de 0,94 a los 15 años, alcanzando un valor medio de 14,99 en la cohorte de 65 a 74

años. Un 34,8% de la población de 12 años y un 32,2% de los individuos de 15 años de edad tienen, al menos, un sellador en la dentición definitiva, según la encuesta.

El promedio de dientes presentes -sanos o afectados por alguna patología- es de 26,4 (sobre un máximo de 28) en la cohorte de 35 a 44 años. En el grupo de más edad (65-74 años), un 7,3% presenta edentulismo total y el 25,5% sufre de pérdida dentaria grave (16 o más dientes ausentes).

Únicamente un 18,1% de los individuos de la cohorte de 35-44 años presenta total ausencia de signos de patología periodontal; este porcentaje se reduce la mitad (9,6%) en los adultos de entre 65 y 75 años. En los grupos de menos edad, la presencia de un periodonto sano se encuentra en una proporción significativamente mayor, aunque sin alcanzar a la mitad de las respectivas cohortes: 36,7% (15 años) y 40,8% (12 años).



2. Encuesta de Salud Oral en España 2020. *Revista del Ilustre Colegio General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España*, vol. 25, nº 4. Noviembre, 2020.

1.2. El impacto de las enfermedades bucodentales sobre la salud

Los problemas de salud oral tienen, evidentemente, un impacto sobre la calidad de vida de la población, además de poder ser desencadenantes de otras patologías y problemas de salud potencialmente más graves. A estos impactos en salud se añaden los importantes costes económicos de diversa índole, asociados de manera directa e indirecta a las patologías bucodentales.

A efectos expositivos, podemos definir dos grandes categorías de costes derivados de las enfermedades bucodentales: de un lado, los costes en salud, entendiendo por tales los que se manifiestan en forma de pérdidas en la calidad de vida -y, en su caso, mortalidad prematura- y en un aumento del riesgo de padecer otras patologías; y, de otro lado, los costes económicos

tanto directos como indirectos, que se abordan en el epígrafe siguiente. Es importante subrayar, además, que la mayor parte de estos costes sociales en sentido amplio son soportados por los propios pacientes y, particularmente, dado el gradiente social que caracteriza a los problemas de salud oral, por aquellos grupos de menor nivel socioeconómico, que se enfrentan a dificultades de acceso a los servicios de carácter preventivo y curativo.

Las patologías orales tienen un impacto directo en la calidad de vida de quienes las sufren, tanto en las dimensiones estrictamente físicas o sensoriales de la calidad de vida relacionada con la salud (dolor, molestias), como en aspectos psicológicos y sociales (baja autoestima debida al deterioro de la propia imagen, por ejemplo). Por otra parte, las dificultades en la alimentación y una mala dieta causada por las enfermedades bucodentales pueden derivar en problemas nutricionales que causen otras patologías (úlceras, enfermedad cardiovascular, etc.). Existe evidencia de que la infección periodontal

tiene un efecto adverso sobre el control de la glucemia y la incidencia de complicaciones en pacientes diabéticos.³ También se ha hallado asociación entre estas patologías y la artritis reumatoide, las complicaciones en el embarazo, la endocarditis infecciosa y la enfermedad coronaria, entre otros problemas de salud, si bien no se ha demostrado la existencia de causalidad.⁴

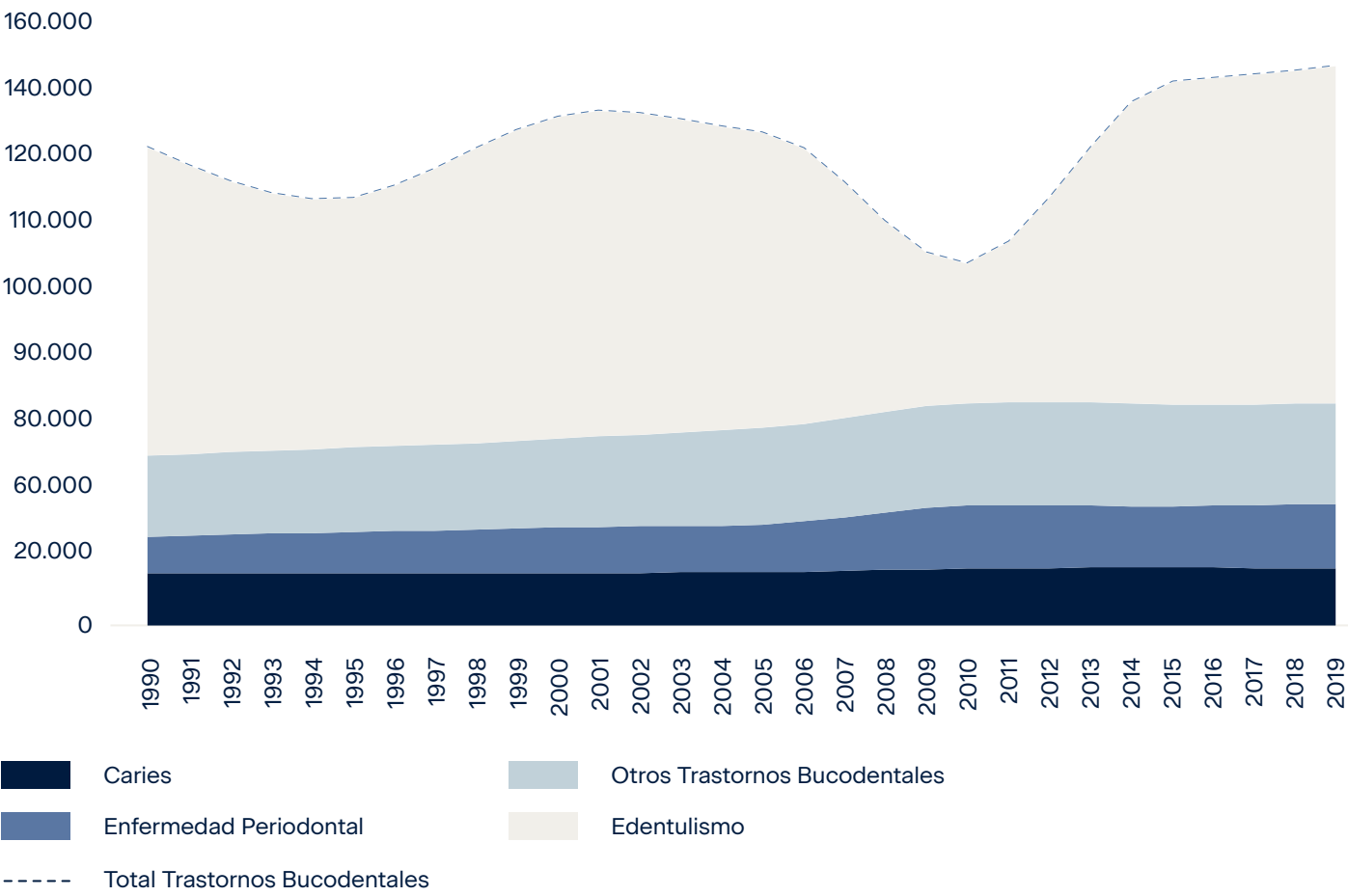
Para cuantificar el impacto que las enfermedades bucodentales tienen sobre la calidad de vida se suele recurrir al cómputo de la “carga de la enfermedad” asociada a estas patologías, utilizando como métrica los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD).⁵ Los AVAD son una unidad de medida de la salud desarrollada por la OMS para estimar y comparar la carga de las diferentes enfermedades sobre la población, a través de la valoración conjunta de sus consecuencias mortales y no mortales. Se calculan en función de la mortalidad que producen las diferentes patologías, del tiempo vivido con discapacidad y de la gravedad de dicha discapacidad. El cálculo de los AVAD pretende, pues, medir cuántos años de vida sana se pierden cuando se padece una determinada enfermedad, limitándose su alcance a las pérdidas de salud, esto es, no se incluye en el cómputo el coste económico asociado al padecimiento de la enfermedad, ni tampoco la producción o renta que se pierde como consecuencia de la morbilidad derivada de la patología. Lo que sí permiten los AVAD es orientar la asignación de recursos sanitarios, ya que proporcionan un denominador común entre enfermedades que permite saber si resulta más o menos eficiente invertir recursos en la prevención de algunas enfermedades frente a hacerlo en otras, en términos de maximización de la salud global.

3. Taylor GW (1999), *Periodontal treatment and its effects on glycemic control: a review of the evidence*, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics* vol. 87, pp. 311-316.

4. Rogers JG (2011). *Evidence-based oral health promotion resource. Prevention and Population Health Branch*, Government of Victoria, Department of Health, Melbourne.

5. Traducción del original en inglés *Disability Adjusted Life Year*, cuyo acrónimo es DALY.

Gráfico 1. Evolución de la carga de la enfermedad medida en AVAD de las patologías bucodentales en España. 1990-2019.



AVAD: Años de Vida Ajustados por Discapacidad.
Fuente: Elaboración propia con datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (<https://www.healthdata.org/>).

El Gráfico 1 muestra la evolución de la carga que suponen los trastornos bucodentales en términos de pérdida de AVAD. Aunque con algunos altibajos, la tendencia de la carga de la enfermedad bucodental es creciente, habiendo pasado de los 126.284 AVAD de 1990 a los 147.832 AVAD de 2019.⁶

Resulta evidente que la patología que más contribuye a la pérdida de salud asociada a las enfermedades bucodentales es el edentulismo, responsable de casi el 60% de la carga de la enfermedad acumulada en el periodo 1990-2019. Precisamente es esta causa la que muestra un comportamiento más volátil que, aparente-

6. En la categoría “Trastornos bucodentales” no se incluye el cáncer de labios y cavidad oral que, en 2019 supone un total de 36.125 AVAD (un 25% adicional de carga de la enfermedad).

mente, no es ajeno a los vaivenes del ciclo económico. Mientras que los AVAD perdidos como consecuencia de la caries, la enfermedad periodontal y otros problemas de salud oral siguen una evolución más lineal, la carga derivada del edentulismo experimenta un claro incremento a partir de 1993 -coincidiendo con lo más duro de la crisis económica de principios de los años 90 en España-, se reduce de manera muy notoria en la primera década del siglo -durante los años de mayor crecimiento de la economía española- y se vuelve a disparar poco después del inicio de la “Gran Recesión”,

hasta alcanzar el máximo del periodo en 2019. Esta evolución es coherente con los cambios observados en los patrones de gasto en servicios bucodentales, como más adelante se comentará.

Como puede observarse en la Tabla 1, la mayor parte de la carga asociada a enfermedades bucodentales se concentra en las cohortes de más edad. Es en estos grupos de población en los que se concentra la prevalencia del edentulismo que, como se ha dicho, es la patología que conlleva un mayor impacto en la salud.

Tabla 1. Estimación de la carga de la enfermedad medida en AVAD de las patologías bucodentales en España. 2019.

| | Caries | Edentulismo | Otros trastornos bucodentales | Total trastornos bucodentales |
|------------------|--------|-------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 0-5 años | 186 | 0 | 670 | 855 |
| 5-14 años | 1.295 | 0 | 1.437 | 2.732 |
| 15-49 años | 7.319 | 7.156 | 13.187 | 33.284 |
| 50-69 años | 4.389 | 33.114 | 8.206 | 53.549 |
| 70 años | 1.967 | 48.813 | 3.001 | 57.412 |
| Todas las edades | 15.156 | 89.082 | 26.501 | 147.832 |

AVAD: Años de Vida Ajustados por Discapacidad. No se incluye la carga asociada a cáncer de labios y cavidad oral (36.125 AVAD en total en 2019).
Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (<https://www.healthdata.org/>).

Los casi 150.000 AVAD en que se estima la carga de la enfermedad de las patologías orales en nuestro país suponen un coste en salud nada desdeñable. En la Tabla 2 se comparan las estimaciones de la carga de enfermedad de una serie de patologías, con el fin de poner en contexto el impacto en salud de los problemas bucodentales. Resulta inmediato constatar cómo el orden de magnitud de la carga de la enfermedad bucodental es sensiblemente superior al de todas las seleccionadas que, a diferencia de las patologías orales, sí están cubiertas por el sistema público con carácter universal. De hecho, en 2019, los trastornos bucodentales ocuparon el lugar nº 25 del ranking de carga global de la enfermedad sobre un total de 169 causas de morbilidad (“nivel 3” de la clasificación del Institute of Health Metrics), justo por delante de los accidentes de tráfico.

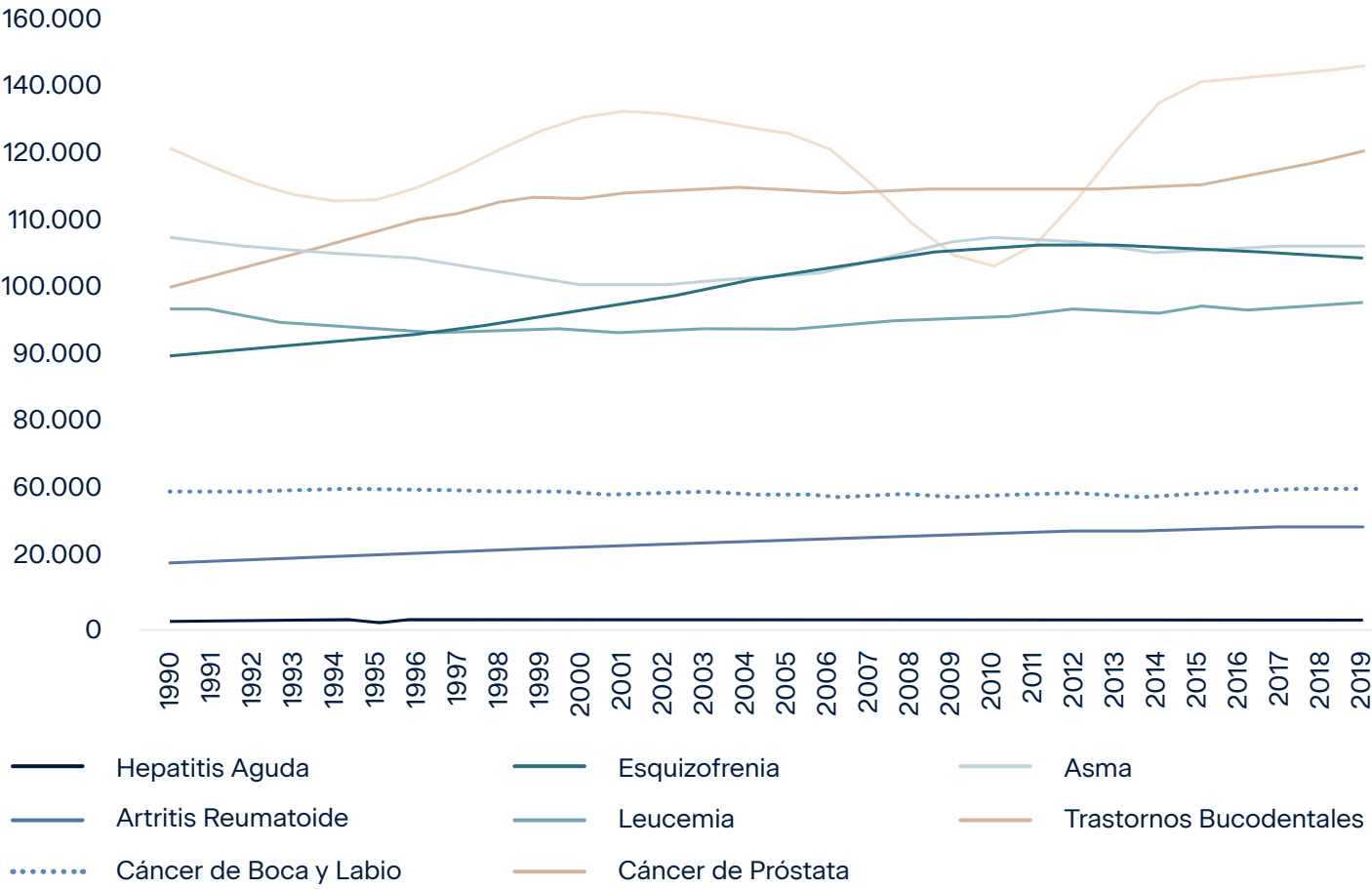
Tabla 2. Estimación de la carga de la enfermedad, medida en AVAD, de determinadas patologías en España. 2019.

| | AVAD |
|---|---------|
| Hepatitis aguda | 1.708 |
| Asma | 99.636 |
| Artritis reumatoide | 26.429 |
| Leucemia | 85.451 |
| Cáncer de próstata | 125.136 |
| Esquizofrenia | 97.522 |
| Enfermedades bucodentales (exc. cáncer) | 147.832 |

AVAD: Años de Vida Ajustados por Discapacidad.
Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (<https://www.healthdata.org/>).



Gráfico 2. Evolución de la carga de la enfermedad medida en AVAD de determinadas patologías en España. 1990-2019.



AVAD: Años de Vida Ajustados por Discapacidad.
Fuente: Elaboración propia con datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (<https://www.healthdata.org/>).

Además, si observamos la evolución de la carga de la enfermedad desde 2010, la categoría de trastornos bucodentales es la segunda, entre las causas de “nivel 3”, en la que el impacto en salud medido en AVAD, ha experimentado un mayor ritmo de aumento: un 0,54%⁷ anual. Por poner en contexto esta tasa de crecimiento, en ese mismo periodo la carga de las enfermedades respiratorias crónicas aumentó a una tasa anual del 0,10% (cinco veces menos que la de los trastornos orales), la de las neoplasias un 0,06% (9 veces menos) y la de las enfermedades cardiovasculares un 0,02% (17 veces menos). En el Gráfico 2 se constata el notable aumento del impacto en la salud de las enfermedades bucodentales durante los años más recientes.

Los datos anteriores ponen de manifiesto el enorme impacto sobre la salud que representan las patologías orales y refutan la presunción generalizada de que este tipo de problemas de salud son, en su mayoría banales; una errónea percepción que hace que se minimicen las consecuencias de la muy deficiente cobertura pública de los servicios sanitarios bucodentales. Téngase en cuenta, además, que las estimaciones de la carga global de la enfermedad únicamente estiman el impacto en la salud directamente causado por estas patologías, al que habría que añadir el impacto indirecto que una mala salud bucodental tiene en la aparición y agravamiento de otras enfermedades (diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.), como antes se mencionó.



7. Solo ha aumentado más en el periodo la carga de la enfermedad de la glomerulonefritis aguda, cuya magnitud, no obstante, no llega al 0,5% de la carga asociada a los trastornos bucodentales.

1.3. Los costes económicos de los problemas de salud bucodental

Una vez analizados los costes en salud de las enfermedades bucodentales, conviene detenerse en el estudio de sus costes económicos. Como se señaló antes, dentro de los costes económicos asociados a las patologías bucodentales es preciso distinguir entre costes sanitarios y costes no sanitarios (o indirectos).⁸

La primera categoría asimila los gastos en servicios de salud, sean estos financiados por el sistema público o sufragados por los propios pacientes (mediante gastos “de bolsillo” o a través de primas de seguro).⁹ Aunque, en principio, los gastos sanitarios imputables a las enfermedades bucodentales se identifican con los destinados a atención bucodental, en teoría habría que considerar también los costes de los tratamientos de patologías no orales que pudieran estar inducidas o agravadas por las enfermedades bucodentales, si bien su estimación resulta ciertamente compleja.

Por su parte, los costes no sanitarios, también denominados costes “indirectos”, se corresponden con el valor económico de las pérdidas de producción causadas por la morbilidad y, en su caso, mortalidad derivadas de las patologías bucodentales, y su tratamiento.

Una primera fuente desde la que aproximar la magnitud de los costes sanitarios de las enfermedades bucodentales es el Sistema de Cuentas de Salud (SCS), estadística elaborada por el Ministerio de Sanidad según la metodología de la OCDE. Dentro de la estructura por funciones de atención a la salud se incluye la rúbrica “Asistencia odontológica ambulatoria”, que podemos utilizar como proxy de los servicios de salud bucodental. En 2020 el SCS estima un gasto en asistencia odontológica ambulatoria de 3.681 millones de euros, lo que supone algo menos del 3% del gasto total en sanidad,

un 0,33% del PIB y apenas 78 euros por habitante. De este importe total, solo 59 millones de euros (un 1,6%) corresponden a financiación pública, siendo el 98,4% del gasto financiado por fondos privados (los propios pacientes, a través de “gastos de bolsillo”).

En la Tabla 3 se muestra la evolución del gasto en servicios de salud bucodental desde 2003 hasta 2020, pudiendo constatarse cómo dicho gasto ha ido perdiendo relevancia en el conjunto del gasto en sanidad (de estar por encima del 5% del total hasta 2009 a caer por debajo del 3% en 2020). También se puede comprobar cómo el gasto por habitante está en 2020 en el mismo valor que se registró al comienzo del periodo mostrado en la tabla (2003). Habida cuenta de que las cifras se muestran en euros corrientes, lo que ello pone en evidencia es una importante caída de los recursos per cápita destinados en nuestro país al tratamiento de las enfermedades bucodentales.

El patrón evolutivo del gasto en salud bucodental pareció estar asociado al ciclo económico durante la fase expansiva que se prolongó hasta 2008. Sin embargo, la intensa disminución del gasto (público y privado) en servicios odontológicos que se produce con la crisis –en realidad, con un cierto retardo, a partir de 2010–, no se revierte tras la recuperación económica (apenas hay un tímido incremento en 2014) y en 2020 vuelve a producirse una caída en el importe total.

8. Richarson, B. y Richardson, J. (2011). *End the decay. The cost of poor dental health and what should be done about it*. Fitzroy: Brotherhood of St. Laurence.

9. El coste de los tratamientos realizados por profesionales en salud bucodental es equivalente al gasto total en tratamientos dentales de una sociedad y, para estimarlo en términos netos, habría que deducir los beneficios sociales que aporta la morbilidad evitada por esos tratamientos.

Tabla 3. Gasto en servicios odontológicos en España, según el Sistema de Cuentas de Salud. 2003-2020.

| | Gasto en millones de euros | | | % sobre gasto sanitario | % sobre PIB | Euros por habitante |
|------|----------------------------|---------|-------|-------------------------|-------------|---------------------|
| | Público | Privado | Total | | | |
| 2003 | 52 | 3.253 | 3.305 | 5,2 | 0,41 | 78 |
| 2004 | 56 | 3.672 | 3.728 | 5,4 | 0,43 | 87 |
| 2005 | 56 | 3.863 | 3.919 | 5,2 | 0,42 | 90 |
| 2006 | 59 | 4.216 | 4.275 | 5,2 | 5,2 | 96 |
| 2007 | 73 | 4.651 | 4.714 | 5,3 | 0,43 | 104 |
| 2008 | 72 | 5.047 | 5.119 | 5,2 | 0,44 | 111 |
| 2009 | 74 | 5.032 | 5.105 | 5,0 | 0,46 | 110 |
| 2010 | 75 | 5.170 | 5.245 | 5,2 | 0,48 | 113 |
| 2011 | 73 | 4.820 | 4.893 | 4,8 | 0,49 | 105 |
| 2012 | 74 | 4.607 | 4.681 | 4,8 | 0,46 | 100 |
| 2013 | 67 | 4.047 | 4.114 | 4,3 | 0,45 | 88 |
| 2014 | 61 | 4.198 | 4.259 | 4,4 | 0,4 | 92 |
| 2015 | 57 | 4.010 | 4.067 | 4,0 | 0,41 | 88 |
| 2016 | 58 | 3.700 | 3.758 | 3,7 | 0,38 | 81 |
| 2017 | 58 | 3.713 | 3.770 | 3,5 | 0,34 | 81 |
| 2018 | 61 | 3.756 | 3.816 | 3,4 | 0,32 | 82 |
| 2019 | 61 | 3.850 | 3.911 | 3,3 | 0,31 | 83 |
| 2020 | 59 | 3.623 | 3.681 | 2,9 | 0,33 | 78 |

Otra fuente de información que permite aproximar el coste del tratamiento de las enfermedades bucoden-tales, aunque en este caso limitada al ámbito de la financiación privada, es la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística. Según esta fuente, el gasto de los hogares en Servicios dentales ascendió en 2020 a 2.600 millo-nes de euros, cifra bastante alejada de la estimación de 3.623 millones que el Sistema de Cuentas de Salud hace para el gasto privado en ese mismo año. El año 2020 fue un año atípico, debido al efecto que el con-finamiento y otras restricciones de movilidad motiva-das por la pandemia tuvieron sobre el uso de servicios sanitarios, en general, y de salud bucodental, en parti-cular. No obstante, las cifras de gasto de los hogares estimadas por la EPF son sistemáticamente menores a los datos de gasto privado del SCS (entre un 10% y un 33% inferiores). Lo que sí es común a ambas fuentes es la evidencia de que el gasto en servicios dentales viene experimentando una caída en términos nominales, es-pecialmente a partir del bienio 2014-2015.

Respecto a los costes indirectos, no existen fuentes de información a las que acudir, ni se dispone en España de estudios que hayan estimado su magnitud. Solo re-sulta posible, pues, acudir a referencias de otros países. Un estudio canadiense concluyó que, en promedio, se perdieron 3 horas y media de trabajo al año por per-sona debido a las enfermedades bucodentales, lo que se tradujo en una pérdida de productividad de más de 1000 millones de dólares canadienses al año. Estudios previos en Estados Unidos estimaron unas pérdidas de 2,4 millones de días de trabajo y 1,6 millones de días de clase debidas a la enfermedad bucodental en 1996.¹⁰

10. Federación Dental Internacional (2015). *El Desafío de las Enfermedades Bucodentales—Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental. 2ª ed.* Ginebra: Federación Dental Internacional (FDI). Asumiendo que el impacto en términos de PIB fuese el mismo, las pérdidas de productividad estimadas en el caso d e Canadá equivaldrían a un coste indirecto cercano a los 600 millones de euros para el caso de España.



1.4. ¿Es la población consciente de la importancia de la salud dental?

En general, podríamos afirmar que el nivel de conciencia de la población española acerca de la necesidad de visitar al dentista con periodicidad es relativamente elevado. Según el Libro Blanco sobre la Salud Bucodental en España,¹¹ el 84% de la población encuestada consideraba necesario visitar al dentista al menos una vez al año (7 puntos más que en 2010), mientras que únicamente el 14% pensaba que las visitas sólo debían hacerse ante la presencia de algún problema.

Por lo que atañe a los comportamientos preventivos, en términos de higiene dental, la última Encuesta de Salud Oral¹² ofrece los siguientes datos: el 76% de la población de 15 años manifiesta cepillarse los dientes más de una vez al día; este porcentaje baja al 71,6% en la cohorte de 35-44 años, al 68,2% en el grupo de 12 años y al 54,8% en la cohorte de más edad (65-74 años). Se observa un gradiente según nivel social en la frecuencia de cepillado: cuanto más alto es el nivel social, mayor es la frecuencia de cepillado; así como valores más elevados en las mujeres que en los hombres.¹³

Posiblemente, si no es mayor la conciencia de la población sobre la importancia de una buena salud bucodental y sobre la necesidad de adoptar comportamientos preventivos, como el cepillado frecuente, ello se deba al hecho de que la mayoría de las personas no sufren síntomas físicos (dolor, molestias) a causa del estado de su dentadura o de sus encías, incluso aunque su salud oral no sea la óptima. Según la Encuesta de Salud Oral de 2020, el 90% de los encuestados de 12 años, el 85,5% de los de 15 años, el 78% de los de 35 a 44 años y el 75% de los de 65 a 74 años no habían sentido nunca o casi nunca dolor o molestias asociados a su salud bucodental.

La percepción de la propia salud oral está relacionada, a su vez, con las visitas al dentista, aunque no explica en su totalidad la frecuencia con que se demandan servicios odontológicos. Los datos de la encuesta citada muestran que entre un 21% (12 años) y un 41,7% (65-74

años) de la población no había acudido al dentista en los últimos doce meses, existiendo también en este caso un gradiente social. Los motivos para no acudir al dentista no se registraron en esta encuesta, pero sí en la de 2015, hallándose que solo el 58% de los que no habían acudido a la consulta de un profesional adujeron como motivo el no tener problemas bucodentales. Un 15% declaró no haber ido al dentista por miedo y un 21% por problemas económicos (más de un tercio de quienes declararon haber tenido algún problema dental dijeron no haber visitado al dentista por motivos económicos). El Libro Blanco de 2015 informa de que, para el 29% de los encuestados, la crisis económica había sido una razón muy importante para no ir al dentista.

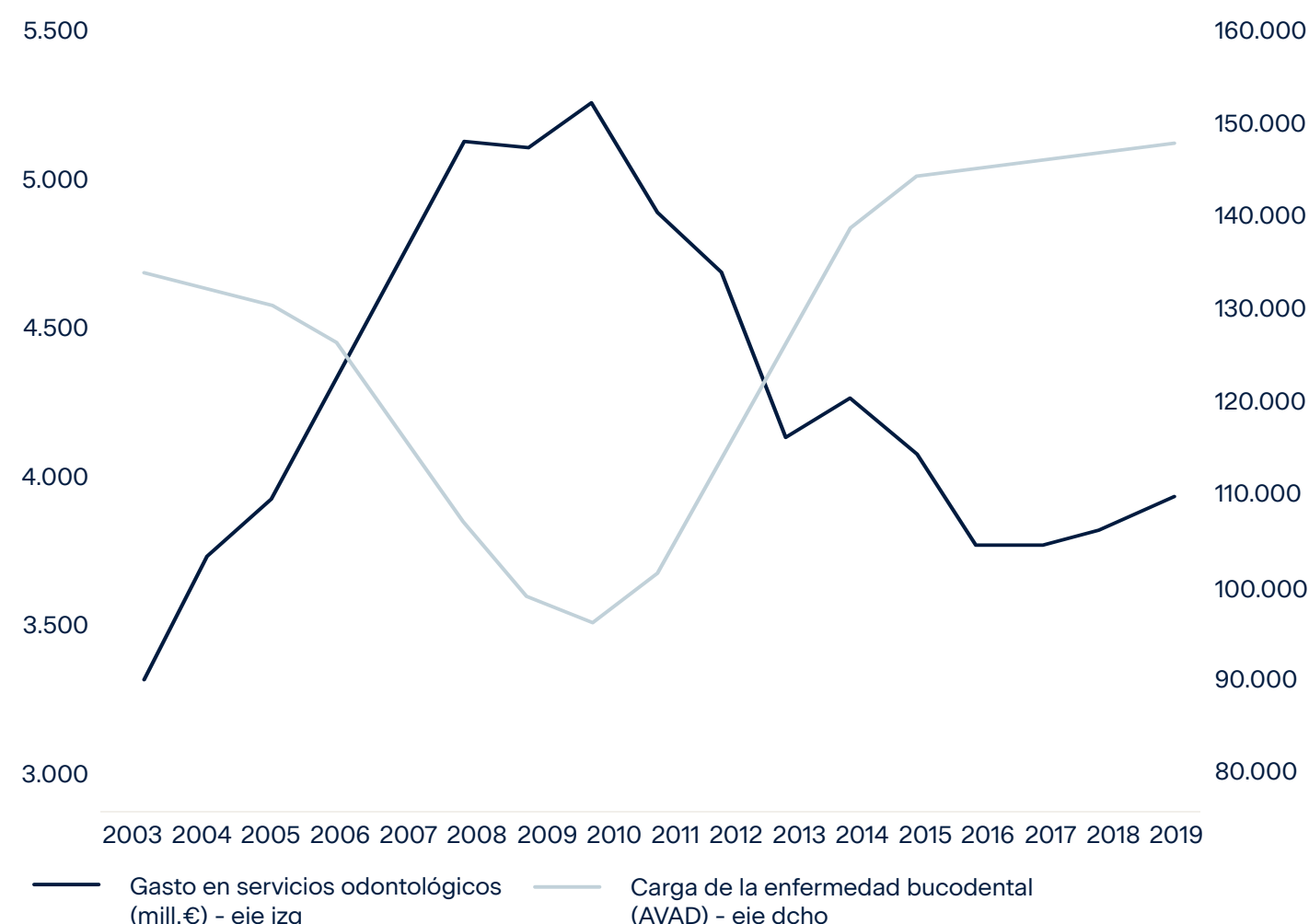
A la vista de todos estos datos, parece evidente que, al menos una parte de la población, presenta una elevada elasticidad de demanda respecto a los servicios de salud bucodental, esto es, su uso aumenta significativamente ante incrementos en la renta y disminuye drásticamente cuando se pierden ingresos. Este comportamiento podría, en parte, deberse a una inadecuada percepción de la importancia de la salud oral y a una infravaloración de los riesgos de las enfermedades bucodentales en términos de pérdidas de calidad de vida y de costes directos e indirectos.¹⁴

En este sentido, el Gráfico 3 debería ser suficientemente elocuente, por cuanto muestra una elevada correlación inversa entre el gasto en servicios odontológicos y la carga de la enfermedad en términos de AVAD.

13. El estudio “Salud bucodental, salud integral”, que utiliza los resultados de una encuesta de más de 3.000 individuos de 18 a 70 años residentes en España encuentra que 8 de cada 10 encuestados recomienda el cepillado de dientes después de cada comida.

14. El citado estudio “Salud bucodental, salud integral” encuentra, por ejemplo, que solo un tercio de los encuestados dice saber que las bacterias presentes en boca y encías pueden aumentar el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y otras patologías como diabetes, Alzheimer o cáncer.

Gráfico 3. Evolución comparada del gasto en servicios odontológicos y de la carga de la enfermedad de las patologías bucodentales en España. 2003-2019.



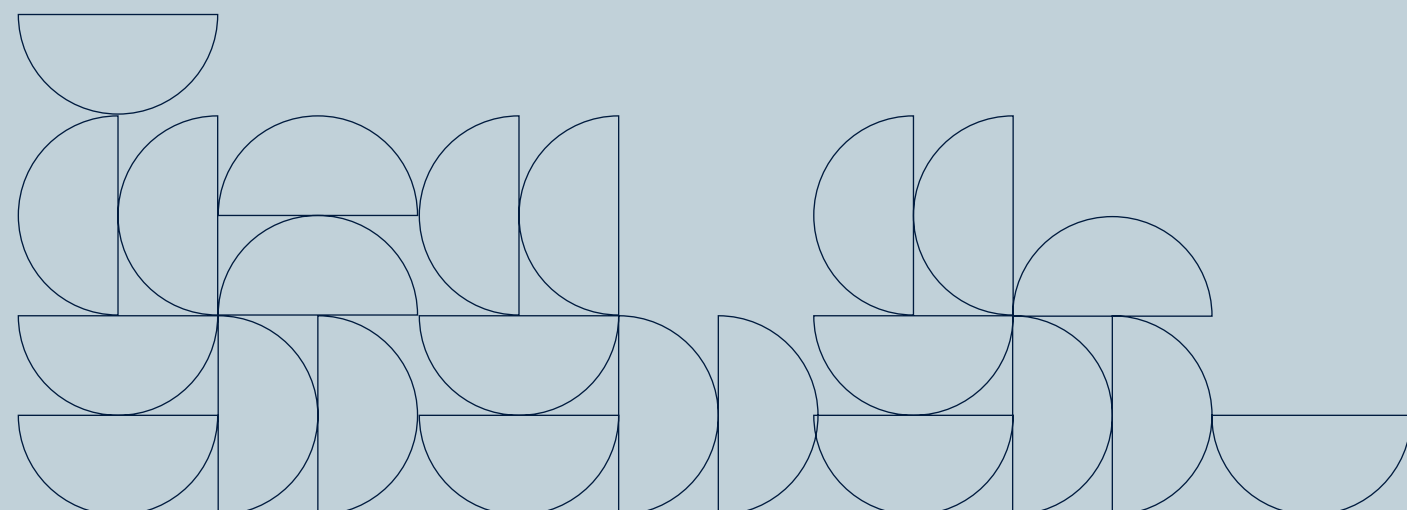
Gasto en asistencia odontológica ambulatoria. AVAD: Años de Vida Ajustados por Discapacidad. Fuente: Elaboración propia con datos del Institute for Health Metrics and Evaluation (<https://www.healthdata.org/>) y del Sistema de Cuentas de Salud, Ministerio de Sanidad (<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>).

11. Consejo General de Colegios de Dentistas de España (2015). *La salud bucodental en España. 2015. Libro blanco. Madrid*. (disponible en <https://consejodentistas.es/pdf/libros/libro-blanco/mobile/index.html#p=1>).

12. Encuesta de Salud Oral en España 2020. *Revista del Ilustre Colegio General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España*, vol. 25, nº 4. Noviembre, 2020.

2

Extender la cobertura de las prestaciones de salud bucodental



2 Extender la cobertura de las prestaciones de salud bucodental

Alcanzar una ampliación efectiva de la cobertura pública de las prestaciones de salud bucodental, que extienda, tanto en el ámbito subjetivo (personas beneficiarias), como en el ámbito objetivo (prestaciones financiadas) la gratuidad en el momento de acceso a los servicios de salud oral, es uno de los mayores retos a los que se enfrenta actualmente el sector. Los niveles de cobertura actuales son escasos y desiguales territorialmente, existiendo abundante evidencia de la inequidad que esta situación comporta. El objetivo a medio y largo plazo debiera ser la universalización de la atención bucodental, para lo que debe iniciarse un plan que prevea la progresiva incorporación de prestaciones y de colectivos cubiertos a la cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud.

2.1. Cobertura pública: la cartera de servicios de salud bucodental

A pesar de la importancia del cuidado bucodental para la salud, de la enorme prevalencia de las enfermedades bucodentales (particularmente, de la caries) y de la magnitud que, como se ha visto antes, tiene la carga de la enfermedad asociada a los problemas de salud oral, la cobertura pública de las prestaciones de salud bucodental en España es poco más que testimonial. La situación del sistema público de salud bucodental puede bien resumirse en el diagnóstico de Llena Puy et al.: “la asistencia odontológica pública en España carece de una estructura organizada, de objetivos comunes, de alcance universal, de definición de grupos prioritarios, de responsables que planifiquen y dispongan de recursos y los distribuyan de forma equitativa y en la mayoría de los casos también de evaluación”.¹⁵

Una breve cronología de la evolución de la cobertura pública de los servicios de asistencia bucodental en España podría tener su punto de partida a inicios de la década de 1980. Hasta entonces, la cobertura pública se limitaba al

tratamiento de procesos agudos, a las exodoncias, y al diagnóstico y tratamiento de la patología de las mucosas, de los maxilares, de la articulación témporo-mandibular y de las glándulas salivales. A comienzos de la citada década se iniciaron programas de enjuagues fluorados y de educación sanitaria en el ámbito escolar, y se crearon las primeras unidades de odontología de atención primaria.

No fue hasta el siguiente decenio cuando comenzaron a implantarse las prestaciones de odontología restauradora para población infantil y juvenil, con dispar desarrollo entre comunidades autónomas, siendo pioneros los Programas de Asistencia Dental Infantil (PADI) de País Vasco (1990) y Navarra (1991). Hubo que esperar al Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, para que la atención a la salud bucodental formase parte de la cartera básica de servicios objeto de financiación pública en todo el territorio nacional.

15. Llena Puy, C. et al. (2018): “La atención bucodental en comunidades autónomas con modelos público o mixto en España”. *Revista del Ilustre Colegio General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España*, vol. 23, nº 4; 246-254.



No obstante, el contenido de esta cartera básica se centró en dos colectivos considerados vulnerables: la población infantil y las mujeres embarazadas; a los que se añadieron las personas dependientes, objeto de atención específica. En el caso de la población infantil se estableció una cartera básica de naturaleza preventiva y conservadora sobre la dentición permanente. En el caso de las embarazadas, la cobertura era de naturaleza preventiva. El resto de la población adulta continuó excluido de la cobertura pública, salvo en el supuesto de procesos agudos y exodoncias de dientes dañados.

Desde comienzos del siglo XXI, todas las comunidades autónomas han venido desarrollando normativa propia que ha extendido, en mayor o menor medida, y siguiendo modelos diferentes, la cobertura pública de la salud

bucodental, centrados en colectivos específicos, como la población infantil y juvenil (hasta 15 años) y otros colectivos vulnerables (por ejemplo, personas con discapacidad). Los programas autonómicos de salud dental se agrupan en tres modelos, básicamente, el modelo público, el modelo mixto y el modelo PADI.¹⁶

El modelo PADI fue el inicialmente desarrollado por País Vasco y Navarra y, posteriormente, adoptado por otras seis comunidades: Andalucía, Murcia, Aragón, Baleares, Extremadura y Canarias. Las principales características de este sistema son la financiación pública, la coexistencia de proveedores públicos y privados-concertados, la libre elección de profesional y el hecho de que el pago a los proveedores privados se realiza mediante un modelo mixto capitativo (para atención general) y por acto (para atención especial).

El modelo público está implantado en siete comunidades: La Rioja, Comunidad Valenciana, Madrid, Cataluña, Galicia, Asturias, Cantabria; así como en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. En todos los casos se mantiene la base del RD 1030/2006 de cartera de servicios común del SNS, aunque algunas comunidades han ampliado las coberturas. La atención bucodental se realiza mediante la red pública de atención primaria, bien a demanda, o bien en el marco de un programa de salud bucodental protocolizado, en aquellas comunidades que cuentan con él.

El modelo mixto, presente en Castilla y León y Castilla-La Mancha, es el resultado de una evolución del modelo público, consistente en la derivación de los tratamientos más complejos hacia los proveedores privados. Las prestaciones básicas se realizan en el sistema sanitario público y las especiales (endodoncias, traumatismos, malformaciones) son derivadas a los profesionales del sector privado.

16. Para una descripción detallada de los distintos programas, véase Llena Puy et al. (2018), así como el capítulo 2 del informe de Vitaldent (2021). *Propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental en España.*

La consecuencia principal de esta pluralidad de modelos es la existencia de situaciones de desigualdad e inequidad en la asistencia, las coberturas y los resultados en salud bucodental, tanto entre modelos, como entre comunidades que comparten un mismo sistema. Al no existir información sistemática sobre costes y resultados de los programas, resulta, además, imposible la evaluación de su eficiencia relativa y de sus efectos distributivos.

En un intento de responder a este problema, el Real Decreto 111/2008, de 1 de febrero, estableció un régimen de subvenciones para las CC.AA. que se acogieran ese año a un programa de promoción de actividades y la suscripción de convenios voluntarios para la extensión del Plan de Salud Bucodental Infantil para toda España. El plan se inició con los grupos de población de 7 y 8 años y la previsión era extenderlo de manera progresiva hasta llegar a los 14 y 15 años. El objetivo era equiparar las prestaciones de estos grupos de población en todo el país, con independencia de la comunidad de residencia. Sin embargo, la crisis de 2008 provocó el recorte de, entre otras partidas de gasto sanitario, las destinadas a los planes de salud bucodental infantil; esta partida se suprimió en 2012 y no se recuperó desde entonces.

La ampliación de la cartera de servicios de atención de la salud bucodental ha seguido siendo, no obstante, un tema de preocupación y consenso en el SNS. Así, en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, aprobado en abril de 2019 por el Consejo Interterritorial del SNS, se contemplaba como acción (A.4.5) para acometer a corto plazo, la actualización de la cartera común de servicios en salud bucodental. Esta actualización no ha tenido lugar hasta fechas bien recientes, en desarrollo de una de las reformas incluidas

en el componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, la denominada Consolidación de la cohesión la equidad y la universalidad (C18.R3), cuyo tercer pilar consiste en el incremento de la cartera común de servicios sanitarios. El apartado dedicado a los servicios de atención bucodental, está redactado en los siguientes términos:

Los servicios existentes hasta el momento de atención bucodental en el sistema sanitario público español son pocos y de carácter muy básico. El objetivo de la reforma es doble: Por un lado, garantizar que en todo el territorio la ciudadanía tiene acceso a las mismas prestaciones de salud bucodental en el sistema sanitario público, mediante la homogeneización en toda España de las prestaciones que algunas regiones sí han incorporado a la cartera complementaria, pero no así otras. Por otro, incrementar los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública, con especial atención a los siguientes colectivos: infantojuvenil, embarazadas, personas con discapacidad, personas con cáncer y personas mayores.

Ya se ha realizado el diagnóstico de la situación de este servicio en el Sistema Nacional de Salud y se ha conformado un grupo de trabajo con representantes de las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas y el Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos. La reforma se desplegará, primero, mediante la definición de los servicios, que se realizará tras un análisis exhaustivo de su contenido y coste. Posteriormente, se aprobará y publicará una Orden del Ministerio de Sanidad actualizando la cartera común y añadiendo los nuevos servicios, previo acuerdo en el Consejo Interterritorial.¹⁷

Esta reforma se justificaba por varios motivos, todos ellos relacionados entre sí. En primer lugar, el elevado peso del gasto en atención odontológica de los ciudadanos sobre el gasto privado en sanidad, que se identificaba como “uno de los principales responsables

17. Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (Componente 18).

de que el gasto directo de los hogares suponga el 23,6% del gasto sanitario total, casi un 8% superior a la media de la UE.” En segundo lugar, por los problemas de inaccesibilidad por razones económicas (“el 12,4% de la población afirma que tiene dificultades o no puede costearse la atención dental necesaria”). Y en tercer lugar, por las necesidades dentales no satisfechas que, al menos en parte, surgen por este problema de accesibilidad (“4,6% frente a 2,9% de media en la UE).

La propuesta de ampliación de la cartera surgió de un grupo de trabajo multidisciplinar creado al efecto por el ministerio, dependiente de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (CPAF) del Consejo Interterritorial del SNS, en el que participaron, además de las CC.AA., las sociedades científicas implicadas¹⁸ y representantes de la D.G. de Salud Pública del Ministerio. El acuerdo de ampliación fue aprobado en un pleno del Consejo Interterritorial del SNS de 2 de diciembre de 2021, en el que se establecieron como colectivos prioritarios la población infantojuvenil (diferenciando dos grupos: uno de 0 a 5 años y otro de 6 a 14 años), las embarazadas, las personas con discapacidad intelectual y discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores, y las personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial. Finalmente, el plan para la ampliación de la cartera común de servicios, fue presentado en la CPAF en el pleno celebrado el 2 de marzo de 2022, recogiendo con posterioridad las aportaciones de las comunidades autónomas.

Con este plan se pretende alcanzar un doble objetivo: de un lado, homogeneizar las prestaciones de atención bucodental en el territorio nacional, garantizando la equidad en su acceso, independientemente del lugar de residencia; y, de otros, incrementar los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública, con un enfoque fundamentalmente preventivo y priorizando a los colectivos mencionados.

El 14 de junio de 2022, el Consejo de Ministros dio el primer impulso material a esta reforma, acordando el

18. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPPO), Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP), Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España.

reparto de 44 millones de euros¹⁹ para esta ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental, y aprobando los criterios de distribución territorial de estos fondos entre las CC.AA.²⁰ El alcance de esta dotación económica no resulta, en absoluto, despreciable si lo comparamos con la última cifra de gasto en servicios odontológicos registrada en el Sistema de Cuentas de Salud, correspondiente al año 2020, que se situaba en 58,6 millones de euros (los nuevos fondos suponen un aumento del 33% sobre el gasto público anterior). Si continúa siendo, por el contrario, una cuantía exigua si se la pone en relación con los 3.623 millones de euros de gasto privado en ese mismo año, según la citada fuente.

19. La cuantía total asciende a 44.058.000 euros, de los que 43.812.566 se destinan a las CC.AA. y 245.434 se transfieren al INGESA (responsable de la gestión de los servicios de salud en Ceuta y Melilla).

20. El criterio básico de reparto es el número de personas incluidas en los colectivos de población priorizados e incluidas en la ampliación de la cartera de servicios de salud bucodental (personas de 0-14 años, mujeres embarazadas, personas diagnosticadas por procesos oncológicos del territorio cervicofacial, personas mayores de 18 años con un grado de discapacidad intelectual igual o superior al 33%, personas con discapacidad limitante de la movilidad de miembros superiores, estimado como el 0,12% de prevalencia global de la población mayor de 14 años). Se estima un coste anual por persona de 53,4 euros (media del gasto total por persona atendida), asignándose una ponderación del 70% (37,38 euros persona/año) para la población de 6 a 12 años, del 40% (21,36 euros) para la población de 0 a 5 años, las embarazadas y los pacientes oncológicos, y del 100% (53,4 euros) para el resto de colectivos (personas de 13 a 14 años, personas con discapacidad intelectual y personas con discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores).

2.2. Vías para futuras ampliaciones de la cartera de servicios de salud bucodental

Reconociendo que la ampliación de la cartera de servicios acordada este último año supone un avance en la extensión de la cobertura pública de la atención bucodental, no podemos olvidar que, como se mostró en el apartado 1 de este informe, los costes en salud de las patologías orales afectan a toda la población, y no únicamente a los colectivos que se benefician de la reciente ampliación de la cartera, y los problemas de accesibilidad y necesidades no satisfechas alcanzan a diferentes grupos etarios en dispar magnitud.

Así, por ejemplo (véase Tabla 1), la población de 0 a 14 años apenas acumula el 2,5% de la carga global de la enfermedad asociada a trastornos orales.²¹ Es en las personas de 50 años y más en las que se concentra casi el 90% de la carga de la enfermedad, y estas, salvo en los casos en que estén incluidos en los grupos de personas con discapacidad beneficiarios de la ampliación, no se encuentran entre los colectivos a los que se dirige la reforma.

En consecuencia, sigue vigente el objetivo de seguir ampliando la cartera de servicios de salud bucodental, con el fin último de alcanzar una cobertura pública amplia de los trastornos orales, que si no universal, sí sea lo suficientemente generosa como para evitar las desigualdades existentes entre territorios y grupos de población y las inequidades que de ello se derivan.

En el informe de Vitaldent (2021) se abogaba por un enfoque de política de salud pública para combatir enfermedades no transmisibles, como las patologías orales, así como para paliar las desigualdades entre grupos de población; enfoque que debería ir acompañado de estrategias de naturaleza preventiva. En relación con estas

21. Si sumamos la carga derivada de cáncer de labios y boca, la población infantojuvenil (0-14 años) únicamente aporta el 2% de los AVAD perdidos en España por patologías orales.

22. Vitaldent (2021). *Propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental en España*, pág. 75 y ss.

últimas, las limitaciones del enfoque “de riesgo elevado”, dirigido a priorizar las necesidades de individuos con alto riesgo de padecer determinados problemas de salud, se sugería la adopción de un enfoque poblacional.²²

En consonancia con este punto de partida, parece necesario el desarrollo de un plan estratégico que defina el enfoque, los objetivos y los medios para la mejora de la salud oral de la población, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la equidad en la prestación de la asistencia bucodental en todo el territorio nacional. Se ha de ser consciente, no obstante, de que la estructura competencial del SNS dificulta el avance hacia una estrategia nacional de salud bucodental en la que se inserten futuras ampliaciones de la cartera de servicios. En este sentido, el reciente proceso que ha culminado en el reparto de 44 millones de euros para reforzar la financiación pública de los servicios de salud bucodental, parece ir en el buen camino, por cuanto los objetivos prioritarios acordados y los criterios de reparto de los fondos han sido fruto del consenso entre la administración central y las comunidades autónomas en el seno del Consejo Interterritorial del SNS.

Un argumento clave para la defensa de una ampliación de la cobertura pública de la atención bucodental es su coste-efectividad. La ampliación de la asistencia sanitaria a población con bajo nivel de ingresos y elevado riesgo de patología oral (fundamentalmente caries), acompañada de programas preventivos orientados a la población en general, puede generar beneficios en salud a un coste incremental razonable, al tiempo que puede ayudar a paliar las desigualdades en el estado de salud bucodental.²³ Como se señala acertadamente en el informe de Vitaldent (2021), debiera abandonarse la percepción de que los presupuestos públicos no pueden asumir la cobertura universal de la salud bucodental, poniendo el énfasis en que una amplia cobertura evitaría buena parte de los costes indirectos que las patologías orales provocan sobre el conjunto de la sociedad, reduciendo el impacto de las enfermedades bucodentales sobre otros problemas de salud y evitando, mediante intervenciones preventivas, la necesidad de afrontar gastos en tratamientos paliativos más onerosos.²⁴

Caben distintos enfoques a la hora de proponer una ampliación de cartera de servicios. En primer lugar, se puede optar por un ámbito de ampliación subjetivo u objetivo, esto es, se puede ampliar las actuales prestaciones de la cartera común a toda la población, o bien ampliar las prestaciones bucodentales a la población actualmente cubierta (esto es, población infanto-juvenil, embarazadas y personas con discapacidad, principalmente). En segundo lugar, se puede seguir un enfoque de salud pública, de orientación preventiva y dirigido a toda la población, o bien poner el foco en la equidad en el acceso, y centrar la reforma en los colectivos con mayor prevalencia de patología oral y/o más riesgos de salud bucodental. También caben, lógicamente, enfoques mixtos que combinen en distinta medida cada una de estas alternativas.

La reciente reforma, acordada en 2021, parece haber optado por una ampliación de la cartera de servicios manteniendo los colectivos prioritarios que tradicionalmente venían siendo objeto de cobertura pública (población infanto-juvenil y mujeres embarazadas), aunque también se ha producido una ampliación en la dimensión “subjetiva” de la cobertura, añadiendo a los beneficiarios de la cartera común a las personas con discapacidad intelectual y discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores (además de los pacientes con cáncer cervicofacial). Más importante quizás que el modo en que se ha concretado la reforma es la constatación de que el acuerdo conforma la existencia de un consenso político en torno a la necesidad de ampliar la cartera de servicios de atención bucodental, y que dicho acuerdo haya venido precedido por un debate informado, en el que han participado los distintos niveles de la administración con competencias en la materia, así como las sociedades científicas.



2.3. Financiación privada de la asistencia bucodental

Mientras no se consiga profundizar más en la ampliación de la cobertura pública de la atención bucodental, un objetivo crucial pasa por atender las situaciones en que la demanda de servicios de salud oral puede verse inhibida por motivos económicos. Como se ha señalado en el apartado 1, la mayor parte de la atención odontológica es objeto de financiación privada, recayendo el coste del acceso a estos servicios sobre los presupuestos de los hogares. La primera y más importante consecuencia de este hecho es que el acceso a la atención bucodental es desigual, lo que se evidencia en los datos de visitas al dentista según nivel socioeconómico, en las estadísticas de gasto en servicios dentales por nivel de ingresos del hogar y, en última instancia, en las diferencias existentes en el estado de salud bucodental de la población según clase social.

En segundo lugar, al descansar la financiación de la atención bucodental mayoritariamente en los presupuestos familiares, el gasto en estos servicios de salud y, por ende, el acceso a prestaciones necesarias para una adecuada salud oral, tiene un comportamiento cíclico, respondiendo en su evolución al patrón del ciclo económico, con las consecuencias que los periodos de contracción de la economía -y del gasto- tienen para la salud oral de la población.

Las barreras económicas al acceso a la asistencia sanitaria bucodental quedan de manifiesto en los datos de inaccesibilidad que proporciona la Encuesta Europea de Salud. Según estos datos, en 2020 un 9,25% de la población declaró haber tenido problemas para acceder a la atención dental por motivos económicos.²⁵ Por edades, los problemas de accesibilidad por motivos económicos afectaron más a los adultos en edad de trabajar (entre 35 y 64 años) que a los jóvenes (15 a 34 años) y a los mayores (de 65 años en adelante). Por sexos, la inaccesibilidad debida a causas económicas afectó más a mujeres (10,0%) que a hombres (8,4%),

en todas las franjas de edad, excepto la que va de los 45 a los 54 años.

Como era de prever, los problemas de acceso debidos a la insuficiencia de ingresos afectaron más a los desempleados (19,45%) que a los ocupados (7,84%), siendo su incidencia tres veces mayor en las personas con estudios básicos o inferiores (12,1%) que en las personas con estudios superiores (4,4%). Atendiendo a la clase social definida según la ocupación, solo un 2,1% de los pertenecientes a la categoría I (Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas) declararon haber tenido problemas de accesibilidad por motivos económicos, mientras que en la categoría VI (Trabajadores/as no cualificados) el porcentaje asciende hasta el 17%.

En este contexto de la financiación privada de la atención bucodental, se ha de hacer alusión a la cuestión del acceso al crédito para la cobertura del coste de ciertos tratamientos bucodentales. Lamentablemente, no existen fuentes de información que permitan hacer una aproximación a la magnitud de estas operaciones de financiación ni a su evolución reciente. Únicamente cabe hacer referencia a las condiciones de acceso a los préstamos bancarios por parte de los hogares para operaciones de consumo, en general, y a la demanda de tales operaciones de crédito. Según la última Encuesta sobre préstamos bancarios, elaborada por el Banco de España,²⁶ los criterios de concesión de préstamos a los hogares para se endurecieron durante el segundo trimestre de 2022, como consecuencia del deterioro de las perspectivas económicas, así como debido a una menor tolerancia al riesgo por parte de las entidades financieras. Esto ha supuesto, también, un aumento del porcentaje de solicitudes denegadas durante el mismo periodo. Las condiciones generales de este tipo de créditos también se han endurecido, con un aumento de los tipos aplicados a los nuevos préstamos concedidos

23. Karnon, J. (2017). “Challenges in demonstrating the value of successful oral health interventions”, en Peres, M. y Watt, R.G. *Policy solutions for oral health inequalities*. ICOHIRP. Australian Research Centre for Population Oral Health, The University of Adelaide. (disponible en: <http://www.icohirp.com/wp-content/uploads/2020/05/ICOHIRP-Adelaide-Monograph-final.pdf>).

24. Vitaldent (2021). *Propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental en España*, pág. 85.

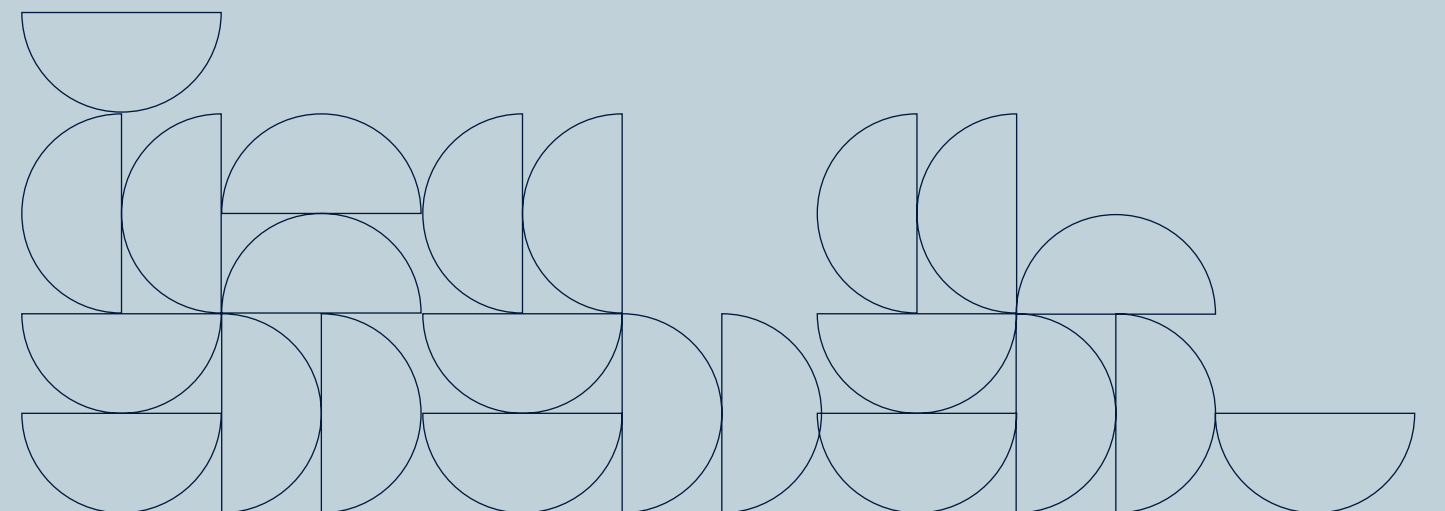
25. En la Encuesta Nacional de Salud de 2017 el porcentaje era tres puntos superior: un 12,4%.

26. Banco de España (2022). *Encuesta sobre préstamos bancarios en España: Julio de 2022*. Artículos analíticos. Boletín económico 3/2022. (disponible en: <https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/ArticulosAnaliticos/22/T3/Fich/be2203-art19.pdf>).

y un cierto aumento de los márgenes en los créditos de mayor riesgo. A esta contracción de la oferta se suma una ligera reducción de la demanda de crédito al consumo en el mismo periodo, principalmente por la menor confianza de los consumidores y la mayor utilización de los ahorros acumulados durante el periodo pandémico. Para el tercer trimestre de este año, las entidades financieras prevén un nuevo endurecimiento de los criterios de concesión de préstamos en este segmento, y anticipan una prolongación de la caída de las solicitudes.



3 Innovación: avanzar en la transformación tecnológica del sector



3 Innovación: avanzar en la transformación tecnológica del sector

La difusión de la innovación tecnológica en el sector de la salud bucodental en España cobra pujanza a tenor de la tendencia al alza experimentada en la distribución y consumo de equipos y suministros de última generación. Así, el sector bucodental se caracteriza por la velocidad con la que se desarrollan avances tecnológicos, tanto en el sistema productivo en general, como en los sistemas sanitarios en particular. Sin embargo, esta capacidad innovadora exige que la industria y la práctica odontológica sean capaces de aplicar estos cambios en aras de una mejor atención al cuidado de la salud de los pacientes.

3.1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de innovar?

De igual forma que Francisco de Quevedo alertaba ya en el siglo XVII de la necesidad que representa confundir valor con precio,²⁷ no debe confundirse novedad con innovación. Quiere esto decir que no todo nuevo producto o servicio, proceso o método de gestión supone necesariamente una auténtica innovación, sino que hay un gradiente de transformación que permite, por ejemplo, distinguir entre cambios revolucionarios o disruptivos y cambios meramente incrementales, que no rompen con lo establecido hasta el momento, aun cuando lo mejoren.

De acuerdo al Manual de Oslo (2005),²⁸ elaborado conjuntamente por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat)²⁹, hay tres tipos básicos de innovación:

- Innovación de producto/servicio: introducción en el mercado de productos o servicios nuevos o significativamente mejorados. Incluye alteraciones significativas en las especificaciones técnicas, los componentes, los materiales u otras características funcionales, así como cambios en los métodos de trabajo.
- Innovación de proceso: implementación de nuevos (o significativamente mejorados) procesos de fabricación, logística o distribución.
- Innovación en la gestión: innovación en los métodos organizacionales del negocio (gestión del conocimiento, formación, evaluación y desarrollo de los recursos humanos, gestión de la cadena de valor, gestión del sistema de calidad, etc.), la organización del trabajo y/o las relaciones hacia el exterior, así como la innovación en marketing (diseño de un producto o embalaje, precio, distribución y promoción).

27. Este aserto que Quevedo dijo al Duque de Osuna en 1611 fue popularizado, siglos después, por Antonio Machado en uno de sus Proverbios y Cantares, ligeramente modificado: “Todo necio/confunde valor y precio”.

28. OCDE - Organisation for Economic Cooperation and Development & Statistical Office of the European Communities. Oslo Manual: Guidelines for collecting and interpreting innovation data. Third Edition. (Organisation for Economic Cooperation and Development: Statistical Office of the European Communities, 2005).

Como puede inferirse de estas definiciones, la innovación debe aportar al destinatario final de la misma (el consumidor, el usuario, el paciente) una mejora o, como quizá sería más preciso calificar, debe aportar valor.³⁰ En el caso que nos ocupa de la salud bucodental, valor terapéutico añadido; esto es, una mayor efectividad y seguridad de los nuevos tratamientos odontológicos³¹ frente a las alternativas terapéuticas preexistentes.

Según cuál sea la magnitud de la mejora o del valor adicional que comportan las nuevas tecnologías al servicio de la odontología y la salud dental, estas podrían estratificarse de distinta forma atendiendo a diferentes clasificaciones como, por ejemplo (de mayor a menor grado de mejora):

- Innovaciones radicales o disruptivas e innovaciones incrementales.³²
- Innovaciones sistémicas, importantes, menores, incrementales y no registradas.³³
- Nueva tecnología, tecnología mejorada y ningún cambio tecnológico.³⁴



31. Como se expone en Zozoya et al. (2018) el valor terapéutico añadido incluye todos los posibles efectos positivos sobre la salud (incluyendo la calidad de vida relacionada con la salud) y el bienestar de los pacientes (satisfacción con el tratamiento, comodidad, preferencias), así como los posibles gastos evitados a estos, al sistema sanitario y a la sociedad en general (incluyendo pérdidas de productividad laboral). Incorpora, además, la dimensión incremental respecto a las alternativas terapéuticas preexistentes, lo que permite obtener una estimación más apropiada sobre el valor incremental de las innovaciones.

32. Schumpeter, JA (1934). *The Theory of Economic Development*. Cambridge Mass. Harvard Economic Studies.

33. Freeman, C (1994). The economics of technical change. *Cambridge Journal of Economics* 18, 463–514.

34. Johnson, S C, Jones, C (1957). How to organize for new products. *Harvard Business Review* 35, 49–62.

29. La primera edición del Manual de Oslo corresponde a 1992 y fue elaborado con la finalidad de acuñar un conjunto coherente de conceptos y herramientas de innovación tecnológica en el sector manufacturero.

30. Zozoya N, Martínez L, Alcalá B, Hidalgo-Vega A (2018). Evaluación, financiación y regulación de los medicamentos innovadores en los países desarrollados. Fundación Weber. (disponible en: <https://weber.org.es/publicacion/informe-evaluacion-financiacion-y-regulacion-de-los-medicamentos-innovadores-en-los-paises-desarrollados/>).

3.2. Tendencias en materia de innovación tecnológica en el sector de la salud bucodental

De acuerdo a los datos preliminares del informe sectorial de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin),³⁵ 2021 fue el año de la recuperación de las cifras de facturación del sector dental,³⁶ con un crecimiento del 29% con respecto al año precedente y, lo que es más importante, dado el sesgo introducido por la pandemia durante 2020, con un declive generalizado del sector por la caída de la demanda, un aumento del 7% con respecto al año pre-pandémico 2019.

Tras este crecimiento de las ventas de equipamientos y suministros muy ligados al consumo en clínica y también en laboratorio, se halla, como uno de sus determinantes más destacados, el fuerte desarrollo experimentado por las tecnologías CAD-CAM (Diseño asistido por ordenador/Fabricación asistida por ordenador)³⁷ y de flujo digital, así como al de los equipos de diagnóstico por imagen. Emergen, pues, con vigor nuevas tecnologías que abundan en la digitalización del sector, dando paso a la era de la odontología digital. Esta nueva parcela de la odontología reemplaza los flujos de trabajo tradicionales, basados en la toma de impresiones con escayola y radiografías en dos dimensiones, y la fabricación artesanal en el laboratorio de las prótesis dentales requeridas con materiales como la porcelana, por un sistema mediado por recursos digitales que posibilita optimizar el diagnóstico, diseño y fabricación de nuevas piezas dentarias, órtesis y prótesis, con nuevos materiales, como las cerámicas de disilicatos de litio, brindando además una solución personalizada para cada paciente.

Veamos las características de estas innovaciones, que representan una transformación considerable en los procesos de generación de valor del sector, comprendiendo tecnologías de diagnóstico, planificación, tratamiento y restauración, ofreciendo al consumidor resultados más precisos, seguros y satisfactorios:

- Flujo digital en odontología y tecnologías CAD-CAM



35. Véase: <https://www.fenin.es/resources/notas-de-prensa/930>.

36. El sector dental que forma parte de Fenin está integrado por 74 compañías nacionales e internacionales dedicadas a la fabricación, distribución e importación de equipos de imagen oral e intraoral, sistemas de Cad/Cam, impresoras 3D, productos consumibles para clínicas dentales y laboratorios protésicos, diverso equipamiento como unidades dentales, equipos de esterilización, pequeña aparatología para clínicas y laboratorio y productos de implantología y ortodoncia que representan más del 80% del volumen total de negocio en el sector (Memoria anual de sostenibilidad 2021: https://redfree.es/FENIN-Memoria_2021.pdf).

37. Traducción del original del inglés: *Computer-Aided Design/Computer-Aided Manufacturing*.

Un flujo digital completo abarca tres fases: digitalización, diseño y producción. En la fase de digitalización se utilizan tecnologías digitales de diagnóstico por imagen tridimensional, como el CBCT o tomografía computarizada de haz cónico,³⁸ cuyas radiaciones ionizantes penetran en los tejidos convirtiéndose en imágenes interpretadas por software, y los escáneres intraorales que permiten tomar impresiones de los dientes y de los implantes sin necesidad de utilizar los clásicos moldes de silicona o resina.

En la fase de diseño o fase CAD se acomete el diseño asistido por ordenador de la prótesis mediante la utilización de diferentes tipos de software tridimensional que pueden englobarse en dos grupos: softwares de diseño de sonrisa y espectrofotometría y softwares de diseño de prótesis o guías quirúrgicas. En el primer grupo, para el diseño digital de la sonrisa se emplea un software que permite planificar y recrear digitalmente las distintas opciones estéticas del tratamiento a aplicar en cuanto a tamaño, forma, color o posición de los dientes. Este tipo de software se emplea particularmente para el diseño de las carillas e implantes dentales. El espectrofotómetro digital permite obtener imágenes veraces del auténtico color de los dientes del paciente, posibilitando así la obtención de prótesis dentales más naturales. El segundo grupo de softwares permite la planificación digital de la prótesis y de los implantes a colocar, así como el diseño de la guía quirúrgica o prótesis que ayuda a guiar los instrumentos quirúrgicos y el implante a la ubicación adecuada.

Finalmente, en la fase de producción o fase CAM se fabrican las piezas a partir del diseño previo. Se emplean para ello técnicas de fabricación por adición en un centro de fresado o directamente en la propia clínica mediante impresión 3D. Algunas de estas técnicas de impresión, como exponen en detalle Dawood et al. (2015)³⁹ son la estereolitografía⁴⁰ (SLA), la sinterización láser selectiva⁴¹ (SLS) y el modelado por deposición fundida⁴² (FDM). La SLA es una tecnología mediante la cual una resina líquida sensible a la luz ultravioleta se va

endureciendo selectivamente mediante su escaneo por un rayo láser, creándose la pieza 3D de abajo a arriba. La SLS también es una tecnología láser, pero que actúa solidificando el polvo (de mineral de hierro o de polímeros como, por ejemplo, el nailon) dispuesto en una fina capa, previamente calentada, en los puntos seleccionados. Por último, el FDM fue la primera tecnología de impresión 3D, principalmente empleada en impresiones domésticas, que permite obtener prototipos y modelos anatómicos simples mediante la fundición de una bobina de filamento de material termoplástico (como, por ejemplo, el ácido poliacético) que se va depositando, capa por capa, por el extrusor de la impresora sobre la placa en la que se imprime la pieza.

- Otras innovaciones

Si bien, como el propio informe de Fenin pone de manifiesto, las tecnologías digitales vinculadas al diagnóstico, diseño y fabricación de prótesis e implantes dentales son ya una realidad en el mercado odontológico español, sobre todo en relación al sector de las clínicas dentales, hay otras innovaciones en ciernes que paulatinamente pueden irse extendiendo. Dentro de este capítulo cabe incluir la teleodontología, para efectuar análisis básicos a distancia y determinar si existe una urgencia; la utilización de herramientas de realidad virtual para reducir la tensión que experimenta el paciente en la consulta, sumergiéndolo en un entorno virtual más agradable, tanto visual como auditivamente o el posible empleo de sistemas de inteligencia artificial para optimizar el diagnóstico.⁴³

38. Traducción del original del inglés: *Cone Beam Computed Tomography*.

39. Dawood, A, Marti Marti, B, Sauret-Jackson, V, Darwood, A. (2015). 3D printing in dentistry. *British Dental Journal*, 219 (11), 521-529.

40. Traducción del original del inglés: *Stereolithography*.

41. Traducción del original del inglés: *Selective laser sintering*.

42. Traducción del original del inglés: *Fused deposition modelling*.

43. Véase, a este respecto: <https://www.dentistrytoday.com/artificial-intelligence-beats-dentists-in-tooth-decay-diagnoses/>.

3.3. Ventajas y desventajas de las nuevas tecnologías digitales en odontología

Las ventajas que, en general, ofrecen las tecnologías digitales en los flujos de trabajo de las clínicas dentales son variadas:

- Alta precisión estética y de adaptación a los dientes, con un sellado exacto, que garantizará el buen uso a largo plazo de las piezas dentales.
- Rapidez en la fabricación de piezas, gracias a que es un proceso robotizado.
- Mayor y mejor planificación de la intervención, que permite al clínico saber con exactitud dónde se deben colocar los implantes y también tener una guía para evitar cualquier cambio sobre la posición planificada.
- Reducción de la cantidad de visitas del paciente al odontólogo.
- Posibilidad de fabricar implantes y prótesis libres de metales, al que muchos pacientes son alérgicos.

No obstante, uno de sus principales problemas es el elevado coste de los equipos, así como de algunos materiales que estas tecnologías emplean. De hecho, una de las limitaciones de la impresión 3D en la salud bucodental es precisamente el de los materiales a utilizar,⁴⁴ que aún necesitan de desarrollo para poder llegar a prestar a todos los laboratorios y dentistas una solución auténticamente pragmática. La tabla 4 muestra las principales ventajas y desventajas de las tres modalidades de impresión 3D descritas en el apartado anterior.

44. Resinas de distinto tipo (de modelado, translúcida, de fundición, ...) o materiales cerámicos de última generación basados en el Zirconio.

Tabla 4.- Ventajas y desventajas de algunas modalidades de impresión 3D

| Técnicas | Ventajas | Desventajas |
|---|---|---|
| Estereolitografía (SLA) | Fabricación rápida. Capaz de crear formas complejas con características de alta resolución. Materiales de menor costo si se usan a granel. | Solo disponible con polímeros líquidos sensibles a la luz. Los materiales de soporte deben ser retirados. La resina ensucia y puede causar sensibilización de la piel, y puede ser irritante por contacto e inhalación. Vida útil limitada. No se puede esterilizar con calor. Tecnología de alto costo. |
| Sinterización láser selectiva (SLS) para polímeros | Gama de materiales poliméricos que incluyen nailon, elastómeros y compuestos. Piezas fuertes y precisas. Proceso autosuficiente. Por lo general, el nailon se puede esterilizar en autoclave. El objeto impreso puede tener una funcionalidad mecánica completa. Materiales de menor costo si se usan en grandes volúmenes. | Se requiere una infraestructura significativa., Riesgo de inhalación. Tecnología de alto costo. |
| Sinterización selectiva por láser (SLS) para metales y aleaciones metálicas | Objetos de alta resistencia, pueden controlar la porosidad. Variedad de materiales que incluyen titanio, aleaciones de titanio, cromo cobalto, acero inoxidable. La aleación de metal se puede reciclar. Los detalles finos son posibles. | Requisitos de infraestructura considerables. Tecnología extremadamente costosa Materiales moderadamente costosos. El polvo y el condensado de nanopartículas pueden ser peligrosos para la salud. Riesgo de explosión. Se requiere un tratamiento térmico para aliviar las tensiones internas en los objetos impresos. Materiales de soporte difíciles de quitar. Proceso relativamente lento. |
| Modelado por deposición fundida (FDM) | Objetos de alta resistencia, pueden controlar la porosidad. Variedad de materiales que incluyen titanio, aleaciones de titanio, cromo cobalto, acero inoxidable. La aleación de metal se puede reciclar. Los detalles finos son posibles. | Requisitos de infraestructura considerables. Tecnología extremadamente costosa Materiales moderadamente costosos. El polvo y el condensado de nanopartículas pueden ser peligrosos para la salud. Riesgo de explosión. Se requiere un tratamiento térmico para aliviar las tensiones internas en los objetos impresos. Materiales de soporte difíciles de quitar. Proceso relativamente lento. |

Fuente: Dawood et al. (2015).

3.4. Economías de escala de las clínicas corporativas y difusión de la innovación

Los considerables requerimientos de infraestructura y suministros que precisa un flujo digital completo de los procesos odontológicos hacen difícil su implementación por parte de profesionales independientes. Su despliegue resulta más viable para grupos empresariales como DONTE GROUP, cuya mayor dimensión en relación al tamaño del mercado odontológico nacional, posibilita la explotación de economías de escala que facilitan la utilización de estas tecnologías.

Esta mayor dimensión se ha visto, de hecho, muy acrecentada en 2021, año a lo largo del cual el grupo odontológico ha potenciado su proceso de expansión, incrementando en casi 100 clínicas el número de establecimientos propios, alcanzando la cifra de 400. Este crecimiento ha sido posible a la adquisición de diversas clínicas pertenecientes hasta entonces a Dentix, Moonz y Smysecret.⁴⁵

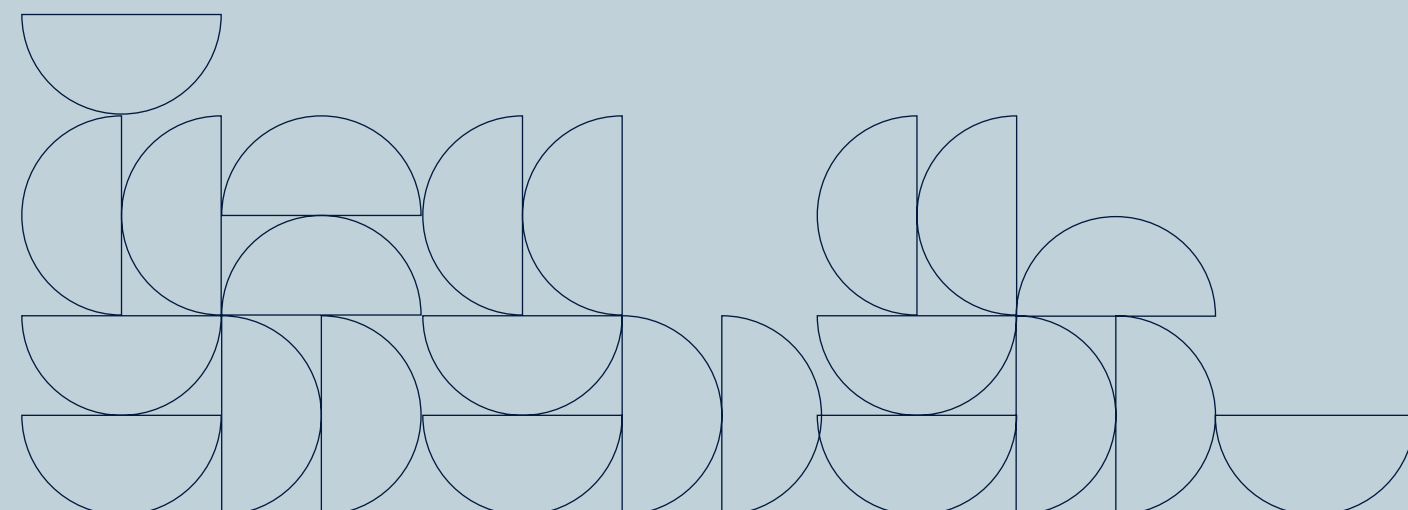
Esa red de clínicas convierte a DONTE GROUP, S.L. en el operador principal de clínicas dentales del país, con más de 400 clínicas distribuidas por todo el territorio nacional, más de 2.000 odontólogos colaboradores, más de 2.900 empleados y más de 8 millones de pacientes, desempeñando un papel muy relevante en la difusión de las tecnologías odontológicas de vanguardia, como las que hemos estado describiendo anteriormente.

De hecho, la primera edición del Vitaldent Dental Summit, celebrado el 4 de marzo de este año, a la que asistieron alrededor de 400 odontólogos colaboradores del Grupo Vitaldent, giró precisamente en torno a la odontología digital, difundiéndose entre los profesionales asistentes las últimas técnicas y procesos en esta área.⁴⁶

45. Los detalles de la reciente expansión del Grupo Vitaldent, así como sus planes de crecimiento futuros, pueden consultarse aquí: <https://www.plantadoce.com/empresa/2021-el-año-en-que-vitaldent-acelero-su-expansion-con-cien-clinicas-mas.html>.

46. Véase: <https://www.eldentistamoderno.com/texto-diario/mostrar/3521329/celebra-primera-edicion-vitaldent-dental-summit>. Véase: <https://www.eldentistamoderno.com/texto-diario/mostrar/3521329/celebra-primera-edicion-vitaldent-dental-summit>.

4 Fortalecer la confianza de los pacientes en los profesionales



4 Fortalecer la confianza de los pacientes en los profesionales

El cuarto y último desafío analizado es el de reforzar la confianza de la población (los pacientes o potenciales pacientes) en los profesionales de la salud bucodental. El sector ha de orientarse a vencer las reticencias de algunos pacientes a acudir a las consultas por razones de diversa índole, entre las que el “miedo”, por diferentes causas, juega un papel primordial. Mejorar la percepción del profesional por parte de la población y la confianza en los servicios de atención bucodental resulta un objetivo prioritario.

4.1. Perfil de los dentistas en España

Antes de analizar la percepción o imagen que, según los estudios académicos y las encuestas de opinión realizadas al efecto, posee la ciudadanía de los dentistas y las clínicas dentales en las que estos ejercen, conozcamos cuál es el perfil profesional y demográfico de estos profesionales. Esta primera aproximación objetiva nos ayudará ulteriormente a valorar mejor la percepción manifestada por la sociedad de la figura del dentista.

De acuerdo al informe técnico publicado por el Consejo General de Dentistas de España en julio de este mismo año analizando la demografía de los dentistas en el país,⁴⁷ el número de dentistas colegiados en España a 1 de enero de 2022 ascendió a 40.417, predominando las mujeres (58% del total), con una edad media que ronda los 39 años. Esta cifra de colegiados supone una proporción de 1 dentista por 1.171 habitantes.⁴⁸ Dicha proporción poblacional resulta significativamente superior, según el mismo informe, a la recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cifrada en 1

dentista por cada 3.500 habitantes. Hay que enfatizar que España, con una media de unos 1.750 egresados al año, aporta el 14% de todos los dentistas recién graduados de Europa.

Habida cuenta del modelo asistencial español, donde las prestaciones odontológicas carecen de financiación pública, la gran mayoría de los dentistas colegiados (un 97%) ejerce su actividad en el ámbito privado, en alguna de las 23.000 clínicas dentales registradas. En la red pública de atención primaria solo trabajan algo más de 1.200 dentistas en todo el territorio nacional.

La encuesta realizada en el año 2021 por el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región (COEM) permite profundizar en el conocimiento de la situación laboral de los profesionales del ramo, si bien circunscrita al ámbito específico de la Comunidad de Madrid⁴⁹. No obstante, tal y como puede observarse en la tabla 5, esta comunidad absorbe a casi una

cuarta parte (algo más del 22%) de todos los dentistas colegiados de España, por lo que los resultados de la encuesta del COEM podrían considerarse una aproximación razonable a la realidad nacional. Tan solo se aproxima a este registro la comunidad andaluza, que concentra al 16,3% del conjunto de profesionales del sector colegiados en las comunidades y ciudades autónomas del país.

A tenor de las respuestas recabadas en la encuesta,⁵⁰ el 78,7% de los odontólogos entrevistados trabaja en una clínica privada independiente, un 11,8% lo hace en alguna clínica propiedad de compañías aseguradoras, mientras que un 6,1% lo hace en una clínica perteneciente a una cadena. Tan solo el 2,8% de los encuestados trabaja en la sanidad pública. En términos dinámicos, se observa un incremento en la proporción de profesionales que pasan a trabajar en clínicas independientes y pertenecientes a aseguradoras (aumento de 3,2 puntos porcentuales) en detrimento de la fracción de odontólogos que lo hacen para clínicas corporativas y en la sanidad pública (descenso de 2,7 puntos).

Atendiendo a la distribución por sexos de los entrevistados, la participación laboral en clínicas pertenecientes a compañías aseguradoras está significativamente feminizada, ya que un 14,2% de todas las encuestadas trabajan en este tipo de clínicas, por solo un 7,6% de los hombres que se sitúan más de 4 puntos por debajo del porcentaje total de ocupación en este tipo de centros (11,8%). También hay una diferencia apreciable entre hombres y mujeres en los porcentajes de ocupación en las clínicas privadas, favorable en este caso a los hombres (84,1% frente a 75,6%), mientras que las tasas de ocupación por sexos en el resto de categorías son muy parejas.

Por edades, la amplia mayoría de los profesionales de 51 y más años (88,1%) trabaja en clínicas independientes, siendo el rango de edad más frecuente entre los odontólogos que trabajan en este tipo de centros. Por el contrario, en las clínicas pertenecientes a empresas

Tabla 5.- Distribución (%) de dentistas por Comunidades y Ciudades Autónomas de colegiación y sexo

| | Total | Hombres | Mujeres |
|----------------------------|-------|---------|---------|
| Andalucía | 16,3 | 46,1 | 53,9 |
| Aragón | 2,5 | 49,4 | 50,6 |
| Principado de Asturias | 2,3 | 46,9 | 53,1 |
| Balears, Illes | 2,1 | 46,3 | 53,7 |
| Canarias | 3,7 | 47,9 | 52,1 |
| Cantabria | 1,1 | 46,2 | 53,8 |
| Castilla y León | 4,0 | 49,0 | 51,0 |
| Castilla-La Mancha | 2,4 | 43,4 | 56,6 |
| Cataluña | 15,1 | 39,6 | 60,4 |
| Comunitat Valenciana | 10,8 | 39,6 | 60,4 |
| Extremadura | 1,6 | 45,6 | 54,4 |
| Galicia | 6,0 | 41,8 | 58,2 |
| Comunidad de Madrid | 22,3 | 38,5 | 61,5 |
| Región de Murcia | 3,1 | 42,3 | 57,7 |
| Comunidad Foral de Navarra | 1,0 | 46,9 | 53,1 |
| País Vasco | 4,9 | 35,2 | 64,8 |
| Total | 100,0 | 42,0 | 58,0 |

47. El informe está disponible aquí: <https://consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-del-consejo/publicaciones-del-consejo/libros-del-consejo/item/207-la-demografia-de-los-dentistas-en-espana.html>.

48. Datos de junio de 2022 procedentes del Instituto Nacional de Estadística (INE)

49. DYM & COEM. Situación actual de la profesión e imagen del Colegio. Noviembre 2021. (disponible en: https://coem.org.es/pdf/E21159_Inf_def_v2.pptx).

50. Se entrevistó a 807 colegiados, entre el 9 y el 17 de diciembre de 2021, mediante encuestas telefónicas asistidas por ordenador (técnica CATI).

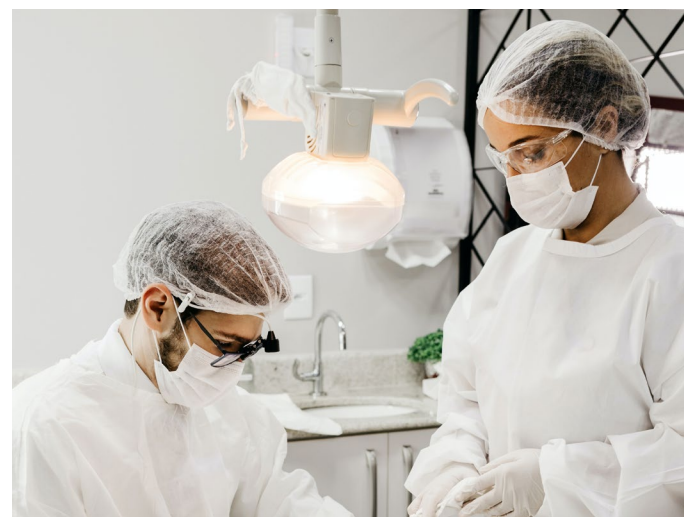
aseguradoras predominan las franjas de edades más jóvenes, en particular el grupo de edad entre 31 y 40 años, con un 16% de profesionales de esta edad ocupados en este tipo de clínicas, por tan solo un 5,3% del total de odontólogos de 51 y más años. En el caso de las clínicas pertenecientes a una cadena, predominan también los profesionales jóvenes, siendo el estrato de edad de 23 a 30 años el más importante (7,9%).

Por tipo de contratos, un 37,3% declara estar dado de alta como autónomo, mientras que un 29,9% son trabajadores por cuenta ajena (predominantemente con contratos indefinidos). En contraste, el 28,6% de los encuestados declara ser socio o propietario de alguna clínica. Se pone así de manifiesto un cierto divorcio dentro del sector entre profesionales y empresarios. Un porcentaje nada desdeñable de los odontólogos que trabajan en clínicas independientes son socios o propietarios (35%), mientras dicho porcentaje es mucho más reducido tanto en el caso de las clínicas propiedad de aseguradoras (8%), como en el de las clínicas corporativas (2,2%). En estos dos últimos tipos de clínicas la modalidad preferente de relación laboral es el contrato indefinido (54,5% en el caso de las clínicas pertenecientes a aseguradoras y 45,7% en el caso de las clínicas de cadena).

El crecimiento experimentado en el número de dentistas en España entre 1995 y 2022 ha sido muy considerable, superior al 200% en términos relativos. Este sustancial incremento, muy por encima al registrado por otras profesiones sanitarias como médicos y farmacéuticos, se traduce en una densidad de dentistas en relación a la población que excede con claridad a la media de la Unión Europea (UE): 85 dentistas por cada 100.000 habitantes en España frente a 76 por cada 100.000 en la UE⁵¹. Esta tasa es prácticamente análoga a la de Noruega y Alemania que, sin embargo, poseen una demanda asistencial bucodental mucho mayor a la vigente en España, siendo solo excedida por Grecia, Bulgaria, Chipre, Lituania, Portugal y Estonia. Esta asimetría entre la comparativamente alta densidad de profesionales en

España y la relativamente baja frecuencia de visitas de la población española⁵² a las clínicas dentales se traduce, de hecho, en una menor carga de trabajo de los profesionales españoles con respecto a la de la mayoría de sus colegas europeos.⁵³

La tendencia apuntada, reforzada por las proyecciones realizadas por el Consejo para 2030, que prevén un incremento en el volumen de dentistas en España del 21%, representa la principal preocupación de este colectivo profesional a tenor de los resultados recogidos por el Observatorio de Salud Oral Español en 10 oleadas sucesivas de encuestas realizadas entre junio de 2015 y diciembre de 2019 a una muestra de 150 dentistas “centinelas”.⁵⁴ Así, la acción de mejora que goza de un mayor respaldo por los dentistas encuestados (23%) sería limitar el número anual de dentistas egresados, reduciendo el número clausus en los estudios de Odontología.



52. Con datos de Eurostat de 2017, 0,7 visitas por habitante y año en España frente a, por ejemplo, 1,5 visitas en Alemania, 1,4 en Francia o 2,8 en los Países Bajos.

53. Como se indica en el mismo informe técnico del Consejo General de Dentistas de España, la densidad ajustada por demanda asistencial ascendería en España a 121 dentistas por 100.000 habitantes, solo superada por Bulgaria (134), más que duplicando las tasas de países de nuestro entorno como Italia (61), Francia (49) o Austria (47).

54. Los detalles metodológicos del estudio se encuentran disponibles aquí: https://consejodentistas.es/docs/attachments/observatorio/2-2-2021_ANALISIS_OBSERVATORIO_DE_LA_SALUD_ORAL_EN_ESPANYA_2015-2019.pdf.

4.2. Perfil de los pacientes

Describimos a continuación, y con la misma finalidad que obramos en el apartado precedente, los rasgos demográficos principales de los pacientes de las clínicas dentales en España, así como de la demanda asistencial que estos realizan.

Según los resultados recopilados por el Observatorio de la Salud Oral Español, la mayoría de los pacientes que frecuentan las clínicas dentales de nuestro país son mujeres (57%), predominando por edades la población entre 19 y 64 años (61%), seguida de la población entre 8 y 18 años (16%) y la población de 65 y más años (15%). Tan solo el 8% del total de pacientes de clínicas dentales son menores de 8 años.

La última edición del Libro Blanco sobre la salud bucodental en España recoge que un 87% de los ciudadanos encuestados opina que se debe realizar una visita al dentista al menos una vez al año. Sin embargo, la frecuencia real con que esos mismos encuestados declaran haber acudido al dentista en el último año es tan solo del 51%. Este porcentaje ha experimentado pocos cambios desde 2010, año en que era del 48%, y es solo un punto porcentual superior a la frecuencia registrada en 2015, estudio inmediatamente anterior a este.

Según la misma fuente, el 77% de los españoles que han visitado al dentista han acudido a una clínica privada independiente, el 9% visitó una clínica de las denominadas corporativas, de cadena o franquicia, el 11% una clínica de compañías aseguradoras y el 3% acudió al sistema público. Esta distribución es prácticamen-

te idéntica a la registrada en el Libro Blanco de 2015 y resulta muy aproximada a la resultante del estudio publicado en 2019 por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU).⁵⁶

La mayoría de las visitas están motivadas, según declaran los encuestados, por revisiones (así lo afirma el 30% de la muestra), tartrectomías o limpiezas dentales (27%) y obturaciones o empastes dentales (13%). Si bien no hay diferencias en los motivos declarados entre hombres y mujeres, sí que la prevalencia de dichas motivaciones varía según la edad de los encuestados. En concreto, los adultos más jóvenes (18 a 35 años) visitan mucho más al dentista para hacerse una revisión (40%) que la población mayor de 65 años (20%).

El estudio realizado por Key-Stone para el Grupo Vitaldent en este mismo año 2022 analiza las tendencias o comportamientos estructurales en el acceso a las prestaciones dentales en España, a partir de la evolución en los volúmenes de productos y servicios adquiridos por las clínicas dentales.⁵⁷ De acuerdo a dicho estudio, parece observarse “una mayor orientación de la población hacia los tratamientos estéticos, particularmente en el mundo de los alineadores ortodónticos”. Asimismo, el estudio estima que casi un 60% de la población que acude al dentista se somete a una limpieza. En general, se observa una tendencia al alza en el volumen de tratamientos profilácticos, incluidos entre ellos los blanqueamientos. Parece así, pues, que los motivos de acceso estéticos y preventivos van consolidándose entre la población.

51. Datos de 2021 de Eurostat.

55. El Libro Blanco sobre la salud bucodental en España viene editándose por el Consejo General de Dentistas de España cada 5 años desde 1995. La última edición corresponde a 2020, representando, por tanto, el cuarto Libro Blanco presentado por el Consejo. En él se identifican los hábitos y actitudes de la población española en relación a la salud oral a partir de una encuesta telefónica realizada a 1.003 personas de 18 años en adelante de toda la geografía española. Puede accederse a la edición 2020 del Libro Blanco aquí: <https://consejodentistas.es/pdf/libros/libro-blanco-fde/LB%202020.html>.

56. Los resultados del estudio pueden consultarse aquí: <https://www.ocu.org/salud/derechos-paciente/noticias/encuesta-clinicas-dentales>.

57. Key-Stone. Estimación del desarrollo de las prestaciones dentales en España – 2022.

4.3. Imagen y reputación del sector de las clínicas dentales

En las dos últimas ediciones (2015 y 2020) del Libro Blanco sobre la salud bucodental en España se incluye un capítulo dedicado al análisis de la imagen de las clínicas dentales, tal y como estas son percibidas por los usuarios. Para conocer esta percepción se seleccionaron unos atributos que describen una serie de dimensiones como son la imagen, la calidad, la confianza, la relación calidad-precio, los precios o la cualificación profesional, pidiéndosele a los encuestados que indicasen cuáles de ellos asocian al concepto de “clínica dental”, con independencia del tipo concreto de clínica a la que hayan acudido. La tabla 6 muestra los atributos seleccionados acompañados, en orden descendente, del porcentaje correspondiente de entrevistados que los asocia al sector de las clínicas dentales.



Tabla 6.- Imagen del sector de las clínicas dentales

| Atributos | Asignación al sector |
|--|----------------------|
| De confianza | 92% |
| Da un servicio cercano | 91% |
| Para personas como yo | 90% |
| Ofrece un servicio de calidad | 89% |
| Con profesionales altamente cualificados | 88% |
| Recomendable | 87% |
| Con una buena imagen | 87% |
| Ofrece una atención inmejorable | 84% |
| Con amplia gama de tratamientos | 84% |
| Especializada en tratamientos concretos | 79% |
| Con buena relación calidad-precio | 76% |
| Tiene precios muy económicos | 70% |

Fuente: CGDE (2020). Libro Blanco. Encuesta poblacional: la salud bucodental en España.

Como puede apreciarse en la tabla, todos los atributos son asociados, con mayor o menor frecuencia, al sector de las clínicas dentales, independientemente del tipo de clínica al que hayan acudido los encuestados. Los atributos que gozan de un mayor respaldo (del 90% o superior) son la confianza, el servicio cercano y que es para personas como yo, seguidos muy de cerca por la calidad (89%) y la cualificación de los profesionales (88%). En el extremo opuesto se encuentran los atributos relacionados con el coste de los servicios prestados, poseer una buena relación calidad-precio (76%) y tener precios muy económicos (70%).

La percepción de los usuarios en relación a la confianza, servicio cercano y calidad ha mejorado sustancialmente entre 2015 y 2020, empeorando sin embargo ligeramente el atributo relativo a la cualificación de los profesionales y, así mismo, acentuándose la percepción negativa en relación al coste de los servicios dentales.



Esta información sobre la imagen que suscita el sector de las clínicas dentales como un todo, puede complementarse con las razones aducidas por los encuestados para ir un tipo concreto de clínica.⁵⁸ Así, aquellos entrevistados que declararon haber acudido a un dentista o clínica independiente, lo hicieron mayoritariamente (57%) porque eran antiguos pacientes. Un 44% de los encuestados, en cambio, eligieron este tipo de clínicas porque un amigo o familiar se la había recomendado (44 %) o bien porque el establecimiento les venía de paso de camino a casa o al trabajo (30 %).

En el caso de las clínicas pertenecientes a las aseguradoras, el 81 % de los encuestados optaron por ellas porque estaban incluidas en su seguro, mientras que el 30 % lo hicieron porque ya habían ido anteriormente.

Finalmente, respecto a las cadenas dentales, el principal motivo declarado para acudir a ellas fue el precio (40%), seguido por la proximidad al lugar de trabajo o a casa (35%), así como haber acudido previamente (35%).

58. En este caso, las motivaciones son las declaradas por las 2.100 personas encuestadas en el estudio de la OCU al que hicimos referencia con anterioridad. En dicha encuesta se les formuló varias preguntas a los entrevistados acerca del último tratamiento dental que habían recibido en los últimos 5 años.

4.4. Percepciones acerca del dentista

Tras la renuencia a acudir a la consulta del dentista puede haber razones no solo de índole económica o de pura dejadez, sino también determinadas percepciones relativas, por ejemplo, al dolor asociado a los tratamientos dentales y a la pericia de los profesionales para manejar dicho dolor. Así, el “miedo o que no le gustan los dentistas” es el segundo motivo más frecuentemente citado (17%) por los encuestados en el Libro Blanco para no haber acudido al dentista en los dos últimos años.⁵⁹ tan solo superado por no haber tenido ningún problema dental en ese tiempo (62%). Un estudio realizado en 2021 por Vitaldent⁶⁰ sobre una muestra de unos 3000 pacientes encontró que un 20% de los entrevistados tenían miedo al dentista.⁶¹ Las principales causas de este miedo eran el dolor (87%), el miedo a las agujas (71%), la incomodidad (69%), el riesgo de infección (58%) y el temor a la anestesia (54%). Un 69% de los encuestados citó como causa para el miedo el importe económico del tratamiento. (la “factura”).

El miedo o fobia dental constituye, de hecho, una de las percepciones negativas más arraigadas hacia la figura del dentista, tal y como exponen Henríquez-Tejo y Cartes-Velásquez (2016) en una revisión bibliográfica de los artículos publicados sobre percepciones y opiniones de la población sobre los dentistas.⁶² Según estos autores “la causa de la ansiedad dental puede surgir de una serie de experiencias negativas relacionadas con la odontología”. Miedo y ansiedad dental que, según varios de los artículos revisados, ha sido tradicionalmente promovida por los medios de comunicación, tanto en los niños como en los adultos. Además, “las creencias y actitudes que tienen los padres hacia los dentistas influyen tanto en las percepciones que tienen sus hijos como en la práctica y el cuidado de la salud oral de los niños”, de modo que existe “una transferencia

emocional de los niveles de miedo dental entre padres e hijos”. Internet puede haber reforzado, de hecho, la percepción negativa del dentista, asociándolo al miedo y al dolor, por el predominio de imágenes negativas del profesional en las redes. Por el contrario, los avances tecnológicos en odontología, que posibilitan tratamientos menos dolorosos, pueden haber contribuido a una imagen más positiva del dentista.

Son factores determinantes de una percepción positiva hacia los dentistas la satisfacción del paciente con la atención previa recibida, así como la conducta, experiencia y capacitación técnica del profesional, unido todo ello a su capacidad de comunicación.



Estas percepciones están mediadas, a su vez, por la edad, sexo y etnia, tanto de los dentistas como de los pacientes. Así, hay estudios que sugieren que los pacientes prefieren profesionales de mayor edad, “ya que se considera que tienen mejores habilidades interpersonales y mayor experiencia en comparación a profesionales más jóvenes”. En contraste, en cambio, hay otros estudios “que sugieren que los pacientes tienen mejores percepciones hacia los profesionales más jóvenes, ya que tienen técnicas más nuevas y aparatos tecnológicos más avanzados”. Asimismo, aunque en general los pacientes prefieren a los profesionales del mismo sexo, “debido a que la concordancia de sexo reduce la vergüenza y el miedo al contacto físico durante el examen”.

Un factor relevante en relación con la actitud de los pacientes hacia los profesionales es la información. El citado estudio de Vitaldent, “Pierde el miedo”, concluía que tres cuartas partes de los pacientes que sentían temor a la hora de acudir a la consulta del dentista, se sentirían reconfortados si recibiesen más información sobre los tratamientos. Estrategias como la emisión de música relajante o la aplicación de sedación consciente antes del tratamiento ayudarían a 1 de cada 3 encuestados a encontrarse más tranquilos.

En relación al coste y acceso a la atención dental, la “mayoría de los pacientes que tienen una percepción negativa, creen que la atención fue adecuada, pero lo que encuentran erróneo es el cobro de la atención, porque se trata de la salud de las personas”. En este sentido hay que subrayar que las “razones económicas” representan el tercer motivo, por orden de importancia, para no haber ido al dentista en los dos últimos años en España, constituyendo una barrera de acceso a la atención dental hasta para un 15% de los encuestados. Este porcentaje es análogo al del conjunto de la UE, según el Eurobarómetro publicado en 2010 sobre salud oral.⁶³

59. Edición de 2020.

60. Estudio “Pierde el miedo” (2021), Vitaldent. <https://www.europapress.es/desayunos/encuentros-digitales/encuentro-digital-estudio-pierde-miedo-0856.html>

61. Este porcentaje se refiere al miedo, en general, con independencia de la situación extraordinaria asociada a la pandemia de la COVID-19. El mismo estudio concluyó que un porcentaje algo mayor (23%) manifestaba tener miedo a acudir al dentista por el riesgo de contagio del SARS-Cov2.

62. Henríquez-Tejo, RB, Cartes-Velásquez, RA. (2016). Percepciones de la población respecto al cirujano dentista. Odontoestomatología. Vol. XVIII. Nº. 27. Págs. 16-24.

63. Directorate-General for Health and Consumers (2010). Special Eurobarometer 330 / Wave 72.3 – TNS Opinion & Social. (disponible en: https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/import/201801/75576_eurobarometro-rapporto-visite-odontoiatrice.pdf).

Conclusiones

Las patologías bucodentales tienen una elevada prevalencia en España, si bien el estado de la salud dental de la población española parece haber mejorado entre 2017 y 2020. La mala salud bucodental tiene importantes costes, tanto en términos de salud (pérdidas en calidad de vida) como costes económicos, directos e indirectos. Estos costes inciden más en los grupos de menor nivel socioeconómico, debido al marcado gradiente socioeconómico que muestran las patologías orales, que afectan La carga de enfermedad que suponen los trastornos orales en nuestro país es muy elevada (147.832 Años de Vida Ajustados por Discapacidad en 2019), muy superior al de otras patologías que gozan de cobertura pública en el SNS. El gasto en asistencia odontológica ascendió en 2020 a 3.681 millones de euros, estando un 98,4% de esa cifra financiado por fondos privados (pagos directos de los hogares, principalmente). A estos costes económicos directos hay que sumar los costes indirectos, asociados a pérdidas de producción y de renta. Aunque el nivel de conciencia de la población española acerca de la importancia de una buena salud bucodental parece ser elevado, resulta necesario insistir en campañas que transmitan a la población las consecuencias de una mala salud oral y el enorme impacto que los trastornos bucodentales tienen sobre la calidad de vida y la economía de los individuos y los hogares.

Pese a la gran prevalencia de las enfermedades bucodentales, su impacto sobre la calidad de vida y los costes económicos que genera su tratamiento, la cobertura pública en España es muy reducida. La ampliación de la cartera de servicios de atención bucodental ha sido un tema permanente de preocupación en el Sistema Nacional de Salud, pese a lo cual hay amplias capas de población excluidas de la cobertura pública que se enfrentan a graves problemas de accesibilidad y necesidades no satisfechas, con las consecuencias que ello supone en términos de pérdidas de salud y costes económicos privados. Con el objetivo de paliar estas desigualdades en el acceso y la cobertura se requiere de un enfoque de política de salud pública con base poblacional. Resulta necesario desarrollar un plan estratégico que defina los objetivos y medios para mejorar la salud oral de la población y establezca los mecanismos necesarios para garantizar la equidad territorial. Mientras no se consigan avances significativos en la universalización de la cobertura pública de la atención bucodental, es preciso atender las situaciones en las que la demanda de servicios de salud oral puede verse inhibida por motivos económicos. La actual coyuntura de los mercados financieros dificulta la efectividad de la financiación privada para tratamientos bucodentales en el mercado de la salud oral.

La difusión de la innovación tecnológica en el sector de la salud bucodental en España cobra pujanza a tenor de la tendencia al alza experimentada en la distribución y consumo de equipos y suministros de última generación. Dicha tendencia tiene, no obstante, que consolidarse y fortalecerse, dando lugar a una profunda transformación del sector. Para ello tienen que confluir varias palancas de cambio: una decidida apuesta por la eficiencia, en el caso de la industria, la introducción de cambios en el modelo de gestión de las clínicas dentales, digitalizando los flujos de trabajo, y una fructífera colaboración entre las dos partes, para responder adecuadamente a las necesidades de los pacientes.

Las visitas al dentista están motivadas, principalmente, por revisiones, limpiezas dentales y obturaciones, aunque cada vez son más frecuentes las visitas por motivos estéticos. La confianza, el servicio cercano y la calidad son atributos asociados por los pacientes al sector de la atención bucodental. La renuencia a acudir a la consulta del dentista se explica, en gran medida, por el miedo que, a su vez, se explica por factores como el dolor, la incomodidad, la fobia a las agujas o los riesgos asociados a la anestesia. Pero también el coste se percibe como una barrera para el acceso a la atención bucodental, lo que se relaciona con la deficiente cobertura pública de la atención bucodental en España. Los países europeos que cuentan con los mejores indicadores de accesibilidad son aquellos que subvencionan total o parcialmente el coste de las prestaciones de salud bucodental para adultos provistas desde el sector privado, regulando las tarifas de los tratamientos cubiertos por el sistema sanitario público. De implantarse un sistema de esta índole en España a buen seguro que mejoraría el acceso de la población a las prestaciones dentales y, en consecuencia, la salud bucodental de los ciudadanos.

