



Universidad  
de Granada



UMA  
UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

48 

Crisis económica y odontología en España



Fundación  
**Odontología Social**



## Crisis económica y odontología en España

*Manuel Bravo Pérez. Catedrático de Odontología Preventiva y Comunitaria. Universidad de Granada.*

*Rocío Barrios Rodríguez. Becaria del PFU (Plan de Formación del Profesorado Universitario) del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Universidad de Granada.*

*Laura San Martín Galindo. Personal Docente Investigador. Universidad de Sevilla.*

*Rosa Anaya Aguilar. Profesora Asociada de Derecho Constitucional. Universidad de Málaga.*

### Contenidos:

Crisis económica en España. Crisis económica y salud. Evolución de la salud oral en España. Uso de servicios odontológicos. Evolución del número de dentistas y sus cargas de trabajo. Recomendaciones.

### Objetivos:

1. Definición de crisis y crisis económica.
2. Conocer los elementos esenciales de la crisis económica en España.
3. Enumerar los efectos de la crisis económica sobre la salud y sobre la salud oral.
4. Conocer la evolución de la salud oral en España.
5. Conocer la evolución de la demanda de asistencia odontológica en España, así como del número de dentistas y sus cargas de trabajo.
6. Discutir posibles soluciones a la crisis económica en Odontología.

### RESUMEN

En un contexto de más de dos décadas de crecimiento espectacular del número de dentistas en España, se suma la presión que la actual crisis económica ejerce sobre la Odontología como profesión eminentemente privada y sobre la asistencia odontológica a la población. La salud oral de los españoles ha mejorado, aunque con una distribución actual de la enfermedad muy asimétrica: un pequeño porcentaje de la población acumula un gran porcentaje de la enfermedad. El número de dentistas ha aumentado de modo descontrolado, llevando al desempleo a parte de sus miembros. Se hace necesario tomar medidas, como reducción del número de nuevos licenciados en España, concienciación en salud oral a la población, o mayor implicación de los sectores públicos en la salud oral.

### TEXTO

A lo largo de las dos últimas décadas la Odontología española ha experimentado importantes cambios. Se ha producido una mejora de la salud oral, ha ocurrido el mayor incremento de la tasa dentista/habitante de toda Europa, y ha comenzado a desarrollarse la salud pública oral fundamentalmente mediante programas dirigidos a la población escolar. En este entorno, desde el año 2007 España vive una situación de crisis económica que está afectando a la Odontología en su doble vertiente: la profesional (desempleo) y la poblacional por una menor utilización de los servicios odontológicos. A lo largo de este capítulo se tratarán estos aspectos desde distintas ópticas.



## CRISIS ECONÓMICA EN ESPAÑA

En los momentos en que se realiza esta publicación tiene especial relevancia el entorno económico<sup>1</sup>, definido por la estructura de la economía (grado de desarrollo económico, infraestructuras, sistema de economía de mercado, presencia de empresa pública o privada o grado de especialización) y coyuntura económica como coste de la vida, crecimiento económico esperado y competencia. Hay distintos índices que miden la evolución de este factor, denominados indicadores económicos que son series de variables económicas que muestran una regularidad de comportamiento respecto a la evolución económica general. Ejemplos de este tipo de indicadores son: creación de nuevas empresas (en nuestro contexto clínicas), IPC (índice de precios al consumo), PIB (Producto Interior Bruto), solicitudes de seguro de desempleo, tipos de interés, etc<sup>2</sup>.

Si algo define actualmente al entorno económico es la palabra crisis, que según el diccionario de la Real Academia<sup>3</sup>, tiene entre otras acepciones “situación dificultosa o complicada”. La crisis económica hace tambalear los cimientos de nuestras vidas y que se presenta como una amenaza permanente de nuestro futuro. En nuestro país se diagnostica por un incremento importante del número de parados, quiebra de empresas, estallido de la burbuja inmobiliaria y caída del sistema financiero<sup>4</sup>.

A continuación se presentan algunos datos que ilustran la crisis económica en España. El crecimiento negativo del producto interior bruto (PIB)<sup>5</sup> se inició oficialmente en el año 2008 con una tasa interanual negativa para el período 2008-2009 de 3,7 y para la del 2009-2010 de 0,1. El crédito total destinado a la actividad productiva se multiplicó entre 2000 y 2007 por 3,1, el dirigido a la industria por 1,8, el de la construcción por 3,6 y el dirigido a la actividad inmobiliaria representaba el 47% del total cuando en 2000 sólo era el 25%<sup>6</sup>. Según la Encuesta Financiera de las Familias del Banco de España<sup>6</sup>, en 2002 un 42,5% de las familias tenían que dedicar más del 40% de su renta a pagar las deudas contraídas para pagar su vivienda mientras que en 2005 ese porcentaje se había disparado hasta el 70,9% de los hogares. La Encuesta de Población Activa del INE del primer trimestre de 2011 refleja el desempleo en España con un perfil bastante juvenil, del total de los casi cinco millones de parados, el 48,4% son menores de 35 años. La precariedad es un fenómeno que se está convirtiendo en uno de los principales problemas de nuestro entorno, entre los jóvenes menores de 35 años que tienen empleo, 1.025.600 tienen contratos temporales, 900.000 están subempleados y casi 1.300.000 de los menores de 30 años tienen contratos temporales<sup>7</sup>.

## CRISIS ECONÓMICA Y SALUD

En la conceptualización de Dávila y González<sup>8</sup> la crisis tiene efectos a corto y a largo plazo tanto a nivel individual provocado por la emigración, el empobrecimiento (efecto renta) y el desempleo como en las políticas y contexto institucional y desigualdad en la distribución de la renta por la reducción de presupuestos, programas sanitarios, políticas públicas, educación, becas I+D, etc. Las desigualdades en salud potenciadas en situación de crisis económica son enormes y en muchos casos causan un exceso de mortalidad y una morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. También es necesario tener presente que la evidencia científica disponible señala que dichas desigualdades pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas<sup>9</sup>.

Derivado del desempleo consecuencia de la crisis y la disminución de los niveles adquisitivos familiares, se registra una baja demanda de los servicios de salud y, de forma más acusada, en los sectores privados<sup>8</sup>. La práctica odontológica no ha sido muy afectada en anteriores recesiones económicas pero en la actualidad varios estudios ponen de manifiesto que las limitaciones financieras son una razón principal por la que la población se abstiene de recibir tratamiento dental<sup>11</sup> 14. Esto pone de manifiesto tanto que la salud pierde visibilidad durante las recesiones económicas<sup>8</sup> como que en situaciones de aumento del número de profesionales suelen sugerirse estrategias para aumentar la demanda (demanda inducida)<sup>15</sup>,<sup>16</sup>.

## EVOLUCIÓN DE LA SALUD ORAL EN ESPAÑA

La evolución epidemiológica de salud oral en España es bien conocida a través de seis encuestas nacionales: 1984<sup>17</sup>, 1993<sup>18</sup>, 2000<sup>19</sup>, 2005<sup>20</sup>, 2007<sup>21</sup> (ésta sólo de preescolares) y 2010<sup>22</sup> (ésta no disponible aún). Los datos de dichos estudios evidencian la mejora de salud en numerosos indicadores aunque los datos en 2005 indicaban cierta estabilización, que se confirman en la encuesta de 2010. Por ejemplo, el índice CAOD (suma de dientes permanentes con lesiones de caries pendientes de tratar, ausentes por caries y obturados por caries) a los 12 años de edad, que es la edad índice según la OMS para valorar la evolución de caries en una

comunidad<sup>23</sup>, muestra una caída desde 4.20 en 1984<sup>17</sup> a 1.12 en 2000<sup>19</sup>, y a continuación una estabilización a 1.33 en 2005<sup>20</sup>, y 1.10 en 2010<sup>22</sup>. La OMS<sup>23</sup> establece, según CAOD a los 12 años, los niveles muy bajo (<1.2), bajo (1.2-2.6), moderado (2.7-4.4) y alto (>4.4), de modo que actualmente España se sitúa en niveles muy bajos. Aunque son cifras bajas de prevalencia, la distribución de las lesiones es claramente asimétrica: por ejemplo, en 2005 el 16% de los escolares de 12 años acumulaba el 55% de los dientes con historia de caries<sup>20</sup>. En la misma línea, es resaltable que en todas las encuestas y para la mayoría de los indicadores se mantiene un gradiente socioeconómico, con más enfermedad en los niveles sociales más desfavorecidos, que son además los más afectados por la crisis económica, o en colectivos de inmigrantes<sup>24</sup>.

## USO DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

El porcentaje de españoles que ha acudido al dentista en los últimos 3 meses ha ido aumentando de forma continuada, según las Encuestas Nacionales de Salud (www.ine.es), desde el 13.5% en 1987 al 18.1% en 2006, último año disponible. En todas las Encuestas Nacionales se observa una asociación con la edad (menor demanda en ancianos), sexo (mayor en mujeres), niveles sociales y de educación (mayor en niveles altos), así como tamaño poblacional (mayor en grandes ciudades).

España registra bajas tasas de utilización de servicios odontológicos comparado con otros países europeos. Este hecho puede estar relacionado con el descenso del nivel económico de la población a causa de la crisis económica y la limitada cobertura de salud oral por el sistema público español<sup>25</sup>. Cabe recalcar que un 47% de la población española dice que la actual coyuntura económica de crisis ha afectado su frecuentación al dentista<sup>14</sup>.

## EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DENTISTAS Y SUS CARGAS DE TRABAJO

En las tres últimas décadas se ha producido un gran incremento del número de dentistas en España, máxime cuando se compara con nuestros vecinos europeos o con la cercana profesión de médico. Entre 1980 y 2010 la población española se ha incrementado en el 25.3% (de 37.5 mill. a 47.0 mill.) y el número de dentistas en el 605% (de 3946 a 27826), llevando la ratio dentista/habitante de 1/9503 a 1/1689. Simultáneamente ha ocurrido una feminización (en 1994 el 29.5% eran mujeres, y en 2010 el 44.4%), tratándose de una profesión joven (el 55% de los dentistas tienen menos de 40 años de edad). Una predicción reciente establece en cerca de 40 mil el número de dentistas para el año 2020<sup>26</sup>.

Este hecho puede deberse, por un lado, a las nuevas aperturas de facultades privadas. En la actualidad, España cuenta con cinco centros privados de Odontología que acogen prácticamente el mismo número de alumnos que las doce facultades públicas existentes. Por otro lado, existe una tendencia inmigratoria de titulados extranjeros que vienen a ejercer la profesión a nuestro país, ocupando el 20% del colectivo<sup>16</sup>.

Aunque ha ocurrido a lo largo del tiempo un incremento en la demanda, éste no ha compensado el enorme incremento en el número de dentistas. Así, las cargas de trabajo por dentista (número de visitas atendidas por dentista) se han reducido en un 42% en 10 años<sup>27</sup> en el conjunto de España. A esto se añade el efecto de la crisis económica: en 2009 se ha estimado una reducción del 5% de los pacientes en las clínicas dentales<sup>28</sup>. La proliferación de profesionales tiende a crear una demanda inducida de servicios innecesarios y no garantiza una mayor salud bucal de los ciudadanos. Se hace muy recomendable un control en el número de profesionales<sup>16,29</sup>, no sólo porque el problema se ha agravado con la crisis económica<sup>30</sup>, sino también porque las crisis económicas terminan afectando a la salud<sup>8</sup>, y el exceso de dentistas no se asocia a una mejora de la salud oral de la población<sup>31</sup>.

## RECOMENDACIONES

La mejora de la salud oral de los españoles (y de las desigualdades) y a un coste socialmente aceptable, debe pasar por el control del número de dentistas y profundizar en el reconocimiento de la salud oral como parte de la salud general, y por tanto, protegido por los poderes públicos. En la Tabla se recogen posibles soluciones propuestas por un grupo nominal de dentistas españoles en 2011<sup>30</sup>. Son tiempos difíciles incluso para llevar a cabo muchas de las medidas propuestas o que se nos puedan plantear. La crisis ha dejado unas finanzas públicas acosadas por la deuda y unos recursos escasos de los que el gasto social ya se está resintiendo desmantelando servicios, privatizando gestiones y en el caso del sistema público de salud una tendencia hacia la privatización de gestión y servicios<sup>32</sup>.



Los servicios públicos españoles de salud oral tienen coberturas limitadas. Así, la Odontología es una especialidad médica con más del 90% de profesionales privados<sup>14,33</sup>. Esto, máxime en situaciones de crisis económica, crea desigualdades sociales, definidas como aquellas diferencias en salud que son innecesarias, injustas y evitables<sup>34</sup>. El logro de la equidad en salud comporta que todas las personas deben “tener una oportunidad de lograr el pleno desarrollo de su salud” o, dicho de otra manera, que nadie debe quedar discriminado de poder alcanzar ese objetivo<sup>35</sup>, igualdad formal reconocida en el artículo 14 CE e igualdad material o la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones y remover los obstáculos para las condiciones de igualdad sean reales y efectivas (art. 9.2 CE)<sup>36</sup>.

La desvinculación con la sanidad pública, y por tanto, con los servicios generales de salud crea en la población la percepción de que la salud oral no es una prioridad sino un lujo para aquellos que puedan pagar por los servicios prestados<sup>37,38</sup>. Por esta razón, se establece un bajo uso de los servicios de atención dental en un porcentaje amplio de la población. Se convierte esta idea en una salida de la Odontología donde la mayoría del tratamiento dental en España queda excluido del sistema público. Los artículos 41 y 43 CE reconocen el régimen público de la Seguridad Social y el derecho a la protección a la salud respectivamente. La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) regula el ejercicio y homologa los derechos de la persona como un conjunto armónico con un sistema sanitario y un sistema de prestaciones donde no cabe discriminación, contenido esencial que debe ser respetado (art. 53.1 CE). Desde el punto de vista de la ley no existe justificación de esta exclusión, allí donde la ley no distingue no cabe distinguir ¿qué justifica que se pueda operar la vista, la mandíbula, cambiar de sexo,... pero dejar fuera los dientes...?

Tabla. Crisis económica y Odontología. Medidas propuestas por un grupo nominal de dentistas españoles en 2011.

- Controlar el número de licenciados de Odontología por año, adecuando el número de egresados a la demanda de la población.
- Mejorar la concienciación de la población a través de la educación dental y medidas que estimulen la demanda.
- Apoyo por parte de la Universidad, Colegio de Odontólogos, Gobierno a los jóvenes odontólogos emprendedores.
- Mejorar los programas de salud pública dental, fomentado su divulgación y eliminando los que no den buenos resultados.
- Desarrollo adecuado con estándares de calidad de las especialidades odontológicas y la formación posgraduada y a precios adsequibles.
- Aumentar el número de plazas públicas para odontólogos.
- Aumentar la cobertura de tratamientos en la sanidad pública.
- Controlar el nº de homologaciones de expedientes en nuestro país.
- Cambiar la imagen social de que la Odontología es una buena opción como salida profesional.
- Fortalecer la profesión a través del fomento del asociacionismo.

Adaptado de Barrios et al.<sup>30</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Albizu E, Landeda J. *Dirección estratégica de los recursos humanos*. Madrid: Pirámide, 2011.
2. Makridakis S, Wheelwright SC, McGee V. *Forecasting method and applications*. New York: John Wiley & Sons, 1983.
3. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa Calpe, 2011.
4. Navarro V, Torres J, Garzón A. *Hay alternativas. Propuestas para crear empleo y bienestar económico en España*. Madrid: Ediciones Sequitur, 2011.

5. Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Nacional de España. Base 2008. [[http://www.ine.es/prensa/pib\\_tabla\\_cne.htm](http://www.ine.es/prensa/pib_tabla_cne.htm), consulta el 14 enero 2012].
6. Banco de España. Boletín Económico núm. 37. Diciembre. 2007.
7. Texanos F. El paro juvenil. *Temas para el debate* 2011;199 junio:5 6.
8. Dávila Quintana CD, González López Valcárcel B. Crisis económica y Salud. *Gac Sanit* 2009;23:261 265.
9. Borrell C, Benach J, Grupo CAPS FJ Bofill. La evolución de las desigualdades de salud en Cataluña. *Gac Sanit* 2006;20:396 406.
10. Levin RP. Personal and professional economic recovery. *J Am Dent Assoc* 2010;141:207 208.
11. Pizarro V, Ferrer M, Domingo Salvany A, et al. The utilization of dental care services according to health insurance coverage in Catalonia (Spain). *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37:78 84.
12. Wamala S, Merlo J, Bostrom G. Inequity in access to dental care service explains current socioeconomic disparities in oral health: The swedish national surveys of public health 2004 2005. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:1027 1033.
13. Marin GH, Urdampilleta P, Zurriaga O. Determinants of dental care utilization by the adult population in Buenos Aires. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010;15:316 321.
14. Coscolín Fuertes E, Llodra Calvo JC, Bravo Pérez M, et al. Libro blanco. Encuesta poblacional: la salud bucodental en España 2010. Barcelona: Lácer,S.A., 2010.
15. Bravo M. La profesión odontológica. En: Gómez RL (ed). *Manual de introducción a la Odontología*. Madrid: Ripano, S.A., 2005, pp 244 248.
16. Llodra Calvo JC, Bourgeois D. Estudio prospectivo Delphi. La salud bucodental en España 2020. Tendencias y objetivos de salud oral. Madrid: Fundación Dental Española, 2009.
17. Cuenca i Sala E. La encuesta de la O.M.S. sobre la salud buco dental en España. Una aproximación personal. *Arch Odontoestomatol* 1986;2:15 22.
18. Noguero Rodríguez B, Llodra Calvo JC, Sicilia Felechosa A, Follana Murcia M. La salud bucodental en España. 1994. Antecedentes y perspectivas de futuro. Madrid: Ediciones Avances, 1995.
19. Llodra Calvo JC, Bravo Pérez M, Cortés Martinicorena FJ. Encuesta de salud oral de España (2000). RCOE 2002;7 (Monográfico):19 63.
20. Bravo Pérez M, Casals Peidró E, Cortés Martinicorena FJ, Llodra Calvo JC. Encuesta de salud oral en España 2005. RCOE 2006;11:409 456.
21. Bravo Pérez M, Llodra Calvo JC, Cortés Martinicorena FJ, Casals Peidró E. Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007. RCOE 2007;12:143 168.
22. Llodra JC. Encuesta nacional de salud oral española 2010. Madrid: RCOE (en prensa).
23. WHO. Oral Health Surveys: Basic Methods. Geneva: World Health Organization, 1997.
24. Almerich Silla JM, Montiel Company JM. Influence of immigration and other factors on caries in 12 and 15 yr old children. *Eur J Oral Sci* 2007;115:378 383.
25. Santos Eggimann B, Junod J, Cornaz S. Health services utilisation in older europeans. En: Börsch Supan A, Brugiatini A, Jürges H, et al. (eds). *Health, ageing and retirement in Europe. First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Res.Instit.for the Economics of Aging (MEA), 2005, pp 133 140.
26. Llodra Calvo JC. La demografía de los dentistas en España. Situación pasada, presente y futura. *Análisis 1994 2020*. Madrid: Consejo General de Dentistas, 2010.
27. Bravo M. Private dental visits per dentist in Spain from 1987 to 1997. An analysis from the Spanish National Health Surveys. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30(5):321 328.
28. Instituto de Estudios Key Stone. En 2009 las clínicas dentales redujeron en un 5% el número de pacientes. *Federación española de empresas de tecnología sanitaria*, 2009.
29. Cuenca Sala E, Casals Peidró E. ¿Se puede planificar cuántos dentistas necesitamos? *Análisis de las tendencias de los recursos humanos y la utilización de servicios dentales (Cataluña 1991 2008)*. RCOE 2009;14.
30. Barrios R, Rosel E, Bravo M. Crisis económica y Odontología en España. Propuesta de soluciones por grupo nominal de dentistas. RCOE 2011;16:107 111.
31. Pinilla J, González B. Exploring changes in dental workforce, dental care utilization and dental caries levels in Europe 1990 2004. *Int Dent J* 2009;59:87 95.
32. Casals Peidró E. Tiempos de cambio: ¿qué va a quedar de la odontología pública? RCOE 2011;16:179.
33. Bravo M, Cortés FJ, Casals E, Llena C, Almerich Silla JM, Cuenca E. Basic oral health goals for Spain 2015/2020. *Int Dent J* 2009;59:78 82.
34. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992;22:429 455.
35. Bobbio N. *Igualdad y libertad*. Barcelona: Paidós I.C.E.IU.A.B., 1993.
36. Constitución Española. Barcelona: Técnos, 2011.
37. Rossomando EF. The national crisis in access to oral health care: A dental industry association responds. *Compedium* 2004;25:266 270.
38. Nielsen A, Hamming A. Interprofessional education in Denmark. *J Interprofessional Care* 2008;22:205 208.