

Aspectos económicos de la SALUD BUCODENTAL EN ESPAÑA

Fernando Ignacio Sánchez Martínez.

Profesor Titular de Economía aplicada de la Universidad de Murcia.

Ángel Olivares Cánovas.

Enfermero. Licenciado en Derecho y en Administración y Dirección de Empresas.

El Sistema Nacional de Salud español (SNS), cuya actual configuración nace con la Ley General de Sanidad de 1986, aspira a proporcionar a los ciudadanos una cobertura sanitaria universal, tanto en su ámbito subjetivo - a toda la población residente en España-, como en el ámbito objetivo - alcanzando todos los servicios y prestaciones orientados a mejorar la salud-.

La dimensión subjetiva de la universalidad del SNS es cuestión que trasciende el objetivo de este artículo y ha sido largamente debatida, tanto en el ámbito académico como en la arena política a raíz de los cambios introducidos por el Real Decreto 16/2012 y su reciente reversión parcial. Nos interesa más destacar aquí la, hasta cierto punto, sorprendente naturalidad con la que se asume que un conjunto importante de servicios y prestaciones de salud queden al margen de la provisión pública, así como el hecho de que esta laguna en la cobertura pública y sus efectos económicos y sociales no gocen de más atención por parte de los estudiosos de la economía y la gestión sanitarias, ni estén tampoco presentes en el debate público. Nos referimos, obviamente, a los servicios de atención bucodental.

Como señala Jaime Pinilla, en el estudio más reciente sobre la economía de los servicios de salud bucodental en España ^[1], aunque estos servicios presentan algunas singularidades desde la óptica del análisis económico frente a otros servicios de asistencia sanitaria, comparten con ellos algunas características básicas, como la presencia de incertidumbre o la información asimétrica (entre paciente/consumidor y profesional/proveedor). Estos "fallos del mercado", en terminología de la econo-

mía del bienestar, justifican la intervención pública, cuando menos, en forma de regulación de la provisión privada de este tipo de servicios. Que la intervención pública en el caso de la atención bucodental no alcance, en general, un estadio más avanzado -como sí ocurre con otros servicios de atención primaria o especializada, en los que tanto la provisión (financiación) como la producción de los servicios es mayoritariamente pública-, tal vez se deba a esos rasgos singulares que diferencian las prestaciones bucodentales de otras prestaciones sanitarias. Entre dichos rasgos cabe mencionar la concentración de las patologías dentales en dos principales (caries y enfermedad periodontal), el menor grado de incertidumbre acerca de las consecuencias de estas patologías, la ausencia de "efectos externos" (las patologías bucodentales principales no son contagiosas), o la aparente benignidad de la enfermedad dental, que no supone una amenaza vital (excepto en el caso del cáncer oral), ni es especialmente limitante, ni causa excesivo dolor ni incapacidades permanentes. Esto hace que la enfermedad bucodental y su tratamiento se consideren, en cierta medida, cuestiones más de índole estética que de salud, contemplándose, en consecuencia, las prestaciones bucodentales como servicios electivos y, por tanto, no merecedores de la financiación pública con carácter general ^[2].

La cobertura pública de la atención bucodental en España se concreta en las prestaciones incluidas en la cartera común básica del SNS, regulada por el Real Decreto 1030/2006. A estas prestaciones se añaden las incluidas en las carteras de servicios complementarias

de las Comunidades Autónomas (CC. AA.), que amplían las coberturas para menores de edad y personas con discapacidad. Cabe distinguir, según F. J. Cortés ^[3] tres modelos asistenciales diferentes entre CC.AA., con diferencias dentro de cada modelo en lo que se refiere a las franjas de edad cubiertas y a las prestaciones incluidas. El primer modelo es el PADI (Plan de Atención Dental Infantil), basado en conciertos con el sector privado con financiación capitativa, vigente en Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Extremadura, Murcia, Navarra y País Vasco ^[4]. El segundo es el modelo público, que provee la asistencia mediante facultativos de unidades asistenciales públicas de la red de Atención Primaria, existiendo bastante dispersión en las prestaciones ofrecidas en cada una de las comunidades que han optado por este modelo: Asturias, Cantabria, Cataluña, Galicia, Madrid, Comunidad Valenciana y La Rioja, además de Ceuta y Melilla.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL (SNS), ASPIRA A PROPORCIONAR A LOS CIUDADANOS UNA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, TANTO EN SU ÁMBITO SUBJETIVO - A TODA LA POBLACIÓN RESIDENTE EN ESPAÑA-, COMO EN EL ÁMBITO OBJETIVO

Por último, el modelo mixto, aplicado en Castilla-La Mancha y Castilla y León, es esencialmente un modelo público que deriva al sector privado la realización de determinadas prestaciones.^[5]

El catálogo de prestaciones básicas y complementarias de salud bucodental del SNS sitúa a España entre los países desarrollados –y, en particular, europeos– con un menor grado de cobertura pública. Atendiendo a la clasificación de los sistemas de atención a la salud bucodental propuesta por E. Widstrom y K. A. Eaton^[6], España compartiría con Grecia, Italia y Portugal el denominado sistema “de la Europa del Sur”. En el extremo opuesto, el sistema nórdico, vigente en Dinamarca, Noruega, Suecia o Finlandia, es el que presenta una mayor cobertura pública de la atención bucodental. También gozan de una importante financiación pública los servicios dentales en el Reino Unido (modelo “Beveridge”), así como los países en los que rige el sistema “bismarckiano” de asistencia, basado en mecanismos de reembolso: Alemania, Austria, Bélgica o Francia.

Estas diferencias en el modelo de atención a la salud bucodental se reflejan en los niveles de gasto público (y privado), tal y como se muestra en el Gráfico 1. Se-

EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES BÁSICAS Y COMPLEMENTARIAS DE SALUD BUCODENTAL DEL SNS SITÚA A ESPAÑA ENTRE LOS PAÍSES DESARROLLADOS CON UN MENOR GRADO DE COBERTURA PÚBLICA

gún datos de la OCDE (<https://stats.oecd.org/>), el gasto público en asistencia dental curativa en 2016 se situó en 267 dólares por habitante en Alemania, 141 en Austria, 114 en Suecia y 90 en Noruega (todas las cifras corregidas según paridad de poder adquisitivo). En España la cifra alcanzó apenas los 2 dólares por habitante, mientras que en Grecia no llegó a los 50 centavos de dólar per cápita. Si evaluamos la proporción que representa la financiación pública sobre el gasto en tratamientos dentales observamos como en Suecia, Bélgica y Austria, el peso de la provisión pública se sitúa en torno al 40 o 45%, mientras que en Alemania se aproxima al 70%. En el caso de España, la participación pública no supone siquiera el 1% del gasto total en cuidados dentales.

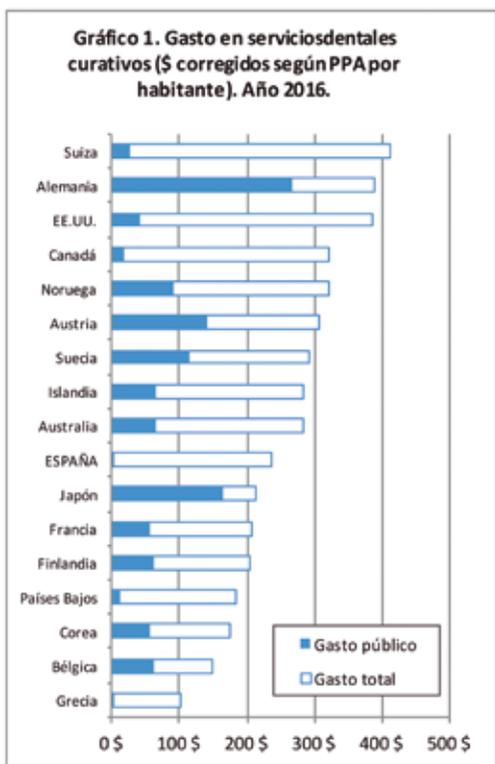
El hecho de que los servicios de atención bucodental sean mayoritariamente objeto de provisión privada en nuestro país –como en otros de nuestro entorno, pero en mayor grado–, hace que el nivel y evolución de los recursos destinados a la salud bucodental vengán determinados por el funcionamiento de los mecanismos de mercado: la oferta y la demanda. La teoría económica predice que la demanda de servicios dentales dependerá inversamente del precio de tales servicios y directamente de la renta de la población, entre otros factores. Por su parte, los precios de mercado serán el resultado de la interacción de la demanda y la oferta, de suerte que, por ejemplo, un incremento en la oferta de servicios de atención bucodental (aumento en el número de colegiados en ejercicio, apertura de nuevas clínicas odontológicas), podría motivar, en condiciones normales, una caída en los precios.

No obstante, el mercado de servicios dentales –como, en general, el de ser-

vicios de salud– presenta determinadas imperfecciones en su funcionamiento que pueden ocasionar que la asignación final no coincida con la que se obtendría en un mercado perfectamente competitivo. La mayor parte de estos “fallos” se origina en los problemas de información asimétrica antes mencionados, que pueden dar lugar a la aparición de un fenómeno conocido como “demanda inducida por la oferta”. Este problema surge cuando el consumidor (paciente) no dispone de la información necesaria para tomar sus decisiones acerca de qué servicios demandar y en qué cuantía. En tales casos el demandante delega en el propio oferente (profesional sanitario) para que éste tome la decisión en su lugar. El problema puede aparecer si el profesional, en lugar de actuar plenamente en consonancia con los intereses del paciente, induce en éste una demanda innecesaria y/o excesiva, con el fin de maximizar sus propios objetivos (beneficio monetario, prestigio, etc.).

Con todo, el principal problema que se deriva de la provisión de los servicios de atención bucodental en régimen de mercado –si bien sometido a una regulación pública más o menos estricta– es el que tiene que ver con las restricciones al acceso determinadas por la renta. Según los datos del Eurobarómetro especial sobre salud oral^[7], un 57 % de los ciudadanos de la Unión Europea (UE) había visitado la consulta de un dentista en el último año. Este porcentaje alcanzaba sus valores más elevados en países del norte de Europa, con altos niveles de renta per cápita, como Países Bajos (83%), Dinamarca (78%), Alemania (77%) o Suecia (71%). En algunos de estos países, además, la cobertura pública es, como se ha visto, particularmente generosa. Por el contrario, los porcentajes más bajos se localizaban en países del Este de Europa, tales como Rumanía (34%), Hungría (35%) o Letonia (41%), todos ellos con una renta por habitante muy alejada de la media europea. No muy por encima de estos valores se hallaban los porcentajes correspondientes a España (43%) y Portugal (46%). Cuando se pregunta a los ciudadanos acerca de las razones por las que no acuden al dentista, la variable coste aparece con mayor frecuencia en países con menos nivel de renta y entre grupos de población

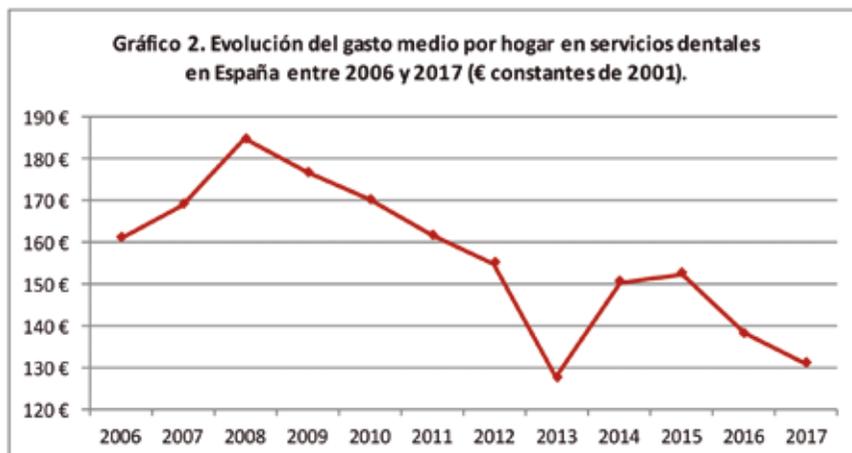
Gráfico 1. Gasto en servicios dentales curativos (\$ corregidos según PPA por habitante). Año 2016.



más desfavorecidos (desempleados, pensionistas e inmigrantes).

En el caso de España, como hemos visto, la mayor parte de los recursos destinados a asistencia bucodental tienen su origen en el bolsillo de los hogares. Según los últimos datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es), correspondientes al año 2017, los hogares españoles destinaron a servicios dentales un total de 2.780 millones de euros, lo que representa un 16% de todo el gasto de los hogares en sanidad (17.300 millones de euros). Solo los productos farmacéuticos absorben un porcentaje significativamente mayor del gasto privado en sanidad (un 25%), siendo el gasto en dentista de magnitud similar al desembolso en gafas graduadas y lentes de contacto. El gasto medio por hogar en servicios dentales se sitúa ligeramente por encima de los 150 euros anuales, siendo el gasto por persona de unos 60 euros al año.

El comportamiento de la demanda de cuidados bucodentales en relación con la renta se aprecia de un modo evidente, a nivel agregado, cuando observamos la evolución del gasto medio por hogar en servicios dentales en las últimas fases del ciclo económico. Este indicador alcanzó su valor más alto en el año 2008 (195,73 € por hogar), justo en el momento en que el crecimiento económico en nuestro país toca techo y estalla la grave crisis económica que golpeó a todos los países desarrollados y a los de la UE con especial virulencia. Desde 2008 el gasto medio de los hogares en servicios dentales no dejó de caer hasta alcanzar su valor mínimo en 2013 (145,11 €). Los datos referidos a España corroboran lo observado para el conjunto de países europeos, en los que las necesidades no atendidas de cuidados dentales por razones económicas aumentaron tras la crisis económica, particularmente entre las personas con bajo nivel de renta, siendo España uno de los países en los que las desigualdades en el acceso según nivel de renta resultan más elevadas^[8]. Aunque la recuperación económica que se inició en 2014 impulsó al alza el gasto en salud bucodental de las familias, este efecto no se ha sostenido en el tiempo, volviendo a registrarse caídas en el gasto



por hogar entre 2014 y 2017. El gráfico 2 muestra esta evolución de un modo más ajustado, por cuanto las cifras de gasto se han corregido teniendo en cuenta la variación de los precios (concretamente, el IPC de sanidad).

A modo de conclusión, cabría destacar el escaso desarrollo de la cobertura pública de la atención bucodental en España y, a resultados de ello, lo expuesto que queda el adecuado tratamiento de las patologías dentales a factores económicos determinantes de la demanda. La caída del gasto de los hogares en servicios dentales en nuestro país, en paralelo a la contracción de la economía, es una prueba evidente en tal sentido. La regulación pública es necesaria para proteger a los ciudadanos en un mercado con información asimétrica -sin que ello reduzca a cero el riesgo de sufrir malas prácticas y quebrantos financieros, como ponen de manifiesto algunos escándalos recientes-, pero no es en ningún caso suficiente para garantizar un acceso equitativo a la atención bucodental. Sería deseable una expansión de la cartera básica de servicios del SNS en lo que atañe a los cuidados bucodentales o, como mínimo, un sistema de ayudas o reembolsos que discrimine en función del nivel de renta de los pacientes. Así mismo, deberían ser motivo de preocupación las inequidades que resultan de las diferencias en la cobertura de los programas autonómicos de salud bucodental existentes.

REFERENCIAS.

^[1] Pinilla J. La economía de los servicios de atención bucodental en España. Cuadernos económicos de ICE, 2004; 67:135-160.

^[2] Devlin N, Parkin D, Yule B. The Economics of Oral Health and Dental Care, 2002. University of Otago Press: Dunedin, New Zealand.

^[3] Cortés FJ, Cerviño S, Blanco JM, Simón F (2014). Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, 2014(Supl 1): 12-42.

^[4] Cortés FJ. El sistema PADI. Estudio de las comunidades autónomas que proveen atención dental con este modelo en España. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, 2016; 21(4): 191-199.

^[5] Llana C, Blanco JM, Llamas ME, Rodríguez E, Sainz C, Tarragó R. La atención bucodental en comunidades autónomas con modelos público o mixto en España. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, 2018; 23(1): 246-254.

^[6] Widstrom E, Eaton KA. Oral Healthcare systems in the extended European Union. Oral Health & Preventive Dentistry, 2004; 2: 155-194.

^[7] European Commission. Special Eurobarometer 330/Wave 72.3 Oral Health. 2010 TNS Opinion & Social at the request of Directorate General Health and Consumers. Brussels.

^[8] OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>