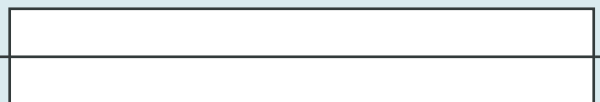


Propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental en España



Prólogo

La mejora de los niveles de salud bucodental de la población española es uno de los principales retos que afronta nuestro sistema sanitario. Dentro de las posibles medidas y palancas que pueden servir a este fin, la ampliación de la cobertura bucodental en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud ha sido una de las cuestiones más repetidas en las distintas reuniones que como CEO de Vitaldent he mantenido con las autoridades públicas.

Como compañía consciente de dicho reto y de la necesidad de aportar soluciones al mismo, desde Vitaldent promovimos la creación de un Consejo Asesor liderado por el economista de la Universidad de Málaga Alberto Montero y compuesto por reputados expertos en economía de la salud, práctica odontológica, gestión de la sanidad privada y en innovación y tecnología sanitaria como Fernando Sánchez Martínez, profesor e investigador de Economía de la Salud en la Universidad de Murcia; Lluís Giner, Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Internacional de Cataluña; Cristina Contel, Presidenta de la Comisión de Sanidad de CEOE; y Juan Manuel Molina, Presidente del Sector Dental de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN). A este Consejo Asesor se le encomendó un estudio técnico del estado de la salud bucodental en España, y de evaluación de los distintos escenarios de ampliación de la cartera de servicios bajo un principio de costo-eficiencia, atendiendo también a los resultados y datos de los distintos modelos de cobertura presentes tanto dentro de nuestras fronteras como en el entorno europeo.

La Covid-19 y la emergencia sanitaria han obligado en el corto plazo a redefinir muchas de las prioridades en materia de salud, sin embargo, también ha hecho más pertinente si cabe la necesidad de afrontar a corto y medio plazo los retos del sector bucodental como vector imprescindible para la salud, dada la emergencia social y económica que se avendrá en los próximos tiempos. La magnitud del desafío hace que el reto sólo sea asumible desde el trabajo conjunto entre las administraciones públicas, los profesionales de la odontología y los operadores del sector, que como Vitaldent, desean ser parte de la solución.

El resultado de esta iniciativa es la Propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental en España que tengo el placer de presentar, y que esperamos contribuya, no solo al debate de ideas, sino también y principalmente al impulso de políticas públicas que ayuden al objetivo de mejorar la salud bucodental media del país y, con ello, la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos.

Javier Martín Ocaña

CEO de Vitaldent

Índice

Diagnóstico

pag.1

1. Situación de la salud bucodental en España

1.1 La salud bucodental de los españoles según la Encuesta de Salud Oral 2015.	p.3
1.1.1 Presencia y prevalencia de caries.	p.5
1.1.2 Enfermedades periodontales.	p.12
1.1.3 Estado y necesidad de prótesis.	p.14
1.1.4 Maloclusión.	p.18
1.1.5 Hábitos y percepciones sobre la salud bucodental.	p.19

1.2 Conclusiones	p.25
------------------	-------------

pag.27

2. El sistema público de atención bucodental en España.

2.1 Orígenes y bases normativas del sistema de atención bucodental público.	p.28
2.2 Tipología de programas de atención bucodental.	p.34
2.2.1 Programas PADI.	p.36
2.2.2 Programas públicos.	p.39
2.2.3 Programas mixtos.	p.40
2.2.4 Conclusiones.	p.41

pag.43

3. La atención bucodental privada en España.

3.1 La estructura del gasto sanitario en España	p.45
3.2 La estructura de la oferta del sector privado bucodental	p.49

pag.55

4. Análisis comparado de los sistemas de atención bucodental europeos

4.1 Sistemas de atención a la salud bucodental en Europa.	p.56
4.2 Población cubierta por el sistema.	p.59
4.2.1 Cobertura para la infancia y la juventud.	p.59
4.2.2 Cobertura para adultos.	p.60
4.2.3 La cobertura económica del sistema	p.62
4.3 Conclusiones	p.67

Propuesta para ampliación de la cartera bucondental básica en España

pag.71

1. Bases para el diseño de una política bucodental inclusiva

1.1 Principios e indicadores básicos.	p.71
1.2 Enfoques de salud pública.	p.75
1.3 El sustrato de la intervención: rasgos estilizados y deficiencias de la asistencia bucodental pública en España.	p.78

pag.81

2. La necesidad de una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental en España.

2.1 Los costes de una pobre salud bucodental.	p.85
2.1.1 Una aproximación a los costes directos e indirectos de las enfermedades bucodentales.	p.86
2.1.2 El impacto de las enfermedades bucodentales sobre la calidad de vida: una estimación para el caso de España	p.88
2.1.3 El peso indirecto de las enfermedades bucodentales sobre la economía española	p.91
2.2 El patrón de desigualdad de las enfermedades bucodentales.	p.97
2.3 El problema de la accesibilidad por motivos económicos.	p.101

pag.108

3. La apuesta por la ampliación y universalización de la asistencia bucodental en España: una estimación de los costes.

Lineamientos para la ampliación y universalización de la asistencia bucodental en España

pag.116

1. Alcance de la cobertura: un enfoque basado en el universalismo proporcional.

pag.118

2. No olvidar a quienes más ayuda necesitan: la atención para colectivos vulnerables

2.1 Niños y niñas más vulnerables.	p.120
2.2 La atención a las personas mayores.	p.121
2.3 Personas dependientes y con enfermedades mentales.	p.123

pag.124

3. Prevención y restauración con criterios de eficiencia y rentabilidad social.

pag.126

4. Un sistema público que se apoye sobre la fortaleza del sistema privado

pag.129

5. Los recursos para financiarlo están, solo hay que reorganizar el sistema.

pag.132

6. Salvar el escollo competencial para crear un sistema nacional de salud bucodental común.



Diagnóstico

La situación de la salud bucodental en España

1

Las encuestas sobre salud bucodental, ya sean nacionales o de ámbito territorial inferior, son los principales instrumentos que las autoridades sanitarias tienen para conocer el estado de la salud bucodental de la población.

Su finalidad es proporcionar una idea de conjunto sobre varias cuestiones fundamentales:

- El estado de la salud bucodental de la población.
- El grado en el que los servicios odontológicos existentes responden a las necesidades de la población.
- La naturaleza y cuantía de los servicios de prevención y restauración necesarios.
- Los recursos necesarios para implantar, mantener, aumentar o reducir los programas de salud bucodental, estimando las necesidades cuantitativas y el tipo de personal requerido para dichos programas¹.

En España se vienen realizando encuestas epidemiológicas de ámbito nacional y con valor comparativo de forma periódica cada cinco años desde el año 1990, siendo la última de 2015, lo que permite disponer de información fiable y comparable sobre la evolución del estado de salud oral de la población española durante una serie temporal de cierta relevancia².

1-Bravo Pérez et alli (2016): Encuesta de Salud Oral en España 2015. RCOE, Vol. 21, suplemento 1, junio 2016.

2-El primer estudio nacional sobre prevalencia de enfermedades bucales se realizó en 1971, aunque su utilidad comparativa es limitada porque, posteriormente, se modificó la metodología y se adaptó a la propuesta por la OMS. Posteriormente, en 1983, el Ministerio de Sanidad y Consumo encargó a la OMS un informe sobre la salud bucodental en nuestro país. En 1990 se publicó el tercer estudio a partir de la tercera encuesta nacional y desde entonces se vienen realizando cada cinco años con idénticos criterio de diseño, tamaño muestral y preparación de los exploradores, lo que permite su comparación temporal.

Las encuestas se realizan con una metodología unificada y son patrocinadas por el Consejo General de Dentistas, bajo la dirección técnica de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO), si bien hay que tener en cuenta que estas encuestas analizan una realidad que viene muy marcada por el marco institucional desde el que se realiza la prestación de servicios de la cartera básica en materia de salud bucodental por parte de las distintas Comunidades Autónomas.

Pero, además, algunas Comunidades Autónomas también realizan sus propias encuestas existiendo algunas que las vienen realizando de forma periódica desde los años 80 (Andalucía, Canarias, Cataluña, Navarra, Comunidad Valencia o País Vasco) y otras que, o bien no las han realizado o hace mucho que las hicieron (son los casos de Madrid, Murcia o La Rioja).

En todo caso, uno de los problemas con las encuestas autonómicas es que no siempre utilizan la metodología recomendada por la Organización Mundial de la Salud en su manual "Oral Health Survey. Basic Methods". La consecuencia es que los resultados son difícilmente comparables entre sí y con los de las encuestas nacionales, por lo que su utilización en términos de análisis comparativo es cuestionable.

En cualquier caso, y teniendo en cuenta dichas limitaciones, estas encuestas describen una situación caracteriza por una serie de rasgos básicos que se enuncian a continuación y serán desarrollados a lo largo de este diagnóstico.

El primero es que resulta sorprendente que, siendo el Sistema Nacional de Salud el actor que debería estar más interesado en la realización

periódica de encuestas epidemiológicas para conocer el estado de la salud bucodental de los españoles para poder desarrollar políticas públicas, haya correspondido dicha iniciativa al sector privado.

En segundo lugar, de esas encuestas también se puede constatar que España presenta una gran heterogeneidad en la forma en la que se desarrollan los programas de salud oral dentro de su territorio. Esto da lugar a un grado significativo de inequidad y desigualdad entre sus ciudadanos en términos de cobertura e intensidad de esta.

En tercer lugar, aunque las prestaciones públicas se limitan a actividades preventivas y restauradoras para el caso de los escolares, el grado de cumplimiento por parte de las autoridades públicas responsables de las Comunidades Autónomas es muy desigual.

En cuarto lugar, apenas existe cobertura para las personas adultas dentro del sistema público más allá de las extracciones dentales, diagnósticos, biopsias y pequeñas cirugías cordales el resto de tratamientos debe de ser sufragado por los ciudadanos en dentistas y clínicas privadas y ello introduce también fuertes grados de desigualdad en función del nivel social de la población.

En quinto lugar, la desigualdad en los tratamientos y prestaciones entre Comunidades Autónomas, pero también en la información que éstas publican sobre las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos, hace prácticamente imposible la realización de análisis de eficiencia e impacto del gasto.

1.1

La salud bucodental de los españoles según la Encuesta de Salud Oral 2015.

La evolución de la salud bucodental en España se puede conocer con cierta profundidad gracias a la serie de encuestas nacionales realizadas desde inicios de los años 90.

Los resultados de esas encuestas ponen de manifiesto que la salud bucodental de los españoles ha mejorado de forma manifiesta desde los años ochenta. La serie muestra que la mejoría más importante se produjo durante los años 80 y 90 del siglo pasado y, a partir de ese momento, lo que se produce es una mejoría selectiva en algunos indicadores concretos junto a una estabilización general para el conjunto de la población, tanto infantil y juvenil como para los adultos.

De hecho, los estudios de análisis comparativo de los datos de esas encuestas muestran, por ejemplo, que el índice CAOD a los 12 años de edad, que es la edad de referencia recomendada por la OMS para valorar la evolución de caries en una comunidad, refleja una caída desde 4,20 en 1984 a 1,12 en 2000 y, a partir de ahí, una estabilización en 1,33 en 2005³. El mismo patrón de mejora y estabilización se produjo en esos años entre las cohortes adultas.

A modo de síntesis de la evolución de la salud oral diagnosticada a lo largo de los últimos veinte años se ha construido la **Tabla 1**.

³–“Encuesta poblacional: la salud bucodental en España 2010”. Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.

Tabla 1. Evolución de indicadores básicos de salud oral diagnosticada y percibida (2000-2015)

Indicador	Edad (años)	Indicadores según año de evaluación		
		2000	2005	2015
Cod=0	5-6 temporal	66,7%	63,7%	68,5%
CAOD (media)	12	1,12	1,33	0,71
Índice restauración	12	52,9%	52,9%	61,4%
	15	55,1%	59,6%	67,7%
Dientes ausentes (media)	35-44	3,00	3,00	2,7
Población con al menos 21 dientes	65-74	28,1%	32,4%	40,4%
Edéntulos	65-74	23,4%	16,8%	10,6%
CPI=0	15	55,3%	34,5%	46%
	35-44	19,3%	14,8%	19,4%
Cepillado diario	12	ND	83,1%	93,5%
	15	ND	84,8%	89,6%
	35-44	ND	86,1%	89,4%
	65-44	ND	75,1%	73,7%
Dificultad para comer/masticar	35-44	ND	18,0%	21,4%
	65-74	ND	16,9%	25,6%

Fuente: Elaboración propia a partir del “Libro Blanco sobre la salud bucodental en España 2010” y la “Encuesta de Salud Oral 2015”.

En ella puede apreciarse una clara mejoría en la salud bucodental de niños y jóvenes expresada en la mayor parte de los indicadores seleccionados:

- En dentición temporal, el porcentaje de niños y niñas que no presentan caries ha subido en más de cinco puntos en 5 años.
- Entre los niños de 12 años, ya con dentición permanente, el índice CAOD sigue descendiendo de forma significativa, lo que expresa que los planes preventivos instrumentados desde las Comunidades Autónomas, a pesar de la desigualdad existente entre ellos, están teniendo resultados evidentes en términos de salud bucodental de su población objetivo, con la repercusión positiva que ello tiene posteriormente a lo largo de la vida de la población.
- Igualmente, el incremento del índice de restauración entre los jóvenes de 12 y 15 años indica una mayor toma de conciencia de la consideración de la caries como enfermedad a la que hay que enfrentar desde el momento de su aparición. Por lo tanto, en combinación con la caída del índice CAOD ese dato sería expresivo no solo de una mejora en la salud bucodental de la población joven sino también de una mayor concienciación de la necesidad mantener una correcta salud bucodental.
- En el caso de la población adulta -en este caso, los adultos jóvenes- también se ha reducido el número de dientes ausentes. Esto expresaría la tendencia a formas de tratamiento preventivo y reparador por parte de la población frente a la opción de la extracción que es, básicamente, la prestación que ofrece el sistema sanitario público ante la presencia de caries, habida cuenta de que no cubre intervenciones reparadoras.
- Por su parte, en el caso de los adultos mayores (65-74 años), el porcentaje de la población que mantiene una dentición en buenas condiciones (por encima de 21 dientes) también se ha incrementado en casi 8 puntos en apenas diez años y 12 puntos en quince años. En este caso, la diferencia esos 15 años de diferencia entre ambas encuestas muestran la desigual importancia (y posiblemente capacidad económica) otorgada a la salud bucodental preventiva y reparadora.
- De hecho, el porcentaje de edéntulos en los 15 años que transcurren entre las encuestas de 2000 y 2015 se ha reducido en más de 13 puntos, indicando una clara tendencia en la importancia que se la ha atribuido a la salud bucodental y en el tratamiento de las enfermedades bucodentales.
- Además, el Índice Periodontal Comunitario (CPI), expresivo de la prevalencia de enfermedades periodontales como hemorragia o cálculos, y que en la Tabla 1 recoge el porcentaje para los jóvenes de 15 años y los adultos jóvenes sanos, también muestra disminuciones significativas en el caso de los jóvenes de 15 años entre 2005 y 2015.
- Estas tendencias también se perciben en los hábitos higiénicos: salvo para los adultos mayores, el porcentaje de la población que se lava los dientes al menos una vez al día se ha incrementado entre 2005 y 2015 para todas las cohortes.
- Finalmente, hay una mayor autopercepción de la población adulta de las dificultades que el deterioro de la salud bucodental produce para comer y masticar, expresiva de esa mayor conciencia de esos problemas como síntomas de enfermedades a la que se ha aludido anteriormente.

1.1.1. Presencia y prevalencia de caries

Ya entrando al detalle de la Encuesta de Salud Oral de 2015, procedemos a extraer algunos datos esenciales de la misma que permitan realizar un diagnóstico general del estado de la salud bucodental en España.

Así, en materia de caries, los datos reflejados en la Tabla 2 muestran que el porcentaje de individuos que han presentado historia de caries (sintetizado en un índice $\text{cod/CAOD} > 0$) se sitúa en torno a un tercio de los niños con dentición temporal; ese porcentaje se mantiene hasta los 12 años pero a partir de ahí aumenta hasta el 43% de la población.

Por su parte, el 95% de los adultos jóvenes y el 99,5% de los adultos mayores han presentado a lo largo de su vida alguna caries, expresión evidente de que se trata de una enfermedad que, ineludiblemente y con mayor o menor intensidad, se va a presentar a lo largo de la vida de cualquier persona.

Ahora bien, esos niveles de registro histórico de caries no se corresponden con el porcentaje de la población que presenta caries activas. Entre los niños y niñas de 12 y 15 años tan solo el 14,6% y 18,6%, respectivamente, presentan alguna caries activa. Mientras, entre los adultos, el porcentaje de personas que presentan caries activas es mucho más elevado: entre los adultos jóvenes es del 40,7% y entre adultos mayores es del 46,7%, es decir, casi la mitad de la población adulta mayor y más de un tercio de los adultos jóvenes necesitan tratamiento odontológico al menos solo por esta enfermedad.

Tabla 2. Prevalencia e índices medios de caries

Edades	%cod/ CAOD>0	%cariados>0	Caries	Ausencias	Obturaciones	IR(%)
5-6 temporal	31,5%	25%	0,87		0,24	21,4%
5-6 permanente	2,4%	1,8%	0,03	0	0,02	32,4%
12 años	33,3%	14,6%	0,27	0	0,44	61,9%
15 años	43,2%	18,6%	0,41	0,03	0,91	67,7%
35-44 años	95%	40,7%	1,14	2,56	4,73	56,1%
65-74 años	99,5%	46,7%	1,33	11,94	3,00	18,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2015.

Por su parte, el Índice de Restauración muestra porcentajes elevados entre los niños y niñas de 12 y 15 años y también entre los adultos jóvenes y cae significativamente entre los de 5-6 años, por la menor presencia de caries (el porcentaje de niños de esa edad con $\text{CAOD} = 0$ es del 97,6%), y entre los adultos mayores por el deterioro progresivo de las piezas dentales (el porcentaje de adultos mayores con $\text{CAOD} > 10$ es del 76,8%).

En cualquier caso, lo relevante es conocer la distribución de la caries entre los distintos grupos poblacionales, singularmente entre los niños de 12 y 15 años (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución acumulada del índice CAOD, por individuos y dientes afectados								
CAOD	12 años				15 años			
	Individuos		Dientes CAO		Individuos		Dientes CAO	
	%	%acum	%	%acum	%	%acum	%	%acum
9	0,2	0,2	2,1	2,1	0,7	1,2	4,6	9,1
8	0,2	0,3	1,9	4	1,4	2,6	8,2	17,3
7	0,2	0,3	0	4	0,5	3,1	2,7	20
6	0,8	1,2	7,1	11,2	2,9	6	13,1	33,1
5	1	2,2	71,	18,3	2,1	8,1	7,7	40,8
4	2,7	4,9	15,2	33,6	6,5	14,6	19,5	60,3
3	5,1	10	21,4	55	7,1	21,7	15,8	76,1
2	8,8	18,8	24,8	79,8	10,5	32,2	15,7	91,8
1	14,4	33,3	20,2	100	11	43,2	8,2	100
0	66,7	100	0,0	100	56,8	100	0	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2015.

Como puede comprobarse, para el grupo de 12 años, el 18% de los niños y niñas con mayor patología concentran casi el 80% de dientes cariados.

Una distribución muy similar se produce en el caso de los jóvenes de 15 años, el 21,7% de la población muestral acumula el 76% de las caries.

Este resultado pone de manifiesto la desigual distribución de la enfermedad y apunta a que una intervención muy selectiva sobre un colectivo no excesivamente amplio tendría una repercusión elevada sobre la distribución de la patología.

Por otra parte, el análisis de los dientes presentes entre adultos jóvenes y mayores también permite comprobar cómo se ha ido enfrentando la caries por las distintas cohortes poblacionales a lo largo de su vida (Tabla 4).

Así, el grupo de adultos jóvenes presenta una media de 25,3 dientes (sobre un máximo de 28) y la pérdida dental grave (16 ó más dientes ausentes) afecta al 3% de esa población.

Los datos para los adultos mayores evidentemente son peores: la media de dientes presentes es de 16; la pérdida dental grave afecta al 33% de la población y existe casi un 10% de ellos que son desdentados totales, con todo lo que ello supone en término de deterioro de las condiciones de vida.

Tabla 4. Dientes presentes y ausentes.					
Edades	Media dientes naturales presentes	Distribución dientes permanentes ausentes			% desdentados
			Dientes CAO		
35-44 años	25,3	59,2%	1,8%	1,2%	0,2%
65-74 años	16,02	63,9%	9,6%	23,5%	10,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2015.

Otra cuestión que la Encuesta permite poner de manifiesto es la distribución de la enfermedad, puesto que a partir de la misma pueden deducirse las necesidades latentes de la población en materia de salud bucodental (Tabla 5).

Así, por un lado, en dentición temporal casi una cuarta parte de la población (el 23%) presenta necesidades de intervención restauradora. Esas necesidades disminuyen cuando se miden en la dentición permanente de los niños y niñas de 12 años (16%) y sube aún más para los jóvenes de 15 años (casi al 20%).

Y, por otro lado, en el caso de los adultos, tanto jóvenes como mayores, los porcentajes son similares entre ellos y se sitúan próximos al 40% de la población con necesidad del algún tipo de tratamiento.

El perfil de los tratamientos necesarios es similar: en torno a un 25% de la población adulta necesita algún tipo de obturación, ya sea superficial o compleja.

Pero, además, resulta sorprendente el porcentaje de población adulta que presenta necesidades de extracción de algún diente (10,7% para adultos jóvenes y 18,9% para adultos mayores), habida cuenta de que es el único tratamiento que presta el sistema público sin coste.

Edades	Obt. Superficial (1)	Obt. Compleja (2)	Corona (3)	Endodoncia (4)	Extracción (5)	Total restauradora (1+2+5)
5-6 años temporal	12,9%	14,2%	0,6%	1,2%	1,8%	23%
12 años	13,4%	3,7%	0%	1,2%	0,7%	16%
15 años	16,5%	6,5%	0%	1,5%	1%	19,8%
35-44 años	23%	24%	2,2%	6,5%	10,7%	38,7%
65-74 años	24,4%	23,7%	1,2%	3,7%	18,9%	39,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2015.

Una cuestión esencial de cara al diseño de las políticas públicas y la búsqueda de la máxima eficiencia económica y social en el impacto de las mismas es conocer la prevalencia de la enfermedad para determinar la asignación de los recursos.

En este sentido, la Encuesta de Salud Oral ofrece algunos elementos importantes que conviene resaltar en la medida en que analiza la prevalencia de la caries en función del sexo, nivel social y de si son personas inmigrantes o no.

Así, según se aprecia en la Tabla 6, el nivel social está correlacionado de forma significativa con la caries en dentición temporal de los niños y niñas de 5-6 años: mientras que los niños de nivel social alto tienen una prevalencia de caries de casi el 25%, los de nivel social bajo la tienen 13 puntos por encima, en el 38,3%, y esa brecha

se incrementa si se trata de la prevalencia de caries activa (15,6% en el nivel social alto frente al 33,4% en el bajo). Estas diferencias reflejan que tanto las posibilidades económicas para hacer frente a los tratamientos como la propia sensibilización de sus padres frente a la enfermedad son muy diferentes. Igualmente, en esta cohorte la condición de inmigrante es significativa tanto en términos de prevalencia como de caries activas: casi 20 puntos de diferencia en la prevalencia de caries de los niños nacidos en el extranjero con respecto a los niños nacidos en España y la brecha se amplía a más de 27 puntos cuando se trata de caries activas.

Tabla 6

5-6 años temporal

Tabla 6. Prevalencia e índice de caries por sexo, nivel social y país de nacimiento						
Edades	Cod/ CAOD>0	c/C>0	Caries	Ausente	Obt.	IR (%)
5-6 años temporal	31,5	25,0	0,87		0,24	21,4
Varones	33,1	26,6	0,96		0,29	23,4
Mujeres	29,8	23,3	0,79		0,18	18,7
N. Social Alto	24,9	15,6	0,37		0,22	37,3
N. Social Medio	24,1	16,3	0,55		0,29	34,5
N.Social Bajo	38,3	33,4	1,32		0,25	15,8
Nace España	30,1	23,4	0,77		0,24	23,8
Nace Extranjero	51,5	51,5	2,79		0,18	6,1

12 años

Tabla 6. Prevalencia e índice de caries por sexo, nivel social y país de nacimiento						
Edades	Cod/ CAOD>0	c/C>0	Caries	Ausente	Obt.	IR (%)
12 años	33,3	14,6	0,27	0	0,44	61,9
Varones	27,0	14,2	0,23	0	0,28	54,8
Mujeres	39,0	14,9	0,3	0,01	0,58	65,7
N. Social Alto	29,5	8,9	0,13	0	0,43	76,8
N. Social Medio	29,3	10,7	0,17	0	0,34	66,2
N.Social Bajo	34,7	17,9	0,33	0,01	0,47	57,9
Nace España	32,9	14,1	0,26	0	0,43	61,7
Nace Extranjero	40,5	24,3	0,41	0	0,62	60,5

15 años

Tabla 6. Prevalencia e índice de caries por sexo, nivel social y país de nacimiento

Edades	Cod/ CAOD>0	c/C>0	Caries	Ausente	Obt.	IR (%)
15 años	43,2	18,6	0,41	0,03	0,91	67,7
Varones	38	15,7	0,3	0,02	0,69	68,3
Mujeres	48,3	21,4	0,51	0,04	1,12	67,3
N. Social Alto	35,5	9,9	0,15	0	0,77	83,8
N. Social Medio	39,4	15,5	0,32	0,01	0,79	70,9
N.Social Bajo	47,7	23,3	0,54	0,05	1,05	63,9
Nace España	42,1	17,8	0,39	0,02	0,86	67,5
Nace Extranjero	55	26,7	0,55	0,1	1,4	68,3

35-44 años

Tabla 6. Prevalencia e índice de caries por sexo, nivel social y país de nacimiento

Edades	Cod/ CAOD>0	c/C>0	Caries	Ausente	Obt.	IR (%)
35-44 años	95	40,7	1,14	2,56	4,73	56,1
Varones	92,7	50,2	1,52	2,4	3,93	50,1
Mujeres	96,6	34,1	0,87	2,67	5,28	59,9
N. Social Alto	95,5	31,5	0,67	1,23	5,21	73,3
N. Social Medio	89,9	24,8	0,81	1,14	5,19	72,8
N.Social Bajo	95,3	50	1,4	3,23	4,48	49,2
Nace España	95,1	37,9	1,07	2,27	4,9	59,4
Nace Extranjero	95,6	56,7	1,52	4,23	3,87	40,2

65-74 años

Tabla 6. Prevalencia e índice de caries por sexo, nivel social y país de nacimiento

Edades	Cod/ CAOD>0	c/C>0	Caries	Ausente	Obt.	IR (%)
65-74 años	99,5	46,7	1,33	11,94	3	18,4
Varones	100	53,4	1,7	12,31	2,62	15,7
Mujeres	99	41,4	1,04	11,64	3,31	20,7
N. Social Alto	100	41,7	0,77	11,75	4,25	25,3
N. Social Medio	99	39,2	0,99	8,52	4,27	31
N.Social Bajo	99,3	47,1	1,2	11,18	2,86	18,8
Nace España	99,4	47,3	1,37	11,87	2,98	18,4
Nace Extranjero	100	36,4	0,77	13,55	3,73	20,7

Por otro lado, entre los niños y jóvenes de 12 y 15 años, también se aprecia el efecto del nivel social, siendo mucho más marcado cuando se trata de las caries activas que de la prevalencia de caries lo que indica que la diferencia se genera en términos del tratamiento de la enfermedad más que en el histórico de la enfermedad.

Así, mientras que para los niños y niñas de 12 años en términos de prevalencia de caries solo existe una diferencia de 5 puntos, en términos de caries activas la diferencia casi se duplica hasta los 9 puntos. Esta pauta se mantiene y amplía entre los jóvenes de 15 años según su clase social: la prevalencia de caries de los jóvenes de 15 años de nivel social bajo es 12 puntos superior a la de los de clase social alta y la diferencia se incrementa hasta casi 14 puntos si se trata de las caries activas.

Lo relevante es que la distancia en términos de tratamiento de la enfermedad se ensancha conforme la cohorte es de mayor edad.

De esta forma, un niño de 12 años de nivel social alto tiene una prevalencia de caries del 29,5% y un 8,9% de ellos tienen alguna caries activa; un niño de 15 años de ese mismo nivel social, tiene una prevalencia de caries mayor que el de 12 años (35,5%, es decir, 6 puntos más), pero, el porcentaje de ellos que presenta caries activas solo se ha incrementado en un punto (pasa del 8,9% al 9,9%), es decir, ya ha comenzado a ser tratado preventivamente de esas caries.

Sin embargo, un niño de 12 años de nivel social bajo tiene una prevalencia de caries del 34,7% y un 17,9% de ellos tienen alguna caries activa; un niño de 15 años de ese mismo nivel social tiene una prevalencia de caries mayor que el de 12 años (47,7%, es decir, la prevalencia ha aumentado en 13 puntos) y el porcentaje de ellos que presenta caries activas es del 23,3%, es decir, también ha aumentado y no se ha contenido como en el caso de los niños de nivel social alto.

Por lo tanto, la prevalencia de la enfermedad aumenta conforme aumenta la edad de los encuestados para todos los estratos sociales, pero crece más entre los de nivel social bajo que entre los de nivel social alto.

Otro tanto ocurre con las caries activas, siendo en ese caso el diferencial entre estratos sociales mucho más acusado: mientras que el porcentaje de jóvenes de 15 años de nivel social alto que presenta caries activas es prácticamente el mismo que el de jóvenes de 12 años, esos mismos porcentajes se han

incrementado en casi 5 puntos para el caso de los jóvenes de nivel social bajo.

Esta tendencia a la estabilización de la enfermedad a través de su tratamiento entre los jóvenes de clase social alta, mientras que la presencia de esta sigue creciendo entre los de clase social baja, es expresivo del desigual acceso a los tratamientos por parte de unos y otros y se va a mantener ampliada en las siguientes cohortes etarias.

Igualmente, como en el caso de los niños de 5-6 años, la condición de inmigrante también correlaciona positivamente tanto con la prevalencia como con la presencia de caries activas.

El otro factor destacable es el sexo: las niñas y jóvenes de 12 y 15 años tienen una menor prevalencia y un menor porcentaje de caries activas que los niños y los jóvenes de esas mismas edades.

Entre los adultos jóvenes y los adultos mayores las tendencias son las mismas: se estabiliza la prevalencia y desaparece la diferencia de este factor en función de la clase social pero sí sigue existiendo una clara diferencia en términos del porcentaje de caries activas en función de la clase social: de los 13 puntos de diferencia entre los jóvenes de 15 años se pasa a 18,5 puntos entre los adultos jóvenes, es decir, conforme aumenta la edad, la desigualdad se incrementa. La desigualdad en el acceso a los tratamientos y la sensibilidad sobre el reconocimiento de la caries como una enfermedad sigue condicionando la desigualdad en la presencia de esta.

Esto puede constatarse de forma fehaciente si se analizan los índices de caries (en media) y el índice de restauración: en todos los grupos el índice de restauración se ve influido por el nivel social, siendo más alto cuanto más elevado es el nivel social.

La diferencia en el índice de restauración es superior a 24 puntos entre los niveles sociales alto y bajo entre los adultos jóvenes y de casi 20 puntos entre los jóvenes de 15 años.

Igualmente, el índice de obturaciones es superior entre los adultos jóvenes de clase social alta con respecto a los de clase social baja, mientras que con el índice de ausentes ocurre lo contrario, siendo en este caso la brecha mucho más grande, es decir, los adultos jóvenes de clase alta presentan más dientes que los adultos jóvenes de clase baja (en media, según la propia Encuesta, un adulto joven de nivel social alto presenta 26,69 dientes

mientras que uno de nivel social alto presenta 24,71 dientes).

Cuando esa brecha marcada por el nivel social comienza a cerrarse es entre los adultos mayores, donde las diferencias en porcentaje de personas con caries activas según su nivel social se reducen a menos de 6 puntos.

Además, como en el caso de los jóvenes, el sexo sigue siendo un factor asociado a la prevalencia y presencia de caries activas, siendo menores los índices en el caso de las mujeres que de los hombres. Algo que, por otra parte, es lógico porque, según el Libro Blanco

sobre la Salud Bucodental en España (2015), las mujeres presentan un mayor grado de preocupación que los hombres por la salud oral (al 63% de ellas les preocupa mucho o bastante su salud bucodental, frente a un 57% de los hombres).

Por lo tanto, puede concluirse sin lugar a duda que existe una clara correlación entre nivel socioeconómico y caries, presentándose una mayor patología en los niveles sociales más desfavorecidos.

Evidentemente, ello se traduce en necesidades de tratamiento muy diferentes entre cohortes y por nivel social (Tabla 7).

Tabla 7. Necesidades de tratamiento según sexo, nivel social y país de nacimiento

	Obt. superficial	Obt. compleja	Corona	Endodoncia	Extracción
15 años	16,5	0,3	0	1,5	1
Varones	13,6	0,21	0	1	0,7
Mujeres	19,4	0,38	0	2	1,4
N. Social Alto	7,1	0,1	0	0	0
N. Social Medio	12,7	0,18	0	1,4	0,7
N.Social Bajo	22,2	0,44	0	2,3	1,1
Nace España	15,8	0,29	0	1,2	0,8
Nace Extranjero	23,3	0,37	0	5	3,3
35-44 años	23	0,44	2,2	6,5	10,7
Varones	27,3	0,55	2,9	11,8	13,9
Mujeres	20	0,37	1,7	2,8	8,5
N. Social Alto	16,2	0,29	2,7	1,8	4,5
N. Social Medio	14,7	0,31	0	1,8	9,2
N.Social Bajo	26,4	0,5	3,1	11	15
Nace España	22,5	0,44	1,4	5,7	9,1
Nace Extranjero	25,6	0,48	5,6	11,1	20
65-74 años	24,4	0,41	1,2	3,7	18,9
Varones	26,7	0,45	0,8	3,2	25,9
Mujeres	22,6	0,37	1,6	4,1	13,4
N. Social Alto	18,8	0,27	6,3	2,1	16,7
N. Social Medio	25,8	0,39	0	3,1	14,4
N.Social Bajo	27,1	0,46	1,1	3,6	16,4
Nace España	25	0,42	1,3	3,7	18,6
Nace Extranjero	13,6	0,14	0	4,5	31,8

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2015.

Así, entre los adultos jóvenes de nivel social bajo, las necesidades de obturaciones simples son 10 puntos superiores a las de los de nivel social alto y las de obturaciones complejas 5 puntos superiores. Y si se trata de endodoncias la brecha vuelve a ampliarse hasta los 10 puntos nuevamente.

Lo que nuevamente resulta llamativo es que el 15% de los adultos jóvenes y el 16,4% de los adultos mayores de nivel social bajo tienen necesidad de extracciones, lo que pudiera

ser indicativo de que esperan la posibilidad de disponer de recursos para enfrentar un tratamiento recuperador en lugar de optar por la opción paliativa.

En cualquier caso, para todas las cohortes las necesidades son mayores en función del nivel social (bajo frente a alto), sexo (menores entre mujeres que entre hombres) y condición inmigrante (menores entre los nacidos en España que entre los nacidos fuera de España).

1.1.2. Presencia y prevalencia de caries

Además de la caries, la Encuesta de Salud Oral también analiza el estado de otras enfermedades periodontales.

En la Tabla 8 aparecen los porcentajes de personas de 12 o más años que presentan algunas de las enfermedades recogidas en cada uno de los códigos del Índice Periodontal Comunitario máximo.

Tabla 8. Índice Periodontal Comunitario máximo (IPC)

IPC máximo	%
12 años	
0 (Sano)	48,2
1 (Hemorragia)	30,1
2 (Cálculo)	21,7
15 años	
0 (Sano)	46,0
1 (Hemorragia)	25,4
2 (Cálculo)	28,6
35-44 años	
0 (Sano)	19,4
1 (Hemorragia)	15,9
2 (Cálculo)	40,7
3 (Bolsas 4-5 mm.)	18,5
4 (Bolsas > 6 mm.)	5,5
35-44 años	
0 (Sano)	11,1
1 (Hemorragia)	15,6
2 (Cálculo)	36,3
3 (Bolsas 4-5 mm.)	27,0
4 (Bolsas > 6 mm.)	10,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2015.

Como puede apreciarse, conforme aumenta la edad el porcentaje de personas sin síntomas de patologías periodontales disminuye (del 48% de jóvenes de 12 años sanos a tan solo el 19,4% de adultos jóvenes o el 11,1% de adultos mayores).

La enfermedad periodontal más frecuente entre los adultos son los cálculos dentales, con un 40,7% de adultos jóvenes y un 36,3% de adultos mayores, seguida de las bolsas de entre 4 y 5 milímetros (18,5% y 27%, respectivamente).

Por otra parte, en relación con las variables que influyen sobre el Índice Periodontal Comunitario (Tabla 9), se constata que en las cohortes de 12 y 15 años ni el sexo, ni el nivel social ni el país de nacimiento se correlacionan con dicho índice y por ese motivo no se incluyen en dicha Tabla.

Tabla 9. IPC según sexo, nivel social y país de nacimiento y número de sextantes afectados en cada código

	IPC según sexo, nivel social y país de nacimiento					IPC y número medio de sextantes en cada código				
	0	1	2	3	4	0	>1	>2	>3	4
35-44 años	19,4	15,9	40,7	18,5	5,5	2,95	2,88	1,73	0,66	0,12
Varones	13,9	13,5	43,3	22,1	7	2,68	3,14	2,01	0,81	0,15
Mujeres	23,1	17,5	38,9	16,1	4,5	3,15	2,69	1,53	0,56	0,1
N. Social Alto	27	15,3	37,8	16,2	3,6	3,55	2,41	1,54	0,6	0,09
N. Social Medio	14,7	22,9	34,9	22	5,5	2,86	3,11	1,64	0,72	0,09
N.Social Bajo	18,6	11,1	43,1	19,8	7,5	2,65	3,09	2,07	0,74	0,15
Nace España	20,8	15,6	41,7	17,4	4,5	3,08	2,78	1,66	0,59	0,1
Nace Extranjero	11,1	17,8	34,4	25,6	11,1	2,17	3,47	2,14	1,1	0,24
65-74 años	11,1	15,6	36,3	27	10	1,57	2,93	1,96	0,83	0,16
Varones	7,7	13,9	37,8	28,2	12,4	1,54	3,07	2,15	0,95	0,21
Mujeres	13,6	16,8	35,1	26,2	8,2	1,6	2,83	1,82	0,75	0,13
N. Social Alto	9,8	29,3	26,8	22	12,2	1,61	2,9	1,51	0,73	0,2
N. Social Medio	9,8	19,6	34,8	23,9	12	2,13	2,9	1,97	0,88	0,24
N. Social Bajo	11,4	13	41,1	23,6	11	1,7	3,11	2,17	0,83	0,17
Nace España	10,5	15,3	36,6	27,5	10,1	1,55	2,95	1,98	0,85	0,16
Nace Extranjero	21,1	26,3	26,3	15,8	10,5	1,74	2,42	1,53	0,63	0,26

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2015.

Sin embargo, entre las cohortes de adultos la incidencia de esas variables sí que resulta ser significativa: las mujeres presentan un mayor número de sextantes sanos que los hombres; los adultos de nivel social alto presentan un mayor número de sextantes sanos que los de nivel social bajo y los nacidos fuera de España presentan un mayor número de sextantes afectados que los nacidos en España.

1.1.3. Estado y necesidad de prótesis

La Tabla 10 muestra el estado de las prótesis de adultos jóvenes y mayores tanto en el maxilar inferior como en el superior.

Tabla 10. Distribución porcentual del estado de las prótesis		
	Maxilar superior	Maxilar inferior
35-44 años		
Ninguna	82,7	88,7
Puente/s	14,2	8,1
Prótesis parcial removable	2,4	2,7
Prótesis completa	0,7	0,5
65-74 años		
Ninguna	36,3	50,7
Puente/s	24,6	15,7
Prótesis parcial removable	24,6	23
Prótesis completa	14,6	10,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2015.

Como puede apreciarse, entre los adultos jóvenes el porcentaje de ellos que no presenta ningún tipo de prótesis es muy elevado (82,7% para el maxilar superior y 88,7% para el maxilar superior). Entre los que sí que llevan prótesis, el porcentaje más elevado es el de aquellos que llevan prótesis fija (14,2% y 8,1% para los maxilares inferiores y superiores, respectivamente).

Por su parte, entre los adultos mayores el porcentaje de los que lleva prótesis se eleva de forma significativa y pasa a ser del 63,7% para el maxilar superior y del 49,3% para el maxilar inferior. Además, en este colectivo la diversidad de prótesis que portan ya se amplía: en el caso del maxilar superior, un 24,6% lleva una prótesis fija; también un 24,6% lleva una prótesis parcialmente removable y el 14,6% lleva una prótesis completa (los porcentajes para el maxilar inferior son 15,7%, 23% y 10,7%, respectivamente).

Nuevamente, la cuestión de fondo son las necesidades latentes de prótesis que expresarían demandas insatisfechas de la población.

En este sentido, según se recoge en la Tabla 11, el porcentaje de adultos jóvenes que requieren algún tipo de prótesis es del 23,6% para el maxilar superior y del 37,5% para el maxilar inferior. Esos porcentajes se elevan para los adultos mayores al 39,5% y al 45,4%, respectivamente. En esta segunda cohorte resulta relevante que algo más del 9% necesita una prótesis completa, siendo el porcentaje similar entre ambos maxilares.

Tabla 11. Distribución porcentual de la necesidad de prótesis		
	Maxilar superior	Maxilar inferior
35-44 años		
Ninguna	76,4	62,5
Puente/s	12,1	17,8
Prótesis parcial removable	11,5	19,7
Prótesis completa	0,0	0,0
65-74 años		
Ninguna	60,5	54,6
Puente/s	5,2	8,4
Prótesis parcial removable	24,6	27,6
Prótesis completa	9,7	9,3

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2015.

Una vez constatado el estado y la necesidad de prótesis resulta relevante determinar qué variables influyen sobre las mismas. Y nuevamente el nivel social surge como la variable determinante tanto del estado como de la necesidad de las prótesis en el sentido previsto, es decir, a mayor nivel social mejor estado y menor necesidad.

Así, el hecho de ser portador de algún tipo de prótesis se asocia al nivel social, siendo más elevado cuanto mayor es el nivel social (Tabla 12).

Pero, al mismo tiempo, el porcentaje de personas que no lleva ningún tipo de prótesis es mayor también entre las personas de mayor nivel social, lo cual resulta expresivo de la mejor atención bucodental que practican o han podido disfrutar a lo largo de su vida.

Tabla 12-A. Estado de las prótesis (porcentual) por sexo, nivel social y país de nacimiento

	No	Puentes	Parcial	Completa
SUPERIOR				
35-44 años	82,7	14,2	2,4	0,7
Varones	85,4	11,3	2,1	1,3
Mujeres	80,9	16,2	2,6	0,3
N. Social Alto	87,2	12,8	0,0	0,0
N. Social Medio	88,7	11,3	0,0	0,0
N.Social Bajo	84,1	10,7	4,0	1,2
Nace España	82,4	15,2	1,8	0,6
Nace Extranjero	84,3	9,0	5,6	1,1
65-74 años	36,3	24,6	24,5	14,6
Varones	43,8	21,5	20,7	13,9
Mujeres	30,2	27,0	27,7	15,1
N. Social Alto	29,2	31,3	25,0	14,6
N. Social Medio	35,8	38,9	20,0	5,3
N.Social Bajo	38,4	23,3	23,3	15,1
Nace España	36,6	25,0	24,6	13,8
Nace Extranjero	31,8	9,1	27,3	31,8

Tabla 12-B. Estado de las prótesis (porcentual) por sexo, nivel social y país de nacimiento

	No	Puentes	Parcial	Completa
INFERIOR				
35-44 años	88,7	8,1	2,7	0,5
Varones	90,0	6,7	2,1	1,3
Mujeres	87,7	9,1	3,1	0,0
N. Social Alto	90,8	9,2	0,0	0,0
N. Social Medio	95,3	4,7	0,0	0,0
N.Social Bajo	88,1	7,5	3,6	0,8
Nace España	88,0	9,0	2,4	0,6
Nace Extranjero	92,1	3,4	4,5	0,0
65-74 años	50,7	15,7	23,0	10,7
Varones	53,4	15,1	20,3	11,2
Mujeres	48,6	16,1	25,1	10,3
N. Social Alto	39,6	25,0	25,0	10,4
N. Social Medio	55,8	21,1	16,8	6,3
N.Social Bajo	54,4	14,3	21,5	9,7
Nace España	50,9	15,5	22,9	10,6
Nace Extranjero	50,0	18,2	22,7	9,1

Y, en relación con la necesidad de prótesis, nuevamente la variable relevante es el nivel social: las necesidades son mayores para las personas de nivel social bajo y quienes menos necesidad tienen son las personas de nivel social elevado (Tabla 13).

Lo relevante es que esas necesidades son más elevadas entre los adultos jóvenes que entre los adultos mayores.

Y, al mismo tiempo, hay una mayor necesidad de prótesis y, por lo tanto, la brecha en función del nivel social es más elevada para el maxilar inferior que para el maxilar superior.

Además, también el lugar de nacimiento (en España o fuera de España) presenta relación con la necesidad, siendo mayor para los nacidos fuera de España.

Tabla 13. Necesidad de prótesis (porcentual) por sexo, nivel social y país de nacimiento

	No	Unitaria	Multiunit.	Completa
SUPERIOR				
35-44 años	76,4	12,1	11,5	0,0
Varones	73,5	13,4	13,0	0,0
Mujeres	78,3	11,1	10,5	0,0
N. Social Alto	88,1	10,1	1,8	0,0
N. Social Medio	85,8	12,3	1,9	0,0
N.Social Bajo	65,6	13,2	21,2	0,0
Nace España	79,1	11,7	9,3	0,0
Nace Extranjero	61,8	14,6	23,6	0,0
65-74 años	60,5	5,2	24,6	9,7
Varones	54,4	2,0	29,6	14,0
Mujeres	65,5	7,8	20,5	6,2
N. Social Alto	64,6	6,3	29,2	0,0
N. Social Medio	74,7	4,2	20,0	1,1
N.Social Bajo	59,4	6,2	28,3	6,2
Nace España	60,0	5,1	25,0	10,0
Nace Extranjero	72,7	4,5	18,2	4,5
INFERIOR				
35-44 años	62,5	17,8	19,7	0,0
Varones	59,7	18,1	22,3	0,0
Mujeres	64,4	17,7	17,9	0,0
N. Social Alto	77,1	14,7	8,3	0,0
N. Social Medio	74,5	17,0	8,5	0,0
N.Social Bajo	51,6	16,4	32,0	0,0
Nace España	66,0	17,5	16,5	0,0
Nace Extranjero	42,7	19,1	38,2	0,0
65-74 años	54,6	8,4	27,6	9,3
Varones	50,0	8,0	28,4	13,6
Mujeres	58,3	8,8	27,0	5,9
N. Social Alto	70,8	8,3	16,7	4,2
N. Social Medio	58,9	9,5	31,6	0,0
N.Social Bajo	53,6	9,8	31,2	5,4
Nace España	54,5	8,8	27,3	9,4
Nace Extranjero	54,5	0,0	36,4	9,1

1.1.4. Maloclusión

La maloclusión provocada por los problemas de alineamiento de las piezas dentales o el desenganche entre las mandíbulas superior e inferior tiene singular relevancia entre la población infantil y juvenil.

En la Tabla 14 se recogen la distribución porcentual de jóvenes de 12 y 15 años que presentan ese problema en función de su sexo, nivel social y lugar de nacimiento.

Tabla 14. Maloclusión (porcentual) por sexo, nivel social y país de nacimiento

	Ninguna	Leve	Moderada o severa	Tratamiento ortodóncico
12 años	40,1	28,0	21,1	10,9
Varones	46,3	23,5	22,4	7,7
Mujeres	34,5	31,9	19,9	13,7
N. Social Alto	43,4	27,3	14,7	14,7
N. Social Medio	37,9	27,9	20,7	13,6
N.Social Bajo	39,3	27,7	24,7	8,2
Nace España	39,1	28,3	21,2	11,4
Nace Extranjero	54,1	24,3	18,9	2,7
15 años	44,5	23,1	14,6	17,8
Varones	45,6	23,0	15,2	16,3
Mujeres	43,5	23,2	14,0	19,3
N. Social Alto	50,0	18,1	8,7	23,2
N. Social Medio	49,3	19,6	14,5	16,7
N.Social Bajo	41,2	26,3	17,9	14,5
Nace España	44,1	23,3	14,0	18,6
Nace Extranjero	47,5	22,0	18,6	11,9

Como puede apreciarse, a los 12 años, el 10,9% de la población muestral porta aparatos de ortodoncia y el 21,1% presenta problemas de maloclusión moderada o severa. El porcentaje de los portadores de aparatos de ortodoncia se incrementa al 17,8% entre los jóvenes de 15 años, si bien la gravedad del problema desciende hasta un 14,6% de la población.

De esa tabla también poder extraerse cierta información relevante cuando se cruza la maloclusión con el nivel social.

Así, en ambos grupos poblacionales los jóvenes de nivel social más elevado presentan menos problemas de maloclusión, es decir, una mejor estructura dental. Y, sin embargo, también para ambos grupos poblacionales el porcentaje de

jóvenes que porta algún tipo de aparato de ortodoncia es más elevado entre los de nivel social más elevado. Lo cual es especialmente significativo si se tiene en cuenta que quienes presentan porcentajes significativamente más elevados de problemas moderados y graves de maloclusión son los jóvenes de nivel social bajo con respecto a los de nivel social alto, encontrándose la razón esencial en problemas de la dentición infantil no tratados a tiempo y que, con el crecimiento, generan más maloclusiones que podrían haberse evitado con una intervención mínima a tiempo.

En consecuencia, se trata de un problema en el que la variable económica resulta determinante para explicar tanto la frecuencia de la enfermedad de base (menor entre los de nivel social alto) como la voluntad o capacidad para enfrentarlo (también mayor entre los de nivel social alto).

1.1.5. Hábitos y percepciones sobre la salud bucodental.

Finalmente, cabe hacer algunas consideraciones sobre los hábitos de la población en relación con la salud bucodental y su autopercepción sobre el estado de su salud bucodental.

Así, en primer lugar, la frecuencia del cepillado de dientes vuelve a poner de relieve las diferencias al interior de la población en función del sexo, del nivel social y del país de nacimiento (Tabla 15): las mujeres se cepillan más los dientes que los hombres; cuanto mayor es el nivel social más elevada es la frecuencia del cepillado y, curiosamente, mientras que los jóvenes nacidos en España se cepillan con mayor frecuencia los dientes que los nacidos fuera de España, los porcentajes se invierten para el caso de adultos jóvenes y mayores y son los nacidos fuera de España los que presentan una mayor frecuencia temporal de cepillado⁴.

⁴-Similares resultados se obtienen en la Encuesta de Salud Bucodental realizada para la elaboración del Libro Blanco sobre la Salud Bucodental en España, 2015.

Tabla 15. Frecuencia (porcentual) de cepillado de dientes por sexo, nivel social y país de nacimiento

	Nunca	<1 semana	1/semana	1/día	<1 día
12 años	0,9	1,4	4,3	25,3	68,2
Varones	1,1	1,8	6,9	17,8	62,5
Mujeres	0,7	1,0	2,0	23,1	73,3
N. Social Alto	0,0	0,7	1,4	25,0	72,9
N. Social Medio	1,4	0,0	2,9	25,9	69,8
N.Social Bajo	1,1	2,2	5,5	26,1	65,1
Nace España	0,7	1,5	4,1	25,0	68,7
Nace Extranjero	2,8	0,0	8,3	30,6	58,3
15 años	0,3	1,6	5,5	23,3	69,3
Varones	0,7	2,1	8,0	29,7	59,4
Mujeres	0,0	1,0	3,1	17,1	78,8
N. Social Alto	1,4	0,7	4,2	19,1	74,5
N. Social Medio	0,0	2,1	4,2	27,7	66,0
N.Social Bajo	0,0	1,1	6,4	24,5	67,9
Nace España	0,4	1,7	5,6	22,8	69,4
Nace Extranjero	0,0	0,0	5,1	25,4	69,5
35-44 años	1,2	2,0	7,4	23,6	65,8
Varones	1,2	3,7	14,3	34,4	46,3
Mujeres	1,1	0,8	2,5	16,1	79,3
N. Social Alto	0,9	0,0	1,8	18,2	79,1
N. Social Medio	0,0	2,8	8,3	21,3	67,6
N.Social Bajo	2,0	2,8	9,1	27,3	58,9
Nace España	1,4	2,0	7,7	24,0	64,9
Nace Extranjero	0,0	2,2	5,6	21,1	71,1
65-74 años	6,9	5,8	13,7	26,9	46,8
Varones	10,4	8,0	19,3	24,5	37,8
Mujeres	3,9	3,9	9,2	28,9	54,1
N. Social Alto	4,3	2,1	0,0	14,9	78,7
N. Social Medio	1,1	3,2	11,6	26,3	57,9
N.Social Bajo	6,9	3,3	12,8	30,3	46,7
Nace España	7,0	6,1	13,8	27,7	45,5
Nace Extranjero	4,5	0,0	13,6	9,1	72,5

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2015.

Nuevamente, el nivel social vuelve a ser la variable en la que las distancias entre hábitos son más amplias.

Así, por ejemplo, mientras que el 79,1% de los adultos jóvenes de nivel social elevado se cepilla los dientes más de una vez al día, el porcentaje de quienes lo hacen con esa frecuencia entre los de nivel social bajo es veinte puntos inferior (58,9%) y la misma distancia existe entre los adultos mayores. Sin embargo, las diferencias, aún existiendo, son menos acusadas entre los jóvenes de 12 y 15 años, entre los que la distancia en función del nivel social gira en torno a los 7 puntos porcentuales, lo que resultaría expresivo de que los esfuerzos preventivos por parte de la Administración están teniendo resultados evidentes.

Con respecto a la percepción que la población tiene de su salud oral cabe destacar que, evidentemente, la percepción de dolor o molestia dentaria y/o gingival es más elevada entre los adultos que entre los jóvenes (Tabla 16). Además, nuevamente el nivel social es una variable determinante al respecto: a mayor nivel social mejor percepción de la salud oral y, por lo tanto, las personas de niveles sociales más bajos expresan con mayor frecuencia dolores y molestias. Este patrón se repite en el mismo sentido cuando se trata de la expresión de las molestias dentales y/o gingivales para comer.

Tabla 16-A. Percepción de salud oral. Dolor/molestia por sexo, nivel social y país de nacimiento

	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastante frecuencia	Muy frecuente
12 años	86,2	3,9	7,8	2,0	0,0
Varones	87,1	3,9	7,2	1,8	0,0
Mujeres	85,4	3,9	8,4	2,3	0,0
N. Social Alto	90,3	2,1	7,6	0,0	0,0
N. Social Medio	84,3	5,0	7,9	2,9	0,0
N. Social Bajo	85,8	4,4	7,7	2,2	0,0
Nace España	86,1	3,8	7,9	2,2	0,0
Nace Extranjero	88,9	2,8	8,3	0,0	0,0
15 años	86,3	3,3	7,4	2,8	0,2
Varones	89,5	2,4	6,6	1,0	0,3
Mujeres	83,2	4,1	8,2	4,5	0,0
N. Social Alto	93,6	2,1	4,3	0,0	0,0
N. Social Medio	86,4	2,9	7,9	2,9	0,0
N. Social Bajo	83,0	3,8	9,1	3,8	0,4
Nace España	87,0	3,3	7,2	2,3	0,2
Nace Extranjero	79,7	3,4	10,2	6,8	0,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2015.

Tabla 16-B. Percepción de salud oral. Dolor/molestia por sexo, nivel social y país de nacimiento

	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastante frecuencia	Muy frecuente
35-44 años	71,4	7,2	13,9	5,7	1,8
Varones	69,5	10,7	12,8	5,8	1,2
Mujeres	72,7	4,8	14,6	5,6	2,3
N. Social Alto	76,6	6,3	10,8	4,5	1,8
N. Social Medio	73,4	10,1	11,0	5,5	0,0
N.Social Bajo	64,3	7,5	18,3	6,3	3,6
Nace España	73,5	7,7	12,6	4,7	1,4
Nace Extranjero	59,6	4,5	21,3	11,2	3,4
65-74 años	66,4	8,0	16,0	6,8	2,8
Varones	66,5	7,2	17,9	6,4	2,0
Mujeres	66,2	8,7	14,5	7,1	3,5
N. Social Alto	64,6	10,4	12,5	10,4	2,1
N. Social Medio	67,7	5,2	19,8	6,3	1,0
N.Social Bajo	66,3	7,5	15,8	6,5	3,9
Nace España	66,4	8,0	16,4	6,2	3,0
Nace Extranjero	63,6	4,5	9,1	22,7	0,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2015.

Por otra parte, y según el Libro Blanco de la Salud Bucodental (2015), el número de personas que manifiesta no presentar ningún tipo de enfermedad bucodental ha aumentado con respecto a los datos de la anterior encuesta (de un 48% en 2010 a un 53% en 2015). Sin embargo, el número medio de problemas que declaran quienes afirman tener algún problema de salud bucal ha aumentado ligeramente. Esto podría ser indicativo de una mejor salud bucodental en general, pero, al mismo tiempo, de una mayor concentración de los problemas en una parte menor de la población.

Entre los problemas de salud bucal declarados los más importantes son dientes sensibles, caries sin tratar y sangrado de encías.

Más allá de esas molestias, la salud oral también tiene repercusiones sobre la calidad de vida de las personas. En este sentido, el Libro Blanco 2015 señala que el 6% de la población se había sentido incómodo al reír o sonreír o el 2% había evitado entablar una conversación como consecuencia de la apariencia de sus dientes.

Finalmente, en relación con la cuestión de hasta qué punto todos esos problemas se traducen en una mayor frecuencia de visitas al dentista es complicado llegar a una conclusión clara porque no hay un patrón definido y, según el cual, el mayor nivel social dé lugar a mayores visitas (Tabla 17).

Tabla 17. Frecuencia de visita al dentista en el último año por sexo, nivel social y país de nacimiento

	Nunca	>12 meses	1 vez	2 veces	3 o más
12 años	0,0	28,3	38,4	14,5	18,8
Varones	0,0	29,9	43,2	12,2	14,7
Mujeres	0,0	26,9	34,2	16,6	22,4
N. Social Alto	0,0	23,6	38,2	12,5	25,7
N. Social Medio	0,0	25,0	42,1	13,6	19,3
N.Social Bajo	0,0	30,4	37,7	16,1	15,8
Nace España	0,0	27,8	37,9	14,5	19,9
Nace Extranjero	0,0	37,8	45,9	13,5	2,7
15 años	0,7	34,4	32,4	10,9	21,6
Varones	0,3	37,3	33,4	10,1	18,8
Mujeres	1,0	31,6	31,3	11,7	14,4
N. Social Alto	0,7	28,6	32,9	12,1	25,7
N. Social Medio	1,4	39,0	27,7	12,1	19,9
N.Social Bajo	0,4	34,7	35,1	10,6	19,2
Nace España	0,8	34,7	31,2	11,0	22,3
Nace Extranjero	0,0	33,9	42,4	8,5	15,3
35-44 años	0,3	50,4	29,5	10,6	9,2
Varones	0,4	57,1	26,1	6,9	9,4
Mujeres	0,3	45,7	31,8	13,1	9,1
N. Social Alto	0,0	51,4	29,4	8,3	11,0
N. Social Medio	0,0	50,5	29,4	11,0	9,2
N.Social Bajo	0,4	54,3	26,4	9,8	9,1
Nace España	0,4	48,2	30,2	11,3	9,9
Nace Extranjero	0,0	63,3	25,6	6,7	4,4
65-74 años	0,7	53,8	24,6	11,1	9,8
Varones	0,8	58,6	22,1	10,8	7,6
Mujeres	0,6	50,0	26,6	11,2	11,5
N. Social Alto	0,0	45,8	25,0	16,7	12,5
N. Social Medio	1,0	37,5	33,3	12,5	15,6
N.Social Bajo	1,1	55,6	22,4	12,3	8,7
Nace España	0,6	53,6	24,9	11,0	9,9
Nace Extranjero	4,5	54,5	22,7	9,1	9,1

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2015.

Sí que resulta evidente que las personas de nivel social elevado lo visitan con una mayor frecuencia temporal que las de nivel social bajo porque el porcentaje de adultos jóvenes y mayores que no visitaron al dentista en el último año es superior entre los de este segundo nivel.

Además, según el Libro Blanco sobre la Salud Bucodental (2015) también existe un patrón en relación con el tipo de motivos que justifican la visita en función de la edad: los mayores de 65 años acuden menos para realizar revisión o tartrectomía y más para implantes y prótesis. En este sentido, sería deseable revertir esta tendencia, mediante una política de incentivos y motivación directa, que potencie la prevención en lugar de la restauración.

En cualquier caso, los motivos de la última visita son, en porcentajes, los siguientes: 33% para revisión, 29% para tartrectomía, 15% para obturación, 8% por dolor y 5% para extracción.

Por el otro lado, también se le preguntó a los encuestados por los motivos para no haber acudido al dentista en los últimos dos años: el 58% alegó no haberlo hecho porque no presentó ningún problema bucodental; el 21% por problemas económicos; y el 15% no fue por miedo al dentista.

Además, profundizando en el problema económico, el 36% de los que alegaron haber tenido algún problema dental justificaron que no pudieron acudir al dentista por motivos económicos.

Por otra parte, en 2010, en plena crisis, el porcentaje de personas que no fue al dentista por motivos económicos fue del 23% lo que indicaría que existe una población que no acude al dentista por motivos económicos con independencia de la evolución del nivel económico general. De hecho, según expone el propio Libro Blanco, para 1 de cada 2 españoles, la crisis económica no tuvo ninguna influencia sobre el uso de los servicios dentales. Sin embargo, para el 29% de los encuestados, la crisis económica fue una razón muy importante para no ir al dentista.

Por lo tanto, podría plantearse que nos encontramos ante diferentes grupos poblacionales en función de su elasticidad renta (planteamiento que aventuramos simplemente como hipótesis porque desconocemos si hay estudios que lo confirmen) y que iría desde aquellas personas para las que los servicios odontológicos son un servicio de primera necesidad y presentarían una demanda muy inelástica hasta los que lo consideran un bien de lujo y, por lo tanto, su elasticidad sería muy elevada y solo acudirían si estuvieran cubiertos con algún tipo de prestación pública.

Finalmente, es evidente que el nivel de conciencia sobre la necesidad de visitar al dentista con periodicidad es relativamente elevado. Así según el Libro Blanco sobre la Salud Bucodental en España (2015), el 84% de la población encuestada creía que era necesario visitar al dentista al menos una vez al año (el porcentaje ha subido en 7 puntos desde 2010); dato que contrasta con un 14% de la población que pensaba que la visita sólo debe de hacerse ante la presencia de algún problema.

1.2

Conclusiones

La principal conclusión que puede extraerse del análisis anterior es ampliamente compartida en la escasa literatura existente al respecto. En efecto, la mayor parte de ella coincide en que, en España, si bien los resultados han ido mejorando a lo largo del tiempo, la concentración de la enfermedad -esencialmente, la caries- se produce en un tercio de la población (como pone de manifiesto el Índice de Restauración) y que, además, esa población pertenece a un estrato de renta muy concreto (nivel social bajo).

Además, hay un nivel de concentración de la enfermedad muy elevado entre los jóvenes: casi el 80% de las caries en los niños y niñas de 12 años se concentra en un 18% de la población.

En lo que respecta a la evolución de la caries en dentición temporal, se aprecia una clara mejoría a lo largo de los últimos años y la estabilización que se había producido en anteriores encuestas en torno al 37% disminuyó en casi 6 puntos, hasta el 31,5%, en la Encuesta de 2015. Por su parte, las necesidades de tratamiento por caries no atendidas sí que se mantienen a los mismos niveles que en Encuestas anteriores (en un 25%).

En dentición permanente infantil (niños y niñas de 12 años) sí que se aprecia una caída importante en ambas variables con respecto a la Encuesta de 2010. La presencia de caries ha caído desde el 45% en esa Encuesta hasta el 33,3% en la Encuesta

de 2015 y las necesidades de tratamiento por caries casi se han reducido a la mitad, desde el 25,5% en 2010 al 14,6% en 2015, síntoma evidente de los avances en materia de prevención y sensibilización.

También se han producido mejoras significativas entre la población adulta. Por un lado, el porcentaje de personas que pierden toda su dentadura, con las consecuencias que ello tiene en términos de salud y bienestar, se ha reducido en 6 puntos desde la anterior Encuesta (desde el 16,7% al 10,6%).

Además, las necesidades de tratamiento de caries no atendidas entre los adultos jóvenes también se han reducido en casi 15 puntos (desde el 56,5% en 2010 al 40,7% en 2015).

Lo que no se altera es la desigualdad vinculada al género y el nivel socioeconómico: las mujeres y las personas de nivel social elevado presentan menores niveles de caries y menores necesidad de tratamiento.

Existe, por lo tanto, una desigualdad socioeconómica en la prevalencia y necesidad de tratamiento de la enfermedad que necesitaría ser corregida a través de políticas que mejoraran las condiciones de acceso, continuidad de los tratamientos y financiación de los mismos.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

El sistema público de atención bucodental en España

2

El diagnóstico sobre el sistema público de atención bucodental en España es compartido por la mayor parte de la profesión. Básicamente, ese diagnóstico puede resumirse en que “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”⁵.

En efecto, a pesar del reconocimiento generalizado a la calidad y eficiencia del sistema sanitario público, la odontología y, con ella, la atención bucodental sigue siendo un área por desarrollar dentro de la misma. Y, si bien existe consenso acerca de dicha necesidad, su concreción no termina de producirse aduciéndose habitualmente argumentos de naturaleza económica para evitar acometer una ampliación de la cartera de prestaciones públicas en materia bucodental que equipare el Sistema Nacional de Salud español al de las economías europeas más avanzadas.

Por otra parte, esta carencia contrasta con la importancia que tiene, en términos de salud, el cuidado bucodental. La OMS reconoce que la caries dental es la enfermedad más prevalente del mundo y se estima que, en todo el mundo, hay más de 2.300 millones de personas que padecen caries en dientes permanentes y que más de 530 millones de niños sufren caries en dientes temporales. Y a ello hay que agregar el resto de las enfermedades bucodentales asociadas y con las que las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo⁶.

5-Llena Puy et alli (2018): “La atención bucodental en comunidades autónomas con modelos público o mixto en España”. RCOE, vol.23, n.1.

6- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

Frente a esta realidad, el tratamiento de la caries no se encuentra cubierto por el Sistema Nacional de Salud español más que para niños, niñas y jóvenes de forma parcial y muy asimétrica a nivel territorial; mientras que los adultos solo tienen derecho a tratamiento paliativo y no reparador.

La conclusión que ya puede anticiparse es que el sistema público de atención bucodental en España está claramente por desarrollar y, como algún autor ha señalado, su propia consideración como sistema asistencial es muy cuestionable⁷.

Así, es cuestionable la falta de planificación y gestión centralizada de los recursos a través de un responsable último del nivel asistencial en todo el país; la carencia de programas de evaluación de la eficiencia de esos recursos derivada, entre otras razones, de la falta de publicidad de sus acciones y resultados; y la pluralidad de programas de salud oral a lo largo de todo el territorio y según criterios propios de cada Comunidad Autónoma, lo que se traduce en fuertes niveles de desigualdad territorial en términos de prestaciones y, en consecuencia, también de salud bucodental de la población.

Todas estas cuestiones serán abordadas a continuación.

7-Martinicorena (2014).

2.1

Orígenes y bases normativas del sistema de atención bucodental público.

El recorrido de la atención bucodental pública en España tiene una cronología relativamente reciente en el tiempo.

- Hasta inicios de los años 80, la atención bucodental pública se restringía al tratamiento médico de los procesos agudos, a las exodoncias, al diagnóstico y al tratamiento médico y quirúrgico de la patología de las mucosas, de los maxilares, de la articulación témporo-mandibular y de las glándulas salivales.
- A partir de inicios de los años 80 se iniciaron programas de enjuagues fluorados y educación sanitaria en el ámbito escolar. También en esa época se crearon las unidades de Odontología de Atención Primaria de Salud.
- A partir de 1990 comienzan las prestaciones de odontología restauradora para la población infantil y juvenil con iniciativas de diferente naturaleza y desarrollo en función de las comunidades autónomas en las que se aplicaban, siendo pioneros los Programas de Asistencia Dental Infantil (PADI) del País Vasco y Navarra.
- Por fin, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, estableció una cartera de servicios comunes para todo el Sistema Nacional de Salud, incluida la atención a la salud bucodental (Cuadro 1).

Atención a la salud bucodental

Cuadro 1.

Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención a la salud bucodental.

La atención bucodental en atención primaria tiene el siguiente contenido:

- Información, educación para la salud y, en su caso, adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental.
- Tratamiento de procesos agudos odontológicos.
- Exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas.
- Medidas preventivas y asistenciales para la población infantil de acuerdo con los programas establecidos por las administraciones sanitarias competentes: aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellados de fisuras u otras.
- Se consideran excluidos de la atención bucodental básica los siguientes tratamientos:
 - Tratamiento reparador de la dentición temporal.
 - Tratamientos ortodóncicos.
 - Exodoncias de piezas sanas.
 - Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.
 - Implantes dentarios.
 - Realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones contempladas como financiables por el Sistema Nacional de Salud en esta norma.
- En el caso de personas con discapacidad que, a causa de su deficiencia, no son capaces de mantener, sin ayuda de tratamientos sedativos, el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, para facilitarles los anteriores servicios serán remitidas a aquellos ámbitos asistenciales donde se les pueda garantizar su correcta realización.

Como puede apreciarse en el Cuadro 1, el contenido de la cartera básica se centra en la atención diferencial para dos colectivos considerados como vulnerables, la población infantil y las mujeres embarazadas y se añaden criterios de atención específica para personas dependientes.

Para la población infantil se establece una cartera básica de naturaleza preventiva y conservadora sobre la dentición permanente, excluyéndose esos mismos tratamientos cuando se trata de la dentición temporal.

Por su parte, para las mujeres embarazadas la cobertura es de naturaleza preventiva porque ha quedado demostrado que las intervenciones preventivas durante el embarazo son esenciales para comenzar a tratar aspectos de educación sanitaria que tienen repercusiones sobre el riesgo de caries en la dentición primaria; lo que, a su vez, se convierten en el principal factor de riesgo de caries en la dentición permanente. Para el resto de la población adulta la cobertura solo alcanza al tratamiento de procesos odontológicos agudos y las exodoncias de dientes dañados y, por lo tanto, su financiamiento y provisión se realiza de forma privada.

- Posteriormente, el Real Decreto 111/2008, de 1 de febrero, estableció un régimen de subvenciones para las Comunidades Autónomas 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. Dicho Plan se iniciaría sobre los grupos de población de 7 y 8 años para, en la medida de lo posible, extenderse a lo largo del tiempo a los grupos de edades subsiguientes, hasta llegar a las edades de 14 y 15 años con la intención de equiparar las prestaciones para los niños y niñas de toda España con independencia de la Comunidad en la que residieran.

Sin embargo, la crisis de 2008 provocó medidas de control del gasto sanitario en la mayor parte de sus capítulos, incluidos los planes de salud bucodental infantil, suprimiéndose la partida presupuestaria del año 2012 para el referido Plan y sin que se hayan desarrollado iniciativas al respecto desde entonces.

- En cualquier caso, y dados que las competencias en materia de sanidad son autonómicas, algunas Comunidades Autónomas han desarrollado normativa propia al respecto desde que asumieron sus competencias. Tal es el caso de:

Andalucía

La asistencia dental se presta bajo el modelo PADI implantado en el año 2002 (Decreto 281/2001, de 20 de diciembre, de la Comunidad Autónoma de Andalucía y Orden de 26 de diciembre de 2007). Esta normativa se actualizó en 2019 a través del Decreto 521/2019, de 23 de julio, por el que se regula la prestación de la asistencia dental a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía y que establece las nuevas bases del sistema⁸.

Aragón

En esta Comunidad fue la Orden de 28 de marzo de 2005 del Departamento de Salud y Consumo reguló la prestación de la atención sanitaria bucodental de la población infantil y juvenil de la Comunidad Autónoma de Aragón, incluyendo dicha prestación desde los 6 hasta los 16 años.

Posteriormente, con la llegada de los recortes como consecuencia de la crisis, se aprobó la Orden de 21 de diciembre de 2012, de la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se actualizaba la cartera de servicios sanitarios del Sistema Aragonés de Salud en materia de atención bucodental a la población infantil y juvenil de la Comunidad Autónoma de Aragón y se modificó la edad de cobertura, que pasó a ser desde los 6 hasta los 13 años, excepto para los niños discapacitados, que continuó siendo hasta los 16 años. Esta Orden sigue vigente en la actualidad⁹.

Principado de Asturias

No existe normativa específica y la asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público que se inició en 1997 y que se revisó en 2010, incorporándose tratamientos complejos como endodoncia, apicoformación, traumatismos y malformaciones y aprobándose una Guía para la Atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria de Asturias protocolizando todas las actuaciones¹⁰.

Baleares

La asistencia dental se presta a través de un modelo PADI implantado en el año 2005 (Decreto 87/2005 de 29 de julio de la Consejería de Salud y Consumo de Illes Balears). Posteriormente, en 2016, se revisó la normativa y se regularon las prestaciones en materia de salud bucodental de los niños de 6 a 15 años de las Islas Baleares. Su contenido está descrito íntegramente en el Decreto 55/2016, de 16 de septiembre, publicado en el BOIB 118/2016, de 17 de septiembre¹¹.

Canarias

Como en el caso de Baleares, la asistencia se presta bajo un programa PADI (Programa de Salud Oral en Atención Primaria) iniciado en 2009 y que se actualizó posteriormente complementándose con un programa específico para atención infantil denominado PADICAN (Programa de Atención Dental Infantil de Canarias)¹².

8- Puede consultarse aquí:

<https://www.juntadeandalucia.es/boja/2019/145/3>

9- Disponible aquí:

https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/264403/Actualizacion_servicios_PADIJ.pdf/15bf501b-1128-4947-9190-4ced1e7d8626

10- La Guía puede consultarse aquí:

https://www.astursalud.es/documents/31867/0/LIBRO_BUCODENTAL.pdf/bf4dbf20-6fd0-69c5-f17e-ae0573d1b4f0

11- Más información puede encontrarse aquí:

<https://www.ibsalut.es/apmallorca/es/ap-mallorca/unidades-de-apoyo/salud-bucodental/padi>

12- Más información puede encontrarse aquí

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=f2b51416-d126-11df-a380-a19cf0dfff4f6&idCarpeta=0428f5bb-8968-11dd-b7e9-158e12a49309>

Cantabria

Las prestaciones se realizan bajo un modelo exclusivamente público, lo que significa que las prestaciones son las amparadas por el RD 1030/2006 de la cartera básica a nivel estatal, si bien Cantabria ya disponía de normativa específica para las prestaciones de ortodoncia con anterioridad, desde octubre de 2001, al amparo de una Orden de 3 de octubre de 2001 de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria¹³.

Castilla - La Mancha

La asistencia dental se presta bajo un modelo mixto público-privado sobre la base de reintegro desde el año 2005 (regulado por el Decreto 273/2004, de 9 de noviembre, de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha). Éste se ha ido revisando en sucesivos años, aumentando las prestaciones para las personas con discapacidad y ampliando la edad de los niños y jóvenes beneficiarios de los programas, así como su cobertura¹⁴.

Castilla y León

También la prestación se realiza bajo un programa público/privado, pero de naturaleza concertada a precio tasado, desde el año 2004 y regulado por normativa propia desde 2003 (Decreto 142/2003 de 16 de diciembre) en donde se recogen los tratamientos especiales que serían prestadas por dentistas privados¹⁵.

Cataluña

La asistencia dental se prestaba bajo un modelo exclusivamente público y sin legislación específica propia, por lo que se encontraba regulado por el régimen común establecido en el RD 1030/2006. Sin embargo, el pasado 15 de septiembre de 2020, la Comissió de Salut del Parlament de Catalunya aprobó la Ley para la atención pública de la salud bucodental y la creación del Programa de atención dental infantil en Cataluña, con la finalidad de equiparar la asistencia bucodental en esa Comunidad Autónoma a la del resto del país¹⁶.

En este sentido, la Ley aspira a convertir la prevención de las enfermedades bucodentales y la asistencia a la salud bucodental en una política activa e integral promovida desde los servicios públicos con carácter universal, equitativa y gratuita (art. 4.1). Y, a esos efectos, comienza por priorizar la atención bucodental para los menores de catorce años y para los colectivos vulnerables definidos estos últimos esencialmente en términos socioeconómicos (art. 7).

Extremadura

Desde el año 2005 la asistencia dental se presta bajo un modelo PADI denominado PADIEx y regulado por el Decreto 195/2004, de 29 de diciembre de la Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura. Posteriormente, en 2019 se procedió a realizar una modificación de dicho Decreto para incorporar nuevas prestaciones hasta ese momento exentas en el PADI anterior a través del Decreto 11/2019, de 25 de febrero¹⁷.

13- La información disponible al respecto puede localizarse aquí: <http://saludcantabria.es/index.php/plan-de-salud-bucodental>

14- La información disponible puede consultarse aquí: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/tramitesyprestaciones/salud-bucodental>

15- El Portal de acceso a la información disponible (que es muy escasa) es el siguiente: <https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-infantil/salud-escuela/cuida-dientes>

16- La Ley puede consultarse aquí: <https://www.parlament.cat/document/bopc/123562559.pdf#page=7>

17- La información disponible sobre el programa, incluidos los Decretos, puede consultarse aquí: <https://saludextremadura.ses.es/ventanafamilia/contenido?content=padiex>

Galicia

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público y, por lo tanto, acogido al RD 1030/2006. Existe una Guía Técnica del Programa de Atención Bucodental en Salud Primaria en el que quedan detalladas las prestaciones y población susceptible de ser atendida¹⁸.

Madrid

En el caso de Madrid el modelo también es exclusivamente público si bien existen prestaciones ampliadas al amparo del Decreto 1464/2009, de 18 de septiembre¹⁹.

Murcia

En este caso la asistencia dental se realiza a través de un PADI modificado que se implementó en 2003 según Orden del 27 de diciembre de 2002 y se amplió con la Orden de 13 de julio de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo. Sin embargo, con la crisis económica comenzaron a producirse recortes en el programa, tanto en términos de población como de cobertura (Orden de 6 de julio de 2012)²⁰.

Comunidad Foral de Navarra

Fue, junto al del País Vasco, uno de los primeros PADIs en ser implementados. Se creó en 1991 con el Decreto Foral 58/1991, de 7 de febrero del Departamento de Salud. Posteriormente se amplió la cobertura hasta los 18 años con el Decreto Foral 69/2003, de 7 abril; si bien en 2012 con los recortes como consecuencia de la crisis volvió a reducir la cobertura hasta los 15 años (Decreto Foral 249/2011, de 28 de diciembre)²¹.

La Rioja

La asistencia dental se presta a través de un programa exclusivamente público y, por lo tanto, regulado por el RD 1030/2006. Apenas existe información pública al respecto.

Comunidad Valenciana

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público desde 2008 y, por tanto, sus prestaciones quedan al amparo del RD 1030/2006 de ámbito estatal. Además, cuenta con un programa de promoción de la salud bucodental a través de revisiones escolares²².

País Vasco

Fue el programa PADI pionero y a partir del mismo y del de la Comunidad Foral de Navarra se desarrolló el resto. Se implantó en 1990 a través del Decreto 118/1990, de 24 de abril del Departamento de Sanidad y Consumo. Es uno de los programas más avanzados en cuanto a información disponible y publica anualmente las memorias del mismo²³.

18- La Guía Técnica puede consultarse aquí: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/892/guiatecnica_saudebucodental.pdf

19- La información disponible, incluida la cartera de servicios, puede consultarse aquí: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/atencion-salud-bucodental>

20- La información disponible sobre el programa puede consultarse aquí: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=28618#>

21- La información disponible sobre el programa puede consultarse aquí: [http://www.navarra.es/home_es/servicios/ficha/2197/Programa-de-Atencion-Dental-Infantil-y-Juvenil-\(PADI\)](http://www.navarra.es/home_es/servicios/ficha/2197/Programa-de-Atencion-Dental-Infantil-y-Juvenil-(PADI))

22- El Programa de Salud Bucodental Infantil puede encontrarse aquí: http://www.ceice.gva.es/documents/162783553/162784602/manual_PSB_2013.pdf/408fea55-ab6a-4ef9-9b50-553b33d5e99f y la información sobre el conjunto de las prestaciones en materia bucodental puede encontrarse aquí: <http://www.sp.san.gva.es/sscc/progSalud.jsp?CodProg=PS07&Opcion=SANMS1147&MenuSup=SANMS11.html>

23- Toda la información al respecto puede encontrarse aquí: <https://www.euskadi.eus/informacion/programa-asistencia-dental-infantil/web01-a3infan/es/>

2.2

Tipología de programas de atención bucodental

La descentralización del Estado, con la consiguiente transferencia de las competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas, fue la base desde la que se promovió el aseguramiento, la provisión y el financiamiento de asistencia dental básica para niños y adolescentes.

Hasta ese momento, la ausencia de cobertura pública para la asistencia dental convivía con unos elevados niveles de caries entre los niños y adolescentes, especialmente entre aquellos que no podían sufragar tratamientos privados. Unos tratamientos privados que, por otra parte, estaban encuadrados en una lógica mayoritariamente reparadora y no en dinámicas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Y ello a pesar de que en los países más avanzados estaba demostrado que el tratamiento de las enfermedades bucodentales era económicamente viable a través de un sistema de atención dental infantil que estuviera orientado a la prevención y a los

tratamientos reparadores durante la infancia y la primera parte de la adolescencia como paso previo para ir mejorando progresivamente la salud bucodental general.

Sobre esa base comenzaron a implementarse programas de atención bucodental en España por parte de algunas Comunidades Autónomas que dan como resultado último la inexistencia de un sistema único e integrado y la convivencia de una diversidad de programas, más o menos similares entre algunas Comunidades Autónomas aunque con diferencias significativas en términos de cobertura, forma de prestación, intensidad y, cuando hay información para su valoración, también en términos de resultados.

Esta realidad fue reconocida por el propio Ministerio de Sanidad y Política Social cuando en 2008, y con motivo de la propuesta ya referida del Plan de Salud Bucodental Infantil, señalaba²⁴:

“

En España, la salud bucodental infantil tiene una cobertura mejorable y sobre todo, tiene una oferta desigual entre territorios a pesar de los avances y esfuerzos realizados por los diferentes servicios de salud de las Comunidades Autónomas; ello se traduce en desigualdades en los niveles de salud bucodental infantil.

Algunas Comunidades han desarrollado programas específicos orientados a mejorar la situación y mediante la aplicación de los mismos, se está consiguiendo incrementar la cobertura de los servicios de salud bucodental en la población infantil, lo cual se está traduciendo en mejoras de los indicadores de salud dental.

De hecho, la incorporación de estos servicios de atención a la salud bucodental a la población infantil, ha demostrado un importante aumento del número de niños libres de caries, uno de los objetivos esenciales de programas en salud de este tipo.”

24- https://www.mscbs.gob.es/campanas/campanas08/bucoDental/objetivos_de_salud_bucodental.html

Además, ese objetivo confronta con la existencia de tres tipos de programas diferentes de prestaciones en España tal y como se recoge en el siguiente mapa en el que se detalla el tipo de programa que sigue cada Comunidad Autónoma.

Map of Spain showing the distribution of water supply models by region. The map uses three colors: dark blue for 'Modelo Público', light blue for 'Modelo Mixto', and white for 'Modelo PADI'. The legend is located at the bottom right of the map.

Modelo	Regiones
Modelo Público	Galicia, Asturias, Cantabria, País Vasco, Cataluña, Aragón, Valencia, Murcia, Islas Baleares, Islas Canarias
Modelo Mixto	Castilla y León, Castilla-La Mancha, Aragón, Murcia
Modelo PADI	Madrid, Castilla-La Mancha, Murcia, Islas Baleares, Islas Canarias

A continuación, se detallará el contenido de cada uno de esos programas y sus rasgos esenciales.

2.2.1. Hábitos y percepciones sobre la salud bucodental.

El sistema de atención dental PADI comenzó a principios de los noventa en las Comunidades Autónomas de País Vasco (1990) y Comunidad Foral de Navarra (1991) en el marco de una estrategia de política sanitaria en materia bucodental que estaba marcada por un programa asistencial de salud pública y por el inicio del proceso de concertación con el sector privado.

La apuesta estratégica se sustentaba en el refuerzo de la colaboración público-privada a través del establecimiento de directrices y protocolos preventivos y la incorporación de un sistema de capitación para la remuneración de las prestaciones desarrolladas desde el sector concertado.

Este esquema posteriormente fue adoptado por otras Comunidades, hasta llegar a las ocho actuales que lo tienen en vigor: Andalucía (2002); Murcia (2003); Aragón, Baleares y Extremadura (2005) y Canarias (2009).

El proceso de implantación fue diferente en cada Comunidad Autónoma si bien el patrón fue similar, aplicándose un sistema incremental desde la primera cohorte -la de los 6 años, salvo en País Vasco, que se inició a los 7 años- e incrementándose cada año en una cohorte hasta llegar a la última cohorte cubierta, la de los 15 años.

Las ventajas que presenta este programa allí donde lleva implementado desde hace más tiempo y, por lo tanto, ha podido ser ajustado a los objetivos pretendidos -es decir, en el País Vasco- son:

El PADI es, por lo tanto, un programa de atención bucodental a niños y adolescentes ya consolidado y sustentado sobre algunos elementos básicos comunes en a todas las Comunidades Autónomas en las que se encuentra implementado:

- La financiación es pública.
 - La provisión es mixta y se realiza por centros públicos y por centros privados concertados.
 - La elección del dentista, entre público y privada, es libre y a demanda.
 - Los protocolos clínicos están enfocados a la salud bucodental y la prevención más que al tratamiento.
 - Las prestaciones son las mismas con independencia de la red asistencial.
 - El pago al sector privado se realiza por capitación para la atención general y por tarifa pactada para la atención especial (concretamente la atención por traumatismos y malformaciones). Ese pago puede ser realizado tanto directamente a los dentistas concertados como a través de los Colegios Profesionales.
-
- Su alineamiento con los objetivos estratégicos de la política de salud del Gobierno Vasco.
 - Su adecuación técnica a las condiciones de su comunidad.
 - Su amplia red asistencial.
 - La eliminación de barreras económicas de acceso.
 - Su exactitud presupuestaria.
 - Su repercusión positiva sobre la mejora de la salud bucodental.
 - Su impulso de la equidad de la población.

Además, la tasa de utilización del sistema es muy elevada, como puede comprobarse a partir de los datos aportados por las Comunidades que los ofrecen públicamente (País Vasco y Navarra).

A ello contribuye la extensa red asistencial que se configura a partir de la participación de las clínicas concertadas en el sistema. De hecho, la mayor parte del peso de la asistencia odontológica de los PADI recae sobre el sector privado concertado.

En este sentido, la colaboración público-privada ha resultado ser una de las principales virtudes del modelo porque ha facilitado que la población cubierta disponga de un servicio de atención dental accesible en términos de implantación geográfica, cercanía física y amplitud de horarios²⁵.

De hecho, tal y como explica, Simón Salazar (2014), la opción por el establecimiento de un sistema de concertación con el sector privado se realizó desde la toma de conciencia de que el incremento en el volumen de unidades asistenciales con dedicación exclusiva a la aplicación del programa PADI para atender las necesidades dentales preventivas y reparadoras a todos los niños y niñas de entre 7 y 15 años del País Vasco serían muy elevadas²⁶.

En consecuencia, y tras valorar diferentes opciones, se optó por la creación de algunas nuevas unidades asistenciales públicas conjugadas con la participación de aquellos profesionales del sector privado que desearan concertar dicha asistencia en el marco del nuevo programa.

En la visión de los decisores políticos se consideraba que la implementación del programa de asistencia mediante un mecanismo de concierto entre el sector público y el sector privado mejoraría la aceptabilidad y accesibilidad a dicho programa e iría en beneficio mutuo.

De un lado, porque el sector privado podría incorporar a su cartera de servicios nuevas prestaciones financiadas a precio tasado, desde el sector público. Y, por otro lado, porque las autoridades sanitarias podrían promover un enfoque preventivo y de promoción de la salud entre los profesionales privados.

La visión de los creadores del sistema se demostró correcta y ha redundado en un elevado nivel de utilización del programa que, además, se ha visto reforzado por la forma en la que se instrumenta la prestación: la oferta asistencial llega anualmente en forma de talón dental personalizado (“voucher”) al domicilio del niño o niña para que pueda pagar con él los honorarios profesionales. El objetivo de ese envío es triple, según explica Simón Salazar, porque “recuerda a las familias la necesidad de asistencia dental periódica y adecuada de su hijo, oferta un amplio cuadro facultativo público/privado de dentistas y elimina la barrera económica en el acceso a la asistencia asegurada. Además, posibilita a cada familia la libre elección anual de dentista del PADI para su hijo según su propio criterio de aceptabilidad y satisfacción”.

Además, estas elevadas tasas de utilización son expresivas de la contribución del sistema al refuerzo de la equidad paliando tanto las desigualdades de acceso que se producen en el entorno rural con respecto al urbano como en términos de diferentes niveles socioeconómicos.

En cualquier caso, uno de los elementos centrales de su éxito, dado de que su provisión depende de un sistema de concertación con el sector privado, es el apoyo político al programa y las acciones de apoyo y promoción de éste entre la población.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que el sistema se fundamenta sobre un sistema de pago capitativo. Este sistema tiene las ventajas de que contribuye a ayudar a la previsibilidad del gasto, facilita que el presupuesto pueda cerrarse anticipadamente sin grandes desviaciones; y refuerza el enfoque preventivo y desincentiva el sobretratamiento. Sin embargo, también puede desincentivar la incorporación de las clínicas privada a la prestación de servicios concertados, si bien ese no ha sido el caso y la implicación del sector privado ha sido muy elevada.

25- Cortés Martinicorena (2016).

26- En Cortés Martinicorena et al. (2014): “Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013”. RCOE 2014;19(Supl. 1):12-42

Entre las debilidades del sistema se encuentra la falta en algunas de ellas de una Unidad Específica de Gestión (UEG) que esté dirigida por un profesional de la odontología y que está contrastado que es la manera más eficiente de gestionar con éxito un área tan concreta como la odontológica. De hecho, las Comunidades que sí que cuentan con esas unidades (Baleares, Extremadura, Navarra y País Vasco) son las que presentan mejores resultados en términos de unas mayores tasas de utilización del sistema y una mayor cantidad de información disponible para evaluar los recursos.

A esta deficiencia se le une otra derivada de la anterior y es la dificultad para conocer el coste real de la atención a partir de los tres parámetros de coste esenciales para estimar el coste real: el coste de la asistencia pública, el de la concertada y el coste de la gestión.

Para identificar y estimar adecuadamente esos costes es condición necesaria que la gestión se realice desde una Unidad Específica de Gestión y desde ahí se tomen las decisiones de política sanitaria basándose sobre análisis de coste-eficiencia.

En cualquier caso, las diferencias entre las Comunidades Autónomas que han aplicado el programa son muy amplias y se incrementaron como consecuencia de la crisis económica y la reducción del presupuesto sanitario durante aquellos años. Esas diferencias abarcan todos los ámbitos del propio programa: edades de cobertura, prestaciones cubiertas, sistema de pago por capitación y honorarios, elección libre o no de profesionales, tratamientos asignados a la red pública y a la privada, gestión del programa, etc.

El largo recorrido de estos programas, que comenzó en algunas Comunidades Autónomas en la década de los noventa del siglo pasado, permite realizar una evaluación general del mismo y destacar algunos elementos dignos de ser reseñados²⁷:

■ La colaboración-público privada en el PADI ha sido esencial para extender la asistencia dental a los niños. La razón es que ha dotado al sistema de un amplio cuadro facultativo que en las Comunidades Autónomas con mayor desarrollo del modelo incluye a la mayoría de las consultas dentales. Además, la accesibilidad y aceptabilidad al programa es óptima porque las familias disponen de libertad de elección del profesional para sus hijos: pueden acudir al dentista privado habitual de la familia o a un profesional de un centro de salud del sector público. El resultado es claramente positivo en las Comunidades que utilizan ese sistema: dos de cada tres niños utilizan anualmente el PADI y el 90% acuden al programa en las edades de cobertura.

- Los protocolos de asistencia dental a los niños en el PADI han generalizado el uso de procedimientos preventivos como los selladores de fisuras. Su incorporación en la práctica diaria del sector privado está logrando el cambio de paradigma asistencial, imponiendo los procedimientos preventivos sobre los reparadores también en el ámbito privado.
- El sistema de pago de la asistencia concertada para el PADI se ha mostrado efectivo para cumplir sus dos objetivos: favorecer una asistencia adecuada orientada a la salud y elaborar cada año el presupuesto del PADI con la exactitud requerida. Ambos objetivos redundan en garantizar la sostenibilidad económica del programa en el tiempo, facilitando el contraste entre resultados en términos de salud y costes del programa.

27- Salazar Simón (2014).

- Los resultados de salud obtenidos en las CCAA con mayor desarrollo del PADI (País Vasco, Comunidad Foral de Navarra y Baleares, esencialmente) muestran indicadores de salud dental infantil equiparables a los mejores publicados a nivel internacional. Sus índices de restauración están en niveles de los países más avanzados y el gradiente diferencial entre clases sociales en salud y atención recibida se ha reducido notablemente, lo que redundará claramente en una reducción de la desigualdad entre territorios (urbano y rural) y niveles sociales.
- La financiación mayoritariamente pública de la asistencia dental infantil y juvenil reduce el esfuerzo presupuestario que tienen que realizar las familias para atenderla, cuestión que se ha demostrado singularmente relevante para el caso de las familias de los niveles sociales más bajos lo que convierte a este programa en un importante vector de reducción de las desigualdades.
- La revisión y el tratamiento de amplios sectores de la población da lugar a que la prevalencia de la enfermedad se concentre en determinados grupos de riesgo que, con la tecnología disponible actualmente, serían fácilmente estratificables e identificables con la finalidad de realizar campañas específicas sobre los mismos y mejorar su salud bucodental.

2.2.2. Programas públicos

En este tipo de programa el conjunto de la atención se realiza desde el sistema público a través de dentistas e higienistas contratados por la Administración. Ese personal es el que realiza todas las prestaciones previstas en la cartera de servicios de la Comunidad Autónoma, trabajando en centros públicos, en la mayoría de los casos son centros de salud de la Red de Atención Primaria o centros de referencia públicos a los que se remite a los pacientes para tratamientos específicos.

Este tipo de programa está implantado en La Rioja, Comunidad Valenciana, Madrid, Cataluña, Galicia, Asturias, Cantabria, Ceuta y Melilla y en todos ellos mantiene la base común del RD 1030/2006 de Cartera de Servicios Común del Sistema Nacional de Salud, si bien en algunas de esas Comunidades Autónomas han desarrollado legislación propia para darle mayor cobertura y concreción a las prestaciones, lo que abunda en la desigualdad del sistema de salud bucodental en España, como ya se recogió más arriba.

En algunas Comunidades Autónomas se trata de una atención a demanda, aunque en la mayoría existe un programa de salud bucodental protocolizado y que se basa en la realización de revisiones escolares para, a partir de ahí, derivar al dentista público a los pacientes que cumplen criterios de riesgo de enfermedad o con necesidades de tratamiento concretas.

La ventaja del tratamiento a demanda realizado a través de la red de Atención Primaria deriva de su amplio nivel de implantación territorial y de la integración de la salud oral en el marco de las políticas de promoción de la salud y de la asistencia en caso de enfermedad. Como señala, Blanco González (2014), “este principio de integración, propio de la Atención Primaria, ofrece un sistema accesible de recursos que considera a la salud oral como una parte más de los objetivos de salud, lo que favorecerá abordar de manera más amplia el trabajo con los determinantes de salud de esa población”²⁸.

²⁸- En Cortés Martinicorena et al. (2014): “Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013”. RCOE, vol. 19, Supl. 1.

Además, el centro de salud constituye el principal espacio sanitario al que acude la población de menos recursos y que, por lo tanto, sufre unos mayores niveles de exclusión, también en su dimensión sanitaria. Desde ese punto de vista, constituye un ámbito de interés para desarrollar estrategias integrales de salud y, más concretamente, de sensibilización y cuidado de la salud oral.

Por otra parte, la existencia de una cartera común no ha impedido una fuerte dispersión en términos de prestaciones ofertadas y población cubierta en cada Comunidad.

2.2.3. Programas públicos

En algunas Comunidades Autónomas el modelo público se transformó en un modelo mixto como consecuencia de la derivación de parte de los tratamientos más complejos (como pulpares o traumatismos) hacia el sector privado. De esta forma, en estos programas una parte de la atención se realiza a través de provisión pública y otra a través de provisión privada con financiación pública.

Igualmente, y a pesar de la carencia de información al respecto, se considera que son programas de alta eficiencia en términos de los recursos empleados y de los resultados obtenidos, habida cuenta de que tanto los profesionales como el equipamiento se utilizan para atender al conjunto de la población objetivo (no sólo infantil y juvenil sino también embarazadas y personas con discapacidad) y a las actividades de promoción de la salud bucodental más allá del centro sanitario.

Esto implica que se realiza una distinción entre:

- Las prestaciones básicas, entre las que se incluyen la prevención y las restauraciones dentales sencillas, y que son realizadas por el sistema público.
- Las prestaciones especiales (como endodoncias, traumatismos y malformaciones) que se llevan a cabo por dentistas privados, tras su derivación por parte del dentista del sistema público mediante un documento específico de derivación y, posteriormente, el dentista público recibe un informe del tratamiento que se le ha realizado y le da continuidad al tratamiento.

Además, en las prestaciones que realiza el sector privado se distinguen las que son a precio tasado de las que lo son a precio libre. Este sistema está en vigor en Castilla y León y Castilla-La Mancha, pero entre ambos hay diferencias muy significativas que los convierten prácticamente en modelos diferentes.

Así, en Castilla y León el programa mantiene un concierto con el sector privado y tarifas pactadas. Esto se traduce en que existe un listado de dentistas habilitados para proveer determinados tratamientos especiales a instancia y bajo prescripción del dentista público. Se trata, además, de un sistema a demanda y que utiliza las revisiones escolares

para la captación de la población necesitada de atención.

Mientras que, por su parte, en Castilla-La Mancha el dentista público deriva a los dentistas privados la realización de los tratamientos especiales; el paciente anticipa el pago del tratamiento y éste se le reintegra posteriormente al usuario. No existe, por tanto, concierto con el sector privado sino libre elección por parte del paciente.

La amplia coincidencia entre los programas mixtos y los públicos se pone de manifiesto tanto en su enfoque como en sus carencias.

Así, en ambos sistemas las actividades

preventivas y las restauradoras se llevan a cabo con diferente grado de cobertura y a diferentes cohortes etarias. Por ejemplo, en algunas Comunidades se ofrecen prestaciones preventivas ya desde el nacimiento, a demanda o por derivación a través de las unidades de pediatría y a partir de los 6 años la cobertura también se extiende a las prestaciones restauradoras en dentición permanente. Sin embargo, esto contrasta con la situación de otras Comunidades Autónomas en donde los niños menores de 6 años no tienen ningún tipo de atención odontológica, salvo el tratamiento de procesos agudos. En todo caso, los procedimientos restauradores suelen cubrir a los niños entre 6 y 14 años también en la mayoría de las Comunidades Autónomas.

2.2.4. Conclusiones

La cobertura de los tratamientos bucodentales se realiza en España a través de una diversidad de programas de provisión y servicios. Algunos de ellos se desarrollaron antes de la aparición de la normativa estatal que estableciera una cartera básica de servicios comunes para todo el país, como fue el RD 1030/2006 aún en vigor y que no ha tenido desarrollo posterior a pesar de los intentos que llegaron a plantearse y que no vieron la luz como consecuencia de los recortes en materia sanitaria asociado a la crisis económica.

Esos primeros programas de atención bucodental nacieron a partir de conciertos con el sector privado y mecanismos de pago por capitación que se conjugaban con una red asistencial pública. Son los denominados PADI y son los que muestran un mayor nivel de similitud entre sí en términos de población cubierta y coberturas, si bien hay diferencias en términos de desarrollo y consolidación de los mismos.

Otras Comunidades Autónomas optaron por un sistema público, desarrollado sobre la base del RD 1030/2006 y sin concierto con el sector privado. Entre estas Comunidades Autónomas existen importantes diferencias en términos de los programas y, por lo tanto, también en términos de poblaciones, coberturas y grado de implantación.

Finalmente, un par de Comunidades Autónomas mantienen un sistema mixto, mayoritariamente público pero concertando con el sector privado algunas prestaciones que pudieran

Por su parte, el otro colectivo prioritario sobre el que se focalizan las prestaciones, las mujeres embarazadas, también presenta una cobertura desigual por Comunidades.

Finalmente, la atención a los adultos sigue el mismo patrón en todo el territorio español. En algunas Comunidades está incorporada a las actividades del dentista de Atención Primaria, de manera conjunta con la atención a los niños; mientras que en otras existen dentistas de cupo que realizan las exodoncias y el tratamiento de procesos agudos, que son las prestaciones básicas cubiertas por el momento.

resultar más complejas. También entre esas dos Comunidades hay diferencias significativas entre los programas, como se ha expuesto.

En cualquier caso, entre todos esos tipos de programas hay una diferencia esencial entre los que han optado por mecanismos de concertación y los que se han mantenido en la asistencia pública. Y es que, mientras que los que han optado por un régimen concertado han conseguido una importante participación del sector privado en la prestación del servicio, ayudando a la accesibilidad al mismo, al tiempo que los profesionales de dicho sector iban interiorizando la importancia de los tratamientos preventivos, en el caso de los programas públicos y mixtos la densidad de población que corresponde a cada dentista es muy elevada y ello redundaba en un menor alcance del programa en comparación con los programas PADI.

En efecto, como señala Llena Puy et al (2018), un aspecto muy importante de las Comunidades que han optado por programas públicos o mixtos es el limitado número de profesionales con los que cuenta el sistema, oscilando la ratio entre 5.000 y 10.000 niños y niñas por dentista. Además, cada dentista atiende entre 1 y 3 consultas en centros de salud diferentes, lo que implica una importante dispersión y listas de espera mayores a un mes en algunos casos con la consiguiente limitación en la accesibilidad a la atención básica, escaso tiempo de atención a cada paciente y acciones de intervención más que de educación y prevención.

Evidentemente, este es el resultado último de la falta de adecuación de los recursos tanto a las necesidades como a la oferta de asistencia que se hace a la población: programas ambiciosos que pretenden desarrollarse con recursos modestos y que acaban generando frustración y desafección entre la ciudadanía.

Todo ello se traduce en situaciones de desigualdad y de inequidad en lo relacionado con la asistencia, las coberturas y los resultados de los diferentes programas y de estos entre sí. Niños, niñas y jóvenes que viven próximos entre sí no tienen acceso a la misma atención ni a los mismos tratamientos por vivir en Comunidades Autónomas en los que la preocupación por los servicios de salud bucodental ha podido ser desigual o ha habido una priorización de recursos sanitarios diferente.

Esos problemas de desigualdad son provocados, también y en muchos casos, por la propia estructura de los programas, por la especialidad profesional de quien se encargue de dirigir el proyecto -y, en consecuencia, de la sensibilidad que muestre ante el mismo- y por dónde se establezca orgánicamente su dirección dentro de la estructura de las Consejerías correspondientes. Todo ello influye no sólo sobre el grado de implantación de los programas sino también sobre su estructura y potenciación a nivel territorial lo que se traduce, sin lugar a duda, en resultados desiguales aún entre programas similares.

Además, existe una carencia significativa de información de los costes y resultados de los programas en términos de tasa de utilización del sistema, lo que impide su evaluación en términos de eficiencia social y su redireccionamiento en caso de que este fuera necesario. Difícilmente se puede corregir un programa para mejorar su equidad y planificar y orientar mejor los recursos, siempre escasos, si no se disponen de estimaciones de costes y memorias detalladas de utilización de los servicios. Pero, también, esa carencia dificulta que se puedan establecer partidas presupuestarias apropiadas para mantener y ampliar las carteras de servicios o las poblaciones susceptibles de ser cubiertas.

Finalmente, también existen diferencias significativas en los enfoques de los programas existiendo algunos en los que priman los tratamientos preventivos frente a otros en los que priman los reparadores.

Toda esta desigualdad en términos territoriales viene a sumarse a la que se describió anteriormente en términos socioeconómicos.

Es por ello que sería deseable avanzar hacia un mayor grado de universalidad y equidad en los programas de salud bucodental, tratando de enfrentar esas dos expresiones de desigualdad -territorial y socioeconómica- para conseguir que la salud bucodental no constituya una excepcionalidad dentro de los valores y principios que nutren el Sistema Nacional de Salud.

Además, ante las mejoras de salud logradas, será necesario cambiar progresivamente las estrategias de intervención a través de los PADI y complementar la actual “estrategia poblacional” con una “estrategia de riesgo” centrada en grupos de riesgo (médico y social) y colectivos vulnerables (personas dependientes)²⁹. Eso significa que habrá que modificar el enfoque y hacerlo más amplio y multidimensional, conjugando recursos especializados, equipamiento adecuado y una mayor coordinación entre profesionales sociosanitarios.

Finalmente, aunque el horizonte de que el Sistema pudiera asumir el coste de los tratamientos restauradores para toda la población es lejano y está por decidir si posible, sí que es importante mantener y profundizar el esfuerzo en los programas de promoción y prevención para toda la población como forma de mejorar su salud bucodental.

29- En Cortés Martinicorena et al. (2014): “Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013”. RCOE, vol. 19 (Supl. 1).

La atención bucodental privada en España

3

El sector de los servicios de salud bucodental se ha caracterizado en los últimos años por un fuerte crecimiento a pesar de la mejora que se ha ido produciendo en los índices de incidencia de las principales enfermedades orales -singularmente la caries entre jóvenes y adolescentes, tal y como se puso de manifiesto en el apartado anterior.

Ese incremento ha estado asociado a la mejora en el nivel de renta per cápita pero, también, a un cambio de naturaleza cualitativa en las expectativas que los pacientes ponen en los tratamientos dentales.

La sociedad ha evolucionado al ritmo que lo hacía la salud en general y ello ha repercutido sobre una mejora en la esperanza de vida. El bienestar económico ha generado también un cambio en las expectativas y las demandas de los ciudadanos en relación con la salud bucodental y la ha redefinido pasando de ser identificada desde la ausencia de patologías hacia una definición más amplia que implica factores estéticos que hasta hace poco no eran mayoritariamente tenidos en consideración pero que pueden tener una amplia repercusión sobre la calidad de vida del paciente.

Consecuentemente, el sector ha ido creciendo al ritmo de esas demandas que parten de la premisa de que la extracción es la opción última y opta mayoritariamente por tratamientos reparadores que requieren de supervisión y tratamientos de mantenimiento con cierta periodicidad, por lo que pueden derivar en una condición crónica y, por lo tanto, necesitada de atención a largo plazo.

Junto a ese cambio en la percepción y definición de la salud oral existen otra serie de factores que han estimulado una mayor demanda de esos servicios³⁰:

- Factores demográficos: el incremento en la esperanza de vida de una población mayor que sigue manteniendo una parte importante de sus dientes naturales demanda, por sí misma, una mayor atención bucodental. De hecho, en el caso concreto de España nos encontramos ante el país con una esperanza de vida más larga de toda la UE lo que redundo en la necesidad de una mayor demanda sobre los sistemas sanitarios para atender a las personas que conviven con enfermedades crónicas en la vejez.
- Factores estéticos: el aumento de la atención de la población por la odontología estética estimula también el incremento de la demanda de este tipo de servicios que trascienden, en muchas ocasiones, su dimensión relacionada con la salud.
- Factores clínicos: también se ha producido un incremento de la atención por las enfermedades periodontales y por las maloclusiones que, en numerosos casos, requiere de tratamiento quirúrgico y/o restaurador o corrector.

Este crecimiento de la demanda contrasta con la respuesta que se le ha dado en la mayor parte de países en términos de oferta en un contexto dominado mayoritariamente por la prestación privada de dichos servicios.

Así, según señala la OMS, no se trata tan sólo de que los trastornos de salud bucodental sean caros sino que, por lo general, no forman parte de la cobertura sanitaria universal y, en consecuencia, no son financiados total o parcialmente de forma pública. Por ello, en la mayor parte de países de ingresos elevados los tratamientos odontológicos representan, por término medio, el 5% del gasto total en salud y el 20% de los gastos directos de los pacientes en ese capítulo³¹.

En este apartado se analizará cuál ha sido la evolución de la oferta privada ante el incremento y los cambios en la demanda de una mayor y mejor salud bucodental y el cambio en sus demandas de servicios dentales de naturaleza estética.

30- Cuenca E. (2008). "La financiación y organización de los servicios de odontología en Europa". Revista del Consejo de Odontólogos y estomatólogos RCOE, 13; 1:23-30.

31- OMS (2020): Salud bucodental. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

3.1

Tipología de programas de atención bucodental

La importancia del gasto en salud bucodental en proporción sobre el gasto sanitario total y la falta de cobertura pública de los servicios de salud oral provoca que el sector privado tenga un papel dominante en la prestación de dichos servicios, incluso en aquellos países en los que la sanidad es universal y gratuita.

En el caso de España, a pesar de la universalidad de la mayor parte de las prestaciones sanitarias, la cobertura ha ido disminuyendo en los últimos años, especialmente en el caso de los medicamentos, y no incluye la atención dental, lo que genera inequidades y mayores necesidades no cubiertas para las personas de bajos ingresos.

Así, como puede apreciarse en el Gráfico 1, la cobertura pública de medicamentos apenas llega al 57% de su coste y en materia de asistencia dental sólo cubre un 1% del gasto³².

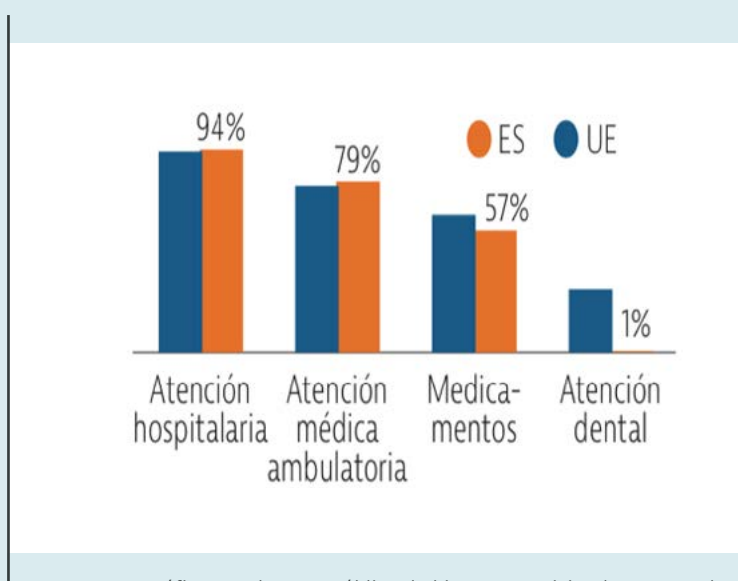


Gráfico 1. Cobertura pública de bienes y servicios (OCDE, 2019).

Además, también según la OCDE, el gasto sanitario per cápita (ajustado según diferencias en paridad de poder adquisitivo) fue en 2017 de 2.371 euros, un 15% inferior a la media de la UE (2.884 euros). Por otra parte, el gasto sanitario supuso el 8,9% del PIB, también por debajo de la media de la UE, que es casi un punto superior (9,8%).

Por su parte, el gasto público representaba el 71% de todo el gasto sanitario en 2017, por debajo de la media de la UE en casi 8 puntos (79%), lo que supone que en España las familias tienen que hacer frente a un mayor desembolso en términos de pagos directos y seguros de cobertura específicos voluntarios, tal y como se aprecia en el Gráfico 2.

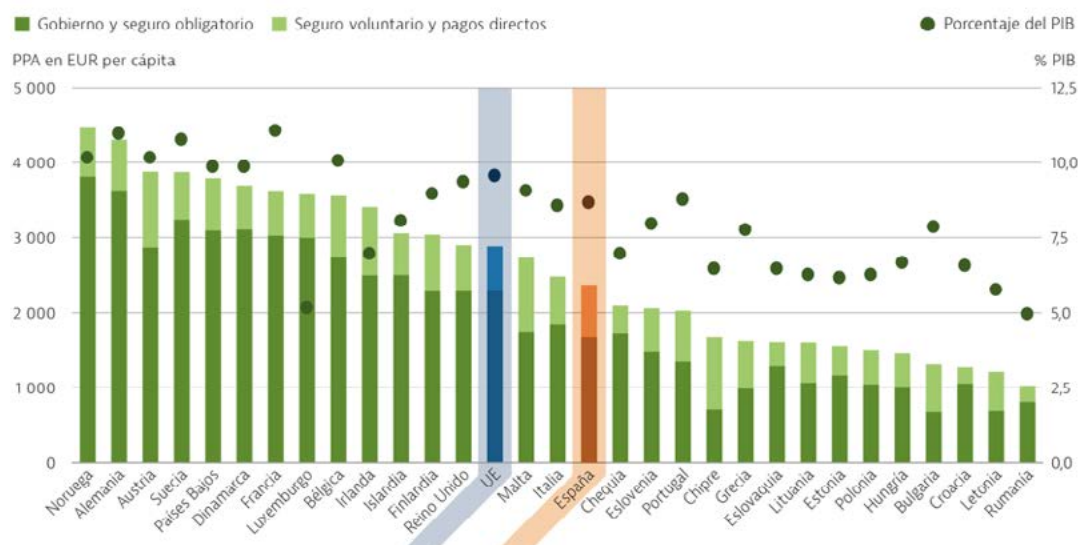


Gráfico 2: Gasto sanitario público y privado per cápita y en porcentaje del PIB en 2017 (OCDE 2019)

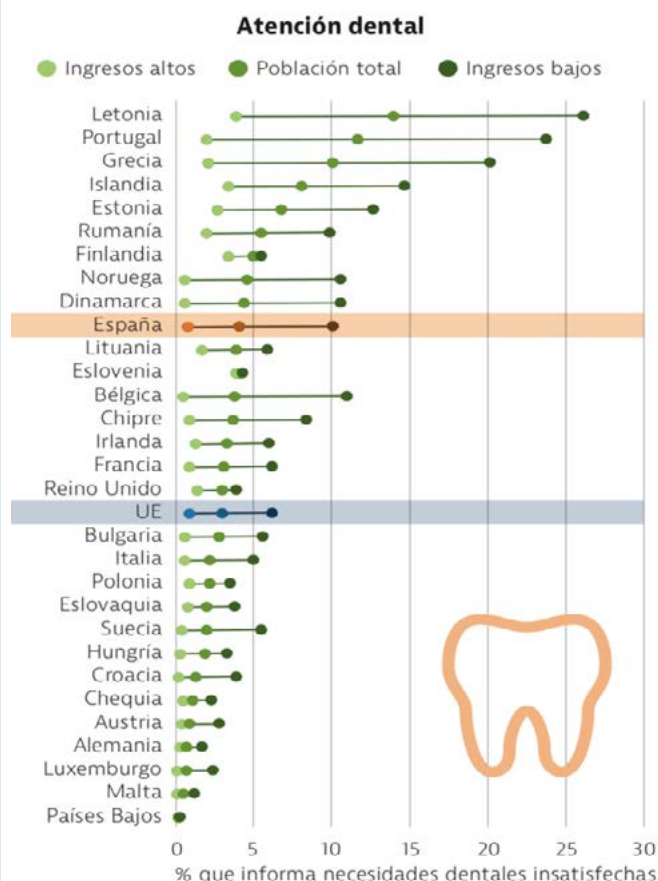
Esta diferencia en términos de menor gasto y estructura diferencial del gasto resulta singularmente relevante para el caso de la atención dental. De hecho, la propia OCDE lo remarca como uno de los elementos débiles del sistema en términos de accesibilidad del sistema sanitario.

Así, el informe sobre el Perfil Sanitario de España indica que, en términos generales, las necesidades insatisfechas de servicios médicos en términos de gasto, distancia o tiempos de espera son muy bajas (sólo un 0,1% de la población señalaba necesidades en ese sentido). Sin embargo, en el terreno de la atención dental las necesidades son

mayores; es más, en 2017 el 4% de la población aseguraba que tenía que prescindir de servicios dentales por motivos relaciones con el coste, la distancia o los tiempos de espera.

Es más, existe un claro patrón socioeconómico en términos de necesidades insatisfechas, como lo demuestra el hecho de que la tasa de necesidades insatisfechas en materia de atención dental es diez veces superior entre las personas del quintil de menores ingresos que entre las del quintil de ingresos más elevados (10% vs. 1%), agravándose esas necesidades para determinados colectivos vulnerables como son solicitantes de asilo, migrantes irregulares y personas sin hogar (Gráfico 3).

Gráfico 3.
Necesidades
dentales
insatisfechas
(OCDE, 2019)



Finalmente, y en relación con la estructura del gasto, también hay una diferencia significativa en España con respecto a la UE en relación con los pagos directos en el gasto sanitario. Así, mientras que esos pagos directos en el gasto sanitario supusieron en España en torno al 24% en 2017, la media de la UE es del 16% y se centra esencialmente en los capítulos de medicamentos y en la atención dental.

De hecho, el gasto dental supone en España un 6,7% de los gastos directos mientras que en la Unión Europea se limita al 2,5% (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución pagos directos tipos de actividades (OCDE 2019).



Evidentemente, todo ese gasto directo repercute en un mayor nivel de gasto de las familias en el sector privado (entre 2013 y 2017 el gasto sanitario privado creció de media un 3,2% al año).

Así, según el Sistema de Cuentas de Salud, los hogares españoles gastaron en 2017 en forma de pagos directos 24.388 millones de euros, casi el 80% del gasto sanitario privado (el resto corresponde, fundamentalmente, a las compañías de seguro privadas que gastaron 5.634 millones de euros)³³.

Y, más concretamente, de esos 24.388 millones de gasto sanitario privado, la última Encuesta de Presupuestos Familiares del INE indica que los hogares españoles pagaron en materia de servicios dentales en 2017 algo más de 3.260 millones de euros (el último dato disponible de 2018 fue algo menor, de 3.028 millones de euros).

En la Tabla 1 se recoge el gasto en servicios dentales de las familias según el detalle de la Encuesta de Condiciones de Vida entre los años 2006 y 2018.

Según dicha Encuesta, el gasto medio por hogar en 2018 fue de 162,58 euros anuales y el gasto per cápita de 65,41 euros. Además, puede apreciarse cómo el gasto total ha ido cayendo desde 2015 en términos absolutos volviendo prácticamente a los niveles de los años de la crisis y que, además, se ha ido desacelerando en los dos últimos años al tiempo que lo hacía el ritmo de crecimiento del consumo privado y de la economía en su conjunto.

Pero, además, la Encuesta de Condiciones de Vida también nos muestra las desigualdades de gasto a nivel territorial entre las diferentes Comunidades Autónomas (Tabla 2).

Tabla 1. Servicios dentales (total nacional)			
	Gasto total (miles €)	Gasto medio por hogar	Gasto medio por persona
2018	3.028.434,60	162,58	65,41
2017	3.260.180,17	176,11	70,75
2016	3.369.982,55	182,71	73,30
2015	3.679.582,32	200,26	80,05
2014	3.595.198,77	196,42	78,17
2013	3.015.040,49	165,55	65,34
2012	3.381.327,26	186,90	72,99
2011	3.347.153,26	187,02	72,28
2010	3.482.492,11	197,37	75,46
2009	3.555.098,13	204,50	77,34
2008	3.587.413,23	210,19	78,69
2007	3.078.160,09	184,95	68,60
2006	2.794.510,43	172,72	63,48

Fuente: Encuesta Presupuestos Familiares (INE). Elaboración propia

Tabla 2. Gasto en servicios dentales por CCAA (año 2018).			
	Gasto total (miles €)	Gasto medio por hogar	Gasto medio por persona
Total Nacional	3.028.434,60	162,58	65,41
Andalucía	453.327,20	140,79	54,28
Aragón	102.685,63	190,14	79,39
Asturias, Principado de	81.989,82	180,73	80,87
Balears, Illes	102.113,79	225,15	87,29
Canarias	105.772,39	124,89	48,69
Cantabria	46.909,26	194,91	81,52
Castilla y León	154.827,79	151,43	65,61
Castilla - La Mancha	129.220,23	164,91	64,50
Cataluña	453.587,38	149,49	60,88
Comunitat Valenciana	282.643,09	141,35	57,39
Extremadura	52.034,85	121,37	49,32
Galicia	211.020,57	193,20	78,81
Madrid, Comunidad de	500.479,86	190,81	76,90
Murcia, Región de	100.274,41	185,57	68,12
Navarra, Comunidad Foral de	58.009,94	224,22	90,88
País Vasco	163.115,13	180,13	75,85
Rioja, La	22.171,91	169,68	71,67

Fuente: Encuesta Presupuestos Familiares (INE). Elaboración propia

³³- <https://www.msccbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSprincipalesResultados.pdf>

Como apreciarse el gasto per cápita es casi el doble en la Comunidad Foral de Navarra (90,88 euros/año), que es en donde más se gasta, que en la de Canarias (48,69 euros/año) que es donde menos se gasta.

Evidentemente, las Comunidades con una renta per cápita menor son, igualmente, aquellas en las que el gasto privado en salud dental es menor. El ranking lo encabezan, por abajo, Canarias, Extremadura y Andalucía y, por arriba, la Comunidad Foral de Navarra, las Islas Baleares y el País Vasco.

La conclusión que puede extraerse de esta distribución del gasto apunta en el mismo sentido que las que se señalaban más arriba en relación con la situación de la salud bucodental de los españoles: existen fuertes niveles de desigualdad, no sólo en términos personales, sino también en términos territoriales que sin una actuación compensadora y unificadora por parte de las autoridades públicas se mantendrán y agravarán al tiempo que lo hacen las desigualdades personales y territoriales

3.2

La estructura de la oferta del sector privado bucodental.

La estructura de la oferta de salud bucodental privada que trata de dar respuesta a las necesidades de la población, en la medida que éstas no son satisfechas desde el sector público, está integrada esencialmente por tres tipos de actores³⁴:

- Clínicas dentales independientes.
- Clínicas dentales de cadenas franquistas.
- Clínicas de aseguradoras.

Se trata de un sector muy atomizado, con un número elevado de operadores de pequeño tamaño y que operan en una dimensión local. De hecho, en estos momentos hay colegiados en España más de 38 mil dentistas y hay abiertas en torno a 22.800 clínicas dentales, según el Registro General de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios³⁵. Esto significa básicamente que muchos profesionales ejercen de forma particular.

Por otra parte, también resulta llamativo el hecho de que España cuenta con una de las densidades de dentistas por cada 100.000 habitantes más elevadas de Europa (78,6 dentistas para ese nivel de población), muy por encima de países con unos niveles de protección pública de la asistencia bucodental mucho más altos, como pueden ser Alemania, Suecia o Francia (Tabla 3).

³⁴- Estos tres actores son, junto con las clínicas de la Seguridad Social, los que se identifican como prestadores de servicios en el Libro Blanco de la Salud Bucodental 2015.

³⁵- Consulta realizada el 30 de abril de 2020. En concreto aparecían 22.818 clínicas dentales registradas.

Tabla 3. Evolución de la densidad de dentistas en algunos países de la Unión Europea, 2010-2017. (Número de dentistas por cada 100.000 habitantes)

País	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Alemania	82,0	83,4	84,3	84,7	85,5	85,7	85,4	85,2
Austria	56,0	56,5	56,9	57,2	57,3	56,8	56,7	56,9
Bélgica	70,3	70,5	70,9	71,4	72,3	73,5	74,8	74,9
Bulgaria	86,4	90,9	92,4	100,4	97,7	105,1	113,1	118,7
Chequia	69,3	70,8	71,0	70,6	75,1	80,2	75,3	74,8
Chipre	93,1	92,0	94,5	96,2	98,4	103,3	103,6	109,3
Croacia	73,5	73,8	75,5	75,8	78,5	79,5	80,1	83,1
Dinamarca	81,9	80,2	79,7	78,2	76,9	76,0	74,1	nd
Eslovaquia	49,2	48,5	49,3	47,8	48,8	nd	nd	nd
Eslovenia	61,5	62,4	63,0	64,9	66,2	67,5	68,8	70,4
España	59,6	62,1	66,7	69,8	71,7	74,6	76,8	78,6
Estonia	90,0	88,8	90,4	90,3	93,0	94,2	95,5	96,0
Finlandia	78,9	77,8	74,1	72,6	73,0	nd	nd	nd
Francia	nd	63,7	63,8	63,9	63,8	64,0	64,5	64,6
Grecia	129,7	128,5	128,1	126,9	126,2	nd	nd	nd
Hungría	52,6	52,6	56,5	60,3	62,9	60,3	62,0	67,3
Irlanda	60,2	58,3	58,0	57,6	59,7	nd	nd	nd
Italia	nd	nd	nd	78,1	78,3	78,4	80,1	81,9
Letonia	70,9	70,7	71,0	72,5	70,2	71,8	72,0	71,1
Lituania	79,3	82,1	89,9	90,5	91,0	91,0	97,2	100,4
Luxemburgo	83,2	84,1	83,1	84,7	85,6	88,8	94,3	97,4
Malta	44,4	44,7	45,2	46,3	46,3	46,3	47,0	47,7
Países Bajos	47,2	49,3	49,5	49,5	49,9	51,5	51,1	50,4
Polonia	33,0	34,2	32,8	32,4	34,4	33,2	35,1	35,1
Portugal	76,4	76,8	80,5	84,8	87,7	nd	nd	nd
Reino Unido	51,5	52,5	52,2	52,5	53,2	53,2	53,1	52,6
Rumanía	60,5	64,2	68,7	71,3	74,6	77,7	82,7	79,1
Suecia	79,4	80,0	80,3	79,9	79,6	79,7	81,4	nd

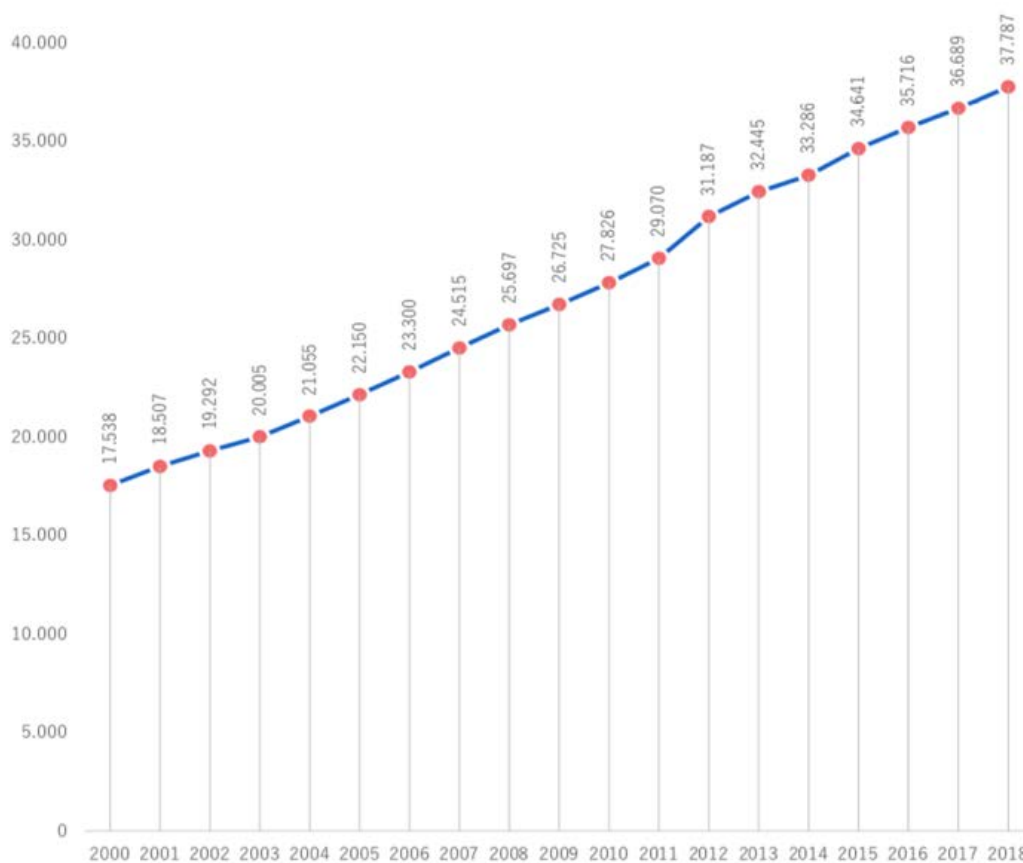
nd: no disponible.

Fuente: Eurostat e Instituto Nacional de Estadística (INE) para España.

Además, la densidad de dentistas por cada 100 mil habitantes se ha incrementado en España en un 31% desde el año 2010, una tasa de crecimiento mucho más elevada que la de la media europea, y que está en consonancia con el incremento del 115% en el número de profesionales colegiados producido en el periodo 2000-2018 (Tabla 4). Una tendencia que venía ya de la década anterior cuando, entre 1987 y 1997, el número de dentistas se

incrementó en un 136% cuando la población solo lo hizo en un 2,5%³⁶. La consecuencia fue que el número medio de visitas por dentista se redujo en un 42%, con la consiguiente repercusión sobre sus ingresos medios y sobre el precio de los tratamientos, como se verá más abajo.

Gráfico 5. Evolución del número de dentistas (2000-2018)



Nota: dentistas colegiados.

Fuente: INE.

36- Bravo M. (2002): "Private dental visits per dentist in Spain from 1987 to 1997. An analysis from the Spanish National Health Interview Surveys", Community Dentistry and Oral Epidemiology, vol.30.

Evidentemente, este crecimiento de profesionales se convierte en un factor decisivo para explicar la fuerte presión existente también por el lado de la oferta para atender los servicios bucodentales de la población porque se traduce en una amplia oferta de clínicas y profesionales en todo el territorio nacional.

Según pone de manifiesto la Tabla 4, en 2018 ya había 80 dentistas y 2,8 clínicas por cada 100.000 habitantes. Lo relevante es que no hay una relación directa entre la densidad profesional y los niveles de gasto dental per cápita.

Tabla 4. Gasto en servicios dentales y densidad de dentistas y clínicas dentales en CCAA por cada 100.000 habitantes (año 2018).				
	Gasto total (miles €)	Gasto medio por hogar	Gasto medio por persona	Clínicas dentales por 100.000 habitantes
Total Nacional	3.028.434,60	65,41	80,05	2,8
Andalucía	453.327,20	54,28	72,5	2,9
Aragón	102.685,63	79,39	72,3	2,1
Asturias, Principado de	81.989,82	80,87	85,4	1,5
Baleares, Illes	102.113,79	87,29	68,5	2,8
Canarias	105.772,39	48,69	63,1	2,8
Cantabria	46.909,26	81,52	74,4	1,5
Castilla y León	154.827,79	65,61	64,7	2,7
Castilla - La Mancha	129.220,23	64,5	48,7	2,5
Cataluña	453.587,38	60,88	74,4	3,0
Comunitat Valenciana	282.643,09	57,39	81,4	2,1
Extremadura	52.034,85	49,32	56,0	2,4
Galicia	211.020,57	78,81	82,6	2,0
Madrid, Comunidad de	500.479,86	76,9	125,1	4,7
Murcia, Región de	100.274,41	68,12	76,1	1,3
Navarra, Comunidad Foral de	58.009,94	90,88	58,7	1,7
País Vasco	163.115,13	75,85	85,9	2,6
Rioja, La	22.171,91	71,67	75,4	2,9

Fuente: Elaboración propia, INE

Así, la Comunidad de Madrid, que es la que mayor densidad profesional presenta, es la decimoquinta Comunidad en términos de gasto per cápita; el País Vasco, que sería la segunda en términos de densidad, es la octava en términos de gasto; o la Comunidad Valenciana, que sería la quinta en términos de densidad, es la decimoquinta en términos de gasto per

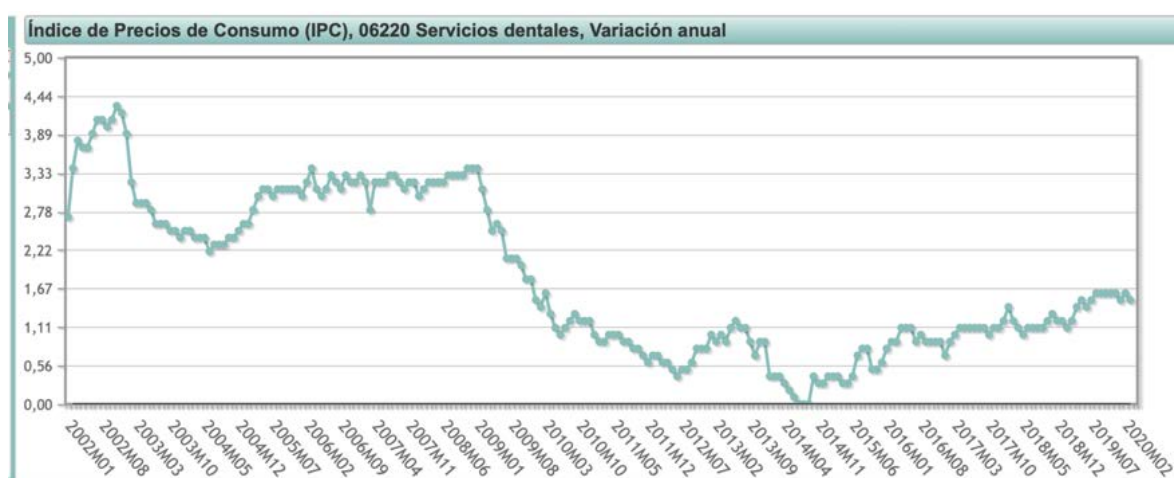
cápita. Otro tanto ocurre con las clínicas dentales, con la Comunidad de Madrid muy por encima del resto.

Consecuentemente, la densidad tanto de profesionales como de clínicas dentales se explica esencialmente por factores distintos al gasto dental medio por habitante.

Esta elevada densidad de profesionales de distinta naturaleza compite entre sí en un contexto marcado por fuerzas contrapuestas. De un lado, el elevado número de dentistas genera una fuerte competencia por la captación del cliente en un contexto de fuerte nivel de necesidades insatisfechas y creciente demanda.

La consecuencia es que el proceso ha ido de la mano de una fuerte contención de los precios de los servicios. Así, la variación anual de la subclase “Servicios dentales” del Índice de Precios al Consumo muestra una importante contención desde el inicio de la crisis de 2008 y solo en los últimos años ha comenzado a recuperarse (Gráfico 6).

Gráfico 6. Evolución de la tasa de variación anual del precio de los servicios dentales



Fuente: Elaboración propia, INE

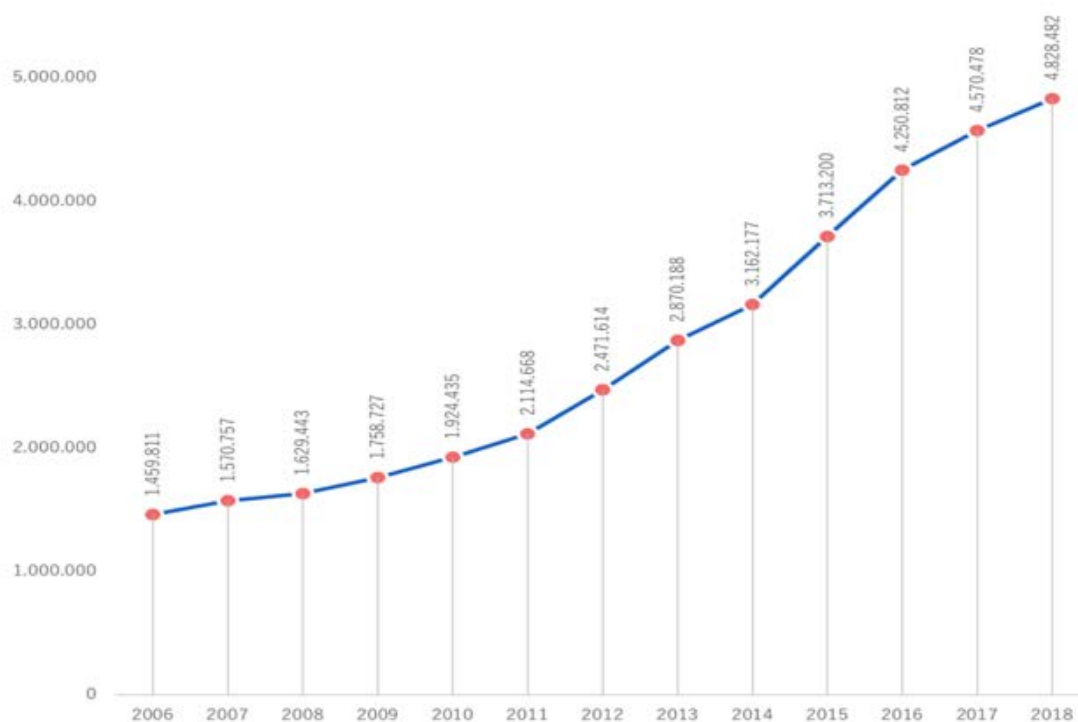
Tanto ese nivel de oferta como la atomización del colectivo de dentistas independientes han facilitado la entrada de aseguradoras y clínicas marquistas en el sector durante los últimos años apoyándose en unas mayores economías de escala y en una agresiva política comercial orientada a la captación del cliente y la financiación de su tratamiento para fidelizarlo.

Del otro lado, la repercusión creciente sobre las estructuras de costes de los operadores que supone el peso de las nuevas tecnologías vinculadas a diagnósticos y tratamientos facilitan una mayor concentración dentro del mismo. Tal es el caso del sector de las clínicas dentales marquistas, en donde las cinco primeras cadenas se reparten el 81% del volumen de negocios de ese grupo.

A ello se une el que en los últimos años se ha producido una entrada de capital inversor en el sector atraído por su potencial de crecimiento y por unos niveles de rentabilidad razonables (los ingresos de las cadenas marquistas de clínicas dentales crecieron un 4,3% en 2019 hasta llegar a una cifra de negocio que supera los 1.100 millones de euros).

La resultante es un creciente peso de las clínicas dentales marquistas y de aquellas clínicas de aseguradoras que han entrado en la explotación directa de centros médicos y clínicas dentales. Baste con ver, por ejemplo, la evolución del número de asegurados en seguros dentales para constatar la importancia del auge del sector: entre 2006 y 2018 el número de asegurados creció en un 230% (Gráfico 7).

Tabla 7. Evolución del número de asegurados en seguros dentales (2006-2018)



Fuente: Informe Centros Médicos Especializados. Consultora DBK, Observatorio Sectorial.

En todo caso, ese nivel de competencia está muy sesgado hacia las clínicas dentales independientes. Así, en 2015 se incluyó en la encuesta realizada para la elaboración del Libro Blanco de la Salud Bucodental unas preguntas relacionadas con el tipo de clínica a la que acudían los encuestados y su valoración al respecto. Se distinguieron cuatro categorías: clínicas públicas de la Seguridad Social; clínicas marquistas; clínicas de aseguradoras; y clínicas independientes privadas.

Los resultados mostraban que la cuota de mercado del sector estaba dividida entre un 80% para las clínicas independientes privadas y el 20% restante dividido casi a partes iguales entre clínicas marquistas y clínicas aseguradoras (evidentemente, desde 2015 la situación puede haber cambiado a favor de este segundo grupo).

Con respecto a la valoración, las clínicas dentales independientes destacarían en todos los atributos de imagen por los que se les preguntaba a los encuestados de forma casi generalizada. Así, como recoge el Libro Blanco, el 75% de los encuestados consideraban que las clínicas independientes ofrecían un servicio de calidad mientras que ese atributo era valorado en esos términos por el 23% para el caso de las clínicas marquistas y por el 27% en el caso de las aseguradoras. De hecho, y en términos generales, para casi todos los atributos relacionados con la calidad la valoración atribuida a las clínicas independientes era superior.

En todo caso, el sector está sometido a una evolución continua en el que las clínicas marquistas y las de aseguradora ganan progresivamente cuota de mercado y eso se traduce, por tanto, en un incremento de su capital reputacional

Análisis comparado de los sistemas de atención bucondental europeos

4

El análisis comparado a nivel internacional de la situación de la salud oral y de los sistemas de atención bucondental, en general, y de los costes comparados de la prestación de la atención bucondental, en particular, apenas ha recibido atención en la literatura especializada. De hecho, apenas existen artículos que investiguen las diferencias en los tratamientos entre países desde la perspectiva de los pacientes o cuál es la organización de los sistemas de salud bucondental de una forma comparada, a pesar de ser cuestiones de singular relevancia desde el punto de vista de los planificadores de la salud pública.

Tan sólo algunos estudios realizados a finales del siglo XX investigaron el gasto total en salud bucondental de diferentes países y la proporción de dicho gasto que se financiaba a través de fuentes públicas o privadas.

Y, ya en el siglo XXI, existen algunos análisis de estas cuestiones para el caso de Europa. Esos escasos estudios servirán de fundamento para esta parte del diagnóstico que busca, esencialmente, conocer la realidad de la atención bucondental en Europa para tratar de extraer enseñanzas de la misma por si pudieran resultar de aplicación para el caso español.

4.1

Sistemas de atención a la salud bucodental en Europa.

De forma análoga a la clasificación canónica de Esping-Andersen sobre los diferentes tipos de Estados de bienestar europeos, la literatura comparada clasifica los sistemas de provisión de salud bucodental en Europa en seis categorías atendiendo a los sistemas de administración y financiación de los servicios asociados a ese ámbito de la salud³⁷:

- Sistema nórdico: Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia.
- Sistema Bismarck: Austria, Francia, Alemania y Benelux.
- Sistema Beveridge: Reino Unido.
- Sistema de Europa Meridional: Italia, Portugal, España y Grecia.
- Sistema de los países en Transición: Chequia, Estonia, Hungría, Lituania, Letonia, Polonia, Eslovaquia y Eslovenia.
- Sistema híbrido: Irlanda.

Como en el caso de los Estados de bienestar y de los sistemas de salud que le son inherentes, los diferentes sistemas de salud bucodental tienen sus raíces en tradiciones nacionales, históricas, políticas y socioeconómicas distintas y, de ahí, las diversas categorías en los que pueden dividirse y las distintas características que le son propias.

En todos esos regímenes de bienestar existe un punto de partida común: en la mayoría de los países, el sistema sanitario es financiado vía imposición general o vía cotizaciones sociales, garantizándose el acceso universal y prestándose los servicios sin ningún tipo de coste para el contribuyente o con un copago muy reducido, normalmente vinculado al pago de una parte del precio de las medicinas³⁸.

Sin embargo, en muchos países, este escenario de cobertura universal y prestación gratuita de atención sanitaria general convive con sistemas de salud bucodental que no son universales e, incluso, que no se prestan dentro del marco del sistema sanitario general, lo que otorga un peso específico muy relevante al sector privado en la prestación del servicio.

A partir de ese punto de partida común -esto es, que existe un tratamiento diferenciado para el sistema de salud bucodental, tanto desde la perspectiva de su prestación como de su financiación, dentro de los sistemas sanitarios generales-, a continuación se recogerán algunos rasgos definitorios de cada uno de los sistemas de salud bucodental en relación a las prestaciones, organización, cobertura y financiación.

37- La clasificación original aparece en Windström, E.; Eaton, K.A.: "Oral Health Systems in the Extended European Union". Oral Health Prev Dent 2004, vol 2. pp. 155-194.

38- Las formas de financiación de los sistemas sanitarios en Europa son básicamente cuatro: a) financiación pública con cargo a imposición general; b) financiación pública con cargo a cotizaciones sociales; c) financiación privada sustentada sobre un seguro voluntario con pagos complementarios; y d) pago privado directo del paciente a la clínica.

Para una visión de conjunto de los sistemas sanitarios europeos, su estructura y forma de financiamiento puede consultarse el documento de la Comisión Europea: "Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability 2019", en el sitio web: https://ec.europa.eu/info/publications/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-and-fiscal-sustainability-country-documents-2019-update_en

Sistema Nórdico

- Existe un amplio servicio de salud bucodental público con personal asalariado al servicio de la Administración.
- La financiación del sistema se realiza vía imposición general complementada con financiación regional y/o local, tanto para financiar el sistema sanitario general como las clínicas dentales públicas.
- El Estado mantiene un papel central en la guía y supervisión del sistema a través de la existencia de Chief Dental Officers (CDOs) nombrados a nivel nacional.
- Existe un sistema privado que, dependiendo del país, puede estar o no subsidiado a través de seguros sanitarios públicos.

Sistema Beveridge

- La mayor parte de la atención bucodental es provista por profesionales independientes contratados por el Sistema Nacional de Salud (NHS).
- La proporción de servicios bucodentales públicos provistos por profesionales asalariados en algunas comunidades y hospitales clínicos es muy pequeña.
- La atención para los niños es gratuita y para los adultos se encuentra subsidiada.
- Como consecuencia de las tendencias privatizadoras generales en el sector de la sanidad, iniciado en los años noventa, el número de servicios que se prestan de forma privada por fuera del Sistema Nacional de Salud ha ido incrementándose.

Sistema híbrido

- Es prácticamente igual que el sistema Beveridge, puesto que ha habido un acercamiento entre los mismos al ir adquiriendo un mayor peso el sector privado.

Sistema Bismark

- Se sustenta sobre un sistema de seguros de enfermedad que reembolsa total o parcialmente los costes de la atención bucodental.
- Los seguros de enfermedad se financian de forma conjunta entre empleadores y empleados.
- Los fondos de aseguramiento regionales o el fondo nacional negocian con las asociaciones de profesionales los honorarios por las prestaciones de los servicios.
- La presencia del sector público en la atención bucodental, expresada en términos del número de profesionales públicos, es prácticamente insignificante.

Sistema de Europa Meridional

- El sistema es predominantemente privado sin que exista prácticamente implicación del sector público en la provisión de servicios, salvo tratamientos paliativos prestados generalmente en el ámbito hospitalario.
- El sistema público se limita a la prestación de determinados tratamientos para los niños y la atención a emergencias bucodentales.
- Los esquemas de aseguramiento privados son limitados, estando a menudo financiados por los empleadores y disponibles solo para algunos grupos poblacionales.

Sistema de los países en Transición

- El sistema era de naturaleza pública hasta la caída del sistema socialista y el tránsito hacia la economía de mercado que se produjo en esos países a partir de 1989. Desde entonces el peso de la asistencia pública comenzó a caer y actualmente se presta mayoritariamente desde el sector privado.
- La diversidad de sistemas es muy amplia entre esos países y la agrupación es más geopolítica que funcional por lo que resulta complejo establecer rasgos comunes entre sus sistemas de salud bucodental más allá de la ampliación del sector privado.

Como puede apreciarse, la diversidad de sistemas a través de los que se proveen las prestaciones de servicios de atención a la salud bucodental en Europa también da lugar a una amplia diferencia en los costes de provisión de dichos servicios entre países. Unos costes que, por otra parte, el paciente soporta en mayor o menor medida dependiendo del sistema de provisión vigente en su país y la forma de financiación del sistema.

Varios estudios relativamente recientes han realizado una comparativa internacional de costes para algunos tipos de prestaciones con el fin de poner de manifiesto dichas divergencias³⁹.

Además, un estudio reciente de Eaton et al (2018)⁴⁰ aborda el análisis de los costes complementándolo con un enfoque desde la perspectiva del paciente. El objetivo es estimar cuál es el coste de la intervención que éste finalmente asume, lo que permite profundizar en el estudio comparado de los diferentes sistemas de provisión de servicios de salud bucodental.

La conclusión básica de dicho estudio es que existen amplias variaciones entre los países europeos acerca en la forma en la que se

prestan los servicios clínicos de salud oral a los pacientes y que, por lo tanto, los costes de la prestación también divergen significativamente entre ellos.

En cualquier caso, a partir de ese estudio, del Manual of Dental Practice 2015 publicado por el Council of European Dentist y de una serie de análisis publicados desde 2015 en la revista académica British Dental Journal y en los que se estudian de forma separada los sistemas de salud bucodental de 10 países de la Unión Europea, seleccionados de forma que se incluya al menos a un país de cada uno de los sistemas de prestación de servicios expuestos más arriba, se han podido extraer las principales líneas directrices de cómo se presta la salud bucodental a nivel europeo y el papel que juegan el sector privado, el sector público y la interacción entre ambos en la provisión de salud bucodental⁴¹.

En cualquier caso, hay que advertir que existen diferencias también entre los países que integran un mismo sistema por lo que se han seleccionado solo algunos de ellos, los más significativos, para analizar el grado de cobertura de sus sistemas de salud bucodental.

39- Las dos referencias básicas son:

-Tan, S.S.; Redekop, W.K. y Rutten, F.F.H. (2008): "Costs and prices of single dental fillings in Europe: a micro-costing study", Health Economics, vol 17

- Klingenberger, D.; Schneider, M.; Hofmann, U. et al. (2015): "EURO-Z-II Comparison of Dental Fees in Europe", Institut Der Deutschen Zahnärzte. Köln: Deutsche Zahnärzte Verlag DAV.

40- Eaton, K.A.; Ramsdale, M.; Legget, H.; Csikar, J.; Vinall, K.; Whelton, H.; Douglas, G. (2018): "Variations in the provision and cost of oral healthcare in 11 European countries: a case study", International Dental Journal.

41- Los países que fueron objeto de estudio son Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Polonia, Rumanía, España y Suecia.

4.2

Población cubierta por el sistema

En términos generales, todos los sistemas europeos distinguen dos poblaciones en función de su cobertura: por un lado, los niños y adolescentes, (aunque la concreción de la edad hasta la que alcanza la prestación es muy diversa) y, por otro, la población adulta.

A continuación se expondrá el grado de cobertura que presentan los diferentes colectivos para algunos de los países más significativos y con respecto a los cuales se puede disponer de un mayor grado de información.

4.2.1.

Cobertura para la infancia y la juventud.

En principio, en los sistemas Bismarckiano, Nórdico y Beveridgiano la cobertura reforzada para niños y adolescentes es prácticamente universal y cubierta por el estado.

Sin embargo, en el sistema meridional los niveles de provisión de servicios de salud bucodental para los niños y adolescentes son muy reducidos o no existen más allá de las extracciones en el sistema sanitario público. Algo similar ocurre para los países en transición de Europa del Este en el que los niveles de prestación pública para ese colectivo prácticamente han desaparecido.

Alemania

En Alemania el seguro sanitario público, que es de naturaleza obligatoria para determinados colectivos y umbrales de renta, cubre todos los gastos de tratamiento dental conservador y quirúrgico necesario, así como las ortodoncias necesarias para niños y adolescentes menores de 18 años. Estos tratamientos se complementan con otros de naturaleza profiláctica de forma gratuita.

Francia

En Francia la prestación es universal a determinadas edades específicas (6, 9, 12, 15, 18 años y, desde 2018, también a los 21 y 24 años, siendo obligatorio a los 6 y 12 años) en las que se realiza un examen oral, se le da asesoramiento preventivo y se prestan determinados tratamientos básicos derivados de la revisión, ya sean tratamientos de naturaleza reparadora o selladores.

Fuera de esas edades o de las prestaciones señaladas se establece un sistema de pago compartido entre el estado, que cubre el 70% del coste de la intervención, siendo sufragado el 30% restante por los padres, por el propio paciente o por un seguro sanitario privado.

Suecia

En Suecia toda la atención dental para niños y adolescentes, incluidas las ortodoncias y los tratamientos dentales pediátricos más especializados, está libre de coste hasta los 19 años (aunque como las competencias sobre salud bucodental son de naturaleza provincial, algunas de las provincias han extendido esa gratuidad hasta los 20 años).

Hasta los 19 años la atención se realiza de forma regular y sobre una base individualizada; el objetivo es que se revise la salud dental de niños y jóvenes al menos una vez cada dos años. Además, de las revisiones periódicas, en las escuelas y centros de salud se presta educación y tratamiento dental preventivo para niños y adolescentes de forma periódica.

Inglaterra

En el Inglaterra, la cobertura gratuita alcanza hasta los niños y adolescentes menores de 18 años o de 19 si se encuentran estudiando a tiempo completo.

Italia

En Italia los programas de cuidado de la salud bucodental cubren a niños y adolescentes hasta los 14 años, limitándose a visitas de diagnóstico y a otros tratamientos como extracciones, cirugía periodontal o cirugía reconstructiva oral, pero no tratamientos reparadores.

En cualquier caso, las prestaciones varían de forma significativa entre regiones e, incluso, entre ciudades de una misma región porque gran parte del sistema depende de las prioridades regionales que complementan la cartera básica definida a nivel estatal.

4.2.2. Cobertura para adultos

La tendencia hacia la universalidad de la prestación para niños y adolescentes de los sistemas más avanzados se modula en relación con la población adulta.

Así, en términos generales, para la población adulta se introducen sistemas de cobertura menos extensos y mecanismos de financiación mixta entre el estado y los ciudadanos. Evidentemente, cuanto más débil es la cobertura para niños y adolescentes más débil es la protección para los adultos. En cualquier caso, en la mayor parte de los sistemas se establecen colectivos vulnerables para los que las prestaciones son asimilables a las que se fija para los tratamientos en la infancia y juventud.

Nuevamente, los grados de protección son muy diversos entre los distintos países.

Alemania

Todos los adultos deben de estar cubiertos con un seguro sanitario público o con uno privado. Bajo esa premisa, aquellos tratamientos dentales que exceden el alcance predefinido de la atención necesaria en el correspondiente seguro, así como las prótesis dentales, están sujetos a copagos por parte de la persona asegurada. Esos copagos pueden reducirse si el paciente toma medidas para mantener dientes sanos.

Evidentemente, en el caso de contratación de un seguro privado el grado de cobertura se ajusta de forma flexible a las necesidades y capacidad de pago del asegurado.

Suecia

Los pacientes pagan una parte significativa de la factura indistintamente de si la atención bucodental de los adultos se realiza por dentistas del sistema público (PDS) o por profesionales privados. A partir de ahí se activa un sistema de seguro social que cubre gran parte de los costes y que reembolsa al paciente sobre las mismas premisas con independencia de cuál haya sido el ámbito, público o privado, desde el que se haya realizado la prestación.

El elemento diferencial radica en la parte que paga el paciente y la que paga el estado y la desigual cobertura que tienen las diferentes intervenciones y prestaciones, puesto que no todos los cuidados dentales son reembolsables, sino que se sigue un esquema basado en la eficiencia socioeconómica.

Igualmente, para aquellos pacientes con enfermedades prolongadas, para ciertos diagnósticos médicos y para pacientes con necesidades especiales por problemas de discapacidad existen sistemas adicionales que subsidian la atención dental.

Francia

La mayoría de los servicios de salud bucodental son proporcionados por profesionales liberales de acuerdo con un acuerdo llamado *Convention* y en el que se fijan tarifas para los tratamientos conservadores y quirúrgicos. Como se verá más abajo, para esos tratamientos el grado de cobertura de parte del coste por parte del estado es mayor que para otro tipo de tratamientos, como las ortodoncias o las prostodoncias. Para hacer frente, total o parcialmente, a la parte de la prestación no cubierta desde el estado se utilizan de forma generalizada los planes de seguro complementarios.

Inglaterra

El proceso de incorporación de mecanismos de copago en el Servicio Nacional de Salud (NHS) ha alterado la forma en que se realizaba la prestación de la atención bucodental. En estos momentos, el peso específico de la atención bucodental prestada fuera del Sistema Nacional por parte de profesionales privados que establecen convenios con el Sistema ha ido en aumento.

La mayor parte de los pacientes pagan un cargo fijo en función del tratamiento recibido en lugar de una proporción de su coste; si bien se establece una serie de colectivos para la que los tratamientos se prestan sin ningún tipo de cargo, como pueden ser las mujeres embarazadas o en lactancia o las personas que dependen de la asistencia social y carecen de ingresos por cuenta propia. Igualmente, también existen algunos tratamientos que son gratuitos para todos los pacientes, como la atención domiciliaria para aquellas personas con problemas de dependencia severa y que no puedan salir del hogar o la reparación de prótesis dentales.

Italia

La cobertura ofrecida por el sistema sanitario público italiano para el conjunto de la población es muy reducida. Básicamente se garantizan los siguientes tratamientos:

- La realización de exámenes dentales, al final del diagnóstico precoz de patologías neoplásicas de la cavidad oral.
- El tratamiento inmediato de urgencias odontostomatológicas: tratamiento de infecciones graves, sangrado, dolor intenso, incluida la pulpotomía (con acceso directo) Junto a estos tratamientos generales, se identifican dos colectivos específicos para los que se establece una cobertura ampliada que nunca llega a intervenciones protésicas o estéticas: las personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad “sanitaria” y las que se encuentren en situación de vulnerabilidad social. Para ambos colectivos, las coberturas son más amplias pero siempre centradas en la revisión y el tratamiento de enfermedades bucodentales.

4.2.3. La cobertura económica del sistema

En relación con el grado de cobertura económica del sistema hay que destacar dos elementos esenciales que informan la mayor parte de sistemas de atención a la salud bucodental en Europa.

En primer lugar, y como ya se ha señalado, cabe destacar el contraste existente entre unos sistemas sanitarios que garantizan una cobertura prácticamente universal y que son financiados mayoritariamente vía imposición general o con cargo a cotizaciones sociales y unos sistemas de atención bucodental que no gozan de cobertura universal en el marco del sistema de salud correspondiente y que, en consecuencia, deben complementarse con aportación privada por parte de los pacientes. Y, en segundo lugar, también hay que destacar la diferencia en el grado de cobertura en función de la población considerada, existiendo un mayor grado de cobertura económica para los niños y adolescentes por cuanto se considera que es en esas etapas en las que hay que desarrollar un mayor esfuerzo en términos preventivos y de generación de hábitos que permitan una buena salud bucodental a lo largo de la vida.

A partir de la consideración de ambas premisas cabe distinguir aquellos sistemas en los que la cobertura económica es compartida entre el estado y el paciente de aquellos en los que la cobertura apenas cubre algunas prestaciones básicas, esencialmente extracciones y tratamiento de algunas enfermedades, y en las que, por lo tanto, el paciente debe hacer frente de forma personal al coste del tratamiento. En cualquier caso, también existe un elemento común a casi todos los sistemas, y es que la provisión de las prestaciones de salud bucodental para los adultos se realiza desde el sector privado siendo, en el mejor de los casos, subvencionado su coste total o parcialmente desde el sistema sanitario público. La excepción sería Suecia, en donde el servicio dental público atiende a casi la mitad de los adultos.

Alemania

Como se señaló más arriba, todos los alemanes tienen la obligación de estar cubiertos por un seguro médico, ya sea público o privado, que cubre unas determinadas prestaciones en materia de salud bucodental. Esos seguros garantizan la compensación total de todo el tratamiento dental conservador y quirúrgico médicamente necesario, así como la atención ortodóncica necesaria para los menores de 18 años.

Los tratamientos dentales que exceden el alcance predefinido de la cartera básica, así como las prótesis dentales, están sujetos a copagos de la persona asegurada; si bien existe la posibilidad de que dichos copagos puedan reducirse si el paciente toma medidas preventivas para mantener la salud bucodental.

Por lo que respecta al tratamiento protésico todas las personas legalmente aseguradas pueden elegir entre un seguro de salud privado y el seguro público, pero es obligatorio estar asegurado en uno u otro.

La casuística en relación con la que los distintos países enfrentan los mecanismos de coste compartido de los tratamientos es muy diversa, siendo diferentes incluso al interior del mismo sistema. Es por lo que a continuación se expondrán solo los casos singulares elegidos más arriba.

Resulta interesante resaltar que menos del 2% de los dentistas en activo tratan solo pacientes de los esquemas de aseguramiento privado, es decir, las prestaciones cubiertas por los seguros de salud obligatorios se prestan por parte de profesionales privados que habrán debido inscribirse como miembro de una KZV (Kassenzahnärztliche Vereinigungen) para poder prestar tratamiento dental dentro del esquema de los seguros de salud obligatorios, existiendo un comité federal que vela porque los estándares de las prestaciones que se financian desde los seguros sanitarios públicos sean los adecuados, valoran cuáles son los tratamientos que deben de ser necesariamente cubiertos por los seguros y decide cuáles aprobar y qué materiales usar, así como su precio.

Por lo tanto, el sistema se articula sobre una base de colaboración público-privada; lo cual no es sorprendente si se tiene en cuenta que en torno al 90% de la población tiene un seguro sanitario público.

Francia

El 98% de los especialistas en salud bucodental ejercen dentro del marco de la Convention y la pertenencia a la misma es condición ineludible para que el paciente pueda reclamar a la Seguridad Social la parte correspondiente del coste de la intervención.

En consecuencia, nuevamente se trata de un servicio público que se presta desde el ámbito privado bajo la regulación del Estado y tras negociar los términos del servicio entre los representantes de los sindicatos profesionales representativos de los dentistas y la Seguridad Social dando lugar a la Convention, que fija el marco regulatorio y la gestión administrativa de todo el procedimiento relacionado con la atención en materia de salud bucodental.

Esto se traduce en términos operativos en que el profesional debe cobrar las tarifas tasadas para ese tipo de intervenciones, según lo acordado en la Convention, y el paciente puede reclamar hasta el 70% de dicho importe al estado (a la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés).

Para otros tratamientos no cubiertos ordinariamente -como, por ejemplo, ortodoncias y prostodoncias- los cirujanos dentales pueden establecer sus propios honorarios, debiendo informar previamente al paciente del coste estimado de la intervención. A partir de ahí, la Caisse puede aprobar el tratamiento y cubrir una parte de estos honorarios del profesional sobre la base de una

escala estipulada. El paciente paga la tarifa completa al cirujano dental y luego se hace reembolsar el porcentaje correspondiente por la Caisse.

Dado que el sistema público no cubre el coste de toda la intervención, salvo para colectivos y tratamientos muy concretos, la mayor parte de los ciudadanos (el 90% aproximadamente en 2013) cuentan con planes de seguro complementarios para cubrir todo o parte de su tratamiento. Con respecto a la atención conservadora y quirúrgica, estos seguros complementarios cubren la totalidad o parte de las tarifas no cubiertas por el seguro obligatorio.

La contratación de estos seguros se ha estimulado a través de la aprobación de una ley de junio de 2013 que establece la generalización de seguros de salud complementarios en los convenios colectivos para todos los empleados y todas las empresas con independencia de su tamaño.

Pero, además, para el caso de aquellas personas desempleadas o dependientes de la asistencia social existe un seguro de enfermedad universal (Couverture Maladie Universelle) que cubre la parte que no cubre la seguridad social y que establece tarifas especiales para los tratamientos para estas personas.

Suecia

Los pacientes pueden elegir ser atendidos en el Servicio Dental Público (PDS) o por profesionales privados.

En el caso de niños y adolescentes, la mayor parte de ellos suelen ser atendidos en el sistema público sin ningún tipo de cargo, máxime si se trata de ortodoncias o cuidado dental pediátrico especializado. Sin embargo, nada impide que sus padres puedan optar por un profesional privado con el mismo grado de cobertura.

Por su parte, los adultos pueden optar igualmente por los dentistas del sistema público o por profesionales privados, asumiendo ellos mismos una gran parte del coste del tratamiento. Ahora bien, existe un

esquema de seguro social que cubre parte de los costes del tratamiento y que reembolsa al paciente en la propia consulta, ya sea ésta pública o privada.

Este esquema de seguro social cambió en 2008 y desde entonces presenta las siguientes características:

- Todas las personas de entre 30 y 74 años reciben un bono de atención dental o subvención dental de 15 euros al año.
- Todas las personas de entre 20 y 29 años y las mayores de 75 años, reciben un bono/ subvención de 30 euros por año.

- El bono se puede guardar por un período de dos años, lo que resulta en 30 euros o 60 euros para atención dental durante un período de dos años como pago parcial para un chequeo de atención dental en cualquier dentista o higienista dental, o como pago parcial por una prestación de atención dental.

Esta cobertura básica se complementa con un esquema de protección para intervenciones de alto coste. En ese caso, el seguro público cubre una compensación equivalente al 50% de los costes de atención dental si estos se sitúan entre 321 euros y 1.590 euros; si el coste de la intervención supera los 1.590 euros, el seguro cubre el 85% del coste del tratamiento. En cualquier caso, los primeros 320 euros siempre son pagados por el paciente.

Inglaterra

La atención a la salud bucodental se presta tanto a través del Sistema Nacional del Salud (NHS) como de forma privada, si bien el peso del sector privado es el más relevante y va en aumento. Los profesionales privados pueden aceptar pacientes derivados desde el sistema público y, de esa forma, pasan a forma parte de la red de prestación pública externa denominada “General Dental Service”, coordinada por las autoridades sanitarias.

Igualmente, existen profesionales privados que brindan prestación derivada del Servicio Nacional de Salud específicamente en materia de ortodoncia y que se encuadran bajo una relación contractual diferente en el denominado “Personal Dental Services”.

En relación con la cobertura del sistema, el Sistema Nacional de Salud no fija como susceptible de reembolso un porcentaje del tratamiento sino que paga un precio fijo tasado por cada uno de los cuatro tratamientos que cubre el sistema y que abarcan desde chequeo de rutina y limpieza (21,60 euros en 2013) a coronas y puentes (257 euros en 2013). La existencia de estos precios tasados hace que los dentistas privados prefieran no atender a pacientes derivados desde el sistema público y prefieran atender sobre la base de tarifas libres a sus propios pacientes.

Estos niveles de compensación se basan en una estructura de “precios de referencia” que permite centrar los precios de mercado en torno a estos precios y facilitar la comparativa de precios a los pacientes. Nada impide que el dentista pueda fijar sus precios por encima de los de referencia pero, en ese caso, la diferencia no está cubierta por el seguro y debe atenderla el paciente.

Por otra parte, hay que destacar que no todos los tipos de atención dental son reembolsables. Se priorizan las medidas preventivas y el tratamiento de la enfermedad. Igualmente, para aquellos pacientes que presentan enfermedades crónicas o tienen necesidades especiales por motivo de discapacidad existen sistemas de cobertura adicionales que subsidian la atención dental, siempre sobre la base evaluaciones individuales de los pacientes.

Junto a estas formas de provisión del servicio también existe el denominado Salaried Primary Dental Care Service (SPDCS). Este servicio proporciona odontología de salud pública por parte de dentistas asalariados públicos para grupos que tienen un acceso deficiente a otros servicios dentales, por ejemplo, niños y adultos con discapacidades y territorios en los que donde hay poca red asistencial, ya sea privada o pública.

Finalmente, la atención dental también se brinda en la mayoría de los hospitales generales grandes y en todas las escuelas de odontología. De hecho, en Inglaterra, gran parte del tratamiento dental especializado se lleva a cabo dentro del Hospital Dental Service (HDS), una vez que se produce la derivación del paciente desde un dentista de los servicios dentales generales o comunitarios. Todos los servicios dentales prestados por hospitales y muchos servicios prestados por el SPDCS son gratuitos.

Italia

Tal y como se desprende de lo expuesto en relación con los niveles de cobertura, la atención a la salud bucodental debe considerarse como un tratamiento del sector privado en Italia, ya que solo el 4% de la atención dental se brinda dentro del Sistema Nacional de Salud (SSN). Sin embargo, las dos principales asociaciones dentales, ANDI y AIO coinciden en que en los últimos años ha habido signos de un aumento de la oferta pública, tanto en forma de nuevos modelos de prestación como del desarrollo de formas de atención que conjugan la intervención conjunta de naturaleza pública-privada.

Como se señaló, más allá de intervenciones muy concretas y para los colectivos especificados, el resto de los tratamientos deben ser sufragados sin ningún tipo de compensación por los pacientes. En este sentido, el sistema es totalmente asimilable al existente en España



Conclusiones

Como puede apreciarse, la diversidad de sistemas para tratar de cubrir la atención bucodental de la mayor parte de la población, al tiempo que se establecen grados de cobertura reforzadas para determinados colectivos, son muy variados en Europa.

La mayor parte de ellos pasa por la implicación del sector privado en el sistema de salud bucodental como forma de incrementar la accesibilidad del sistema, facilitar la libertad de elección de los pacientes en relación con los profesionales y ampliar la red de asistencia lo máximo posible.

Estos sistemas se articulan en torno a la subvención total o parcial de los tratamientos, por un lado, y la regulación de las tarifas para los tratamientos cubiertos por parte del correspondiente sistema nacional de salud.

Incluso en el caso en el que el sistema es predominantemente público, como es en Suecia, la participación del sector privado se produce prácticamente en los mismos términos que la del sector público.

La resultante es una cobertura mucho más extensa en términos de población y de prestaciones y una política de salud bucodental mucho más desarrollada y avanzada que la que existe en los países del sur de Europa.

Propuesta para ampliación de la cartera bucondental básica en España

El diseño de una política de salud bucondental que extienda la cobertura, tanto en términos de colectivos cubiertos como de tratamientos, requiere partir de una reflexión acerca de la importancia de la salud bucondental para la población y de los principios que deberían regir la misma para conseguir que la misma fuera lo más extensa posible.

Para ello se han considerado los diferentes enfoques que la OMS ha ido usando en sus recomendaciones insistiendo en el que considera que determinadas enfermedades crónicas presentan una serie de factores y condiciones comunes y, por lo tanto, enfrentarlas desde sus causas últimas permite efectos multiplicadores sobre la salud pública general e incrementa la eficiencia y efectividad de los programas, esto es, el denominado “enfoque de riesgo común”.

A partir de ahí, se defiende también la necesidad de que el diseño de las políticas de salud bucodental opte por una estrategia de riesgo poblacional. Esta estrategia se sustenta sobre la idea de que, en general, las políticas de salud pública deben de diseñarse con el objetivo de reducir los riesgos para el conjunto de la población, y no solo de grupos específicos de ésta, y con medidas que incidan directamente sobre las causas y que trasciendan la dimensión sanitaria del tratamiento de las patologías.

Seguidamente, y tras una breve revisión de los principales puntos débiles del actual sistema público de salud bucodental español, se realiza una defensa de la necesidad de ampliar de forma inclusiva la asistencia bucodental y de elaborar un plan nacional al respecto, que no solo integre a los diversos actores de la asistencia bucodental en España sino que también ordene las estrategias para enfrentar mejor y de forma más eficiente la enfermedad.

Para ello, se parte de una exposición de los principales costes personales y sociales derivados de una pobre salud bucodental y de los problemas de concentración de la enfermedad que siguen claramente un gradiente socioeconómico.

La estimación en términos de bienestar personal de dichos costes se realizará a través de la metodología denominada Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD o DALY en inglés), desarrollada por la OMS. Se constatará así el fuerte impacto que tienen las enfermedades bucodentales sobre las condiciones de vida de la población, siendo éste muy superior al de otras enfermedades que sí que cubre el Sistema Nacional de Salud de forma gratuita y universal para el conjunto de la población.

Por su parte, para la estimación económica de los mismos se recurrirá al cálculo de los costes de los tratamientos a partir de los costes directos derivados del cuidado dental por parte de los profesionales privados de la salud bucodental y del coste de los tratamientos que sí cubre el sistema público, ambos

proporcionados por el Sistema de Cuentas de Salud publicado por el Ministerio de Sanidad.

Tras esa estimación de costes, tanto en términos de bienestar como económicos, se profundizará en el patrón de desigualdad de las enfermedades bucodentales entre la población española explotando los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2017.

Ese patrón de desigualdad permite identificar con mayor precisión la existencia de un gradiente socioeconómico en materia de salud bucodental, pudiendo constatarse el mismo tanto a niveles personales como territoriales.

Además, el gradiente socioeconómico también condiciona el tipo de servicios bucodentales a los que acceden los diferentes estratos sociales, primando la componente preventiva cuanto más elevado es el estrato social del paciente.

Y, lo que es más relevante, los datos de la Encuesta permiten constatar la existencia de una realidad dramática para la salud bucodental de la población: el problema de la accesibilidad a la misma por motivos económicos. Ahí es donde el gradiente social adopta una dimensión más intensa y condiciona la salud y el bienestar personal a la situación económica de una forma más grave.

A partir de ese diagnóstico, que se viene a sumar al de la primera parte de este informe, se realiza una estimación de cuánto esfuerzo económico supondría ampliar la cobertura de la asistencia bucodental para toda la población española, de forma que su acceso fuera universal y gratuito, como lo es la asistencia sanitaria en general; planteándose igualmente diversos escenarios de copago general que ayuden a dibujar diversos horizontes de esfuerzo financiero público, quedando el planteamiento de por dónde podría empezar a pensarse de forma más concreta la universalización de la cartera bucodental para la última parte de este informe.

Bases para el diseño de una política bucodental inclusiva

1

1.1

Principios e indicadores básicos.

En 1981, la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto a la Federación Dental Internacional (FDI) establecieron un marco para la consecución de una serie de objetivos en materia de salud bucodental a nivel global de cara al año 2000 (Global Oral Health Goals). Muchos de ellos fueron alcanzados pero, para la mayor parte de la población mundial, siguieron siendo simplemente una aspiración.

Esa iniciativa, una vez evaluado el periodo anterior, se volvió a retomar a inicios del siglo XXI. Se aprobó entonces un marco operativo para el diseño de una estrategia para la consecución de una serie de objetivos globales para el año 2020 que permitía, al mismo tiempo, la autoevaluación de los programas nacionales en curso durante el periodo de vigencia de la estrategia, casi a modo de **“check-list”**⁴².

En el marco de esa iniciativa destacaba la advertencia inicial de que el éxito de los diferentes planes dependería de cuáles fueran los recursos disponibles o susceptibles de ser movilizados para la puesta en marcha del plan. Y, al mismo tiempo, también resaltaba la necesidad de identificar adecuadamente la lista de problemas de salud bucodental existentes en la comunidad, los colectivos afectados de forma diferenciada por la enfermedad y la priorización de los tratamientos para conseguir que estos no solo tuvieran el mayor impacto posible sino que, además, se garantizara su sostenibilidad en el tiempo.

El decálogo de objetivos que integraban ese marco operativo sirve perfectamente de referencia para justificar la necesidad de ampliar la cartera pública de servicios en materia bucodental en España, habida cuenta del retraso relativo que la misma mantiene con respecto a los países más avanzados de nuestro entorno.

⁴²- La documentación necesaria para el diseño de ese marco y la autoevaluación correspondiente puede encontrarse en la página de la Organización Mundial de la Salud, aquí: https://www.who.int/oral_health/publications/goals2020/en/

Decálogo de objetivos de la OMS para la mejora de la salud bucodental a nivel global

- 1** Reducir la mortalidad provocada por enfermedades orales y craneofaciales.
- 2** Reducir la morbilidad provocada por enfermedades orales y craneofaciales y, por lo tanto, mejorar la calidad de vida.
- 3** Promover políticas y programas sostenibles y priorizados en materia bucodental en los sistemas de salud a partir de la revisión sistemática de las mejores prácticas, es decir, políticas sustentadas sobre una base empírica.
- 4** Desarrollar sistemas de salud oral accesibles en términos de coste-eficiencia para la prevención de las enfermedades bucodentales y craneofaciales.
- 5** Integrar las políticas de promoción de la salud y el cuidado oral con otros sectores que tengan influencia sobre la salud, usando el enfoque de factor de riesgo común.
- 6** Desarrollar programas de salud oral que empoderen a las personas para que puedan controlar los determinantes que influyen sobre la salud.
- 7** Potenciar sistemas y métodos para la vigilancia de la salud oral, tanto en términos de procesos como de resultados.
- 8** Promover la responsabilidad social y la práctica ética de los cuidadores.
- 9** Reducir las disparidades en salud oral entre diferentes grupos socioeconómicos dentro de un país y entre países.
- 10** Aumentar el número de proveedores de atención sanitaria que estén formados en una apropiada vigilancia epidemiológica de las enfermedades orales.

En línea con este decálogo también se encuentran los objetivos planteados por la “Plataforma para una Mejor Salud Oral en Europa” (Platform for Better Oral Health in Europe) que, además de animar a los gobiernos a mejorar sus sistemas de recogida de datos sobre este tipo de enfermedades, plantea una serie de lineamientos en materia de políticas preventivas. Esos objetivos entran en un terreno mucho más concreto que los anteriores porque parten de un análisis previo sobre la realidad de la salud bucodental en Europa que fue publicado en 2012 y que constituye el informe más completo y basado en evidencia empírica sobre la prevalencia de las enfermedades bucodentales en Europa y los costes que estas generan.

En concreto, algunas de las líneas directrices de la Plataforma son los siguientes:

- Todos los grupos poblacionales deberían tener acceso a la atención en salud bucodental en función de sus necesidades.
- Todos los Estados miembros de la UE deberían haber desarrollado una estrategia nacional específica en materia de prevención en salud bucodental siguiendo directrices comunes a nivel europeo. Estas estrategias deberían basarse sobre el enfoque del factor de riesgo común, tomar en consideración grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo e integrar objetivos específicos de salud bucodental en los programas nacionales de salud y de investigación en materia de salud.
- Todos los Estados miembros deberían de tener en cuenta las crecientes desigualdades en materia de salud bucodental desarrollando programas de promoción de la salud que pongan el foco sobre buenas prácticas en materia de higiene oral, el uso de fluoruro, hábitos alimenticios sanos, reducción del consumo de azúcar y promoción de alternativas a éste.
- Los cuidadores de ancianos en el hogar o en residencias, así como los de niños huérfanos y con necesidades especiales deben recibir capacitación para proporcionar higiene bucal diaria de manera rutinaria a quienes están a su cargo.

Además de ese conjunto de objetivos se señalan algunos indicadores que debieran orientar el grado de consecución de estos y que, por lo tanto, son fundamentales de cara a la evaluación de las políticas públicas en materia de salud bucodental.

A modo de guía, y para ilustrar las opciones posibles de ampliación de la cartera de servicios bucodental en España, en el siguiente Cuadro se recoge el conjunto de indicadores que permitiría controlar los avances en dicha materia a lo largo del tiempo y que, por lo tanto, ofrecen líneas para definir los objetivos que deberían orientar el diseño de las políticas públicas correspondientes.

Indicadores para la evaluación del grado de progreso e incidencia de las políticas de salud bucodental

- Reducción de la proporción de adultos de mediana edad afectados por periodontitis severa.
- Mejora de cinco años en la tasa de supervivencia para casos tratados de cáncer oral.
- Aumento del número de niños y niñas de 6 años sin caries.
- Incremento en el número de detección de pacientes afectados por cáncer oral en su etapa 1 (local).
- Aumento en el porcentaje de niños y niñas de 12 años sin caries, prestando especial atención a los grupos de alto riesgo (grupos socioeconómicamente más vulnerables).
- Incremento en la tasa de vacunación contra el virus del papiloma humano en adolescentes (tanto chicas como chicos), en tanto que se trata de una de las causas crecientes de cáncer oral.
- Aumento del porcentaje de adultos mayores de 65 años con dentición funcional, es decir, con 21 o más dientes naturales.

Como puede comprobarse, los indicadores que constituyen la base para el seguimiento del grado de éxito de las políticas están perfectamente identificados y ponen la atención sobre varias cuestiones claves:

- La atención durante la infancia, cuando la dentadura es aún no permanente, para generar hábitos y prevenir enfermedades en la dentición permanente, siendo de singular relevancia la atención y supervisión durante la adolescencia.
- La atención preferente sobre colectivos vulnerables, singularmente aquellos que presentan una situación socioeconómica más débil.
- La priorización de la atención sobre los adultos mayores para que preserven durante el mayor tiempo posible la funcionalidad de su dentición natural.
- La prevención de enfermedades bucodentales de singular gravedad.

Y todo ello toma como marco referencial la atención prioritaria a un problema estructural que se replica en la mayor parte de los países desarrollados: “las desigualdades en salud oral se han convertido en uno de los principales retos en materia de salud pública como consecuencia de que los grupos sociales con bajos niveles de renta o en situación de desventaja social experimentan niveles desproporcionadamente elevados de enfermedades orales”⁴³.

En efecto, es un rasgo común en la mayor parte de los países de renta elevada el hecho de que la alta incidencia y prevalencia de las patologías orales se concentre en la población de nivel socioeconómico más bajo (en torno a un 80% de las patologías se concentran en el 20% de la población más pobre); igual correlación se da entre las patologías

orales más prevalentes y el nivel educativo, siendo más elevada la prevalencia de las enfermedades cuanto menor es éste⁴⁴. Si, además, a ello se le une el que el tratamiento paliativo de las enfermedades bucodentales es caro, la resultante es que se genera un saldo negativo en términos de equidad en el acceso a los tratamientos.

La cuestión se centra, por lo tanto, en cómo desarrollar una política pública en materia de salud bucodental que no sólo trate de prevenir los efectos de las diferentes enfermedades de esa naturaleza sobre la población, sino que también intervenga de forma específica sobre los colectivos más vulnerables que son, a su vez, los que mayor prevalencia de enfermedad presentan.

43- Watt, R.G. (2005): “Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion”, Bulletin of the World Health Organization, September, vol. 83, n.9.

44- El nivel educativo también está asociado a la calidad de vida oral, expresada a través del edentulismo: en personas con niveles educativos más bajos la prevalencia del edentulismo es muy superior a la que presentan aquellas que poseen niveles educativos más altos.

Enfoques de salud pública.

Las enfermedades bucodentales son, en muchos casos, enfermedades ampliamente prevenibles y, por lo tanto, el reto de las autoridades públicas es cómo generar las condiciones, los incentivos y las prestaciones en términos de políticas públicas para mejorar la salud bucodental de la población en general y de los grupos más vulnerables en particular con el objetivo último de reducir las desigualdades entre ellos.

Desde esa perspectiva, y siguiendo las líneas metodológicas más recientes que sustentan las políticas públicas sobre la evidencia empírica (evidence-based), se han desarrollado algunos estudios que han analizado cuál es el tipo de intervención más efectiva desde el punto de vista de la prevención en materia de salud bucodental.

Las conclusiones de esos estudios son prácticamente unánimes: en la medida que la mayoría de los programas de políticas públicas de salud bucodental son paliativos no consiguen mejoras sostenibles en la salud oral porque suelen ignorar los factores subyacentes generadores de problemas y enfermedades bucodentales⁴⁵. La expresión más contundente de la debilidad del enfoque paliativo puede encontrarse en los resultados de un estudio clásico de Watt y Seiham en el que analizaban la evolución de los niveles de caries entre la población de doce años en 18 países industrializados a lo largo de las décadas de 1970 y 1980. En dicho estudio llegaban a la conclusión de que la actuación de los servicios de odontología solo eran responsables de un 3% de la variación en los cambios experimentados en los niveles de caries; por el contrario, un conjunto de factores socioeconómicos, entre los que se encontraba el uso extendido de dentífricos fluorados explicaba el 65% de los cambios.

El efecto último es que las desigualdades en lugar de reducirse se incrementan como consecuencia de que los grupos poblacionales de mayor renta también son los que se benefician en mayor medida del tipo de intervenciones implementadas, sean estas paliativas o preventivas.

De hecho, no cabe duda de que los servicios odontológicos son muy eficaces de cara a aliviar el dolor, facilitar la curación de las enfermedades y mejorar la calidad de vida de las personas, pero también hay evidencia de que los servicios clínicos, en general, son utilizados de forma diferente por las distintas clases sociales: cuanto más bajo es el nivel socioeconómico, menor es el acceso a ellos.

A partir de esta constatación, la OMS ha planteado la necesidad de que el principal enfoque para combatir enfermedades no transmisibles a nivel mundial sea el desarrollo con carácter predominante de un enfoque de salud pública para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud⁴⁶.

Ese enfoque debe partir de la constatación de una realidad ineludible como es el que los modos y estilos de vida ni son siempre elegidos libremente por los individuos ni es fácil que los puedan modificar. O, dicho de otra forma, el simple conocimiento de la necesidad de modificar los hábitos en materia de salud a partir de campañas informativas no siempre se traduce en una modificación efectiva de esos hábitos y, por lo tanto, ese conocimiento y conciencia son de muy poco valor cuando no existen los recursos y las oportunidades para que los mismos se traduzcan en cambios reales.

Por lo tanto, tan relevante como las campañas informativas y de prevención es el conocimiento del contexto socioeconómico en el que se desarrollan los hábitos y comportamientos que acaban desembocando en la enfermedad de cara al diseño de las políticas públicas al respecto.

⁴⁵- Watt, R. y Seiham, A. (1999): "Inequalities in oral health: a review of de evidence", British Dental Journal, vol. 187.

⁴⁶- El documento base aprobado por la OMS y en el que se detalla esa estrategia es Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases; World Health Organization, 2000. Puede encontrarse aquí: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/s17.pdf?ua=1

Desde esa perspectiva, constituye ya un lugar común en la literatura sobre cómo combatir las desigualdades en materia de salud la necesidad de investigar cuáles son los determinantes sociales, económicos, ambientales, psicológicos, biológicos e incluso políticos que influyen sobre la misma.

Todos esos factores y las interacciones que se producen entre los mismos son también relevantes en materia de salud bucodental⁴⁷. Es más, en gran medida condicionan a otra serie de variables como pueden ser el acceso a la población a los sistemas de atención sanitaria, el nivel de utilización de los servicios bucodentales, el nivel de conocimiento y la propia actitud sobre la salud oral. Todo ello incide sobre la calidad de la salud bucodental de los individuos y, por lo tanto, no puede ser obviado cuando hay que desarrollar políticas de salud pública.

Además, y como se ha podido constatar en el Diagnóstico para el caso de España, hay que destacar la fuerte correlación existente entre factores socioeconómicos (normalmente sintetizados en los estudios al respecto en la variable renta o ingresos per cápita) y salud oral. Y ello porque, como se ha señalado, el nivel socioeconómico incide tanto sobre la capacidad de las personas para acceder a los servicios dentales como para sufragar el coste de los tratamientos preventivos y paliativos.

Igualmente, también se ha verificado la existencia de correlación entre el nivel de renta y los hábitos de consumo, especialmente en lo que a azúcar, tabaco y alcohol se refiere, siendo directa la relación entre el consumo de azúcar y la prevalencia de caries y entre el de tabaco y alcohol y el cáncer oral.

En definitiva, puede concluirse que los hábitos de higiene oral, los patrones alimenticios o la asistencia a las clínicas dentales para revisiones y tratamientos dependen ampliamente de determinantes socioeconómicos. Por lo tanto, y de cara a incrementar su eficacia, las políticas de salud pública tienen que influir sobre los determinantes subyacentes de la enfermedad, incidiendo más allá del ámbito estrictamente sanitario. O, en palabras de Watt, las políticas

públicas tienen que atajar las causas de las causas⁴⁸.

Desde ese punto de vista, tal y como se señaló más arriba, el enfoque que defiende la OMS y que hace suyo la “Plataforma para una Mejor Salud Oral en Europa” es el **enfoque del riesgo común**.

Este enfoque resalta que determinadas enfermedades crónicas presentan una serie de factores y condiciones comunes y, por lo tanto, enfrentarlas desde sus causas últimas permite efectos multiplicadores sobre la salud pública general e incrementa la eficiencia y efectividad de los programas.

Así, por ejemplo, como se ha señalado, el consumo de azúcar, alcohol y tabaco no solo repercute sobre la salud bucodental sino que son factores de riesgo para otro tipo de enfermedades crónicas, por lo que un enfoque preventivo que disuada del consumo abusivo de dichos productos repercutiría positivamente sobre el nivel de salud general y no solo sobre la bucodental.

Este enfoque de política de salud pública debe de acompañarse de estrategias de naturaleza preventiva que permitan multiplicar sus resultados.

De ese lado, caben dos enfoques alternativos en materia de **estrategias preventivas**.

El primero esos enfoques es el de riesgo elevado y se dirige esencialmente a priorizar las necesidades de individuos que presentan un alto riesgo de padecer una determinada enfermedad o varias asociadas. Para ello es necesario realizar tests de cribado lo más amplios posible para que se pueda identificar a los individuos y/o colectivos con mayor riesgo de padecer o desarrollar una enfermedad y, a continuación, diseñar intervenciones tanto de naturaleza preventiva, que permitan incidir sobre las causas que inciden sobre su riesgo diferencial, como de naturaleza paliativa para enfrentar la enfermedad si ésta ya se ha manifestado.

⁴⁷- Pueden verse al respecto, por ejemplo, estos artículos:

- Vanobbergen J. et al (2010): “Sociodemographic determinants for oral health risk profiles”, International Journal of Dentistry.

- Watt, R. y Sheiham, A. (2012): “Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework”. Community Dentistry and Oral Epidemiology, vol. 40.

⁴⁸- Watt (2005).

El problema de este enfoque es que se sustenta sobre una perspectiva de la prevención en la que prevalece su dimensión clínica y, en consecuencia, se suele centrar más en la dimensión paliativa. Esto se traduce en que al no incidir directamente sobre las “causas de las causas” no reduce significativamente los niveles de riesgo diferencial para esos individuos y/o colectivos.

Además, presenta la complicación añadida de la necesidad del cribado previo y de que el acceso de determinados sectores de población a los mismos puede ser tan complicada de conseguir como la intervención sobre las causas que inciden sobre el mayor riesgo que soportan. De alguna forma, las críticas a este enfoque ponen de manifiesto que es un error destinar recursos únicamente a los sistemas de atención odontológica de carácter paliativo porque su incidencia resulta muy marginal. Las intervenciones paliativas clínicas son un vector más, y un vector importante, pero no el más importante para la promoción de un nivel superior de salud oral entre la población.

Una vía de superación de las limitaciones de ese enfoque es la del enfoque poblacional⁴⁹. Desde esa perspectiva, las medidas de política de salud pública se diseñan para tratar de reducir los riesgos para el conjunto de la población y no para grupos específicos de ésta a través de medidas que inciden directamente sobre las causas y que trascienden la dimensión exclusivamente sanitaria del tratamiento de las patologías.

Las razones que justificarían la adopción de este enfoque en materia de salud bucodental es que la evidencia empírica ha demostrado que los cambios en los registros de caries observada se producen en el conjunto de la población y no se limitan a determinados subgrupos⁵⁰. En ese sentido, si la estrategia de salud pública se orientara solo hacia los individuos y/o grupos

de riesgo no se estaría incidiendo sobre la posibilidad de que la caries se extendiera entre el conjunto de la población por no haber sido prevenida a tiempo.

Esto no significa que no se deba prestar una atención singular a las poblaciones que muestran una mayor prevalencia de la enfermedad. De hecho, se recomienda que este enfoque se complemente con el denominado enfoque de población objetivo y cuya finalidad es centrar la atención sobre determinados grupos poblacionales que presentan un riesgo más elevado de padecer la enfermedad. La diferencia de este enfoque con respecto al de riesgo elevado es que la selección los grupos que merecen atención prioritaria no se realiza a través de pruebas de cribado sino mediante el uso de datos de naturaleza epidemiológica y/o socioeconómica.

Es por ello por lo que, si bien el enfoque del riesgo elevado ha sido el predominante en el diseño de los programas de intervención en materia de salud bucodental, la OMS ha ido cambiando progresivamente su perspectiva y recomendaciones y desde principios de siglo ha apuntado a que resulta más eficiente al menos una combinación de ambos enfoques⁵¹.

En este sentido, la OMS apunta a la necesidad de definir estrategias complementarias que ayuden a promover la salud en su conjunto, superando la visión meramente sanitaria y de corto plazo que puede llegar a ampliar las brechas de desigualdad. Por eso, en lugar de focalizar los programas en la dimensión preventiva y educativa en colectivos de alto riesgo defiende que hay que articular estrategias basadas en la complementariedad de enfoques de salud pública y que centren su atención tanto en evitar la enfermedad como en promover hábitos saludables que permitan modificar los determinantes últimos de la misma⁵².

49- El cuestionamiento del enfoque de riesgo elevado en materia de salud bucodental puede encontrarse en este artículo de Batchelor et alii., “The limitations of a ‘high-risk’ approach for the prevention of dental caries”, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2002, n.30.

50- A esa conclusión llega el estudio de Batchelor et alii antes citado.

51- Así se reconoce, por ejemplo, en *The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century. The approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Puede consultarse aquí: http://archives.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf

52- De cara al diseño de esa estrategia, la OMS establece una serie de criterios que la misma debiera cumplir: que fuera empoderadora; que se desarrollara de forma participativa; que tuviera carácter holístico; que tuviera alcance intersectorial; que atiende a cuestiones de equidad; que esté sustentada sobre la evidencia; que sea sostenible; que sea una estrategia multidimensional combinando diversos enfoques; y que sea susceptible de ser evaluada. Watt (2005), op. cit.

El sustrato de la intervención: rasgos estilizados y deficiencias de la asistencia bucodental pública en España.

La asistencia bucodental pública española presenta una gran cantidad de deficiencias que alejan la cobertura y el sistema de prestaciones del que le correspondería en función del nivel socioeconómico del país. Es más, el propio sistema replica y acrecienta las desigualdades en términos de prevalencia de las enfermedades bucodentales y de acceso a los correspondientes tratamientos de la población más vulnerable.

Así, simplemente a efectos de inventario, cabe recordar que, a pesar del carácter universal del Sistema Nacional de Salud, la cobertura en materia de salud bucodental pública para la población adulta se limita a extracciones y tratamientos quirúrgicos y solo implica a menos del 5% de los dentistas del país, el resto presta sus servicios en el sector privado⁵³. Por ello la mayor parte de la población se ve obligada a proveerse de asistencia bucodental en el sector privado, ya sea acudiendo bien a profesionales independientes o cadenas marquisitas bien a través de la contratación de seguros dentales privados.

Por otra parte, la exigua cartera de servicios bucodentales aprobada en el RD 1030/2006 definía una serie de servicios básicos y comunes que pretendían garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud en condiciones

de igualdad efectiva y con independencia de la Comunidad Autónoma en la que se residiera.

El problema es que esa cartera reconoce más exclusiones de tratamiento que propiamente derechos a tratamientos.

En efecto, la cartera de servicios comunes parte de un enfoque que estimula el desarrollo de actividades de naturaleza preventiva y de promoción de la salud bucodental y de la educación sanitaria, con especial referencia al adiestramiento en materia de higiene, información y formación. Y, seguidamente, detallan las prestaciones a las que tendrán derecho aquellas poblaciones consideradas como prioritarias, esto es, mujeres embarazadas, población infantil y personas con discapacidad; el resto de la población, más allá de la educación y la promoción y prevención de la salud bucodental, solo tiene derecho al “tratamiento de procesos agudos odontológicos”.

Sin embargo, el problema es que, incluso para aquellas poblaciones a las que se les ofrece una mayor cobertura -es decir, los niños y niñas- el nivel y acceso a los tratamientos depende, precisamente, de aquello que la definición de la cartera de servicios comunes pretendía evitar: la desigualdad en función de la Comunidad Autónoma de residencia.

Así, como ya se ha expuesto, actualmente coexisten en España tres modelos de asistencia dental infantil y juvenil diferentes (PADI, público y mixto). Y, si bien es cierto que todos ellos ofrecen prestaciones de odontología reparadora para niños y adolescentes, también es cierto que existen grandes diferencias entre la cartera de servicios que ofrecen, la cobertura, la financiación, el soporte legislativo, la red de centros asistenciales y la dotación de recursos en general⁵⁴.

53- Bravo et alli (2015): “The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 2: Spain”, British Dental Journal, vol. 219.

54- Cortés Martinicorena, F.J. (2013): “Desigualdades en salud bucal en España. El objetivo de equidad en el acceso a los servicios”, en Estudios y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral. FCOEM.

Esa situación se vio agravada por la crisis financiera de 2008-2013 y los recortes subsiguientes en prestaciones sociales y que en este ámbito se tradujeron, por un lado, en recortes en la cobertura de edad y el tipo de prestaciones reparadoras susceptibles de ser tratadas y, por otro lado, en la supresión en 2012 de la partida presupuestaria que subvencionaba un programa de promoción y extensión del Plan de Salud Bucodental Infantil para todas las Comunidades Autónomas⁵⁵.

La desigualdad tiene, por lo tanto, una dimensión territorial que se manifiesta singularmente en las diferencias en la cartera de servicios y las condiciones de acceso de las poblaciones objeto de atención prioritaria; una desigualdad que, por otra parte, se ve agravada por los distintos modelos de asistencia dental y las formas de organización de los servicios y prestaciones.

Tal es así que los indicadores epidemiológicos, a pesar de la debilidad de la información estadística disponible, permiten identificar claramente diferencias territoriales que no solo afectan a las poblaciones priorizadas sino al conjunto de la población.

Esas diferencias se distribuyen en un patrón territorial con menor prevalencia de la enfermedad en el norte que en el sur del país, con una cierta dispersión que vendría explicada por el otro gran factor generador de desigualdad: la riqueza territorial.

Así, la prevalencia de caries medida por el índice CAOD en niños y jóvenes muestra que son las comunidades del norte las que presentan una menor prevalencia media y se encuentran por debajo de la media nacional; mientras que las del sur presentan un índice mayor que la media nacional.

Y ello a pesar de que se trata de población priorizada y que, por lo tanto, no solo es objeto de tratamiento preventivo sino también de revisiones periódicas y tratamientos paliativos.

Por otra parte, y en línea con la evidencia internacional, la desigualdad también tiene una dimensión socioeconómica, como se constatará más abajo.

Todo ello plantea un escenario en materia de salud bucodental marcado por los siguientes rasgos estilizados⁵⁶:

La asistencia bucodental se encuentra aislada administrativa y organizativamente del resto del sistema sanitario, dificultando la interrelación con otras esferas de éste a pesar de que existan factores de riesgo común con otras enfermedades crónicas que exigirían una estrategia coordinada frente a dichos riesgos.

- El sistema parte, como no podía ser de otra manera, de la enunciación del objetivo de promover el acceso a los servicios en condiciones de igualdad efectiva para toda la población como premisa para mejorar la salud de la población. Sin embargo, esa igualdad efectiva no está garantizada y, por lo tanto, el objetivo de la equidad tampoco.
- Ello es producto, por un lado, de que no existe una política bien definida de cuáles son las metas por conseguir en materia de salud bucodental ni en el ámbito de la Administración central ni en muchas Comunidades Autónomas.
- Y, por otro lado, de que tampoco existen directrices estratégicas que tengan por objetivo mejoras en materia de igualdad en salud.
- Tanto es así que difícilmente se puede realizar un seguimiento de los programas, analizar su eficacia y alcance, el grado de intensidad de su uso o de los perfiles poblacionales que acceden a los escasos servicios disponibles como consecuencia de la carencia de datos para poder evaluar un seguimiento de las políticas.

⁵⁵- Esa subvención se recogía en el RD 111/2008, de 1 de febrero.

⁵⁶- Muchos de estos rasgos se han extraído de Cortés Martinicorena, F.J. (2013), op. cit.

- El mandato normativo contenido en el RD 1030/2006 y el desarrollo para los grupos poblacionales priorizados que se le ha dado en las Comunidades Autónomas a través de los distintos modelos de asistencia imperantes se centra en la dimensión clínica de la enfermedad y se articula a través de acciones individuales o colectivas destinadas algunas a la población general y otras a grupos de riesgo, obviando otros determinantes sociales, económicos y políticos que inciden sobre la salud bucodental.
- La dimensión clínica predominante también se caracteriza porque enfoca su estrategia de salud pública tratando de incidir sobre los comportamientos individuales buscando modificar los “estilos de vida” (incluso los programas educativos se centran en esos principios). Sin embargo, ese enfoque, como se ha señalado más arriba, ha sido cuestionado por la OMS dado que obvia los factores sociales, económicos y ambientales que inciden sobre los “modos de vida” y dificultan su modificación.
- Además, el sistema no garantiza las mismas prestaciones para todos, salvo que se trate de extracciones o tratamientos quirúrgicos y, aún en esos casos, existen diferencias de acceso en función del nivel socioeconómico.
- El sistema tampoco ofrece igualdad de acceso en las diferentes Comunidades Autónomas a las poblaciones objeto de tratamiento prioritario.
- Salvo en algunas Comunidades Autónomas, no está asegurada la financiación para mantener la continuidad de las prestaciones y éstas quedan al albur del ciclo político.
- La disponibilidad del servicio no garantiza la igualdad de acceso a todos los grupos sociales. O, dicho de otro modo, la oferta de un servicio de salud universal, público y gratuito, incluso dotada de suficientes recursos, no garantiza por sí misma el acceso equitativo de la población. El acceso real dista del potencialmente posible porque está condicionado por factores sociales que escapan a la propia gestión del servicio y que exigen de un diseño específico que permita condiciones reales de acceso específico para toda la población.
- Y, a pesar de ello, el sistema tampoco establece mecanismos de discriminación positiva que faciliten la accesibilidad en función del nivel socioeconómico una vez que éste ha sido identificado como uno de los principales factores generadores de desigualdad.
- Todo esto se traduce en la existencia de desigualdad territorial, en la que el nivel de desarrollo socioeconómico de la Comunidad Autónoma se convierte en una variable determinante de la prevalencia de la enfermedad, y de desigualdad entre grupos poblacionales en el que el nivel socioeconómico es el que provoca esas diferencias.
- Las diferencias entre los modelos de asistencia, la forma de desarrollarlos, la dotación presupuestaria de la que se les dote y los recursos personales y materiales comprometidos en los mismos marcan diferencias importantes entre Comunidades Autónomas y dan sustrato material a las desigualdades territoriales y poblacionales.

De todo lo expuesto puede concluirse que España carece de un sistema de salud bucodental propiamente dicho y que, por lo tanto, la ampliación de la cartera de servicios debería comenzar por el diseño de un Plan Estratégico que le diera visión, misión, contenidos, lineamientos y horizonte temporal a la mejora de la salud bucodental y la reducción de las desigualdades en dicha cuestión en España.

Evidentemente, la elaboración de dicho Plan desborda la finalidad de este informe, pero sí que se pueden señalar algunas vías que son susceptibles de ser exploradas por la Administración de cara a promover un sistema de atención capaz de proveer mayores niveles de salud bucodental para el conjunto de la población al tiempo que reduce las desigualdades territoriales y poblacionales existentes en la actualidad.

La necesidad de una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental en España.

2

Cualquier consideración sobre la reforma del sistema de asistencia bucodental en España debe partir de la constatación de un problema de partida básico ya remarcado: su naturaleza secundaria en el Sistema Nacional de Salud, limitada al mero reconocimiento de unas prestaciones claramente insuficientes, tanto desde el punto de vista de la prevención como del tratamiento de la enfermedad una vez que ésta se manifiesta, y con graves problemas de equidad en su acceso, lo que provoca que la mayor parte de los tratamientos dependa de la capacidad económica de los ciudadanos.

Esa naturaleza secundaria también se manifiesta en la ausencia de un plan estratégico que, partiendo del reconocimiento de las deficiencias actuales, defina enfoque, medios y objetivos para mejorar la salud bucodental general de la población y refuerce los mecanismos para que la prestación del servicio se realice en condiciones de equidad efectiva.

Esto es singularmente importante porque una de las conclusiones más compartidas en la literatura al respecto es la necesidad de que se diseñe e implemente un plan estratégico que articule la unidad de acción entre las propuestas de intervención en materia de salud bucodental con las existentes en materia de salud general, superando el enfoque clínico de la enfermedad para pasar a tratarla desde una dimensión más amplia que incida sobre sus causas últimas y refuerce la perspectiva preventiva.

Pero, además, es preciso garantizar que el diseño del sistema asegure que el reconocimiento nominal de la accesibilidad universal que suele aparecer en los textos normativos se corresponda efectivamente con condiciones de acceso equitativas para el conjunto de la población. Esto es importante si se quiere lograr que se atienda prioritariamente a aquella población que por diferentes motivos no accede siquiera a las mínimas prestaciones a las que tienen derecho en la actualidad y que, al mismo tiempo, es la que muestra una mayor prevalencia en enfermedades bucodentales.

Hasta ahora, la asistencia pública solo atiende la dimensión paliativa de determinados problemas para el conjunto de la población y, de forma muy desigual, promueve la educación en materia bucodental y ofrece algunos tratamientos reparadores durante la infancia (generalmente una vez que se ha desarrollado la dentición permanente y no sobre la temporal) y la primera adolescencia.

La asistencia pública se limita, pues, a realizar un primer acercamiento a la salud bucodental de niños y jóvenes para tratar de promover hábitos saludables a lo largo del resto de la vida pero, a partir de ese momento, los desatiende y estos deberán acudir al sistema de asistencia privada para acceder a cualquier tratamiento reparador o estético, quedando el sistema público como una red de asistencia marginal para tratamientos paliativos básicos y de enfermedades bucodentales que requieran de asistencia quirúrgica.

La consecuencia es evidente: variables como la renta per cápita o el nivel socioeconómico se constituyen en barreras insalvables para que muchas personas se puedan proveer privadamente de unos niveles de salud bucodental apropiados, con el consiguiente efecto en términos de incremento de la prevalencia de la enfermedad y, por lo tanto, de la desigualdad: el acceso a tratamientos de rehabilitación, estéticos y las ortodoncias quedan al margen de las posibilidades de aquellos que carecen de los recursos económicos para sufragarlos y los niveles de salud bucodental quedan estratificados en función del nivel socioeconómico de la población.

Desde el punto de vista de la equidad y, con ella, de la salud pública en general es necesario reforzar las condiciones de acceso para reducir no solo la desigualdad existente en estos momentos, con una cartera de servicios tan

escasa, sino también la que pudiera replicarse si se ampliara la cartera y no se modificaran las condiciones de acceso para los grupos sociales que tradicionalmente se quedan al margen de las prestaciones, aun cuando el derecho a las mismas sea nominalmente universal.

Y, para ello, es preciso investigar sobre las condiciones de acceso de esos grupos, su tasa de utilización de los servicios y las razones que explican su exclusión aun cuando sean quienes mayores necesidades presentan y, por lo tanto, los que debieran realizar un uso más intenso de los mismos. La información recabada al respecto debiera ser la base desde la que diseñar los mecanismos que permitieran mejorar la equidad y convertir en efectiva la universalidad de acceso.

El problema es que los datos disponibles para conocer las tasas de utilización del sistema, la eficiencia relativa de los diferentes modelos y su contribución a la reducción de las desigualdades son muy escasos, lo que impide la realización de cualquier propuesta sobre la base de la evidencia empírica. A lo máximo a lo que se puede aspirar, al menos por el momento, es a analizar modelos concretos de prestación de servicios que pudieran servir de orientación para la reforma del sistema en su conjunto.

En cualquier caso, el problema no es solo de falta de evidencia empírica suficiente como para desarrollar una estrategia basada sobre ella y que, por lo tanto, permita implementar el sistema más eficiente sobre la base del sustrato poblacional existente y los recursos disponibles.

El principal problema para una ampliación parcial de la cartera de servicios, no digamos ya para una reforma del sistema de cara al desarrollo de una estrategia nacional de salud bucodental, es de naturaleza institucional y radica en la estructura competencial del Servicio Nacional de Salud y la atribución de competencias al respecto a las Comunidades Autónomas lo que se traduce, en términos efectivos, en la posibilidad de que, llevado al extremo, puedan coexistir hasta diecisiete modelos distintos de prestación de servicios con carteras diferentes y presupuestos diversos.

En ese contexto, la ampliación de la cartera desde el gobierno central difícilmente puede plantearse si no va asociada a una transferencia de recursos que financie la misma y, aún así, el impacto será diferencial sobre la población en función de los modelos de prestación de cada Comunidad. Así se hizo, por ejemplo, en el caso

del RD 111/2008, de 1 de febrero, por el que se reguló la concesión directa de subvenciones a las Comunidades Autónomas para que extendieran las actividades de promoción de la salud bucodental entre los niños.

En todo caso, existe un argumento que debiera servir para explicar la necesidad de reforzar el sistema de asistencia bucodental y dotarlo de una mayor financiación pública. Y es que la expansión de la asistencia para personas con bajos ingresos y algo riesgo de caries, junto a programas de salud oral preventiva basados en la población total podría generar beneficios para la salud a costes incrementales aceptables en comparación con la financiación de la atención de salud no oral, además de contribuir a reducir las desigualdades en salud⁵⁷.

De ahí la necesidad de desarrollar una estrategia integral que revise el estado de la cuestión y elabore líneas estratégicas de intervención que reconozcan la pluralidad de actores que inciden sobre la mejora de la salud bucodental en una sociedad.

En ese sentido, es preciso el liderazgo del sector público para canalizar y fomentar las sinergias entre las organizaciones profesionales, las administraciones públicas autonómicas y locales (sobre las que recaen las competencias en materia de sanidad y asistencia social), el sector educativo, la industria sanitaria en general y bucodental en particular o las propias organizaciones no gubernamentales que muchas veces llegan a donde el Estado no llega. Todas ellas tienen un rol en la prevención y el cuidado de la salud bucodental y se precisa integrar sus acciones en una línea común para enfrentar el problema desde una perspectiva comunitaria y no meramente clínica dada la incidencia de factores sociales, ambientales y económicos sobre la enfermedad; además de que, en muchos casos, sea necesario también modificar hábitos personales para eliminar factores de riesgo particulares y que, en consecuencia, haya que facilitar mayores niveles de información y recursos para que, en materia alimentaria, las opciones más sanas sean las más fáciles y asequibles.

Esta aproximación multidimensional a la salud bucodental exige, en consecuencia, de la integración no sólo de actores sino también de estrategias para enfrentar mejor la enfermedad:

- Intervenciones sobre aquellos factores que inciden sobre la calidad de la salud bucodental, tales como desempleo, nivel educativo, nivel de inclusión social o entorno socioeconómico general.
- Promoción de la colaboración y de la unidad de acción entre los diferentes niveles territoriales de la Administración Pública con competencias en materia de salud bucodental o sobre algunos de los factores que repercuten sobre la misma.
- Creación de entornos que promuevan la salud bucodental, desde la fluoración de las aguas a promoción de una nutrición saludable y baja en alimentos que afecten negativamente a aquella.
- Atención prioritaria a aquellos factores de riesgo común tanto sobre la salud bucodental como sobre otras enfermedades crónicas (azúcar, tabaco y alcohol).
- Implicación de las familias y comunidades en el desarrollo de programas de educación y prevención de las enfermedades bucodentales.
- Desarrollo de programas e intervenciones basadas en la evidencia empírica y que, a su vez, partan del análisis y la identificación de las mejores prácticas.
- Atención diferenciada para aquellos colectivos con mayor prevalencia de la enfermedad y que, por norma general, presentan unos menores niveles de acceso a las prestaciones de la cartera básica.

⁵⁷- Karnon, J.: "Challenges in demonstrating the value of successful oral health interventions", en Peres, M. y Watt, R.G.: Policy solutions for oral health inequalities. ICOHIRP. 2017. Puede verse aquí: <http://www.icohirp.com/wp-content/uploads/2020/05/ICOHIRP-Adelaide-Monograph-final.pdf>

En este sentido, y de cara a plantear una propuesta de reforma de la cartera bucodental hay que señalar varias cuestiones a las que hay que la misma debe de dar respuesta con la finalidad de definir adecuadamente su alcance y contenido último.

La primera gran cuestión es si se apuesta por una ampliación de la cartera de salud bucodental ampliando las prestaciones de la cartera básica de forma generalizada para toda la población o si, por el contrario, se amplían las poblaciones sujetas a las actuales prestaciones sin modificar éstas o se opta por una combinación de ambas (ampliación de prestaciones y población cubierta).

La segunda cuestión es si se amplía la cobertura focalizándose en el tema de la desigualdad de acceso y prestaciones siendo conscientes de que los colectivos más vulnerables son los que mayor prevalencia de la enfermedad presentan o si, por el contrario, el enfoque es de salud pública general orientado a la prevención y dirigido hacia toda la población o, nuevamente, se opta por una combinación de ambas.

Dependiendo de qué opción de política pública se decida apoyar los instrumentos para implementarla y/o financiarla serán distintos.

En este sentido, a continuación se defiende una de las opciones posibles para la ampliación de la cartera de salud bucodental, siendo detallado el contenido final de la propuesta en la tercera parte de este informe.

Los costes de una pobre salud bucodental

La naturaleza secundaria del sistema de salud bucodental dentro del Sistema Nacional de Salud unida a la pobreza de la cartera que le da contenido se traduce en importantes costes sociales que son mayoritariamente soportados por aquellos ciudadanos que no pueden pagar los servicios de atención bucodental privados.

De hecho, el problema de la salud bucodental se encuentra fuertemente concentrado entre los grupos de bajo nivel socioeconómico, con problemas de accesibilidad al conjunto del sistema sanitario y que identifican los costes económicos de los tratamientos como la principal razón para no poder realizarlos.

En cualquier caso, es difícil de entender que la desatención de los cuidados bucodentales para el conjunto de la población sea el resultado del coste actual que este supone para las cuentas públicas y no se haya entrado ya en el debate sobre su expansión.

Así, tal y como se señaló anteriormente en el Diagnóstico, según el Sistema de Cuentas de Salud del año 2018, el gasto en asistencia odontológica pública y privada por parte de los hogares españoles fue de 3.678 millones de euros, lo que representa el 3,3% del gasto sanitario total o el 0,31% del PIB del país. Evidentemente, que la cobertura fuera universal y que se cubrieran los tratamientos de quienes no se los pueden sufragar privadamente supondría un aumento de ese gasto en un determinado porcentaje, pero también tendría repercusiones positivas en términos de reducción de los costes que una mala salud bucodental tiene sobre el conjunto de la sociedad.

La cuestión, por lo tanto, debería pasar de centrarse en la percepción generalizada de que la economía española no se puede permitir una cobertura universal de la salud bucodental de su población a la valoración de si ese coste es asumible teniendo en cuenta de que se trata de las enfermedades más prevalentes del mundo; de que su tratamiento reduciría los costes indirectos que estas provocan sobre el conjunto de la sociedad; de que el grado de concentración de la enfermedad en estratos bajos de renta permitiría intervenciones efectivas sobre la equidad en salud a costes incrementales más reducidos en comparación con la financiación de la salud no oral, habida cuenta de que las repercusiones que las enfermedades bucodentales tienen sobre otro tipo de enfermedades; y de que el gasto en intervenciones preventivas permitirían reducir el gasto en tratamientos paliativos mucho más onerosos.

Y si a todo ello se le une el consenso político sobre la necesidad de ampliar la cartera bucodental para enfrentar todos los problemas anteriores, las condiciones están dadas para, sobre la base de los datos que se van a presentar, se pueda realizar un debate informado sobre la reforma del sistema de salud bucodental en su conjunto.

Máxime cuando, como se pondrá de manifiesto, la desigualdad en materia de salud bucodental se traduce en que muchas personas viven con problemas bucodentales graves y dolorosos; que estos problemas repercuten negativamente sobre otras enfermedades no orales cuyo tratamiento sí es cubierto por el Sistema Nacional de Salud y que, además, incide sobre su capacidad para participar en el mercado de trabajo, ya sea para acceder o retener un empleo o para el desarrollo habitual de su ocupación. En definitiva, una mala salud oral y la incapacidad para sufragar los tratamientos afectan la capacidad de muchas personas de desarrollar normalmente su vida y su trabajo.

2.1.1.

Una aproximación a los costes directos e indirectos de las enfermedades bucodentales

La última Encuesta Nacional de Salud (2017) muestra una radiografía de la situación de la salud bucodental en España que se puede sintetizar, a efectos de lo que a continuación sigue, en los siguientes rasgos:

- Al 73,3% de la población adulta se le ha extraído alguna pieza; el 67,3% tiene alguna obturación; al 57,2% le faltan piezas (no sustituidas por prótesis); el 39,7% lleva coronas, puentes o cualquier otro tipo de prótesis; el 21,9% tiene caries; al 16,5% le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente; y al 5,1% se le mueven los dientes.
- Sólo el 26,7% de la población adulta conserva todas sus piezas naturales.
- Se observa un gradiente por clase social en la mayoría de los problemas bucodentales. 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, la presencia de fundas o prótesis 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.
- Por su parte, en la población infantil, el 21% ya tiene alguna pieza obturada; al 10,3% se le ha extraído alguna pieza; el 9,2% tiene caries y al 4% le sangran las encías. El 79,6% tiene los dientes sanos.
- Por su parte, la última Encuesta de Salud Oral (2015) señalaba que el 10,6% de los adultos mayores (65-74 años) presentan edentulismo total y el 33% presenta pérdida dentaria grave.
- Igualmente, el 30,7% de la población adulta presenta enfermedad periodontal y el 7,7% presenta enfermedad periodontal severa⁵⁸.

Estas condiciones bucodentales generan una carga sobre la sociedad en la medida en la que afectan a la calidad de vida de la población, a la vez que tiene un impacto económico sobre la misma.

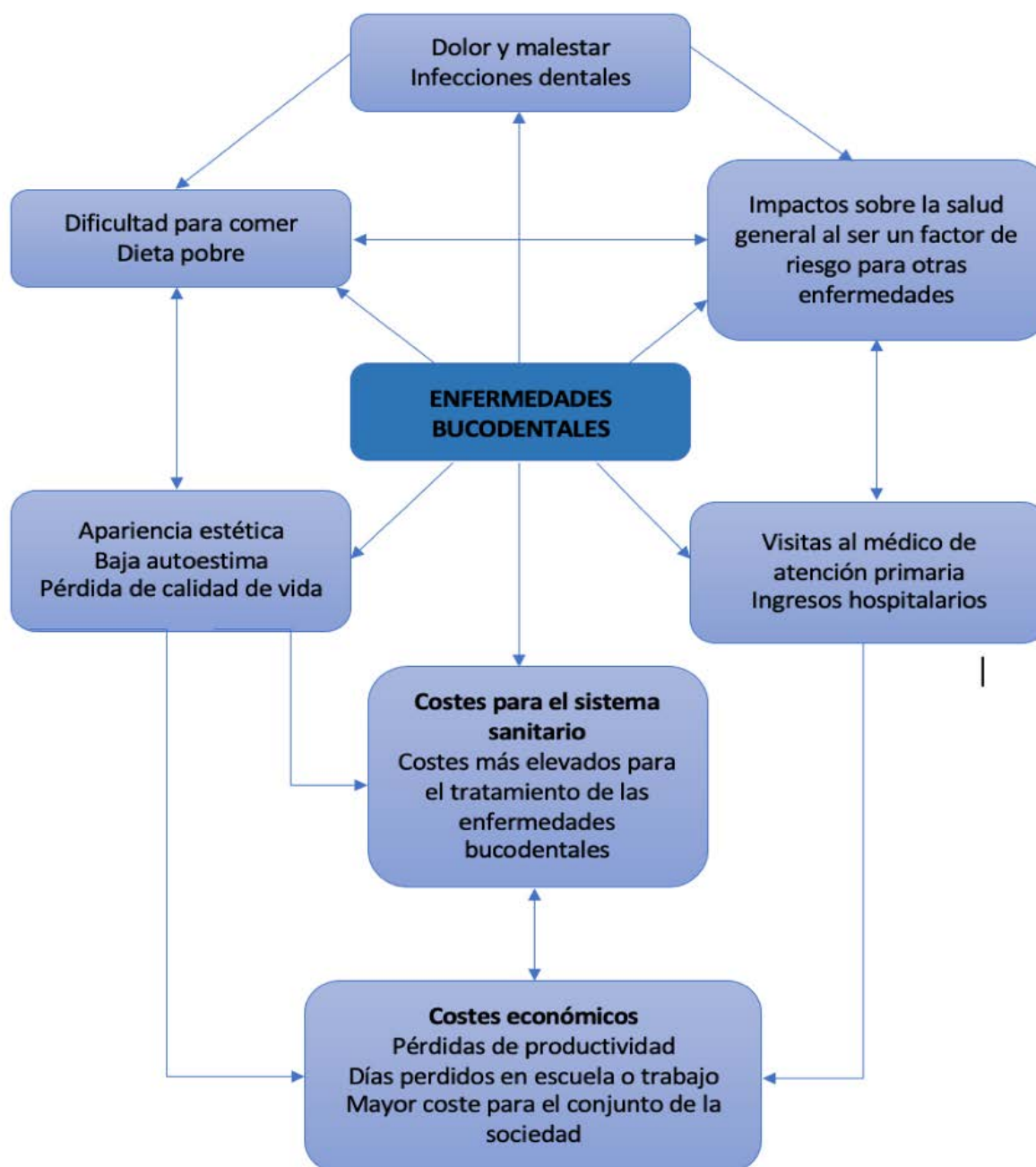
El impacto de las enfermedades bucodentales sobre el conjunto de la población se produce a través de muy diversos canales.

En el Diagrama 1 se recoge una síntesis de esas dimensiones a efectos de resaltar la complejidad del problema y, sobre todo, la

dificultad para estimar adecuadamente los costes que esas enfermedades imponen sobre la sociedad. Unos costes que se pueden resumir en dos grandes categorías: aquellos que derivan de las repercusiones de la enfermedad sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas y aquellos derivados del impacto económico, tanto directo como indirecto, que la enfermedad provoca sobre la economía.

⁵⁸- Bravo Pérez, M.: Epidemiología de las enfermedades gingivo-periodontales. RCOE. Puede consultarse aquí: <https://rcoe.es/articulo/59/epidemiologia-de-las-enfermedades-gingivo-periodontales>

Diagrama 1. Impacto de las enfermedades bucodentales. Rogers (2011)⁵⁹



Para analizar el impacto que las enfermedades bucodentales tienen sobre la calidad de vida de las personas se suele utilizar la metodología denominada de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (disability adjusted life year o DALY) 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.

Por su parte, y en relación con la estimación del impacto económico de la enfermedad, la evidencia empírica es mucho menor o directamente no existe.

⁵⁹- Rogers, J.G.: Evidence-based oral health promotion resource. Prevention and Population Health Branch. Department of Health. Melbourne. 2011.

2.1.2.

El impacto de las enfermedades bucodentales sobre la calidad de vida: una estimación para el caso de España

En lo que al impacto de las enfermedades bucodentales sobre la calidad de vida se refiere, el indicador de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD o DALY por su acrónimo en inglés) se calcula en función de la mortalidad que producen las diferentes patologías, del tiempo vivido con discapacidad y de la severidad de dicha discapacidad.

Esto permite corregir el orden de gravedad de las patologías en función del impacto que tienen los efectos discapacitantes sobre la calidad de vida de las personas, más allá de la mortalidad directa provocada por dicha enfermedad.

Se trata, por tanto, de intentar medir cuánta vida sana se pierde cuando se padece una determinada enfermedad, si bien no se trata de una medida del coste económico asociado al padecimiento de la enfermedad, ni tampoco mide cuánto trabajo productivo o renta se pierde como consecuencia de la enfermedad. Lo que sí permiten los AVAD es orientar la asignación de recursos sanitarios, ya que proporcionan un denominador común entre enfermedades para saber si invertir recursos en la prevención de algunas enfermedades frente a hacerlo en otras sería más o menos eficaz en términos de salud general.

En este sentido, y para la estimación de los AVAD, hay que tener en cuenta que el impacto de las enfermedades bucodentales sobre la calidad de vida se manifiesta a través de diferentes vías⁶⁰:

- La pérdida de dientes perjudica a la alimentación, pudiendo afectar al estado nutricional y generar problemas relacionados con la dieta, especialmente en niños y adultos mayores.
- El dolor y la incomodidad a la hora de masticar y comer que generan estas enfermedades y que se pueden volver crónicos.
- Son enfermedades que generalmente generan dolor, discapacidad e, incluso, desfiguración.
- También pueden provocar retraimiento en las relaciones sociales por motivos simplemente estéticos.
- Y, además, están muy relacionadas con otras enfermedades no orales como enfermedades cardiovasculares, derrames cerebrales, enfermedades vasculares periféricas, parto prematuro y bajo peso al nacer, otitis media, diabetes y neumonías aspirativas, con ciertos cánceres pancreáticos y, en algunos casos, la muerte.

⁶⁰- Rogers (2011), op. cit.

La estimación de los AVAD para un gran número de enfermedades puede obtenerse a través del portal del Institute for Health Metrics and Evaluation (<http://www.healthdata.org>).

Así, la Tabla 1 recoge los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) para varias enfermedades bucodentales en España en el año 2017 (último para el que hay datos disponibles).

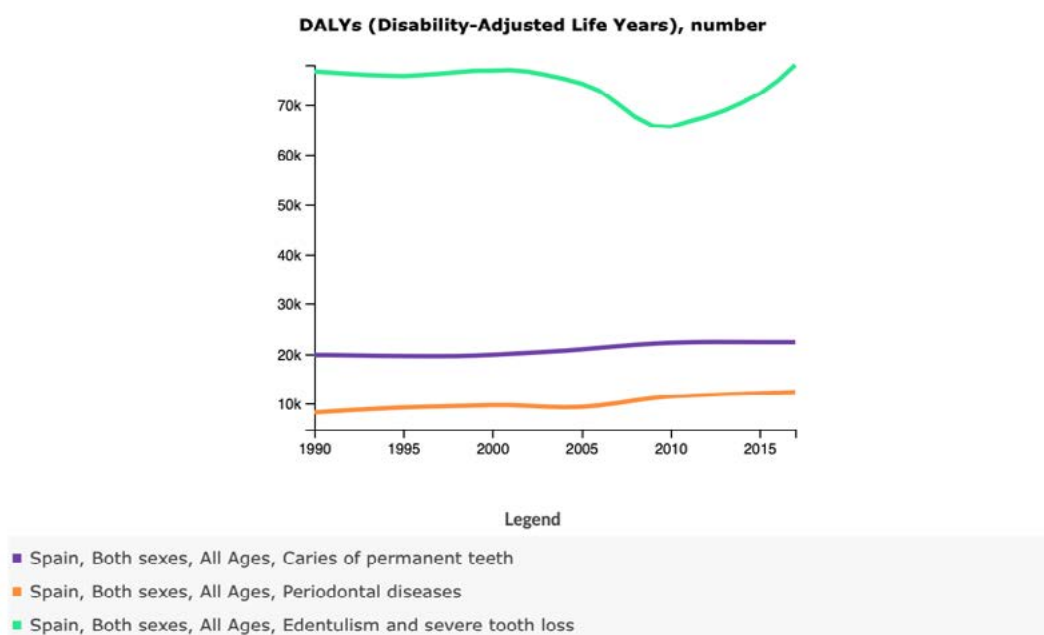
Edades	Caries	Enfermedades periodontales	Edentulismo y pérdida dental severa	Otros	Total trastornos bucodentales
0-5 años	0	0	0	0	182
5-14 años	1.359	0	0	1.489	3.330
15-49 años	10.924	4.115	6.859	13.819	35.718
50-69 años	6.686	5.601	30.881	8.185	51.355
+70 años	3.327	2.618	40.170	3.458	49.575
Todas las edades	22.297	12.335	77.911	26.953	140.161

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation. Elaboración propia

Como puede apreciarse, los AVAD asociados a la caries y, especialmente, al edentulismo y los casos de pérdida dental severa soportan la mayor parte del peso en la pérdida de calidad de la vida de la población. Y esta pérdida es mucho mayor entre los adultos jóvenes y maduros en el caso de la caries y entre los adultos maduros y mayores en el caso de edentulismo y pérdida dental severa.

Pero, además, como se aprecia en el Gráfico 1, esta tendencia en el caso de la caries se ha mantenido de forma estable y continuada en el tiempo, sin apenas modificaciones desde el año 1990.

Gráfico 1. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). 1990-2017



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation. Elaboración propia

Por su parte, en el caso del edentulismo y la pérdida dental severa la evolución es más inestable y, a pesar de que cayó desde inicios de siglo, la crisis provocó que haya vuelto a los niveles de la década de los noventa del siglo pasado. Esto puede apuntar a la existencia de una relación entre ingresos y pérdida de bienestar de la población por este motivo como consecuencia de los menores recursos económicos y, por lo tanto, de las menores posibilidades para enfrentar el coste de los tratamientos.

Es más, tal y como se recoge en la revisión sistemática del artículo de Soriano et allí (2018), en el que se explotan los datos del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016, los mayores cambios ascendentes en el AVAD en España se produjeron en el caso de los trastornos orales, que pasaron del puesto 24 al 17 en el ranking de enfermedades ordenadas por AVAD⁶¹. Esto es síntoma inequívoco de que el problema de salud bucodental en España, lejos de reducirse, va en aumento.

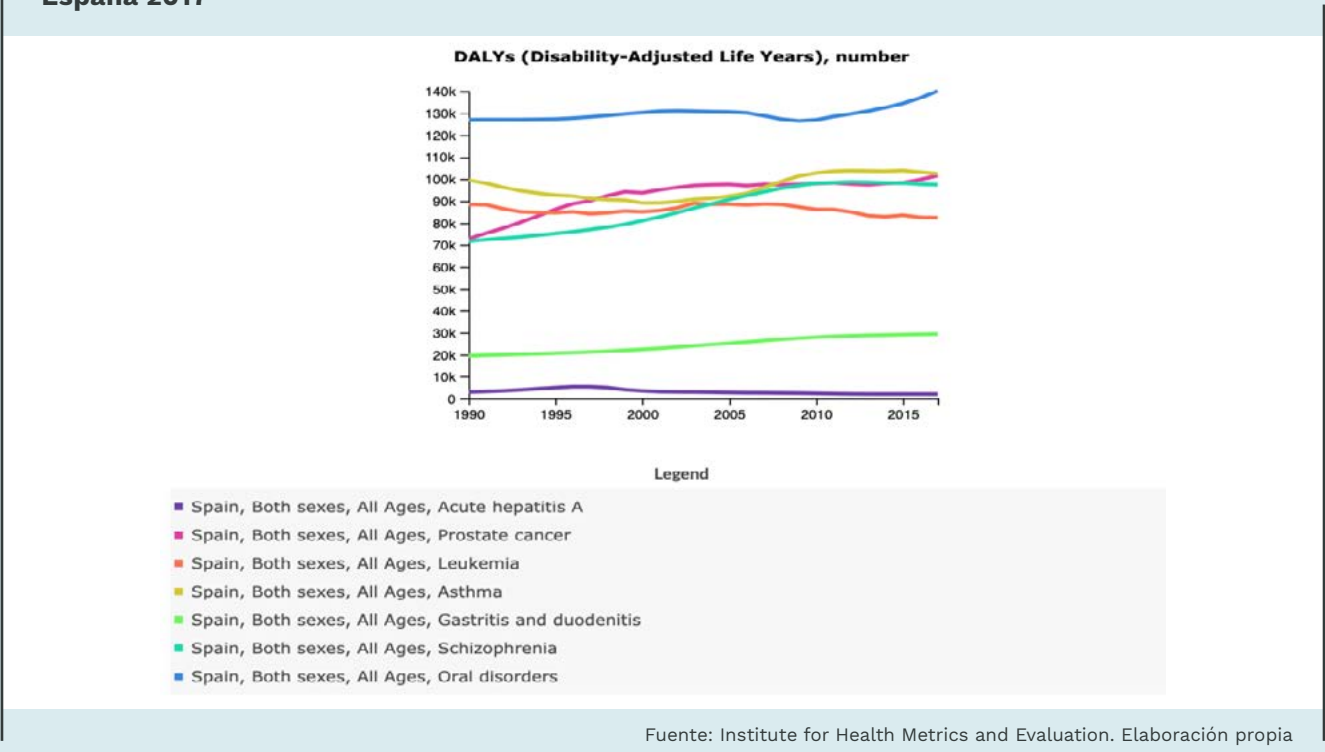
Pero, además, basta con estimar los AVADs para algunas enfermedades que sí están cubiertas por el Sistema Nacional de Salud con carácter universal y compararlas con los AVAD del conjunto de trastornos orales, cuyos tratamientos están mayoritariamente

excluidos del Sistema, para constatar cómo las consecuencias de las enfermedades bucodentales sobre el bienestar de la población superan con mucho las de esas enfermedades y, sin embargo, no hay una intervención activa de los poderes públicos para tratar de corregir dicha situación.

Así, según puede constatarse en la Tabla 2 y el Gráfico 2, los trastornos bucodentales tienen un efecto negativo sobre el bienestar personal que sobrepasa con mucho el de enfermedades también consideradas graves como la leucemia, el cáncer de próstata, el asma o la hepatitis A.

Tabla 2. Años de Vida Ajustados por Discapacidad para distintas enfermedades (AVAD), España 2017	
Hepatitis A	2.015
Asma	102.470
Gastritis	29.336
Leucemia	82.438
Cáncer de próstata	101.610
Esquizofrenia	97.428
Trastornos bucodentales	140.161

Gráfico 2. Años de Vida Ajustados por Discapacidad para distintas enfermedades (AVAD), España 2017



61- Soriano, J.B. et allí: “La carga de enfermedad en España: resultados del estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016”, Medicina Clínica, vol. 151, n. 5, 2018. Puede consultarse aquí: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775318303312>

En definitiva, los desequilibrios en la cobertura de los tratamientos para las enfermedades bucodentales no se pueden explicar en función de la pérdida de bienestar que estas generan sobre los ciudadanos.

Así, en contra de lo que pudiera intuirse, los tratamientos de otras enfermedades menos prevalentes y graves están ampliamente cubiertos por el Sistema Nacional de Salud (y así debe de ser); mientras que, en el caso de las enfermedades bucodentales, ese criterio no se aplica según el mismo patrón y se deja desprotegida a toda aquella población que carece de la capacidad económica para sufragar su tratamiento en el sector privado.

2.1.3

El peso indirecto de las enfermedades bucodentales sobre la economía española.

Los costes de una pobre salud bucodental pueden ser de dos tipos: costes directos y costes indirectos⁶².

Los costes directos se pueden dividir en:

- Costes derivados del gasto en atención bucodental prestado por los profesionales bucodentales
- Costes derivados del gasto en atención bucodental prestado por profesionales de la salud distinto a los bucodentales.
- Costes derivados del tratamiento de enfermedades no bucodentales inducidas o agudizadas por las enfermedades bucodentales.

Por su parte, los costes indirectos son normalmente costes relacionados con la pérdida de productividad y se producirían por dos vías:

- La pérdida de tiempo de los trabajadores y de los alumnos del sistema educativo como consecuencia de los tratamientos dentales.
- La pérdida de tiempo productivo de trabajadores y estudiantes por una enfermedad atribuible a problemas de salud bucodental.

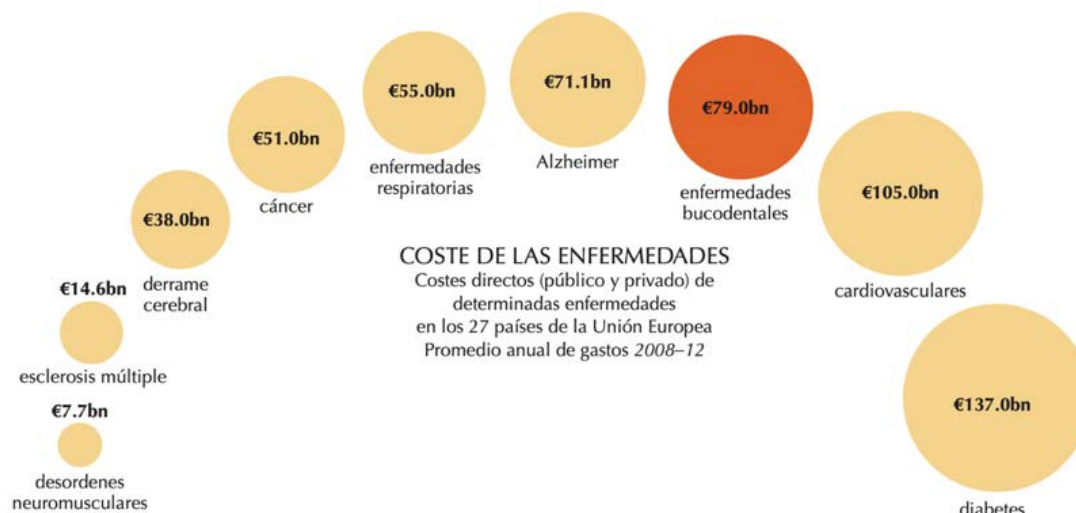
⁶²- Richardson, B. y Richardson, J.: End the decay. The cost of poor dental health and what should be done about it. Brotherhood of St. Laurence. 2011.

Sin embargo, a pesar de que la clasificación de los costes y beneficios de las enfermedades bucodentales es relativamente fácil, su estimación lo es menos y solo es evidente en el caso de la primera categoría de costes directos.

Así, el coste de los tratamientos dentales directos por parte de profesionales en salud bucodental es equivalente al gasto total en tratamientos dentales de una sociedad y, para estimarlo en términos netos, habría que deducirles los beneficios sociales que aporta la morbilidad evitada por esos tratamientos.

La OMS calcula que las enfermedades bucodentales ocupan el cuarto puesto en cuanto a coste de tratamiento. Así, el coste anual en cuidados bucodentales para los 27 estados miembros de la Unión Europea se estimó en 79 mil millones de euros (promedio anual 2008-2012) y en Estados Unidos ese coste fue de 110 mil millones de dólares⁶³ (Diagrama 2).

Diagrama 2: Costes directos (públicos y privados) de determinadas enfermedades en la UE.



Fuente: "El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global". FDI (2015)

Por otra parte, no hay que olvidar que el gasto dental constituye una parte importante de los gastos médicos de los hogares. Así, en todos los países de la OCDE, la media del pago de la atención dental desembolsado por el paciente representa alrededor del 55% de los gastos totales de la atención dental, en comparación con un promedio del 20% que representa para el resto de gastos médicos⁶⁴.

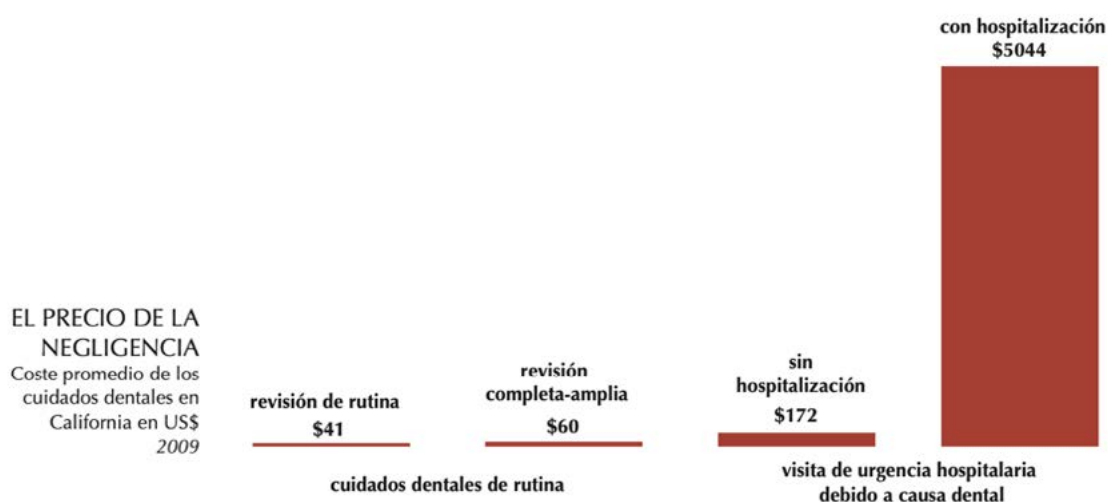
En el caso de los costes derivados de tratamientos no bucodentales para enfermedades bucodentales como consecuencia de que se ha producido un empeoramiento de la situación, el tratamiento médico y la hospitalización suelen ser mucho más caros y se podrían haber evitado con una atención dental preventiva adecuada.

⁶³- FDI: El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental, 2ª ed. 2015. Puede consultarse aquí: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads Oh2_spanish.pdf

⁶⁴- FDI (2015), op. cit.

Como ejemplo de la magnitud en esa diferencia de costes se expone el ejemplo recogido en el Atlas de Salud Bucodental de la FDI World Dental Federation (Diagrama 3)⁶⁵ y en el que se puede comprobar cómo los costes de la no intervención preventiva en su momento se multiplican por más de mil si las complicaciones llevan hasta la hospitalización del paciente.

Diagrama 3: Ejemplo de costes provocados por la intervención de profesionales no bucodentales para atender enfermedades bucodentales



Fuente: "El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global". FDI (2015)

Finalmente, entre los costes directos también hay que considerar los costes de la enfermedad inducida por una mala salud bucodental y que podrían evitarse si se actuara preventivamente para mejorar esta última. En cualquier caso, esos costes deberían restarse del coste neto del tratamiento bucodental, preventivo o paliativo, que condujo a su prevención.

Si los costes directos son complicados de estimar los indirectos lo son aún mucho más y no existen centros de estudio sistemáticos de los mismos, como ocurre con los AVADs.

A modo de referencia, puede considerarse que un estudio canadiense estimó que, en promedio, se pierden en aquel país 3,5 horas de trabajo/año por persona a causa de las enfermedades bucodentales, lo que se traduce en una pérdida de productividad de más de 1000 millones de dólares canadienses al año⁶⁶.

⁶⁵- FDI (2015), op. cit.

⁶⁶- FDI (2015), op. cit.

Evidentemente, una mejora de la salud bucodental general redundaría en un descenso de estos costes indirectos.

En el caso concreto de España, el único dato accesible es el de los costes directos derivados del cuidado dental por parte de los profesionales de la atención bucodental.

Ese coste es, por otra parte, uno de los datos más relevantes para la estimación del coste que podría suponer la ampliación de la cartera bucodental por cuanto da idea de cuánto supondría, al menos, mantener las condiciones de salud bucodental actuales si todos los tratamientos fueran asumidos por el sector público y pagados a precio de mercado, como se pagan actualmente. A partir de ahí, habría que incrementar dicho coste en el monto que fuera necesario para atender a aquellas personas que no pueden sufragar privadamente sus tratamientos y deducir del coste total todos los beneficios indirectos derivados de la mejora del nivel de salud bucodental general, de los costes indirectos derivados de las pérdidas actuales de productividad y de los costes provocados por el tratamientos clínico del cuidado dental en espacios de salud general y de las enfermedades no bucodentales inducidas o agravadas por una mala salud bucodental.

Así, según el Sistema de Cuentas de Salud publicado por el Ministerio de Sanidad, y tal como puede comprobarse en la Tabla 3, el gasto total en servicios odontológicos ascendió en 2018 a 3.678 millones de euros, de los

cuales 61 millones de euros correspondieron a gasto público y el resto -es decir, 3.611 millones de euros- correspondió a gasto privado desembolsado por los ciudadanos (la diferencia es el gasto imputable a compañías de seguro médico y organizaciones no gubernamentales).

Es preciso destacar que el gasto total en servicios odontológicos tan solo supone un 3,3% del total del gasto sanitario y, en términos de gasto sobre el PIB implica un 0,31% del mismo. El gasto per cápita fue de 79 euros por persona.

Por otra parte, es significativo que el patrón de gasto ha evolucionado acoplado al ciclo económico y en 2018 el gasto total en servicios odontológicos se encontraba (en euros corrientes) al nivel de gasto de 2004 después de que subiera significativamente durante los años de bonanza económica y cayera con la misma intensidad durante los años de crisis. El mismo patrón cíclico se aprecia en el porcentaje de gasto sobre el PIB, en el porcentaje de gasto sobre el total de gasto sanitario y en el gasto en euros por habitante.

Ello indicaría que hubo una mayor demanda de servicios odontológicos durante los años de mayor crecimiento económico y que, al crecer también esos años el gasto en servicios odontológicos sobre el PIB a pesar de que éste último crecía intensamente, la tasa de variación del gasto anual superaba a la tasa de crecimiento de la economía.

Tabla 3. Estructura del gasto en servicios odontológicos. España 2003-2018 (€ corrientes)

	Gasto sanitario según proveedor			Otras variables de gasto en servicios odontológicos		
	Gasto Público (millones €)	Gasto privado (millones €)	Gasto total (millones €)*	% gasto sobre total gasto sanitario	% gasto sobre PIB	€ por habitante
2003	52	3.253	3.309	5,3	0,41	78
2004	56	3.672	3.732	5,5	0,43	87
2005	56	3.863	3.923	5,3	0,42	90
2006	59	4.216	4.280	5,2	0,43	96
2007	73	4.651	4.719	5,3	0,44	104
2008	72	5.047	5.124	5,3	0,46	111
2009	74	5.032	5.111	5,1	0,48	110
2010	75	5.170	5.251	5,2	0,49	113
2011	73	4.820	4.899	4,9	0,46	105
2012	74	4.607	4.689	4,9	0,45	100
2013	67	4.047	4.121	4,4	0,40	88
2014	61	4.198	4.265	4,5	0,41	92
2015	57	4.010	4.073	4,1	0,38	88
2016	58	3700	3.763	3,7	0,34	81
2017	58	3.563	3.626	3,4	0,31	78
2018	61	3611	3.678	3,3	0,31	79

Fuente: Sistema de Cuentas de la Salud. Ministerio de Sanidad. Elaboración propia

(*) Las diferencias en la suma obedecen a gasto financiado vía compañías de seguros privadas u organizaciones no gubernamentales

Así, el año de mayor nivel de gasto de toda la serie histórica fue 2010 con un gasto nominal de 5.251 millones de euros (75 millones de gasto público y 5.170 millones de gasto privado), con un porcentaje del gasto en servicios odontológicos sobre el total del gasto sanitario del 5,2%; un porcentaje sobre el PIB del 0,49% y 113 euros gastados en servicios odontológicos por persona ese año.

Evidentemente, dado el escaso nivel de gasto público implicado en materia de salud bucodental, la mayor parte de los costes directos recaen sobre las personas con enfermedad y que pueden pagar sus tratamientos en el sector privado; mientras que, por su parte, los costes indirectos se difuminan entre toda la sociedad, bien porque tiene que hacer frente a los costes

directos generados por quienes no pueden pagar sus tratamientos total o parcialmente bien por los costes indirectos que se difuminan entre el conjunto de la ciudadanía en términos de pérdidas de productividad y, consecuentemente, menor crecimiento potencial.

Evidentemente, esos costes serían menores con un mejor y mayor acceso de toda la población a los servicios de salud bucodental. Es por ello que, en el caso de ampliación de la cartera de servicios, los costes de extensión de la misma deberían verse aminorados en términos de la magnitud en que se reduzcan el resto de los costes directos e indirectos.

2.2

El patrón de desigualdad de las enfermedades bucodentales.

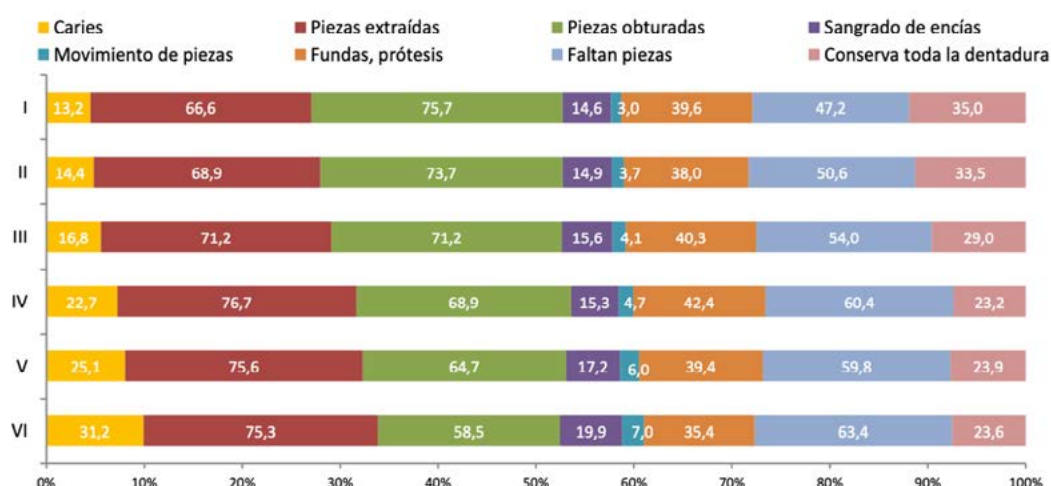
Los últimos resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2017 permiten concretar aún mejor el perfil de la desigualdad multidimensional en materia de salud bucodental.

De entrada, porque permite identificar con mayor precisión y sin lugar a duda la existencia de un gradiente socioeconómico en materia de salud bucodental.

Así, la Encuesta clasifica las clases sociales a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011, con la modificación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología⁶⁷.

Según esa clasificación, se puede conocer, por ejemplo, el estado de la salud bucodental según la clase social (Gráfico 3).

Gráfico 3. Estado de la dentadura, según clase social. Población de 15 y más años (%). España



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017). Ministerio de Sanidad.

67- Clase I: Directores/as gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias. Clase II: Directores/as gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados y profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas. Clase III: Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia. Clase IV: Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas. Clase V: Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros /as trabajadores/as semi-cualificados/as. Clase VI: Trabajadores no cualificados.

Como puede apreciarse, el gradiente social es manifiestamente claro. Son más frecuentes en las clases bajas que en las altas las caries (31,2% en clase VI vs 13,2% en clase I), las piezas extraídas (75,3% vs 66,6%), la falta de piezas (63,4% vs 47,2%), el sangrado de encías (19,9% vs 14,6%) y el movimiento de piezas (7,0% vs 3,0%).

En cambio, son más frecuentes en las clases altas las obturaciones (75,7% en clase I vs 58,5% en clase VI), la presencia de coronas o prótesis (39,6% vs 35,4%) y la conservación de todas las piezas naturales de la dentadura (35,0% vs 23,6%).

Así, entre las clases bajas existe una mayor prevalencia de caries y enfermedades periodontales, un peor tratamiento de la enfermedad cuando esta se ha presentado

y un peor estado de la salud bucodental en general. Mientras que entre las clases altas la prevalencia de enfermedad es menor y los tratamientos han podido ser los adecuados o, al menos, son más frecuentes.

Como se puede constatar en el Mapa 1, ese gradiente también se constata a nivel territorial, siendo las Comunidades Autónomas de menor renta per cápita las que mayor prevalencia de la enfermedad presentan (Murcia, Andalucía, Extremadura, Galicia y Canarias, de mayor a menor prevalencia).

Mapa 1. Caries, según comunidad autónoma. Población de 15 y más años (%).

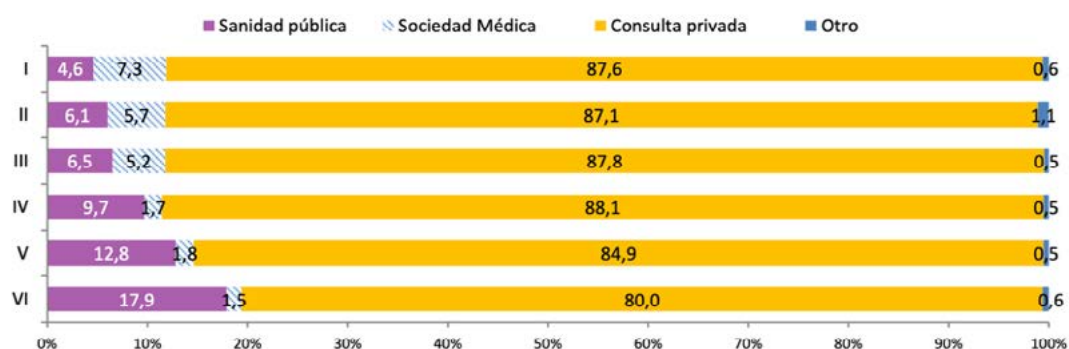


Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017). Ministerio de Sanidad.

Pero, además, el gradiente social también alcanza al tipo de servicio al que acuden las diferentes clases sociales (Gráfico 4).

Así, los servicios públicos son más consultados por las clases menos favorecidas (17,9% en clase VI vs 4,6% en clase I). Una situación inversa se describe en las consultas privadas, que son utilizadas por el 80,0% de la clase VI vs 87,6% de la clase I, (aunque la clase IV es la que más consultó al dentista privado, 88,1%) y en sociedades médicas (1,5% clase VI vs 7,3% clase I).

En este sentido, se puede constatar también aquí cómo se cumple la máxima de que cuando los servicios públicos son pobres, tanto en prestaciones como en condiciones de asistencia, se convierten en servicios para pobres; mientras que las clases medias y altas recurriendo a sistemas de prestación privados y, en muchos casos, cuestionando la carga fiscal que supone mantener determinados servicios públicos que entienden que no cumplen con el nivel de prestación al que aspiran.

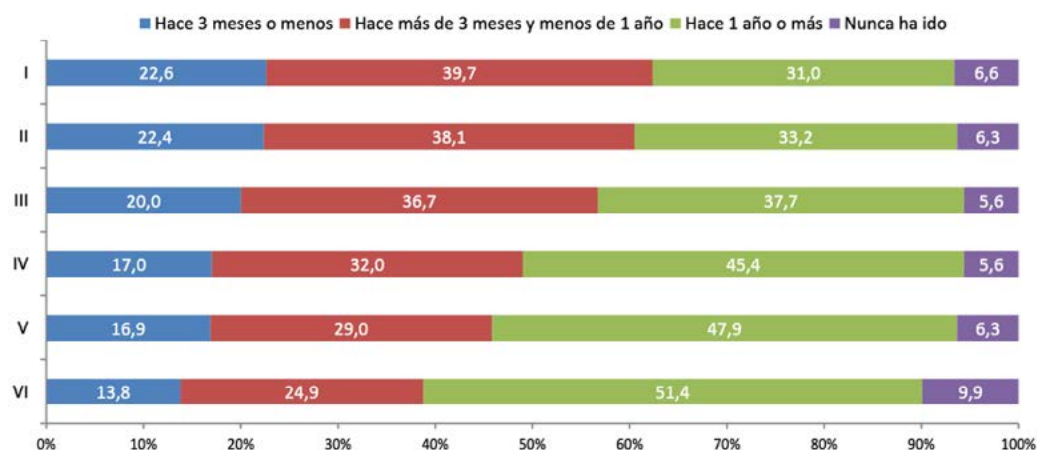
Gráfico 4. Dependencia funcional del dentista consultado en la última visita según clase social (en %).

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017). Ministerio de Sanidad.

El otro elemento importante que hay que tomar en consideración es la desigualdad que también existe en el acceso a los servicios.

En términos generales, puede afirmarse que el acceso a los servicios bucodentales está inversamente relacionado con la necesidad de estos o, dicho de otra forma, quienes más necesitados se encuentran de atención bucodental son los que menos acceden a los servicios bucodentales.

Así, el gradiente socioeconómico que se extiende por todas las dimensiones de la salud bucodental también llega a esta. En el Gráfico 5 puede comprobarse cómo aumenta el tiempo transcurrido desde la última consulta al dentista conforme se baja en la escala socioeconómica: el porcentaje de la población que se integra en el nivel social más bajo que o bien no había ido al dentista en el último año o bien no había ido nunca supera el 60%, mientras que es mucho menor en el nivel social más elevado (poco más del 37%).

Gráfico 5. Tiempo transcurrido desde la última visita al dentista según clase social

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017). Ministerio de Sanidad.

Este patrón también se repite en función de la actividad económica y de si se trata de población activa o inactiva (Tabla 4). Los estudiantes, seguidos de los trabajadores, fueron las categorías de actividad económica que declararon mayor proporción de consultas al dentista en el último año (61,4% y 46,2% respectivamente), y los menores porcentajes se encontraron entre los jubilados (38,3%) y quienes realizan las tareas del hogar (41,9%), lo cual introduce un elemento significativo en términos de desigualdad de género que

contrasta con la mayor frecuencia, en términos generales, con que las mujeres visitan al dentista frente a los hombres. Por su parte, las personas desempleadas y las incapacitadas para trabajar declararon con mayor frecuencia que no habían ido nunca al dentista (3,6% y 3,5% respectivamente).

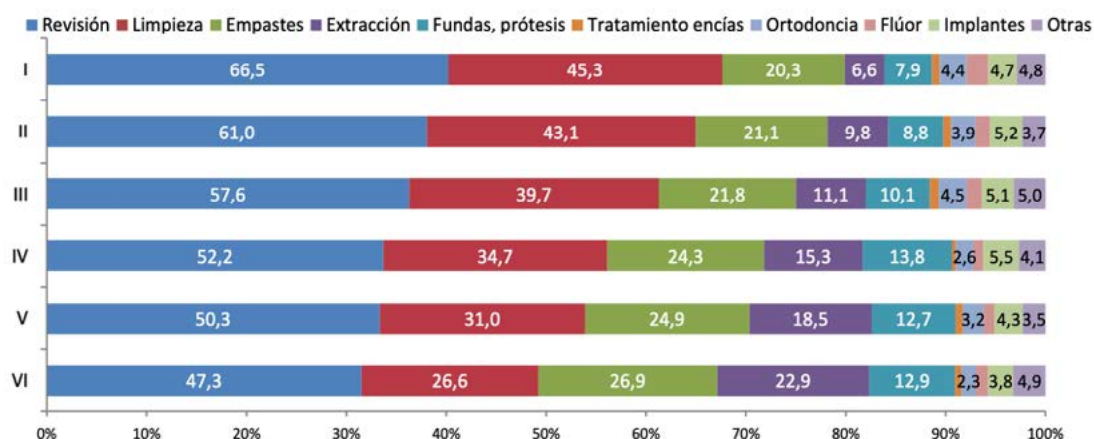
Tabla 4. Tiempo transcurrido desde la última consulta al dentista, según actividad económica (población, en %)

Actividad económica	Hace tres meses o menos	Hace más de tres meses y < 1 año	Hace un año o más	Nunca ha ido al dentista
Trabajando	18,89	37,34	42,27	1,50
En desempleo	15,92	28,86	51,64	3,59
Jubilado	14,54	23,79	60,44	1,23
Estudiando	23,00	38,36	36,82	1,82
Incapacidad para trabajar	17,43	27,25	51,84	3,48
Labores del hogar	16,31	25,67	55,58	2,44

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017). Ministerio de Sanidad. Elaboración propia.

La desigualdad también está presente en el tipo de asistencia que se demanda cuando se acude a la clínica odontológica, primando la componente preventiva cuanto más elevado es el nivel social (Gráfico 6).

Gráfico 6. Asistencia recibida en la última consulta al dentista según clase social (en % población que ha visitado al dentista alguna vez)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017). Ministerio de Sanidad.

Así, conforme se asciende en la clase social son más frecuentes las revisiones (47,3% en clase VI vs 66,5% en clase I), las higienes dentales (26,6% vs 45,3%), los tratamientos de ortodoncia (2,3% vs 4,4%), la aplicación de flúor (1,8% vs 3,6%) y el tratamiento de las enfermedades periodontales (1,0 vs 1,3% respectivamente).

En cambio, son más frecuentes según se desciende en la escala social las exodoncias dentales (22,9% en clase VI vs 6,6% en clase I), las obturaciones o endodoncias (26,9% vs 20,3%) y las coronas o prótesis (12,9% vs 7,9% respectivamente).

Hay que resaltar, en cualquier caso, que apenas se observa gradiente en la atención por implantes dentales, encontrando las cifras más elevadas en las clases medias II, III y IV.

La conclusión es evidente: en España existe claramente un gradiente social en materia de prevalencia y de tratamiento de las enfermedades bucodentales.

2.3

El problema de la accesibilidad por motivos económicos.

En el extremo de la expresión del impacto de la desigualdad sobre la salud bucodental y de la importancia de los factores socioeconómicos para explicarla se encuentra la cuestión de la imposibilidad de acceso por motivos económicos. Ahí es donde el gradiente social adopta una dimensión más intensa y condiciona la salud y el bienestar personal a la situación económica de una forma más grave.

La Encuesta Nacional de Salud 2017 continúa el análisis de esa dimensión que ya inició en la de 2014 y permite perfilar con mayor precisión la dimensión del problema.

Así, la Encuesta trata de valorar la percepción subjetiva de falta de accesibilidad a la atención sanitaria por motivos económicos y mide la de la atención dental junto con la de la atención médica, la de la atención mental y la de los medicamentos recetados a lo largo del año anterior a la de la realización de la encuesta.

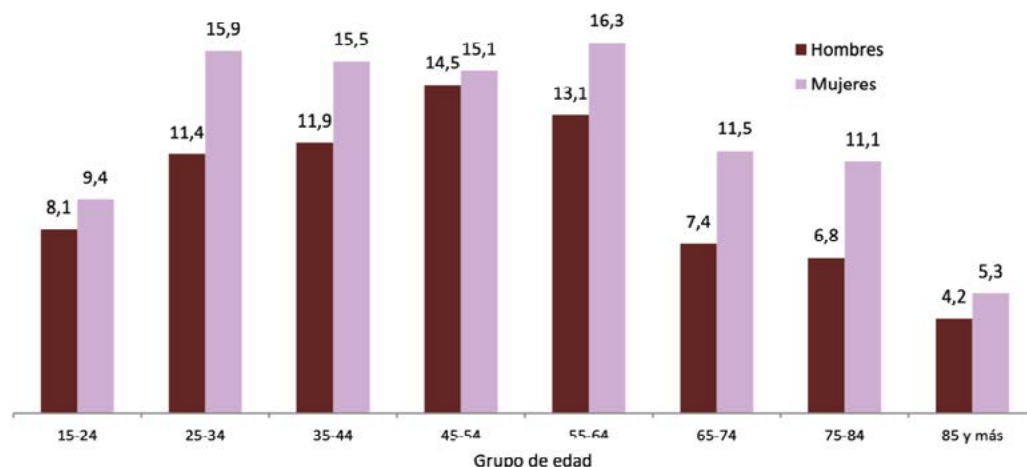
La pregunta realizada al efecto era: “En los últimos 12 meses, ¿ha necesitado alguno de los siguientes tipos de atención sanitaria y no se lo pudo permitir por motivos económicos?”

Pues bien, la respuesta no deja lugar a dudas. La inaccesibilidad dental por motivos económicos presenta el resultado más elevado de todos los tipos estudiados, superando en más de 10 puntos porcentuales al resto de motivos.

Así, un 12,4% de la población de 15 y más años declaró inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos en los últimos doce meses; mientras que un 6,5% declaró no necesitar asistencia.

Esta situación de falta de accesibilidad presenta, además, una desigualdad añadida en términos de género: las mujeres declararon inaccesibilidad con mayor frecuencia que los hombres (13,7% vs 11,1%). Mientras que, por grupo de edad, el porcentaje aumenta hasta los 45-54 años (14,8%) y luego disminuye progresivamente hasta alcanzar el 4,9% en mayores de 84 años. Esta distribución por grupo de edad se presenta tanto en hombres como en mujeres (Gráfico 7).

Gráfico 7. Inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos, según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años (en %)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017). Ministerio de Sanidad.

La presencia del gradiente social en este problema es indudable y se observa tanto en hombres como en mujeres, pero con mayor brecha en mujeres que en hombres (Tabla 5). Así, quienes tienen problemas de accesibilidad en el nivel social más elevado es el 3,7% de la población incluida en el mismo mientras que para el nivel social inferior es del 22%, esto es, una brecha de 18,3 puntos. Ahora bien, si se distingue por género, la brecha es de 19,4 puntos en mujeres (del 4,0% al 23,4%) y de 17 puntos en hombres (del 3,3% al 20,3% en hombres).

Tabla 5. Inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos según clase social (población de 15 y más años; Total, Hombres y Mujeres en %)

Clase social	Sí			No			NO necesitó asistencia		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
I	3,69	3,34	4,03	92,06	91,18	92,94	4,25	5,48	3,04
II	6,02	5,79	6,24	89,13	87,39	90,77	4,84	6,82	2,99
III	8,23	6,40	9,98	86,84	87,11	86,57	4,93	6,48	3,45
IV	12,59	11,27	14,15	81,13	80,93	81,37	6,27	7,79	4,48
V	14,95	13,83	16,02	77,36	76,88	77,82	7,69	9,29	6,16
VI	21,95	20,25	23,35	69,32	70,47	68,38	8,73	9,28	8,27

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017). Ministerio de Sanidad. Elaboración propia.

También existe gradiente social en función del nivel de estudios: un 15,3% de personas con estudios básicos tiene problemas de accesibilidad frente a un 7,0% con estudios superiores (Tabla 6).

Tabla 6. Inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos según nivel de estudios (población de 15 y más años, en %)

Nivel de estudios	Sí	No	No necesitó asistencia
Básico e inferior	15,26	76,97	7,77
Intermedio	12,25	82,32	5,43
Superior	6,96	88,06	4,98

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017). Ministerio de Sanidad. Elaboración propia.

Evidentemente, esta situación se reproduce en función del nivel de actividad: las personas incapacitadas para trabajar (23,8%) y las que se encuentran en situación de desempleo (27,5%) son las que presentan una mayor probabilidad de no haber podido acceder a la atención

dental por motivos económicos, más que las que se encuentran en cualquiera de las demás situaciones laborales. Por su parte, tan sólo el 6,9% de los estudiantes declara haberse encontrado en esta situación de inaccesibilidad (Tabla 7)

Tabla 7. Inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos según actividad económica (población de 15 y más años, en %)

Actividad económica	Sí	No	No necesitó asistencia
Trabajando	9,96	84,23	5,81
En desempleo	27,47	65,76	6,77
Jubilado	8,42	83,25	8,33
Estudiando	6,87	87,84	5,29
Incapacidad para trabajar	23,76	70,80	5,44
Labores del hogar	16,77	75,83	7,40

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017). Ministerio de Sanidad. Elaboración propia.

A estos factores que influyen sobre la accesibilidad también se le une la condición de migrante: la inaccesibilidad declarada fue casi el doble en la población no autóctona (20,1%) que entre la autóctona (11,2%), tanto en hombres (18,6% vs 10,0%) como en mujeres (21,4% vs 12,4%) (Tabla 8).

Tabla 8. Inaccesibilidad a la atención dental según país de nacimiento (población de 15 y más años; Total, Hombres y Mujeres en %)

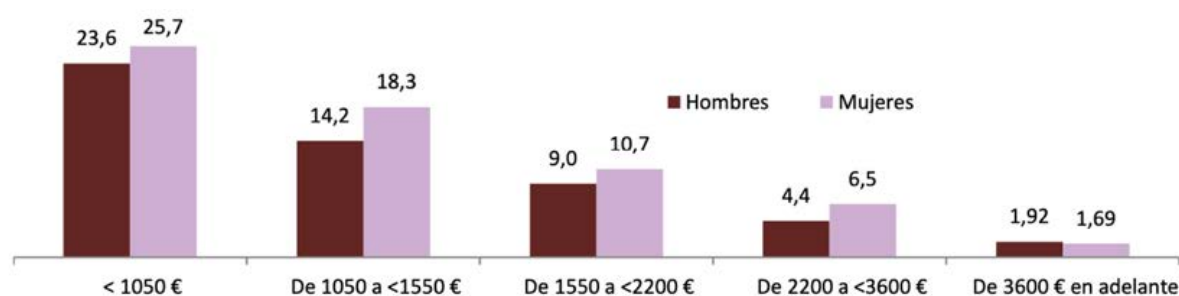
País de nacimiento	Sí			No			NO necesitó asistencia		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
España	11,18	9,94	12,37	82,29	82,34	82,25	6,53	7,71	5,38
Extranjero	20,14	18,62	21,39	73,34	72,25	74,24	6,52	9,13	4,37

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017). Ministerio de Sanidad. Elaboración propia.

Finalmente, la Encuesta permite entrar en un nivel detalle ligeramente superior e identifica los problemas de accesibilidad en función de los ingresos netos del hogar.

Así, distingue cinco categorías de hogares en función de los ingresos netos y los problemas de accesibilidad en función del género (Gráfico 8).

Gráfico 8. Inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos, según sexo e ingresos netos del hogar. Población de 15 y más años (en %).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017). Ministerio de Sanidad.

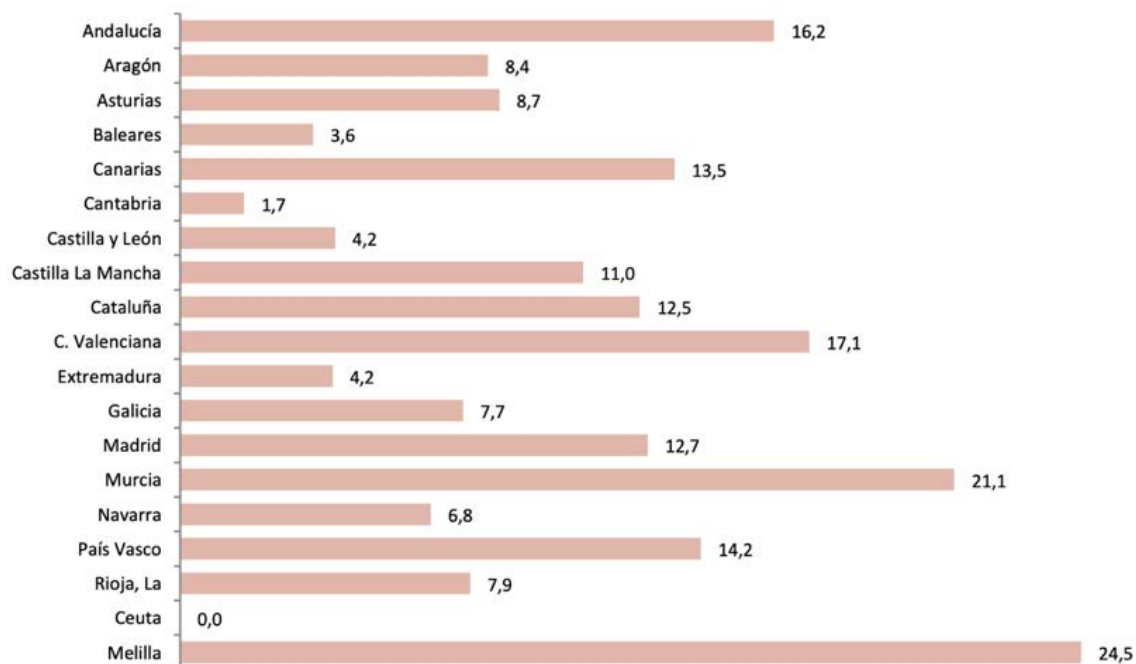
Como puede apreciarse, los ingresos netos del hogar, muy por encima de la clase social, constituyen una variable determinante a la hora de explicar la accesibilidad a las prestaciones dentales. Conforme aumentan los ingresos el descenso en los problemas de accesibilidad caen de forma drástica y la desigualdad y polarización social en función de los ingresos, con repercusiones sobre la salud y el bienestar, se intensifican.

Así, una de cada cuatro personas que vive en hogares con unos ingresos netos inferiores a 1050€ mensuales presenta problemas de accesibilidad a la atención dental, mientras que en los hogares en los que los ingresos netos

son superiores a 3600 euros o más, algo menos de dos personas de cada diez tienen esos problemas. Existen 23 puntos de diferencias en los problemas de accesibilidad entre ambos tipos de hogares.

Finalmente, resulta llamativo que, a nivel territorial, la distribución de los problemas de accesibilidad por motivos económicos no siga un patrón claramente definido en función del nivel de renta relativo de la Comunidad Autónoma (Gráfico 9).

Gráfico 9. Inaccessibilidad a la atención dental por motivos económicos, por Comunidad Autónoma. Población de 15 y más años (en %).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017). Ministerio de Sanidad.

Así, las poblaciones de Comunidades Autónomas relativamente pobres, como Extremadura, expresan menos problemas de accesibilidad que las de otras con niveles muy superiores de renta media, como puede ser el País Vasco. Y resulta singularmente llamativo el dato de la Comunidad de Madrid que, tras la Ciudad Autónoma de Melilla, sería la Comunidad Autónoma con mayor nivel de problemas de accesibilidad a servicios dentales por motivos económicos, seguida por otra Comunidad relativamente rica como es la Comunidad Valenciana.

En conclusión, se aprecia que el gradiente socioeconómico, y las diferentes dimensiones que conforman el mismo (profesión, situación de actividad o inactividad o nivel educativo, por ejemplo), constituyen una importante barrera en términos de accesibilidad a servicios que tienen una incidencia decisiva sobre la salud y bienestar de la población y se trata de la enfermedad más prevalente del mundo.

Esto también puede expresarse de otra forma más cruda: el coste de los servicios constituye un elemento excluyente de un volumen importante de la población enferma.

Además, esa dificultad para la acceder a servicios necesarios se traduce en que las visitas de una gran parte de la población no se producen para realizar una revisión del estado de su salud bucodental, reforzando así la prevención y la anticipación a la enfermedad, como sí ocurre cuando la posición socioeconómica es mejor; sino que se produce cuando ya existe un problema y, por lo tanto, tiene una naturaleza paliativa y un coste económico directo e indirecto más elevado.

En este sentido, cabe recordar aquí que España mantiene 8 puntos de diferencia con respecto a la media de la UE en lo que a pagos directos en el gasto sanitario se refiere, siendo los capítulos de medicamentos y atención dental aquellos en los que las diferencias son más marcadas. Así, mientras que esos pagos directos en el gasto sanitario supusieron en España en torno al 24% en 2017, la media de la UE fue del 16%.

De hecho, el gasto dental supuso en España un 6,7% de los gastos directos mientras que en la Unión Europea se limitaba al 2,5% (Gráfico 10)

Gráfico 10. Distribución pagos directos tipos de actividades



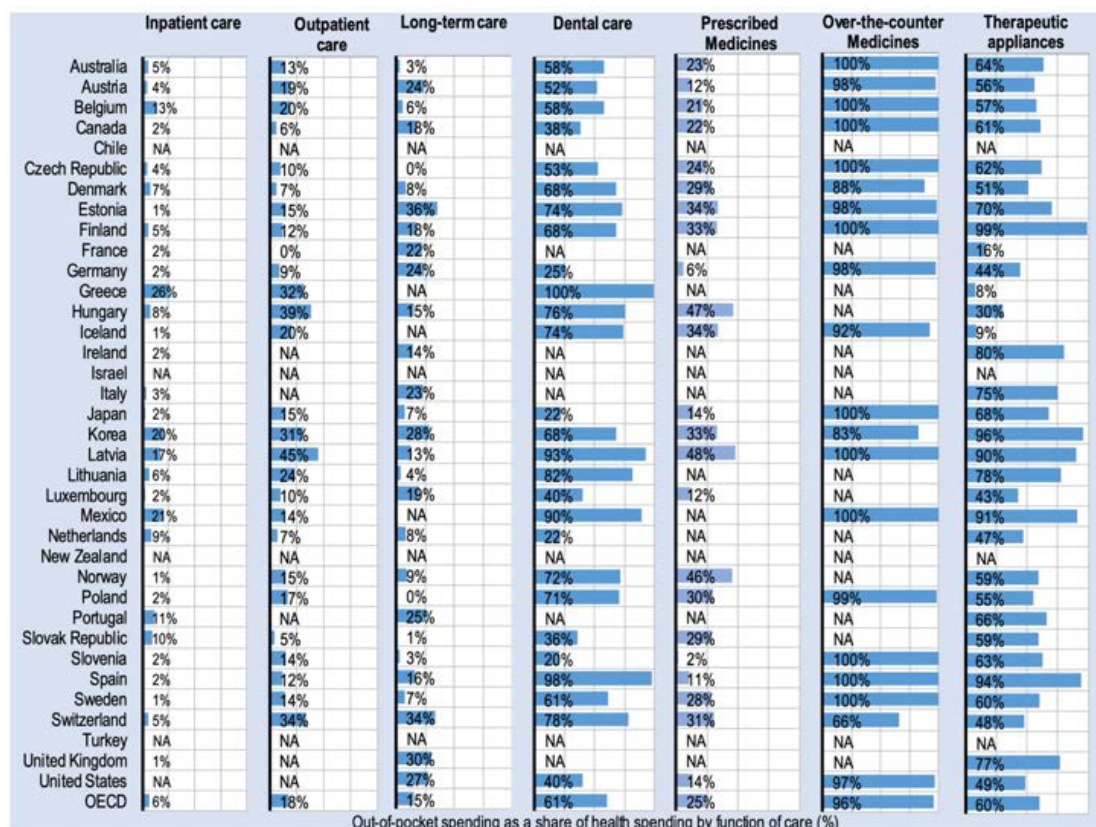
Fuente: (OCDE 2019).

Evidentemente, todo ese gasto directo repercute en un mayor nivel de gasto de las familias en el sector privado (entre 2013 y 2017 el gasto sanitario privado creció de media un 3,2% al año).

La comparativa a nivel internacional muestra la carga que los ciudadanos españoles soportan con cargo a su presupuesto familiar en términos de pagos directos por distintos tipos de

prestaciones, entre ellas la dental, se encuentra entre las más elevadas de la OCDE (Tabla 9). Y tras esa ausencia de financiación pública puede encontrarse una explicación de las barreras de acceso expuestas anteriormente y las desigualdades en materia de salud bucodental que padece la población.

Tabla 9: Gastos directos como porcentaje del gasto en salud por función de la atención (%)



Fuente: OCDE (2019). Focus on Out-of-Pocket Spending: Access to care and financial protection.

Es por ello por lo que urge una ampliación de la cartera bucodental que avance hacia la universalización de las prestaciones de atención bucodental, al igual que ocurre con gran parte del resto de la asistencia médica en España.

La demanda ciudadana existe; la asunción política de su necesidad también existe, habida cuenta de que la mayor parte de los partidos políticos la tienen recogida en su programa. Es hora, por lo tanto, de plantear una propuesta para abrir el debate al respecto.

La apuesta por la ampliación y universalización de la asistencia bucodental en España: una estimación de los costes.

3

El planteamiento de una propuesta de extensión de la cartera de asistencia bucodental hasta conseguir que toda la población esté cubierta con unas prestaciones que garanticen unos estándares convenientes de salud, al tiempo que se eliminan las desigualdades en su acceso, parte de la necesidad de realizar una estimación básica de cuánto gasto tendría que asumir el Estado para ello.

El nivel de gasto actual aporta una primera indicación al respecto. En 2018 el gasto corriente en servicios odontológicos fue de 3.678 millones de euros. Por lo tanto, esa cifra podría constituir el punto de partida para la realización de una estimación simple por cuanto representa es el nivel de servicios básicos que los ciudadanos están dispuestos a sufragar en el sector privado para atender sus necesidades bucodentales.

Bien es cierto que esa cifra puede ser objeto de matización al alza y a la baja. Al alza porque ha habido años en que los ciudadanos realizaron un mayor gasto (en 2010 el gasto fue de 5.251 millones de euros) y, por lo tanto, el nivel actual podría encubrir necesidades insatisfechas que no se atienden por la diferencia en el ciclo económico. A la baja porque en un esquema de extensión de las coberturas y de la población cabe negociar los precios con los proveedores de servicios privados para que realicen determinadas prestaciones según precio tasado y porque, además, esa cifra incluye intervenciones estéticas que, en principio, no tendrían por qué estar cubiertas por el Servicio Nacional de Salud.

En todo caso, y a efectos de un planteamiento inicial más centrado en las grandes cuestiones de fondo que en los números precisos, se asumirá que los efectos al alza y a la baja se compensan entre sí.

A continuación, habrá que estimar en cuánto se incrementa la demanda de servicios bucodentales y, por lo tanto, se acrecienta el presupuesto necesario como consecuencia de que los que eran servicios de provisión privada pasan a ser ahora derechos de asistencia pública financiados desde el Estado.

En ese caso, emergerá la demanda latente que no se atiende por problemas de accesibilidad económica y que se concentra en un estrato social determinado que, a su vez, concentra gran parte de la enfermedad y al que, por otra parte, será necesario incentivar para que accedan a dichos servicios con la finalidad de mejorar el estado de su salud bucodental en particular y de la salud en general.

De la suma de ambas partidas sería necesario deducir, a efectos de calcular el coste neto de la medida, los beneficios que se producirían en términos de minoración de los costes directos e indirectos que las enfermedades bucodentales provocan sobre el conjunto de la sociedad. De momento, y a efectos del planteamiento general, esa deducción no se tiene en consideración, a pesar de que, como se ha comprobado más arriba, no es un impacto menor.

La estimación de en cuánto se puede incrementar la demanda de servicios bucodentales como consecuencia de la ampliación de la cartera y de la universalización de la prestación tiene como referencia la que se realizó para el caso de Australia cuando se planteó, a inicios de la década pasada, una cuestión como la que aquí se plantea. Según las estimaciones que se realizaron allí, utilizando el experimento de control aleatorio realizado en Estados Unidos por la Rand Corporation, se calculó que reducir el

gasto directo de un individuo del 95% a cero, aumentaría la demanda del servicio en un 46%; habida cuenta de que los gastos directos que pagaban los australianos por servicios dentales se situaban en torno al 61,5%, el incremento en la demanda se estimó en un 30%⁶⁸.

Esta metodología, extrapolada al caso de España, en donde los gastos directos suponen el 98% del total de gasto, implicaría que la demanda se incrementaría en un 47,5%, siempre y cuando los servicios se pagaran al mismo precio de mercado actual y no se introdujera ningún sistema de copago en función de renta y/o tipo de prestación. Así, por ejemplo, con un copago del 25%, el incremento en la demanda nominal se reduciría al 35%.

El otro método alternativo que también se usó fue desarrollado por PricewaterhouseCoopers y consistió en una modelización de la demanda asumiendo que la población pasa a solicitar los mismos servicios que el grupo social de mayores ingresos (y, por lo tanto, teóricamente, de mayor gasto; aunque esta hipótesis es cuestionable porque, al gozar de mejor salud bucodental su gasto en cuidados paliativos es menor). Con ese enfoque se estimó que el uso del servicio aumentaría entre el 11,5% y el 17%, una previsión mucho más conservadora, pero que estaba sustentada sobre supuestos diferentes sobre las coberturas de la asistencia.

Asumiendo la estimación menos conservadora del experimento de la RAND y diferentes posibilidades de copago lineales sobre los servicios (aunque habría que valorar su exención en función de la renta para determinadas personas y/o tratamientos), a continuación se plantean una serie de estimaciones de gasto sobre la base de los niveles de gasto de 2018 de los que, por otra parte, tampoco se han deducido los costes directos e indirectos provocados por las enfermedades bucodentales y que se reducirían con la mejora de la asistencia.

68- Newhouse, J.: Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1993.

Así, se contemplan cuatro escenarios posibles: sin copago, con un copago del 15%, con uno del 25% y con otro del 50%, es decir, con financiación pública del 85%, del 75% o del 50% del coste de los tratamientos. Los efectos sobre el gasto pueden verse en la Tabla 10.

Tabla 10. Simulación de incremento del gasto sanitario dental bajo diversas hipótesis				
	% gasto asumido privadamente	% Δ demanda	Δ Demanda (millones €)	Coste total (millones €)
Sin copago	0%	47,45%	1745,21	5.423
Copago 15%	15%	40,18%	1477,82	5.155
Copago 25%	25%	35,34%	1299,81	4.977
Copago 50%	50%	23,24%	854,77	4.532

Fuente: Elaboración propia.

Promemoria: PIB nominal 2018: 1.202.193 millones de €; gasto sanitario total 2018: 109.855 millones de €. Gasto bucodental total en 2018: 3.678 millones de €

Así, sobre la base de esos cálculos puede comprobarse que, en un sistema sin copagos, el incremento de la demanda esperado sería del 47,5%, lo que elevaría el gasto total en asistencia bucodental hasta llegar a los 5.423 millones de euros, esto es, pasaría a suponer un 4,9% del gasto sanitario total y apenas 15 décimas más sobre el total del PIB (Tablas 10 y 11). Habida cuenta de que el gasto sanitario en España en 2017 suponía el 8,9% del PIB y se encontraba por debajo de la media del gasto en la UE (9,8% del PIB), el incremento del gasto estimado por ampliación y universalización de la cartera bucodental sería ampliamente asumible.

Tabla 11. Efectos del incremento del gasto sanitario dental			
	Coste total (millones €)	% gasto dental/ gasto sanitario	% gasto dental/ PIB
Sin copago	5.423	4,9%	0,45%
Copago 15%	5.155	4,6%	0,42%
Copago 25%	4.977	4,5%	0,41%
Copago 50%	4.532	4,1%	0,37%

Fuente: Elaboración propia.

En definitiva, y como puede comprobarse, aún con estimaciones muy poco conservadoras en cuanto al aumento de la demanda provocado por la universalización del servicio y la ampliación de la cobertura (que se correspondería con la que se demanda actualmente en el sector privado) y en ausencia de cualquier tipo de supuestos moduladores del nivel de prestación y de la corresponsabilidad en su financiación, las cifras muestran costes que son asumibles para la cuarta economía de la Unión Europea, máxime si se tiene en cuenta la prevalencia de la enfermedad, la carga económica que genera y sus efectos sobre el bienestar y la calidad de vida de la población.

[illegible]

Lineamientos para la ampliación y universalización de la asistencia bucodental en España

Una vez realizada una estimación del coste que podría suponer la universalización de la asistencia bucodental en España y constatado que, aún con supuestos poco conservadores ésta no debería suponer más allá de entre 4 ó 5 mil millones de euros, según el régimen de copagos que se establezca, es preciso realizar una propuesta de cómo se podría implementar dicha política pública.

En este sentido, a continuación se realizarán una serie de propuestas que simplemente tratan de sentar las bases para el debate público, sin que puedan entenderse bajo ningún concepto como un paquete cerrado sino, más bien, como una enunciación de las principales cuestiones que deberán de ser enfrentadas de cara al diseño del sistema asistencial que amplíe y universalice de la cartera de servicios bucodentales.

Desde esa perspectiva, y con la mirada puesta en lo que podría considerarse como el establecimiento de los cimientos de un proyecto de Plan Nacional de Salud Bucodental orientado a insertar definitivamente la salud bucodental dentro del Sistema Nacional de Salud, sería preciso considerar algunas de las siguientes cuestiones:

A- Cuáles son los principios que informan el Plan.

B- Cuáles son los indicadores que permiten su seguimiento para poder evaluar su eficacia y alcance.

C- Cuáles son las poblaciones susceptibles de un tratamiento diferenciado en función de su mayor vulnerabilidad o prevalencia de enfermedades.

D- Cuáles son las líneas de intervención y en qué se concretan cada una de ellas. En este caso, los principales aspectos que suelen abarcar dichas líneas de intervención son los siguientes:

- La **promoción de la salud bucodental** a través de una estrategia de intervención múltiple sobre los diversos aspectos que inciden sobre la misma con el objetivo de prevenir todo lo posible las enfermedades bucodentales y sus efectos sobre la salud general.
- La **accesibilidad a los servicios de salud y cuidado bucodental** cuando son necesarios es una cuestión básica que también debe ser garantizada y que para determinados colectivos también debe de ser promovida activamente.
- La **alineación e integración del sistema de salud bucodental** con el resto de los sistemas que integran el Sistema Nacional de Salud y con el sector privado (dentistas, clínicas marquistas y aseguradoras) para enfocar las enfermedades bucodentales desde una perspectiva integral, en la que todos los actores contribuyan a mejorar la eficacia de las intervenciones y los resultados en términos de salud general.
- La **promoción de la seguridad y calidad de los servicios** prestados desde el sistema de salud bucodental.
- La **formación y adecuación de los recursos humanos** para desarrollar el sistema y conseguir los objetivos inicialmente establecidos.
- La **investigación en materia de salud bucodental y la evaluación del sistema de prestación de servicios** con la finalidad de ajustar su planificación, control y evaluación de forma continua a lo largo del tiempo. Para ello es básico el desarrollo de una estrategia de investigación y la recolección continua de datos de la población.

Mediante el establecimiento de objetivos específicos para cada una de esas áreas, debería partirse de una evaluación del estado de la situación, una concreción de las necesidades que deben de atenderse para alcanzar dicho objetivo, las estrategias claves para promoverlo y los indicadores que permitirán realizar el seguimiento y la evaluación⁶⁹.

Evidentemente, el desarrollo detenido de todos esos aspectos desborda el sentido de este informe que se centrará sobre algunas de las grandes cuestiones esenciales sobre las que debe girar inicialmente el debate público, pero también el diálogo entre las autoridades institucionales y el resto de los agentes del sector, habida cuenta de la necesidad de complementar esfuerzos para que el resultado sea del mayor alcance posible y esté a la altura de las expectativas depositadas sobre el mismo.



69- Aunque existen otras posibilidades, la estructura de lo que podría ser un plan estratégico nacional se ha tomado del “Australia’s National Oral Health Plan 2015-2024”. Puede consultarse aquí: https://www.mah.se/PageFiles/1541119092/Australias-National-Oral-Health-Plan-2015-2024_uploaded-170216.pdf

Alcance de la cobertura: un enfoque basado en el universalismo proporcional

1

Como ha podido constatarse a lo largo del diagnóstico previo, las enfermedades bucodentales, a pesar de ser ampliamente prevenibles, constituyen uno de los mayores problemas de salud en el mundo y, por ende, también en España. La caries, las enfermedades periodontales y el cáncer de oral, que son las principales enfermedades bucodentales, son enfermedades crónicas de alta prevalencia que tienen un impacto negativo significativo en la calidad de vida de la población, con un impacto diferencial sobre la misma en función de distintas circunstancias socioeconómicas.

Los tratamientos para las enfermedades bucodentales son, en muchos casos, caros y los costes que imponen tanto para las personas afectadas como para el sistema sanitario en general son elevados. Y, a pesar de ello, en las últimas décadas se han producido mejoras generales significativas en las tasas de caries dental y enfermedades periodontales tanto en los países de nivel de renta elevada como en los de nivel medio⁷⁰. Sin embargo, una de las principales preocupaciones en muchas partes del mundo es la aparición de desigualdades en materia de salud bucodental.

En efecto, de forma creciente, las enfermedades bucodentales afectan de manera desproporcionada a la ciudadanía socialmente más desfavorecida. En consecuencia, las desigualdades en salud bucodental pueden considerarse como diferencias en los niveles de salud bucodental que son evitables y, por lo tanto, injustas en una sociedad moderna.

70- En muchos países de nivel de renta baja, los niveles de caries parecen estar cada vez más ligado al grado de desarrollo económico y al consecuente mayor consumo de azúcares libres.

Además, hay que huir de una lectura simplista identificando las desigualdades en salud bucodental como simples diferencias en el estado de salud bucodental entre ricos y pobres.

Y es que, como en el caso de la salud en general, existe una relación escalonada consistente en todo el espectro social de forma que la salud bucodental empeora en cada punto a medida que se desciende en la jerarquía social. Esta relación constante entre la salud bucodental y el estatus social, conocida como gradiente social, tiene profundas implicaciones para las políticas públicas que no pueden ser ignoradas.

El gradiente social en la salud bucodental es un fenómeno universal que se encuentra en todos los puntos del curso de la vida y en diferentes grupos de población en todo el mundo. La investigación en salud pública ha destacado que las desigualdades en salud son causadas por las amplias condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, los llamados determinantes sociales. Estas causas subyacentes se aplican igualmente a las desigualdades en salud bucodental, ya que las enfermedades bucodentales comparten determinantes comunes con otras afecciones no transmisibles.

Esto significa que el tratamiento bucodental y la prevención clínica por sí solos no reducirán las desigualdades en la salud bucodental y, de hecho, pueden incluso aumentar las desigualdades.

En este sentido, se requiere una agenda de salud pública radical para abordar las causas sociales, económicas y políticas subyacentes de las desigualdades en salud bucodental y reducir las desigualdades existentes entre la población. Y para ello es necesario poner en valor todo el conocimiento científico acumulado durante las últimas décadas en materia de salud bucodental: la carga de la enfermedad, su prevalencia, impacto y costes para la sociedad, el alcance de las desigualdades que le afectan, el patrón social de las enfermedades bucodentales, los determinantes sociales subyacentes de las desigualdades en la salud bucodental son, entre otras cuestiones, parte del cuerpo científico que debe de informar el diseño contemporáneo de las políticas públicas y la identificación de las necesidades prioritarias de intervención.

Es más, hay que partir del conocimiento compartido y contrastado de que el tratamiento bucodental y la prevención clínica tienen un impacto limitado en la lucha contra las

desigualdades en la salud bucodental y que, de hecho, si están incorrectamente diseñados pueden aumentar las desigualdades entre la población. Por eso hay que avanzar en el desarrollo y la evaluación de las intervenciones preliminares que hay que implementar para abordar las causas subyacentes de esas desigualdades.

En definitiva, es esencial que el diseño de un Plan Nacional de Salud Bucodental no solo esté informado por los marcos teóricos relevantes sino que es preciso que esté vinculado a una agenda más amplia de políticas de salud pública en el que la salud bucodental esté integrada en todas las políticas relevantes.

Y, desde esa perspectiva, y partiendo de un enfoque de riesgo común, es preciso que el alcance de las prestaciones sea universal y no se centre exclusivamente sobre colectivos concretos, desestimando la intervención sobre el conjunto de la población.

Este enfoque, denominado en la literatura sobre salud pública como “universalismo proporcionado”, recomienda acciones universales, pero con una escala e intensidad proporcionales al nivel de desventaja de los colectivos afectados.

En concreto, la aplicación de este concepto de universalismo proporcionado a la mejora de la salud bucodental significa que es necesario diseñar una política basada en una combinación de actividades universales y específicas.

Por lo tanto, el Plan Nacional de Salud Bucodental deberá definir una cartera de servicios y prestaciones que será universal por su propia naturaleza, al tiempo que tendrá que incorporar estrategias específicas para las poblaciones prioritarias que experimentan enfermedades bucodentales en tasas desproporcionadamente más altas.

Dicho de otra forma, si el Plan se centra únicamente sobre las necesidades de los más desfavorecidos no conseguirá reducir suficientemente las desigualdades en salud. Para reducir la pendiente del gradiente social en salud, las acciones desarrolladas deben de ser universales, pero con una escala e intensidad proporcionales al nivel de desventaja. Esa es básicamente la esencia del universalismo proporcionado y su principal virtud: cobertura universal para todos pero más intensa para aquellos que más la necesitan.

No olvidar a quienes más ayuda necesitan: la atención para colectivos vulnerables.

2

Una de las claves del enfoque de universalismo proporcional es que se pueda llegar a toda la población al tiempo que se aseguran intervenciones específicas sobre aquellos colectivos que presenten un mayor riesgo de prevalencia de la enfermedad.

En consecuencia, una de las primeras tareas que será preciso realizar será establecer criterios que permitan aplicar el enfoque de universalismo proporcional de forma operativa para conseguir los mejores resultados en términos de salud pública general.

En este sentido, y como también se ha expuesto, entre los factores que mayor incidencia tienen sobre la prevalencia de la enfermedad y que, por lo tanto, delimitan claramente los colectivos que presentan un mayor riesgo de sufrir enfermedades bucodentales, se encuentra, en primer lugar, el gradiente socioeconómico.

Así, como se ha podido constatar en el diagnóstico, y es lugar común en la literatura, los niños y adultos que viven en comunidades desfavorecidas presentan unos peores niveles de salud bucodental que los que viven en entornos socioeconómicamente más elevados. Además, disponen de menores recursos e información para acceder a tratamientos que no son cubiertos por el sistema sanitario público y, por lo tanto, esas condiciones también afectan a la accesibilidad a los servicios que tienen a su disposición incluso cuando estos son públicos⁷¹.

⁷¹- Un metaanálisis de los diferentes estudios dedicados a cómo mejorar la accesibilidad de los colectivos vulnerables es el de Raison, y Harris, (2019): “Interventions to reduce socio-economic inequalities in dental service utilisation – a systematic review”, Community Dental Health, vol. 36.

La prevalencia de caries, pérdida de dientes, cáncer oral y enfermedades periodontales presenta, por lo tanto, un gradiente social que es preciso tener en consideración desde la perspectiva del diseño del sistema y los programas de salud bucodentales si se quiere incidir de forma diferenciada sobre los colectivos que la padecen en mayor medida.

En segundo lugar, junto al gradiente social de prevalencia de la enfermedad hay que tener en cuenta las personas que no se pueden valer, total o parcialmente, por sí mismas y presentan algún grado de dependencia. Esa condición incrementa su vulnerabilidad y, por lo tanto, el riesgo de padecer enfermedades, entre ellas las bucodentales.

Y, en tercer lugar, también hay que tener en cuenta a aquellas personas que viven en condiciones de insalubridad general o confinados en determinados centros por voluntad propia, decisión judicial o necesidad.

Así, en términos generales, los grupos vulnerables con mayor riesgo o mala salud bucodental serían los siguientes:

- Las personas mayores y vulnerables, ya vivan solas o en cuidado residencial.
- Las personas socialmente aisladas, en tránsito (regular o irregular) y las personas sin hogar.
- Las personas encarceladas en prisión.
- Las personas que consumen en grandes cantidades alcohol, drogas o tabaco, dada la elevada incidencia que estas sustancias tienen sobre otras enfermedades crónicas.
- Las personas con enfermedades crónicas.
- Los niños y niñas que se encuentren en régimen de tutela.
- Los niños, niñas y adultos que viven en comunidades desfavorecidas.
- Las personas que carecen de autonomía propia porque presentan niveles elevados de dependencia.
- Los niños, niñas y adultos con problemas cognitivos y dificultad de aprendizaje.

Por otra parte, tampoco debe de olvidarse que en cada etapa de la vida de una persona sus necesidades de atención bucodental son diferentes y, por lo tanto, deben establecerse estrategias diferenciadas de atención en función de esas necesidades.

En el caso de la cartera de servicios bucodentales española solo se atienden (y no por completo) las necesidades de niños, niñas y adolescentes y de determinados colectivos vulnerables (singularmente, mujeres embarazadas y personas con discapacidad).

Por lo tanto, de cara a la universalización del servicio de atención bucodental es preciso identificar también las cohortes etarias que mayor grado de cuidados bucodentales requieren y, dentro de estos cuidados, priorizar aquellos que tienen un mayor impacto sobre la salud bucodental de esas poblaciones. Y ello siempre en el marco de un enfoque de riesgo común que incida sobre los factores

determinantes de la enfermedad y a partir de información epidemiológica precisa que permita la identificación de esas necesidades y la planificación de la respuesta del sistema de salud bucodental.

En ese caso, cabe señalar que, más allá de mujeres embarazadas y personas en la infancia y adolescencia, son las personas mayores las que presentan necesidades más acuciantes de asistencia bucodental porque, además, en muchos casos sus problemas tienen graves repercusiones sobre su bienestar y condiciones de vida.

A continuación, se señalarán algunos lineamientos en relación con cada uno de esos colectivos que deberían de ser tenidos en consideración porque constituyen el suelo básico desde el que se deben diseñar las políticas desde el enfoque que se defiende en esta propuesta.

2.1

Niños y niñas más vulnerables

La escasa cobertura pública en materia bucodental tiene a los niños y adolescentes como principal grupo poblacional de atención, si bien las diferencias entre los distintos sistemas de prestación (público, mixto y PADI) de las Comunidades Autónomas impiden que pueda considerarse como un sistema homogéneo habida cuenta de las diferencias entre las edades, las coberturas y el propio diseño del sistema de atención.

Es más, aunque los niños y adolescentes de niveles socioeconómicos bajos presentan una mayor prevalencia de enfermedades bucodentales que aquellos de niveles socioeconómicos elevados, no se articula ningún tipo de política específica al respecto, por lo que los problemas bucodentales que padecen en la infancia y adolescencia se extienden, agravan y cronifican en la edad adulta.

Esa situación se complica cuando esos niños viven en hogares en situación de pobreza en donde a la menor educación en salud bucodental de sus cuidadores y los bajos niveles de acceso a los servicios bucodentales se le une el hecho de que suelen consumir una dieta alta en azúcar y de peor calidad nutricional.

Además, el dolor y las molestias asociadas a la enfermedad pueden dificultar su capacidad para comer y afectar a su descanso a la hora de dormir; a lo que se suma el que la mala salud bucodental de los niños suele estar asociada con problemas en su desarrollo y afecta a su confianza en los procesos de socialización con otros niños.

Y esta situación de vulnerabilidad y riesgo se incrementa aún más cuando se trata de niños y niñas que dependen de cuidadores.

Por todo ello, se entiende que la prevención de la caries dental, en particular, y de las enfermedades bucodentales, en general, es una cuestión esencial durante la infancia, habida cuenta de que la carga de la enfermedad, si no se trata adecuadamente, se prolongará a lo largo de toda la vida de esa persona, afectando a su salud general y a su bienestar. Sin embargo, tanto desde el punto de vista del alcance de la cobertura como de la falta de políticas de discriminación positiva que refuercen el elemento de mayor intensidad en la atención para aquellos grupos que más lo necesitan, el sistema resulta claramente insuficiente.

O, dicho de otra forma, el sistema ni es universal (o solo lo es nominalmente, más en términos de una declaración de intenciones que de una asistencia universal real) ni es proporcional. Por lo tanto, será preciso rediseñarlo, salvando las mejores experiencias vigentes hasta el momento y adaptándolo a la filosofía del nuevo enfoque⁷².

Ello exigirá mejorar la accesibilidad de los niños y niñas de colectivos socioeconómicos más favorecidos a los programas de salud bucodental públicos, evaluando los patrones de utilización de los programas para maximizar su eficacia y para apoyar una mejor prestación de servicios a los niños de las poblaciones prioritarias, al tiempo que se refuerzan los servicios de odontología pediátrica especializada en la atención primaria.

Y eso impone, como condición necesaria, procurar que los sistemas de salud bucodental para niños y adolescentes de todas las Comunidades Autónomas estén alineados entre sí e integrados y coordinados con el sistema de salud general como forma de lograr que la prestación de atención se realice de la forma más eficiente y equitativa para todas aquellas que la necesiten. Todo ello en el marco de una estrategia estatal que guíe, informe y coordine el desarrollo, implementación y evaluación de las políticas y programas de salud bucodental y supervise la integración de ésta dentro de los programas generales de salud.

⁷²- En este sentido, es esencial identificar las mejores prácticas realizadas al respecto en otros países. Así, por ejemplo, la plataforma Better Oral Health destaca los programas Childsmile en Escocia y Designed to Smile Programme en Gales, junto a otros programas implementados a nivel local en algunas ciudades de Inglaterra. Todos ellos destinados a mejorar la accesibilidad y la atención bucodental de los niños y niñas que viven en contextos y familias más desfavorecidos. Best Practices in Oral Health Promotion and Prevention from Across Europe. Better Oral Health (2015).

2.2

La atención a las personas mayores.

Las repercusiones que las enfermedades bucodentales tienen sobre la salud de las personas mayores son considerables, especialmente por el impacto que supone la pérdida de dientes, las caries, las enfermedades periodontales, la boca seca y el cáncer oral⁷³.

Por otra parte, el uso de determinados medicamentos también repercute sobre la producción de saliva, con el consiguiente efecto sobre las caries y las enfermedades periodontales. Además, la boca seca, la retracción de las encías, la movilidad dental o las prótesis removibles mal ajustadas afectan a la capacidad de una persona para mantener suficiente saliva y masticar, lo que aumenta el riesgo de deshidratación, desnutrición e infección.

Estos problemas se ven agravados por las limitaciones que muchas personas mayores sufren en materia de movilidad, vista, comunicación y dificultades para el cuidado autónomo. De hecho, la accesibilidad es un problema de singular relevancia para este grupo, por lo que no se pueden obviar los problemas de transporte, acceso físico y coste para quienes siguen viviendo en sus domicilios; mientras que para quienes se encuentran en instalaciones de atención residencial el número de odontólogos que estén dispuestos o puedan brindar los servicios dentales necesarios de forma itinerante es muy limitado, a lo que se puede unir la falta de instalaciones y equipos adecuados.

La situación aún se agrava más para el caso de los adultos que presentan problemas mentales y que pueden experimentar dificultades adicionales para mantener una buena higiene bucal, pues esta dependerá de sus cuidadores y del nivel de formación que tengan al respecto

y, en consecuencia, será aún más necesaria una estrategia específica para este grupo poblacional.

Por otra parte, si tenemos en cuenta la tendencia de envejecimiento acelerado de la población española y, que, además, el porcentaje de esa población que habrá conservado una parte significativa de su dentición natural será cada vez mayor, el horizonte es el de un grupo poblacional creciente con demandas de atención también crecientes⁷⁴.

Y junto a ello no debe de olvidarse que conforme aumenta la esperanza de vida el incremento de personas mayores que presentarán problemas de dependencia en diversos grados también irá en aumento, ampliándose la población mayor que vivirá en entornos de atención residencial y que conservarán parte de sus dientes naturales. Estas personas necesitarán apoyo para el mantenimiento de la higiene bucal y el acceso a una atención dental asequible y oportuna para mantener su función bucal y evitar los efectos adversos innecesarios de una mala salud bucal en su estado general de salud, máxime cuando la evidencia muestra que los residentes en centros asistenciales tienen una prevalencia particularmente alta de problemas de salud bucodental.

En definitiva, se trata de una población vulnerable sobre la que las enfermedades bucodentales tienen un impacto considerable en términos de su salud general y de su bienestar y para el que las autoridades públicas deberían de garantizar el acceso a una atención médica bucodental adecuada. Y ello aún siendo conscientes que esa atención desborda el ámbito físico de los servicios de salud y debe de llegar hasta los servicios de asistencia social porque, además, el coste y los gastos asociados a los tratamientos pueden ser demasiado onerosos para un porcentaje significativo de personas mayores.

⁷³- Uno de los artículos de referencia al respecto es del Batchelor, P. (2015): "The changing epidemiology of oral diseases in the elderly, their growing importance for care and how they can be managed", Age and Ageing, vol. 44.

⁷⁴- según el INE, en torno al 34% de la población tendrá más de 65 años, esto significa, que habrá casi 13 millones de personas mayores de 65 años y algo más de 4 millones de personas mayores de 80 años (el denominado "envejecimiento del envejecimiento").

De cara a enfrentar las necesidades específicas de este grupo, teniendo en cuenta que su heterogeneidad implica programas de atención muy diferenciados porque sus necesidades son muy diferentes, sería preciso:

- Reforzar la formación específica de un mayor número de dentistas en las competencias necesarias para las demandas especiales de este colectivo, singularmente el que se encuentran ingresados en residencias, a través de programas de especialización específico.
- Mejorar la formación específica de cuidadores y trabajadores de la salud que interactúan con esta población para que puedan atenderlas adecuadamente, apoyarles con sus tratamientos y el mantenimiento de su higiene bucodental, detectar e identificar sus necesidades, reconocer sus problemas de salud bucodental y solicitar cuidados específicos por parte de un dentista cuando sea preciso.
- Integrar la atención bucodental para las personas mayores en el sistema de salud general y prevenir las complicaciones bucodentales derivadas tanto de la edad como de otros tratamientos médicos.
- Desarrollar programas específicos para aquellos grupos de personas mayores que tengan problemas de accesibilidad y/o vivan en entornos socioeconómicos deprimidos.
- Finalmente, si bien la prestación de atención odontológica en un centro dental con acceso a servicios de apoyo adecuados es generalmente preferible, algunas personas con necesidades de atención médica adicionales pueden no poder viajar a clínicas dentales estándar y es posible que sea necesario realizar el tratamiento dental en hogares e instituciones residenciales, lo que requiere de la disponibilidad de equipos dentales y entornos de tratamiento adecuados para entornos no clínicos⁷⁵.

⁷⁵- En este sentido, algunas Universidades españolas ya cuentan con ese tipo de equipos y forman a su alumnado en dichas competencias.

Personas dependientes y con enfermedades mentales.

Se trata de un colectivo amplio y heterogéneo pero que, desde el punto de vista de la salud bucodental, se caracteriza por sus necesidades especiales. Puede englobar desde personas dependientes a personas con enfermedades mentales o personas con niveles de discapacidad inhabilitantes para desarrollar su vida de forma autónoma.

En muchos casos, la propia enfermedad inhabilitante da lugar a condiciones de vida insalubres (sinhogarismo o infraviviendas) que generan episodios de comorbilidad. Además, esas personas también experimentan múltiples factores de riesgo y hábitos de consumo nocivos para la salud bucodental de forma que las probabilidades de que tengan problemas de esta naturaleza (caries, edentulismo total o parcial, enfermedades periodontales) son muy elevadas y requieren de tratamiento específico.

Estas circunstancias son aún más graves en el caso de las personas dependientes que sufran expresiones de discapacidad altamente inhabilitantes (lesiones intelectuales, psiquiátricas, sensoriales o del habla, lesiones cerebrales adquiridas o discapacidades físicas diversas) y que sean incapaces de percibir la necesidad de cuidado de la salud bucodental o, siendo capaces, no pueden expresar su necesidad.

En estos casos, es fundamental que sus cuidadores entiendan que el cuidado de la salud bucodental y la higiene bucal diaria son también una prioridad para la salud general de la persona dependiente.

Y todo ello se agrava si no existe una cobertura pública adecuada y los tratamientos deben de ser sufragados por la persona dependiente o su familia, habida cuenta de que las pensiones de apoyo por este tipo de enfermedades no suelen ser especialmente generosas.

Por todo ello es preciso considerar a estas personas como susceptibles de programas de atención especializada que, como en el caso de las personas mayores, se traducen esencialmente en mayores niveles de formación y educación para sus cuidadores y para ellas mismas; programas específicos que incentiven su acceso a revisiones y tratamientos bucodentales; formación específica para los odontólogos en el tratamiento de personas con este tipo de problemas de salud; programas de detección y promoción de la salud y servicios clínicos que sean apropiados para las necesidades de comunicación de las personas con discapacidad, sus familias y sus cuidadores.

Prevención y restauración con criterios de eficiencia y rentabilidad social.

3

La concreción de la cartera que sería susceptible de integrar el sistema nacional de salud bucodental es difícil de delimitar de forma precisa porque implica consideraciones de diferente naturaleza que van desde lo médico a lo económico (identificando la efectividad de las intervenciones en función de su coste-beneficio relativo) y a lo propiamente financiero.

La complejidad de dicha tarea requiere de la constitución de algún grupo de trabajo específico integrado por el Ministerio de Sanidad, las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas y los Colegios Profesionales que defina convenientemente dicha cartera, los tratamientos susceptibles de ser financiados públicamente sobre la base de la evidencia empírica (evidence-based) y el grado de financiación que se va a atribuir en función de criterios como la renta o el análisis de coste/efectividad para tratar de que los servicios se presten con el mayor impacto socioeconómico posible al menor coste posible.

En cualquier caso, hay diversas cuestiones que sí pueden ser susceptibles de enunciación y que constituyen, normalmente, los pilares o lineamientos básicos de los planes de salud bucodental de otros países.

El primero de esos pilares es la distinción clara entre tratamientos funcionales, entre ellos la función masticatoria y el alivio o eliminación del dolor, o tratamientos estéticos, siendo excluidos normalmente los segundos de las carteras de servicios salvo que se trate de problemas estéticos o malformaciones congénitas o sobrevenidas accidentalmente y que sean limitantes de las condiciones de vida de las personas que los padecen.

Es por ello por lo que se entiende que el principal objetivo del sistema debería de ser la prevención, el diagnóstico y el tratamiento tempranos de las enfermedades bucodentales, junto con la restauración de la función cuando ésta haya resultado afectada en el buen entendido, además, de que la mayor parte del gasto en servicios dentales se dedica a atención preventiva y de restauración⁷⁶.

En este sentido, la apuesta prioritaria por la prevención. En este sentido, uno de los pilares sobre los que se asienta una estrategia preventiva de amplio espectro en materia de salud bucodental es la realización de visitas periódicas al dentista para garantizar que las personas reciben un tratamiento preventivo antes de que aparezca la enfermedad, para que se puedan realizar diagnósticos tempranos para evitar que ésta avance si ya se ha presentado o para que se pueda realizar un tratamiento inmediato de cualquier problema antes de que éste vaya a más.

Lo recomendado es que los adultos visiten al dentista al menos entre medio año y dos años en función de las características del paciente. Esto sugiere que existe un problema con el acceso y/o la disposición de una parte importante de la población para visitar al dentista.

Para el caso de los niños, lo recomendable es que acudan al dentista desde que aparecen los primeros dientes temporales y mantengan una rutina de visitas de, al menos, una vez al año para reforzar los consejos preventivos y sentar las bases de una buena salud bucodental para el resto de su vida. Además, la mayor frecuencia de visitas se justifica porque la caries suele ser más rápida en niños y adolescentes que en personas mayores.

Por lo tanto, un pilar básico de la propuesta de ampliación de la cartera bucodental sobre la que se sustentaría la posibilidad de desarrollar una política más precisa en materia de salud bucodental y de integrarla con el resto de políticas sanitarias sería garantizar que todos los adultos, al menos una vez cada dos años, visitaran al dentista para una revisión básica, la realización de un diagnóstico sobre el estado de su salud bucodental y, en su caso, una propuesta del tratamiento que debería realizarse.

De esta forma, se podría realizar una evaluación individual de riesgos y evaluar los factores que pudieran estar ejerciendo una incidencia negativa sobre la salud bucodental del paciente, aconsejar medidas para el cambio de hábitos y facilitar las condiciones para una mejor accesibilidad a los servicios de la cartera bucodental.

Este patrón de visitas para la población general deberá acompañarse de protocolos y calendarios específicos para los grupos de alto riesgo de prevalencia de la enfermedad, tanto aquellos que lo son por sus hábitos de vida como los que lo son por sus condiciones socioeconómicas.

Esto permitiría confrontar la desigualdad existente en materia bucodental desde dos niveles:

- A nivel del usuario permite mejorar su condición bucodental a través del tratamiento, la rehabilitación, el asesoramiento y la educación, en especial para aquellos que ya presentan alguna enfermedad.
- A nivel de la población general refuerza los esfuerzos preventivos orientándolos a tratar de modificar los factores de riesgo de los individuos y grupos con mayor propensión al mismo y a estimularlos a no incurrir en pautas de consumo que pudieran agravarlo.

Y el tercer pilar es la cobertura de la salud bucodental a lo largo de todo el ciclo vital, superando la focalización sobre determinados colectivos de edades muy concretas y ampliando la cartera para las necesidades bucodentales que se pueden producir a lo largo de la vida de una persona y que son diferentes en cada una de esas etapas.

⁷⁶- En el caso de Australia, del que se ha tomado la metodología para la estimación del impacto económico, se concluyó que un plan bucodental que cubriera los servicios dentales de restauración, prevención y diagnóstico, junto con extracciones y dentaduras postizas, equivaldría a casi el 80% del gasto actual total en servicios bucodentales; el 20% restante del gasto se destina a lo que podría considerarse atención dental “electiva”, incluidas coronas, puentes, implantes y servicios como la odontología cosmética y láser.

La necesidad de la interacción entre los sistemas público y privado para mejorar la salud bucodental de toda la población.

4

La asistencia bucodental en España se realiza esencialmente a través de provisión privada, estando el sistema público focalizado bien en la prevención durante la infancia y adolescencia bien en tratamientos de exodoncia o quirúrgicos.

Esto significa que el sistema de asistencia bucodental se encuentra separado tanto a nivel organizativo como en términos de financiación de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud y que, incluso para aquellas prestaciones reconocidas en la cartera básica, la asistencia depende coyunturalmente de la disponibilidad de recursos y estructuralmente de la voluntad política de que ésta sea más o menos amplia.

O, dicho de otra forma, lo que sería impensable en el caso de la asistencia sanitaria pública, su condicionalidad al presupuesto y al ciclo político, constituye una característica estructural de la asistencia bucodental pública en España y se traduce en una infradotación de recursos estructural.

Esta circunstancia tiene una implicación importante para la extensión del sistema: el número de dentistas del sistema público es claramente insuficiente para poder poner en funcionamiento un Sistema Nacional de Salud Bucodental como el propuesto exclusivamente desde el sector público.

Y esa evidencia va de la mano de la constatación de que el sector bucodental privado cuenta con equipamiento y el capital humano para atender, al menos, a la población que ya satisface sus necesidades de forma privada y que, además, confía en esa prestación privada y la sufraga.

Por lo tanto, siendo conscientes de que no se parte de una situación ex-novo sino que existe un sistema de asistencia bucodental sustentado esencialmente sobre el peso del sector privado en la provisión de la misma y el carácter residual de las prestaciones del sector público es preciso pensar en un diseño que facilite la transición hacia un sistema de salud bucodental en el que se aprovechen todas las capacidades instaladas, toda la confianza generada y se haga extensivo al conjunto de la población la prestación del servicio con independencia de su situación socioeconómica.

Entrar en un debate sobre si el peso de la provisión debería ser mayoritariamente público o privado en estos momentos, cuando las necesidades son tan amplias y la capacidad del sistema sanitario público para atenderlas de forma directa tan escasas, es condenar cualquier avance al fracaso.

Es por ello por lo que el debate debe abrirse anteponiendo la importancia de garantizar las condiciones para el acceso de toda la población a una asistencia bucodental de primer nivel a cualquier otra disquisición. Es más, el nivel de cualificación de la profesión, el capital instalado en sus consultas y clínicas y la atención de sus pacientes deberían de ser puestos en valor como un activo para la puesta en marcha del sistema por parte del propio sistema público.

En definitiva, el debate solo puede partir de la constatación de que el sistema privado de asistencia dental debe de ser un pilar esencial del nuevo sistema de asistencia bucodental. La variable esencial a partir de la que se determinará el grado de implicación de éste dependerá esencialmente de la forma en la que se financie el sistema, facilitando la existencia de copagos una mayor implicación del conjunto del sector privado, aunque esta cuestión será tratada más abajo.

En todo caso, si el sistema acaba integrado finalmente tanto por el sistema de salud bucodental público como por el privado hay una serie de cuestiones que deben de ser abordadas y resueltas de cara a su organización.

Como en los puntos anteriores, estas serán expuestas sintéticamente bajo la forma de enunciados habida cuenta de que deben de ser objeto de debate público y negociación entre los actores. Se trata, por tanto, de que este documento tenga la finalidad de abrir el debate más que de intentar cerrarlo.

En este sentido, el principal problema que se ha planteado en otros países en los que se han realizado propuestas de este tipo es el que se deriva de una hipotética inflación del precio de los tratamientos como consecuencia de una insuficiencia de dentistas ante el incremento de la demanda. No parece ser este el caso de España en el que la restricción sería cierta para el caso de la asistencia pública (en donde el incremento de la demanda se traduciría en largas listas de espera en lugar de en incrementos de precios), pero no para el caso del sistema de asistencia privado, caracterizado en los últimos años por el crecimiento del número tanto de dentistas como de clínicas marquistas y clínicas de aseguradoras. La capacidad conjunta de la oferta para atender la demanda está, por tanto, fuera de toda duda.

Por otra parte, también debe de dilucidarse el régimen de vinculación que existiría entre los dentistas del sistema privado y el sistema nacional público. En ese sentido, habrá que concretar los términos de la relación y si todos los actores del sistema privado o no son invitados a participar en el mismo y en qué condiciones.

Para resolver esta cuestión cabe acudir al análisis de sistemas comparados en los que este tipo de sistemas mixtos están en vigor y en los que existen distintos tipos de regímenes de vinculación entre lo público y lo privado (Inglaterra, Suecia, Francia o Canadá son experiencias de donde se pueden extraer enseñanzas al respecto; los casos de Alemania o Australia, en los que el sistema está sustentado sobre seguros médicos tal vez pudieran resultar menos relevantes para el caso español).

Pero no debe de olvidarse que ya existen en muchas Comunidades Autónomas ese tipo de sistema de colaboración público-privada a través de los PADI y esta puede ser la base de partida para extender el sistema al conjunto del país y al total de la población. Sobre la base de la experiencia adquirida a partir de los mismos se puede plantear su traslación al conjunto del sistema de salud bucodental.

A efectos de recordatorio, valga señalar que el PADI del País Vasco, que puede considerarse sin lugar a duda como el que mejor funciona en España sintetiza su estructura y funcionamiento sobre cinco puntos⁷⁷:

- Financiación pública de la asistencia básica dental a todos los niños de 7 a 15 años.
- Protocolos clínicos explícitos de atención para garantizar el enfoque preventivo.
- Cuadro facultativo público/privado al que acudir con total libertad de elección.
- Talón dental anual personalizado enviado a cada niño para sustanciar la oferta.
- Sistema mixto de pago por capitación y acto médico, en la asistencia concertada.

Esta puede ser una buena base de partida para analizar sus ventajas y virtudes y construir, a partir del mismo, los cimientos del sistema nacional de salud bucodental, también en materia de relacionamiento entre el sector público y el privado.

En cuanto a la prestación de los servicios, en principio, el criterio debería de ser que cualquier actor del sistema privado pudiera participar en el sistema nacional bajo las condiciones estipuladas, pudiendo reservarse el sistema público (o determinadas clínicas convenientemente acreditadas previa derivación desde el sistema público) la atención de aquellos tratamientos e intervenciones más complejos y costosos. Esto permitiría una división entre tratamientos básicos y tratamientos avanzados y un mayor control del sistema público sobre aquellos casos que pudieran generar mayores problemas operativos o en términos de costes.

Por otra parte, habrá que determinar la tarifa por tipo de tratamiento y el sistema de liquidación desde el sistema nacional hacia los agentes privados, manteniéndose, evidentemente, la libre fijación de honorarios para aquellos tratamientos realizados fuera del sistema.

En este sentido, en materia de tarifas existe una tensión entre mantenerlas próximas a los precios de mercado, para evitar un deterioro de los tratamientos, y la opción del pago por capitación para determinado tipo de tratamientos como forma de abaratarlos para el financiador. La ventaja de este último es que, si ajusta adecuadamente, permite atender las necesidades y tratamientos que deseen impulsarse desde el sistema nacional (esencialmente, aquellos de naturaleza preventiva y algunos de carácter reparador) mientras que la atención por otro tipo de tratamientos más complejos (traumatismos o malformaciones) puede abonarse según tarifa estipulada por tratamiento realizado.

Además, desde el punto de vista del sistema nacional de salud bucodental, la opción del pago por capitación cumple un doble objetivo: por un lado, refuerza en los profesionales el enfoque preventivo y de promoción de salud, desincentivando el sobretratamiento; y, por otro lado, facilita la elaboración del presupuesto anual que será necesario para sufragar la atención⁷⁸.

Por otra parte, hay que resaltar que la diferencia entre el pago por capitación y la tarifa de mercado puede verse compensada por el aumento en la demanda que se producirá y, consiguientemente, que el volumen de negocio se incrementará por dentista y/o clínica, habida cuenta de que, con la rigidez que presenta la oferta instalada en el sistema público, debería ser todo el sistema privado el que asumiera el incremento de la demanda que se produciría al universalizar el sistema de sanidad bucodental.

Además, deberán establecerse estándares de calidad en las prestaciones y supervisión pública de instalaciones, competencias y procesos, así como control de que las tarifas cobradas son las acordadas, de cara a garantizar la calidad del servicio y su homogeneidad con independencia de quién lo realice.

77- Simón Salazar, F. (2013): "El PADI del País Vasco. Un sistema asistencial para crecer en salud", publicado en Estudio y análisis de la equidad en salud, FCOEM.

78- Estas son las conclusiones a las que se llega en el estudio de evaluación del PADI del País Vasco realizado por Simón Salazar, F. (2013): "El PADI del País Vasco. Un sistema asistencial para crecer en salud", publicado en Estudio y análisis de la equidad en salud, FCOEM.

Los recursos para financiarlo están, solo hay que reorganizar el sistema.

5

Evidentemente, una de las cuestiones esenciales en relación con la extensión de la salud bucodental al conjunto de la población y la ampliación de la cobertura es cómo financiar el sistema.

Ese debate debe plantearse partiendo de una premisa básica: no se trata de un problema de recursos. Y no lo es porque la sociedad española, mayoritariamente, es capaz de proveerse de asistencia bucodental a sí misma. Y lo hace de forma privada, dedicando parte de su renta disponible a ese fin y cubriendo sus necesidades de tratamiento casi exclusivamente en el sector privado.

Por lo tanto, la cuestión no es si España se puede permitir un nivel de asistencia bucodental de calidad. Ya lo hace. Solo que la sociedad española se lo permite sufragándolo privadamente y quedando excluida aquella parte de la población que, por su gradiente socioeconómico, mayor prevalencia de enfermedades bucodentales presenta y que, además y también por sus condiciones socioeconómicas, dispone de menos recursos para poder sufragar dicha atención.

De hecho, la estimación del coste que supondría universalizar el sistema, sufragar públicamente gran parte del gasto efectivo privado y ampliar la demanda incorporando a aquellas personas que no se pueden permitir atender privadamente los tratamientos bucodentales que necesitan implicaría, en un escenario en el que no se introdujera ningún tipo de copago, un coste total de en torno a 5.400 millones de euros, esto es, un 0,54% del PIB de 2018. Habida cuenta de que el gasto sanitario en España en 2017 suponía el 8,9% del PIB y se encontraba por debajo de la media del gasto en la UE (9,8% del PIB), el incremento del gasto estimado por ampliación y universalización de la cartera bucodental sería ampliamente asumible.

A partir de ahí, la introducción de elementos de copago, según diversos criterios, iría reduciendo el coste de la factura progresivamente, hasta el punto de que, si se introdujera un copago del 50%, el coste se reduce en torno a 1.000 millones de euros.

Y es que, si el 99% del gasto en salud bucodental se realiza privadamente, cualquier copago, por elevado que sea, siempre se traducirá en un abaratamiento de los servicios actuales para quienes los adquieren en estos momentos en el mercado.

Y, por otra parte, para aquellas personas que no pueden pagar el servicio, su universalización y cobertura pública, aunque estuviera sometida a copago, también lo abarataría y haría más accesibles.

La clave está en diseñar el sistema para que, al tiempo que se promueve la salud bucodental general, no se incrementen las desigualdades aún más y acaben pagando los estratos socioeconómicos más bajos, vía impuestos, por servicios que no llegan a utilizar.

Por lo tanto, no se trata de un problema de falta de recursos sino de cómo la sociedad organiza la atención de una prioridad básica en términos de salud y al igual que un determinado momento desarrolló el Sistema Nacional de Salud universal y público, puede que haya llegado el momento para que el mismo acoja en su seno un Sistema Nacional de Salud Bucodental también universal y público, máxime si se tiene en cuenta la prevalencia de la enfermedad, la carga económica que genera y sus efectos sobre el bienestar y la calidad de vida de la población.

En este sentido, hay que valorar diversas opciones que puedan minorar el esfuerzo financiero del Estado y faciliten el tránsito desde un sistema prácticamente privatizado a un sistema financiado de forma pública total o parcialmente.

Las opciones son múltiples. Una posibilidad es incrementar la población cubierta estableciendo un régimen de copago diferencial en función del nivel de renta del paciente, una vez presentada una declaración de renta y activos.

De esta forma, se puede incrementar tanto la población cubierta como las coberturas de forma progresiva buscando un enfoque de riesgo común al tiempo que se incide positivamente sobre los colectivos que padecen desigualdad y mayor prevalencia de la enfermedad, ya sea por problemas de accesibilidad ya sea por problemas económicos. Esto permitiría tener en cuenta las diferencias en las tasas de enfermedades bucodentales subyacentes (dando relevancia a la prevención primaria) como el acceso diferencial a la atención bucodental oportuna (complementando el enfoque con un refuerzo de la prevención secundaria).

Una posibilidad para reforzar la accesibilidad de estos grupos es que desde los servicios de atención primaria se recomiende la revisión por un especialista una vez que se detecte un problema de salud bucodental o simplemente para la revisión de una revisión rutinaria. En cualquier caso, para enfrentar los problemas de accesibilidad es preciso que esos programas sean activos, diseñados para atraer a las personas a los servicios clínicos.

De esa forma, se podría tratar de reducir la experiencia total de caries en los grupos desfavorecidos y aplicar tratamientos de intervención temprana para reducir la caries no tratada y evitar la pérdida de dientes.

La extensión de una mayor cultura y educación bucodental debiera traducirse progresivamente en que las visitas al especialista fueran mayoritariamente para chequeos regulares en lugar de para solucionar problemas que, en muchos casos, puede que ya no tengan más solución que la extracción.

Para ello es preciso que los programas que den cobertura a esta ampliación de la población estén adecuadamente diseñados y, para ello, el copago debe establecerse diferencialmente, no solo en función de la renta sino también teniendo en cuenta los niveles de riesgo del paciente y los cambios en los hábitos que inciden negativamente sobre la salud bucodental. Así, por ejemplo, los copagos pueden ser más elevados para visitas basadas en problemas que si lo son para chequeos, servicios preventivos y tratamientos simples⁷⁹.

79- Doolan, M.: "The role of oral health services in addressing oral health inequalities", en Peres, M. y Watt, R.G.: Policy solutions for oral health inequalities. ICOHIRP. 2017. Puede verse aquí: <http://www.icohirp.com/wp-content/uploads/2020/05/ICOHIRP-Adelaide-Monograph-final.pdf>

Pero también caben otras posibilidades en las que, como en otros países de la Unión Europea, se introducen combinaciones de pago por parte del sector público, copago por parte del paciente y cobertura de seguros privados paralelos en distintas proporciones.

La casuística, entonces, puede pasar por varios caminos:

- Sistemas totalmente dependientes del financiamiento del sector público con copago del usuario y sin cobertura de seguro privado paralelo.
- Sistemas en que hay financiamiento del sector público con apoyo paralelo de seguros dentales privados (como en el caso de Francia).
- Sistemas en los que el sistema se presta previa contratación de un seguro privado, subvencionado en mayor o menor cuantía en función de la renta, como ocurre en otros países de Europa.
- Sistemas en los que el odontólogo presta sus servicios libremente.

Y en todas ellas cabe la posibilidad de que el copago o la contratación del seguro privado sean parcialmente reembolsados vía deducción en el IRPF lo que trasladaría nuevamente hacia la financiación pública parte del gasto que se asume privadamente.

En todo caso, lo relevante es tomar conciencia de que la financiación del sistema ya existe, de que los recursos ya se dedican por parte de las familias que pueden sufragar los servicios a satisfacer sus necesidades en materia de salud bucodental y que lo que se necesita es voluntad política para reconfigurar el sistema, integrándolo en el Sistema Nacional de Salud, universalizándolo y facilitando el acceso a prestaciones y asistencia a aquellas personas a las que ahora el mercado excluye de una necesidad básica

Salvar el escollo competencial para crear un sistema nacional de salud bucodental común.

6

Uno de los graves problemas del sistema actual es la dispersión del mismo producto de la normativa desarrollada por cada Comunidad Autónoma para dar cumplimiento a la Cartera de Servicios Comunes definida por el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre.

Este “no sistema”, como lo ha definido algún autor, se ha traducido en tres tipos de regímenes distintos de prestación asistencial infantil y juvenil; en desigualdades crecientes a lo largo del territorio y entre Comunidades Autónomas vecinas y lejanas; en desatención pública a la mayor parte de la población; en existencia de un gradiente socioeconómico incluso para los colectivos cubiertos. En definitiva, este “no sistema” constituye un apéndice mal integrado en la estructura del Sistema Nacional de Salud que merece revisión y desarrollo.

En este sentido, la vía más directa para poder desarrollar el sistema es a través de una modificación de la cartera común suplementaria, introduciendo las nuevas coberturas dentro de la misma y asignándoles el nivel de copago correspondiente. Esta modificación tendría que ser asumida automáticamente por las Comunidades Autónomas, en función de lo dispuesto en el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril.

A ello parece apuntar el reciente Anteproyecto de Ley de Medidas para la equidad, Universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud sometido en estos momentos a consulta pública y que tiene entre sus objetivos garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud y la ampliación de los derechos de la población actualmente no incluida⁸⁰.

En el caso en el que esta opción no fuera aceptada por el gobierno central, cabe la posibilidad de que sea trasladada a las Comunidades Autónomas para su implementación asimétrica y que el efecto de la competencia política entre Comunidades pudiera acabar por extenderlo.

⁸⁰- Puede consultarse aquí: https://www.mscbs.gob.es/normativa/docs/2020.10.19.Consulta_Publica_Ley_de_medidas_para_la_equidad_universalidad_y_cohesion_del_SNS.pdf

Coautores y miembros del Consejo Asesor

Alberto Montero Soler

Investigador en economía política, políticas sociolaborales y regímenes del bienestar, además de en política monetaria e integración latinoamericana. Es doctor en Economía y licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Málaga. Ha sido diputado en las XI y XII legislaturas, donde fue presidente de las Comisiones de Empleo y Seguridad Social, y de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, así como portavoz en la Comisión de Economía.

Profesor de Economía Política en la Universidad de Málaga, exdiputado y exresponsable del área de Economía de Podemos.



Luis Giner Tarrida

Experto en práctica odontológica. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona, secretario de la Conferencia Española de Decanos y miembro activo de las sociedades científicas, SEPES, SEMO, SEPA, IADR, ADEE, Pierre Fauchard.

Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Internacional de Cataluña.



Fernando Ignacio Sánchez Martínez

Experto e investigador en economía de la salud, evaluación económica de tecnologías sanitarias y calidad de vida asociada a la salud. Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Murcia, y miembro activo del Grupo de Trabajo en Economía de la Salud (GTES) en la misma universidad, y de la Asociación de Economía de la Salud.

Profesor titular de Economía Aplicada en la Universidad de Murcia



Cristina Contel Bonet

Experta en gestión de la sanidad privada. También es presidenta de la Alianza Española de la Sanidad Privada (ASPE) y vocal en la Organización Española de Hospitales y Servicios de Salud (OEHSS).

Presidenta de la Comisión de Sanidad de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE).



Juan Manuel Molina

Experto en innovación médica aplicada al sector dental, y director nacional de una de las mayores empresas de suministros médicos en el sector dental.

Presidente de Sector Dental de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN) y director general de Henry Schein para España y Portugal.



Javier Martín Ocaña

Experto en gestión empresarial del ámbito sanitario, y director de la mayor red de clínicas privadas de salud bucodental en España.

Director general del Grupo Vitaldent.



