
Algunos aspectos de los sistemas de atención bucodental en España y en la Unión Europea

Carlos García Marco
Médico Inspector de la Seguridad Social

Resumen:

El trabajo revisa la situación de la atención bucodental en España y en otros países de la Unión Europea.

En primer lugar, se describen los catálogos de prestaciones dentales de los distintos países, destacando las insuficiencias e imprecisiones del catálogo español.

A continuación se comparan las cifras de gasto dental total, público y privado, y el peso de la prestación dental en los respectivos presupuestos sanitarios públicos, que en España es desproporcionadamente bajo, determinando una demanda dental débil, inferior a las necesidades y poco equitativa.

Por último, se analizan los modelos de provisión de la asistencia dental dentro y fuera de España, se resaltan determinadas tendencias de futuro (convergencia europea en el nivel de prestaciones y equiparación asistencial de la patología dental con otras enfermedades) y se proponen algunas medidas de actuación.

Palabras clave: atención dental, Unión Europea, catálogo de prestaciones, gastos dentales, equidad en el acceso.

Abstract:

The study reviews the situation of oral and dental care in Spain and other countries of the European Union.

Firstly, the package of dental benefits of different countries is described, pointing out the deficiencies and vagueness in the Spanish package.

Following that, the figures of total dental in each one of the countries expenditure, public and private and the burden of dental care in the respective public health budgets are compared, which it is dit proportionately low in Spain, causing a poor dental demand, inferior to the needs and not very equal.

Finally, the models of provision for dental care are analysed, total inside and outside Spain, future tendencies are emphasised (european convergence at the level of dental benefits and comparison care of dental pathology witch other illness) and several means for action are proposed.

Key words: oral health care, European Union, package of benefits, dental expenditures, equal access.

“Porque te hago saber, Sancho, que la boca sin muelas es como molino sin piedra, y en mucho más se ha de estimar un diente que un diamante”.

Las enfermedades de la boca y los dientes (caries, periodontitis, cáncer

oral...) son uno de los problemas sanitarios que más preocupan a la población, debido a su alta prevalencia, a los padecimientos y secuelas que provocan, y a su posible asociación con determinadas patologías sistémicas (enfermedad corona-

ria, ictus, mal control de diabetes, prematuridad...)¹.

Pese a ello, la mayoría de los Gobiernos restringen el acceso de los pacientes a los cuidados dentales, ya sea obligando a costear parte del servicio o, como sucede en España, excluyendo de la cobertura pública la práctica totalidad de los tratamientos, lo que ha hecho que las prestaciones dentales sean una de las materias menos desarrolladas de nuestro sistema sanitario, y también menos estudiadas y conocidas.

Con el propósito de cambiar esta situación, y con la ayuda de la bibliografía que se cita (disponible en parte en Internet), a continuación se describen algunos de los aspectos más característicos del sistema dental en España: la regulación y financiación de las prestaciones y la organización y utilización de los servicios, comparando nuestra posición con la de otros países de la Unión Europea, por entender que la perspectiva europea es una de las referencias obligadas en este segmento de la protección social.

El derecho a las prestaciones dentales

Como es sabido, hasta hace 5 años la Seguridad Social sólo cubría, con carácter general, las "extracciones dentales y procesos inflamatorios agudos", amén de

otros aspectos menos conocidos: atención total en accidente de trabajo y coberturas especiales en las Mutualidades de funcionarios (periodoncia y reembolsos en los demás tratamientos)².

Ya en la década de los 90, primero el Gobierno Vasco y después la Diputación Foral de Navarra, promovieron un programa que garantiza la gratuidad de los servicios infantiles en dentición permanente (salvo ortodoncia y prótesis)³.

Y más tarde, el catálogo de prestaciones aprobado por R.D. 63/95 reconoció el derecho de los usuarios del Sistema Nacional de Salud a recibir ciertos servicios gratuitos ("selladores, obturaciones infantiles u otras", "exploración oral de la embarazada"), y ayudas económicas para prótesis dentarias. Pero supeditando tales derechos a decisiones administrativas no desarrolladas ("baremo" central de prótesis) o de aplicación incierta ("los programas y la financiación anual"), lo que ha determinado que en la práctica no haya ayudas para prótesis y los contenidos y el acceso a las prestaciones infantiles varíen incluso dentro de una misma provincia.

Al margen de esta variabilidad local (común a Italia, cuyo servicio dental está siendo reestructurado), nuestro catálogo de prestaciones mantiene algunas diferencias respecto a los sistemas vigentes en la Unión Europea, tanto si se trata de

países con Seguros Obligatorios de Enfermedad –por lo general más generosos– (Francia, Alemania, Holanda, Austria, Luxemburgo, Bélgica), o con financiación vía impuestos (Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Finlandia...)⁴.

En concreto las diferencias se observan en las prestaciones gratuitas infantiles, que en la mayoría de los países se prolongan hasta los 18-19 años, excluyéndose en algunos (Holanda, Austria) la ortodoncia y las prótesis fijas (coronas y puentes).

Pero tales diferencias son más acusadas en la población adulta, que en la mayoría de los tratamientos se beneficia de copagos o reembolsos más o menos cuantiosos, según el país, la situación de empleo/renta del paciente o el coste/complejidad del tratamiento (en el Reino Unido, por ejemplo, los copagos suponen entre 4 y 10 libras por empaste, 40 por una corona, 80 por dentadura completa...)⁵. Y ello, sin perjuicio de ofrecer servicios gratuitos a determinados colectivos (embarazadas, bajas rentas, disminuidos físicos o psíquicos, daños derivados de tratamientos médicos).

En algunos países (Dinamarca, Austria, Bélgica, Irlanda), los reembolsos no afectan a ciertos servicios para adultos (ortodoncia, prótesis fija). Y en otros (Holanda), el paquete gratuito de adultos só-

lo incluye la prevención, tratamientos quirúrgicos y prótesis dentaria, valorándose que el resto de los servicios tienen un coste asumible por los pacientes y son utilizados regularmente por éstos (a través de “seguros dentales privados” propiamente dichos, poco implantados en los restantes países).

Por el contrario, en Francia, donde ya se reembolsaba el 70%, la “cobertura universal de enfermedad” garantiza ahora la gratuidad de cuidados para el 10 % de la población con menores rentas, que antes no tenía cobertura suplementaria y por ello restringía la demanda de cuidados dentales en un 40% de los casos⁶.

La financiación de los servicios dentales

En España, a diferencia de otros países, el pago de los servicios dentales constituye el primer capítulo de gasto sanitario de las familias (por encima de los copagos de farmacia o de los seguros/consultas médicas), teniendo la financiación pública un carácter residual.

En concreto, el coste total de los servicios dentales (públicos y privados) estimado por la OCDE en el año 1991 fue de 292.105 millones de pesetas, con una media de 7.505 pesetas por habitante, lo que comparado con otros países europeos parece un gasto relativamente alto

para la demanda y el nivel de cobertura pública existente.

En este sentido, la Tabla y el Gráfico 1 evidencian que el peso estimado de la financiación dental pública en el conjunto de nuestros gastos dentales (1,55 %) o en el presupuesto del Sistema Nacional de Salud (0,21 %), es manifiestamente inferior al de los restantes países estudiados, donde los fondos públicos cubren en torno al 40 % de todos los gastos dentales, variando en cuanto al porcentaje de gasto sanitario público entre el 9,68% en Alemania y el 1,56% en Dinamarca (esto último equivaldría a 60.000 millones de pesetas anuales en nuestro sistema).

Por lo demás, respecto a los gastos dentales privados, hay que destacar que el gasto medio por habitante se duplicó en términos reales en la década de los 80, pero su distribución por niveles de renta sugiere que la visita al dentista era un lujo para muchas familias españolas: sólo el 20% de las familias encuestadas en 1990 declaraba tener gastos dentales y 2/3 partes de dicho gasto correspondía al 1/3 de familias de mayor renta^{7,8}.

Demanda y oferta de servicios bucodentales

El gráfico 2 muestra que la utilización de servicios dentales (públicos o privados), en el período 1987-1997, ha creci-

do de forma sostenida en los niños pero se mantiene débil y estable en los adultos, quienes pese a declarar abundante patología van poco al dentista, haciéndolo además con notable retraso (5 de cada 6 adultos encuestados en 1997 llevaban 3,7 años de media sin acudir)⁹.

El acceso de los adultos a los cuidados dentales es, por otra parte, muy desigual, y parece seguir un gradiente relacionado con los hábitos higiénicos, aumentando en jóvenes, mujeres y, sobretodo, en las clases sociales de mayor nivel educativo, que en visitas al dentista duplican a las personas sin estudios¹⁰.

En cuanto al lugar de atención, la mayoría de los usuarios fueron atendidos en consultas privadas, cuya estructura y funcionamiento está escasa y dispersamente controlada por las Administraciones, lo que puede dar lugar a fenómenos de intrusismo profesional, sobretreatmento o fomento de intervenciones de dudoso coste-efectividad, que no favorecen la confianza del paciente. Por su parte, la cuota atendida por los servicios públicos en 1997 seguía siendo minoritaria en el global de la demanda (23,1% en los niños y 16,5% en adultos), excepto en procedimientos como las extracciones de adultos y ancianos –donde los estomatólogos de ambulatorio (y los servicios hospitalarios de referencia) representan un recur-

so fundamental-, o en revisiones infantiles.

Respecto a las prestaciones infantiles, el País Vasco y Navarra¹¹ disponen de una amplia red de consultas concertadas por capitación. Por su parte, el INSALUD y otros servicios autonómicos han optado por minimizar costes y rentabilizar los servicios ya existentes, aumentando la dedicación y funciones de los dentistas de ambulatorio, pero sin mejorar los ratios de población por dentista (1/35.000 personas), ni adecuar la gestión de las nuevas Unidades, denominadas "de apoyo", lo que da idea de su posición institucional.

Con todo, las últimas Memorias del INSALUD señalan que cerca del 50% de los niños fueron atendidos en dichas Unidades (por un 60% en el País Vasco y Navarra), pero no dan datos del proceso de atención ni se ha medido el impacto alcanzado en los índices CAOD infantiles, evaluación que si se ha realizado en el País Vasco con resultados excelentes¹², que se podrían también conseguir en el resto de España mejorando los recursos que ahora se emplean (para todas las prestaciones sólo se cuenta con un 7% de los dentistas colegiados, y no siempre a tiempo completo).

En este sentido, cabe señalar que en Suecia o Finlandia, países con catálogos de prestaciones amplios y con tradición

de gestión pública en asistencia primaria, la mitad de los dentistas ejerce profesionalmente en el Servicio público dental, y el resto tiene concierto para atender la asistencia de adultos. En otros, como Dinamarca o Irlanda, hay también una proporción importante de dentistas que practican en centros públicos. Y en el Reino Unido, el 20% de los dentistas son asalariados de hospitales o de Centros ambulatorios de distrito, dedicados al tratamiento especializado de niños y colectivos con problemas de acceso, y otro 70% son dentistas de cabecera, que como los "general practitioner" atienden la odontología general infantil y de adultos en sus consultorios, por cuenta del Servicio Nacional.

Por último, en países con Seguros de enfermedad, y al igual que sucede con la Medicina ambulatoria, la práctica dental se realiza en gabinetes privados que, a través de las Corporaciones profesionales, tienen acuerdos puntuales con el seguro en materia de tarifas, reembolsos, etc.

En cualquier caso, al margen de las políticas particulares de cada país, parece claro que la separación histórica entre las enfermedades de la boca y el resto de las patologías médicas o quirúrgicas tiene cada vez menos justificación para los ciudadanos de sociedades avanzadas, y es contraria a las últimas evidencias científi-

cas o tecnológicas, especialmente en lo referente a las enfermedades periodontales o la caries, que ya son susceptibles de control y reducción y cuyo arsenal terapéutico se verá posiblemente ampliado en un futuro¹³. Y junto a estos factores emergentes, es preciso considerar, en la Unión Europea, otros de carácter jurídico y político favorables a la convergencia de sistemas, como evidencia la doctrina Decker-Kholl del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en casos de turismo sanitario.

En este contexto, la consolidación de las prestaciones dentales actuales y su

gradual ampliación al desatendido colectivo de los adultos tiene que ser una de las prioridades de nuestro incompleto sistema sanitario, que como tal precisará de la adecuada financiación y del correspondiente plan de actuación, así como de iniciativas en los ámbitos regulador (acreditación de las consultas/profesionales) y formativo, donde cuestiones tales como el gran crecimiento de titulados (por parte sobre todo de Universidades privadas) o la desconexión de la Odontología de otras enseñanzas afines o de la formación sanitaria especializada pueden hipotecar el futuro de los cuidados dentales.

Países	GDT	%GDP	%GDP/GSP
Alemania	200	65,5	9,68
Austria*	129	30,23	6,19
Bélgica	52**		4,09
Francia	99	34,34	2,71
Luxemburgo	48	^a 100	4,72
Holanda	66	40,91	2,39
Dinamarca	91	22	1,56
Finlandia	81	45,68	3,58
Reino Unido	60	48,33	3,15
Irlanda	41	31,7	1,83
España*	65	1,55	0,21

* Año 1991 - ** Sólo Gasto Público

GDT = Gasto Dental Total por Habitante en Euros PPC (consultas + prótesis).

%GDP = Porcentaje del gasto dental financiado públicamente.

%GDP/GSP = Porcentaje del presupuesto público dedicado a gastos dentales.

Tabla 1. Gastos dentales en la Unión Europea (año 1992).

Fuente: ECOSANTE OCDE 99. Elaboración propia.

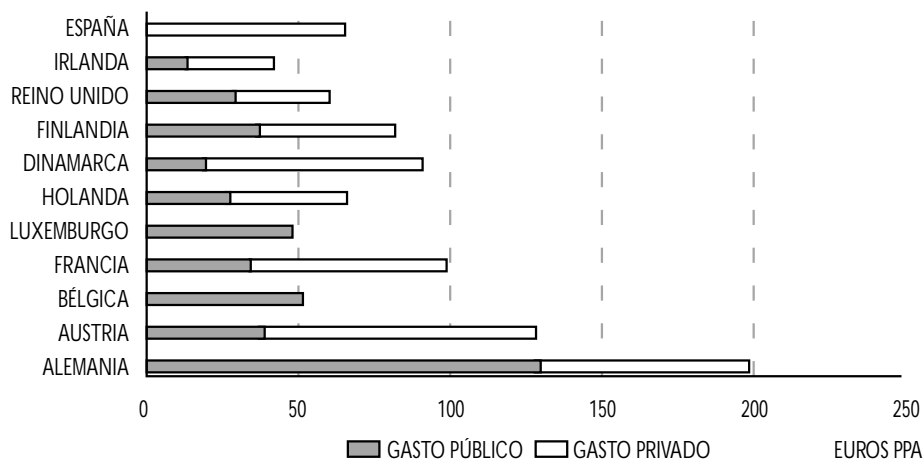


Gráfico 1. Gastos dentales per cápita en la Unión Europea. (Año 1992).

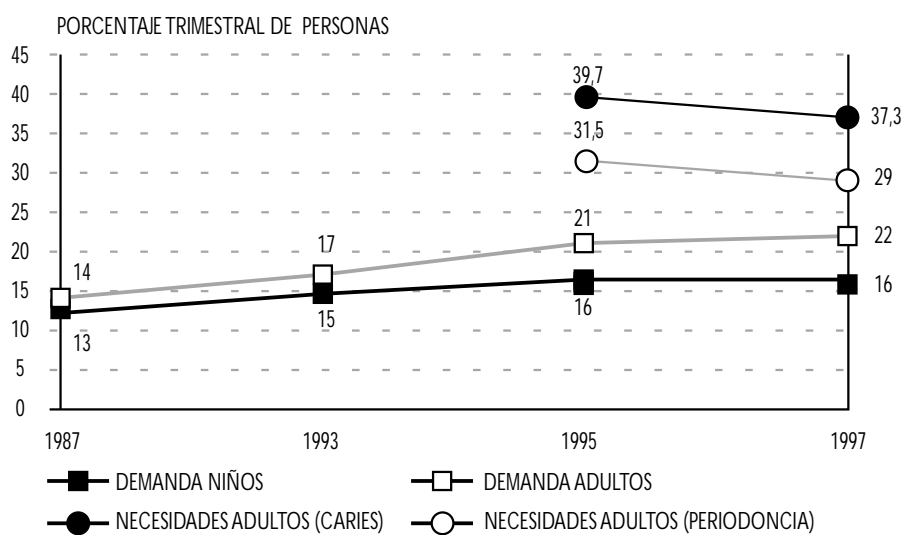


Gráfico 2. Demanda dental y necesidades percibidas. (Encuestas nacionales de salud (1987-1997)).