

Salud bucodental y exclusión económica: Un coste social evitable

Septiembre 2023



Índice

Introducción		
1	El sistema de asistencia bucodental en España	7
1.1	El sistema de atención bucodental público	10
1.1.1	Los programas públicos de atención bucodental infantoyjuvenil	12
a) Programas PADI		
b) Programas públicos		
c) Programas mixtos		
1.1.2	A modo de resumen crítico	16
1.2	La atención bucodental privada en España	18
1.3	Es la población consciente de la importancia de la salud?	22
2	El estado de la salud bucodental de la población española	24
2.1	La salud bucodental de los españoles según la Encuesta de Salud Oral 2020.	27
2.2	Presencia y prevalencia de caries	28
2.3	Enfermedades periodontales.	34
2.4	Estado y necesidad de prótesis dentales	35
2.5	Hábitos y percepciones sobre la salud bucodental.	37
2.6	Conclusiones.	38
3	Estructura del gasto en sanidad y servicios bucodentales en España	39
4	La desigualdad en salud bucodental en España	49
4.1	El patrón de desigualdad de las enfermedades bucodentales.	50
4.2	El problema de la accesibilidad por motivos económicos.	52
5	Razones para la ampliación de la cartera bucodental básica para las personas con problemas de accesibilidad económica en España	58
5.1	Bases para el diseño de una política bucodental inclusiva	61
5.2	Enfoques de salud pública.	63
5.3	La necesidad de una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental en España.	66
6	Una estimación de costes para la ampliación de la asistencia bucodental: entre la universalización y la eliminación de la inaccesibilidad por motivos económicos	70
6.1	Actualización de los costes para el caso de una ampliación universal de la asistencia bucodental.	72
6.2	Estimación de costes para una ampliación de la asistencia bucodental a las personas con problemas de accesibilidad económica a los servicios dentales	76
a) Estimación basada en el gasto en servicios dentales de la Encuesta de Presupuestos Familiares.		
b) Estimación basada en la metodología del Ministerio de Sanidad basada en el gasto por capitación.		

Introducción

El informe “Salud bucodental y exclusión económica: un coste social evitable” aborda la estimación presupuestaria que tendría para el sector público la cobertura de la atención bucodental de todas aquellas personas que, necesitándola, no pueden satisfacerla por motivos económicos.

A tales efectos, el informe parte de un análisis previo acerca del sistema de atención bucodental en España y de cómo se presta por parte tanto del sector público como del sector privado, señalando las deficiencias asistenciales del primero (muy limitadas a la población infantojuvenil y algunos colectivos concretos) y un mayor volumen de la atención bucodental en el país por parte del privado. Evidentemente, esto se traduce en que el gasto dental de la población española es eminentemente privado.

Pero, además, para profundizar en la relevancia de la vulnerabilidad por motivos económicos, es importante poner de manifiesto previamente cómo las enfermedades bucodentales presentan un gradiente socioeconómico, concentrándose tanto la presencia de la enfermedad como las necesidades de tratamientos restauradores en mayor medida entre la población con menos recursos.

En ese sentido, y tras analizar la estructura del estado de la salud bucodental de la población española, se entra directamente en el análisis del colectivo vulnerable por problemas económicos que es la pieza clave del informe.

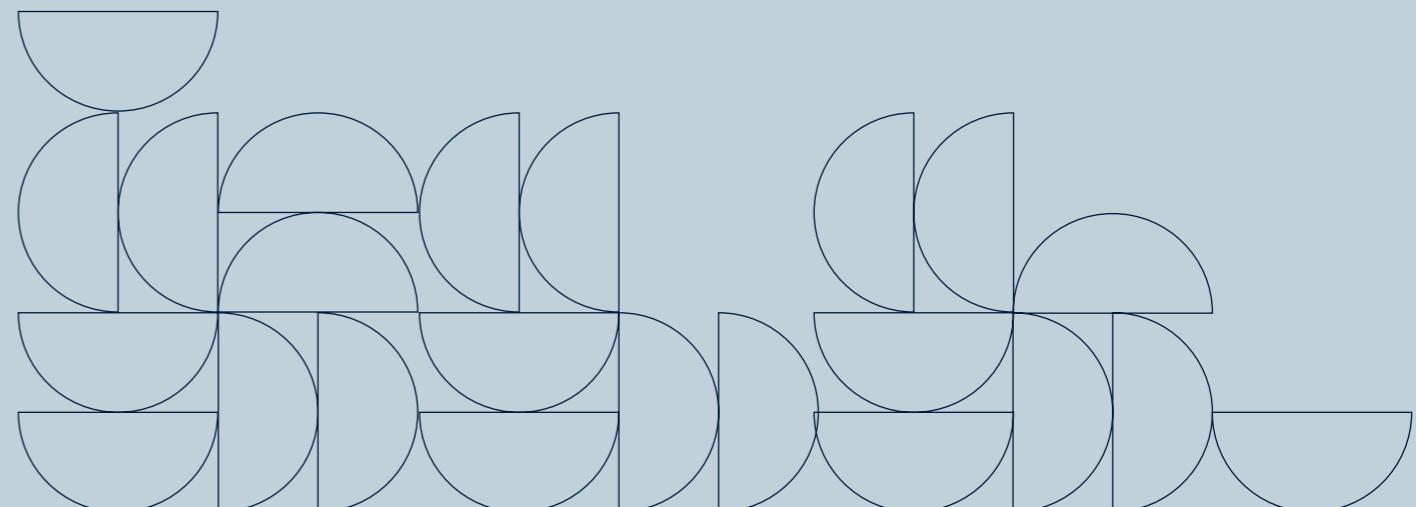
Para ello, la Encuesta Europea de Salud 2020 nos permite conocer el porcentaje de población que presentó problemas de inaccesibilidad a servicios bucodentales por ese motivo a lo largo del último año. Esa población es la que se ha tomado como referencia para realizar las estimaciones de costes, que en 2020 llegó a representar en España algo más del 9 % de la población de 15 o más años.

A partir de esa población, se han realizado las estimaciones de costes con una doble metodología: por un lado, con una metodología basada en la Encuesta de Presupuestos Familiares; y, por otro, con la misma metodología utilizada por el Ministerio de Sanidad en la última ampliación presupuestaria de 2021. Esta estimación, posteriormente, se ha realizado en cada una de las 17 Comunidades Autónomas para obtener el coste en cada región.

Los resultados muestran que acabar con un grave problema social y de salud pública que afecta a casi 4 millones de personas mayores de 15 años se movería en un rango entre los 277 y los 208 millones de euros, según la metodología utilizada. Unas cifras que nos parecen ampliamente asumibles por el Estado dado que no sólo permitiría acabar con ese problema, sino que evitaría muchos otros costes directos e indirectos provocados por las enfermedades bucodentales en nuestro país.

1

La asistencia bucodental en España



1. La asistencia bucodental en España

La atención bucodental sigue siendo un área por desarrollar dentro del Sistema Nacional de Salud español que lo aleja, en materia de población cubierta y de prestaciones, de los sistemas sanitarios de las economías europeas más avanzadas.

Esta carencia contrasta con la importancia que tiene, en términos de salud, el cuidado bucodental y sus efectos sobre la salud de las personas, en general. 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 2.000 millones de personas que padecen caries en dientes permanentes, habiéndose producido un importante aumento en los últimos 25 años¹. Y a ello hay que agregar el resto de las enfermedades bucodentales asociadas y con las que las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo².

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. Por su parte, los adultos sólo tienen derecho a tratamiento paliativo y no reparador y sólo algunos grupos específicos de

estos tienen un mayor grado de cobertura dentro de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud³.

A ello se le une el hecho de que España carece de un sistema de información que ofrezca datos detallados sobre la situación de la salud bucodental dentro del Sistema Nacional de Salud, por lo que hay que recurrir a encuestas realizadas desde el Consejo General de Dentistas u otras instituciones privadas para poder hacerse una idea del estado de la salud bucodental de la población española.

En términos generales, esas encuestas suelen ofrecer una pobre imagen del sistema público de salud bucodental español. Así, por ejemplo, a través de ellas se constata cómo España presenta una gran heterogeneidad en la forma en la que se desarrollan los programas de salud oral dentro de su territorio según el sistema de prestación de cada Comunidad Autónoma. Esto da lugar a un significativo grado de inequidad y desigualdad entre la ciudadanía del país en términos de cobertura e intensidad de esta.

Por otra parte, y como ya se ha señalado, 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 los tratamientos debe de ser sufragado privatamente por la ciudadanía, lo que introduce también fuertes grados de desigualdad en función del nivel socioeconómico de la población.

La resultante es un sistema que adolece de falta de planificación y gestión centralizada de los recursos a través de un responsable último del nivel asistencial en todo el país; 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 de pluralidad de programas de salud oral a lo largo de todo el territorio y según los 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. Y a esa desigualdad hay que añadir la derivada de los problemas de accesibilidad por motivos económicos provocados porque la mayor parte de los tratamientos deben de ser atendidos de forma privada.



1. OMS (2022): Global Oral Health Status Report. <https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022>

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

3. Es el caso de las mujeres embarazadas, de las personas con procesos oncológicos en curso en cabeza y cuello, de las personas mayores de 4 años con discapacidad intelectual o discapacidad limitante de la movilidad y de las personas con falta de autocontrol.

1.1. El sistema de atención bucodental público

En descargo de la valoración general precedente del sistema de atención bucodental público en España hay que señalar que su existencia es relativamente reciente. Así, no fue hasta la aprobación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, cuando se estableció una cartera de servicios comunes para todo el Sistema Nacional de Salud, incluida la atención a la salud bucodental y que estaba centrada en la atención diferencial para dos colectivos considerados como vulnerables, la población infantil y las mujeres embarazadas, y se añadían criterios de atención específica para personas dependientes.

Así, para la población infantil se establecía una cartera básica de naturaleza preventiva y conservadora sobre la dentición permanente, excluyéndose esos mismos tratamientos para la dentición temporal.

Por su parte, para las mujeres embarazadas la cobertura era 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 sólo alcanzaba al tratamiento de procesos odontológicos agudos y las exodoncias de dientes dañados y, por lo tanto, su financiamiento y provisión se realizan 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. 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.

Finalmente, el último esfuerzo por ampliar la cobertura de la cartera común se produjo con el "Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud", aprobado con los Presupuestos Generales del Estado de 2022⁴.

Con este Plan se ha pretendido alcanzar un doble objetivo. Por un lado, homogeneizar las prestaciones de atención de salud bucodental en toda España, garantizando la equidad en su acceso, con independencia de cuál sea la Comunidad Autónoma de residencia. Y, por otro lado, incrementar los servicios comunes con un enfoque preventivo y centrado en determinados colectivos singularmente sensibles: infantojuvenil, mujeres embarazadas, personas con discapacidad intelectual y física y personas con cáncer.

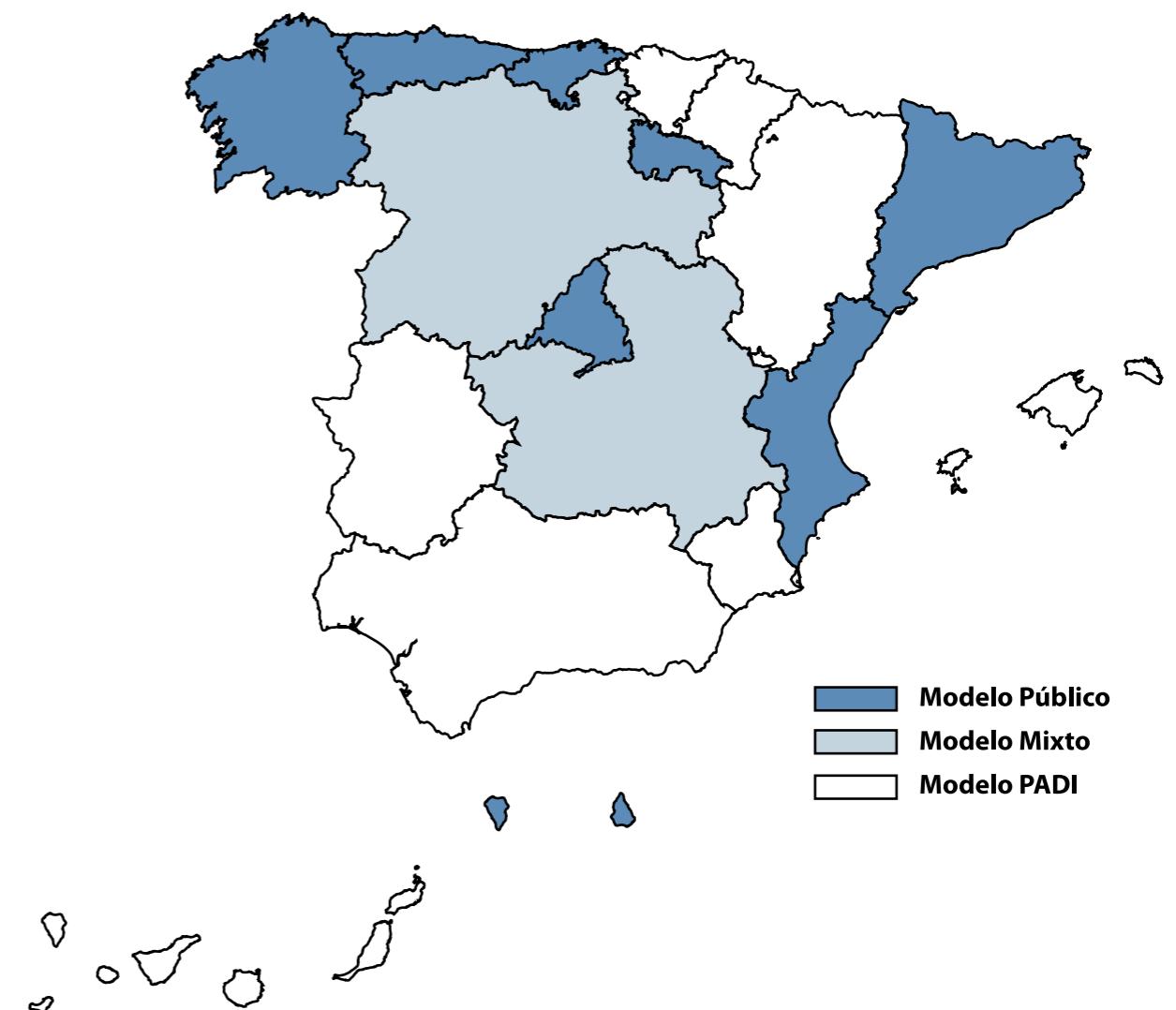
La implementación de la cartera de servicios de salud bucodental se ha desplegado de forma diferenciada según los criterios propios de cada Comunidad Autónoma, por cuanto las competencias en materia sanitaria se encuentran descentralizadas y transferidas a las Comunidades Autónomas.

Así, sobre esa base descentralizada a nivel territorial y administrativo a implementarse programas de atención bucodental en España por parte de algunas Comunidades Autónomas han dado como resultado último la inexistencia de un sistema único e integrado a nivel estatal. En su lugar, convive 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.

En este sentido, a efectos de describir genéricamente la diversidad de programas públicos de atención a la salud bucodental, esencialmente infantojuvenil, a continuación se expondrán de forma sintetizada las

características de cada grupo de ellos según la tipología convencional que los divide en programas PADI, programas públicos y programas mixtos y que se distribuyen territorialmente, según se recogen en el Mapa 1.

Mapa 1. Tipos de programa de asistencia bucodental por CCAA



Fuente: Llena Puy et alli (2018).

4. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental .pdf

1.1.1. Los programas públicos de atención bucodental infantojuvenil.

Los programas públicos de atención bucodental infantojuvenil no sólo se diferencian entre sí en su forma de gestión y prestación de los servicios de la cartera común, sino también, en muchos casos, en los rangos de edad cubiertos y en las prestaciones a los que niños, niñas y jóvenes tienen derecho.

Estas diferencias se traducen en importantes divergencias tanto en términos de costes de administración como por paciente atendido. En consecuencia, es necesario conocer mínimamente su funcionamiento diferencial para poder evaluar el impacto de los costes derivados de una posible ampliación de la cartera, ya sea de la cartera común o de la cartera extendida de cada Comunidad Autónoma.

a) Los programas PADI

El sistema de atención dental PADI comenzó a principios de los noventa del siglo pasado 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 una apuesta estratégica sustentada sobre 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.

Posteriormente, este esquema 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.

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

- a) la financiación es pública;
- b) la provisión es mixta y se realiza por centros públicos y por centros privados concertados;
- c) la elección del dentista, entre público y privada, es libre y a demanda;
- d) los protocolos clínicos están enfocados a la salud bucodental y la prevención más que al tratamiento;
- e) las prestaciones son las mismas con independencia de la red asistencial;
- f) 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.

Entre las ventajas que presenta este programa, allí donde lleva implementado desde hace más tiempo, se encuentra el que su tasa de utilización es muy elevada, como puede comprobarse a partir de los datos aportados por las Comunidades que los ofrecen públicamente (País Vasco y Navarra).

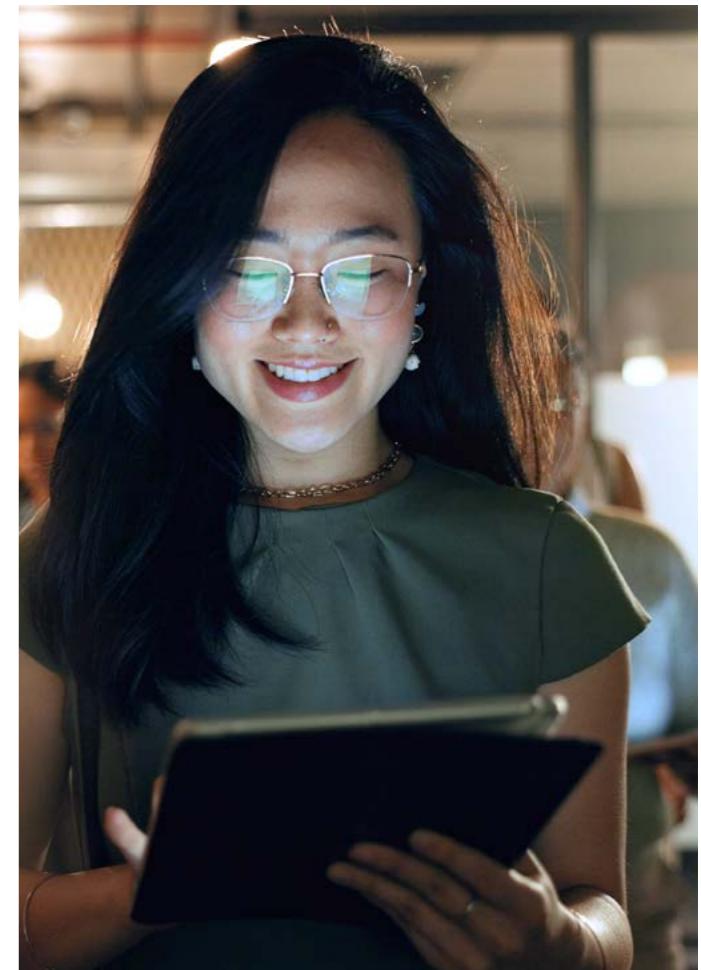
A ello contribuye la extensa red asistencial que se configura a partir de la participación de las clínicas concertadas en el sistema. De hecho, la mayor parte del peso de la asistencia odontológica de los programas PADI recae sobre el sector privado concertado.

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 horarios⁶.

Uno de los éxitos de los programas, al menos el del País Vasco, es la forma de instrumentar 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: primero, recuerda a las familias la necesidad de asistencia dental periódica y adecuada de su hijo; segundo, oferta un amplio cuadro facultativo público/privado de dentistas, y, en tercer lugar, 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 el menor según su propio criterio de aceptabilidad y satisfacción⁷.

Sus 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.

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, refuerza el enfoque preventivo y desincentiva el sobretratamiento. Sin embargo, también puede desincentivar la incorporación de las clínicas privadas a la



prestación de servicios concertados, si bien ese no ha sido el caso y la implicación del sector privado ha sido muy elevada.

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 cuentan con esas unidades (Baleares, Extremadura, Navarra y País Vasco) son las que presentan mejores resultados en términos de mayores tasas de utilización del sistema y mayor cantidad de información disponible para evaluar los recursos.

6. Cortés Martincorena (2016).

7. Salazar Simón (2014).

A esta deficiencia se le une otra derivada de la anterior, que 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, tomar las decisiones de política sanitaria basándose en 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.

b) 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 realiza todas las prestaciones previstas en la cartera de servicios de la Comunidad Autónoma, trabajando en centros públicos que, 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. En todos ellos mantiene la base común del RD 1030/2006 de Cartera de Servicios Comunes 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.

En algunas regiones se trata de una atención a demanda, aunque en la mayoría existe un programa de salud bucodental protocolizado. Este 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 que presentan 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.

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, resulta 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 Autónoma.

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 infantojuvenil, sino también embarazadas y personas con discapacidad) y a las actividades de promoción de la salud bucodental más allá del centro sanitario.

b) Programas mixtos

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 pulpar 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.

Esto implica una distinción entre:

- a) las prestaciones básicas, entre las que se incluyen la prevención y las restauraciones dentales sencillas, y que son realizadas por el sistema público;
- b) y las prestaciones especiales (como endodoncias, traumatismos y malformaciones) que se llevan a cabo por dentistas privados. Así, tras su derivación por parte del dentista del sistema público mediante un documento específico de derivación, 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 y aquellas 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 acuerdo 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.

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 este 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 regiones 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 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.

Junto a estos programas públicos de atención bucodental para la población infantojuvenil, el otro colectivo prioritario sobre el que se focalizan las prestaciones, las mujeres embarazadas, también presenta una cobertura desigual por Comunidades Autónomas.

Finalmente, cabe remarcar que la atención a los adultos sí sigue el mismo patrón en todo el territorio español, siendo mucho menores las divergencias territoriales en términos de prestación de los servicios. Así, 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.

1.1.2. A modo de valoración crítica

Como ha podido apreciarse, la cobertura de los tratamientos bucodentales se realiza en España a través de una diversidad de programas de provisión y servicios, algunos de los cuales se desarrollaron antes de la aparición de la normativa estatal que establecía una cartera básica de servicios comunes para todo el país⁸.

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 programas que muestran un mayor nivel de similitud entre sí en términos de población cubierta y coberturas, si bien hay diferencias en términos de su desarrollo y consolidación.

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

En cualquier caso, entre los tres tipos de programas hay una diferencia esencial en función de los que han optado por mecanismos de concertación y los que se han mantenido en la prestación pública. Mientras que los que han optado por un régimen concertado han conseguido una importante participación del sector privado en la prestación del servicio -facilitando la ac-

cesibilidad 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 redundó en un menor alcance del programa en comparación con los programas PADI.

En efecto, 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 dentista⁹. 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.

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 en donde 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. Esto se traduce, sin lugar a duda, en resultados desiguales aun entre programas similares.

Además, existe una carencia significativa en materia de información acerca de los costes y resultados de los programas en términos de tasa de utilización del sistema, lo que impide la evaluación de su 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, además, 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.

Es por ello que sería deseable avanzar hacia un mayor grado de universalidad y equidad en los programas de salud bucodental, tratando de enfrentar las dos expresiones predominantes de desigualdad -territorial y socioeconómica- para conseguir que la salud bucodental no permanezca ajena a 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 (con especial atención a las personas dependientes y a las personas con dificultades económicas para acceder a los servicios prestados privadamente)¹⁰.

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 es posible, 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.



8. RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

9. Llena Puy et alli (2018).

10. En Cortés Martincorena et al. (2014): "Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013". RCOE, vol. 19 (Supl. 1).

1.2. La atención bucodental privada en España

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 y, singularmente, en España.

En nuestro país, la estructura de la oferta de salud bucodental privada que trata de dar respuesta a las necesidades de la población, en la medida en que estas no son satisfechas desde el sector público, está integrada esencialmente por tres tipos de actores¹¹:

- a) Clínicas dentales privadas independientes.
- b) Clínicas dentales de cadenas marquistas.
- c) Clínicas de aseguradoras.

Se trata de un sector muy atomizado, con un número elevado de operadores de pequeño tamaño y que suelen operar en una dimensión generalmente local.

De hecho, a 31 de diciembre de 2022 había colegiados en España casi 41 mil dentistas¹² (en, concreto, 40.968) y había abiertas 22.591 clínicas dentales privadas en la Península (más 26 y 18 en Ceuta y Melilla, respectivamente).

Por otra parte, según el Registro General de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios¹³.

Por otra parte, España cuenta con una de las densidades más elevadas de dentistas por cada 100.000 habitantes de Europa (83,55 dentistas para ese nivel de población para el año 2022), muy por encima de países con unos niveles de protección pública de asistencia bucodental mucho más altos, como pueden ser Suecia o Francia (con 77,86 y 63,59 dentistas por cada 100.000 habitantes, respectivamente)¹⁴.

Además, durante el periodo 2000-2022, se produjo un incremento del 133,5% en el número de profesionales colegiados, continuando con una tendencia que venía de la década anterior, aunque un poco más amortiguada dado que, entre 1987 y 1997 (es decir, en tan solo diez años), el número de dentistas se incrementó en un 136%, mientras que la población del país lo hizo en un 2,5%¹⁵ (Gráfico 1).

11. Estos tres actores son, junto con las clínicas de la Seguridad Social, los que se identifican como prestadores de servicios en las sucesivas ediciones del Libro Blanco de la Salud Bucodental publicado por el Consejo de Dentistas y la Fundación Dental Española. Junto a estos tres actores privados también prestan sus servicios los dentistas públicos del Sistema Nacional de Salud.

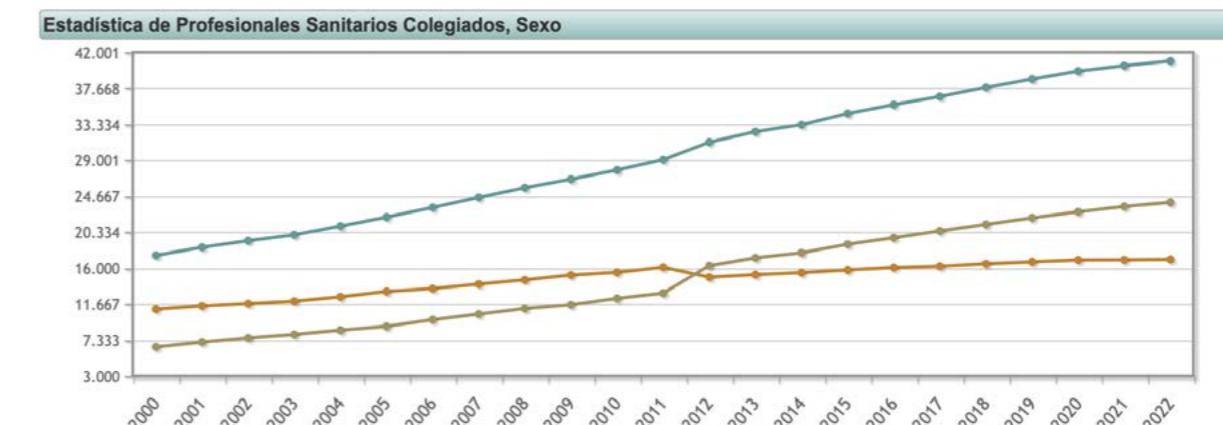
12. Según la Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados del Instituto Nacional de Estadística. Consultada el 8 de agosto de 2023. <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion>

13. Consulta realizada el 8 de agosto de 2023. <http://regcess.mscbs.es/regcessWeb/inicio.do>

14. La densidad de dentistas por cada 100.000 habitantes en Europa se puede consultar en la siguiente web de Eurostat: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TPS00045/default/table?lang=en> Consultada el 8 de agosto de 2023. Para el caso de España se ha consultado el Instituto Nacional de Estadística.

15. 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.

Gráfico 1. Evolución del número de dentistas (2000-2022)



Fuente: INE

Por otra parte, es significativo que desde 2011 el número de mujeres dentistas (línea verde) colegiadas es superior al de hombres dentistas (línea naranja), abriéndose progresivamente esa brecha a favor de las mujeres colegiadas y en consonancia con el mayor peso que estas van adquiriendo en el conjunto del sistema sanitario a sus diferentes niveles.

Evidentemente, este crecimiento de profesionales colegiados se traduce en una amplia oferta de clínicas y profesionales por todo el territorio nacional. Así, según pone de manifiesto la Tabla 1, en 2022 ya había más de 83 dentistas por cada 100.000 habitantes.



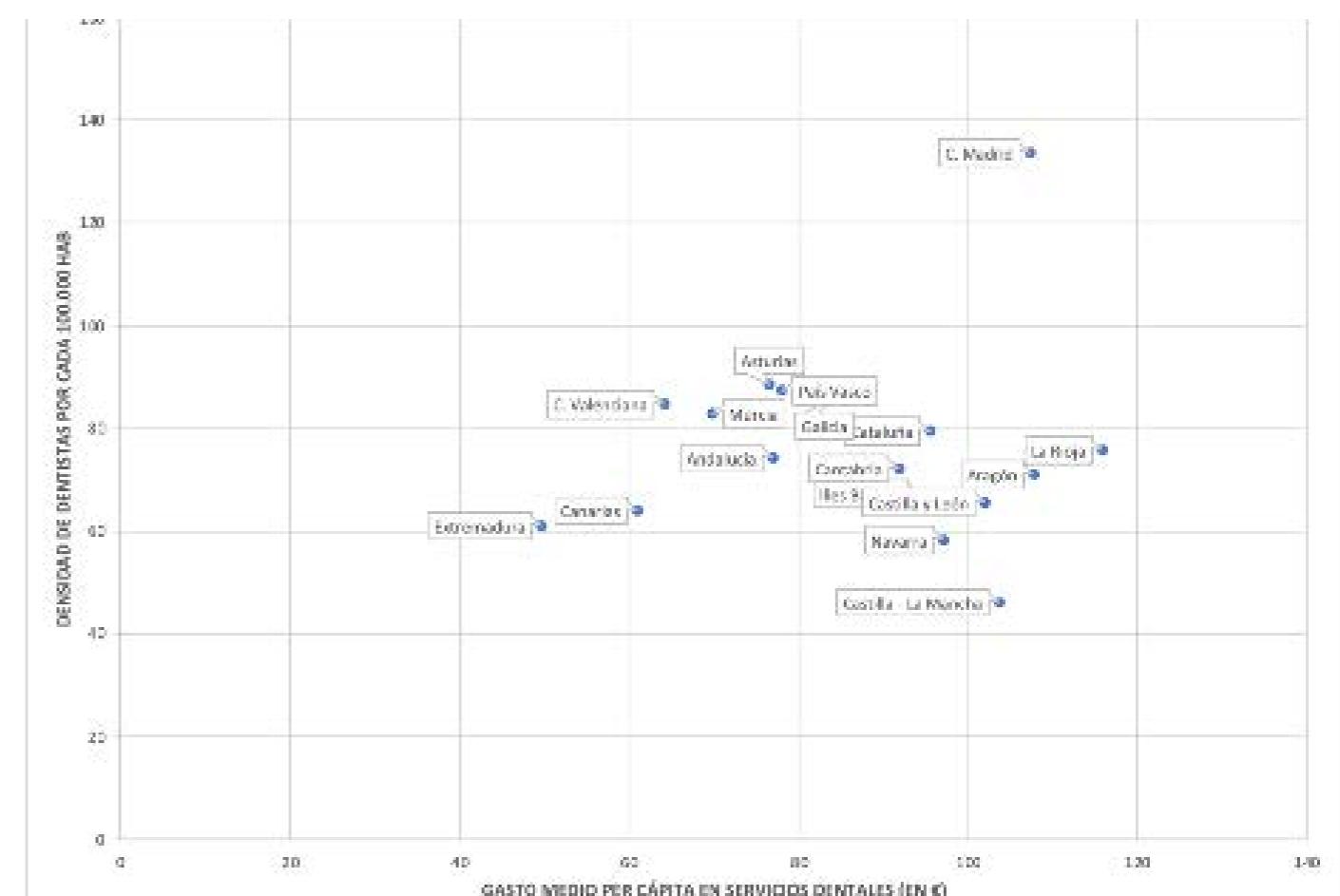
Tabla 1. Gasto en servicios dentales y densidad de dentistas y clínicas dentales en CCAA por cada 100.000 habitantes.

	Gasto total	Gasto medio por persona	Dentistas por 100.000 habitantes	Nº de clínicas privadas
	2022	2022	2022	2022
Total Nacional	4.038.116,86	85,88	83,55	22.591
Andalucía	650.869,05	76,88	74,36	4.269
Aragón	138.721,30	107,74	71,07	614
Asturias	76.037,23	76,49	88,42	609
Illes Balears	115.081,44	94,08	67,32	458
Canarias	136.990,43	60,95	64,03	877
Cantabria	53.108,20	91,83	72,31	304
Castilla y León	236.804,08	101,97	65,64	1.128
Castilla - La Mancha	210.256,10	103,68	46,21	937
Cataluña	724.350,09	95,41	79,47	3.561
C. Valenciana	324.298,39	64,11	84,70	2.222
Extremadura	51.539,46	49,67	61,11	561
Galicia	221.505,16	83,01	85,20	1.491
C. Madrid	719.969,74	107,26	133,65	3.464
Murcia	106.117,07	69,75	82,97	603
Navarra	63.251,70	97,05	58,36	258
País Vasco	167.762,26	77,94	87,31	1.070
La Rioja	36.174,49	115,78	75,85	165

Fuente: Elaboración propia, INE.

Lo relevante es que no hay una relación directa entre la densidad profesional y los niveles de gasto en servicios dentales o per cápita por Comunidad Autónoma (Gráfico 2).

Gráfico 2. Gasto en servicios dentales per cápita y densidad de dentistas y clínicas dentales en CCAA por cada 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia, INE.

Así, el grueso de Comunidades Autónomas se sitúa en la franja de alto gasto en servicios dentales y baja densidad de dentistas, con la Comunidad de Madrid como un caso extremo de alta densidad y alto gasto, y con Extremadura y Canarias en el otro extremo como territorios con bajo gasto y baja densidad.

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

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

De entrada, parte de ese incremento ha estado asociado a la mejora en el nivel de renta per cápita, pero también a un **cambio en las expectativas que los pacientes ponen en los tratamientos dentales y en su consideración de la salud bucodental**. Esta se ha redefinido y ha pasado de ser identificada como ausencia de patologías hacia una definición más amplia que implica elementos estéticos que hasta hace poco no eran mayoritariamente tenidos en consideración pero que, sin embargo, pueden repercutir positivamente sobre la calidad de vida del paciente.

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 servicios¹⁶:

a) **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

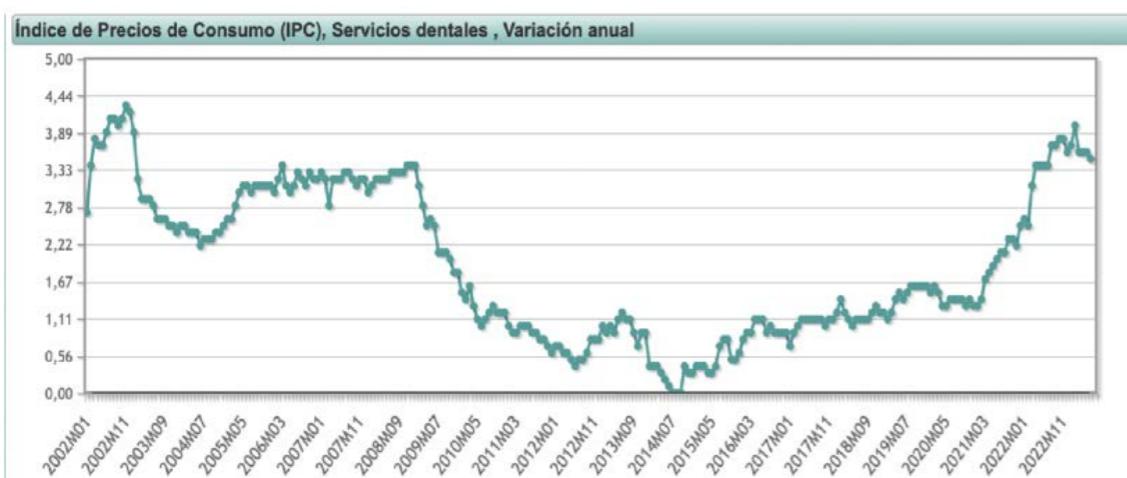
España nos encontramos ante el país con una esperanza de vida más larga de toda la UE lo que redundó en la necesidad de una mayor demanda sobre los sistemas sanitarios para atender a las personas que conviven con enfermedades crónicas en la vejez.

b) **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.

c) **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.

En cualquier caso, hay que advertir que esta elevada densidad de profesionales compite entre sí en un contexto marcado por fuerzas contrapuestas.

Gráfico 3. Evolución de la tasa de variación anual del precio de los servicios dentales



Fuente: Elaboración propia, INE.

16. 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.

Tanto ese incremento en el 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.

Por 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 facilita una mayor concentración dentro del mismo.

A ello se une el hecho de 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. De hecho, los ingresos de las cadenas marquistas de clínicas dentales crecieron un 22% en 2021, recuperándose tras la progresiva eliminación de las medidas de distanciamiento social y el repunte del consumo privado, hasta llegar a una cifra de negocio que supera los 1.000 millones de euros¹⁷.

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.

En todo caso, de momento, el sector está dominado por las clínicas dentales independientes. Así, según el Libro Blanco de la Salud Bucodental 2020, la cuota de mercado del sector estaba dividida entre un 77% para las clínicas independientes privadas y el 23% restante dividido entre un 9% para las clínicas marquistas, un 11% para las clínicas de aseguradoras y un 3% para los dentistas públicos del Sistema Nacional de Salud. A destacar, en todo caso, que la cuota de mercado de las clínicas independientes privadas ha caído dos puntos entre 2015 y 2020, mientras que las clínicas marquistas la han incrementado¹⁸.

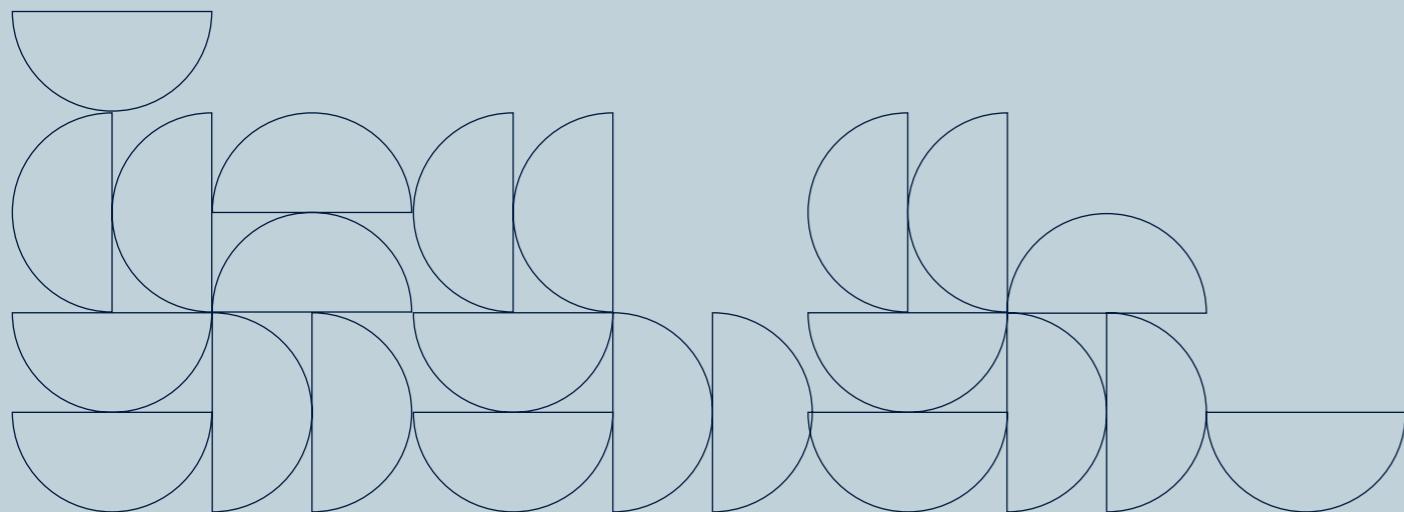


17. Informe Centros Médicos Especializados. Consultora DBK, Observatorio Sectorial, octubre 2022. <https://www.dbk.es/es/estudios/16147/summary>. Consultada el 16 de agosto de 2023.

18. Libro Blanco de la Salud Bucodental 2020. https://coelp.es/images/pdf/LIBRO_BLANCO_FDE_LQ.pdf

2

El estado de la salud bucodental de la población española



2 Extender la cobertura de las prestaciones de salud bucodental

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 preventión 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 programas¹⁹.

En España se vienen realizando encuestas epidemiológicas de ámbito nacional y con valor comparativo de forma periódica cada cinco años desde el año 1990,

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

20. 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.

siendo la última de 2020, 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 relevancia²⁰.

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).

Estas encuestas describen una situación caracterizada por una serie de rasgos básicos que se enuncian a continuación y serán desarrollados a lo largo de este diagnóstico.

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).

Estas encuestas describen una situación caracterizada por una serie de rasgos básicos que se enuncian a continuación y serán desarrollados a lo largo de este diagnóstico.

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 criterios de diseño, tamaño muestral y preparación de los exploradores, lo que permite su comparación temporal.



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 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 estas publican sobre las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos, hace prácticamente imposible la realización de análisis de eficiencia e impacto del gasto.

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

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.

Todo ello se traduce en una serie de mejoras en el estado de la salud bucodental de la población que cabe sintetizar en los siguientes puntos:

- En dentición temporal, el porcentaje de niños y niñas que no presentan caries ha aumentado.
- 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 sólo de una mejora en la salud bucodental de la población joven sino también de una mayor concienciación de la necesidad de 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.
- De hecho, el porcentaje de edéntulos se ha ido reduciendo, lo que indica 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.
- 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 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.

2.2. Presencia y prevalencia de caries

Ya entrando al detalle de la Encuesta de Salud Oral de 2020 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 1 muestran que el porcentaje de individuos que han presentado historia de caries (sintetizado en un índice cod/CAOD>0) se sitúa en torno a un tercio de los niños con dentición temporal; ese porcentaje se mantiene hasta los 15 años.

Por su parte, casi el 94% de los adultos jóvenes y el 99,8% de los adultos mayores han presentado a lo largo de su vida alguna caries.

Tabla 1 Prevalencia e índices medios de caries

Edades	%cod/CAOD>0	%cariados>0	Caries	Ausencias	Obturaciones	IR(%)
5-6 temporal	33,5%	28,3%	0,93		0,35	27,1%
5-6 permanente	1,3%	1,0%	0,02	0	0,01	29,4%
12 años	28,6%	11,6%	0,17	0	0,41	70%
15 años	35,5%	12,7%	0,25	0,01	0,68	72,4%
35-44 años	93,8%	31,9%	0,81	1,92	4,67	63,1%
65-74 años	99,8%	40,1%	1,05	10,70	3,24	21,6%

Fuente: Elaboración propia, INE.

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

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 11,6% y 12,7%, 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 31,9% y entre adultos mayores es del 40,1%, 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.

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 2).

Tabla 2. 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	
8						0,9	0,9	7,5 7,5
7						0,3	1,2	2,2 9,7
6	0,7	0,7	6,9	6,9	1,5	2,7	9,4	19,1
5	0,4	1,1	3,8	10,7	2,4	5,0	12,5	31,6
4	2,9	4,0	20,0	30,7	5,6	10,7	23,8	55,4
3	4,0	8,0	20,8	51,5	4,4	15,1	14,1	69,5
2	7,6	15,6	26,2	77,7	8,3	23,4	17,6	87,1
1	12,9	28,6	22,3	100	12,1	35,5	12,9	100
0	71,4	100	0,0	100	64,5	100	0	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2020.

Como puede comprobarse, para el grupo de 12 años, el 15,6% de los niños y niñas con mayor patología concentran más del 77% de dientes cariados.

Una distribución muy similar se produce en el caso de los jóvenes de 15 años, el 23,4% de la población muestral acumula el 87,1% de las caries.

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 3).

Tabla 3. Dientes presentes y ausentes.

Edades	Media dientes naturales presentes	Distribución dientes permanentes ausentes			% desdentados
		1-15	16-19	>20	
35-44 años	26,04	55,1%	0,2%	0,3%	0,2%
65-74 años	17,27	72,5%	9,5%	16%	7,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2020

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 4).

Así, por un lado, en dentición temporal más de una cuarta parte de la población (el 27,5%) presenta necesidades de intervención restauradora. Esas necesidades disminuyen cuando se miden en la dentición permanente de los niños y niñas de 12 años (12,7%) y sube aún más para los jóvenes de 15 años (casi al 13,6%).

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 30% de la población con necesidad del algún tipo de tratamiento.

Pero, además, resulta sorprendente el porcentaje de población adulta que presenta necesidades de extracción de algún diente (9,2% para adultos jóvenes y 16,6% para adultos mayores), habida cuenta de que es el único tratamiento que presta el sistema público sin coste. El perfil de los tratamientos necesarios es similar: en torno a un 20% de la población adulta necesita algún tipo de obturación, ya sea superficial o compleja.

Así, el grupo de adultos jóvenes presenta una media de 26,04 dientes (sobre un máximo de 28) y la pérdida dental grave (16 o más dientes ausentes) afecta al 0,5% de esa población.

Tabla 4. Necesidades de tratamiento de la población

Edades	Obt. Superficial (1)	Obt. Compleja (2)	Corona (3)	Endodoncia (4)	Extracción (5)	Total restauradora (1+2+5)
5-6 años temporal	15,2%	19,1%	0,0%	2,1%	3,5%	27,5%
12 años	7,8%	5,1%	0,2%	0,4%	0,0%	12,7%
15 años	11,8%	3,8%	0,3%	0,6%	0,0%	13,6%
35-44 años	17,6%	16,8%	1,6%	4,7%	9,2%	30,9%
65-74 años	22,7%	17,4%	1,4%	3,0%	16,6%	34,8%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2020.

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 **prevalecia 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 no²¹.

Así, 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 22,9%, los de nivel social bajo la tienen 21 puntos por encima, en el 43,3%, y esa brecha se mantiene si se trata de la prevalencia de caries activa (15,6% en el nivel social alto frente al 37% 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.

21. Encuesta de Salud Oral 2020. RCOE. <https://rcoe.es/articulo/115/encuesta-de-salud-oral-en-espana-2020>.

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.

Lo relevante es que la distancia en términos de tratamiento de la enfermedad se ensancha conforme la cohorte es de mayor edad. En este sentido, 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 la presencia de esta enfermedad sigue creciendo entre los jóvenes de clase social baja, observamos una tendencia a la estabilización a través de su tratamiento entre los jóvenes de clase social alta. Esto es expresivo del desigual acceso a los tratamientos y se va a mantener amplificada en los 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, aunque sigue existiendo una clara diferencia en términos de porcentaje de caries activas en función de la clase social. La desigualdad en el acceso a los tratamientos y la sensibilidad sobre el reconoci-

miento 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 social²².



La diferencia en el índice de restauración es superior a 26 puntos entre los niveles sociales alto y bajo entre los adultos jóvenes y de casi 13 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.

Cuando esa brecha marcada por el nivel social comienza a cerrarse es entre los adultos mayores.

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 (2020), las mujeres presentan un mayor grado de preocupación que los hom-

bres por la salud oral.

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.

De forma general, en las cohortes infantojuveniles se puede apreciar que existe una relación entre el nivel social y la necesidad de tratamiento, siendo mayor entre las personas de nivel social más bajo. Entre esas cohortes, el efecto del país de origen también afecta a las necesidades de tratamiento restaurador, siendo mayores las necesidades entre las personas nacidas en el extranjero.

En definitiva, 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).



22. Encuesta de Salud Oral 2020. RCOE. <https://rcoe.es/articulo/115/encuesta-de-salud-oral-en-espana-2020>

2.3. Enfermedades periodontales

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

En la Tabla 5 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. Véase la Tabla 5.

Como puede apreciarse, conforme aumenta la edad, el porcentaje de personas sin síntomas de patologías periodontales disminuye (del 40,8% de jóvenes de 12 años sanos a tan solo el 18,1% de adultos jóvenes o el 9,6% de adultos mayores).

Por otro lado, la enfermedad periodontal más frecuente entre los adultos son los cálculos dentales, seguida de las bolsas de entre 4 y 5 milímetros.

En relación con las variables que influyen sobre el Índice Periodontal Comunitario, se constata que, en la cohorte de 12, la variable sexo influye sobre la prevalencia de menores con problemas periodontales. En el grupo de 15 años existen diferencias relevantes según el nivel social. Finalmente, en los adultos mayores también influye el sexo sobre el referido índice²³.

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.

Tabla 5. Índice Periodontal Comunitario máximo (IPC)

IPC máximo	%
12 años	
0 (Sano)	40,8
1 (Hemorragia)	31,2
2 (Cálculo)	28
15 años	
0 (Sano)	36,7
1 (Hemorragia)	29,2
2 (Cálculo)	34
35-44 años	
0 (Sano)	18,1
1 (Hemorragia)	15,0
2 (Cálculo)	41,4
3 (Bolsas 4-5 mm.)	17,9
4 (Bolsas > 6 mm.)	7,6
65-74 años	
0 (Sano)	9,6
1 (Hemorragia)	16,5
2 (Cálculo)	39,4
3 (Bolsas 4-5 mm.)	22,9
4 (Bolsas > 6 mm.)	11,6

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2020.

2.4. Estado y necesidad de prótesis dentales

La Tabla 6 muestra el estado de las prótesis de adultos jóvenes y mayores tanto en el maxilar inferior como en el superior.

Tabla 6. Distribución porcentual del estado de las prótesis

	Maxilar superior	Maxilar inferior
35-44 años		
Ninguna	89,2	91,7
Puente/s	8,8	7,9
Prótesis parcial removible	1,8	0,2
Prótesis completa	0,2	0,2
65-74 años		
Ninguna	37,1	49,6
Puente/s	34,0	23,3
Prótesis parcial removible	17,2	18,9
Prótesis completa	11,7	8,4

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 (89,2% para el maxilar superior y 91,7% para el maxilar inferior). Entre los que sí llevan prótesis, el porcentaje más elevado es el de aquellos que llevan prótesis fija (8,8% y 7,9% 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 62,9% para el maxilar superior y del 50,4% para el maxilar inferior. Además, en este colectivo la diversidad de prótesis que portan ya se amplía.

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 7, el porcentaje de adultos jóvenes que requieren algún tipo de prótesis es del 23,6% para el maxilar superior y del 33,3% para el maxilar inferior. Esos porcentajes se elevan para los adultos mayores al 39,8% y al 47,1%, respectivamente. En esta segunda cohorte resulta relevante que algo más del 2% necesita una prótesis completa, siendo el porcentaje similar entre ambos maxilares.

23. Encuesta de Salud Oral 2020. RCOE. <https://rcoe.es/articulo/115/encuesta-de-salud-oral-en-espana-2020>

Tabla 7. Distribución porcentual de la necesidad de prótesis

	Maxilar superior	Maxilar inferior
35-44 años		
Ninguna	76,4	66,7
Puente/s	13,8	16,1
Prótesis parcial removible	9,7	17,0
Prótesis completa	0,2	0,2
65-74 años		
Ninguna	61,2	52,9
Puente/s	12,2	12,7
Prótesis parcial removible	24,1	31,5
Prótesis completa	2,5	2,9

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2020.

Una vez constatado el estado y la necesidad de prótesis, resulta relevante determinar qué variables influyen sobre las mismas. Según los resultados de la Encuesta, no hay diferencias estadísticamente significativas según las variables sexo, nivel social y país de origen para ninguna de las cohortes de adultos²⁴.



24. Encuesta de Salud Oral 2020. RCOE. <https://rcoe.es/articulo/115/encuesta-de-salud-oral-en-espana-2020>.

2.5. 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: las mujeres se cepillan más los dientes que los hombres y cuanto mayor es el nivel social más elevada es la frecuencia del cepillado²⁵.

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

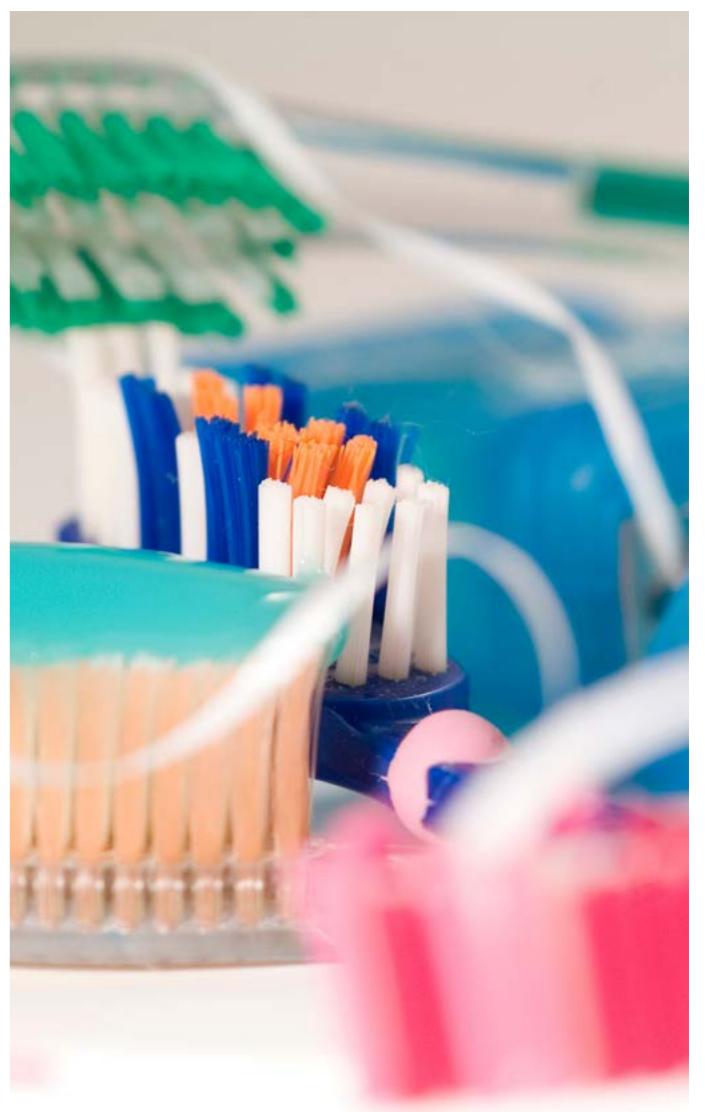
Así, por ejemplo, mientras que el 86% de los adultos jóvenes de nivel social elevado se cepilla los dientes más de una vez al día, el porcentaje de quienes lo hacen con esa frecuencia entre los de nivel social bajo es 25 puntos inferior (61%), la misma distancia que existe entre los adultos mayores. Sin embargo, las diferencias, aun 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, la percepción de dolor o molestia dentaria y/o gingival es más elevada entre los adultos que entre los jóvenes. El 5,4% de los adultos jóvenes y el 6,6% de los adultos mayores afirman presentar molestias dentarias con bastante frecuencia.

Además, nuevamente el nivel social es una variable determinante al respecto: a mayor nivel social, mejor percepción de la salud oral. Por lo tanto, las personas de niveles sociales más bajos expresan con mayor fre-

cuencia 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.

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 que exprese que un mayor nivel social lleva a mayores visitas.



25. Similares resultados se obtienen en la Encuesta de Salud Bucodental realizada para la elaboración del Libro Blanco sobre la Salud Bucodental en España, 2020. https://coelp.es/images/pdf/LIBRO_BLANCO_FDE_LQ.pdf.

2.6. 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, además, esa población pertenece a un estrato de renta muy concreto (nivel social bajo).

Asimismo, hay un nivel de concentración de la enfermedad muy elevado entre los jóvenes: el 77% de las caries en los niños y niñas de 12 años se concentra en un 15,6% 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, pasando del 37% al 33% en la Encuesta de 2020.

En dentición permanente infantil (niños y niñas de 12 años) se aprecia una caída importante en ambas variables con respecto a la Encuesta de 2020. La presencia de caries ha caído hasta el 11,6% en la Encuesta de

2020 y las necesidades de tratamiento por caries se han reducido al 12,7% en 2020, 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.

Además, las necesidades de tratamiento de caries no atendidas entre los adultos jóvenes también se han reducido.

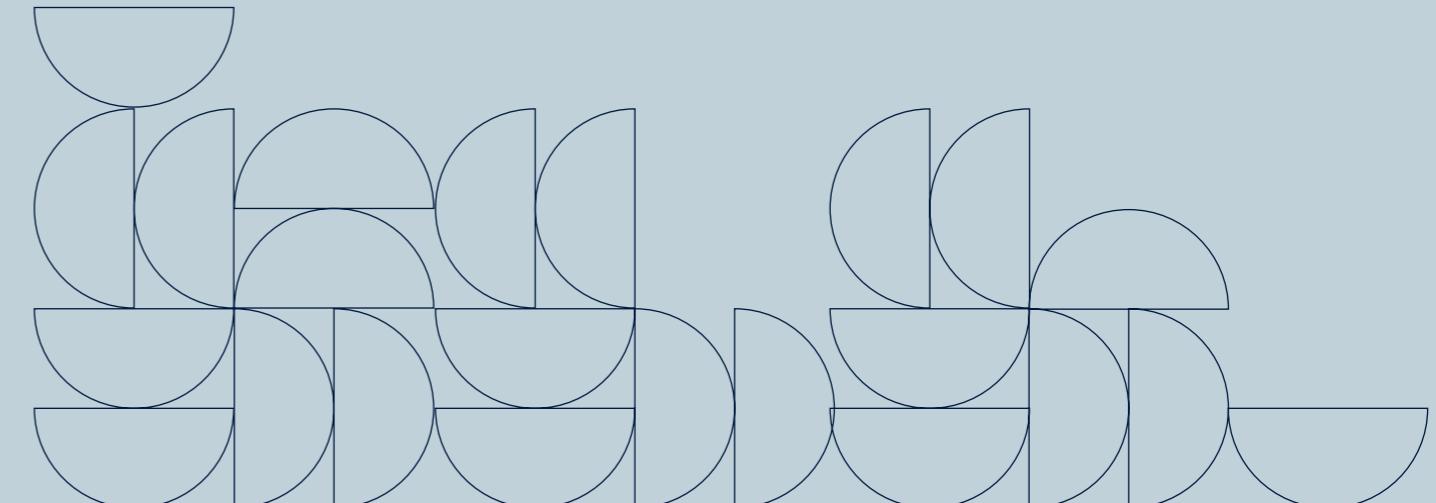
Lo que no se altera es la desigualdad vinculada al género y el nivel socioeconómico: las mujeres y las personas de nivel social elevado presentan menores niveles de caries y menores necesidad de tratamiento.

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.



3

Estructura del gasto en sanidad y servicios bucodentales en España



3 Estructura del gasto en sanidad y servicios bucodentales en España

Un análisis general del gasto sanitario en España muestra, a simple vista, que el gasto en salud bucodental por parte de la población es muy elevado y que, al mismo tiempo y dada la falta de cobertura pública de la mayor parte de las prestaciones relacionadas con la salud oral, ese gasto se cubre de forma privada y, en consecuencia, también se presta de forma privada.

De hecho, en el caso de España, a pesar de la universalidad de la mayor parte de las prestaciones sanitarias, la cobertura pública 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.

Esta tendencia a la prestación privada de servicios de salud bucodental es general en la mayor parte de los

países de nuestro entorno. Sin embargo, en España los datos demuestran que hay una distancia muy importante con respecto a la media europea en estas prestaciones en concreto.

Así, como puede apreciarse en el Gráfico 1, el gasto sanitario público en salud bucodental en España apenas representa el 2% del gasto sanitario total, frente a un 31% de media en la UE, sólo asimilable al porcentaje que representan los equipos terapéuticos, como gafas y lentes, audífonos o sillas de rueda, por ejemplo²⁶.

Gráfico 1. Gasto público como porcentaje del gasto sanitario total por tipo de servicio

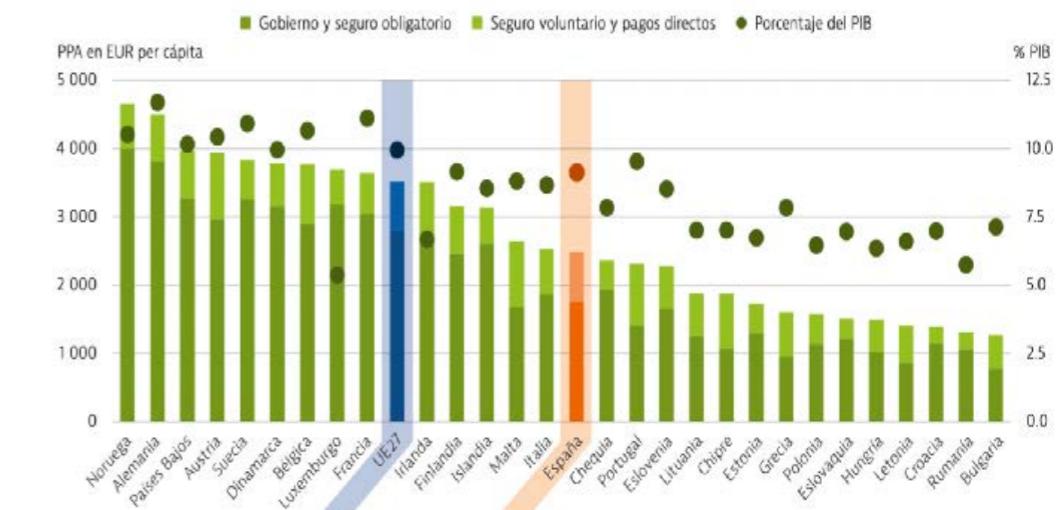


Fuente: OCDE (2021).

Además, también según la OCDE, el gasto sanitario per cápita en España (ajustado según diferencias en paridad de poder adquisitivo) fue en 2019 de 2.488 euros frente a los 2.371 euros de 2017. Sin embargo, a pesar de este incremento, el gasto sanitario per cápita sigue siendo en nuestro país un 30% inferior a la media de la UE, que fue de 3.523 euros. Por otra parte, el gasto sanitario supuso el 9,1% del PIB, también por debajo de la media de la UE, que es casi un punto superior (9,9%).

Por otro lado, el gasto público representaba el 70,6% de todo el gasto sanitario (público y privado) en 2019, lo que nos situaba nuevamente por debajo de la media de la UE en más de 9 puntos (79,7%), ampliándose la distancia con respecto a 2019. Esto se traduce en que en España las familias tienen que hacer frente a un mayor desembolso en términos de pagos directos y seguros de cobertura específicos voluntarios que la media de la ciudadanía del resto de la UE, tal y como se aprecia en el Gráfico 2.

Gráfico 2. Gasto sanitario público y privado per cápita y en porcentaje del PIB en 2019



Fuente: OCDE (2021)

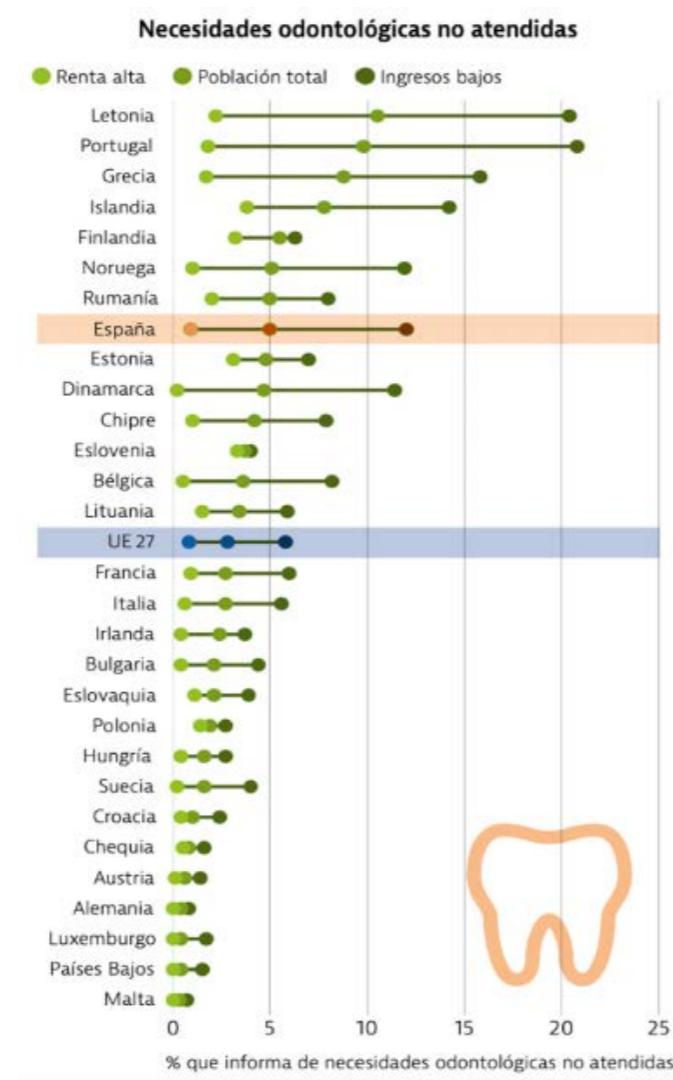
26. OCDE: State of Health in the EU. España. Perfil sanitario nacional 2021.

Estas diferencias en términos de nivel de gasto y de estructura diferencial del mismo entre gasto público y gasto privado resulta singularmente relevante en el caso de la atención dental. De hecho, la propia OCDE lo remarca como uno de los elementos débiles del sistema sanitario español en términos de accesibilidad al mismo.

Así, su informe sobre el Perfil Sanitario de España 2019 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 0,2% de la población señalaba necesidades en ese sentido; mientras que la media de la UE es del 1,7%). Sin embargo, en el terreno de la atención dental las necesidades son mayores. Es más, en 2019, el 5% de la población (un punto porcentual más que en 2017) aseguraba que tenía que prescindir de servicios dentales por motivos relacionados con el coste, la distancia o los tiempos de espera.

También hay que destacar que existe un claro patrón socioeconómico en términos de necesidades insatisfecidas, como lo demuestra el hecho de que la tasa de necesidades insatisfecidas en materia de atención dental es 12 veces superior entre las personas del quintil de menores ingresos que entre las del quintil de ingresos más elevados (12% vs. 1%), agravándose esas necesidades para determinados colectivos vulnerables como son los solicitantes de asilo, los migrantes irregulares y las personas sin hogar (Gráfico 3). El problema de la accesibilidad por motivos económicos no es sólo de diferencia de tasa entre colectivos de renta, sino también de la propia tendencia que está siguiendo dicha tasa: se ha incrementado en dos puntos en apenas dos años, entre 2017 y 2019, y es previsible que lo haya seguido haciendo tras el impacto económico de la pandemia de Covid-19.

Gráfico 3. Necesidades dentales insatisfecidas en 2019



Fuente: OCDE (2021).

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 que la ciudadanía tiene que asumir privatamente. Así, mientras que esos pagos directos en gasto sanitario supusieron en España en torno al 21,8% en 2019, la me-

dia de la UE fue del 15,4% y se centró esencialmente en los capítulos de medicamentos y en la atención dental.

De hecho, el gasto dental supone en España un 3,4% de los gastos directos, mientras que en la Unión Europea tan solo es del 1,4% (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución pagos directos tipos de actividades.



Nota: La media de la UE es ponderada. SVS = seguro voluntario de salud, que también incluye otros regímenes voluntarios de prepago.

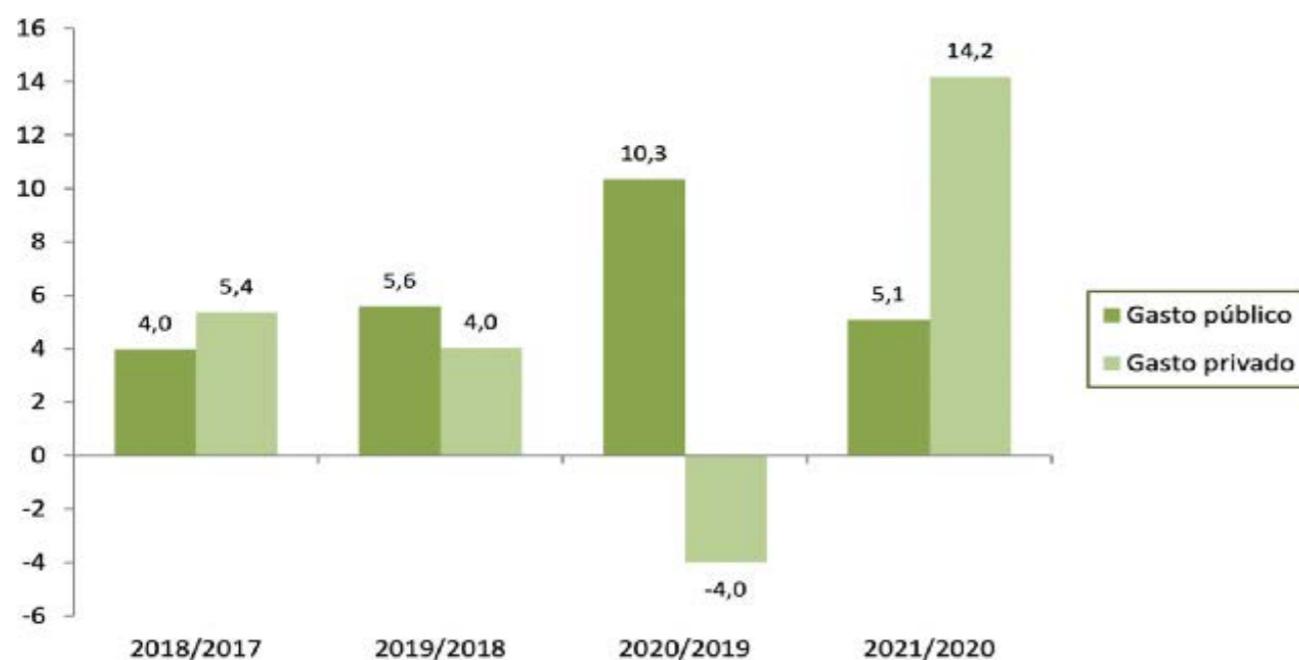
Fuente: OCDE (2021)

Evidentemente, todo ese gasto directo repercute en un mayor nivel de gasto de las familias en el sector privado.

Así, según el Sistema de Cuentas de Salud, los hogares españoles dedicaron, en 2021, 37.289 millones de euros en gasto sanitario privado, lo que representaba el 28,25% del gasto sanitario total²⁷. Es más, entre 2017 y 2021 el gasto sanitario privado creció de media un 4,7%

anual, aunque esa tasa de crecimiento oculta la fuerte expansión que se produjo del gasto sanitario privado a raíz de la pandemia de Covid-19, tal y como se recoge en el Gráfico 5, y que muestra cómo la tasa de variación interanual del gasto privado creció en entre 2021 y 2020 en un 14,2%, mientras que la del gasto público lo hacía en un 5,1%.

27. La media anual de crecimiento del gasto sanitario total durante ese periodo fue del 5,8% y del gasto sanitario público fue del 6,2%.

Gráfico 5. Gasto sanitario público y privado en España. Tasa de variación interanual (en %).

Fuente: Sistema de Cuentas de Salud.

Esta tendencia se puede constatar también a través del crecimiento del gasto sanitario, tanto público como privado, sobre el PIB. Así, mientras que en 2017 el gasto sanitario privado representaba el 2,7% del PIB, en 2021 ya alcanza el 3,1%, lo que refleja que, conforme aumenta la renta, lo hace también el gasto privado en sanidad. Ese crecimiento del gasto privado fue de la mano de un creciente peso de los conciertos con agentes privados²⁸.

En materia concreta de asistencia bucodental, del gasto sanitario total de 2021, que ascendió a casi 29.000 millones de euros, se destinaron 4.256 millones de euros (un 14,7% del total) a consultorios odontológicos, siendo ese monto abrumadoramente privado: mientras que el gasto público fue tan solo de 71 millones de euros (el 0,5% del gasto sanitario público total), el gasto privado fue de 4.184 millones, lo que supuso el 35,18% del gasto sanitario privado total.

Finalmente, también es relevante destacar la distribución del gasto privado según el agente que lo financia y, entre los mismos, los gastos financiados en forma de pagos directos por los hogares y gastos en empresas de seguros privadas, que son los dos tipos principales de finanziadores.

Pues bien, en ese caso hay que resaltar que, en 2021, el 73% del total del gasto sanitario privado (esto es, 27.215 millones de euros) fue soportado por los hogares en forma de pagos directos, mientras que en empresas de seguro privadas se gastaron poco más de 9.000 millones de euros, es decir, un 24,3% del total.

De esos 27.215 millones de euros de pagos directos de los hogares, el 38,8% se destinó a asistencia curativa y de rehabilitación y, de ese porcentaje, el 39,2% estuvo destinado a asistencia odontológica ambulatoria. O, dicho de otra forma, los hogares españoles gastaron en forma de pagos directos privados en materia de salud bucodental unos 4.139 millones de euros en 2021.

Si se sale del ámbito estadístico del Sistema de Cuentas de la Salud y se entra en el más amplio de la Encuesta de Presupuestos Familiares del INE, encontramos que los hogares españoles pagaron en materia de servicios dentales en 2021 algo más de 3.739 millones de euros (el último dato disponible de 2022 fue aún mayor, superando por primera vez los 4.000 millones de euros).

Así puede constatarse en la Tabla 1, en donde se recoge el gasto en servicios dentales de las familias según el detalle de la Encuesta de Presupuestos Familiares entre los años 2006 y 2022.

Tabla 1. Servicios dentales (total nacional)

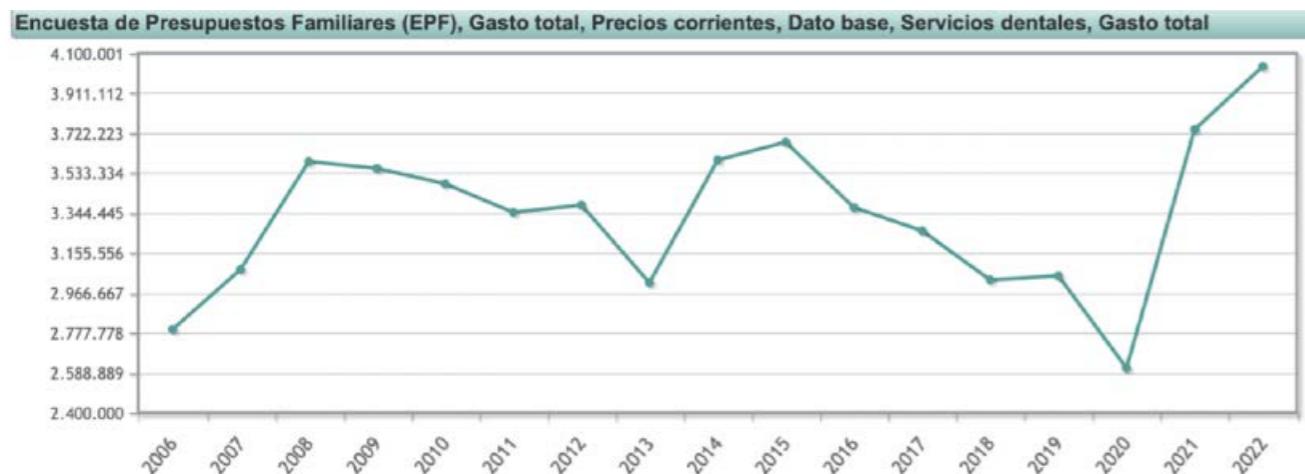
	Gasto total (miles €)	Gasto medio por hogar	Gasto medio por persona
2022	4.038.116,86	212,15	85,88
2021	3.739.606,7	198,22	79,85
2020	2.611.183,75	138,56	55,68
2019	3.047.504,75	162,60	65,33
2018	3.028.434,60	162,58	65,41
2017	3.260.180,17	176,11	70,75
2016	3.369.982,55	182,71	73,30
2015	3.679.582,32	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

28. De hecho, y en relación con el ámbito en el que se presta la atención de salud bucodental, que son los proveedores de atención ambulatoria, el 26,8% de los recursos financieros de las administraciones públicas se destinan a financiar conciertos privados con estos proveedores.

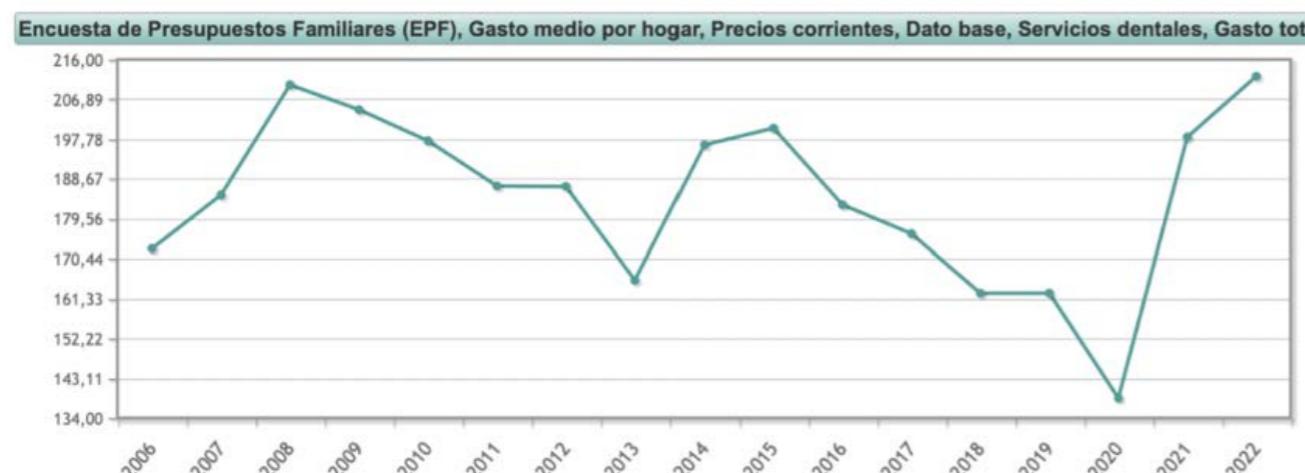
Según dicha encuesta, el gasto medio por hogar en 2022 fue de 212,15 euros anuales y el gasto per cápita de 85,88 euros. Además, puede apreciarse cómo el gasto total fue cayendo desde 2015 en términos absolutos hasta la llegada de la pandemia de Covid-19 en 2020. A

Gráfico 6. Gasto sanitario total en servicios dentales en España



Fuente: Encuesta Presupuestos Familiares (INE). Elaboración propia

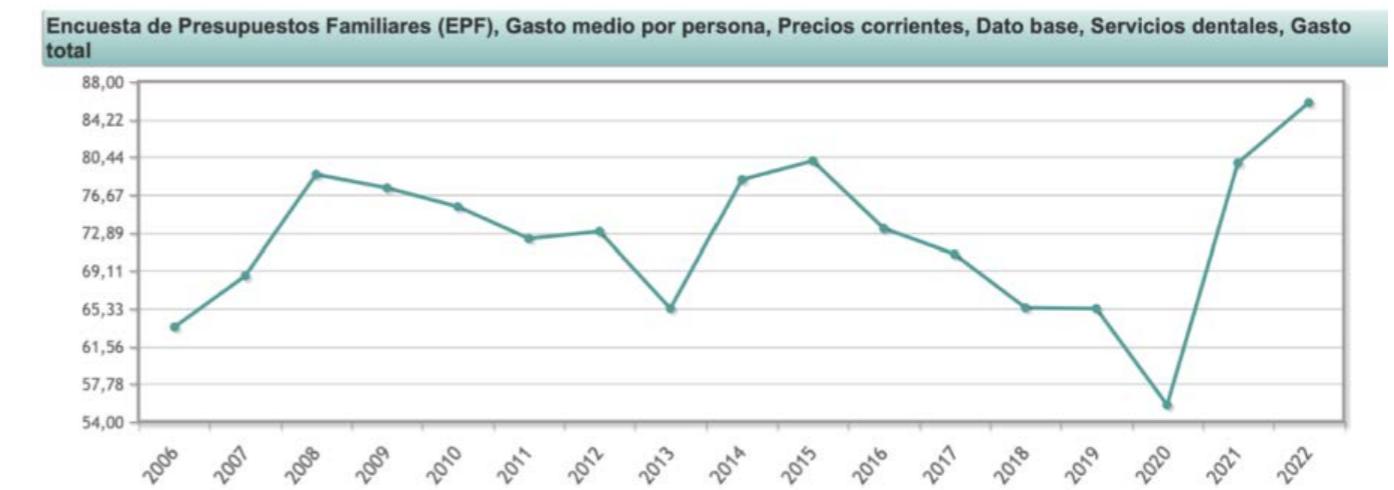
Gráfico 7. Gasto sanitario medio por hogar en servicios dentales en España



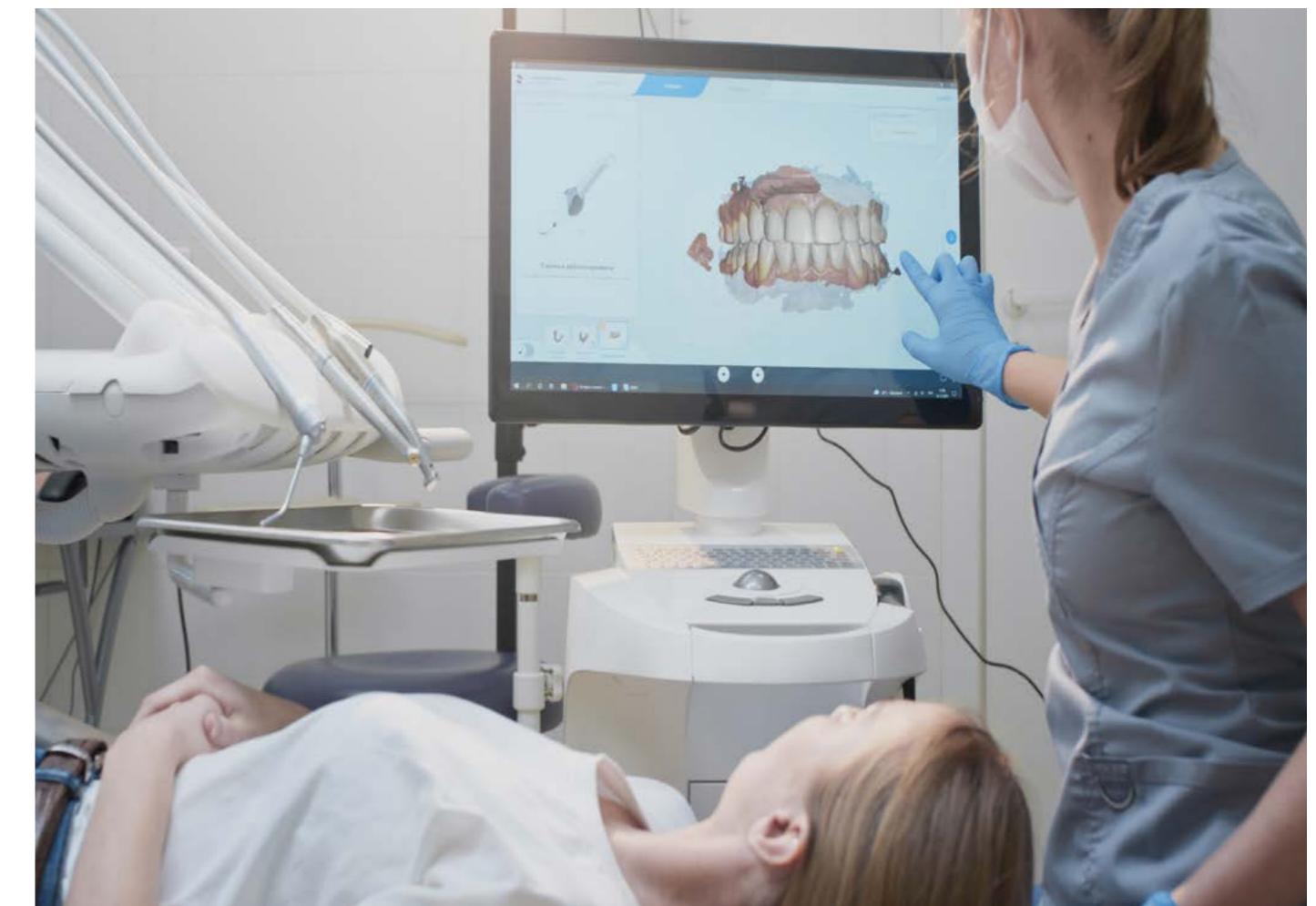
Fuente: Encuesta Presupuestos Familiares (INE).

partir de ahí, se produce un repunte significativo tanto en 2021 como, especialmente, en 2022, alcanzando ese año los mayores niveles tanto en gasto total como per hogar y per cápita (Gráficos 6, 7 y 8, respectivamente).

Gráfico 8. Gasto sanitario per cápita en servicios dentales en España



Fuente: Encuesta Presupuestos Familiares (INE).



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

Tabla 2. Gasto en servicios dentales por CCAA

	Gasto total (miles €)	Gasto medio por hogar	Gasto medio por persona
2022	4.038.116,86	212,15	85,88
2021	3.739.606,7	198,22	79,85
2020	2.611.183,75	138,56	55,68
2019	3.047.504,75	162,60	65,33
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

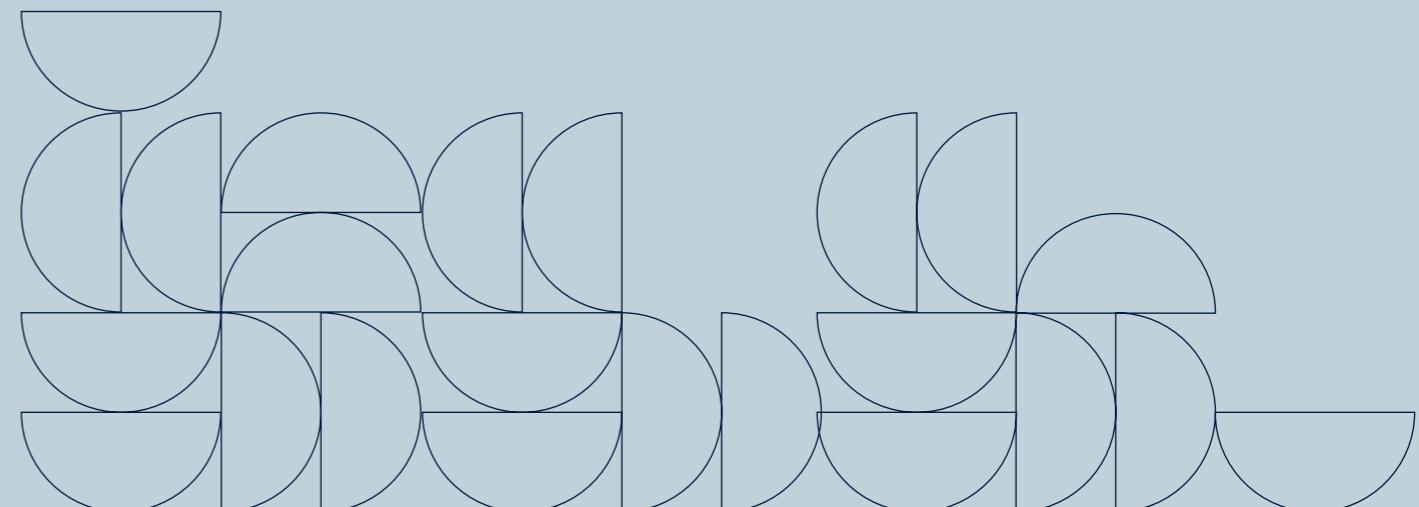
Como se puede apreciar el gasto per cápita es casi el doble en la Comunidad de Aragón (107,74 euros/año), que es en donde más se gasta, que en la de Extremadura (49,67 euros/año), que es en la que menos se gasta. Evidentemente, las regiones con una renta per cápita menor son, igualmente, aquellas en las que el gasto privado en salud dental es menor.

La conclusión que puede extraerse de esta distribución del gasto apunta en el mismo sentido de 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 se mantendrán y agravarán en el tiempo.

Fuente: Encuesta Presupuestos Familiares (INE). Elaboración propia

4

La desigualdad en salud bucodental en España



4 La desigualdad en salud bucodental en España

4.1. El patrón de desigualdad de las enfermedades bucodentales.

En la medida en que la propuesta que se plantea para este informe es la de una ampliación de la cartera de salud bucodental que permita enfrentar el patrón de desigualdad tanto en los problemas de enfermedades bucodentales como de acceso a los servicios de atención bucodental, es útil rescatar algunos rasgos estilizados de ese patrón de desigualdad para, posteriormente, analizar el caso concreto de los problemas de inaccesibilidad por motivos económicos.

Esos rasgos estilizados pueden sintetizarse en los siguientes²⁹:

a) Existe un gradiente socioeconómico en la presencia y prevalencia de la enfermedad: las caries, las piezas extraídas, la falta de piezas, el sangrado de encías y el movimiento de piezas son más frecuentes en las clases bajas que en las altas. En cambio, son más frecuentes las obturaciones, la presencia de coronas o prótesis y la conservación de todas las piezas naturales de la dentadura en las clases altas.

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, en-

tre las clases altas la prevalencia de enfermedad es menor y los tratamientos han podido ser los adecuados o, al menos, son más frecuentes.

b) Ese gradiente socioeconómico 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).

c) El gradiente social también alcanza al tipo de servicio al que acuden las diferentes clases sociales: los servicios públicos son más consultados por las clases menos favorecidas, mientras que las clases altas acuden sólo a las consultas privadas.

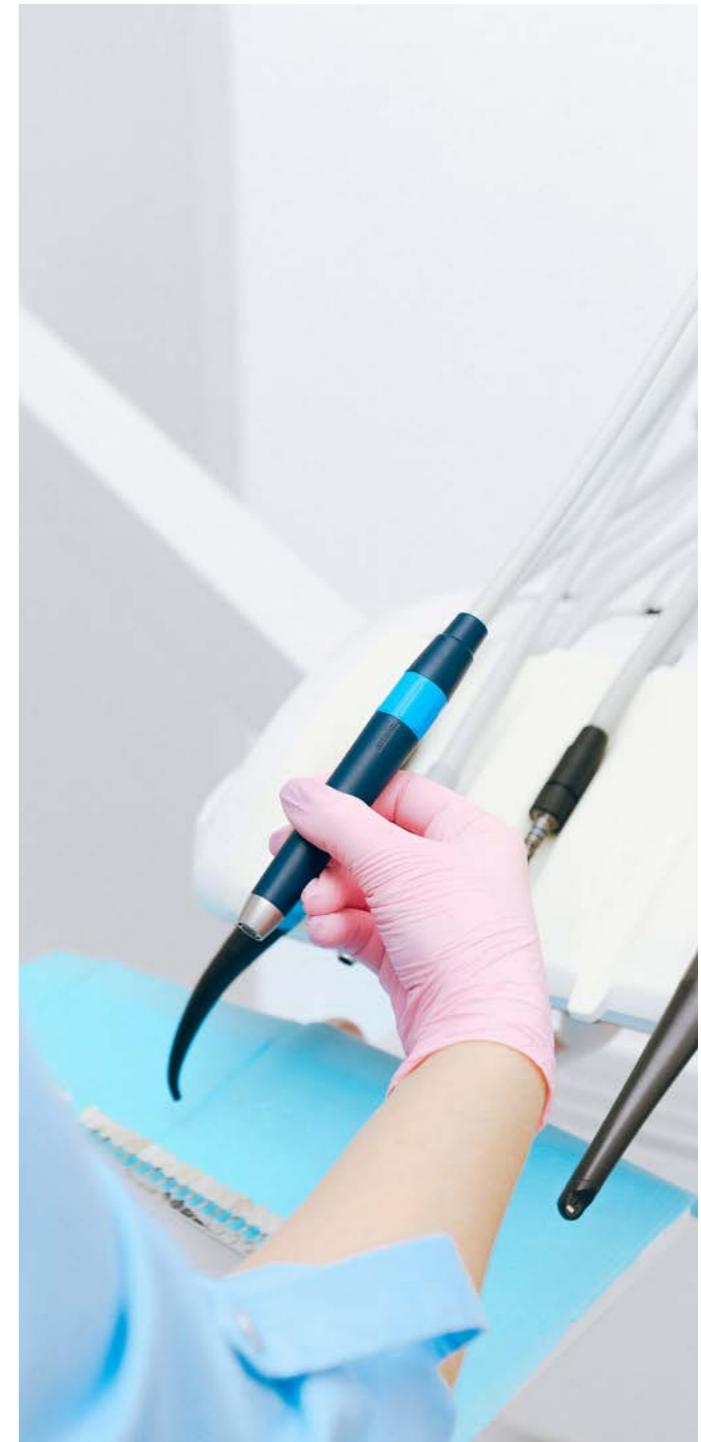
d) En cuanto al acceso a los servicios, puede afirmarse que se encuentra inversamente relacionado con la necesidad de estos o, dicho de otra forma, quienes más necesitados se encuentran de atención bucodental son los que menos acceden a los servicios bucodentales.

Así, es normal que aumente el tiempo transcurrido desde la última consulta al dentista conforme se baja en la escala socioeconómica.

Este patrón también se repite en función de la actividad económica y de si se trata de población activa o inactiva. Los estudiantes, seguidos de los trabajadores, fueron las categorías de actividad económica que declararon mayor proporción de consultas al dentista en el último año; mientras que los menores porcentajes se encontraron entre los jubilados y quienes realizan las tareas del hogar, 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**.

e) 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.

Así, conforme se asciende en la clase social son más frecuentes las revisiones, las higiene dentales, los tratamientos de ortodoncia, la aplicación de flúor y el tratamiento de las enfermedades periodontales. En cambio, son más frecuentes según se desciende en la escala social las exodoncias dentales, las obturaciones o endodoncias y las coronas o prótesis.



29. Vitaldent (2021): "Propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental en España".

4.2. 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, que es la a la que mayor atención se va a prestar por cuanto constituye el grupo objetivo para el que este informe plantea la ampliación de la cartera de atención bucodental.

De hecho, es entre este grupo en el que 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. Pero, además, de forma específica la OMS encargó un estudio sobre los problemas de accesibilidad a servicios médicos, en general, por motivos económicos y en el que existe un apartado específico para la cuestión de la salud dental en España³⁰. Finalmente, la Encuesta Europea de Salud también permite una actualización parcial de la información sobre problemas de accesibilidad al año 2020.

Así, ambas Encuestas tratan de valorar la percepción subjetiva de falta de accesibilidad a la atención sanitaria por motivos económicos y miden 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. Los datos no dejan lugar a dudas: la inaccesibilidad dental por motivos económicos presenta el resultado más elevado de todos los tipos estudiados y, además, se ha incrementado como consecuencia de la crisis económica de 2008 y su incremento fue especialmente acusado a partir de la misma: el porcentaje de personas en el quintil más pobre con necesidades insatisfechas de atención dental era el doble en 2019 que en 2006 (12% frente al 6%)³¹.

Así, según la Encuesta de Salud Europea (2020), un 9,25% de la población de 15 y más años declaró inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos en los últimos doce meses.

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 (10,04% vs 8,42%). Mientras que, por grupo de edad, el porcentaje aumenta hasta los 45-54 años (8,66%) y luego disminuye progresivamente hasta alcanzar el 6,77% en mayores de 84 años. Esta distribución por grupo de edad se presenta tanto en hombres como en mujeres.

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 1). Así, quienes tienen problemas de accesibilidad en el nivel social más elevado es el 2,1% de la población incluida en el mismo mientras que para el nivel social inferior es del 17,02%, esto es, una brecha de casi 15 puntos. Ahora bien, si se distingue por género, la brecha es de 16 puntos en mujeres (del 2,4% al 18,5%) y de algo más de 13 puntos en hombres (del 1,8% al 15,09% en hombres).

Tabla 1. 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		
	T	H	M	T	H	M
I	2,10	1,80	2,40	91,86	91,51	92,21
II	3,40	2,40	4,30	89,69	90,45	89,00
III	5,71	5,99	5,46	85,55	83,32	87,51
IV	10,18	9,29	11,20	80,48	80,38	80,61
V	11,49	10,43	12,60	78,33	77,67	79,03
VI	17,02	15,09	18,59	72,05	71,85	72,22

Fuente: Encuesta Europea de Salud (2020). Elaboración propia.

También existe gradiente social en función del nivel de estudios: un 12% de personas con estudios básicos tiene problemas de accesibilidad frente a un 4,4% con estudios superiores (Tabla 2).

Tabla 2. Inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos según nivel de estudios (población de 15 y más años, en %)

Nivel de estudios	Sí	No
Básico e inferior	12,08	76,64
Intermedio	9,36	82,22
Superior	4,43	88,96

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

Evidentemente, esta situación se reproduce en función del nivel de actividad: las personas incapacitadas para trabajar (22,5%) y las que se encuentran en situación de desempleo (19,4%) 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 restantes situaciones económicas. Por su parte, tan sólo el 5,3% de los estudiantes declara haberse encontrado en esta situación de inaccesibilidad (Tabla 3).

30. Urbanos-Garrido R, Peña-Longobardo LM, Comendeiro-Maaløe M, Oliva J, Ridao- López M, Bernal-Delgado E (2021). “¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria? Nueva evidencia sobre la protección financiera en España”. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa.

31. Urbanos- Garrido et allí (2021, p. 19).

Tabla 3. Inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos según actividad económica (población de 15 y más años, ens %)

Actividad económica	Sí	No
Trabajando	7,84	83,80
En desempleo	19,46	73,27
Jubilado	6,92	81,75
Estudiando	5,36	84,83
Incapacidad para trabajar	22,53	67,70
Labores del hogar	11,98	76,89

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

A estos factores que influyen sobre la accesibilidad autóctona (17,9%) que entre la autóctona (7,7%), tanto también se le une la condición de migrante: la inaccesibilidad declarada fue más del doble en la población no

autóctona (17,9%) que entre la autóctona (7,7%), tanto en hombres (17,2% vs 7,0%) como en mujeres (8,43% vs 18,58%) (Tabla 4).

Tabla 4. Inaccesibilidad a la atención dental según país de nacimiento (población de 15 y más años; Total, Hombres y Mujeres en %)

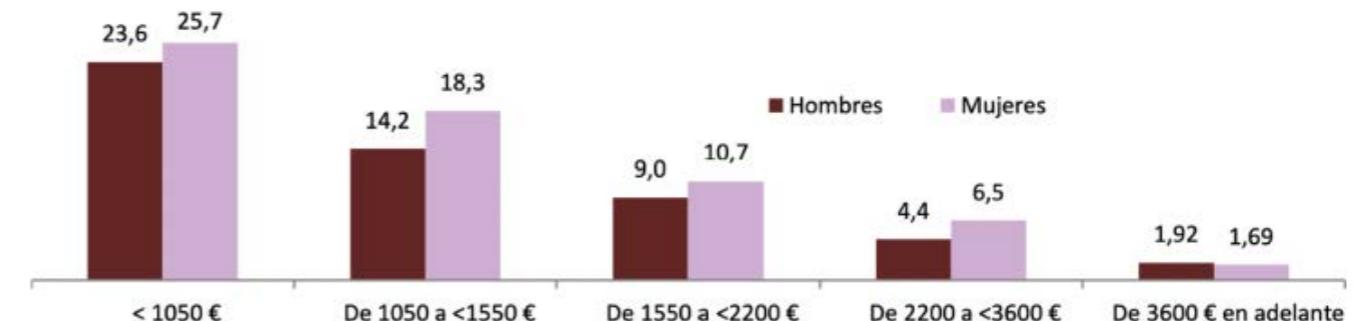
País de nacimiento	Sí			No		
	T	H	M	T	H	M
España	7,73	7,00	8,43	83,10	82,51	83,68
Extranjero	17,96	17,21	18,58	72,10	71,00	73,01

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

Finalmente, la Encuesta Europea no permite entrar en un nivel de detalle ligeramente superior y no identifica los problemas de accesibilidad en función de los ingresos netos del hogar, como sí hizo la Encuesta Nacional de Salud (2017).

Así, esta distingue cinco categorías de hogares en función de los ingresos netos y los problemas de accesibilidad en función del género (Gráfico 1).

Gráfico 1. Inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos, según sexo e ingresos netos del hogar. Población de 15 y más años (en %)

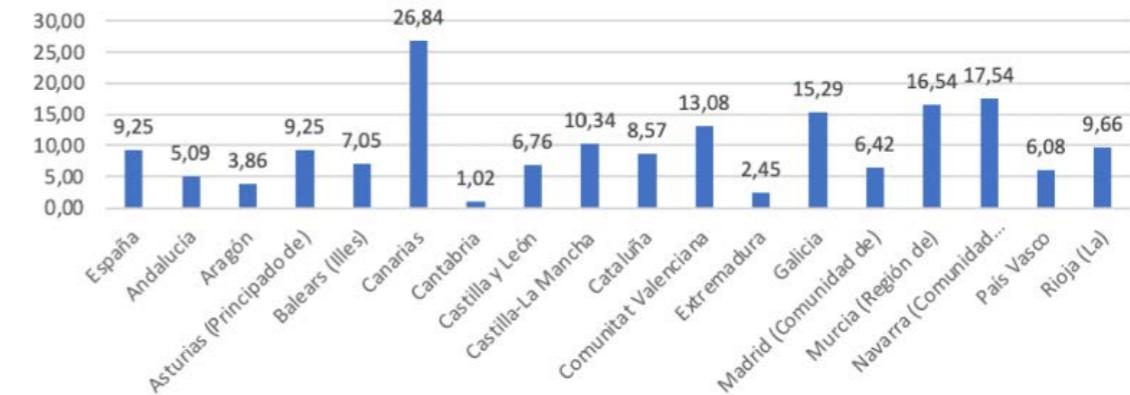


Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017). Ministerio de Sanidad.

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.

Gráfico 2. Inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos, por Comunidad Autónoma. Población de 15 y más años (en %).



Fuente: Encuesta Europea 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 Canarias que prácticamente ha duplicado la población con problemas de accesibilidad entre la Encuesta de 2017 y la de 2020.

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 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 gasto sanitario supusieron en España en torno al 21,8% en 2019, la media de la UE fue del 15,4% y se centró esencialmente en los capítulos de medicamentos y en la atención dental.

De hecho, el gasto dental supone en España un 3,4% de los gastos directos mientras que en la Unión Europea tan solo es del 1,4%.

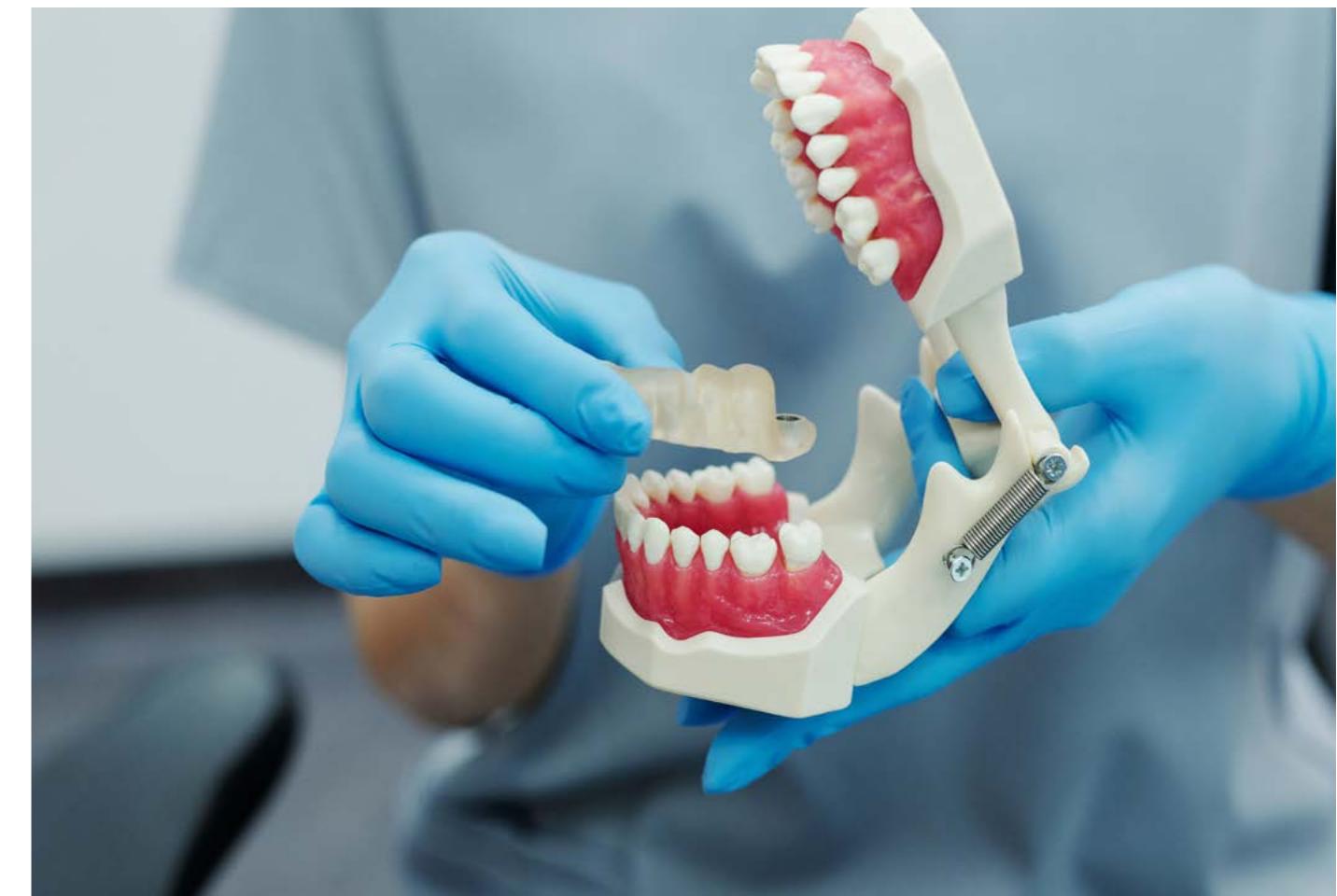
Evidentemente, todo ese gasto directo repercute en un mayor nivel de gasto de las familias en el sector privado.

La comparativa a nivel internacional muestra que 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. 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.

De hecho, en el estudio de la OMS se constata que existe un claro gradiente social en el gasto directo en las tres categorías de gasto de la Encuesta de Presupuestos Familiares relacionadas con la atención dental (atención dental, productos sanitarios y atención ambulatoria), así como en los medicamentos y la atención hospitalaria. Los hogares más ricos dedican una mayor parte del gasto directo a las categorías relacionadas con la atención dental y la atención hospitalaria, mientras que los hogares más pobres dedican una mayor parte a los medicamentos. Esto significa que los hogares más pobres priorizan el gasto en medicamentos sobre la atención dental³².

Es más, las dificultades financieras de las familias para atender la atención sanitaria no cubierta por el sistema obedecen en gran medida a los pagos directos por la atención dental. En 2015, la atención dental representaba la mitad del gasto catastrófico en el quintil más pobre y más de dos terceras partes en los otros quintiles. A partir de 2016, tras el cambio en la metodología de la Encuesta de Presupuestos Familiares, las tres categorías de gasto vinculadas con la atención dental representan, de media, casi el 75% del gasto sanitario catastrófico en 2018³³.

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 pero que, al menos como un primer paso, pueda atender las necesidades de asistencia de aquellas personas que no puede cubrirlas por sí mismas.

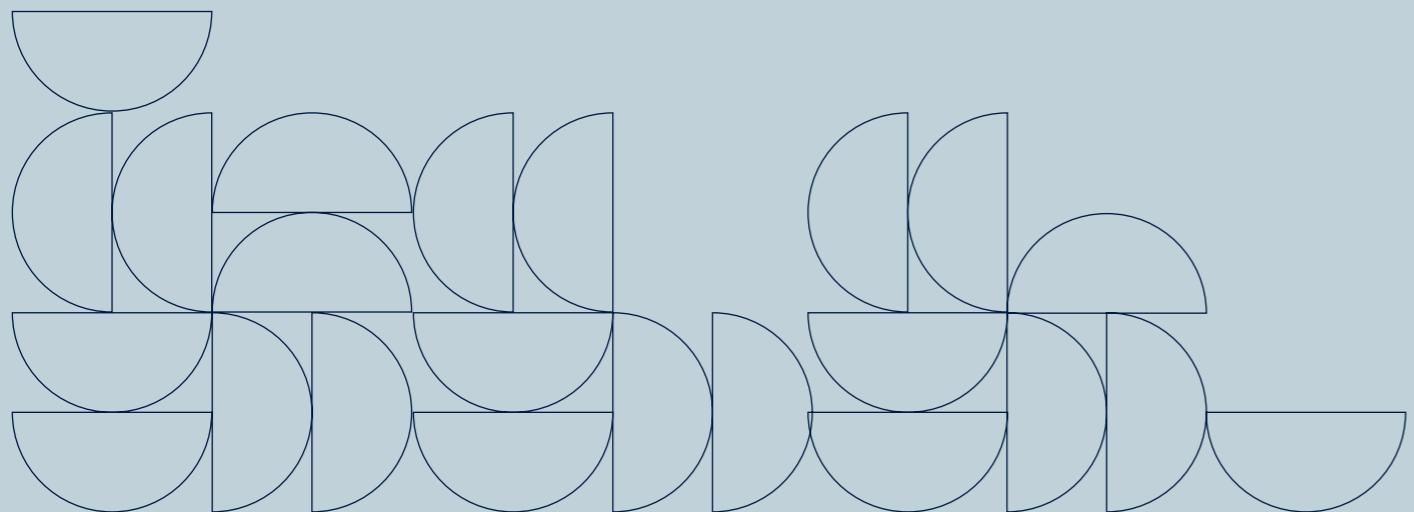


32. Urbanos- Garrido et alli (2021, p. 32).

33. Urbanos- Garrido et alli (2021, p. 65).

5

Propuesta para la ampliación de la cartera bucodental básica para las personas con problemas de accesibilidad económica en España



5 Propuesta para la ampliación de la cartera bucodental básica para las personas con problemas de accesibilidad económica en España

El diseño de una política de salud bucodental 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 bucodental 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.

Sin embargo, el esfuerzo presupuestario que exigiría esta medida (y que se estima más abajo), obliga a un ejercicio de modestia y a priorizar, en un primer mo-

mento, la atención hacia un colectivo singularmente vulnerable: aquella parte de la población que teniendo necesidades de atención bucodental no puede satisfacerlas porque carece de los recursos económicos para sufragarlas en el sistema privado, tal y como se ha recopilado en el apartado anterior. 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.

Finalmente, a partir de los datos de inaccesibilidad por motivos económicos proporcionados por la Encuesta Europea de Salud 2020, se realiza una estimación del coste económico que supondría ampliar las prestaciones de la Cartera Común de asistencia bucodental del Sistema Nacional de Salud a las personas de 15 o más años con problemas de accesibilidad a tratamientos bucodentales.

A tal efecto, se utiliza tanto la metodología desarrollada para el caso de la estimación de la ampliación universal aunque con una ligera modificación porque se utilizan los datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares como la metodología planteada por el Ministerio de Sanidad para el cálculo del coste económico que tendría homogeneizar las prestaciones para la población infantoyjuvenil en el conjunto del país.

Los resultados nos ofrecen un rango de costes en función de cómo se estime el coste de la medida (a partir del gasto real en servicios dentales per cápita recogido en la Encuesta de Presupuestos Familiares o de la media de los pagos por capitación que realizan los servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónomas) que nos da una idea del coste efectivo de la medida.

En cualquier caso, para tratar de suavizar su impacto sobre las arcas públicas también se estima el coste según diversos niveles de copago lineales que podrían ajustarse selectivamente en función de los niveles de renta y las necesidades de tratamiento.



5.1. Bases para el diseño de una política bucodental inclusiva

En 1981, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y 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, siguen siendo 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*³⁴.

En el marco de esa iniciativa destacaba la advertencia inicial de que el éxito de los diferentes planes dependerían 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 sólo tuvieran el mayor impacto posible sino que, además, se garantizara su sostenibilidad en el tiempo.

En línea con estos esfuerzos 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 las siguientes:

- a) Todos los grupos poblacionales deberían tener acceso a la atención en salud bucodental en función de sus necesidades.
- b) 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.
- c) 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 este.
- d) 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.

34. 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/

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*”³⁵.

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 este³⁶. 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.

35. 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.

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



5.2. 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 trabajar en 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.

En este sentido, 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 salud³⁷.

Ese enfoque parte de la manifestación de una realidad ampliamente constatada: 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 personales 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.

37. 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. Esa estrategia ha vuelto a ser revisada, aunque bajo el mismo enfoque, en el reciente informe de la OMS al respecto: OMS (2022): Global Oral Health Status Report. <https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022>

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 bucodental³⁸. Es más, en gran medida condicionan a otra serie de variables como pueden ser el acceso de 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 en esta materia.

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 soportar el coste de los tratamientos preventivos y paliativos.

38. Pueden verse al respecto, por ejemplo, estos artículos:

- Vanobbergen J. et alli (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.

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 oral³⁹.

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 causas⁴⁰.

Desde ese punto de vista, tal y como se ha señalado 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 sólo 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 el consumo abusivo de dichos productos repercutiría positivamente sobre el nivel de salud general y no sólo sobre la bucodental.



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

El primero de 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.

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.

La vía de intervención alternativa es la del **enfoque poblacional**⁴¹. 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 esta a través de medidas que inciden directamente sobre las causas y que trascienden la dimensión exclusivamente sanitaria del tratamiento de las patologías.

La que justificaría 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 subgrupos⁴². En ese sentido, si la estrategia de salud pública se orientara sólo 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 de 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 enfoques⁴³.

39. OMS (2022): Global Oral Health Status Report. <https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022>

40. Watt (2005).

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

42. A esa conclusión llega el estudio de Batchelor et alli citado.

43. 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

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

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 esta 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 sólo 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 privatamente 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 sólo 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 sólo 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 o, más recientemente, con el Plan para la ampliación de la Cartera Común de Servicios de Salud Bucodental en el Sistema Nacional de Salud de 2022, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 15 de junio de 2022 y permitió la homogeneización de las prestaciones existentes para el conjunto del país⁴⁴.

44. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental_.pdf

En todo caso, existe un argumento que debería 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 alto 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 salud⁴⁵.

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.

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 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 decide apoyar, los instrumentos para implementarla y/o financiarla serán distintos.

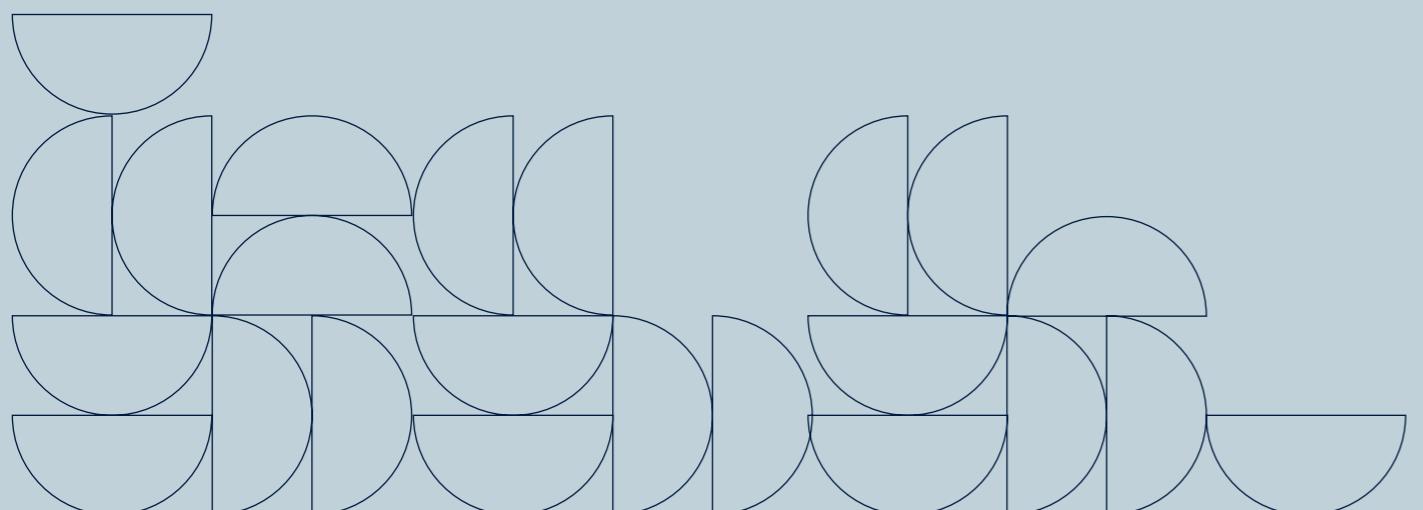
En este sentido, en este informe se defiende que, dado el coste tan elevado que tendría una ampliación universal de la cartera de servicios bucodentales, en un primer momento esta se podría ampliar focalizándose en la asistencia a las personas que presentan problemas de accesibilidad económica para, posteriormente, irlo extendiendo a otros grupos poblacionales.

Y, a tal efecto, se ha realizado tanto una actualización del coste que supondría la ampliación universal como el que, en su caso, tendría la ampliación de la cobertura de la que ahora disfruta la población infantoyjuvenil a las personas que han expresado problemas de accesibilidad económica.



45. Karon, 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>

6 Una estimación de costes para la ampliación de la asistencia bucodental: entre la universalización y la eliminación de la inaccesibilidad por motivos económicos



6 Una estimación de costes para la ampliación de la asistencia bucodental: entre la universalización y la eliminación de la inaccesibilidad por motivos económicos

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.

En el informe “Una propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental” se realizaba una primera estimación de dichos costes⁴⁶.

Para ello, y partiendo de las limitaciones de información disponibles, se elaboraba una metodología que posteriormente fue validada por la comunidad científica a través de la revisión por pares y la publicación de un artículo científico en la revista Gaceta Sanitaria⁴⁷.

En este sentido, y para darle continuidad a aquel informe y a dicha metodología, en este informe se parte, en primer lugar, de una actualización de la estimación que allí se realizaba sobre el coste que supondría para la sociedad española una ampliación de la cartera de asistencia bucodental que cubriera las necesidades de toda la población y que fuera financiada públicamente, aunque la prestación se realizará fundamentalmente desde el sector privado a través de un régimen de concertos.

A estos efectos, y teniendo en cuenta que el gasto en servicios odontológicos fue singularmente elevado en

2021 en relación con el gasto medio de los años precedentes (aunque no por ello es el nivel de gasto más elevado de la serie histórica), se parte del gasto recogido en el Sistema de Cuentas de Salud⁴⁸.

El último dato disponible en el Sistema es, precisamente, el del año 2021, para suavizar el efecto que tuvo la paralización de la actividad y el confinamiento por la pandemia de Covid-19 y que se tradujo en una reducción del gasto en el propio año 2020 y un fuerte incremento en el año siguiente, se ha optado por utilizar, en lugar del gasto de 2021, la media del gasto entre 2016 y 2021. La elección del año 2016 como punto inicial de la serie obedece a que en ese año se produjo una modificación metodológica en la Encuesta de Presupuestos Familiares y parte del gasto en servicios dentales se desgajó en otras categorías y, así, los materiales para atención dental (prótesis, implantes y aparatos de ortodoncia) han pasado a clasificarse como “productos sanitarios”, mientras que los implantes se clasifican como “atención dental” y los procedimientos de ortodoncia como “atención ambulatoria”.

En cualquier caso, a efectos de esta primera estimación, este cambio metodológico es irrelevante porque utilizaremos los datos totales proporcionados por el Sistema de Cuentas de Salud que no permiten esa distinción, pero si que tiene su interés si, en lugar de utilizar esa fuente, se utiliza la Encuesta de Presupuestos Familiares, como se hace en el caso de las Comunidades Autónomas.

46. Vitaldent (2021): “Propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental en España”. <https://www.gacetasanitaria.org/en-una-aproximacion-al-coste-presupuestario-articulo-S021391122001789>.

48. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>

6.1. Actualización de los costes para el caso de una ampliación universal de la asistencia bucodental

Teniendo en cuenta todas las consideraciones anteriores, puede señalarse que en 2021 el gasto corriente en servicios odontológicos fue de 4.256 millones de euros;

de los cuales 4.184 millones fueron realizados privadamente y 65 millones correspondieron a financiación pública (Tabla 1).

Tabla 1. 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 PIB	€ por habitante
2003	52	3.253	3.309	0,41	78
2004	56	3.672	3.732	0,43	87
2005	56	3.863	3.923	0,42	90
2006	59	4.216	4.280	0,43	96
2007	73	4.651	4.719	0,44	104
2008	72	5.047	5.124	0,46	111
2009	74	5.032	5.111	0,48	110
2010	75	5.170	5.251	0,49	113
2011	73	4.820	4.899	0,46	105
2012	74	4.607	4.689	0,45	100
2013	67	4.047	4.121	0,40	88
2014	61	4.198	4.265	0,41	92
2015	57	4.010	4.073	0,38	88
2016	58	3.700	3.763	0,34	81
2017	58	3.713	3.776	0,32	81
2018	61	3.756	3.823	0,32	82
2019	61	3.850	3.917	0,31	83
2020	59	3.623	3.688	0,33	78
2021	65	4.184	4.256	0,35	90

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

Si, en lugar del dato de 2021 se utiliza la media del gasto, tanto total como público y privado, para el periodo 2016-2021, el gasto total medio sería de 3.805,5 millones de euros, el gasto privado medio sería de 3.804,3 millones y el gasto público medio ascendería a 60,3 millones de euros. Estos serán los datos que utilizaremos en esta estimación.

Estas cifras constituyen el punto de partida para la realización de una estimación de costes simple por cuanto representan el nivel de servicios básicos que la población está dispuesta a sufragar en el sector privado para atender sus necesidades bucoden-

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 la población realizó 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 diferencias 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 fijo 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.

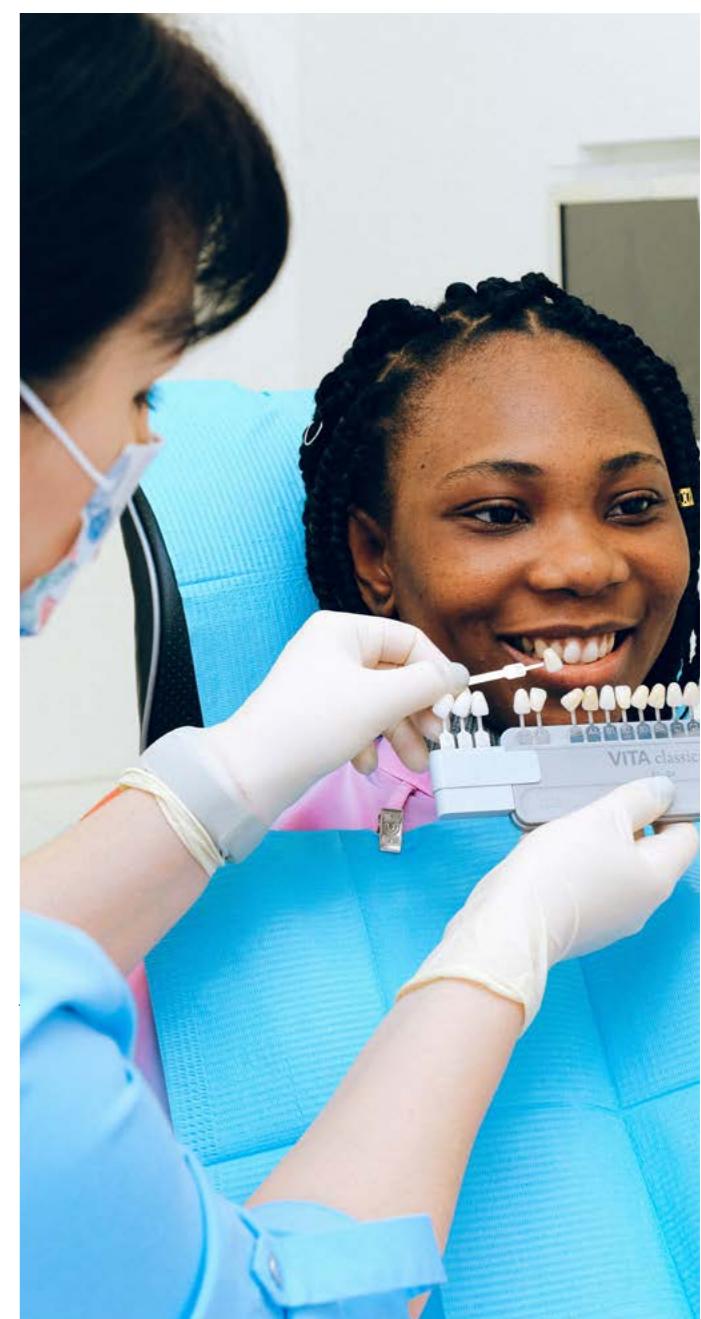
A continuación, habrá que estimar en cuánto se incrementa la demanda de servicios bucodentales y, por lo tanto, se acrecienta el presupuesto necesario como consecuencia de que los que eran servicios de provisión privada pasan a ser ahora derechos de asistencia pública financiados desde el Estado.

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%⁴⁹.

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, teó-

ricamente, 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 promedio entre 2016-2021 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.

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 2.

Tabla 2. Simulación de incremento del gasto sanitario dental bajo diversas hipótesis para la media del periodo 2016-2021

	% gasto asumido privatamente	% Δ demanda	Δ Demanda (millones €)	Coste total (millones €)
Sin copago	98%	47,45%	1.836,6	5.707,1
Copago 15%	83%	40,18%	1.555,2	5.425,7
Copago 25%	73%	35,34%	1.367,8	5.238,3
Copago 50%	48%	23,24%	899,5	4.770,0

Fuente: Elaboración propia.

Promemoria: PIB nominal promedio 2016-2021: 1.007.302,1 millones de €; gasto sanitario total promedio 2016-2021: 114.504,075 millones de €. Gasto bucodental total promedio 2016-2021: 3.870,5 millones de €

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

Así, sobre la base de estos 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 5.707,1 millones de euros, esto es, pasaría a suponer un 4,98% del gasto sanitario total y apenas un 0,57% sobre

el total del PIB (Tablas 2 y 3). Habida cuenta de que el gasto sanitario en España en 2019 suponía el 9,1% del PIB y se encontraba por debajo de la media del gasto en la UE (9,9% del PIB), el incremento del gasto estimado por ampliación y universalización de la cartera bucodental sería ampliamente asumible.

Tabla 3. Efectos del incremento del gasto sanitario dental bajo diversas hipótesis para la media del periodo 2016-2021

	Coste total (millones €)	% gasto dental/gasto sanitario	% gasto dental/PIB
Sin copago	5.707,1	4,98%	0,57%
Copago 15%	5.425,7	4,74%	0,54%
Copago 25%	5.238,3	4,57%	0,52%
Copago 50%	4.770,0	4,17%	0,47%

Fuente: Elaboración propia.

A partir de ahí, el resto de los escenarios son aún más favorables en términos de menor coste. La introducción de un mecanismo de copago (que se supone lineal pero que habría que diseñar convenientemente en función de nivel de renta de los usuarios y prestaciones recibidas) reduce significativamente el coste de la propuesta incrementando la accesibilidad para todos: abarata el precio para quienes se proveen del servicio en el mercado y lo hace más asequible, de entrada, para quienes no pueden actualmente hacer frente a su precio. Hay que insistir, en cualquier caso, en la necesidad de su correcto diseño para que, al tiempo que permite reducir los costes de la propuesta, se reducen las desigualdades existentes; no tendría ningún sentido que las agravara.

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.

6.2. Estimación de costes para una ampliación de la asistencia bucodental a las personas con problemas de accesibilidad económica a los servicios dentales

En la medida en que este informe tiene por objeto realizar una estimación aproximada de cuánto supondría ampliar la cartera de servicios de asistencia bucodental para aquellas personas que tienen problemas de accesibilidad económica a la asistencia dental y que, además, no solo pretende realizar la estimación a nivel nacional sino también para el caso de cada una de las Comunidades Autónomas, se ha de variar ligeramente la metodología y la fuente de los datos usados en la estimación anterior que actualizaba la del informe “Una propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental” de 2021.

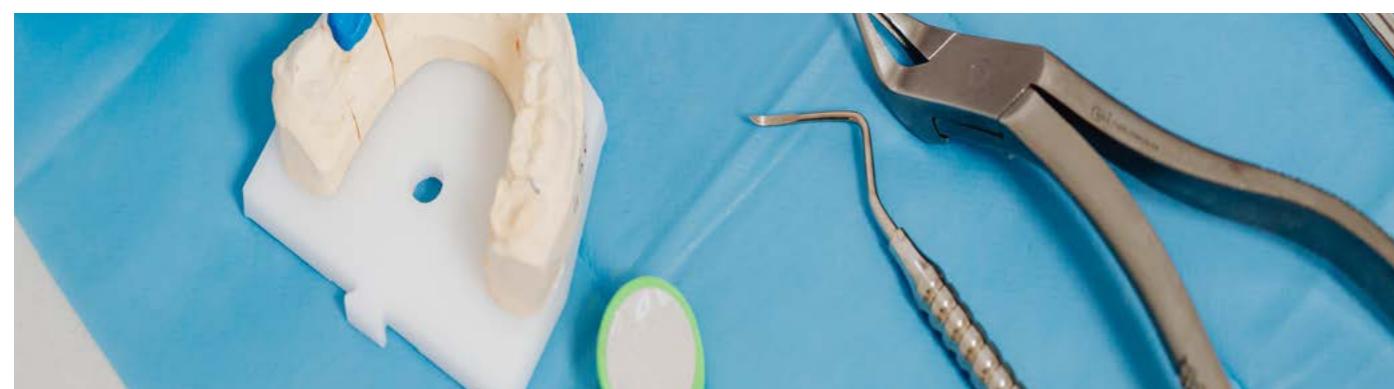
En este sentido, hay que advertir de que el Sistema de Cuentas de Salud no permite conocer la distribución del gasto por Comunidades Autónomas de los servicios dentales. En consecuencia, es preciso recurrir a la información alternativa que proporciona, al respecto, la Encuesta de Presupuestos Familiares. Y, si bien se podría seguir utilizando para el caso estatal el Sistema de Cuentas de Salud y, posteriormente, recurrir a la Encuesta de Presupuestos Familiares para el caso autonómico, con la finalidad de homogeneizar las comparaciones, se ha optado por realizar la estimación a partir de los datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares para todos los casos, tanto el nacional como los auto-

nómicos.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que, posteriormente a la publicación del informe “Una propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental”, el Ministerio de Salud realizó una estimación del incremento de costes que supondría homogeneizar las prestaciones de la Cartera Común de Servicios Bucodentales en el Sistema Nacional de Salud⁵⁰.

El Ministerio, partiendo del reconocimiento explícito de la ausencia de datos para realizar esa estimación económica y, tras tratar de recabar información de las Comunidades Autónomas (petición a la que no todas respondieron), utilizó una metodología alternativa para realizar esa estimación económica del coste de ampliación de la cartera.

En este sentido, y a efectos de poder comparar los resultados obtenidos por el Ministerio en ese ejercicio de valoración económica y los de este informe para el caso concreto de la ampliación de la cartera a personas con problemas de accesibilidad económica, también se ha realizado la estimación con la misma metodología que la del Ministerio.



49. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodenital/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodenital_.pdf

De esta forma, se van a presentar dos estimaciones del coste que supondría ampliar la cartera de asistencia bucodental para incluir dentro de la misma a las personas que presentan problemas de accesibilidad económica.

En ambos casos, el punto de partida lo ofrece la población en situación de inaccesibilidad económica que, como se ha señalado más arriba, se puede conocer para el año 2020 a partir de la Encuesta Europea de Salud.

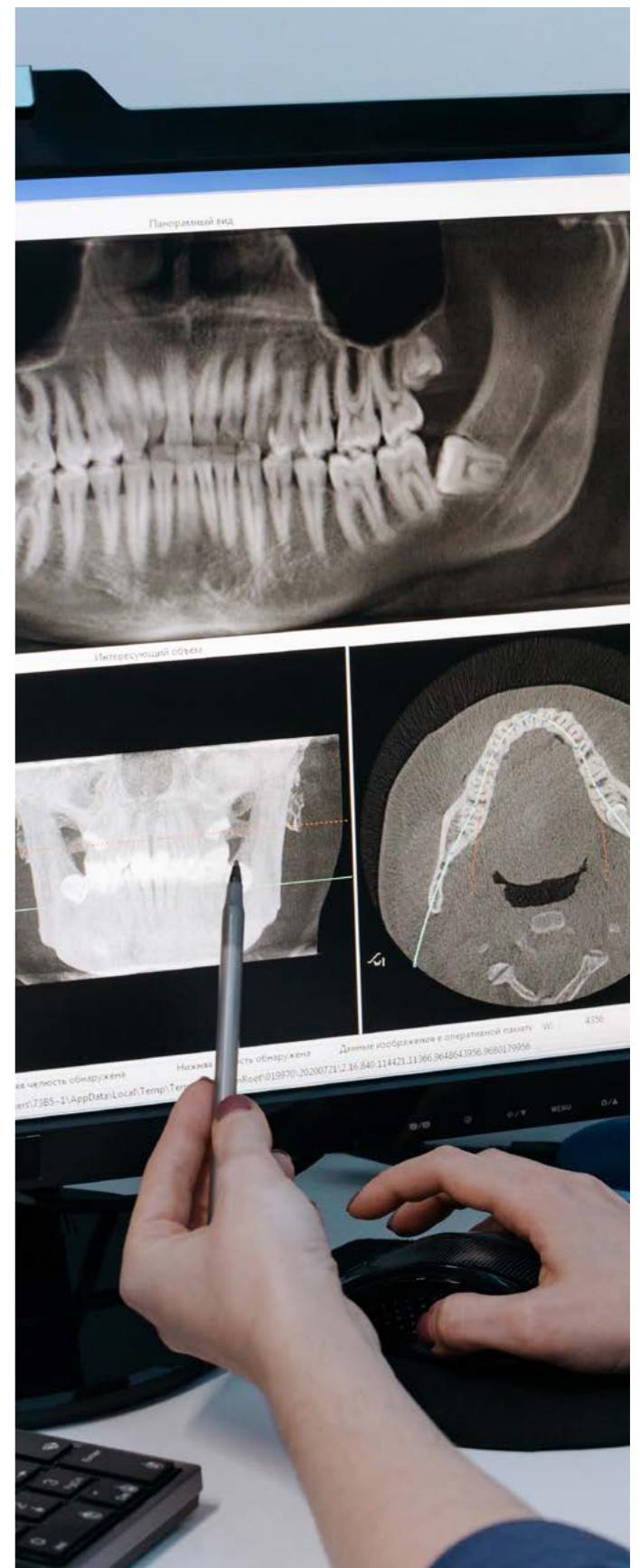
A continuación, se estimará mediante ambas metodologías el coste que supondría dicha ampliación, sobre la base de que la cartera de servicios dentales a la que tendría acceso esa población vulnerable sería la misma que actualmente cubre a la población infantoyjuvenil y que viene detallada en la Cartera Común del Sistema Nacional de Salud.

Eso ofrecerá un rango del coste que supondría la ampliación de la cartera para estas personas que tienen necesidad urgente de acudir a un dentista pero que, sin embargo, no lo pueden pagar privadamente.

Ese rango está determinado por las diferentes metodologías: la del Ministerio opta por una estimación de costes basada en los pagos por capitación y esta se sustenta sobre la base del gasto efectivo real per cápita que la población realiza en servicios dentales.

Lo esperable es que el gasto por capitación esté sesgado a la baja con respecto al coste real de la prestación, porque los precios para cada tipo de intervención se encuentran tasados y no son de mercado, mientras que el gasto privado esté sesgado al alza, en la medida en que incluirá gastos en prestaciones no financierables por el sector público.

En cualquier caso, la virtud del rango es que permite fijar una suerte de límites máximos y mínimos del coste que supondría la ampliación de la cartera para esa población y, en consecuencia, traza un escenario menos concreto pero más útil para la toma de decisiones públicas.



a) Estimación basada en el gasto en servicios dentales de la Encuesta de Presupuestos Familiares.

Según la Encuesta de Presupuestos Familiares, las familias españolas gastaron en servicios dentales en 2022 un total de 4.038,11 millones de euros. Como puede apreciarse, la serie temporal muestra una bajada significativa del gasto durante 2020 como consecuencia del confinamiento por la pandemia de Covid19 y, posteriormente, se recupera con fuerza a partir de 2021 (Tabla 4).

Dado que, en relación con el resto de la serie temporal, el gasto de 2022 puede considerarse atípico (como en sentido opuesto lo fue el de 2020), se ha optado por realizar una estimación basada en el promedio de gasto entre 2016 (año en el que produce un cambio metodológico significativo en el tratamiento de los servicios dentales en la Encuesta, tal y como ya se señaló más arriba) y el año 2022.

Ese dato se tomará como referencia de cara a la estimación del coste que supondría ampliar la cartera de servicios bucodentales a las personas que, según la Encuesta Europea de Salud de 2020, expresaron que tenían problemas económicos para poder sufragar la atención dental.

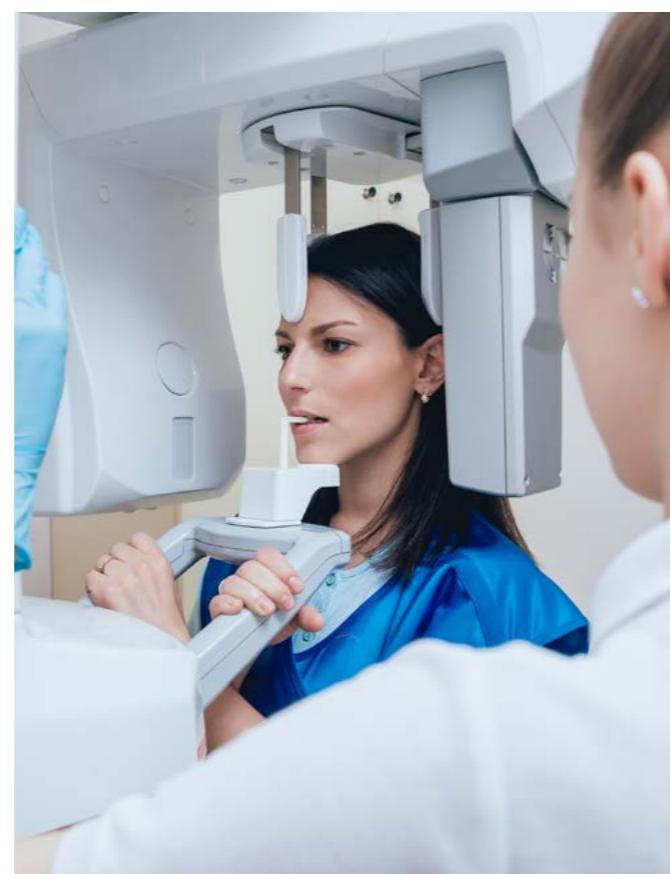
En cualquier caso, como en la estimación basada en el Sistema de Cuentas de Salud, rigen las mismas consideraciones que allí se realizaron sobre el gasto y la posibilidad de que pueda ser mayor o menor que el recogido en la Encuesta.

Además, dado que en este caso no se trata de una ampliación universal de la cartera sino que se trata de una ampliación focalizada en un determinado colectivo, no es preciso estimar el incremento en la demanda que se produciría de servicios si la prestación fuera financiada públicamente, como sí había que hacer en aquel caso, sino que basta con estimar el coste específico para el

50. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental_.pdf

porcentaje de población afectada. Esa población sería el incremento de la demanda que se produciría sobre el sistema público, por cuanto el resto seguiría atendiendo sus necesidades de atención bucodental en el sector privado.

Por otro lado, también consideraremos en este caso que el incremento de la población atendida y sus tratamientos se realizan en convenio con el sector privado y no a través del desarrollo de nuevas infraestructuras en el servicio público. La razón es evidente: la red de atención desplegada por el sector privado llega a todo el país y ya presta sus servicios al sector público a través de los programas PADI y mixtos. De alguna forma, lo que se está planteando es incorporar a los programas infantojuveniles ya en vigor a un nuevo colectivo vulnerable junto al de mujeres embarazadas y personas con elevados niveles de dependencia física y psíquica bajo el mismo régimen existente en dichos programas.



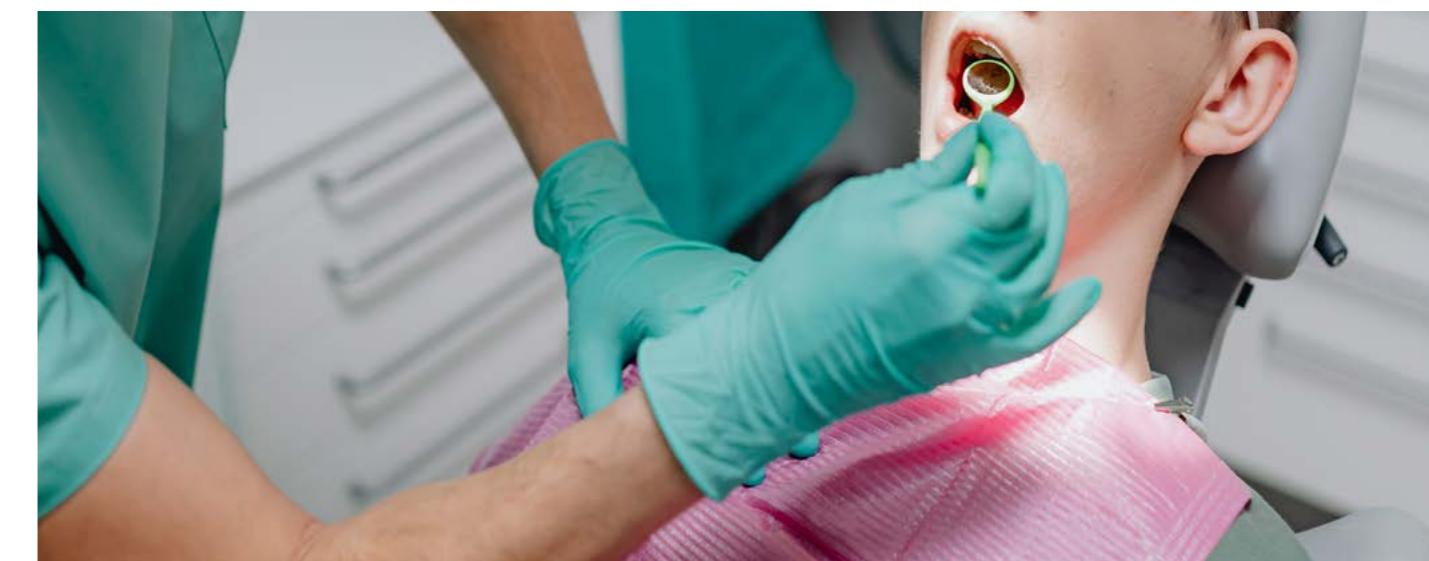
Realizadas las anteriores consideraciones, procedemos a la estimación del coste a partir del promedio del gasto en servicios dentales en el periodo (2016-2021). Este

fue de 2.926,26 millones de euros de gasto total; de un gasto medio por hogar de 176,13 euros y de un gasto medio por persona de 70,88 euros (Tabla 4).

Tabla 4. Servicios dentales (total nacional)

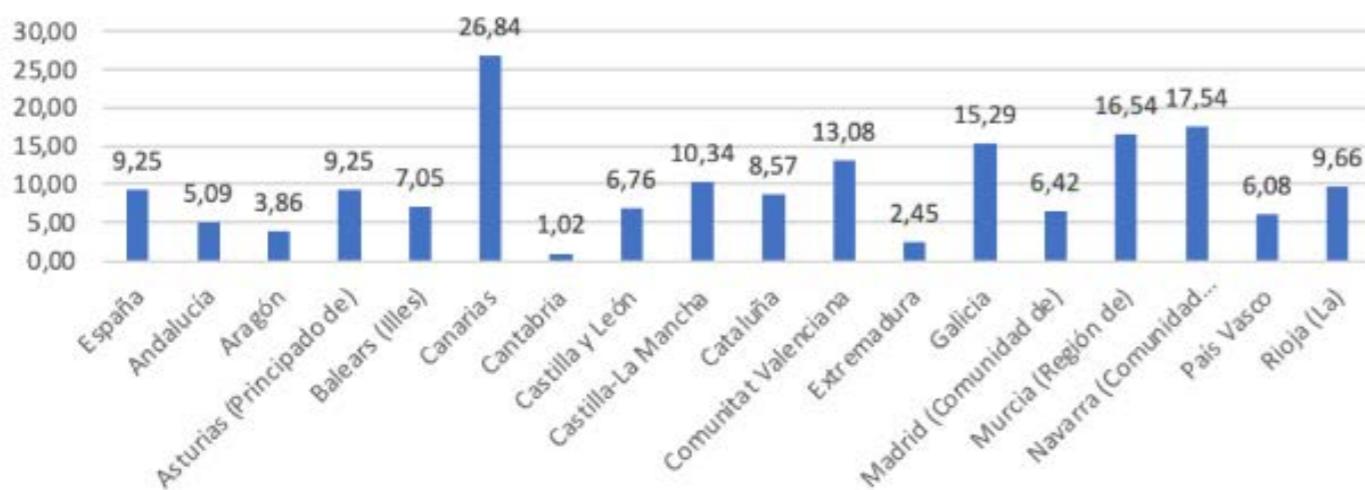
	Gasto total (miles €)	Gasto medio por hogar	Gasto medio por persona
2022	4.038.116,86	212,15	85,88
2021	3.739.606,7	198,22	79,85
2020	2.611.183,75	138,56	55,68
2019	3.047.504,75	162,60	65,33
2018	3.028.434,60	162,58	65,41
2017	3.260.180,17	176,11	70,75
2016	3.369.982,55	182,71	73,30
Promedio 2016-22	2.926.260,80	176,13	70,88

Fuente: Encuesta Presupuestos Familiares (INE). Elaboración propia.



Por otro lado, según la Encuesta Europea de Salud, en 2020 hubo un 9,25% de la población de 15 y más años que expresó problemas de inaccesibilidad a los servicios dentales por motivos económicos a pesar de necesitarlos (Gráfico 1).

Gráfico 1. Inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos, por Comunidad Autónoma (2020). Población de 15 y más años (en %).



Fuente: Encuesta Europea de Salud (2020). INE. Elaboración propia.

La población española de 15 o más años a 1 de enero de 2021, es decir, a finales del año para el que se había realizado la Encuesta Europea era de 42.248.015 personas.

Por lo tanto, la población de 15 o más años que se encontraba en situación de vulnerabilidad por motivos económicos era de casi 4 millones de personas (más

concretamente 3.907.941).

A partir de ahí, se ha multiplicado la población vulnerable por el gasto medio del periodo considerado (70,88 €) y el resultado es sorprendente en términos del coste tan moderado que tendría para el Estado eliminar las situaciones de inaccesibilidad a prestaciones dentales

Tabla 5. Simulación de incremento del gasto sanitario dental bajo diversas hipótesis de copago

	Población vulnerable	Gasto medio per cápita	Coste de ampliación de la cartera
Sin copago	3.907.941	70,88	277.017.216
Copago 15%	3.907.941	60,25	235.464.634
Copago 25%	3.907.941	53,16	207.762.912
Copago 50%	3.907.941	35,44	138.508.608

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, y barajando diversos escenarios posibles de copago, el coste de la intervención va menguando significativamente cuando se comparte el coste entre las familias con problemas de accesibilidad y el sector público.

En ese sentido, aunque se han propuesto copagos lineales, se podrían establecer copagos escalonados en función de los niveles de renta para facilitar el acceso de la población a la asistencia dental de acuerdo a la realidad de su problema de accesibilidad.



b) Estimación basada en la metodología del Ministerio de Sanidad basada en el gasto por capitación

La vía alternativa para estimar el coste de la ampliación es la utilizada por parte del Ministerio de Sanidad para la reciente ampliación de la Cartera Común de servicios de asistencia bucodental del Sistema Nacional de Salud.

La propuesta del Ministerio trata de estimar el impacto del coste económico que supondría la ampliación del rango de edad de los programas de salud infantojuvenil en todas las Comunidades Autónomas y homogeneizar prestaciones y cohortes cubiertas por el sistema público.

En este caso, en lugar de partir del gasto realizado privadamente por las familias se parte del importe medio de las tarifas por persona y año establecidas por 8 Comunidades Autónomas, que son las que proporcionaron ese dato al Ministerio. Además, este, como alternativa, también lanzó una Encuesta a las Comunidades sobre la media del gasto total por niño/a atendido.

Como se señala en el referido Plan, las tarifas obtenidas por ambas vías tienen limitaciones. Por un lado, porque muchas de ellas se encuentran desfasadas y no han sido actualizadas, por lo tanto, reflejan un coste alejado del coste económico de mercado actual de esas prestaciones. Y, por otro lado, porque solo han respondido 8 Comunidades Autónomas y, como el informe señala, "no hay una valoración de los costes directos e indirectos que comporta esta prestación" (p. 32).

Ante esta tesitura, el Ministerio optó por utilizar la media del gasto total por niño/a atendido obtenido de la información facilitada por las Comunidades y que era de 53,4 €.

Por otro lado, se dividió a la población en cohortes de edad (de 0 a 5 años; de 6 a 12 años y de 13 y 14 años) y se asignó un porcentaje de esa tarifa a cada cohorte en función de la intensidad esperada de los cuidados necesitados por la población de cada una de ellas. Así a la primera cohorte se le asignó un 40% de la media del gasto total; a la segunda un 70% y a la tercera un 100%.

Para nuestro caso concreto, en la medida que se trata de población mayor de 15 o más años, utilizaremos una asignación del 100% de la media del gasto total aunque, muy probablemente, en muchos casos la tarifa probablemente se quedaría corta porque, como hemos visto, cuanto más bajo es el nivel social de la población mayor son las necesidades de cuidados bucodentales que acumula.

Finalmente, la estimación se realiza para una cobertura del 70% de la población diana, ya que, según el Ministerio, actualmente las mayores coberturas registradas alcanzan, en el mejor de los casos, algo menos del 70% en alguna de las Comunidades Autónomas.

Como la aspiración de este informe es estimar el coste de que ninguna persona que necesite atención bucodental se quede sin ella por motivos económicos, el objetivo sería cubrir al 100% de la población, aunque se realizará también una estimación del coste para un 70% de la población diana.

En cuanto a las prestaciones, el Ministerio incorpora algunas prestaciones nuevas, lo que supone un incremento del coste para la población que ya estaba cubierta. Ese sobrecoste se estima en un 2% de la media del gasto total.

A efectos de esta estimación este sobrecoste es indiferente porque se trata de personas que no se encuentran entre la población con derecho a atención bucodental pública. Eso sí, se considera que la cartera de servicios bucodentales pública de estos programas será la de aplicación para las personas vulnerables por causa de inaccesibilidad económica.

Con esas premisas, la estimación del coste total de satisfacer las necesidades de atención bucodental de las personas vulnerables por inaccesibilidad económica se situaría en unos 208,6 millones de euros; mientras que si la población cubierta fuera el 70% de esa población, tal y como supone el Ministerio de Sanidad, el coste sería de 146 millones de euros (Tabla 6).

Tabla 6. Simulación de incremento del gasto sanitario dental según metodología del Ministerio de Sanidad

	Población vulnerable	Gasto medio per cápita	Coste de ampliación de la cartera
Sin copago	3.907.941	70,88	277.017.216
Copago 15%	3.907.941	60,25	235.464.634
Copago 25%	3.907.941	53,16	207.762.912
Copago 50%	3.907.941	35,44	138.508.608

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, como en la estimación anterior, se han estimado diversos escenarios de copago para el conjunto de la población objetivo. Nuevamente, el coste de la medida es muy moderado si se tiene en cuenta los costes directos e indirectos que la salud bucodental genera sobre el conjunto de la sociedad y la repercusión que una medida de esta naturaleza tendría sobre el bienestar de la población más necesitada.

De hecho, esta medida en el escenario más exigente (esto es, incluyendo al total de la población vulnerable y sin copago) tan solo supone un 5% sobre el total del gasto sanitario en servicios dentales para el año 2021, según los datos del Sistema de Cuentas de la Salud del propio Ministerio. Aunque, también es cierto que el gasto sanitario público, según esa misma fuente y para

ese año, fue de apenas 65 millones de euros, es decir, para poder implementarla sería necesario triplicar el gasto público actual en servicios bucodentales.

En cualquier caso, entendemos que el debate debería estar menos centrado en la magnitud del gasto y más en el bienestar de quienes no pueden atender sus necesidades bucodentales por carecer de recursos económicos. E, incluso, puestos a centrar el debate exclusivamente sobre las magnitudes del coste económico, sería preciso estimar el ahorro en términos de costes directos e indirectos que generaría esta medida al conjunto de la sociedad, en general, y al sistema sanitario, en particular gracias a la mejor salud bucodental de un porcentaje no despreciable de la población que no puede cubrirlo en el sistema privado.

En definitiva, ambas estimaciones nos definen un rango de gasto sobre diferentes criterios que permiten hacerse una idea más aproximada del coste que tendría para la sociedad eliminar este problema de vulnerabilidad por motivos económicos.

Ese rango queda definido a través de dos criterios diferentes: en el primer caso, a partir del gasto medio que un ciudadano/a español destina a servicios dentales en el sistema privado para cubrir sus necesidades de salud bucodental; y, en el segundo caso, a partir del gasto medio que actualmente el Estado realiza en la salud bucodental de los grupos sociales que la tienen cubierta. Ambos rangos nos definen un gasto total que podría considerarse máximo en el primer caso y mínimo en el segundo, por cuanto en el primero se cubren todos los tratamientos que una persona puede requerir en el sistema privado y en el segundo se trata del coste para el sector público de una cartera básica y mínima de servicios para esa persona.

La amplitud de ese rango oscila entre la estimación de 277 millones de euros mediante la primera metodología y la estimación de 208 millones de euros con la segunda metodología y el coste se podría modular introduciendo elementos de copago en función del nivel de renta.



