



VNIVERSITAT  
E VALÈNCIA

Facultat de Medicina i Odontologia  
Departament d'Estomatologia

# Demografía de la profesión dental en la provincia de Valencia (1986-2014)

TESIS DOCTORAL  
Programa de doctorado:  
Fisiopatología del Aparato Estomatognático

Presentada por  
M<sup>a</sup> Isabel Rivera Vega  
Dirigida por  
Prof. Dr. D. José Manuel Almerich Silla  
Prof. Dr. D. José María Montiel Company

Valencia, 2015









Prof. Dr. D. José Manuel Almerich Silla, profesor titular, y  
D. José María Montiel Company, profesor ayudante doctor,  
del Departament d'Estomatologia de la Universitat de València

#### CERTIFICAN

Que la presente tesis doctoral original de M<sup>a</sup> Isabel Rivera Vega titulada *“DEMOGRAFÍA DE LA PROFESIÓN DENTAL EN LA PROVINCIA DE VALENCIA (1986-2014)”*, ha sido realizada bajo nuestra dirección y supervisión y, a nuestro juicio, reúne los requisitos para su lectura y obtención del Grado de Doctor en Odontología.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmamos el presente certificado en Valencia, a veinticinco de septiembre de dos mil quince.

Prof. Dr. D. José Manuel Almerich Silla

Dr. D. José María Montiel Company



## AGRADECIMIENTOS

---

Voy a comenzar estas líneas con mi sincero agradecimiento a mis Directores de tesis, el Prof. Dr. D. José Manuel Almerich Silla y el Prof. Dr. D. José M<sup>a</sup> Montiel Company. Gracias de corazón por haberme confiado este trabajo y guiarme en este proyecto desde el principio, por todo el tiempo que me habéis dedicado, por vuestras ideas y sugerencias, de las que tanto provecho he sacado, y por vuestras incansables dosis de paciencia, respaldo, motivación e ilusión.

Una parte de este estudio ha contado con la financiación del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia. Hago extensible mi agradecimiento a los dos presidentes con los que ha contado el colegio a lo largo de estos años, el Dr. D. Enrique Llobell y el Dr. D. Andrés Plaza. Ambos demostraron un gran interés por nuestro estudio, nos apoyaron y facilitaron nuestra labor. Igualmente, quiero agradecer su colaboración al Sr. José Martín, director técnico del ICOEV, por su excelente voluntad y eficacia a la hora de facilitarnos datos por muy remotos que resultasen.

Al personal de la empresa de sondeos QUOR, en concreto al Sr. Jaime Parra, director de proyecto, y al Sr. Bernardo Herreros, responsable de campo, por su disposición y entrega en la realización del estudio. A su vez, a todos los doctores, enfermeras, auxiliares, higienistas, personal de los ayuntamientos, secretarías... consultados por teléfono por su amable colaboración.

A todos y cada uno de mis compañeros y profesores del departamento, por facilitarme la integración y hacerme sentir una compañera más durante estos años. Y muy especialmente a Miriam Puig Silla. Empezamos esta andadura juntas y la terminamos juntas. Gracias por el aliento en estos años, por contar conmigo, por tu ayuda y tu amistad.

A todos mis amigos, ellos saben quienes son, que incansablemente me han apoyado y animado. Dicen que la vida sólo tiene sentido cuando se comparte con personas maravillosas, vosotros sois esas personas. Para mi es un honor contar entre ellos con el Dr. José Fco. Ballester, al que le estoy agradecida por tantas cosas y tantos buenos consejos. Igualmente gracias a Eduardo Toraño, mi entrenador personal, porque no me deja rendirme y por enseñarme que no hay objetivos imposibles, sólo personas que se cansan antes de lograrlos y que uno no consigue aquello que desea, sino aquello por lo que trabaja.

También quiero darles las gracias a mis queridos hermanos, Martha y Justo, por no escatimar horas en ayudarme, por soportarme y apoyarme, dándome ánimo para superar los malos momentos y disfrutando conmigo de los buenos.

Y muy en especial, este proyecto es el resultado y sobre todo un homenaje al trabajo y dedicación de las dos personas más importantes de mi vida: mis padres Justo y Martha. Gracias por vuestro apoyo y paciencia. Gracias por la educación que me habéis dado. Gracias por ser el ejemplo en el que quiero reflejar mi vida. Sois mi modelo a seguir y mi mayor aspiración es que os sintáis orgullosos de mí y llegar a ser tan honesta, íntegra, prudente y trabajadora como lo sois vosotros. Porque todo lo bueno que llegue a ser en mi vida será gracias a vosotros, y nunca habrá palabras ni hechos que me hagan expresar mínimamente lo que os quiero.

A todos, gracias.







# INDICE

---

## Página

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	11
2.1. Estudios de demografía profesional	
2.2. Estudios demográficos con representación geográfica	
2.3. Libros blancos	
2.4. Epidemiología del estado de la salud bucodental (Encuestas Nacionales de Salud)	
2.5. Estudios con proyección futura	
3. OBJETIVOS.....	41
4. MATERIAL Y MÉTODO.....	45
4.1. Datos profesionales	
4.2. Datos clínicas	
4.3. Datos acerca de la agrupación comarcal	
4.4. Realización de encuestas para la obtención de datos acerca del perfil de la población y de los dentistas	
5. RESULTADOS.....	57
5.1. Datos descriptivos	
5.1.1. Datos demográficos	
5.1.2. Datos profesionales	
5.2. Análisis de los datos	
5.3. Encuesta a los profesionales	
5.3.1. Descripción de la muestra	
5.3.2. Ejercicio de la profesión	
5.3.3. Profesionales que poseen consulta propia	
5.3.4. Percepción de los profesionales	
5.3.5. Formación	
5.4. Encuesta a la población	
5.4.1. Descripción de la muestra	

- 5.4.2. Educación y hábitos higiénicos
  - 5.4.2.1. ¿Se cepilla ud. los dientes?
  - 5.4.2.2. ¿Se enjuaga los dientes con algún colutorio?
  - 5.4.2.3. ¿Cada cuanto tiempo cambia su cepillo dental?
  - 5.4.2.4. ¿Qué criterio sigue para comprar su cepillo dental?
  - 5.4.2.5. ¿Conoce el hilo o seda dental?
  - 5.4.2.6. ¿Conoce los cepillos interproximales?
  - 5.4.2.7. ¿Cómo considera su estado de salud bucal?
  - 5.4.2.8. ¿Qué es lo que más le preocupa de su salud dental?
  - 5.4.2.9. ¿Es fumador/a?
  - 5.4.2.10. ¿Consume habitualmente alcohol?
  - 5.4.2.11. ¿Consume habitualmente dulces?
- 5.4.3. Comportamiento y frecuencia de asistencia al dentista
  - 5.4.3.1. ¿Con qué frecuencia acude al dentista?
  - 5.4.3.2. Motivo para no acudir regularmente al dentista
  - 5.4.3.3. En el último año, ¿a qué tipo de consulta ha acudido?
  - 5.4.3.4. A la hora de asistir al dentista, ¿por qué tipo de los siguientes se decanta?
- 5.4.4. Imagen del dentista
- 5.4.5. El precio y la póliza dental
- 5.4.6. Fidelidad y grado de satisfacción

6. DISCUSIÓN..... 153

- 6.1. Material y método empleado
- 6.2. Resultados obtenidos
- 6.3. Reflejo del perfil profesional
- 6.4. Reflejo del perfil de la población
  - 6.4.1. En relación a los hábitos higiénicos y el estado de salud bucal
  - 6.4.2. En relación al comportamiento y frecuencia de asistencia al dentista
  - 6.4.3. En relación a la imagen del dentista
  - 6.4.4. En relación al precio y la póliza dental
  - 6.4.5. En relación a la fidelidad y grado de satisfacción

7. CONCLUSIONES.....	181
8. BIBLIOGRAFÍA.....	185
9. ANEXOS.....	195















# **1. INTRODUCCIÓN**

---



## 1. INTRODUCCIÓN

---

La asistencia odontológica constituye una parte de la asistencia sanitaria cuya responsabilidad y organización es asumida por médicos estomatólogos y odontólogos. Una característica de la asistencia odontológica es que una gran parte de ella es de carácter privado, puesto que los sistemas públicos de salud no comprenden la totalidad de las prestaciones de estos profesionales, limitándose en general a facilitar un grupo de actos profesionales reducidos y, en otros casos, a prestar ayudas económicas para actividades profesionales más complejas.

En Europa, un 60% de las prestaciones de salud ocurren fuera de los sistemas de salud nacionales<sup>(1)</sup>. El sistema sanitario español tiene una amplia cobertura en salud general, pero en odontología, además de los servicios preventivos y asistenciales a determinados colectivos (niños, embarazadas, discapacitados) solo provee visita de diagnóstico, extracciones y cirugía oral y maxilofacial, todo ello gratuitamente en las consultas del Servicio Nacional de Salud y a cargo de dentistas asalariados<sup>(2)</sup>. La gran mayoría del tratamiento dental en España se proporciona en un sistema privado y el paciente paga directamente al profesional por acto médico<sup>(3)</sup>.

La asistencia sanitaria, y por ende la asistencia odontológica, no puede separarse de sus aspectos económicos. Esta faceta es inherente a la profesión y por tanto, como toda actividad con base económica, está sujeta a dos fenómenos: el de la oferta y el de la demanda<sup>(4)</sup>.

El objetivo de la odontología es dar una respuesta adecuada a las necesidades de la población, con el fin de mejorar su salud a través de la mejora de su salud oral. La posibilidad de conseguir este objetivo depende entre otros, de la capacidad de respuesta ante las necesidades y demandas cambiantes de la población, de su capacidad de asegurar una oferta adecuada y equilibrada de profesionales competentes, de promover un sistema educativo de calidad y de ser receptivo a las demandas de aquella parte de la comunidad que tiene dificultades para acceder a los servicios de salud oral.

La planificación de los recursos humanos del sector sanitario ha de formar parte integral del proceso de planificación de la salud y ha de incluir y emplear la cantidad

adecuada de profesionales con las capacitaciones suficientes para hacer funcionar los servicios sanitarios sin que existan carencias de asistencia o un exceso de recursos a disposición de la población.

La profesión odontológica ha ido evolucionando con el paso de los años, tanto a nivel de la titulación, como al del número cada vez mayor de profesionales que ejercen en España. Este trabajo pretende evaluar dicha evolución en la provincia de Valencia, presentando los datos tanto de población como de profesionales en este sector de la atención sanitaria desde 1986 hasta 2014. Además, presenta un análisis descriptivo del número de clínicas dentales privadas existentes en la provincia de Valencia en el año 2014 y su relación con el número de habitantes a nivel comarcal. A su vez, presenta un reflejo del perfil profesional de una muestra actual de dentistas colegiados en el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia (ICOEV) y de una muestra de población general de la provincia para conocer sus actitudes y comportamientos en referencia a su salud oral y la relación e imagen que tienen de esta profesión y de la figura del dentista.

Este trabajo se trata de un documento descriptivo analítico que pretende aproximarse a la realidad de la situación de la profesión odontológica en la provincia de Valencia con el fin de ser una herramienta útil para ayudar a tomar decisiones de política sanitaria en el tema de la distribución de los recursos humanos en odontología.

## **2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

---



## **2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

---

### **2.1. ESTUDIOS DE DEMOGRAFÍA PROFESIONAL**

El estado de la profesión dental ha sido siempre un motivo de inquietud para las autoridades mundiales de la odontología. Los cambios epidemiológicos de las enfermedades bucodentales y las consecuencias que puedan tener en la profesión son motivo de constante estudio. Sin embargo, conocer como son y como se distribuyen los profesionales de un país, las necesidades de tratamiento de sus habitantes, las actitudes y comportamientos de la población sobre salud bucodental y el conocimiento de los recursos disponibles es hoy imprescindible y son los cimientos sobre los que deben edificarse las políticas sanitarias.

En España, existen estudios acerca de demografía profesional que pretenden orientar acerca de la distribución de los recursos humanos en salud dental.

Ya en 1990, Nogueroles y cols.<sup>(5)</sup> publicaron un completo monográfico dedicado a analizar de forma sistematizada por provincias, la demografía de la profesión dental en España considerando indicadores económicos y variables demográficas de distribución de la población. Los autores emiten una hipótesis de partida que consiste en que la situación de salud o enfermedad de la población no es necesariamente el factor más relacionado con la disponibilidad de los ciudadanos para solicitar atención odontológica. Al contrario, factores culturales y económicos tendrían también un protagonismo importante en este sentido, junto a la densidad de población y el nº de dentistas de una determinada zona geográfica. Para dicho estudio contaron con datos obtenidos de fuentes colegiales con fecha 31 de Diciembre de 1988. Posteriormente publicaron una segunda entrega del estudio<sup>(6)</sup>, también a modo de guía demográfica, pero esta vez con datos profesionales obtenidos de fuentes colegiales a fecha 31 de Diciembre de 1990. En esta segunda publicación, los autores no se limitan a exponer de modo descriptivo los datos estudiados, sino que los comparan con los obtenidos en su primer estudio, dando como resultado un análisis de la evolución del sector dental en España desde 1988 a 1990.

En dicho estudio los autores analizan los siguientes datos:

- Número de habitantes: en base a los censos de población de cada provincia y del total nacional.
- Renta familiar disponible *per cápita*: Aportan su valor absoluto en pesetas por cada provincia, su valor medio nacional, el cociente provincial respecto al valor nacional medio y el nº de orden de cada provincia respecto a la totalidad de provincias de España.
- Crecimiento de la renta familiar disponible *per cápita*: Expresan su valor absoluto en porcentaje para cada provincia, su valor medio nacional, el cociente respecto al crecimiento medio nacional y el nº de orden para cada provincia respecto al total provincial.
- Índice dentista-habitante (IDH): Exponen el nº de dentistas por cada habitante en cada provincia, el valor medio nacional, el cociente respecto a la relación dentista-habitante nacional y el nº de orden provincial respecto al total.

Además, los autores añaden detalles acerca del crecimiento anual acumulativo del producto interior bruto (PIB) para ofrecer datos más actualizados en referencia a la economía que los que ofrece la variable económica de la renta familiar disponible *per cápita*. Los datos demográficos de la población se enriquecen con la aportación de los autores del crecimiento de la población por regiones, y las provincias se reflejan ordenadas en una tabla según el nº de orden de su IDH.

En ambos artículos mencionados, los autores comentan la importancia de sus estudios para poder establecer políticas de asistencia dental acordes con las necesidades de la población y con la distribución de la misma, orientar a las instituciones profesionales sobre tendencias demográficas de los dentistas, y finalmente, asesorar a los profesionales sobre las zonas en que su práctica profesional podrá ser más gratificante.

Posteriormente, y siguiendo la misma línea de los dos anteriores, Follana y cols.<sup>(7)</sup> publicaron un tercer artículo en el que analizan el nº de dentistas, el nº de habitantes, la distribución de los habitantes y los dentistas en una determinada zona geográfica (por provincias y por estratos subprovinciales), la relación dentista/habitante

y la disponibilidad económica de los habitantes por zonas. Los autores exponen sus resultados y por primera vez hacen referencia a la mala distribución e inadecuada proporción de dentistas respecto a las necesidades de atención de la población afirmando que en España sobran dentistas. En base a las conclusiones obtenidas en su estudio, los autores hacen un llamamiento a las autoridades para que tomen medidas en referencia a los siguientes aspectos:

- Realizar una correcta planificación docente, adecuando la formación de nuevos profesionales a las necesidades reales de atención de la población, ya que existen zonas geográficas con exceso de dentistas mientras que el medio rural no está adecuadamente atendido.
- Aplicar medidas de reconversión de la oferta docente sin esperar a que sea el desinterés de los alumnos por matricularse en estos estudios lo que regule la profesión dental.
- Controlar a todos aquellos que ejercen su actividad profesional de forma no controlada (intrusismo).
- Regular la política de convalidaciones de titulaciones extranjeras dando a conocer de forma detallada la situación del mercado laboral dental en España como réplica a las expectativas de los profesionales extranjeros.

Además de querer alertar a las autoridades respecto a la desfavorable situación de la profesión dental, los autores pretenden sentar documentalmente las bases de un estudio de mercado y poder así asesorar a los profesionales más jóvenes sobre las zonas en que su práctica profesional podría ser más gratificante evitando la apertura de nuevos gabinetes dentales sin una planificación previa.

Finalmente, Noguerol, Follana y Ugarte<sup>(8)</sup> publicaron en 1999 un artículo que recogía los datos de la situación en ese momento y la evolución de los mismos en la década comprendida entre 1988 y 1998 (basándose en los resultados obtenidos en las 3 publicaciones antes mencionadas). Al igual que los anteriores artículos, los autores analizan las 3 mismas variables (demográficas de población, económicas y de distribución de dentistas). Hasta el momento dichas variables eran analizadas por los autores a nivel provincial y en estratos poblacionales según el nº de habitantes distinguiendo entre entorno urbano, medio o rural. Como novedad, en este último

artículo se muestra la información por municipios, sumándose además otros indicadores de actividad económica (nº de automóviles, nº de oficinas bancarias, nº de restaurantes y bares, nº de actividades comerciales minoristas y mayoristas, IAE, nº de actividades industriales...) de las diferentes poblaciones.

Los autores analizan la situación de la profesión odontológica afirmando que su futuro inmediato tenderá a empeorar y reiteran que de momento las autoridades no han revisado las políticas que regulan la distribución y formación del recurso humano en la profesión odontológica.

Bravo dio un paso más y estudió, a partir de los datos de las Encuestas Nacionales de Salud, los censos de población y los censos de dentistas, la demanda de asistencia odontológica y las cargas de trabajo privado por dentista entre 1987 y 1997 en España. Las Encuestas Nacionales de Salud fueron realizadas por entrevistadores entrenados que entregaron cuestionarios a domicilio a muestras representativas de la población española. Dichos cuestionarios contienen preguntas acerca de morbilidad, estado de salud y uso de servicios sanitarios. Como cuestiones específicas para este estudio se preguntó a los cuestionados si habían realizado alguna visita al dentista en los últimos 3 meses. A los que respondieron afirmativamente se les preguntó cuantas veces y el tipo de dentista (distinguiéndose entre servicio público, seguro médico, privado o desconocido). Se sumaron los datos de población según los censos del Instituto Nacional de Estadística y el listado de dentistas contando únicamente los odontólogos o médicos estomatólogos colegiados con ejercicio profesional. Utilizando el análisis estadístico se calculó el porcentaje de población que visitó al dentista en los últimos 3 meses y el porcentaje de visitas que fueron privadas. Esas cantidades fueron divididas por el nº de dentistas y así el autor estimó las cargas de trabajo por dentista. El autor justifica su estudio recalando la necesidad de conocer no solo la distribución geográfica de los dentistas, sino también saber la distribución geográfica de la demanda de asistencia odontológica y la carga de trabajo privado por dentista para así distribuir adecuadamente los recursos odontológicos privados. Además considera importante analizar las características individuales de los pacientes que acuden a las visitas al dentista (edad). Una vez realizado el estudio, el autor plasma sus conclusiones en tres publicaciones. En la primera<sup>(9)</sup>, que aparece en 2001, el autor relaciona en sus conclusiones las visitas al dentista con la edad de los pacientes para así detectar los

grupos de edad de los pacientes que acuden más al dentista privado. La segunda publicación<sup>(10)</sup>, del año 2002, ofrece resultados acerca del incremento de población en España en relación con el incremento en el nº de dentistas, y la disminución de las visitas privadas a las consultas en España. En su tercera publicación<sup>(11)</sup>, que aparece en el año 2004, el autor presenta sus conclusiones clasificando los resultados por comunidad autónoma.

Bravo, Llodra y Simón<sup>(12)</sup> afirman que el incremento en el nº de dentistas es común en todos los países de Europa, siendo España el país con una situación más desfavorable en todo el continente europeo seguido de Portugal. Consideran imprescindible el desarrollo de estudios que analicen detalladamente esta situación para así llevar a cabo a corto, medio y largo plazo una correcta planificación de recursos en la que el nº de dentistas sea el óptimo para las necesidades requeridas por la población. Los autores analizan los estudios llevados a cabo hasta el momento y los clasifican en tres grupos:

- Estudios que detallan el incremento de dentistas y distribución de los mismos: muy frecuentes en nuestro país a partir de los años 90, pero que no llegan a estudiar las necesidades de tratamiento odontológico de la población ni la demanda de asistencia.
- Estudios acerca de la evolución en las necesidades de dentistas: entre los que explican como más fiables aquellos que se derivan de la metodología FDI/WHO que concluyen que el ratio habitante/dentista óptimo para España oscila entre 2.350 a 2.800 habitantes por dentista en 1993 y entre 2.700 y 3.200 para el año 2000.
- Estudios que evalúan las tendencias futuras: En este grupo los autores señalan un estudio Delphi retrospectivo de 1996, conducido por la Asociación Dental Española, que reunió opiniones de 82 expertos en diferentes áreas que expusieron el futuro escenario de la odontología española hasta el año 2005. En dicho estudio ya fue previsto un gran incremento en el nº de dentistas que implicaría un incremento en la presión económica para las clínicas privadas.
- Estudios que analizan la carga de trabajo por dentista: donde se estudia el nº de visitas que recibe cada dentista y las horas trabajadas.

Cameselle y del Rio Highsmith<sup>(13)</sup> presentan una publicación sobre la situación epidemiológica de la odontología española en el año 2006. En él analizan, a modo de revisión bibliográfica, tanto las patologías odontológicas de la población española adulta y sus hábitos, como la oferta odontológica española y el tipo de población que la demanda. Entre sus conclusiones, los autores afirman que la distribución de los odontólogos no es uniforme en nuestro país, lo que imposibilita la igualdad de acceso de los ciudadanos a la atención bucodental. De igual modo, señalan que el nº de odontólogos en España es desmesurado y relacionan este incremento con la incorporación de un nº de colegiados muy superior al de aquellos que cesan su actividad, con la apertura de múltiples Universidades que ofertan la carrera de odontología y con la inmigración que trae muchos profesionales extranjeros. Vinculan todos estos factores con el subempleo y paro profesional, la apertura de macroclínicas, seguros y franquicias, el tímido desarrollo de las prestaciones públicas y la transformación del dentista autónomo en asalariado. Sin embargo, los autores creen en la trascendencia relativa de las franquicias y macroclínicas dentales afirmando que cubren una porción del mercado hasta ahora desatendida que incorpora al sistema nuevos pacientes, emplean a un gran nº de dentistas y han estimulado la modernización de las consultas tradicionales.

En el año 2010<sup>(14)</sup> se presenta un estudio demográfico, promovido por el Ilustre Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España (CGOE), que recopila la situación pasada y presente de los dentistas y aporta una proyección de dicho escenario para el año 2020. El bloque eminentemente descriptivo del estudio abarca el periodo comprendido entre 1994 y 2009 y sus fuentes fueron la base de datos del CGOE (para el número y distribución de dentistas), y los datos del INE (para las cifras poblacionales). Además, recurrieron a datos publicados por el Eurobarómetro del 2010 (con los datos correspondientes a Diciembre de 2009). Para este intervalo de tiempo, el aumento en el número de dentistas a nivel nacional fue de un 102% (presentándose grandes diferencias entre las diferentes Comunidades Autónomas), habiendo sido más notable el aumento de las mujeres. Además, se apreció que había habido un rejuvenecimiento de la profesión ya que, para el último año del estudio, un 55% de los profesionales tenía 40 años o menos y un 28% era menor de 30 años. La media nacional de la población que acudió al dentista en los últimos 12 meses del estudio fue del 43%. El índice dentista/habitante se sitúa en 2009 en 1 dentista por cada 1.796 habitantes para el

conjunto nacional, sin embargo, se apreciaron grandes diferencias de una región a otra (1.171 habitantes por dentista para Madrid frente a 4.022 habitantes por dentista para Ceuta y Melilla por ejemplo). El estudio presenta la tasa de dentistas por 100.000 habitantes la cual se sitúa en 57,2 dentistas para 100.000 habitantes, pero se pone de manifiesto una gran dispersión intercomunidades.

Finalmente, en el mes de Abril de 2013, se ha presentado un estudio, publicado por Primitivo Roig y Juan Luis Gómez en colaboración con el Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia<sup>(15)</sup>, que analiza la profesión dental en la provincia de Valencia. Sus objetivos fueron determinar la valoración que los dentistas valencianos dan al impacto de la crisis económica global, así como conocer su opinión acerca de cuales son los factores que más afectan a la profesión odontológica y cuales serían las soluciones más oportunas ante estos factores. La metodología del estudio consistió en realizar encuestas a través de un cuestionario on-line enviado por email directamente a los profesionales colegiados en el ICOEV. Su muestra ascendió a 162 profesionales distribuidos por sexos (66% mujeres frente a 34% de hombres). La media de edad de los colegiados encuestados fue de 38 años y en cuanto a la titulación de los mismos la distribución fue de cerca de un 87% de odontólogos frente a un 13% de médicos estomatólogos. La media de años de profesión de los colegiados encuestados fue de 13,3 años. La situación de desempleo de los dentistas encuestados ascendió a un 4,32% para la muestra del estudio publicado. Los autores afirman que su investigación revela la importante recesión que está viviendo el sector odontológico en la actualidad y que se traduce en un descenso de la actividad en 7 de cada 10 colegiados, con especial incidencia en áreas como la Odontología Estética, la Prótesis Fija y la Implantología, lo que estaría provocando un cambio en los hábitos de salud bucodental de los pacientes.

## **2.2. ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS CON REPRESENTACIÓN GEOGRÁFICA**

En la actualidad existen programas informáticos que son capaces de unir la información geográfica con otro tipo de datos para lograr representaciones visuales muy claras y concretas que aportan mucha más información a la hora de interpretar los datos descriptivos. Tal es el caso del Sistema de Información Geográfica (SIG o GIS en su acrónimo inglés) que constituye una herramienta muy valiosa a la hora de analizar visualmente una información determinada. El pionero de la epidemiología, el Dr. John

Snow proporcionaría, allá por 1854, el clásico ejemplo de este concepto cuando cartografió la incidencia de los casos de cólera en un mapa del distrito de Soho en Londres. Este improvisado prototipo de GIS permitió al Dr. Snow localizar con precisión un pozo de agua contaminado con heces como fuente causante del brote.

El empleo de estas interpretaciones geográficas es muy útil para explorar datos relacionados con la salud y lograr mejoras en la planificación y distribución de los recursos. Su uso en medicina como herramienta de análisis es frecuente aunque de momento no está muy desarrollado<sup>(16)</sup>. Sin embargo, en el campo de la odontología no se han llevado a cabo muchos estudios que empleen esta tecnología.

White y cols.<sup>(17)</sup> realizaron un estudio sobre la utilidad del GIS en la investigación de la provisión de servicios dentales para una determinada región y concluyeron que era un método eficaz para identificar relaciones, patrones o tendencias que podrían pasar inadvertidas con otro tipo de análisis. Sin embargo, afirman que con esta tecnología aún no es posible determinar con exactitud el nº de dentistas necesario para dar servicio a una determinada población principalmente debido a la falta de regulación y control en el desarrollo profesional en el campo de la odontología. La falta de datos precisos de la práctica privada de cada profesional (horas dedicadas a pasar consulta, especialidad, productividad, precios...) y la ausencia de datos de las prácticas ilegales o de intrusismo profesional son las causas que presentan los autores como culpables en la inviabilidad de reflejar verazmente el estado de la profesión dental.

Susi y Mascarenhas<sup>(18)</sup> llevaron a cabo un estudio para proyectar visualmente la distribución de los dentistas en Ohio. Los mapas GIS de su investigación revelaron las zonas geográficas donde se situaban un mayor número de prácticas dentales y aquellas zonas que estaban más desatendidas. De igual modo determinaron aquellas zonas con una mayor necesidad de tratamiento dental y observaron que en ellas no era donde se concentraban un mayor nº de recursos ya que el 69% de los dentistas de Ohio se concentraban en zonas metropolitanas, el 17% en zonas suburbanas y un 14% en el medio rural.

Mertz y Grumbach<sup>(19)</sup> condujeron un estudio para determinar la distribución geográfica de dentistas en California y las características de la comunidad asociadas con

la disponibilidad de dentistas. Este estudio relacionó análisis estadísticos de población, nº de dentistas, datos económicos y aspectos culturales con la localización geográfica, y concluyó que las zonas geográficas con menor disponibilidad de dentistas eran aquellas con menos recursos tanto económicos como culturales.

Krause, Frate y May<sup>(20)</sup> realizaron un estudio de la distribución de los dentistas en Mississippi. Al igual que en los estudios previamente publicados introdujeron datos acerca de la población, cifras económicas y nº de dentistas. Realizaron valoraciones en intervalos de 10 años recopilando datos en 1970, 1980, 1990 y 2000. La población la analizaron por condado, diferenciando las áreas metropolitanas y rurales. Acerca de los dentistas determinaron, además de la cantidad de ellos que ejercían en Mississippi, su edad, sexo, raza, *alma máter*, especialidad y condado exacto en el que desarrollaban su actividad. Por último reflejaron el incremento en el poder adquisitivo de cada condado en los intervalos de tiempo antes mencionados. Los autores concluyeron que todos los condados de Mississippi han incrementado en mayor o menor medida su población y su poder adquisitivo, pero que no existe una relación entre estos aumentos y el aumento en el nº de dentistas. De tal modo que los condados en los que existe un mayor aumento en el nº de dentistas (en muchos casos excesivo) no son generalmente aquellos condados en los que se ha visto un mayor incremento de población o de poder adquisitivo. Los autores pretenden que su estudio sirva para crear un rumbo a la hora de que las administraciones formen a los nuevos profesionales en función de las necesidades de la población y que éstos puedan orientar su futura práctica profesional hacia las zonas donde realmente vayan a ser necesarios. Y proponen el sistema GIS como método de planificación de la distribución de los servicios dentales ya que aporta mucha información concentrada. Los autores ponen como ejemplo el conocer exactamente la localización geográfica de aquellos profesionales de mayor edad que aún ejercen, pudiendo pronosticar cuando se puede necesitar un dentista que supla al que se retira. O incluso informan que con la tecnología GIS se pueden prever aumentos poblacionales o incrementos económicos de las poblaciones que pueden traducirse en la necesidad de dentistas que asuman dichos cambios.

### **2.3. LIBROS BLANCOS**

En 1995, el Consejo General de Colegios de Dentistas de España promovió la elaboración del primer libro blanco de la Odontología española<sup>(21)</sup>. Dicho documento abarcaba dos dimensiones: una encuesta a la población general (n=1.123 adultos y n=228 niños) para conocer hábitos de salud oral y uso de servicios odontológicos, así como un estudio Delphi prospectivo para conocer el escenario probable en el ámbito de la salud oral en el año 2005. Los resultados de la encuesta presentan una alta satisfacción con los profesionales y clínicas dentales, y la gran importancia que se otorga a la higiene oral, si bien un tercio de la población llevaba más de 2 años sin visitar al dentista.

Desde 1997, el Colegio oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña, ha publicado diversos estudios en forma de libros blancos que han sido elaborados por diferentes profesionales en el campo de la odontología y expertos de otros ámbitos como la economía y el marketing. En 1997 se presenta, en el marco del Tercer Congreso Catalán de Odontoestomatología, el libro blanco “Presente y futuro socioeconómico del sector dental en Cataluña, 1999-2005”<sup>(22)</sup>. El estudio recoge los resultados de una macroencuesta realizada a la población general, a los dentistas y a un amplio grupo de expertos con el objetivo de dar a conocer la realidad del sector odontológico en Cataluña y las variables que influirían en el ejercicio profesional en los próximos años.

En el año 2003 se da a conocer, bajo una gran repercusión mediática, un nuevo estudio “La Odontología en Cataluña, 2002”<sup>(23)</sup> dirigido y coordinado por el Dr. Emili Cuenca Sala que contó con la colaboración de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona, la Universidad Pompeu Fabra y E.S.A.D.E. En él se analizan por un lado las variables que afectan a la oferta de profesionales en el campo de la odontología, y por otro, aquellas variables que se vinculan con la demanda de atención bucodental. Dentro del primer grupo se examina la demografía profesional, evaluando el nº de colegiados, su edad, sexo, titulación y los flujos migratorios de profesionales extranjeros. Además se analizaron las innovaciones tecnológicas y la productividad de los profesionales, los diferentes modelos de organización en los que ejercen y sus competencias en esta área de la salud. Como variables que afectan a la demanda de

servicios de salud oral aportan datos acerca de demografía poblacional y de epidemiología de las afecciones bucales. Además, analizan la atención odontológica en el sistema sanitario público y las necesidades de servicios odontológicos en la población de Cataluña. En ambos bloques de información, se realizan estimaciones futuras a modo de proyecciones demográficas tanto de la población como del nº de dentistas y las necesidades de tratamiento, de tal modo que aparecen estimaciones de lo que será la profesión odontológica en Cataluña en el año 2010 y 2020. Finalmente, el estudio presenta sus conclusiones en base a los datos recogidos y añade un apartado con recomendaciones para el futuro de la profesión basándose en las estimaciones calculadas para los años venideros.

En el año 2006 se publica el “Libro blanco sobre el futuro de la profesión odontológica en Cataluña: escenarios de evolución”<sup>(24)</sup> bajo la coordinación del Dr. Alberto Pérez-Porro. El estudio proporciona una fuente de información muy completa acerca de la asistencia dental en Cataluña y realiza estudios comparativos de la misma con el resto de España y con otros países europeos. Analiza los diferentes modelos existentes en la oferta de salud en general y de servicios odontoestomatológicos en particular y estudia las diferentes fórmulas de financiación, gestión y promoción existentes. Además realiza una revisión bibliográfica exhaustiva con el fin de conocer la evolución, el panorama actual y las principales tendencias existentes en los servicios de salud bucodental públicos y privados a nivel europeo y nacional con especial incidencia sobre Cataluña. Respecto a los profesionales, aporta datos acerca del nº de dentistas, el ratio dentista/habitante, el tipo de sector donde trabajan, como trabajan (autónomos, asalariados...), que servicios prestan, el grado de innovación y desarrollo que presentan y cuales serán las exigencias futuras en el sector. Finalmente analiza la demanda de asistencia odontológica existente y el potencial futuro de la misma, dando a conocer las características epidemiológicas de la salud bucodental de la población, sus hábitos higiénicos, sus necesidades de tratamiento y prevención y la demanda existente de dichos servicios. Igualmente estudian cuales son las variables existentes a la hora de decidir acudir al dentista y a la hora de definir la frecuencia y el número de visitas efectuadas así como averiguar que motivos clínicos influyen en dicha demanda y las características de la misma, es decir, como influyen las variables socioeconómicas, las diferentes ofertas privadas frente a la pública y las diferencias territoriales, de género y de edad en las consultas. La publicación pretende ser un documento de consulta para

todos aquellos profesionales interesados en conocer la situación presente y los escenarios futuros de la profesión odontológica en nuestro país y su comparación con el resto de países de la Unión Europea. Finalmente este libro blanco fomenta, cara a la administración, la demanda de *numerus clausus* en las facultades de odontología y la regulación de la publicidad de los servicios odontológicos privados y la promoción de la calidad en el ejercicio profesional.

En Febrero del 2007 se publica el estudio “El mercado de servicios dentales en Cataluña: análisis de las nuevas formas de negocio con especial atención a las franquicias y seguros dentales”<sup>(25)</sup> bajo la dirección y coordinación del Dr. Emili Cuenca Sala. Dicho análisis parte de la premisa de que entre los profesionales de la profesión (odontólogos y estomatólogos) y los pacientes, se han interpuesto una serie de intermediarios (seguros y franquicias dentales) que no aportan nada en lo referente a la defensa de la salud dental. El objetivo que pretende el estudio es denunciar ante la sociedad que este tipo de empresas banalizan la profesión ya que buscan el beneficio empresarial por encima del profesionalismo y la consideración de la salud del paciente, vulnerando la deontología profesional e incluso empresarial. El libro está estructurado en cinco apartados. En el primero se exponen las dificultades que presenta la aplicación de principios puramente económicos al mercado de servicios dentales y se define que es un servicio de salud dental y sus particularidades. En el segundo capítulo se describe el desarrollo histórico y la morfología del mercado de servicios dentales en Cataluña y se dan a conocer las características actuales del mismo al detallarse las diferentes ofertas existentes así como las características de quienes las demandan. En el tercer apartado se estudian los seguros dentales privados, que son definidos como productos de medicina prepagada. Los autores aportan datos acerca de la evolución en el número de asegurados y el volumen de las primas. El capítulo cuarto presta atención a la figura de la franquicia dental y se analiza su viabilidad como forma de organización en la prestación de servicios dentales. También se estudia el tamaño y la evolución del mercado de franquicias dentales, la ética de sus estrategias de marketing y la libertad de la práctica clínica en este tipo de consultorios. Finalmente, en el capítulo quinto se resumen las conclusiones de los autores los cuales pretenden que su estudio aclare cuales son los principales obstáculos con los que se enfrenta la actual oferta de servicios privados de atención dental en Cataluña y justificar la necesidad, por parte de las autoridades, de medidas reguladoras y de nuevas políticas sanitarias. Los autores se refieren a la

“macdonalización” del sector dental como un preocupante fenómeno que considera la atención dental desde una perspectiva puramente mercantilista que vulnera totalmente los criterios éticos de búsqueda de la salud y deteriora la relación entre el profesional y el paciente.

En el año 2007, el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región ha elaborado, en colaboración con la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, un libro blanco de la profesión en la Comunidad de Madrid<sup>(26)</sup>. En dicho estudio se analiza la profesión odontológica en España y, centrándose en la Comunidad de Madrid, se analizan diferentes aspectos tales como el perfil de los profesionales y los pacientes, los tipos de asistencia y de clínicas, la imagen del dentista, los precios... etc y se evalúan las tendencias futuras de la profesión. Además, contiene un análisis espacial del sector profesional de odontólogos y estomatólogos en la Comunidad de Madrid y su relación con la distribución de la población, y contiene un análisis que aporta las claves para elegir una ubicación para una nueva clínica.

#### **2.4. EPIDEMIOLOGÍA DEL ESTADO DE LA SALUD BUCODENTAL (ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD)**

A la hora de conocer en profundidad como deben distribuirse los recursos sanitarios en atención bucodental, no basta con conocer cuantitativamente la distribución de los mismos, es necesario analizar el mercado que los demanda. Es decir, es preciso conocer las necesidades de tratamiento de la población y la prevalencia de las afecciones orales como datos a tener en cuenta a la hora de crear políticas de provisión de recursos que satisfagan las necesidades de los individuos.

Las encuestas de salud a nivel nacional son el instrumento de elección para obtener información de la población sobre los fenómenos subjetivos en relación con la salud y morbilidad percibida, las conductas relacionadas con la salud (incluyendo las prácticas preventivas) y la utilización de los servicios sanitarios (tanto públicos como privados). Además, son útiles para conocer aspectos del entorno ambiental (físico y social) en el que conviven y, por consiguiente enferman, las personas.

La OMS recomienda la realización de encuestas de salud oral periódicas cada 5 años con objeto de analizar la evolución del nivel de salud bucal de las poblaciones y cotejar los cambios ocurridos<sup>(27)</sup>.

El primer estudio sobre prevalencia de enfermedades bucales realizado en nuestro país, fue el publicado por Gimeno de Sande y cols. en 1971<sup>(28)</sup>, con trabajo de campo realizado en 1969. El tamaño de la muestra fue muy numeroso ya que se exploraron un total de 649.601 niños con edades comprendidas entre los 5 y los 15 años. Los niños residían en diferentes localidades de 50 provincias españolas. Hubo más de 287 odontólogos que participaron en el estudio actuando como exploradores pero que no fueron previamente calibrados. A pesar de sus limitaciones metodológicas, este estudio ha sido el punto de partida para el análisis evolutivo de las afecciones bucales (principalmente de la caries) en nuestro país. Sus resultados revelaron una prevalencia de caries del 73,4%, con un promedio del índice de dientes cariados, ausentes debido a caries y obturados (CAOD) del 1,10 en el total de la población estudiada y de 1,92 a los 12 años de edad. El porcentaje de piezas tratadas fue del 10,3%, es decir, de cada 10 piezas con caries solo una fue tratada. En este estudio se tuvo en cuenta el contenido de flúor en 773 localidades españolas que, a su vez, eran los principales núcleos de población. Los resultados evidenciaron una relación inversa entre el contenido de flúor en mg/litro y los índices CAOD a los 9 años y cod a los 6 años, es decir, a medida que aumentaba la cantidad de flúor en el agua, disminuían los índices CAOD y cod. Este hallazgo coincidió con otros estudios internacionales, pero era la primera vez que se comprobaba en nuestro país.

El siguiente estudio realizado a nivel nacional fue encargado por el Ministerio de Sanidad y Consumo a la OMS, la cual emitió un informe en base a los resultados de una encuesta sobre salud bucodental en España en 1984. Se trató de un estudio de tipo transversal realizado sobre una muestra de 3.077 individuos que se dividieron en tres grupos de edad: 6-7 años, 12 años y 35 a 44 años. Entre sus conclusiones el dato más interesante, al comparar los resultados con la encuesta de Gimeno de Sande y cols, fue el espectacular aumento de la prevalencia de caries entre la población infantil. En la encuesta de la OMS se encontró una prevalencia de caries del 90,8% a los 12 años, mientras que el CAOD había pasado de 1,92 a 4,2 presentándose un porcentaje de caries sin tratar muy similar al de la anterior encuesta. El documento final de este informe se

realizó sobre las bases de una encuesta epidemiológica de ámbito estatal, y los resultados del mismo, fueron publicados parcialmente por Cuenca<sup>(29)</sup>.

El siguiente estudio nacional epidemiológico sobre el estado de salud bucodental en los escolares se publica en 1990<sup>(30,31)</sup>, con trabajo de campo de 1987. Los exploradores, previamente calibrados, examinaron a un total de 1.469 niños y jóvenes distribuidos en 3 grupos de edad: 7 años, 12 años y 15 a 19 años. Todos ellos pertenecían a localidades de ámbito urbano (60%) o rural (40%). Los resultados de este estudio arrojan un CAOD de 3,5 a los 12 años. Sin embargo, la reducción en este valor no se ve acompañada de una reducción en el número de dientes ausentes por caries, el cual se ha incrementado de 2,3 al 8,6%. El porcentaje de caries obturadas se vio aumentado del 7,3 al 15,6%, disminuyendo paralelamente el porcentaje de caries activas sin tratar. Los resultados obtenidos situaron a España, en lo referente a estado de salud bucodental, al mismo nivel que el resto de países industrializados y se concluyó que en España comenzaba un paulatino descenso en los índices de caries.

Posteriormente Nogueroles y cols.<sup>(32)</sup> publican, en 1995, el siguiente estudio epidemiológico a nivel nacional, con trabajo de campo realizado en 1993-1994. Bajo la metodología de la OMS, 8 exploradores previamente calibrados examinaron y clasificaron a los individuos en 5 grupos de edad: 5-6 años, 12, 15, 35-44 y 65-74 años. Entre sus resultados destaca que se observen caries en el 38% de los niños de 5-6 años, en el 68% de los de 12 años y en el 88% de los adolescentes de 15 años de edad. Para los otros 2 grupos de edad estudiados, correspondientes a la población adulta, el porcentaje de ellos con presencia de caries es prácticamente absoluto y cercano al 100%. Además, la presencia de enfermedad periodontal correspondió a un 67% en niños de 12 años, un 75% en los de 15 años y un 97% en los de 35 a 44 años, es decir, prácticamente está presente en toda la población adulta.

El siguiente estudio acerca de salud oral llevado a cabo en nuestro país corresponde al año 2000<sup>(33)</sup>. En él se empleó la misma metodología que en el estudio anterior y fueron explorados, también por 8 examinadores previamente calibrados, un total de 2.689 individuos que se clasificaron en las mismas cohortes de edad que en el estudio de 1994 (es decir, hubo 5 grupos: 5-6 años de edad, 12, 15, 35-44 y 65-74 años). Entre los resultados se expone una mejora significativa en la frecuencia de caries, ya

que ésta se observó en el 33% de los niños de 5-6 años, en el 43% de los de 12 años y en el 69% de los adolescentes de 15 años. Sin embargo, la presencia de caries para los grupos de adultos se encuentra muy próxima al 100%. Respecto a la enfermedad periodontal, a los 15 años de edad el 45% de los adolescentes presentan signos de dicha enfermedad, siendo el porcentaje de individuos afectados del 81% en el rango de edad entre los 35 y los 44 años. En dicha encuesta, los autores hacen una pequeña reseña referente al índice dentista/habitante en España en el año 2002 (1 dentista por cada 2.279 habitantes) y alarman a las autoridades a este respecto proponiendo este tipo de estudios como la base para regular el mercado de los servicios odontológicos en nuestro país.

El último estudio epidemiológico nacional<sup>(34)</sup> llevado a cabo en el año 2005 ha sido financiado por el Consejo General de Colegios de Dentistas de España y cuenta con el aval científico de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO). Los objetivos del estudio incluían el realizar una encuesta, tipo *pathfinder*, según metodología de la OMS, sobre el estado de salud bucodental y necesidades de tratamiento a nivel nacional. Además, los autores pretenden comparar sus resultados con los obtenidos en las anteriores encuestas de 1993-1994 y 2000. Se siguió la misma metodología que para las anteriores encuestas. Un total de 9 exploradores, previamente calibrados, examinaron a un total de 2.700 individuos repartidos entre los 5 grupos de edad estudiados (esto es, 5-6 años, 12, 15, 33-44 y 65-74 años). Entre los resultados obtenidos los autores encuentran una prevalencia de caries del 36,3% en niños de 5-6 años, del 47,2% en niños de 12 años, del 60,07% en adolescentes de 15 años y de prácticamente el 100% en los grupos adultos (siendo de 98,1% para el grupo de adultos jóvenes y de 99,8% para el grupo de mayor edad). Respecto a la salud periodontal, un 34,5% de los adolescentes de 15 años presentan un periodonto sano, al igual que el 14,8% de los adultos entre 35 y 44 años y el 10,3% de los adultos entre 65 y 74 años. En este estudio también se analizan las maloclusiones, los tratamientos con prótesis dentales y otras condiciones orales como la presencia de fluorosis, la presencia de piercing oral, los trastornos de la articulación temporomandibular y la percepción de salud oral de los propios individuos encuestados. Los datos obtenidos reflejan que en el grupo de 35-44 años entre el 8 y el 17% de los individuos portan algún tipo de prótesis, porcentaje que llega al 49-64% en los individuos de 65-74 años. Un 18% de los individuos entre 35-44 años necesita algún tipo de prótesis superior, un 21% de ellos

algún tipo de prótesis inferior y un 0,4% requiere una prótesis completa. En el grupo de individuos de 65 a 74 años, entre el 24 y el 29% precisan algún tipo de prótesis superior o inferior respectivamente, y el 5% de ellos requiere una prótesis completa. Al estudiar las maloclusiones en la edades de 15 y 35-44 años se observa que el 62% de individuos no presenta ningún tipo de maloclusión, el 26% sufre una maloclusión leve y el 12% una maloclusión moderada o severa. La prevalencia de fluorosis fue del 14,4% en el grupo de 12 años y los trastornos de la articulación temporomandibular aparecieron en un 14,3% de adultos jóvenes. Un 2,6% de escolares de 15 años y un 0,2% de adultos jóvenes llevan pierceng oral. En referencia a la percepción de salud oral, se analizó la presencia de dolor/molestia en el último año (1,7-2,2% para los 12 y 15 años, 11,5% en los 35-44 años y 15,0% en los 65-74 años) y el haber padecido problemas para comer derivados de molestias dentarias o gingivales (89,3% de los niños de 12 y 15 años nunca han presentado problemas de este tipo frente al 21,9 y 34,3% de adultos jóvenes e individuos de mayor edad respectivamente que si los han apreciado en el último año). Finalmente, la frecuencia de cepillado superior a una vez al día aparece en un 53,1% de los encuestados de 12 años, un 60,2% de los de 15 años, un 57,0% de los de 35-44 años y en un 43,1% de los individuos de 65 a 74 años de edad.

Posteriormente ha sido publicada la “Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007”<sup>(27)</sup> bajo la coordinación y financiación del Consejo General de Colegios de Dentistas de España y con el aval científico de la SESPO. El equipo técnico responsable del estudio lo componen los doctores M. Bravo, E. Casals, F.J. Cortés y J.C. Llodra que justifican su estudio explicando que en la últimas encuestas llevadas a cabo a nivel nacional se contemplan, como primer cohorte de edad, a los niños entre 5 y 6 años. Los autores creen necesario el completar el conocimiento del estado de salud de la población infantil española con el estudio de los niños en edad preescolar (3 y 4 años). Se trata del primer estudio epidemiológico oral que se realiza en estas edades en España. Los autores han incluido en la recogida de sus datos, además de la edad, sexo y localización (urbana o rural) del preescolar, detalles acerca de la ocupación laboral del cabeza de familia, hábitos de salud oral y visitas al dentista y origen de los sujetos encuestados (debido al fuerte fenómeno de inmigración que se da en nuestro país). Entre sus resultados los autores exponen que la prevalencia de caries en los preescolares españoles es del 17,4% en el grupo de 3 años, aumentando al 26,2% en el grupo de 4 años. Entre el 16,7 y el 22,8% de los preescolares requiere algún tipo de tratamiento

dental por caries, sin embargo, tan solo el 27% de los preescolares de 3 años y el 30% de los de 4 años ha visitado al dentista alguna vez en su vida. Existe un 17-22% de preescolares encuestados que no se cepillan habitualmente los dientes. Como dato relevante de este estudio los autores recogen que se observa un efecto del nivel social y del país de origen en la prevalencia de caries. Es decir, existe una mayor prevalencia de caries en los niños pertenecientes a niveles sociales bajos e igualmente tienen más caries los preescolares de origen extranjero. En cuanto al índice de restauración, solo el país de origen revela diferencias significativas en los niños de 4 años (11% en los españoles frente al 0,6% en los extranjeros). Como último apartado de su publicación, los autores recogen una serie de recomendaciones respecto a las edades preescolares y medidas programáticas para dichas edades. Recalcan la importancia de la etapa preescolar debido a la asociación existente entre la patología de caries en dentición primaria y dentición permanente, y la frecuencia de fenómenos de pérdida de espacio en las arcadas dentales debido a la presencia de caries en dentición decidua. Es por ello que los autores creen conveniente que se preste más atención a estos grupos de edad, muy especialmente a los preescolares que se encuentran en una situación social comprometida.

En el año 2010 se realiza la séptima y última encuesta de salud bucodental en España<sup>(35)</sup>. Se introduce el análisis de la percepción de Salud Oral: percepción de dolor/molestia y de problemas para comer en los últimos 12 meses. La muestra de población encuestada (n=1.000 sujetos) fue estratificada en función de 3 variables: sexo, edad y zona de residencia. Los objetivos específicos del estudio buscaban conocer el nivel de salud oral, los hábitos de higiene oral y el uso de los servicios odontológicos en la población infantil y adulta española, además de averiguar el nivel de calidad de vida oral de la población adulta española. Las conclusiones del estudio reflejan que 6 de cada 10 españoles afirman que les preocupa mucho su salud general y su salud bucal pero casi la mitad de ellos cree no tener ningún problema bucal en la actualidad. Los problemas percibidos con mayor frecuencia fueron la caries, la sensibilidad dental, las encías sangrantes y la movilidad dentaria. En cuanto a los hábitos de higiene oral, 8 de cada 10 españoles se cepilla los dientes 2 o más veces al día y el uso de métodos auxiliares de higiene es elevado (principalmente el uso de colutorio). Aproximadamente la mitad de los encuestados habían visitado al dentista hace menos de 1 año y los motivos más comunes fueron revisión o tartrectomía, las obturaciones y el dolor. Las causas económicas son el segundo motivo para no acudir al dentista, siendo el primero

la ausencia de problemas dentales. Cuatro de cada diez españoles consideró que la crisis económica había tenido repercusión en el uso de los servicios de salud bucodental. Finalmente, el estudio aporta una serie de recomendaciones que incluyen reforzar, mediante campañas educativas, la importancia del cepillado dental con pasta fluorada al menos 2 veces al día y la relevancia de las visitas periódicas al dentista. El grupo de población sobre el que el estudio indica incidir más es en los mayores de 65 años. Además, el estudio recomienda analizar los colutorios que está usando la población general y explicar que son un método auxiliar en la higiene oral no sustitutivo del cepillado dental.

Además de los estudios mencionados a nivel nacional, existen múltiples publicaciones que recogen datos epidemiológicos similares en las diferentes Comunidades Autónomas de la geografía española.

En la **Comunidad Valenciana** se han desarrollado varios estudios a este respecto:

En la publicación anteriormente mencionada realizada por Gimeno de Sande y cols. en 1971<sup>(28)</sup> ya aparecen los primeros datos epidemiológicos acerca de la situación de salud oral en la Comunidad Valenciana. Del total de 649.601 niños de entre 5 y 15 años estudiados, 58.666 pertenecían a las tres provincias valencianas. De este modo, en la provincia de Castellón la muestra fue de 11.134 niños, 20.307 en la provincia de Valencia y 27.225 en Alicante. Los resultados revelan una prevalencia de caries del 73,84% para la provincia de Castellón, un 61,69% para la provincia de Valencia y un 58,59% para la provincia de Alicante. Teniendo en cuenta que la prevalencia de caries del total de la nación se situaba en un 73,4%, la Comunidad Valenciana se encontraba en una situación favorable respecto a la del resto del país. Si prestamos especial interés a la provincia de Valencia, en ella el índice CAOD era de 0,63 frente al 1,10 del total nacional. Para Castellón y Alicante fue del 1,17 y 0,63 respectivamente.

Posteriormente, en 1986, se realiza el estudio “La Salud Bucodental en la Comunidad Valenciana. Encuesta de prevalencia en población infantil”<sup>(36)</sup> llevado a cabo por la Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana. Dicho estudio tuvo como finalidad el recoger los datos acerca de la situación de salud oral en la

Comunidad Valenciana como punto de partida para la futura instauración del Plan de Salud Bucodental. Un total de 62 médicos que estaban cursando sus estudios de estomatología fueron previamente calibrados y exploraron a 1.497 niños de entre 4 y 14 años pertenecientes a las 3 provincias valencianas. Los datos recogidos muestran una prevalencia de caries en dentición temporal del 52,1% en niños de 6 años, del 18,2% en niños de 12 años y del 1% en niños entre 15-16 años. En dentición permanente la prevalencia fue del 12,9% a los 6 años, 70,2% a los 12 años y 82% a los 15-16 años. Es decir, que la prevalencia total de caries para todas las edades y ambos sexos fue del 68,5% (39,9% para dentición temporal y 48,5% para permanente). Además, el estudio presta atención a otras patologías concluyendo que la prevalencia de sangrado gingival es moderada, no existe fluorosis y la media de piezas dentales que necesitan algún tipo de tratamiento dental es de 2,48 piezas por individuo.

Pasados 5 años se realiza el siguiente estudio de ámbito regional llevado a cabo en la Comunidad Valenciana. Se trata del “Estudio de salud bucodental en escolares de municipios seleccionados”<sup>(37)</sup> y sus objetivos fueron reflejar más profundamente el estado de salud oral de la comunidad pensando en futuras acciones preventivas como la fluoración del agua. Además de la prevalencia de caries, se estudió el índice de higiene oral y las necesidades de tratamiento de la población de diversos municipios (aquellos con más de 30.000 habitantes y aquellos incluidos en las grandes redes de abastecimiento de agua) de la Comunidad Valenciana. Se exploraron un total de 7.431 niños de entre 4 y 15 años que pertenecían a un total de 31 municipios de la Comunidad Valenciana que fueron examinados por 5 higienistas dentales previamente calibrados. Como resultados se obtuvo, viendo el intervalo entre los municipios con peores y mejores resultados, una prevalencia de caries total entre el 36 y el 63,49%. La prevalencia de caries en dentición temporal osciló entre el 21,44% y el 35,81%, y en dentición permanente entre el 17,82% y el 46,83%. La media de piezas por cada individuo que precisaba algún tipo de tratamiento dental osciló entre 0,58 y 2,09. El estudio concluye que el estado de salud bucodental en los municipios estudiados es satisfactorio y que en general en la Comunidad Valenciana se alcanzan los objetivos fijados en la estrategia “Salud Para Todos en el Año 2000” de la OMS por lo que la fluoración del agua no parecía ser una medida preventiva necesaria en las provincias valencianas.

El tercer estudio epidemiológico de la región se llevó a cabo en 1998<sup>(38,39)</sup> y sus objetivos fueron evaluar la situación de la población diana del programa de salud bucodental y valorar las medidas preventivas y de promoción de la salud hasta entonces desarrolladas. Los resultados se aplicaron a un total de 1.433 niños explorados repartidos en 3 grupos de edad (6, 12 y 15-16 años) que fueron examinados por 3 exploradores previamente calibrados. Los resultados revelan una prevalencia de caries en dentición temporal del 32,8% en los niños de 6 años, 14,01% en los niños de 12 años y del 0,64% en niños entre 15 y 16 años. En dentición permanente la prevalencia de caries fue del 5,0% a los 6 años, 45,91% a los 12 años y 69,3% a los 15-16 años. Un 32% de los niños presentó una desviación de la oclusión normal, el 98,2% de ellos estaba libre de fluorosis y un 36,5% presentaba opacidades o hipoplasia de esmalte. La media de sextantes afectados por sangrado fue de 1,22 y de cálculos el 0,54. El porcentaje de niños con piezas dentales con sellado de fisuras fue del 1,8% a los 6 años, 10,56% a los 12 años y 6,82% a los 15-16 años. Finalmente el estudio confirma las diferencias existentes según la clase social a la que pertenece el niño, de tal modo que la clase social alta presentó una mejor situación, en lo referente a los índices cod, cos, CAOD, CAOS e índice periodontal comunitario, que la clase social media y baja.

El siguiente estudio epidemiológico realizado en la Comunidad Valenciana es el llevado a cabo en el año 2004<sup>(40,41)</sup> por el Departamento de Estomatología de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia. Los autores justifican su estudio haciendo referencia a los notables cambios demográficos ocurridos en la Comunidad Valenciana en los últimos años asociados al fenómeno de la inmigración. Señalan que estos niños proceden de países en los que, al contrario de lo que ha ido ocurriendo en España, existe un alto índice de caries y sistemas de salud poco desarrollados. Por ello creen conveniente analizar la evolución de la salud oral infantil para así poder valorar la eficacia de las medidas adoptadas y poder evaluar que adaptaciones deben realizarse en el programa de salud bucodental para cubrir las necesidades de los grupos de riesgo. Como exploradores hubo 3 odontólogos y 3 más que actuaron como anotadores. Se analizaron un total de 1.388 niños organizados en 3 grupos de edad (6, 12 y 15-16 años) de los cuales entre un 6 y un 7% eran de nacionalidad extranjera. Los resultados revelaron una prevalencia de caries del 34,2% a los 6 años (32,2% en dentición temporal y 3,7% en permanente), del 48,3% a los 12 años (11,5% en dentición temporal y 42,5% en permanente) y del 56,1% a los 15-16

años (1,2% en dentición temporal y 55,9% en dentición permanente). Los niños de 6 años con algún diente sellado fueron el 1,6%, siendo el 14,6 y 12,2% de los niños de 12 y 15-16 años respectivamente. En cuanto al índice periodontal comunitario, la media de sextantes con sangrado fue de 1,58 a los 12 años y de 1,10 a los 15-16 años. Cálculo hubo en 0,76 a los 12 años y en 0,88 a los 15-16 años. Además, un 99,4% de los niños estaba ausente de fluorosis y un 82,1% de los dientes explorados no presentó ningún tipo de alteración en el esmalte. Cabe destacar que un 24,5% de los niños no había acudido nunca a la consulta del dentista. Entre los que si lo habían hecho, un 16% acudió a un servicio público, un 56% a una consulta privada y un 3,3% a ambos. Finalmente, los autores analizan la población inmigrante y detectan que muestra índices mucho más altos que los obtenidos por los niños españoles. Igualmente, a medida que la clase social es más baja, se produjo un aumento en los índices de caries. Como conclusiones los autores recalcan el hecho de que la inmigración, a pesar de suponer entre un 6 y un 7% de la muestra analizada, eleva significativamente los índices de caries debido a los altos índices que presentan los niños extranjeros. Es por ello que los autores afirman que los niños inmigrantes constituyen un grupo de población con altas necesidades de tratamiento y de aplicación de programas preventivos.

Posteriormente, en el año 2006, se lleva a cabo el Estudio de Salud Bucodental en adultos de la Comunidad Valenciana<sup>(42)</sup>. Dicho análisis fue financiado por la Dirección General de Investigación y Salud Pública de la Conselleria de Sanitat e impulsado por el Departamento de Estomatología de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universitat de València. Los autores justificaron su estudio en base a los cambios tanto sociales como económicos que habían tenido lugar en la Comunidad y destacaron la importancia de que se trató del primer estudio epidemiológico bucodental en adultos de ámbito autonómico en la Comunidad Valenciana. Para llevarlo a cabo se siguieron las directrices de la OMS y se incluyeron 2 cohortes de edad (35-44 años y 65-74 años). Como exploradores hubo 3 odontólogos y 3 más que actuaron como anotadores. Todos ellos fueron formados específicamente para la recogida de información y previamente calibrados para su desempeño. La muestra final estuvo compuesta por 733 adultos jóvenes y 531 adultos mayores y se realizó una distribución de la muestra en función de las variables nacionalidad, nivel social, localización geográfica, tipo de residencia y escolarización. Los resultados obtenidos arrojan una prevalencia de caries, para ambas cohortes de edad estudiadas, por encima del 90%. La

prevalencia de caries activa o caries sin tratar en la Comunidad Valenciana fue de 30,6% a los 35-44 años y del 26,5% a los 65-74 años. El índice de restauración ascendió al 66% para los 35-44 años y al 16,3% para el grupo de 65-74 años, siendo mayor en las mujeres. Se observó un predominio del índice de restauración en el grupo de 35-44 años y en el índice de extracción en el grupo de 65-74 años. El porcentaje de desdentados totales en el grupo de 65-74 años fue del 20,7%, siendo más elevado el grado de edentulismo en hombres, en los individuos institucionalizados y en los individuos con menor nivel educacional. Cerca del 22% y del 26% de los adultos jóvenes y los adultos mayores respectivamente presentó bolsas periodontales, aunque sólo una minoría (4,6% y 4,3%) se correspondió con la fase avanzada de la enfermedad. En cuanto a los hábitos higiénicos, los resultados obtenidos presentaron un porcentaje de cepillado “más de una vez al día” bajo, con valores del 63,3% en adultos jóvenes y del 42,2% en los adultos mayores. La mayoría de los individuos, en ambas cohortes de edad, no acudían de forma regular al odontólogo, ya que el 70-80% hacía más de un año que no le visitaban. Los autores concluyeron que en base a los resultados obtenidos sería necesario mejorar la atención odontológica en los adultos de la Comunidad Valenciana, siendo el objetivo prioritario los colectivos de personas institucionalizadas, las de bajo nivel socioeconómico y las de bajo nivel educacional.

En el año 2007, El Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia publica en su revista oficial a modo de informe técnico los primeros resultados que obtuvimos en el transcurso de la realización de la presente tesis doctoral<sup>(43)</sup> en base a la línea de investigación que se estaba desarrollando en el Departamento de Estomatología de la Universidad de Valencia. El cierre del estudio en ese momento generó un primer bloque de conclusiones que analizaron la profesión odontológica en el periodo de tiempo comprendido entre 1986 y 2007. Definimos como objetivos la determinación del índice dentista/habitante en la provincia de Valencia entre 1986 y 2006, la descripción de los cambios en el perfil profesional de los dentistas en lo referente a su edad y sexo, y se realizó una estimación del número de clínicas dentales distribuidas por comarcas en la provincia de Valencia en el año 2007. Los censos de población se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística y los censos de dentistas fueron aportados por el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia. Para la estimación del nº de clínicas se consultaron diversas fuentes y bases de datos. Entre nuestros resultados obtuvimos un incremento de población para los 20

años analizados del 19,07%, frente a un aumento en el número de dentistas del 244,93% para el mismo período. La disminución en el índice dentista/habitante fue del 65,48% lo que se tradujo en que a cada profesional le correspondían 3.746,41 pacientes menos. Se apreció que en 2006 había 1,72 mujeres dentista colegiadas por cada hombre y que la media de edad de los profesionales colegiados iba en descenso desde los 42,06 años de media en 1986 hasta una media de edad de 39,37 años para el 2006. Finalmente, se estimó que en la provincia de Valencia había 1.281 clínicas dentales lo que supuso 1 clínica dental por cada 1.941 habitantes.

El último estudio epidemiológico realizado en la Comunidad Valenciana es el llevado a cabo en el año 2010<sup>(44)</sup> por el Departamento de Estomatología de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia y su objetivo fue evaluar el estado de salud bucal de la población infantil en el período 2004-2010. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal de la población escolar de Valencia, para lo que se seleccionaron 70 escuelas. El tamaño de la muestra fue de 1.373 alumnos, con edades entre los 6, 12 y 15 años. Los niños fueron examinados en noviembre y diciembre de 2010 por 6 examinadores calibrados en el método ICDAS II (*Internacional Caries Detection and Assessment System*). Los resultados presentan una prevalencia de caries del 30% para la dentición temporal a los 6 años, y para la dentición permanente del 37,7% a los 12 años y del 43,6% a los 15 años. Se observó una mejoría en los índices y prevalencia de caries respecto al año 2004 (la mejora en el índice de caries sólo fue notable en el grupo de 15 años de edad). El índice de atención continuó siendo bajo a los 6 años de edad, pero se apreció un aumento de dicho valor con respecto al 2004 a los 12 y 15 años. Finalmente, se pudo apreciar que la clase social sigue influyendo en los indicadores de caries infantiles en los niños valencianos.

## **2.5. ESTUDIOS CON PROYECCIÓN FUTURA**

Como ya hemos mencionado, en 1995<sup>(21)</sup> se elaboró el primer libro blanco de la Odontología española. Dicho documento incluía un estudio Delphi prospectivo, que contó con la colaboración de 32 expertos, cuya finalidad consistió en hacer un reflejo del posible escenario en el ámbito de la salud oral en el año 2005. Los expertos indicaron que en el año 2005 habría una disminución del número de caries en jóvenes, se mantendría la prevalencia de la enfermedad periodontal, mejorarían los hábitos de

higiene oral, y habría una mayor especialización odontológica, con un incremento de la prescripción de implantes dentales.

En el año 2009, el Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos encargó a los profesores Juan Carlos Lodra de la Universidad de Granada y Denis Bourgeois de la Universidad de Lyon<sup>(45)</sup> la coordinación de un estudio con metodología Delphi cuyo objetivo era analizar las tendencias de la profesión dental y los objetivos de salud oral para el año 2020. El estudio contó a su vez con la colaboración de 3 consultores externos especializados en diferentes áreas incluidas en el análisis y de un amplio grupo de expertos, 8 de ellos provenientes de varias Sociedades Científicas españolas, 5 Profesores Universitarios de diferentes perfiles, 2 miembros de la Administración Pública y 5 representantes de diferentes Colegios de Dentistas de España y finalmente 1 representante de jóvenes dentistas. Cabe destacar que la metodología Delphi consiste en la selección de un grupo de expertos a los que se les pregunta su opinión sobre cuestiones referidas a acontecimientos futuros. Las estimaciones de los expertos se realizan en sucesivas rondas, anónimas, y se intenta llegar a un consenso para establecer un juicio definitivo. Las conclusiones a las que se llegan en el estudio para definir el escenario de la odontología española en el año 2020 se dividen en varios bloques:

- Prevalencia de las patologías odontológicas: los expertos piensan que se va a producir una estabilización de la mayoría de las patologías orales junto con un aumento de la demanda global de los cuidados (salvo en adolescentes y adultos jóvenes en los que se produciría una estabilización), ya que opinan que aumentará el porcentaje de personas que acuden habitualmente al dentista, hay patología no tratada, el envejecimiento de la población ocasionaría patología subsidiaria de demanda odontológica y finalmente el incremento de profesionales produciría un aumento de demanda de asistencia inducida.
- Novedades médicas y científicas: los expertos no creen que vaya a aparecer ninguna novedad diagnóstica relevante, a excepción del cáncer oral en el que la mitad de los expertos tienen grandes esperanzas en que se logre alguna mejora diagnóstica.

- Tendencias socio-profesionales: hay consenso entre los expertos que piensan que la población inmigrante en España va a aumentar las necesidades de cuidados bucodentales, en todas las edades.
- Políticas sanitarias: los expertos piensan que la asistencia pública bucodental seguirá siendo limitada (tratamientos preventivos hasta los 18 años así como de embarazadas y disminuidos psíquicos y tratamientos restauradores en la población de 7 a 18 años y del colectivo de discapacitados), sin que la cobertura se ampliase a la población adulta ni a la tercera edad.
- Situación profesional: Los expertos están consensuados en que el número de profesionales va a continuar creciendo lo que ocasionará un mercado laboral difícil con un empeoramiento de la situación laboral. Habría una clara disminución del ejercicio profesional como autónomo en solitario y un aumento de las modalidades con mayor grado de dependencia (trabajo en policlínicas, pluriempleo en varios centros, trabajo para otro profesional, trabajo para aseguradoras o franquicias). La profesión se va rejuvenecer y feminizar, y los movimientos migratorios de profesionales hacia el extranjero no va a disminuir. Además los costes para el profesional van globalmente a aumentar y los precios de los servicios para los pacientes se van a estabilizar.

La Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral encargó un estudio<sup>(46)</sup> que definiera los objetivos básicos de salud bucal para España (2015/2020). El estudio convocó a un panel de expertos de 6 miembros que trabajó durante el período 2006-2007. La labor del grupo incluyó tres reuniones y una presentación en la conferencia anual de la Sociedad en el año 2007. Debido a que cada comunidad autónoma en España tiene el control sobre su política de salud, se definieron unos únicos objetivos básicos para el total nacional. Las variables utilizadas fueron el historial de caries y la salud gingival, según los criterios de la OMS, la frecuencia de cepillado dental y la percepción de la salud de acuerdo con el Proyecto Global de Desarrollo de Indicadores de Salud Oral Europea. Finalmente, definieron un total de 16 objetivos de salud, 8 para niños y 8 para adultos. Destaca que el número de dientes permanentes cariados/perdidos/obturados debe ser <1 a los 12 años de edad en 2015, o que el porcentaje de personas desdentadas debe ser <15% a los 65-74 años para el año

2020. Los objetivos propuestos inciden en un incremento en el porcentaje de población que se cepille los dientes, una mejora de la salud periodontal, disminución de la prevalencia de caries y aumento en el índice de restauración. Con el fin de lograr las metas propuestas, el panel de expertos recomendó la participación de todo el personal del sistema de salud en el mantenimiento y/o desarrollo de nuevos programas y estrategias de salud oral.

Finalmente, en el estudio que fue presentado por el Consejo General en el año 2010<sup>(14)</sup>, se incluía un apartado que consistió en un ejercicio de proyección demográfica de la profesión y la población para el año 2020 a nivel nacional. Los datos arrojan una cifra de partida de 28.095 dentistas en el año 2010, que llegaría a 39.709 dentistas para el año 2020, lo que se traduce en un incremento del 41,3%. Sin embargo, los autores indican que habría que tener en cuenta el posible error que registran en el cálculo de las bajas de dentistas y las homologaciones, por lo que finalmente situarían la cifra final de profesionales en cercana a 40.000. En el reparto por sexo, en el año 2010 las mujeres dentista suponen el 44,3% del total nacional, que llegaría al 52,8% en el año 2020. El reparto de dentistas por grupos etarios presenta un 28% de dentistas entre 20 y 30 años en el año 2010, cifra que se elevaría al 40,8% en el 2020. Los profesionales de 61 años o más, pasarían del 4% en 2010 al 8,1% en el 2020. Es decir, las mujeres dentistas crecerían en 8,5 puntos y la edad promedio de la profesión disminuiría en cerca de 2 años hasta el 2020.



### **3. OBJETIVOS**

---



### **3. OBJETIVOS**

---

En la realización del presente estudio hemos pretendido describir la evolución demográfica de la profesión odontológica en la provincia de Valencia y realizar un reflejo de la distribución de sus recursos sanitarios privados en el área de salud bucodental.

Como objetivos específicos se ha pretendido:

1. Determinar la evolución del índice dentista-habitante (IDH) en la provincia de Valencia en el periodo de tiempo comprendido entre 1986 y 2014.
2. Describir los cambios demográficos de los dentistas en lo referente a edad y sexo desde 1986 a 2014.
3. Realizar una estimación del nº de clínicas dentales distribuidas por comarcas en la provincia de Valencia en el año 2014.
4. Describir el perfil profesional y conocer la opinión sobre aspectos relevantes de la profesión de los profesionales colegiados en el ICOEV.
5. Describir el perfil y conocer la opinión de la población adulta de la provincia de Valencia con respecto a la profesión odontológica y la figura del odontólogo.



## **4. MATERIAL Y MÉTODO**

---



## 4. MATERIAL Y MÉTODO

---

Para la realización del siguiente estudio se han utilizado datos extraídos de las siguientes fuentes:

- Datos demográficos: Se han obtenido de los censos de población de la provincia de Valencia realizados por el Instituto Nacional de Estadística (INE). La población total de la provincia ha sido a su vez clasificada en función de cada municipio y de cada comarca.

- Datos profesionales: La recopilación de dichos datos se hizo en 2 fases. La primera de ellas comenzó en el año 2007 y para llevarla a cabo lo primero que hicimos fue ponernos en contacto por carta con el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia (Anexo 1). Como respuesta nos enviaron una lista base con el nº de colegiados en 1986 en la provincia de Valencia. Además, nos aportaron la diferenciación por sexos y el nº de colegiados perteneciente a cada edad entre los 22 y los 103 años. A partir de dicha lista nos facilitaron el nº de altas y bajas anual desde dicha fecha hasta el año 2006, diferenciando también cada alta y baja por sexo y edad. La fecha de cierre para el listado anual correspondió al 31 de Diciembre de cada año. Para nuestra investigación creamos en ese momento una tabla para cada año desde 1986 hasta 2006. Debido a la incompatibilidad entre la edad de algunos colegiados y la actividad profesional eliminamos de nuestro estudio aquellos colegiados con más de 70 y con menos de 22 años. El Colegio de Odontólogos nos explicó dichas alteraciones en los datos al tratarse de colegiados que tras su jubilación o fallecimiento no cursaron baja en el Colegio. Colocamos las cifras de colegiados al lado de su edad y por cada año que se analizaba sumábamos un año de edad a cada colegiado. A partir de ahí añadimos las altas y restamos las bajas por edad, sin olvidar añadir un año de edad a nuestros colegiados registrados según avanzábamos cada año. Con los datos facilitados por el Colegio de Odontólogos pudimos analizar el nº de colegiados por cada año entre 1986 y 2006, conocer el nº de colegiados por cada edad entre los 22 y los 70 años, distribuir a los colegiados por grupos de edad (22-30 años, 31-40 años, 41-50 años, 51-60 años y 61-70 años), conocer el nº de altas y bajas anuales (por edad y sexo) y calcular la media de edad de los colegiados por cada año.

La segunda fase para la recogida de los datos profesionales se ha llevado a cabo en el año 2014. Al igual que la vez anterior, los datos nos los ha facilitado el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia que nos envió los mismos registros solicitados anteriormente para el año 2007 y sucesivos (el último año tratado ha sido el 2014). En este caso, la cifra anual de colegiados de estos 7 últimos años estudiados, ya fue facilitada por el colegio sin tener que ser calculada por nosotros sumando y restando las altas y bajas de cada año.

- Datos clínicas: De nuevo comenzamos nuestra investigación en este campo poniéndonos en contacto con el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia. En respuesta nos enviaron un listado creado por la Conselleria de Sanitat de Valencia en el año 2006 donde se recogen las clínicas dadas de alta que les constan para dicho año. En el listado aparecen los datos exactos del nombre de la clínica, los datos del titular, la dirección y localidad a la que pertenece, el número de registro y los datos del solicitante del último expediente del centro. A partir de la dirección y localidad aportamos a cada clínica su código postal para ordenar de este modo el listado y agruparlo por localidades. En dicho listado aparecen un total de 777 clínicas, las cuales tomamos como listado base para nuestra búsqueda.

Seguidamente se realiza una búsqueda en internet en la página web de Páginas Amarillas ([www.paginasamarillas.es](http://www.paginasamarillas.es)). En dicha página se pueden realizar búsquedas reseñando una actividad/producto/marca o el nombre de una empresa y se realiza la búsqueda por provincia y localidad. Los resultados aparecen en forma de lista en la que se detalla el nombre del profesional o de la clínica, así como la dirección exacta, el teléfono de contacto y la página web en caso de tenerla. En nuestro caso realizamos 3 búsquedas. En todas ellas la provincia fue Valencia e incluimos todas las localidades. En el apartado actividad/producto/marca introdujimos la palabra “dentistas” en primer lugar, “clínicas dentales” en segundo lugar y “estomatólogos” en tercer lugar. Como resultado de las búsquedas obtuvimos 369 registros como dentistas en la provincia de Valencia, 813 registros como clínicas dentales en la provincia de Valencia y 214 estomatólogos en la provincia de Valencia.

A continuación realizamos una búsqueda de las clínicas pertenecientes a las 2 franquicias más extendidas en España, Unidental y Vitaldent. Para ello primero

entramos en la página web de Unidental ([www.unidental.es](http://www.unidental.es)) y realizamos una búsqueda de las clínicas de la provincia de Valencia. Como resultado existen un total de 12 clínicas Unidental en la provincia de Valencia, de las cuales 2 están en Valencia capital y las restantes en Aldaia, Bétera, Burjassot, Llíria, Manises, Mislata, Moncada, Paterna, Requena y Torrent, habiendo una en cada municipio mencionado. Los resultados aparecen en forma de listado con la dirección y teléfono de cada clínica.

De igual modo se realiza una búsqueda en la página web de Vitaldent ([www.vitaldent.com](http://www.vitaldent.com)). Para ello debemos buscar la localización de las clínicas en la provincia de Valencia. Además, se despliegan todas aquellas localidades en las que hay alguna clínica Vitaldent. Como resultado se obtuvieron un total de 19 clínicas Vitaldent, de las cuales 7 se encuentran en Valencia capital, y las restantes, a razón de una por localidad, en Alaquas, Algemesi, Alzira, Gandía, Liria, Mislata, Ontinyent, Paterna, Puebla de Farnals, Puerto Sagunto, Requena y Xátiva. Los resultados aparecen en forma de lista en la que se detalla la dirección exacta y el teléfono de cada clínica.

Siguiendo en esta línea, a continuación consultamos las páginas web de diferentes cadenas de clínicas que tienen centros en la provincia de Valencia. Comenzamos realizando una búsqueda en la página web de las clínicas Dentix ([www.dentix.com](http://www.dentix.com)) y usamos el buscador de ubicación seleccionando la provincia de Valencia. Como resultado aparecen 3 clínicas Dentix en la provincia, 2 en Valencia capital y una en Torrent, con la dirección y el teléfono de cada una de ellas. Posteriormente consultamos la página web de las clínicas Caredent ([www.caredent.es](http://www.caredent.es)), que tienen 1 clínica en Valencia capital, y de las clínicas Dentalis ([www.dentalis.es](http://www.dentalis.es)), que tienen 2 clínicas en la provincia, 1 en Valencia capital y otra en Gandía.

A continuación, realizamos una búsqueda en otra base de datos de ámbito nacional, y más concretamente en su página web ([www.qdq.com](http://www.qdq.com)). En ella realizamos nuestra búsqueda según el ejemplo que nos proponen en el que es necesario detallar una actividad y la provincia en la que se desea buscar (Ej. Fontaneros Madrid). Se introdujeron los términos “dentistas Valencia” en primer lugar y se obtuvieron un total de 207 resultados para toda la provincia. En dicha búsqueda se nos propusieron 2 actividades relacionadas en las que obtener nuevos resultados, “clínicas dentales Valencia” y “médicos especialistas en odontología Valencia”. Con dichas búsquedas

obtuvimos 231 y 47 resultados respectivamente. Al igual que en las búsquedas anteriores, los resultados aparecen en forma de lista donde se detalla la dirección exacta de la clínica o profesional y los teléfonos de contacto.

En nuestra investigación, para intentar añadir más clínicas a nuestro listado, se decidió buscar en las compañías de seguros médicos. Para ello era necesario conocer aquellos seguros que prestaban atención odontológica en la provincia de Valencia. Se realizó una búsqueda en la página web del Ayuntamiento de Valencia ([www.valencia.es](http://www.valencia.es)). En ella, en el apartado de Sanidad, se localizaron las sociedades de seguros médicos que prestan servicio en Valencia. Los resultados fueron: Adeslas S.A., Asisa (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros S.A.), Divina Pastora, DKV, Isfas (Seguridad Social de las Fuerzas Armadas), Mutua Valenciana Levante y Sanitas. Además, se realiza una búsqueda en Google para añadir más compañías que operen en Valencia y como resultado obtenemos: Santa Lucía, Grupo Vitalicio, Aegon, Previa, Groupama/Meditec, Caser y Mapfre, siendo las 2 últimas las que prestan mayor cobertura en la Comunidad Valenciana. A partir de esta lista, realizamos diferentes búsquedas en la página web de cada compañía para localizar las clínicas o profesionales que prestan sus servicios vinculados a dichos seguros y añadir a nuestro listado aquellas clínicas aún no detectadas en nuestras anteriores bases de datos.

Comenzamos por la compañía aseguradora Adeslas S.A. En su página web ([www.segurcaixaadeslas.es](http://www.segurcaixaadeslas.es)) podemos realizar una consulta por especialidad, acotando luego los resultados por provincia, o podemos consultar su cuadro médico dental (en función de los diferentes tipos de póliza que contemplan). Comenzamos por la búsqueda por Especialidad y nos aparecen 2, “Odontología General” y “Odontología-Estomatología”. Seleccionando para ambas la provincia de Valencia nos aparecen 0 resultados para General y 108 para Estomatología (de los cuales, 6 son clínicas propias de la compañía). Completamos la búsqueda consultando su cuadro dental y hay 3 opciones en función del tipo de póliza contratado por el usuario (“Cuadro dental Activa”, “Cuadro Médico Adeslas Dental” y “Cuadro Médico Adeslas Dental Óptima”). Se consultan todas las opciones por especialidades y acotado a la provincia de Valencia pero los resultados no aportan ningún otro centro o especialista que no estuviera detallado en los 108 registros encontrados anteriormente. Todos los profesionales aparecen en un listado en el que se detalla el nombre del profesional, la clínica, el

teléfono y la dirección exacta. Como hemos indicado, dicha compañía tiene clínicas propias repartidas por todo el territorio nacional. Para la provincia de Valencia, cuenta con 6 centros, 4 en Valencia capital, 1 en Alzira y 1 más en Torrent.

A continuación buscamos en la página web de la compañía Divina Pastora ([www.divinapastora.com](http://www.divinapastora.com)). Entramos en la opción Seguros de Salud y posteriormente en la opción Dental y podemos realizar una consulta del cuadro médico dental acotado a la provincia de Valencia (en todas las poblaciones). Debemos realizar la consulta por Especialidad y obtenemos 127 resultados para “Odontología General” en la provincia de Valencia. Consultamos el resto de especialidades y obtenemos 108 resultados para “Ortodoncia”, 115 para “Implantología”, 105 para “Periodoncia” y 97 para “Odontopediatría”, pero todos estos registros coinciden con los 127 indicados como Odontología General.

Como siguiente paso buscamos en la página web de la compañía Sanitas ([www.sanitas.es](http://www.sanitas.es)). Podemos consultar su Cuadro Médico por especialidad y restringiéndolo a la provincia de Valencia. Como resultado de las búsquedas obtenemos un listado con 70 resultados para Odontoestomatólogos en su “Cuadro Médico” y 39 resultados como Odontoestomatólogos en su “Cuadro Seguro Dental” (estando todos los registros encontrados en este 2º epígrafe incluidos en los 70 encontrados en la 1ª búsqueda). Además, aparecen sus 9 Centros Dentales Milenium. Los Centros Dentales Milenium son clínicas dentales privadas creadas por la propia sociedad Sanitas para prestar servicio a sus asegurados y a pacientes particulares no pertenecientes a su compañía. En la provincia de Valencia hay 9 clínicas dentales Milenium (6 en la ciudad de Valencia, 1 en Torrent, 1 en Paterna y 1 en Puerto de Sagunto).

La siguiente compañía en la que se buscaron datos fue Asisa S.A. ([www.asisa.es](http://www.asisa.es)). Se consultó su cuadro médico dental en la provincia de Valencia, tanto para “Odontología general” como para “Implantes”, “Odontopediatría”, “Ortodoncia” y “Periodoncia”. La página web permite descargar un archivo PDF con la información solicitada. Obtuvimos un total de 50 registros en la provincia de Valencia, con información detallada en lo referente a dirección, nombre del profesional y teléfono de la clínica, consulta o centro en el que ejerce. Una de las clínicas es un centro propio de la compañía que se encuentra en Valencia capital.

A continuación, se realizó una búsqueda en la página web de la compañía DKV ([www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com)). Nos introdujimos en la pestaña “Médicos DKV” y acotamos la búsqueda al apartado “Seguro dental” en la provincia de Valencia. El total del cuadro médico dental en la provincia de Valencia (incluyendo todas las especialidades, todas las localidades y todos los códigos postales) fue de 131 registros. De ellos 22 pertenecían a Valencia capital, 7 a Cullera y Torrent respectivamente, 6 a Riba-Roja del Túria, 5 a Puerto de Sagunto, 4 a La Pobla de Farnals, Gandía, Paterna, Mislata y Alzira respectivamente, 3 a Aldaia y Alginet respectivamente, 2 en Pujol, Foios, Silla, L’Elia, Xátiva, Ontinyent, Oliva, Catarrosa, Algemesí, Manises, Chiva, L’Alcudia, La Pobla de Vallbona, Burjassot, Pincaya y Almussafes respectivamente y 1 en cada localidad siguiente: Alacuás, Albaida, Alborada, Alfafar, Ayora, Benifaió, Benetússer, Benimodo, Bétera, Carcaixent, Castelló de Rugat, El Puig, Mediana, Moncada, Museros, Paiporta, Picassent, Puzol, Quart de Poblet, Rafelbuñol, Rocafort, Sagunto, Tavernes Blanques, Tavernes de la Valldigna, Turis y Xirivella. De todos los resultados obtenidos se detalla en forma de listado la dirección exacta y el teléfono de contacto.

También realizamos una búsqueda en la página web de la compañía de seguros Mapfre ([www.mapfre.es](http://www.mapfre.es)). En su cuadro médico de la provincia de Valencia seleccionamos los profesionales, centros o clínicas pertenecientes al listado de “Salud dental” y elegimos todas las localidades de la provincia. Los resultados que nos encontramos se clasifican en: 9 resultados denominados “Odontoestomatología Periodoncia” y 99 resultados denominados “Odontoestomatología Asistencia Dental Completa (excepto Periodoncia)” y 7 resultados denominados “Odontoestomatología Asistencia Bucodental Completa”. En cada caso la lista incluye los datos exactos referentes a la dirección, nombre del especialista y teléfono de la consulta en que ejerce.

La última compañía de seguros en la que se realizó una búsqueda fue Caser. En su página web ([www.caser.es](http://www.caser.es)) seleccionamos el producto “Seguros de salud” y podemos consultar su cuadro médico para “Caser Salud Dental”. La propia página contiene un archivo PDF de su cuadro médico dental que se puede descargar. Se obtienen un total de 68 resultados. 35 de ellos pertenecen a Valencia capital, 3 a Mislata, 2 a Torrent, Aldaia y Cheste respectivamente, y un resultado en cada una de las siguientes localidades: Albalat dels Tarongers, Alzira, Alcocer, Algemesi, Buñol, Museros, Ontinyent, Paterna, Pincaya, Rafelbunyol, Puig, Moncada, Picassent, Puerto

de Sagunto, Silla, Vila-nova de Castelló, Massanasa, Gandía, Cullera, Canals, Carcaixent, Burjassot, Tavernes Blanques y Utiel. Los resultados aparecen en forma de lista repartida en 7 páginas en la que aparece el nombre del profesional y la dirección y teléfono de la clínica o consulta.

Otra fuente en la que se realizó una búsqueda fue la Cámara de Comercio de Valencia. En su página web ([www.camaravalencia.com](http://www.camaravalencia.com)) se siguieron los siguientes pasos: se localizó su directorio de empresas y se seleccionaron las empresas, cifras y datos de la provincia de Valencia. Una vez en este punto se puede realizar una búsqueda por el nombre de la empresa, su actividad, una palabra clave y un municipio. En nuestro caso se introdujo en el apartado actividad el número 943 correspondiente al epígrafe del IAE “Consultas y Clínicas de Estomatología y Odontología”. Como resultado se genera un fichero con 557 registros y como opción es posible conocer datos acerca de su dirección exacta, volumen de ventas, número de trabajadores, teléfono, fax, web, personas de contacto, cifras de importación y exportación y marcas. En nuestro caso solicitamos un fichero únicamente con el teléfono y la dirección exacta de cada resultado. Una vez generado el fichero requerido realizamos una compra on-line del mismo y lo descargamos.

En nuestra investigación también se consultó una base de datos (Axesor) que desde el 1 de Octubre de 2012 es la primera Agencia de Rating española, reconocida por la *European Securities and Markets Authority* (ESMA), único organismo regulador en Europa. De este modo Axesor es la compañía referente en prestación de servicios de información empresarial, financiera, gestoría virtual y bases de datos de marketing on-line. A través de su página de consulta ([www.axesor.es](http://www.axesor.es)) se pueden consultar diferentes actividades. En nuestro caso seleccionamos la información comercial de las actividades odontológicas. Como resultado obtenemos 4.715 registros distribuidos en 189 páginas (aparecen 25 registros por página excepto en la última en la que hay solo 15) en los que se detalla el nombre de la empresa, su dirección y su teléfono. La búsqueda no puede acotarse más y no clasifica los resultados por provincia ni hace distinciones entre clínica dental, laboratorio de prótesis, centro radiológico o depósito dental. Una vez revisados uno a uno todos los registros localizamos que 202 pertenecen a la provincia de Valencia. De ellos, eliminamos 15 por tratarse de laboratorios de prótesis, depósitos dentales o centros radiológicos.

Finalmente, se realizaron comprobaciones telefónicas en aquellos casos en los que quedaba alguna duda o existía alguna discrepancia en nuestros datos. Se realizaron un total de 336 llamadas a clínicas particulares y 11 a Ayuntamientos de diferentes municipios para verificar los datos de nuestra lista.

- Datos acerca de la agrupación comarcal: La fuente consultada para la organización comarcal de los municipios ha sido la Diputació de València.

- Realización de encuestas para la obtención de datos acerca del perfil de la población y de los dentistas: Para la realización de esta parte del estudio nos pusimos en contacto con una empresa de sondeos especializada seleccionada por nosotros (Append) y preparamos 2 cuestionarios para ser llevados a cabo telefónicamente, uno dirigido a la población general de la provincia de Valencia, y otro dirigido a los profesionales colegiados en el ICOEV (Anexos 2 y 3). Las encuestas telefónicas han sido realizadas por personal de Append con experiencia en el desarrollo de trabajos de emisión de llamadas y grabación de datos. La emisión de llamadas telefónicas se realizó desde *call center* mediante sistema CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*) entre los días 27 de Mayo y 12 de Junio de 2013.

El cuestionario dirigido a los profesionales colegiados en el ICOEV (Anexo 2) se trata de un cuestionario cerrado que consta de 40 preguntas con una duración de unos 8 minutos. Para poder llevarlo a cabo, el ICOEV entregó a la empresa de sondeos una base de datos confidencial con doble encriptado y contraseña (de los 1.892 dentistas colegiados) sobre la que se realizó un muestreo aleatorio. A su vez, el colegio envió una notificación vía e-mail a cada colegiado informándoles del estudio que se estaba llevando a cabo, solicitando su colaboración y avisándoles de que se les llamaría. A los pocos días, los encuestadores comenzaron a llamar a los colegiados. Realizaron una primera ronda de llamadas para realizar el cuestionario o para concertar una cita para su cumplimentación en caso de estar interesados en colaborar pero no ser posible en dicho momento. Posteriormente, se realizó una segunda ronda de llamadas para los colegiados citados. El número máximo de llamadas a cada colegiado fue de 5. Se dejaba de llamar al colegiado:

- si no contestaba en 5 intentos (en diferentes días y horas de llamada)
- si manifestaba no tener interés en colaborar

- si retrasaba la cita en 4 ocasiones (o era imposible realizar el contacto en la fecha y hora previstas)

La muestra final la componen 209 profesionales colegiados en el ICOEV (Universo: 1.892 colegiados. Error del 6% con un nivel de confianza del 95%) y que desarrollan su actividad en la provincia de Valencia.

El cuestionario dirigido a la población general de la provincia de Valencia (Anexo 3) se trata de un cuestionario cerrado que consta de 60 preguntas y unos 10 minutos de duración que fue creado por nosotros y suministrado a los encuestadores. La base de datos de población fue facilitada por la empresa de sondeos (Append) y consiste en población general adulta en la que se contemplan cuotas por edad, sexo y provincia. La muestra final de población la componen 356 individuos adultos (Universo: 2.548.898 habitantes de la provincia de Valencia. Error del 6% con un nivel de confianza del 95 %) y que residen en la provincia de Valencia.

Para ambos cuestionarios la empresa de sondeos realizó controles de entendimiento del argumentario a los entrevistadores y controles del trabajo de campo y grabación de los datos obtenidos. Los testimonios recogidos por ambos cuestionarios nos han sido entregados a fecha 20 de Junio de 2013 en 2 bases de datos convenientemente codificadas y depuradas que han sido procesadas y analizadas por nosotros, según los registros y objetivos definidos, mediante el programa SPSS.

En todo momento se ha respetado la confidencialidad de los datos obtenidos durante el desarrollo del proyecto respetando las normas previstas en la **Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre**, de Protección de Datos de Carácter Personal.



## **5. RESULTADOS**

---



## 5. RESULTADOS

---

### 5.1. DATOS DESCRIPTIVOS

En nuestro estudio realizamos un análisis descriptivo de los datos para cada una de las variables estudiadas.

#### 5.1.1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Los datos recogidos fueron almacenados y procesados en una tabla creada para tal fin con el programa Excel de Microsoft. Se obtuvo el total de habitantes en la provincia de Valencia por cada año desde 1986 a 2014 y el recuento de individuos clasificado por cada municipio de la provincia de Valencia a fecha 1 de Enero de 2014. Este último dato lo agrupamos según la clasificación comarcal propuesta por la Diputació de València.

AÑOS	INDIVIDUOS	AÑOS	INDIVIDUOS
1986	2.078.815	2001	2.227.170
1987	2.088.302	2002	2.267.503
1988	2.116.510	2003	2.320.297
1989	2.135.283	2004	2.358.919
1990	2.160.258	2005	2.416.628
1991	2.117.927	2006	2.463.592
1992	2.135.942	2007	2.486.483
1993	2.165.455	2008	2.543.209
1994	2.188.473	2009	2.575.362
1995	2.200.319	2010	2.581.147
1996	2.172.840*	2011	2.578.719
1998	2.172.796	2012	2.580.792
1999	2.187.633	2013	2.566.474
2000	2.201.200	2014	2.548.898

Tabla 1. Cifras de población referidas al 1 de enero de cada año de la provincia de Valencia (unidades: personas). \* Referida al 1 de mayo de 1996. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

COMARCA	INDIVIDUOS
La Plana d'Utiel Requena	39.475
La Vall d'Aiora o de Cofrentes	10.257
La Vall d'Albaida	89.653
Racó d'Ademús	2.461
L'Horta Oest	348.148
El Camp del Túria	154.973
L'Horta Sud	174.042
La Ribera Alta	221.299
Els Serrans	16.948
L'Horta Nord	225.066
La Safor	175.544
El Camp de Morvedre	90.093
La Ribera Baixa	81.279
La Canal de Navarrés	16.803
La Foia de Bunyol	43.113
La Costera	72.320
Ciutat de València	786.424

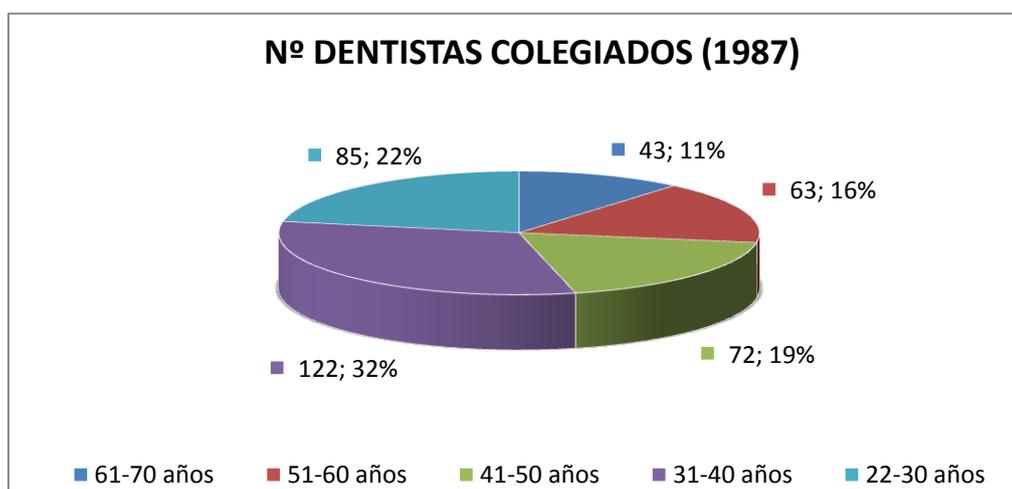
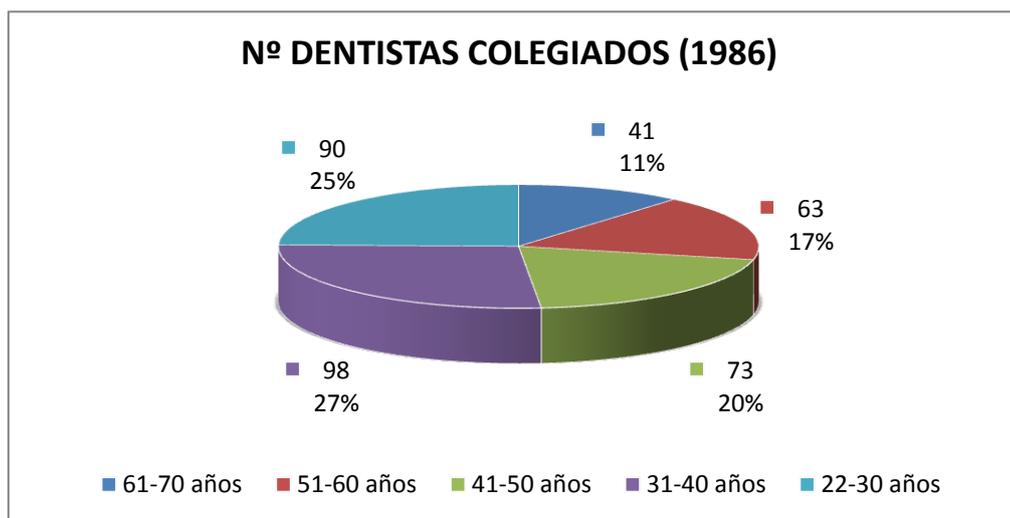
Tabla 2. Agrupación comarcal de las cifras de población referidas al 1 de Enero del 2014 en la provincia de Valencia (unidades: personas) creada a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

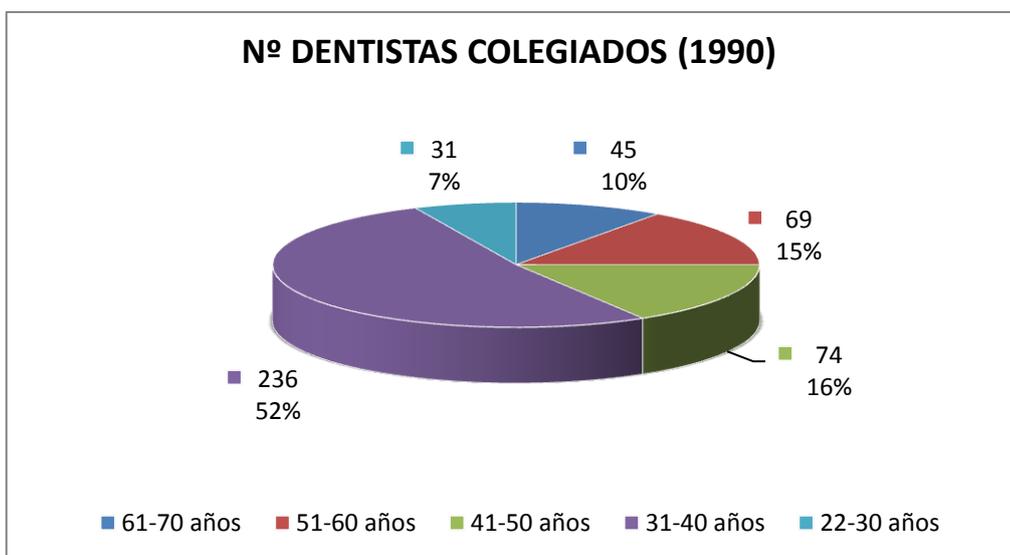
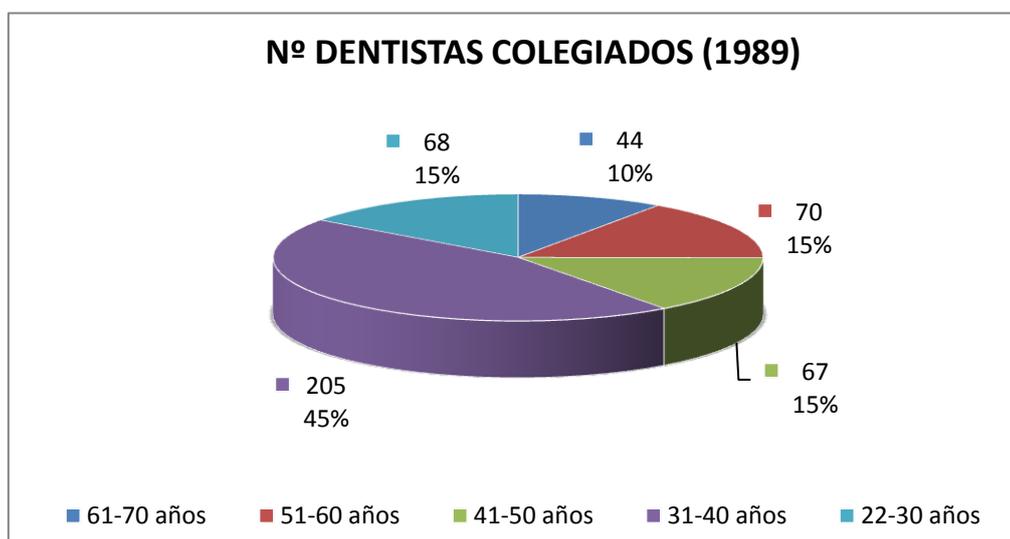
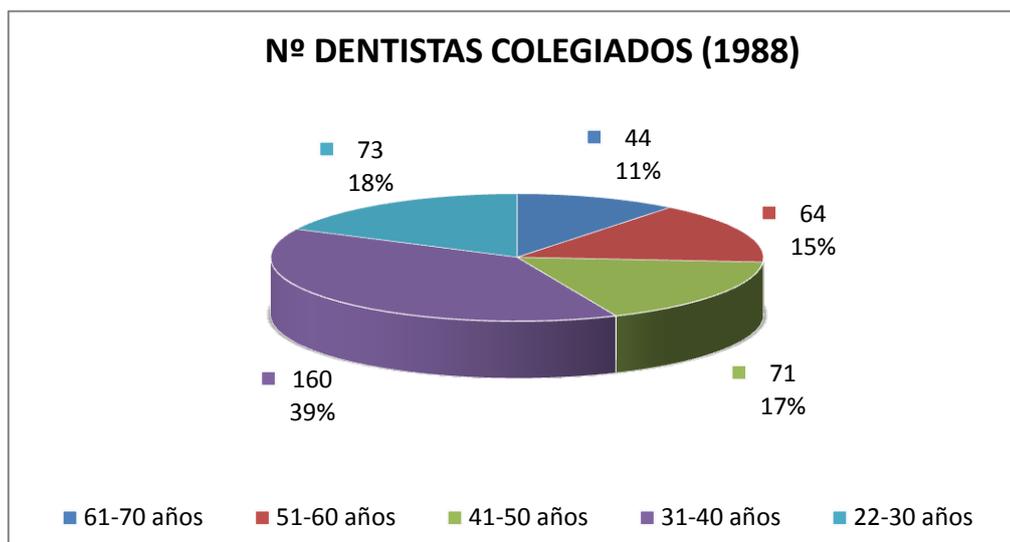
### 5.1.2. DATOS PROFESIONALES

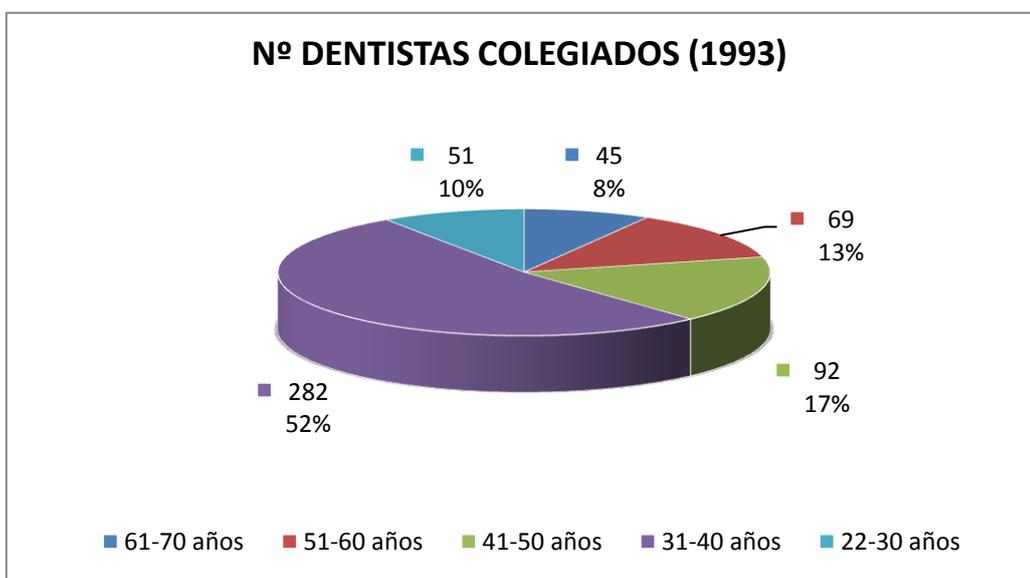
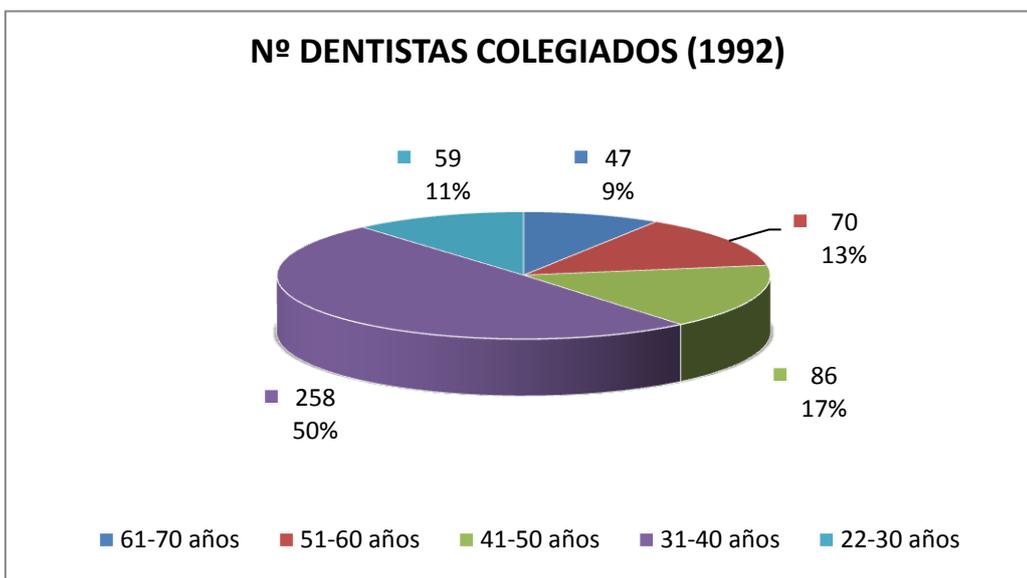
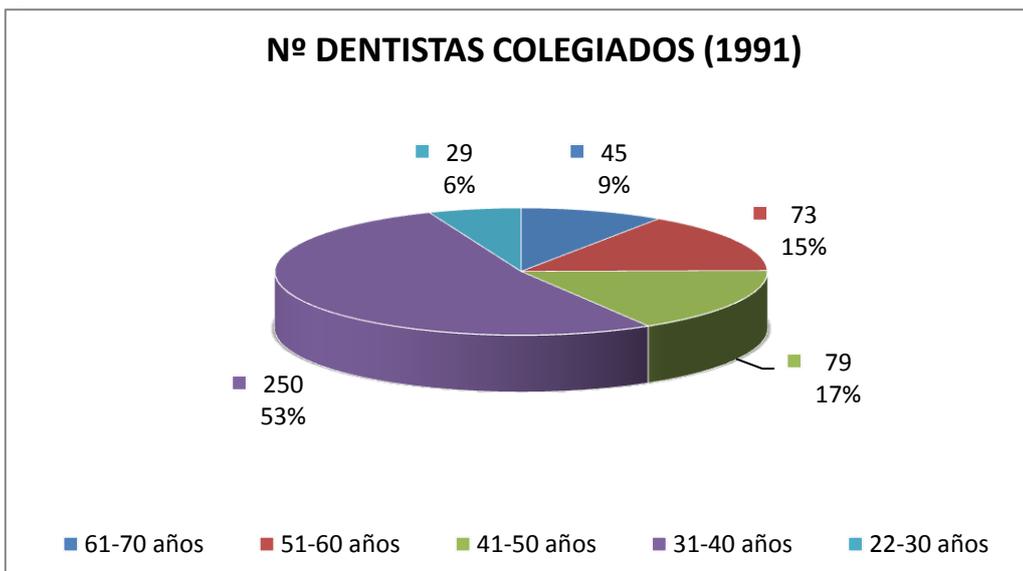
Los datos fueron almacenados y tratados en una tabla creada para tal fin con el programa Excel de Microsoft. El año de partida de nuestra investigación fue 1986. Para dicho año el Colegio de Odontólogos de Valencia contaba con un total de 625 colegiados de edades comprendidas entre los 25 y los 133 años. Debido a la incompatibilidad entre la edad de algunos colegiados y el ejercicio profesional, eliminamos de nuestro recuento anual, aquellos colegiados de más de 70 años y de menos de 22. De este modo nuestro número de colegiados de partida para el año 1986 fue de 365. A partir de dicha cifra, según cambiábamos de año, sumamos un año de edad a cada individuo y añadimos las altas y las bajas por edad. Se siguió esta metodología con los datos recogidos hasta el año 2006. La cifra de colegiados para el año 2007 y sucesivos ya fue facilitada por el colegio sin tener que ser calculada por nosotros sumando y restando las altas y bajas de los colegiados de forma anual.

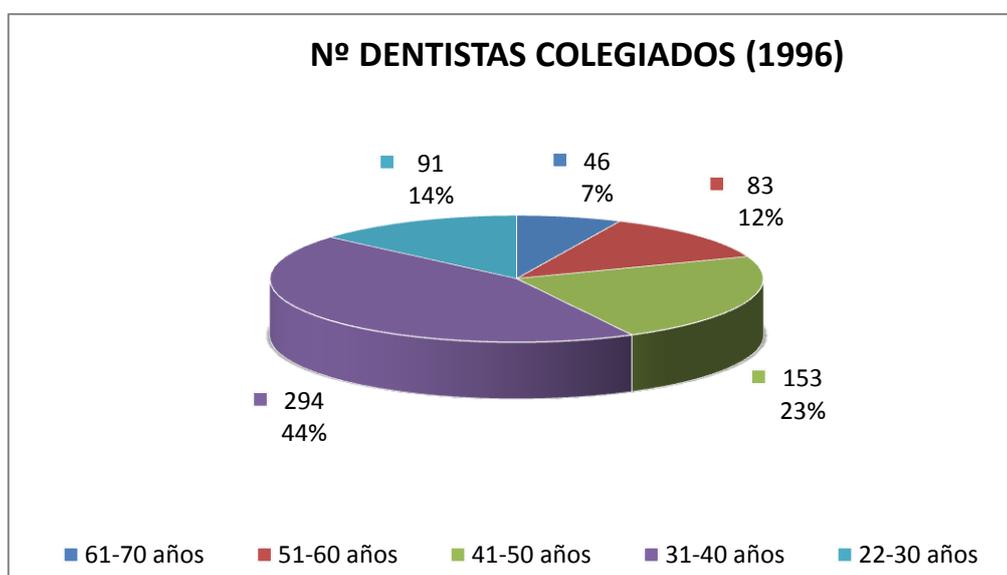
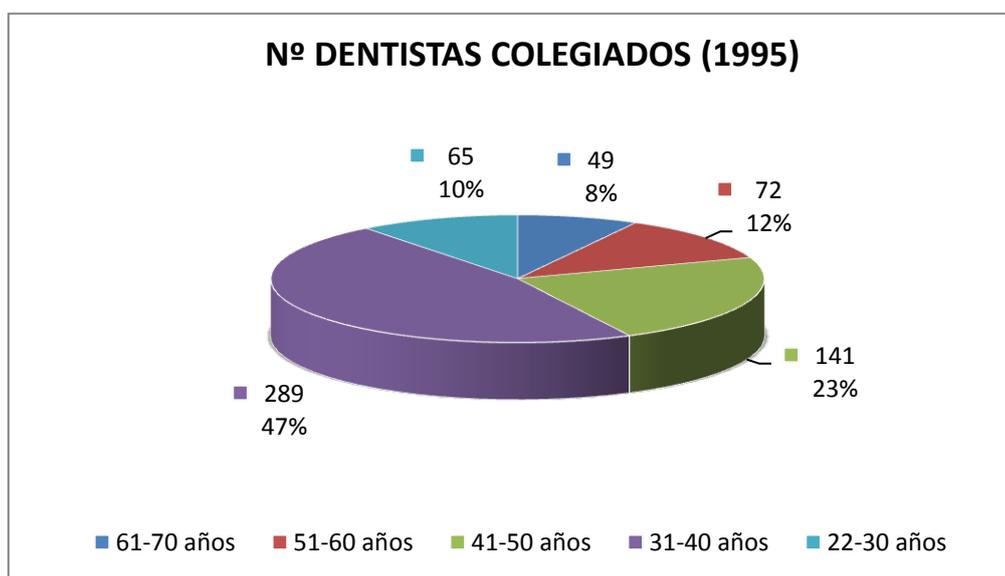
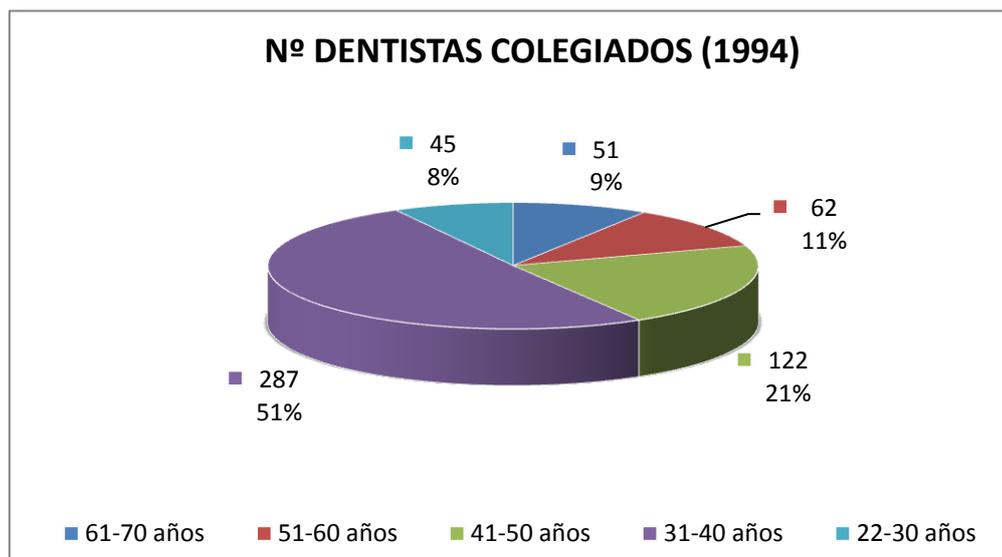
AÑOS	COLEGIADOS	AÑOS	COLEGIADOS
1986	365	2001	947
1987	385	2002	1.016
1988	412	2003	1.063
1989	454	2004	1.123
1990	455	2005	1.187
1991	476	2006	1.259
1992	520	2007	1.373
1993	539	2008	1.458
1994	567	2009	1.538
1995	616	2010	1.605
1996	667	2011	1.692
1997	707	2012	1.733
1998	762	2013	1.778
1999	813	2014	1.892
2000	859		

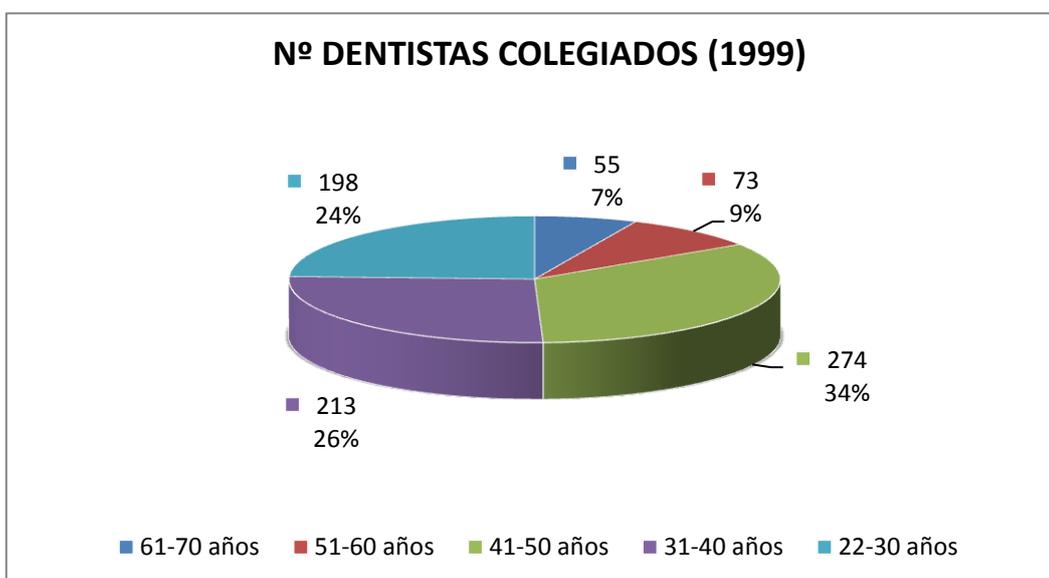
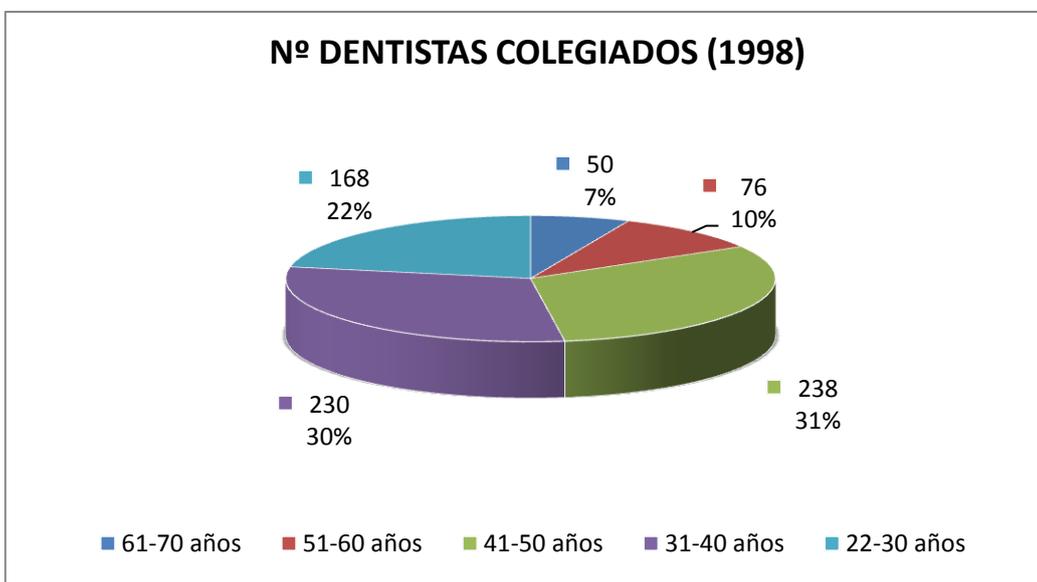
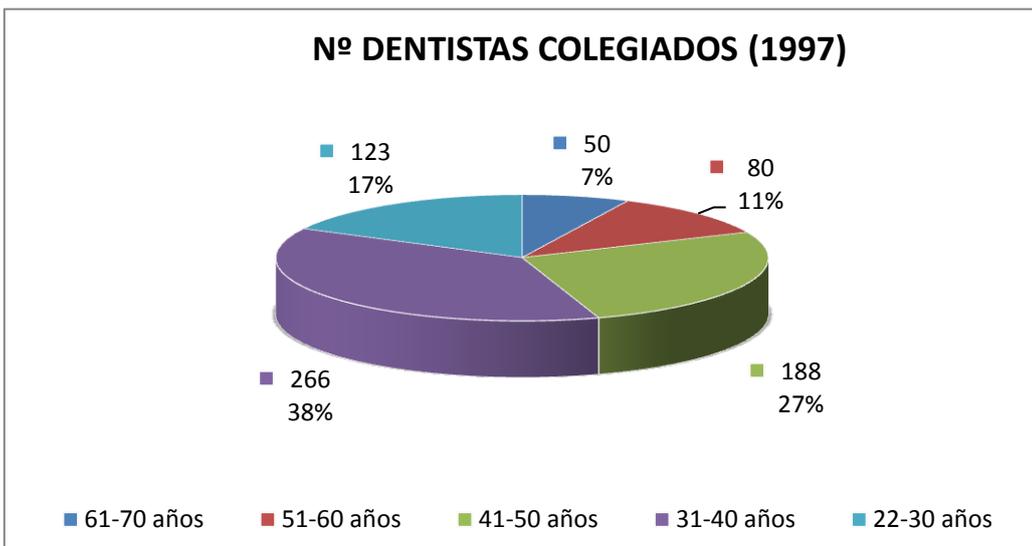
Tabla 3. Nº de colegiados por año en el ICOEV. Cifras referidas al 31 de Diciembre de cada año. Fuente: Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia.

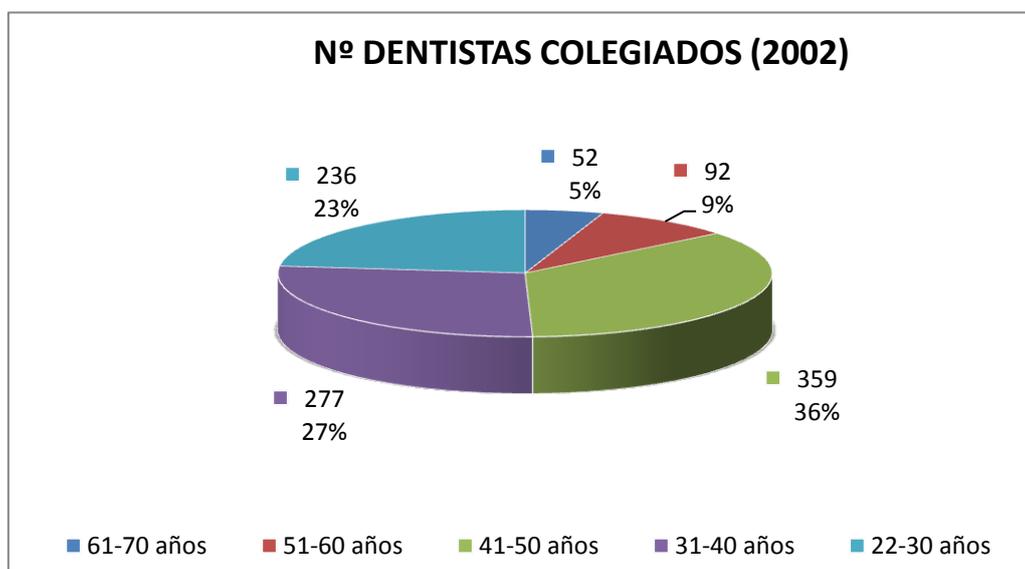
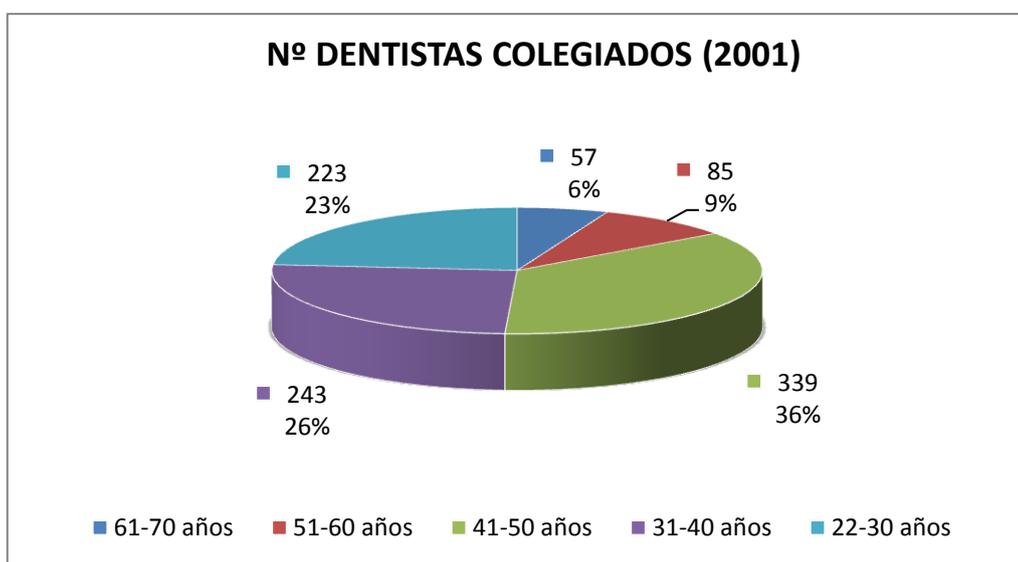
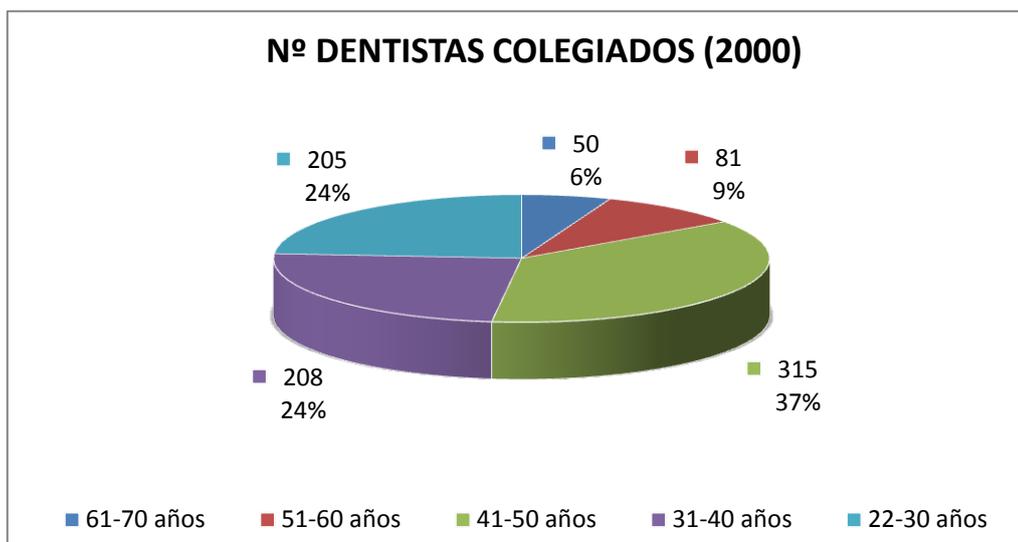




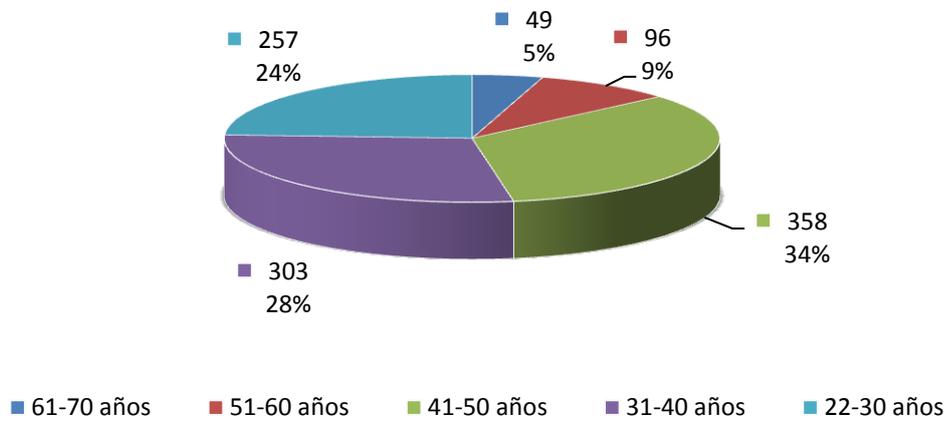




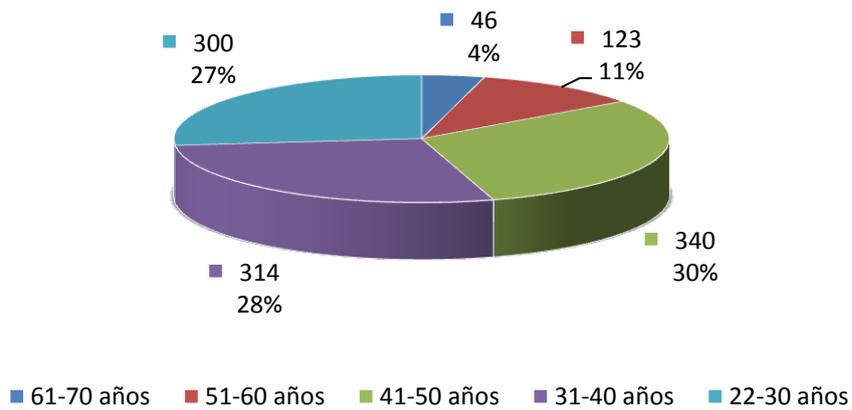




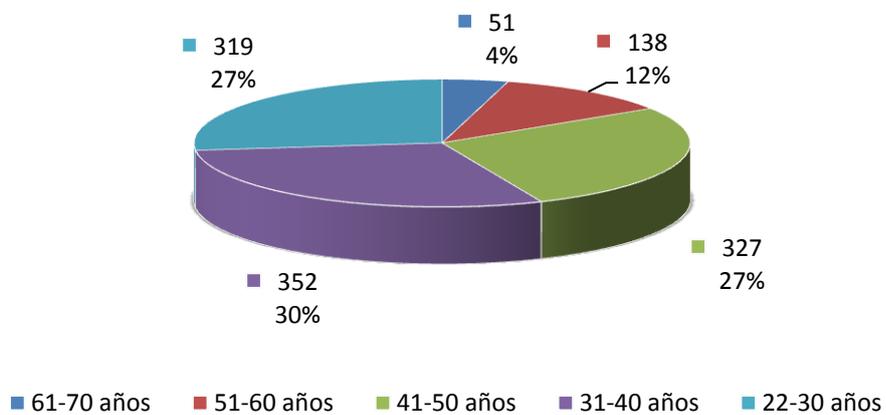
### Nº DENTISTAS COLEGIADOS (2003)

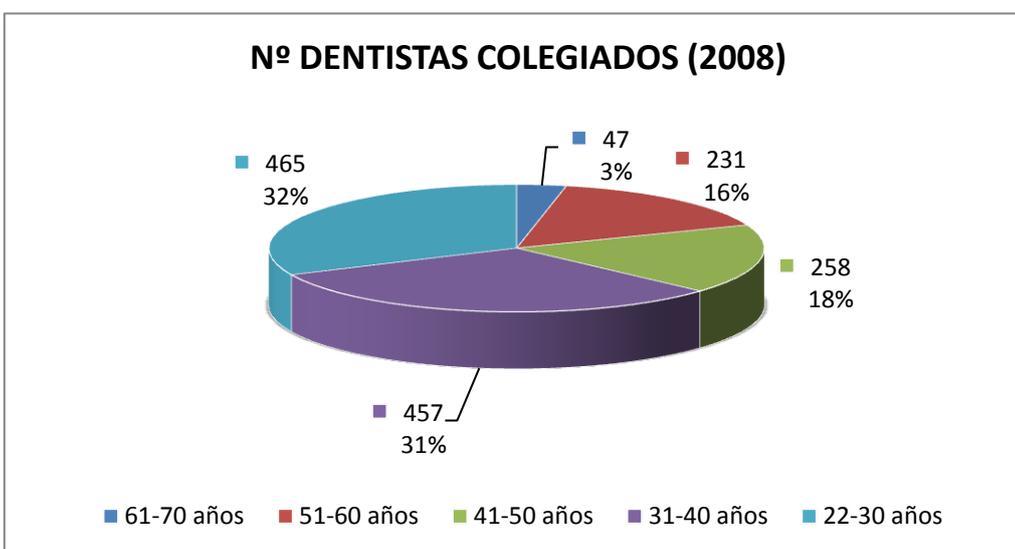
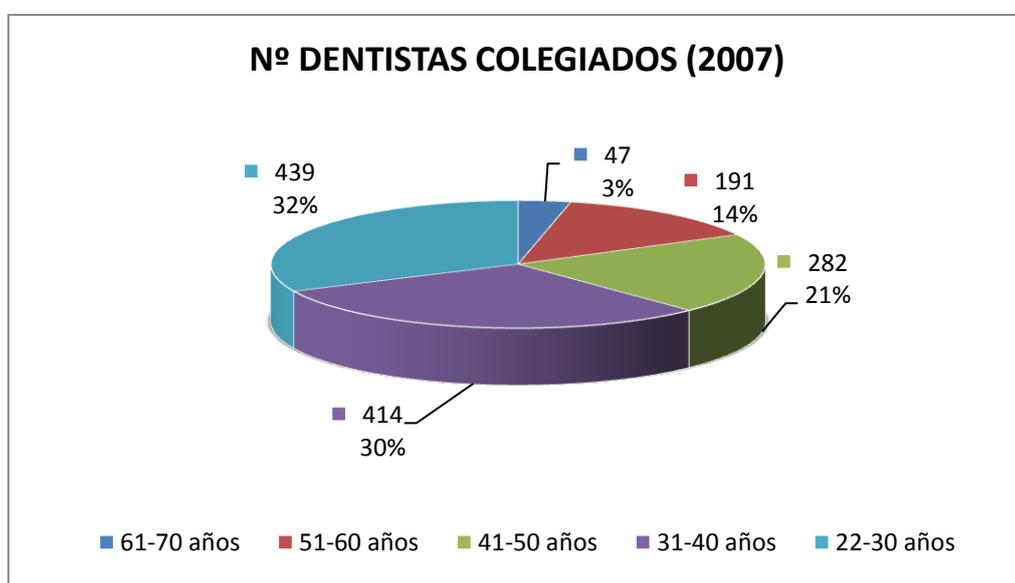
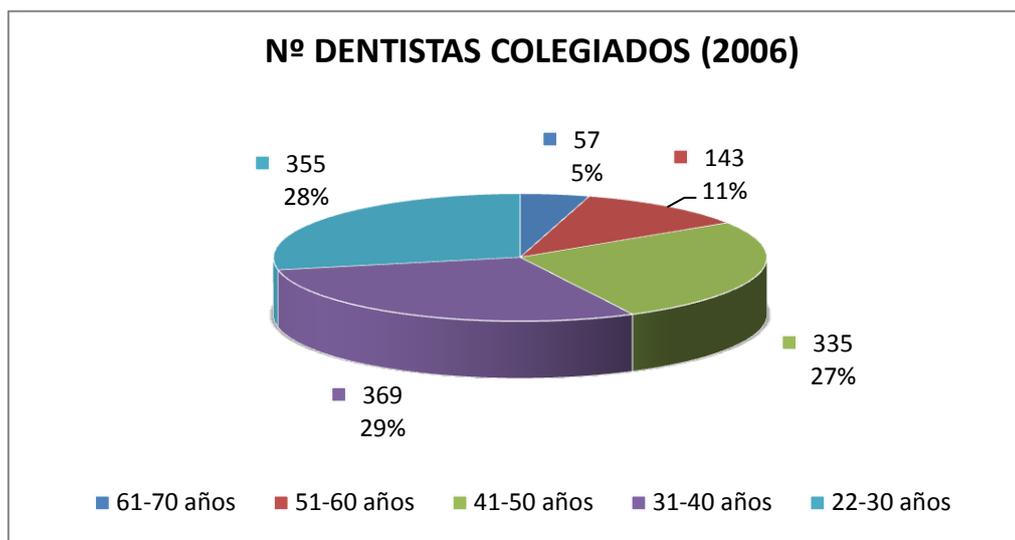


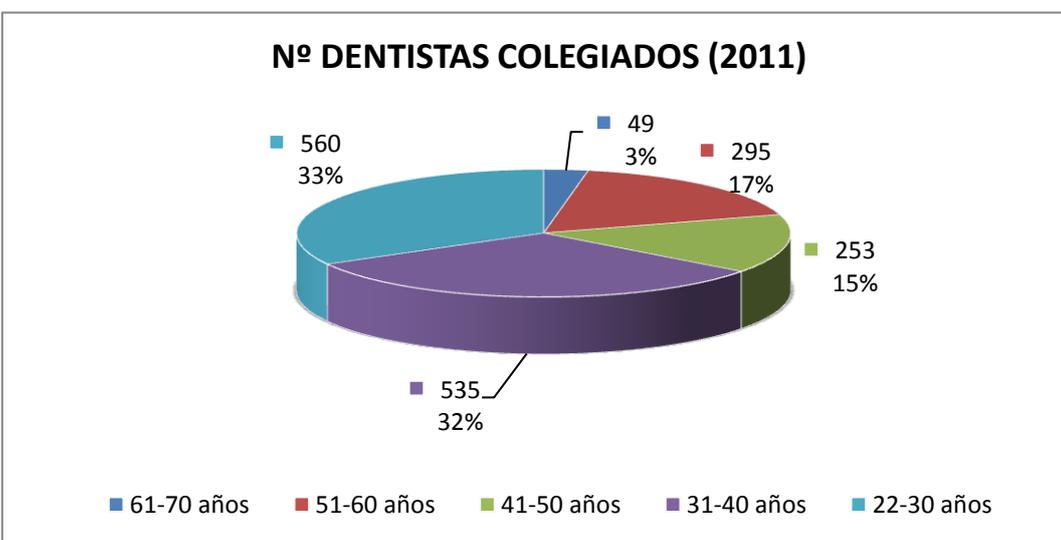
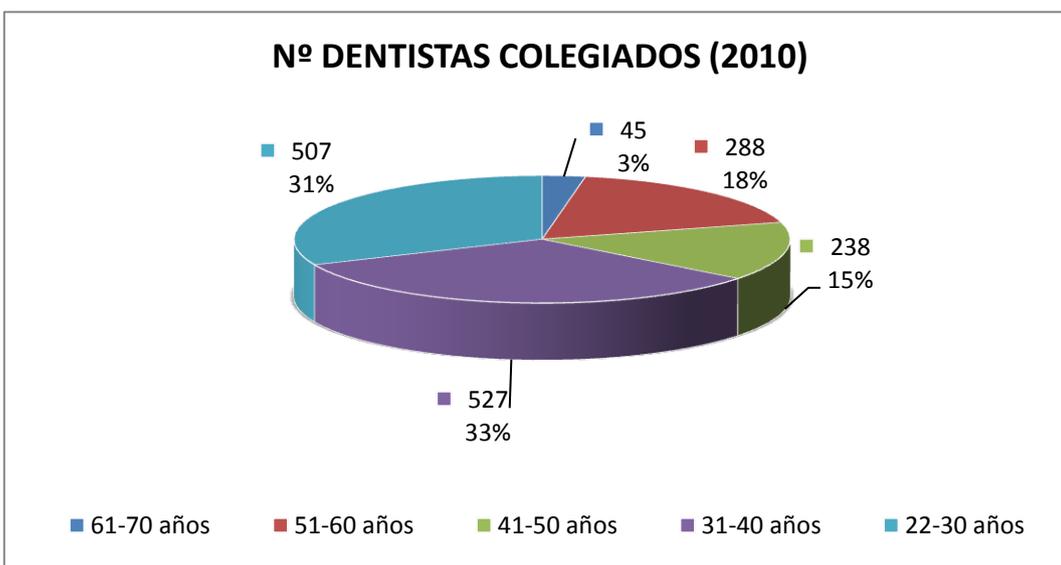
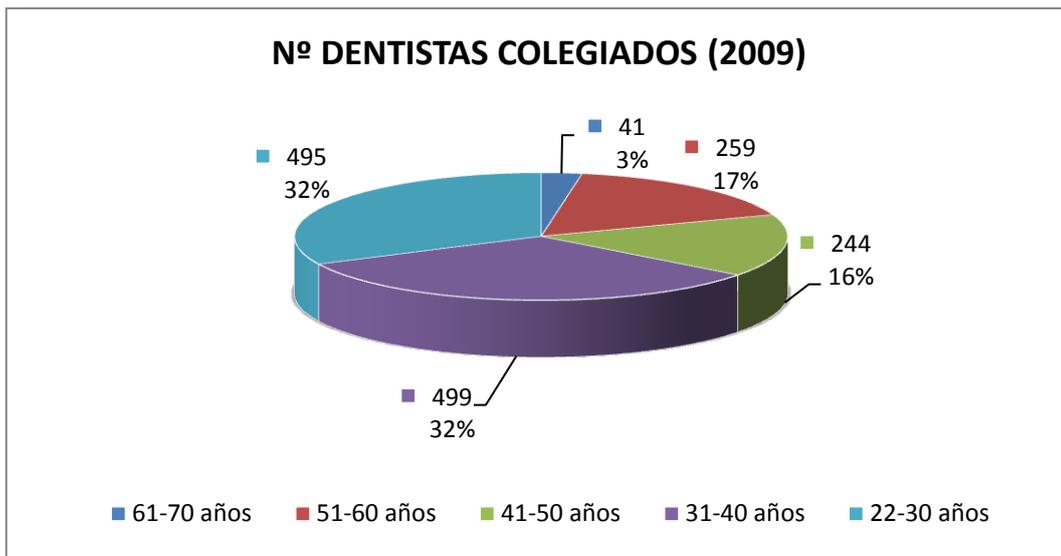
### Nº DENTISTAS COLEGIADOS (2004)

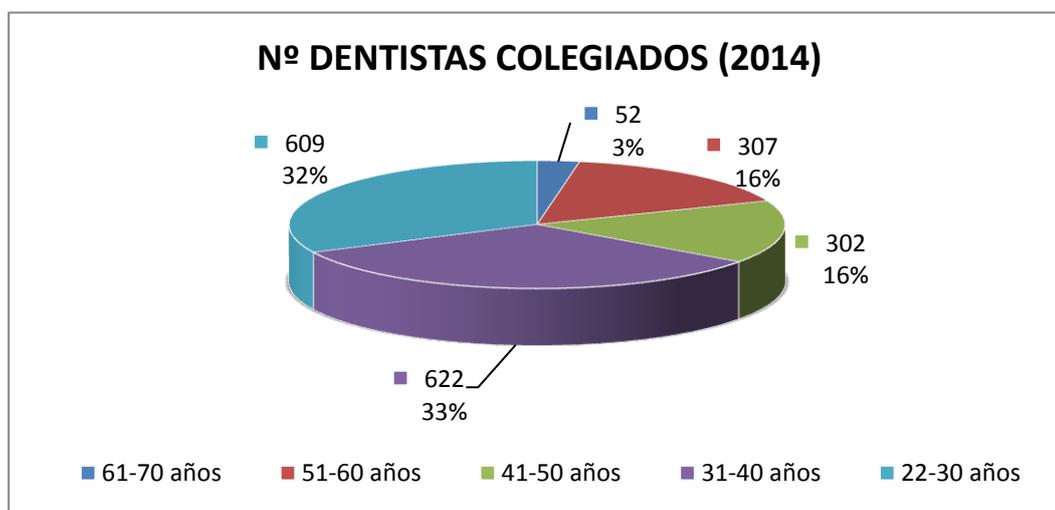
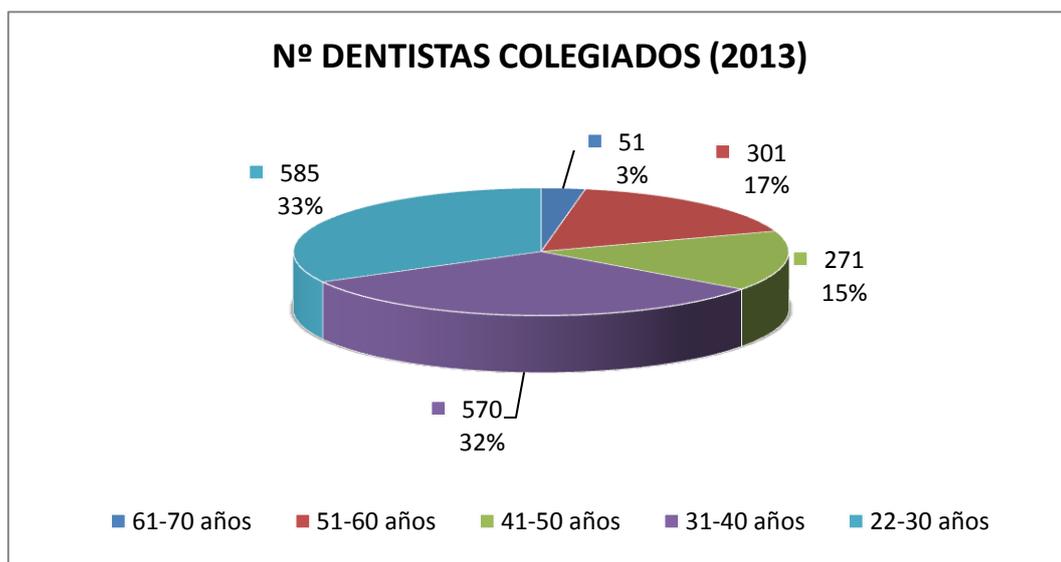
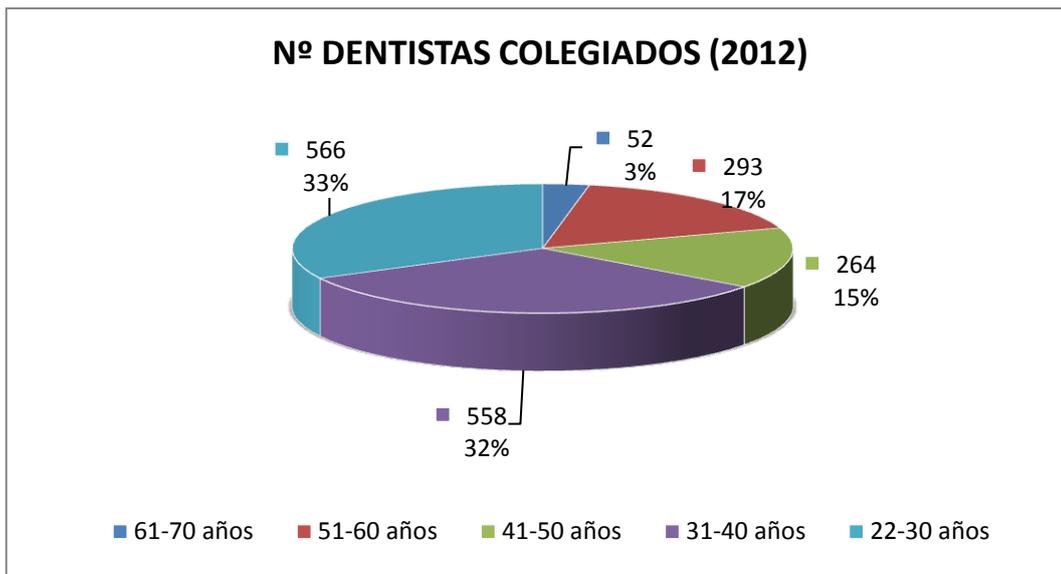


### Nº DENTISTAS COLEGIADOS (2005)









AÑO	ALTAS	HOMBRES	MUJERES
1987	37	15	22
1988	33	12	21
1989	49	30	19
1990	11	7	4
1991	27	17	10
1992	56	23	33
1993	33	10	23
1994	35	20	15
1995	64	30	34
1996	65	28	37
1997	61	22	39
1998	69	24	45
1999	70	22	48

AÑO	ALTAS	HOMBRES	MUJERES
2000	70	22	48
2001	103	32	71
2002	87	25	62
2003	81	34	47
2004	87	26	61
2005	95	22	73
2006	101	32	69
2007	134	36	98
2008	144	45	99
2009	152	51	101
2010	127	44	83
2011	181	53	128

Tabla 4. Distribución por sexo de las altas de los dentistas colegiados (ICOEV). Fuente: Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia.

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
61-70 años	0	1	0	0	1	0	0	1	1
51-60 años	0	0	1	0	0	2	0	1	1
41-50 años	3	1	3	1	3	1	4	7	5
31-40 años	13	13	28	8	8	9	29	0	23
22-30 años	21	18	17	2	15	44	0	26	34
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>33</b>	<b>49</b>	<b>11</b>	<b>27</b>	<b>56</b>	<b>33</b>	<b>35</b>	<b>64</b>

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
61-70 años	1	0	0	0	0	1	0	0
51-60 años	3	0	1	1	1	1	1	1
41-50 años	3	1	0	1	1	8	3	2
31-40 años	18	10	13	18	18	14	10	9
22-30 años	40	50	55	50	50	79	73	69
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>61</b>	<b>69</b>	<b>70</b>	<b>70</b>	<b>103</b>	<b>87</b>	<b>81</b>

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
61-70 años	1	0	0	0	0	0	0	1
51-60 años	1	1	2	1	1	3	2	3
41-50 años	3	3	6	7	6	10	5	9
31-40 años	14	13	14	19	15	13	17	16
22-30 años	68	78	79	107	122	126	103	154
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>95</b>	<b>101</b>	<b>134</b>	<b>144</b>	<b>152</b>	<b>127</b>	<b>181</b>

Tabla 5. Edad de las altas de los dentistas colegiados en el ICOEV en los últimos 24 años.

- Datos clínicas:

Los datos fueron almacenados y procesados en una tabla diseñada a tal fin con el programa Excel de Microsoft a partir del listado de clínicas dadas de alta facilitado por el Colegio de Odontólogos de Valencia y creado en el año 2006 por la Conselleria de Sanitat. En dicha lista aparecen un total de 777 clínicas, las cuales, una vez revisadas, son el punto de partida para ir añadiendo las resultantes de nuestras búsquedas. De cada fuente consultada, según la metodología descrita, logramos:

FUENTE	Nº REGISTROS ENCONTRADOS	Nº REGISTROS AÑADIDOS
Conselleria de Sanitat	777	777
Páginas Amarillas	1.396	247
Unidental	12	3
Vitaldent	19	7
Dentix	3	2
Caredent	1	1
Dentalis	2	1
QDQ	207	1
Adeslas	108	0
Divina Pastora	127	2
Sanitas	70	10
Asisa	50	1
DKV	131	5
Mapfre	115	5
Caser	68	2
Cámara de Comercio	557	213
Axesor	4.715*	12
Llamadas telefónicas	347	171

Tabla 6. Cantidad de registros (clínicas o centros dentales) encontrados y añadidos a nuestro recuento por cada fuente de búsqueda consultada. \*Cifra referida a toda España en el año 2007 (de ella, 187 registros pertenecían a la provincia de Valencia).

## 5.2. ANÁLISIS DE LOS DATOS

La Comunidad Valenciana (en valenciano y oficialmente *Comunitat Valenciana*) es una comunidad autónoma de España situada en el este de la Península Ibérica. Está formada por las provincias de Alicante, Castellón y Valencia. El gobierno y administración autónoma de cada una de las tres provincias está encomendado a su diputación provincial, que tiene carácter representativo. Cada provincia está formada por municipios, que son entidades con personalidad jurídica plena. Gozan de autonomía en la gestión de sus intereses, y su gobierno y administración corresponde a los

Ayuntamientos. Los ayuntamientos pueden crear mancomunidades para la prestación o gestión más eficiente de servicios propios municipales.

Aunque el comarcalismo ha sido una forma de estructura tradicional de la Comunidad Valenciana, las comarcas actuales son modernas, fruto de un intenso y también conflictivo debate que comenzó en los años 60. La estructura actual fue aprobada por el decreto del 6 de junio de 1989 del gobierno de la Generalitat Valenciana. En esta norma se establecían tres categorías de Demarcaciones Territoriales Homologadas (DTH).

Así, la primera categoría de DTH sería el municipio; la segunda, la comarca; y la tercera, la provincia. Cabe decir que este decreto no aporta la definición de comarca, ni tampoco otorga competencias ni entidad jurídica de nivel comarcal, dejando estos aspectos a la libertad de decisión de los municipios que quieran crear mancomunidades, pudiendo superar las denominaciones comarcales, aunque no las provinciales.

Valencia (en valenciano, *València*) es una provincia con una extensión de 10.563 km<sup>2</sup>. Situada al este de la Península Ibérica, limita con el mar Mediterráneo al este y con las provincias de Castellón y Teruel al norte, Cuenca y Albacete al oeste y Alicante al sur.

La provincia de Valencia, montañosa en el interior, está bañada por una extensa llanura litoral que sirve de asiento a la fértil huerta valenciana. Su litoral pertenece al Golfo de Valencia (que se extiende desde el cabo de la Nao al de Oropesa) y es bajo, arenoso y de aguas poco profundas, sin otro accidente geográfico que el cabo de Cullera. Los dos ríos que la bañan son el Turia, que desemboca en las cercanías de Valencia ciudad tras haber desviado su cauce, y el Júcar, que desemboca en Cullera. Entre ellos se encuentra un estanque litoral denominado Albufera de Valencia. Otros ríos destacables son el Palancia, que desemboca cerca de Sagunto, y el Serpis, que desemboca en Gandía.

El clima de Valencia es mediterráneo y su economía tradicional es agrícola (naranjas, arroz...). Su industria, al alza, está representada por los sectores siderúrgico, construcciones navales, textil, papeler, químico y conservero, con gran desarrollo en los mercados de la cerámica, el mueble, el juguete y el calzado.

La provincia de Valencia es la tercera más poblada de España tras Madrid y Barcelona. Según el censo del 1 de Enero del 2014 cuenta con 2.548.898 habitantes, lo que supone el 5,45% del total nacional. El 10,18% de la población censada en la provincia es de nacionalidad extranjera, porcentaje muy similar al de la media nacional que se sitúa en torno a un 10,7%. El 45,05% de los extranjeros censados en el 2014 procede de países de la Unión Europea (rumanos, búlgaros, italianos e ingleses principalmente), un 24,63% procede de países americanos (principalmente de Ecuador, Bolivia y Colombia), un 16,08% procedía de países africanos (fundamentalmente de Marruecos), un 8,33% procedía de países asiáticos (destacando el colectivo chino), y finalmente un 5,89% procede de países europeos no comunitarios y países de Oceanía.

La población de la provincia de Valencia es relativamente joven, con un 16,57% de individuos en las generaciones entre los 30 a 39 años, un 16,43% en las de 40 a 49 años y un 10,93% en las de 20 a 29 años.

La provincia de Valencia cuenta actualmente con 2.548.898 habitantes, lo que supone un 50,93% de la población total de Comunidad Valenciana. La ciudad de Valencia cuenta actualmente con 786.424 habitantes lo que representa el 30,85% de la población total de la provincia de Valencia y el 15,71% con respecto al total de la Comunidad Valenciana.

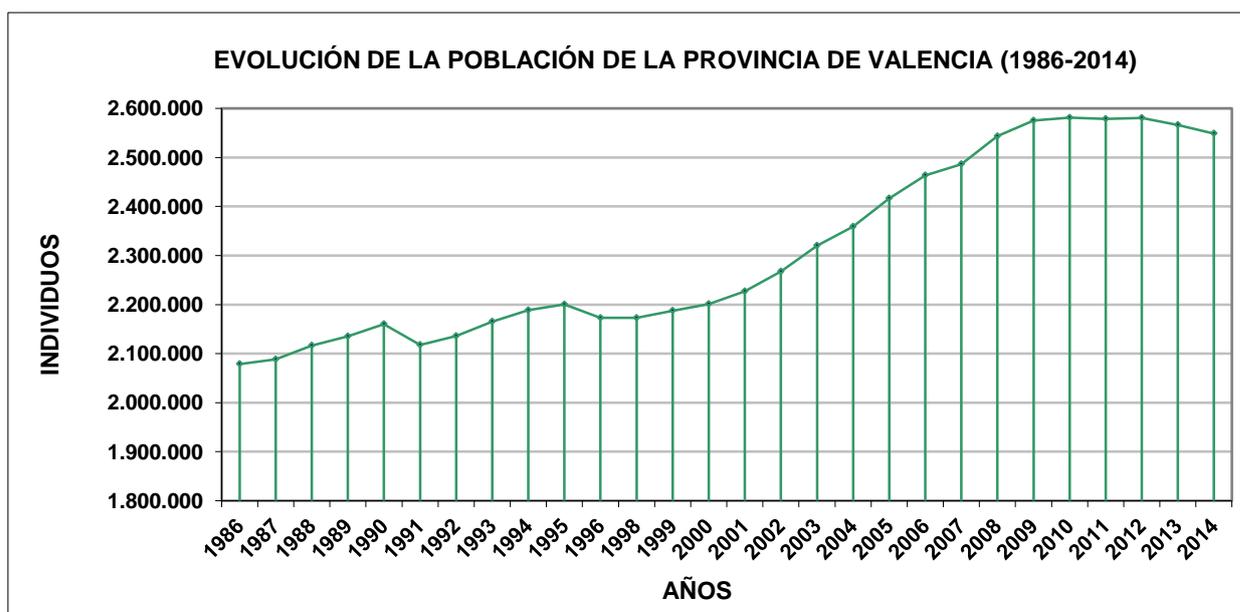


Gráfico 1. Cifras de población referidas al 1 de enero de cada año de la provincia de Valencia  
\* Referida al 1 de mayo de 1996. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

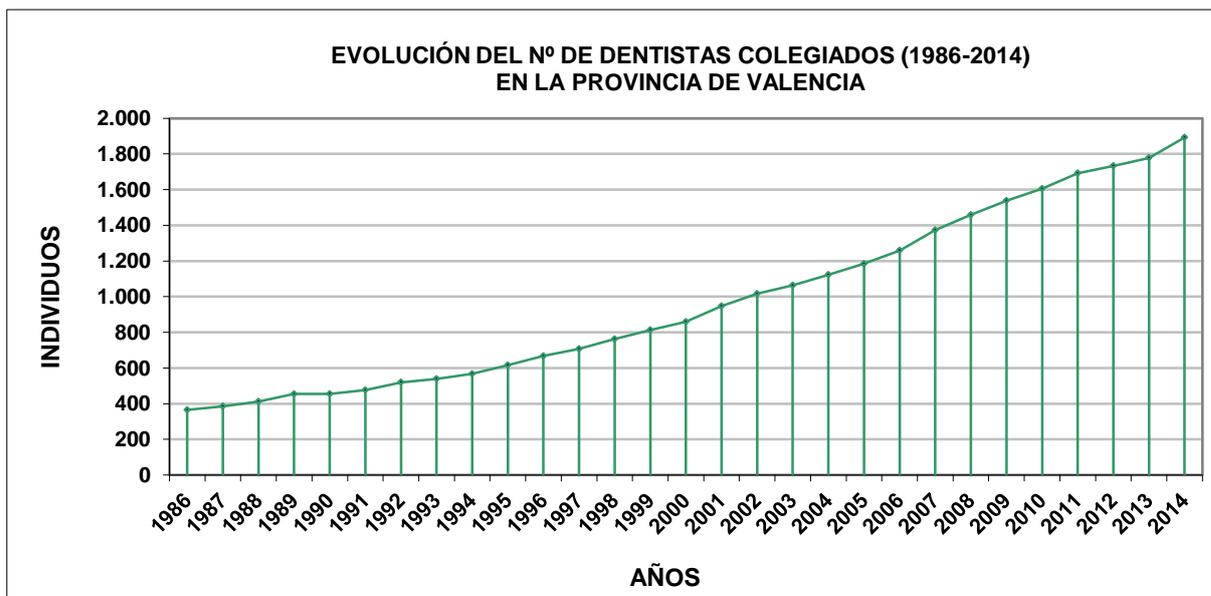


Gráfico 2. Evolución en el nº de dentistas colegiados por cada año en el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia. Fuente: ICOEV.

AÑO	DENTISTAS	HABITANTES	RATIO
1986	365	2.088.302	1/5.721,37
1990	455	2.117.927	1/4.654,78
1994	567	2.200.319	1/3.880,63
1998	762	2.187.633	1/2.870,90
2002	1.016	2.320.297	1/2.283,75
2006	1.259	2.486.483	1/1.974,96
2010	1.605	2.578.719	1/1.606,67
2014	1.892	2.548.898	1/1.347,19

Tabla 7. Evolución del índice dentista-habitante (IDH) en intervalos de 4 años en la provincia de Valencia.

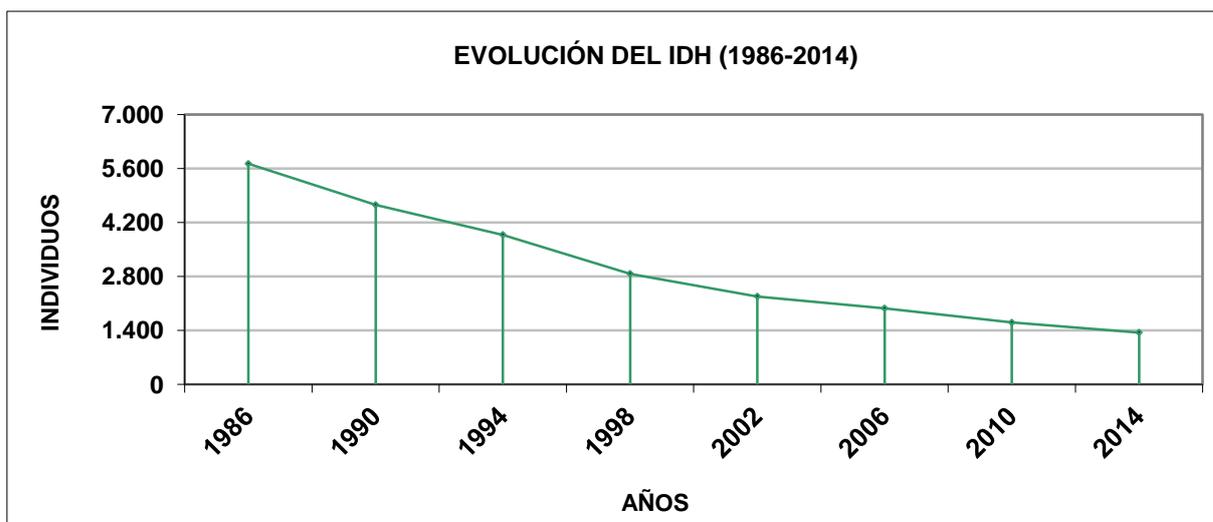


Gráfico 3. Evolución del índice dentista-habitante (IDH) entre 1986 y 2014 en intervalos de 4 años en la provincia de Valencia.

AÑO	↑ nº dentistas	↑% dentistas	↑ nº individuos	↑% individuos	% ↓ IDH
1986-1990	90	24,65%	29.625	1,42%	- 18,64%
1991-1994	112	24,62%	82.392	3,74%	- 16,63%
1995-1998	195	34,39%	- 12.686	- 0,58%	- 26,02%
1999-2002	254	33,33%	132.664	5,72%	- 20,45%
2003-2006	243	23,92%	166.186	6,68%	- 13,52%
2007-2010	346	27,48%	92.236	3,58%	- 18,65%
2011-2014	287	17,88%	- 29.821	-1,17%	- 16,15%

Tabla 8. Relación entre el incremento de habitantes y el de dentistas entre 1986 y 2014 en intervalos de 4 años en la provincia de Valencia.

En los 28 años estudiados en nuestra investigación (1986-2014) ha habido un aumento de 460.596 habitantes en la provincia de Valencia, y un incremento de 1.527 dentistas colegiados en el ICOEV. Es decir, el aumento de población ha sido de un 22,06%, mientras que el aumento de dentistas colegiados ha sido de un 418,36%.

Si en 1986 a cada dentista le correspondían 5.721,37 habitantes, en 2014 cada dentista cuenta con 1.347,19 habitantes. Esto se traduce en que la disminución del IDH ha sido de un 76,45%, lo que significa que a cada dentista le corresponden 4.374,18 habitantes menos.

AÑO	MEDIA EDAD	AÑO	MEDIA EDAD
1986	42,06	2001	40,02
1987	41,86	2002	39,61
1988	41,72	2003	39,37
1989	41,37	2004	39,40
1990	42,04	2005	39,34
1991	42,14	2006	39,28
1992	41,23	2007	39,30
1993	41,50	2008	39,23
1994	42,06	2009	39,18
1995	41,77	2010	38,34
1996	41,44	2011	38,04
1997	41,02	2012	38,43
1998	40,41	2013	38,36
1999	40,54	2014	38,32
2000	40,47		

Tabla 9. Media de edad por cada año de los dentistas colegiados en el ICOEV.

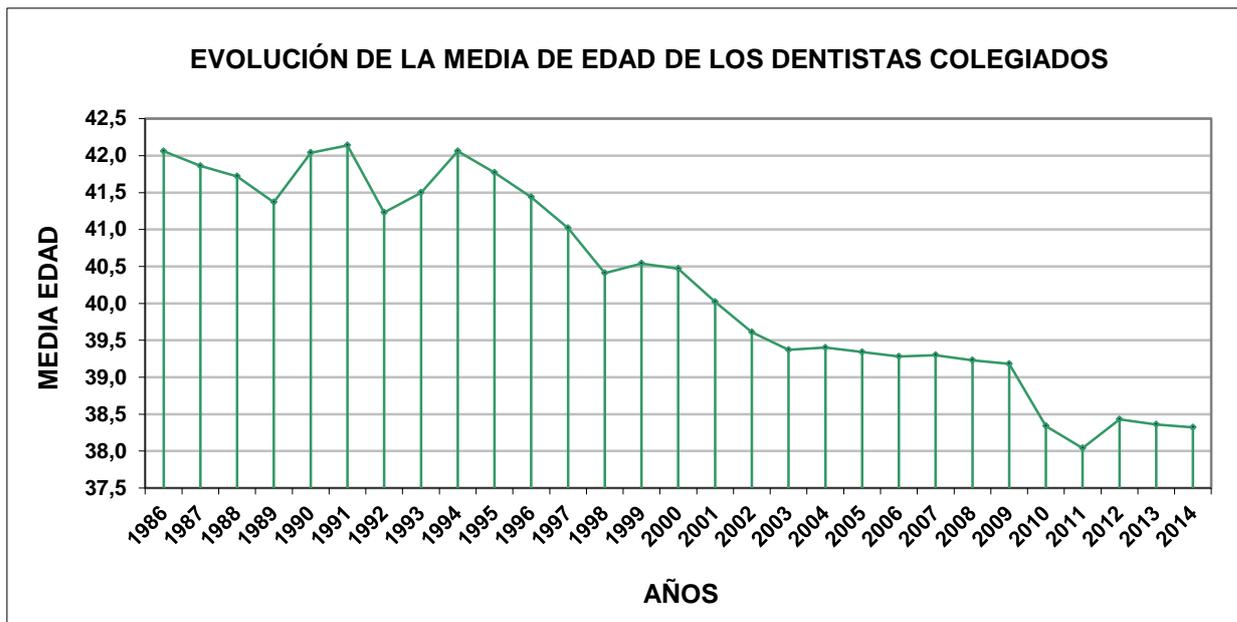


Gráfico 4. Evolución de la media de edad de los dentistas colegiados en el ICOEV entre 1986 y 2014.

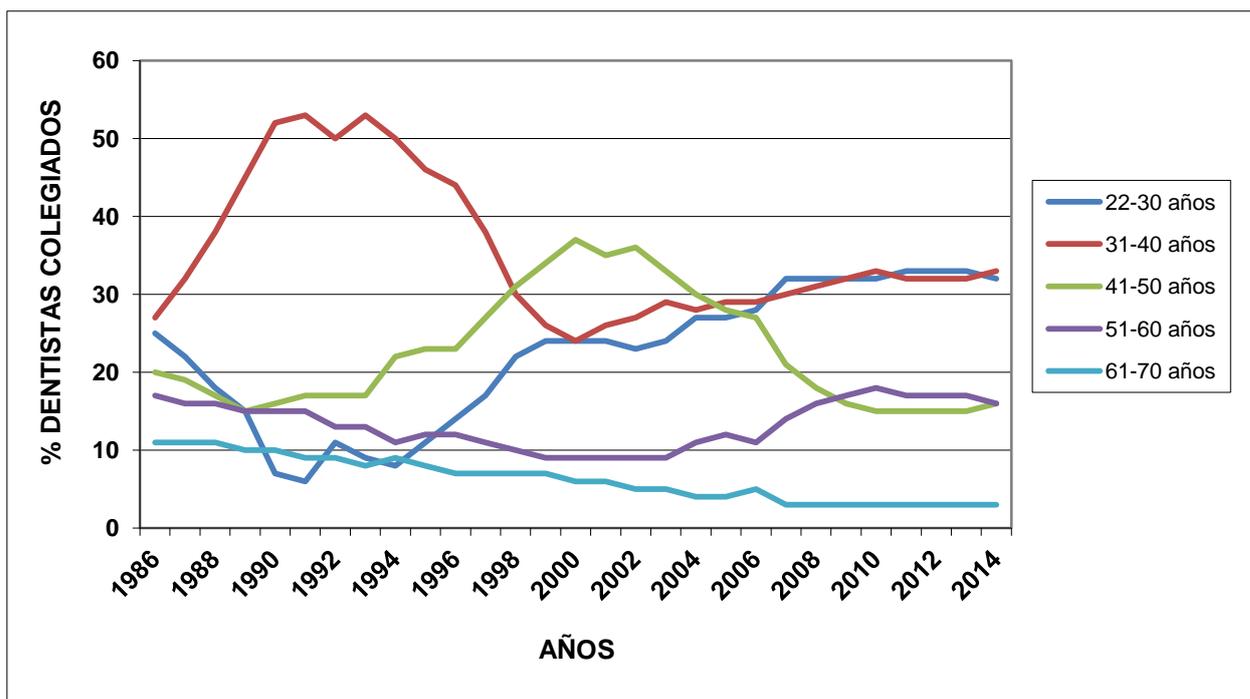


Gráfico 5. Evolución del porcentaje de dentistas colegiados en el ICOEV entre 1986 y 2006 en intervalos de edad.

Podemos observar que el porcentaje de dentistas de entre 31 y 40 años era claramente el más abundante en los años 90 (entre 1990 y 1994, los dentistas pertenecientes a este grupo de edad constituían prácticamente la mitad del total de dentistas colegiados). A partir de 1995 dicho porcentaje va disminuyendo (los dentistas

en activo van envejeciendo) a favor del grupo de edad comprendido entre los 41 y los 50 años (que es el grupo de edad más abundante entre 1998 y 2004). A partir del siglo XXI los intervalos de edad más jóvenes son los que están al alza. En el período comprendido entre 2005 y 2007, el porcentaje de dentistas de los primeros tres grupos de edad está prácticamente igualado y supera en proporción a las generaciones de dentistas de más edad. En los años sucesivos, los intervalos 22-30 y 31-40 años superan al hasta entonces más numeroso grupo de dentistas con edad comprendida entre los 41 y 50 años, el cual sufre un claro descenso. En los últimos años de nuestro estudio, los colegiados más jóvenes (22-30 años) son los más abundantes para finalmente apreciarse que la generación de colegiados de 31-40 años es la que está en ascenso.

	HOMBRES	MUJERES	RATIO
<b>1987-1991</b>	81	76	1/0,93
<b>1992-1996</b>	111	142	1/1,27
<b>1997-2001</b>	122	251	1/2,05
<b>2002-2006</b>	139	312	1/2,24
<b>2007-2011</b>	229	509	1/2,22
<b>TOTAL</b>	<b>682</b>	<b>1.290</b>	<b>1/1,89</b>

Tabla 10. Distribución por sexo de las altas de los dentistas colegiados en el ICOEV en grupos de 5 años y ratios correspondientes.

	1987-1991	1992-1996	1997-2001	2002-2006	2007-2011
<b>61-70 años</b>	2	3	1	1	1
<b>51-60 años</b>	1	7	4	6	10
<b>41-50 años</b>	11	20	11	17	37
<b>31-40 años</b>	70	79	73	60	80
<b>22-30 años</b>	73	144	284	367	610

Tabla 11. Distribución por edad de las altas de los dentistas colegiados en el ICOEV en grupos de 5 años.

En base a los últimos datos mostrados referentes a los dentistas colegiados y a las altas de los mismos en el ICOEV de los últimos 25 años, podemos afirmar que existe una tendencia a la feminización en la profesión (el número actual de mujeres es un 52% mayor que el de hombres) y un claro rejuvenecimiento en la edad de los dentistas.

La provincia de Valencia cuenta con un total de 1.460 clínicas dentales de las cuales el 40,14% se concentran en la ciudad de Valencia. Los siguientes municipios con un mayor porcentaje de clínicas dentales son Gandia (3,76%), Sagunt (2,81%), Torrent

(2,40%), Alzira (2,12%), Xátiva (1,85%) y Paterna (1,57% del total). Sin embargo, existen municipios en los que no hay ninguna clínica dental o si las hay, prestan servicio únicamente algunos días de la semana.

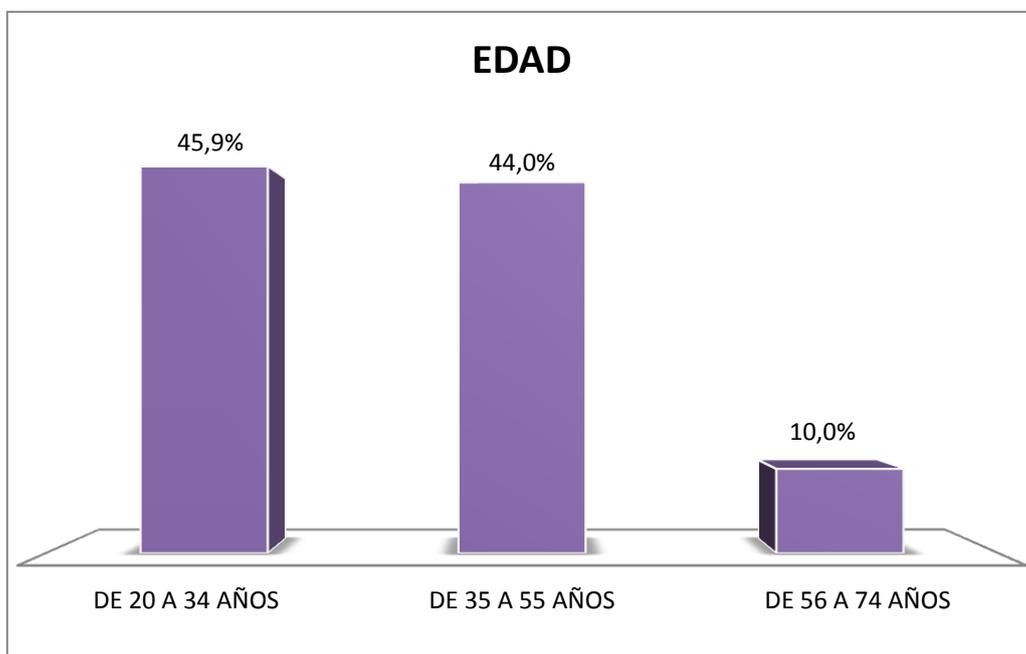
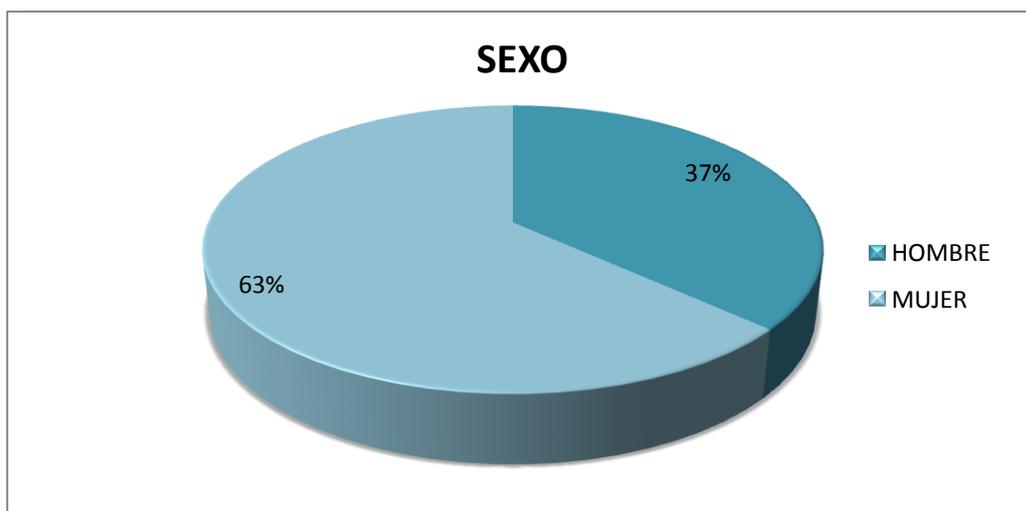


Figura 1. Plano comarcal de la provincia de Valencia con la distribución de habitantes (H) y de clínicas dentales (C) en el año 2014.

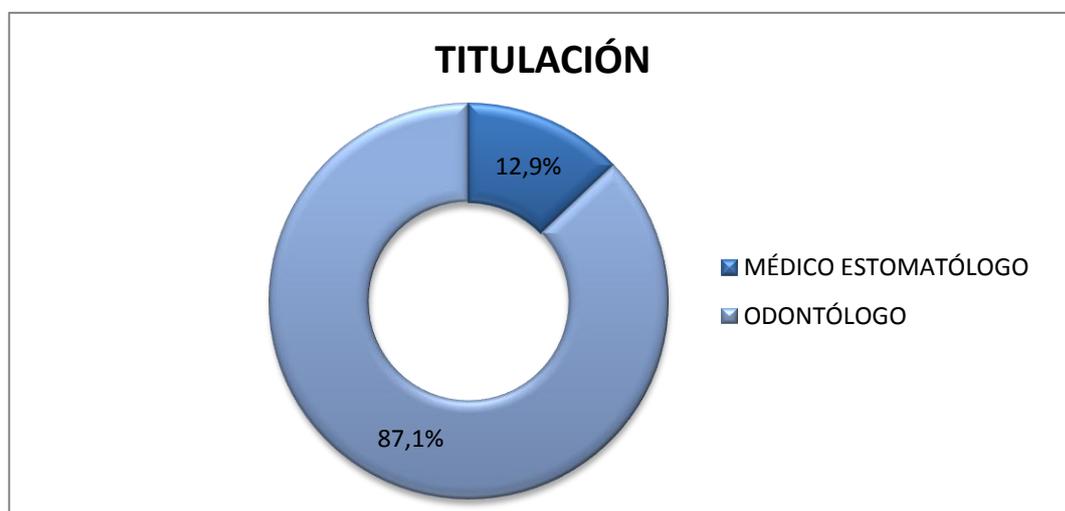
### 5.3. ENCUESTA A LOS PROFESIONALES COLEGIADOS (ICOEV)

#### 5.3.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

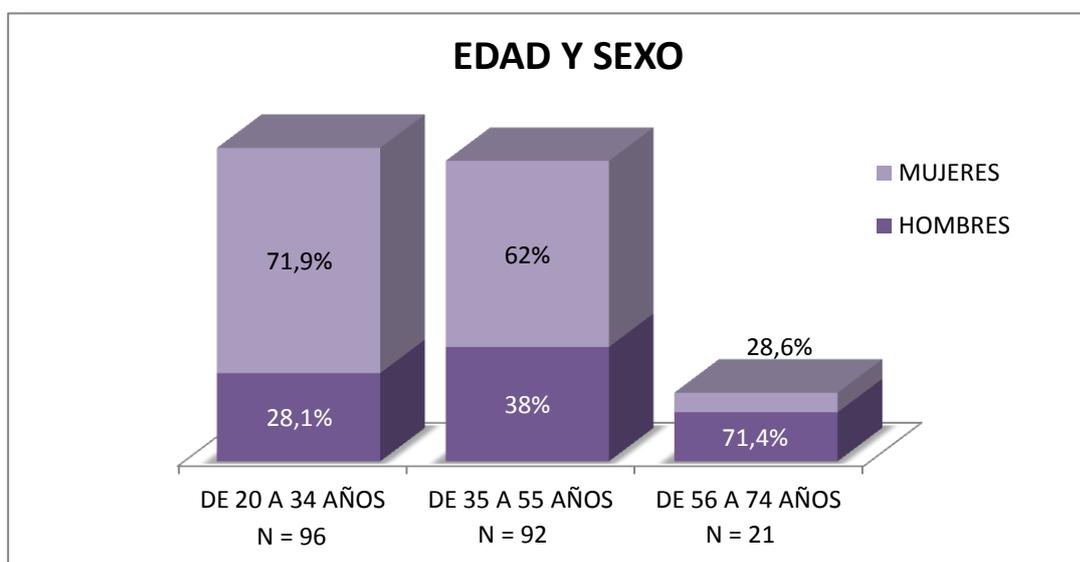
Los datos descriptivos de los profesionales que componen la muestra (209 individuos) son los siguientes:

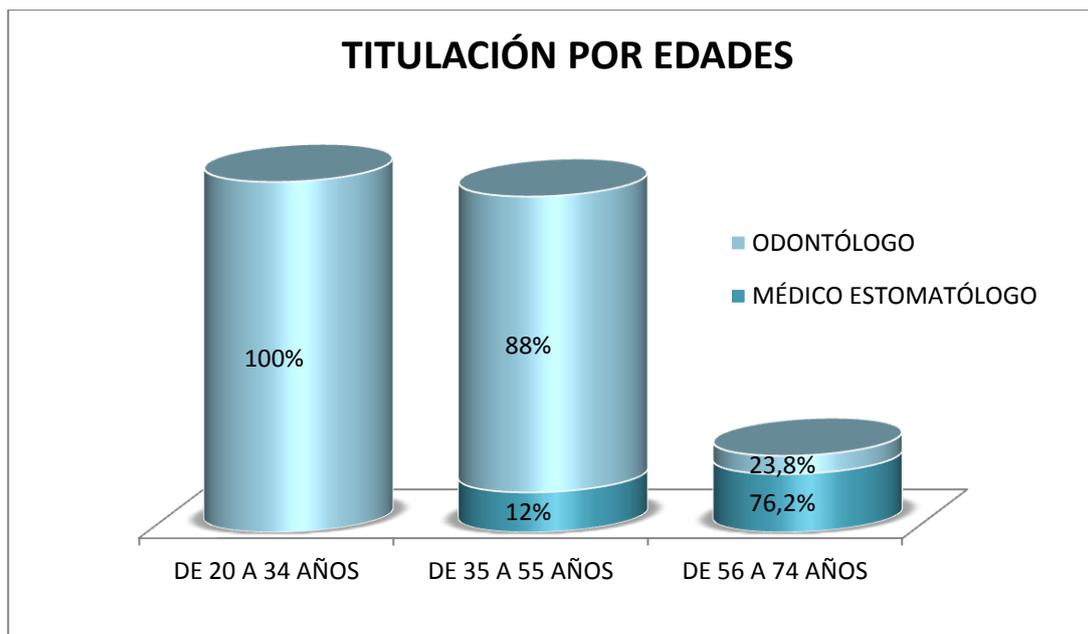


La media de edad de los colegiados es de 38 años, lo que se traduce en que el ICOEV es un colegio joven. La media de años de profesión de los colegiados asciende a 12,5 años.



La muestra se ha organizado teniendo en cuenta la distribución por sexo y edad, quedando su composición de la siguiente manera:





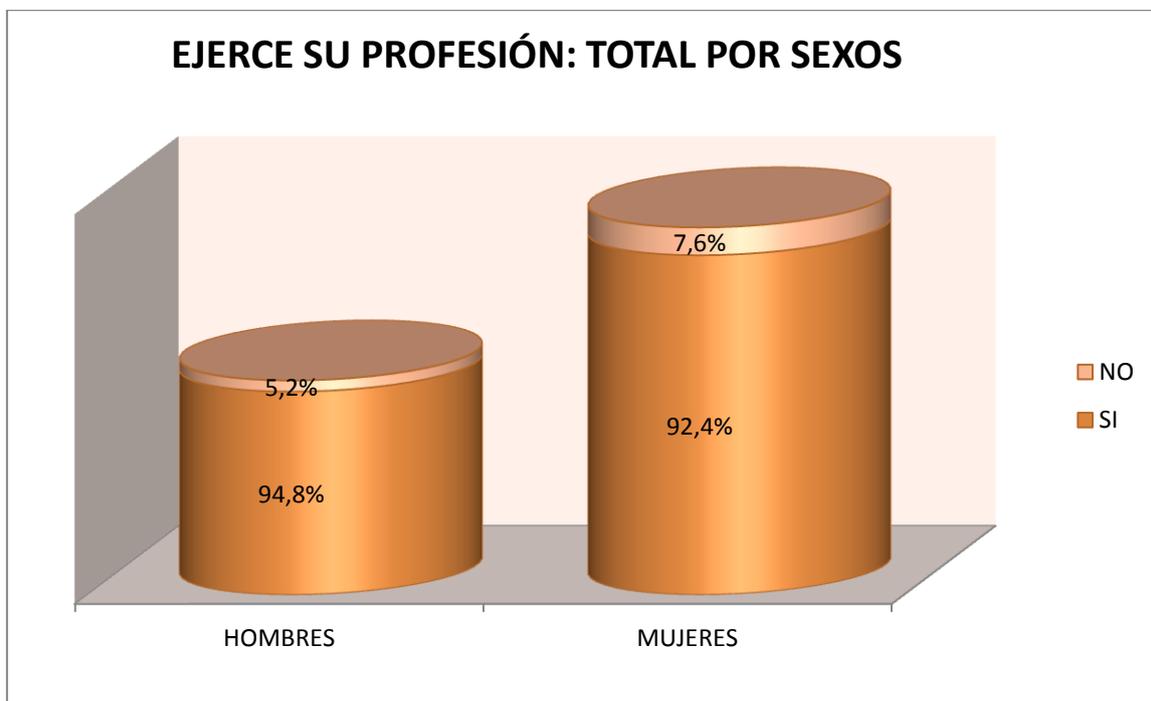
El siguiente bloque de preguntas tiene como finalidad analizar aquellos colegiados que ejercen su profesión y profundizar en el perfil de dichos profesionales para conocer la situación de este colectivo en la actualidad. Del total de la muestra de 209 colegiados encuestados, 195 de ellos ejercen su profesión.

### 5.3.2. EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

Podemos apreciar que el 93,3% del total de odontólogos/estomatólogos encuestados ejerce su profesión.



En relación al sexo, aunque si se aprecia que hay un ligero mayor número de mujeres que no ejercen su profesión, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, es decir, el sexo no es una variable que afecte a la hora de ejercer la profesión (prueba de  $\chi^2 p=0,507$ ).

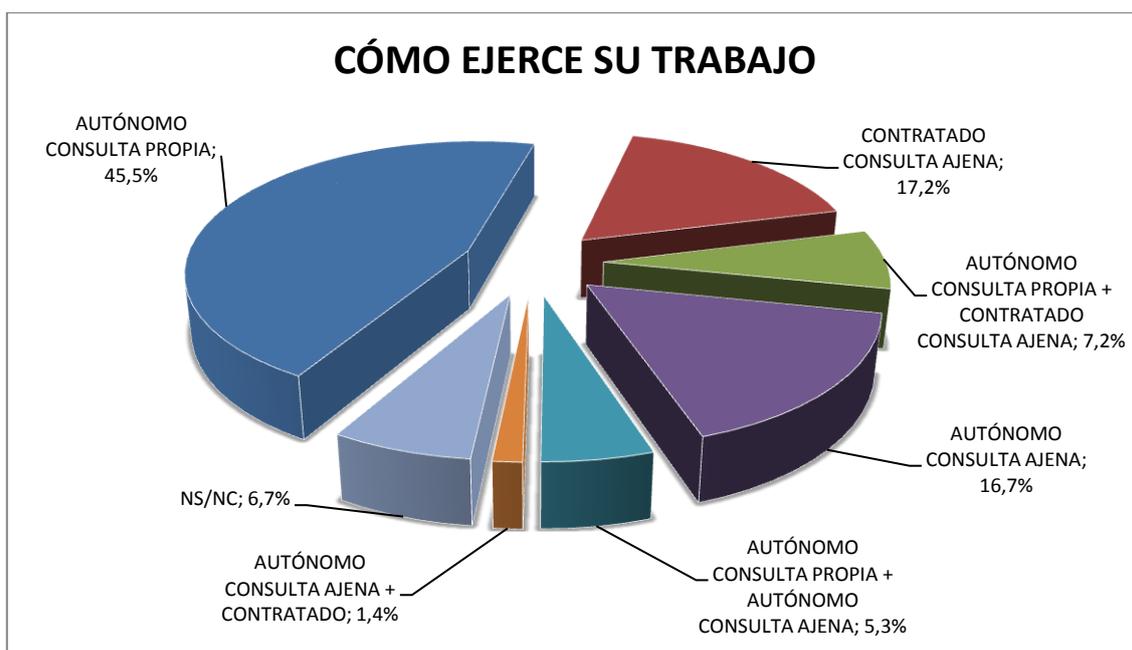


En este sentido, y como se puede observar en la siguiente tabla, destacar que el porcentaje más alto de “no ejercientes” corresponde a la categoría de colegiados de 20 a 34 años, siendo el porcentaje más alto el de las mujeres de esa edad, lo que parece indicar una mayor dificultad de acceso a la profesión para este colectivo. Es importante poner de relieve igualmente, que el total de los colegiados de entre 35 y 55 años ejerce su profesión.

<b>20-34 AÑOS</b>	SI: 86,5 %	HOMBRES: 28,9 %
		MUJERES: 71,1 %
	NO: 13,5 %	HOMBRES: 23,1 %
		MUJERES: 76,9 %
<b>35-55 AÑOS</b>	SI: 100 %	HOMBRES: 38 %
		MUJERES: 62 %
	NO: 0 %	-
		-

56-74 AÑOS	SI: 95,2 %	HOMBRES: 70 %
		MUJERES: 30 %
	NO: 4,8 %	HOMBRES: 100 %
		MUJERES: 0 %

Si nos centramos en el grupo de colegiados que ejercen su profesión (93,3 %) la siguiente pregunta hace referencia a como ejercen su trabajo.

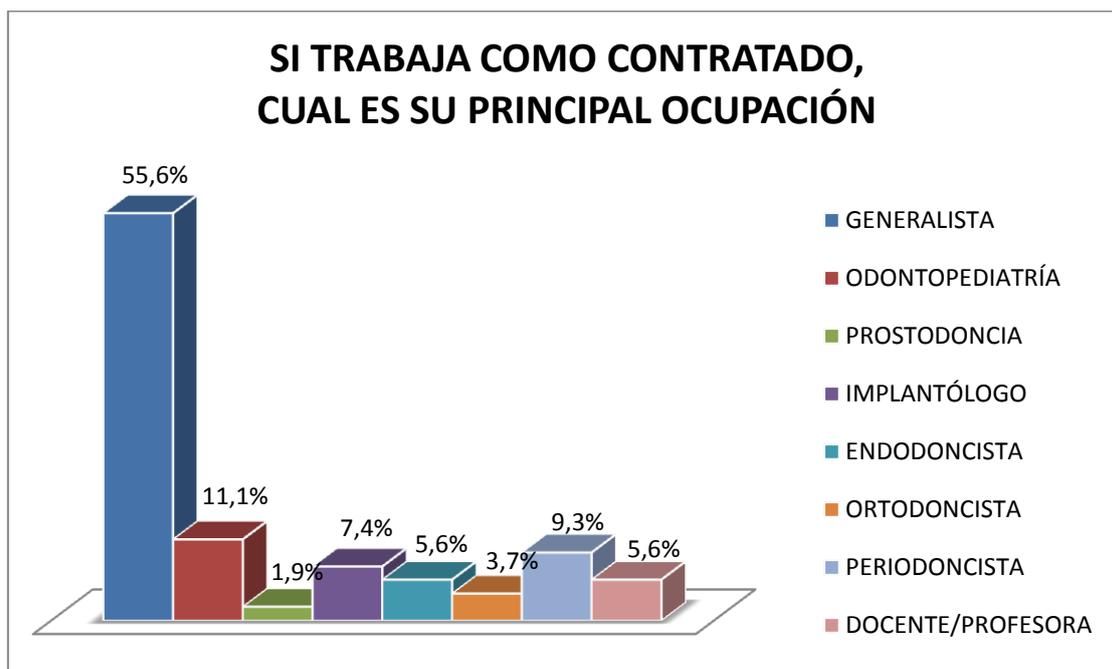


Si realizamos la diferenciación por edades, cabe destacar que el grupo más joven de colegiados trabaja en su mayoría por cuenta ajena o como contratados y que la tendencia a trabajar por cuenta propia va aumentando con la edad. Es decir, los jóvenes comienzan trabajando por cuenta ajena y, tras varios años de ejercicio de la profesión, acceden a una consulta de su propiedad.

20-34 AÑOS	AUTÓNOMO CONSULTA PROPIA	24,1 %
	CONTRATADO CONSULTA AJENA	37,3 %
	AUTÓNOMO CONSULTA PROPIA + CONTRATADO CONSULTA AJENA	10,8 %
	AUTÓNOMO CONSULTA AJENA	18,1 %
	AUTÓNOMO CONSULTA PROPIA + AUTÓNOMO CONSULTA AJENA	6,0 %
	AUTÓNOMO CONSULTA AJENA + CONTRATADO	3,6 %

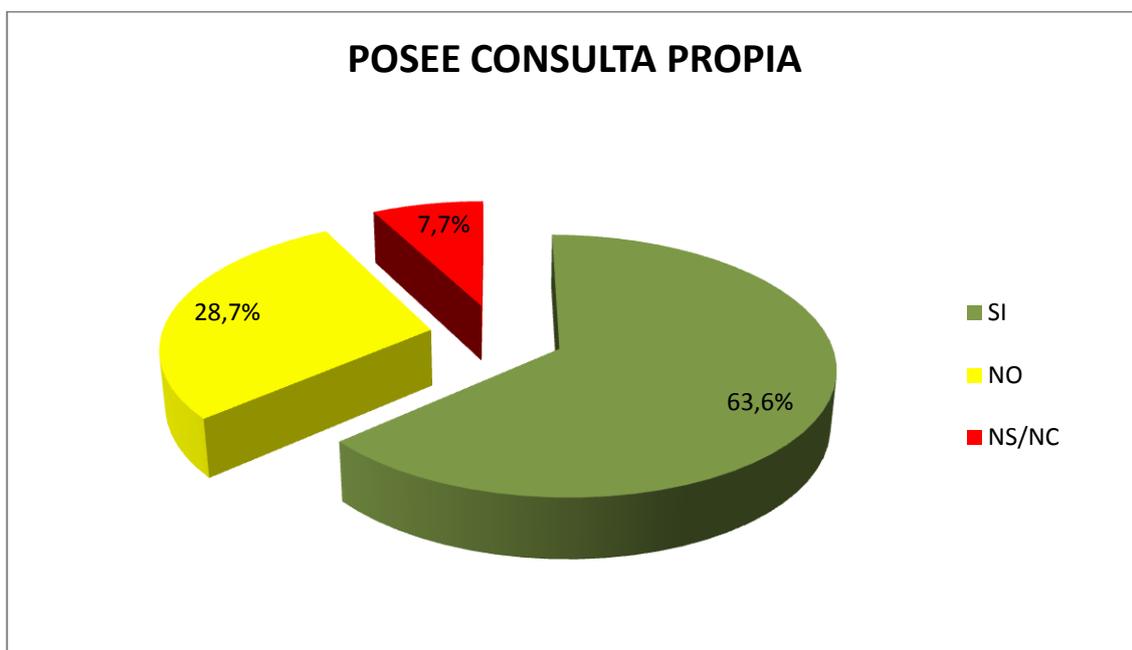
<b>35-55 AÑOS</b>	AUTÓNOMO CONSULTA PROPIA	62,0 %
	CONTRATADO CONSULTA AJENA	5,5 %
	AUTÓNOMO CONSULTA PROPIA + CONTRATADO CONSULTA AJENA	6,5 %
	AUTÓNOMO CONSULTA AJENA	19,6 %
	AUTÓNOMO CONSULTA PROPIA + AUTÓNOMO CONSULTA AJENA	6,5 %
	AUTÓNOMO CONSULTA AJENA + CONTRATADO	0 %

<b>56-74 AÑOS</b>	AUTÓNOMO CONSULTA PROPIA	90,0 %
	CONTRATADO CONSULTA AJENA	0 %
	AUTÓNOMO CONSULTA PROPIA + CONTRATADO CONSULTA AJENA	0 %
	AUTÓNOMO CONSULTA AJENA	10,0 %
	AUTÓNOMO CONSULTA PROPIA + AUTÓNOMO CONSULTA AJENA	0 %
	AUTÓNOMO CONSULTA AJENA + CONTRATADO	0 %



Del total de la muestra encuestada, se pregunta a los profesionales si poseen consulta propia. El 68,2% de los colegiados encuestados posee consulta propia, siendo la media de años de antigüedad de su clínica de 15 años (la clínica más joven tiene 1 año y la más antigua 90 años). Por tanto, las clínicas de la provincia de Valencia tienen una larga trayectoria e importante experiencia acumulada.

### 5.3.3. PROFESIONALES QUE POSEEN CONSULTA PROPIA



Se decide eliminar del análisis de esta respuesta a aquellos encuestados (16 individuos) que marca la opción “no sabe/no contesta”, por lo que obtenemos un total de 193 casos válidos. De ellos, un 68,9 % (133 individuos) posee consulta propia.

Es notable la diferencia por grupos de edad. Al realizar las pruebas de  $\chi^2$  obtenemos  $p=0,000$  (altamente significativa  $<0,001$ ). Esto se traduce en una prueba de tendencia lineal que aumenta, es decir, a mayor edad aumenta la tendencia a tener clínica.

	EDAD		
	DE 20 A 34 AÑOS	DE 35 A 55 AÑOS	DE 56 A 74 AÑOS
SI	40,6 %	81,5 %	90,5 %
NO	45,8 %	16,3 %	4,8 %

	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
SI	72,7 %	58,3 %
NO	22,1 %	32,6 %

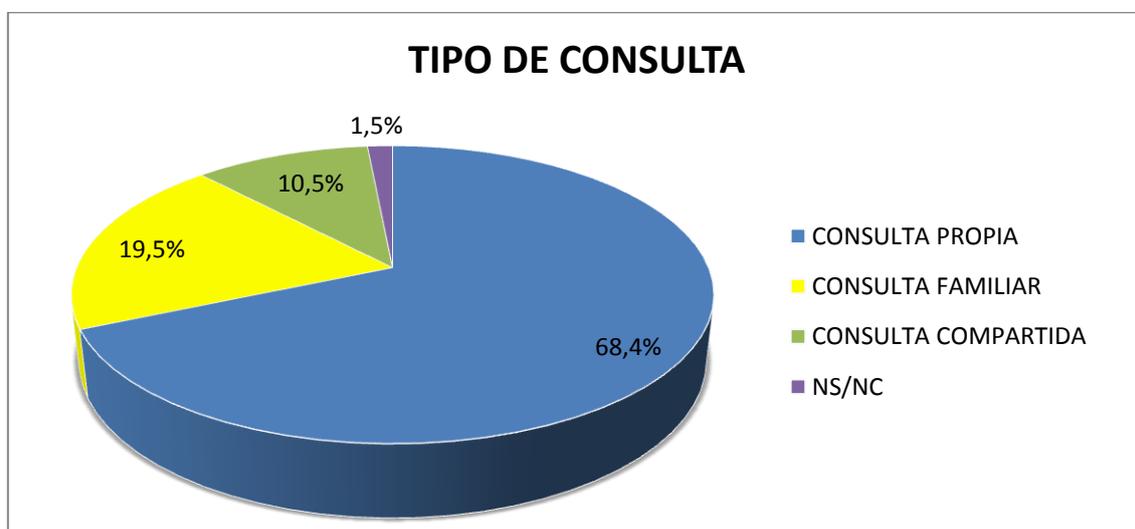
Hay una diferencia significativa entre las categorías (grupos de edad). A medida que aumenta la edad, aumenta el número de colegiados que poseen clínica propia.

Si añadimos al análisis la categoría por sexo, observamos que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres a la hora de tener consulta propia.

Las pruebas de  $\chi^2$  producen  $p=0,403$  para el grupo de 20-34 años,  $p= 0,923$  para el grupo de 35-55 años y  $p= 0,117$  para el grupo de 56-74 años. Esto se traduce en que el sexo no es una variable que afecte a los profesionales a la hora de poseer consulta propia aunque siempre se observe un ligero mayor porcentaje de hombres que poseen consulta propia en relación a las mujeres. Destaca el grupo de más edad en el que el 100% de los hombres posee consulta propia frente al 83,3 % de las mujeres.

Podemos concluir que los mayores de 56 años ejercen en una proporción muy alta en consulta propia (en un porcentaje similar entre hombres y mujeres). A medida que desciende la edad de los encuestados, disminuye el número de profesionales que posee su consulta hasta alcanzar únicamente el 44,1% de mujeres menores de 35 años y el 54,2 % de hombres de esa misma edad. La distancia de porcentaje entre hombres y mujeres es siempre ligeramente a favor de los hombres, lo cual nos permite concluir que las mujeres encuentran más dificultades para montar su propia clínica, o que los hombres son en general más emprendedores.

Siguiendo con el análisis de los 133 colegiados que poseen consulta propia, se les pregunta en relación al tipo de consulta, pudiendo ser propia, familiar o compartida.

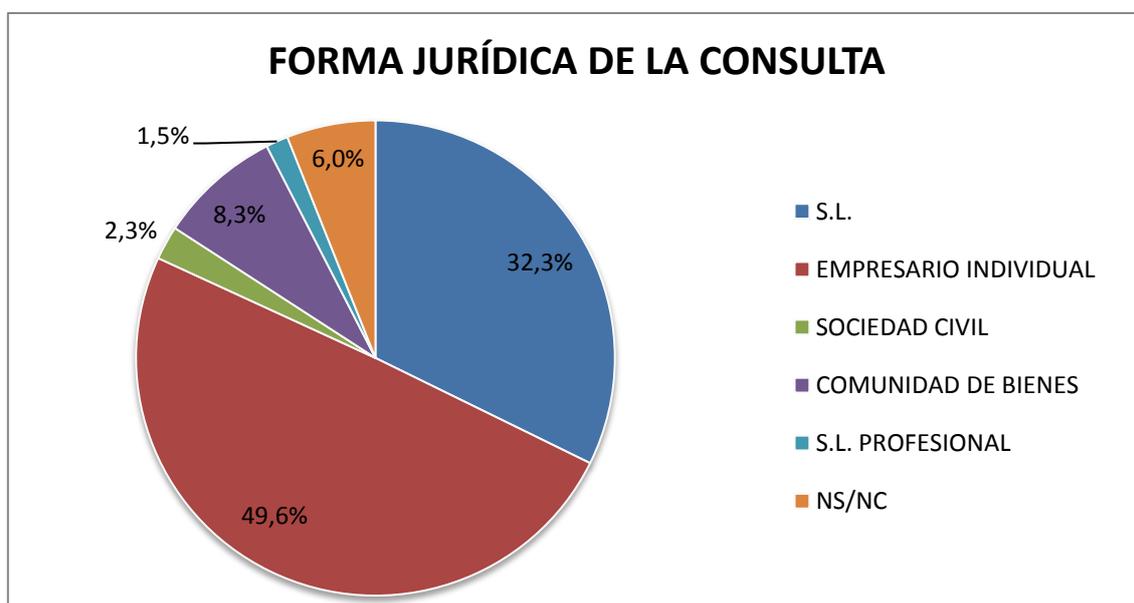


Si realizamos la diferenciación por grupos de edad, al aplicar las pruebas de  $\chi^2$  obtenemos una  $p= 0,348$ , lo que se traduce en que no hay diferencias significativas respecto al tipo de consulta entre los diferentes grupos de edad.

En cuanto a la diferenciación por sexos, al realizar las pruebas de  $\chi^2$  obtenemos una  $p= 0,057$ , lo que indica que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, pero al observar los porcentajes obtenidos, podemos determinar que las mujeres tienden a compartir más sus consultas en relación a los hombres.

<b>CONSULTA PROPIA</b>	HOMBRES	73,2 %
	MUJERES	64,9 %
<b>CONSULTA FAMILIAR</b>	HOMBRES	19,6 %
	MUJERES	19,5 %
<b>CONSULTA COMPARTIDA</b>	HOMBRES	3,6 %
	MUJERES	15,6 %
<b>NS/NC</b>	HOMBRES	3,6 %
	MUJERES	0 %

Se les pregunta a continuación (de nuevo a los 133 individuos que poseen consulta propia) por la forma jurídica de su consulta. La mayoría de los colegiados encuestados son empresarios individuales o sociedad limitada. El resto de opciones tienen una escasa importancia.

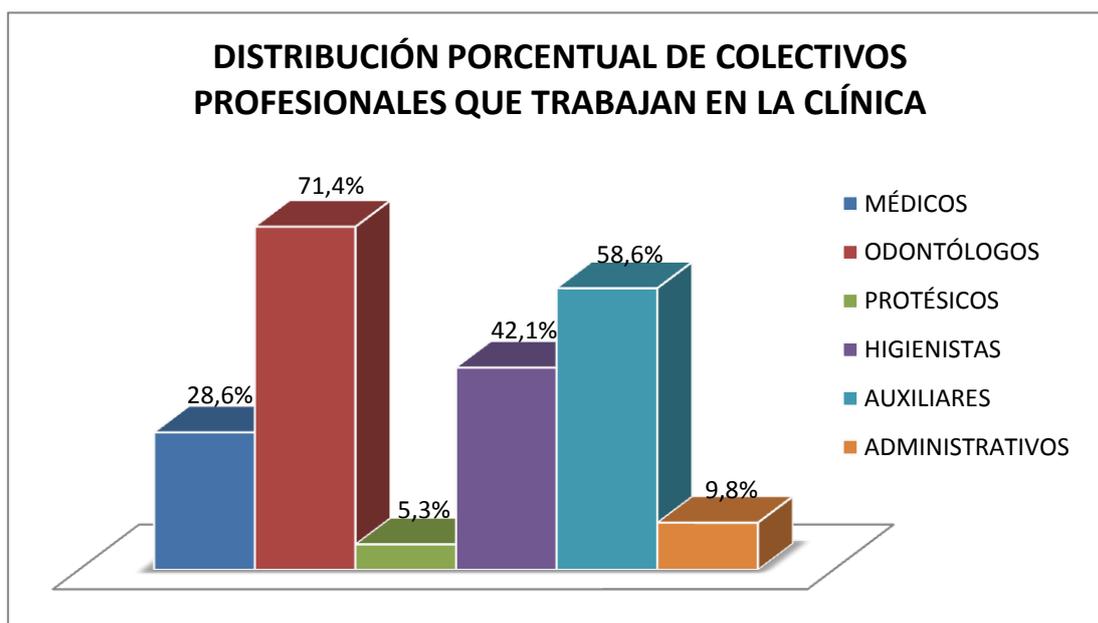


Al realizar la diferenciación por grupos de edad y por sexo obtenemos que no existen diferencias significativas para ambas variables. En referencia a la edad se logra una  $p= 0,156$  y según el sexo una  $p= 0,054$ . A este respecto podemos observar una mayor tendencia a la Comunidad de Bienes entre las mujeres con respecto a los hombres.

	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
S.L.	33,9 %	31,2 %
EMPRESARIO INDIVIDUAL	58,9 %	42,9 %
SOCIEDAD CIVIL	1,8 %	2,6 %
COMUNIDAD DE BIENES	0 %	14,3 %
S.L. PROFESIONAL	1,8 %	1,3 %
NS/NC	3,6 %	7,8 %

	EDAD		
	DE 20 A 34 AÑOS	DE 35 A 55 AÑOS	DE 56 A 74 AÑOS
S.L.	41 %	33,3 %	10,5 %
EMPRESARIO INDIVIDUAL	51,3 %	44 %	68,4 %
SOCIEDAD CIVIL	0 %	2,7 %	5,3 %
COMUNIDAD DE BIENES	0 %	13,3 %	5,3 %
S.L. PROFESIONAL	2,6 %	1,3 %	0 %
NS/NC	5,1 %	5,3 %	10,5 %

A continuación, se pregunta a los encuestados acerca de los diferentes profesionales que trabajan en sus clínicas.



En nuestro recuento, de los 133 profesionales que poseen consulta propia, 95 de ellas son de odontólogos frente a 38 clínicas que son de médicos. En las clínicas de odontólogos trabajan un 71,4% de odontólogos y en ellas, es decir, de ese porcentaje, en un 45,7% trabaja sólo 1 odontólogo. En un 28,3% trabajan 2, en un 13% trabajan 3 y en un 12,1% trabajan más de 3 odontólogos. En las clínicas llevadas por médicos, trabajan un 28,6% de médicos a razón de un 71,8% en las que sólo trabaja uno, un 15,4% en las que trabajan 2, un 5,1% en las que trabajan 3 y un 7,7% en las que trabajan más de 3 médicos.

Hay un 5,4% de clínicas en las que trabaja un protésico y un 9,8% de clínicas con personal administrativo. Para este último caso, en ese porcentaje el 100% de las clínicas sólo tiene 1 administrativo.

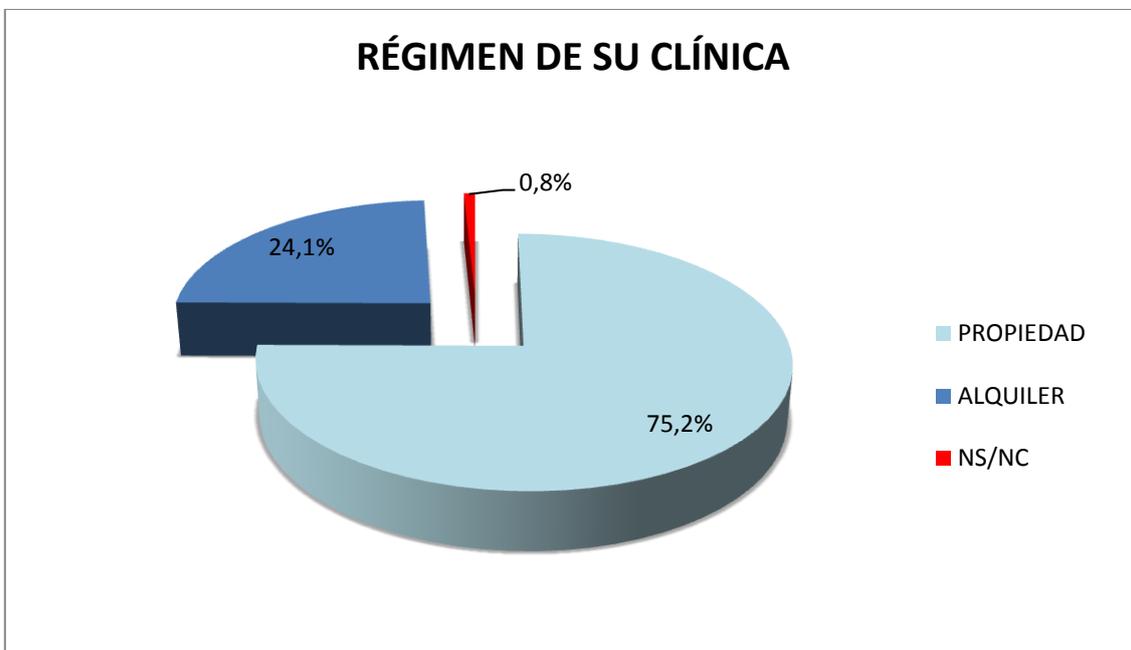
Hay 56 clínicas (42,1%) que poseen higienista de las cuales un 56,4% poseen sólo una, un 21,8% poseen 2, un 9,1% poseen 3 y en un 12,7% trabajan más de 3 higienistas. Las clínicas que cuentan con auxiliar de clínica corresponden al 58,6%. En un 59,5% sólo hay una auxiliar, en un 17,6% hay 2, en un 17,6% hay 3 y en un 5,4% hay más de 3 auxiliares de clínica.

Tras realizar un algoritmo en el que agrupamos odontólogos y médicos obtenemos que hay un 15,8% de odontólogos o médicos colegiados que trabajan solos, es decir, sin higienista y sin auxiliar de clínica. De ellos, un 3,8% son médicos, un 10,5% son odontólogos y en un 1,5% conviven 2 profesionales (médico más odontólogo, 2 médicos o 2 odontólogos).

La siguiente pregunta hace referencia al tiempo que se dedica a cada actividad dentro de la consulta, obteniéndose el orden de dedicación.

ORDEN DE DEDICACIÓN DE CADA ACTIVIDAD DENTRO DE LA CONSULTA DE MAYOR A MENOR FRECUENCIA	
1. RESTAURADORA	7. PERIODONCIA
2. PROSTODONCIA	8. PREVENTIVA
3. ENDODONCIA	9. ESTÉTICA
4. ORTODONCIA	10. ODONTOPEDIATRÍA
5. CIRUGÍA	11. MEDICINA ORAL
6. IMPLANTOLOGÍA	12. PACIENTES ESPECIALES

Se les pregunta a continuación respecto al régimen de la consulta, si es en propiedad o alquilada. La mayor parte de los colegiados encuestados poseedores de clínica mantienen sus consultas en propiedad.

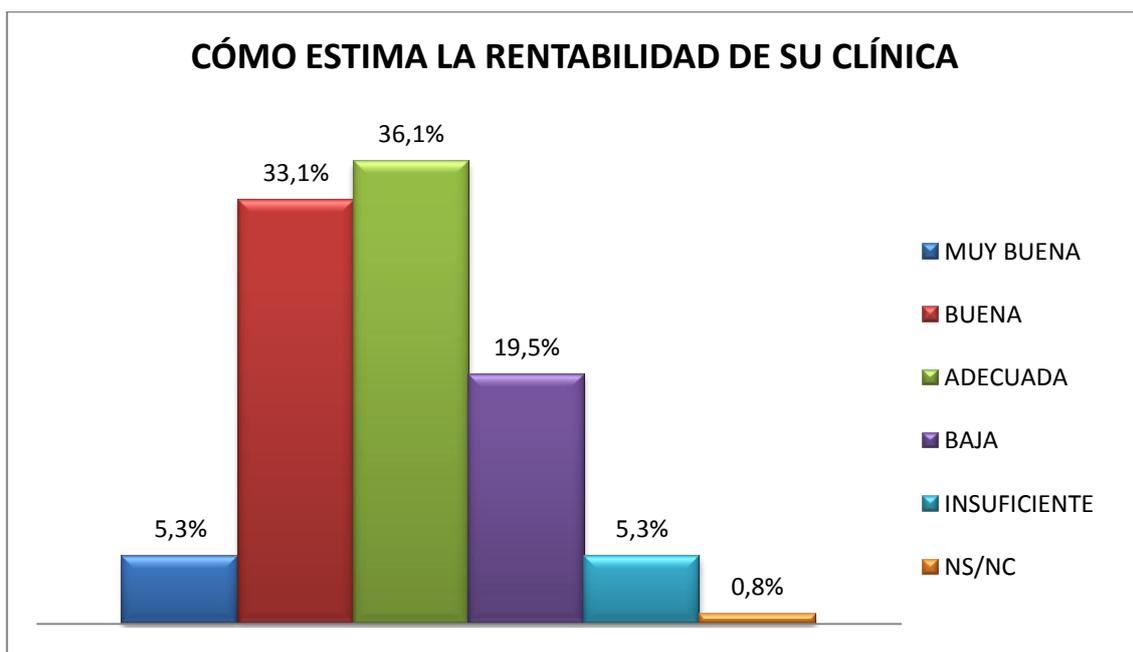


En esta cuestión no se encuentran diferencias importantes entre hombres y mujeres pero si existe una tendencia lineal a tener la consulta en propiedad según aumenta la edad (al mismo tiempo el régimen en alquiler disminuye según va aumentando la edad de los colegiados).

	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
<b>PROPIEDAD</b>	80,0 %	72,7 %
<b>ALQUILER</b>	20,0 %	27,3 %

	EDAD		
	DE 20 A 34 AÑOS	DE 35 A 55 AÑOS	DE 56 A 74 AÑOS
<b>PROPIEDAD</b>	69,2 %	74,3 %	94,7 %
<b>ALQUILER</b>	30,8 %	25,7 %	5,3 %

En referencia a como estiman los poseedores de consulta la rentabilidad de su clínica, la mayoría de los encuestados la consideran adecuada o buena. Esto nos permite afirmar que los profesionales se encuentran, en general, satisfechos con los resultados económicos de sus negocios.

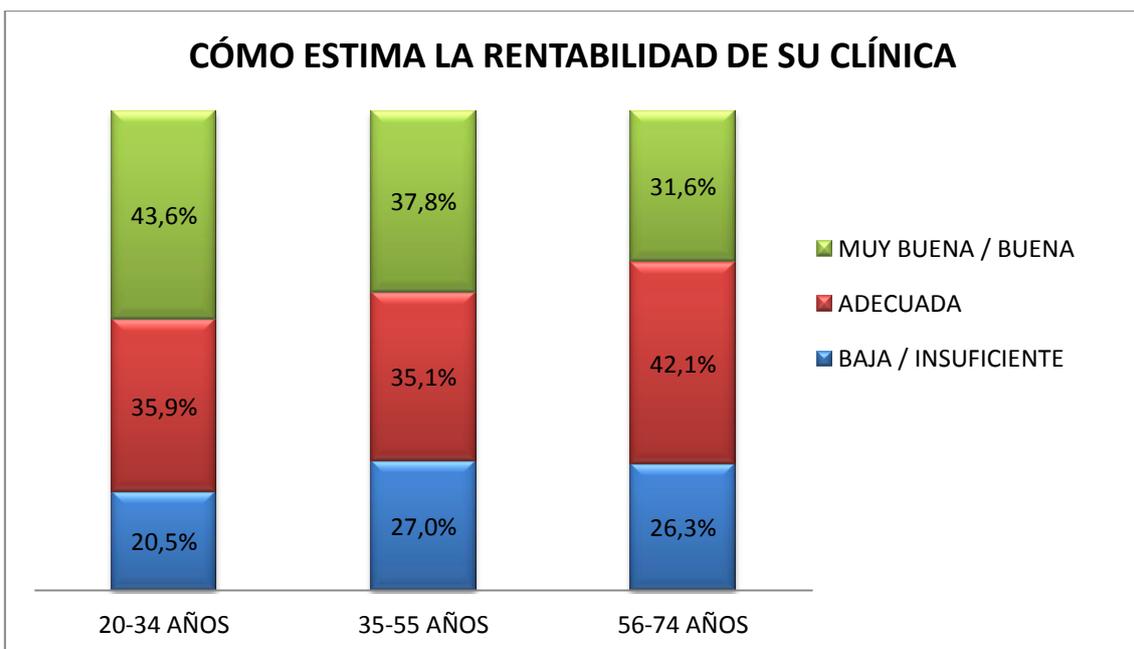
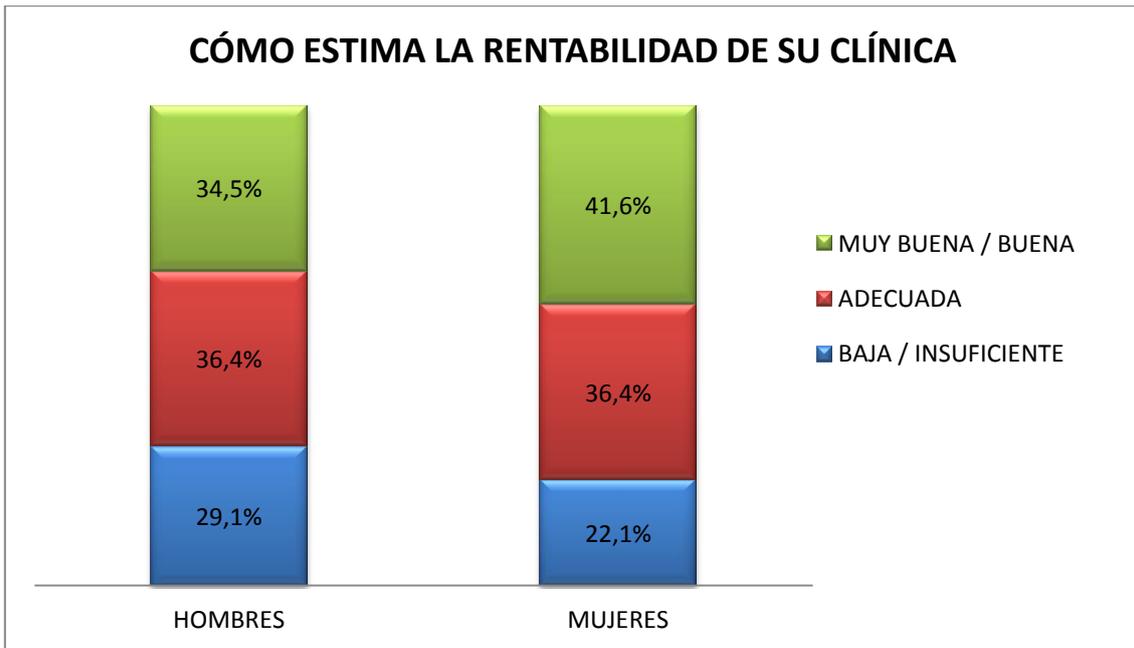


Al realizar el análisis por sexo y por edad obtenemos que no existen diferencias estadísticamente significativas ni por sexo ni por edad.

	EDAD		
	DE 20 A 34 AÑOS	DE 35 A 55 AÑOS	DE 56 A 74 AÑOS
<b>MUY BUENA</b>	5,1 %	6,8 %	0 %
<b>BUENA</b>	38,5 %	31,1 %	31,6 %
<b>ADECUADA</b>	35,9 %	35,1 %	42,1 %
<b>BAJA</b>	15,4 %	23,0 %	15,8 %
<b>INSUFICIENTE</b>	5,1 %	4,1 %	10,5 %

	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
<b>MUY BUENA</b>	5,5 %	5,2 %
<b>BUENA</b>	29,1 %	36,4 %
<b>ADECUADA</b>	36,4 %	36,4 %
<b>BAJA</b>	23,6 %	16,9 %
<b>INSUFICIENTE</b>	5,5 %	5,2 %

Se deciden agrupar las respuestas (tricategorica) y volver a realizar el análisis por sexo y por edad.



Podemos concluir que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la percepción de la rentabilidad, aunque si que se aprecia que en el valor más favorable (rentabilidad muy buena/buena) hay un 34,5% de hombres frente a un 41,6% de mujeres, es decir, las mujeres tienden a mostrarse más optimistas en cuanto a la rentabilidad de sus clínicas.

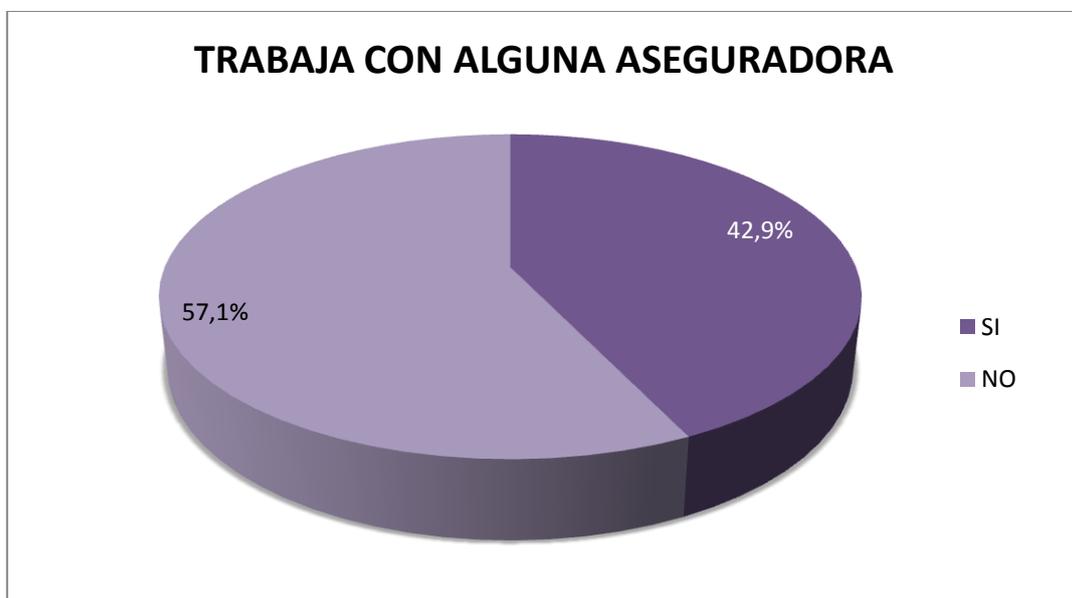
En cuanto a la diferenciación por grupos de edad, no existe una asociación entre la edad y la estimación de la rentabilidad de la clínica.

20-34 AÑOS	MUY BUENA / BUENA	HOMBRES: 30,8 %
		MUJERES: 50,0 %
	ADECUADA	HOMBRES: 38,5 %
		MUJERES: 34,6 %
	BAJA / INSUFICIENTE	HOMBRES: 30,8 %
		MUJERES: 15,4 %
35-55 AÑOS	MUY BUENA / BUENA	HOMBRES: 35,7 %
		MUJERES: 39,1 %
	ADECUADA	HOMBRES: 39,3 %
		MUJERES: 32,6 %
	BAJA / INSUFICIENTE	HOMBRES: 25,0 %
		MUJERES: 28,3 %
56-74 AÑOS	MUY BUENA / BUENA	HOMBRES: 35,7 %
		MUJERES: 20,0 %
	ADECUADA	HOMBRES: 28,6 %
		MUJERES: 80,0 %
	BAJA / INSUFICIENTE	HOMBRES: 35,7 %
		MUJERES: 0 %

Se pregunta posteriormente a los colegiados poseedores de clínica por el gasto más importante al que hacen frente. Destaca por encima de todos el gasto de personal, seguido del equipamiento y el alquiler del local en el que se ubican las clínicas. Ningún colegiado indicó que la asistencia a cursos de formación supusiera uno de los gastos más importantes.



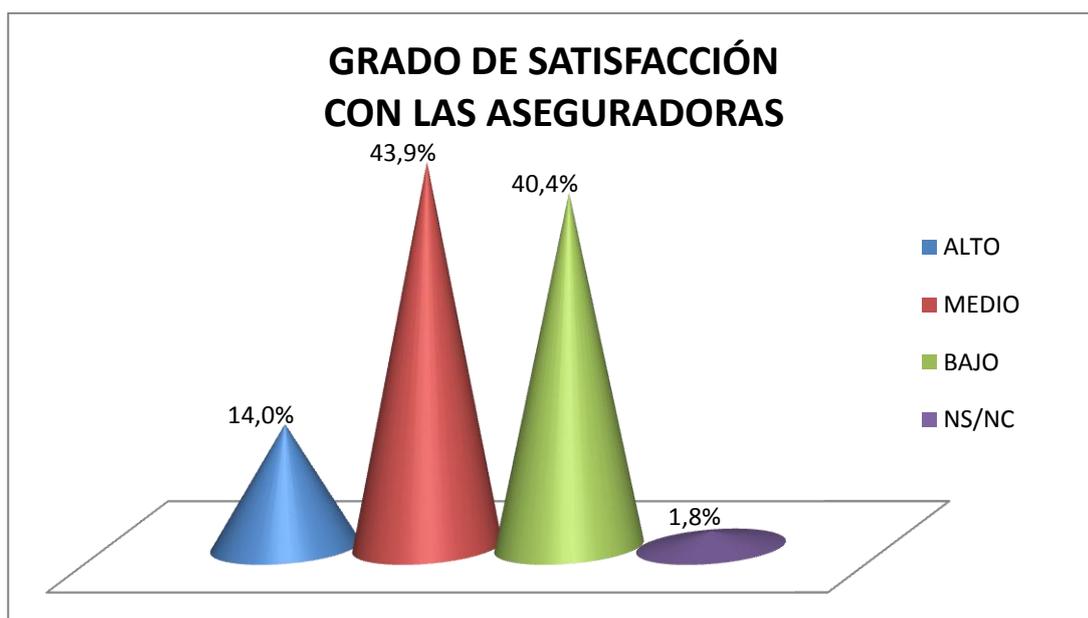
La siguiente pregunta hace referencia a si los colegiados poseedores de clínica propia trabajan con alguna sociedad médica y posteriormente se les pregunta su grado de satisfacción con las mismas.



	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
SI	44,6 %	41,6 %
NO	55,4 %	58,4 %

20-34 AÑOS	SI: 46,2 %	HOMBRES: 69,2 %
		MUJERES: 34,6 %
35-55 AÑOS	NO: 60,0 %	HOMBRES: 30,8 %
		MUJERES: 65,4 %
56-74 AÑOS	SI: 40,0 %	HOMBRES: 34,5 %
		MUJERES: 43,5 %
56-74 AÑOS	NO: 52,6 %	HOMBRES: 65,5 %
		MUJERES: 56,5 %
56-74 AÑOS	SI: 47,4 %	HOMBRES: 42,9 %
		MUJERES: 60,0 %
56-74 AÑOS	NO: 52,6 %	HOMBRES: 57,1 %
		MUJERES: 40,0 %

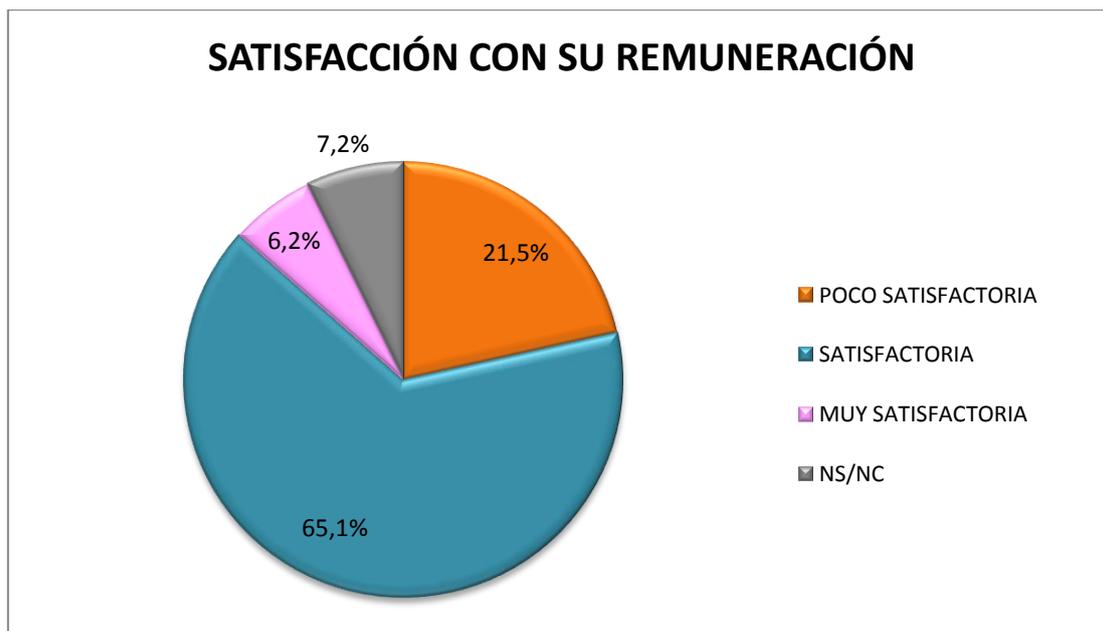
No existen deferencias estadísticamente significativas ni por sexo ni por grupos de edad a la hora de colaborar con las sociedades médicas. En cambio, el grado de satisfacción con las mismas si presenta diferencias. Los colegiados de más edad son los más descontentos con las sociedades médicas seguidos de los colegiados más jóvenes. El rango medio de edad presenta un grado de satisfacción medio. Sólo un 14% de los colegiados que colaboran con sociedades médicas está altamente satisfecho con ellas (ninguno de ellos es hombre y ninguno mayor de 55 años).



	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
ALTO	0 %	25,0 %
MEDIO	60,0 %	34,4 %
BAJO	40,0 %	40,6 %

	EDAD		
	DE 20 A 34 AÑOS	DE 35 A 55 AÑOS	DE 56 A 74 AÑOS
ALTO	22,2 %	13,3 %	0 %
MEDIO	33,3 %	53,3 %	44,4 %
BAJO	44,4 %	33,3 %	55,6 %

Respecto a la satisfacción de los profesionales con su remuneración, la mayoría de colegiados se encuentran satisfechos con la misma, no existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres al respecto.

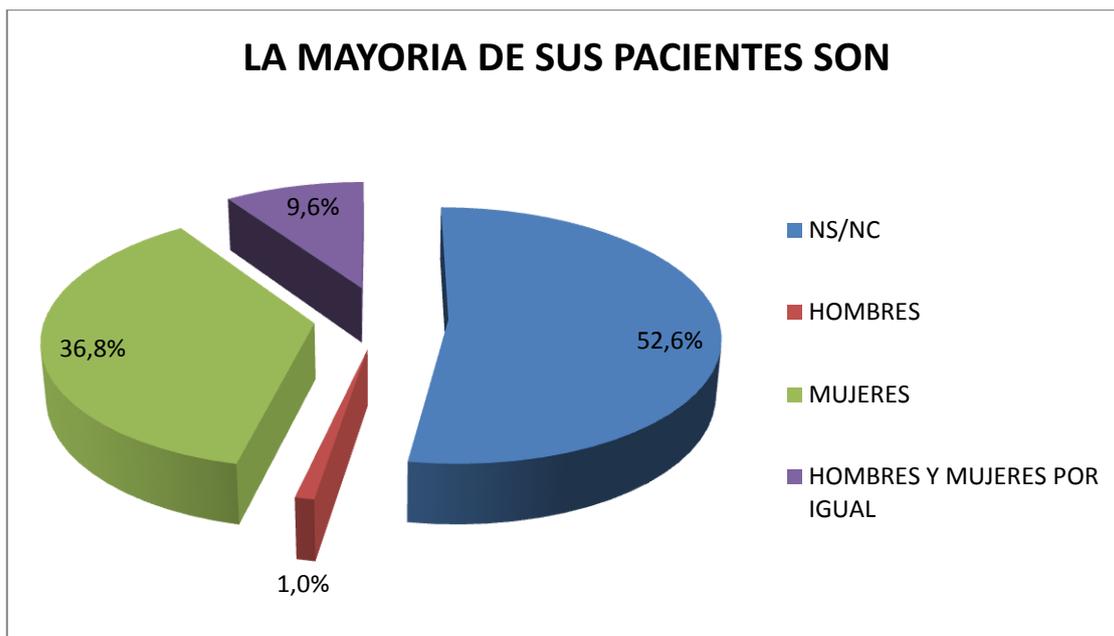


	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
<b>POCO SATISFACTORIA</b>	26,0 %	18,9 %
<b>SATISFACTORIA</b>	61,0 %	67,4 %
<b>MUY SATISFACTORIA</b>	6,5 %	6,1 %
<b>NS/NC</b>	6,5 %	7,6 %

Sin embargo, en la diferenciación por edades si podemos apreciar diferencias entre los diferentes grupos. Podemos apreciar que la satisfacción con la remuneración disminuye con la edad (prueba lineal  $p=0,025$ ), principalmente en los valores más extremos, es decir, la insatisfacción sigue una progresión lineal de aumento según aumenta la edad de los colegiados.

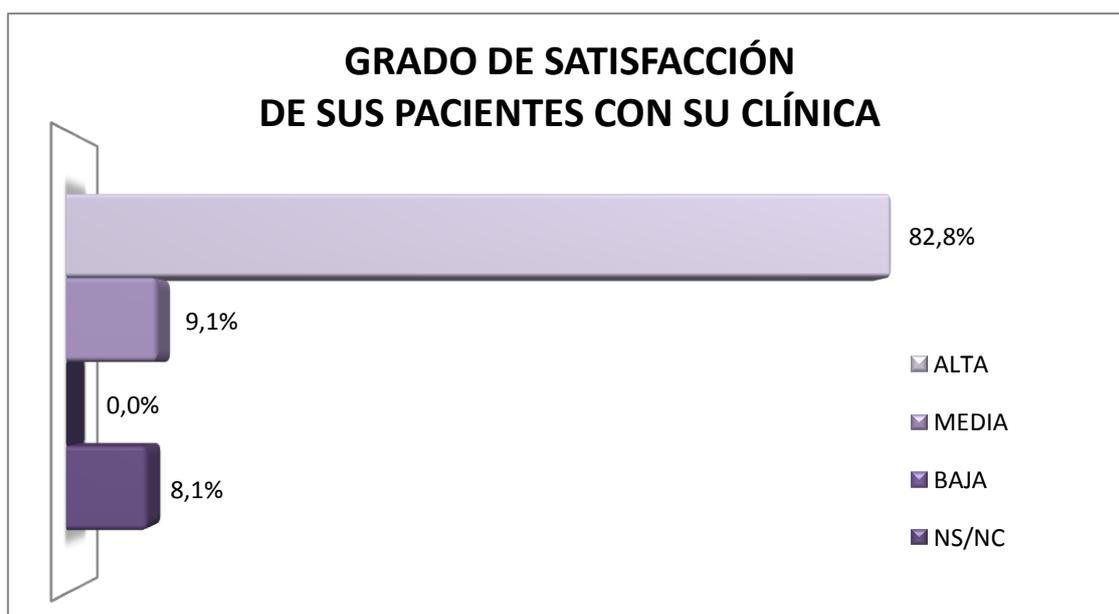
	EDAD		
	DE 20 A 34 AÑOS	DE 35 A 55 AÑOS	DE 56 A 74 AÑOS
<b>POCO SATISFACTORIA</b>	17,7 %	22,8 %	33,3 %
<b>SATISFACTORIA</b>	61,5 %	69,6 %	61,9 %
<b>MUY SATISFACTORIA</b>	7,3 %	6,5 %	0 %
<b>NS/NC</b>	13,5 %	1,1 %	4,8 %

Al preguntar a los colegiados el sexo mayoritario de los pacientes a los que atienden, la respuesta concluye que mayoritariamente son mujeres. Cabe destacar que en un porcentaje muy alto los encuestados no supieron o no contestaron a esta pregunta.



#### 5.3.4. PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES

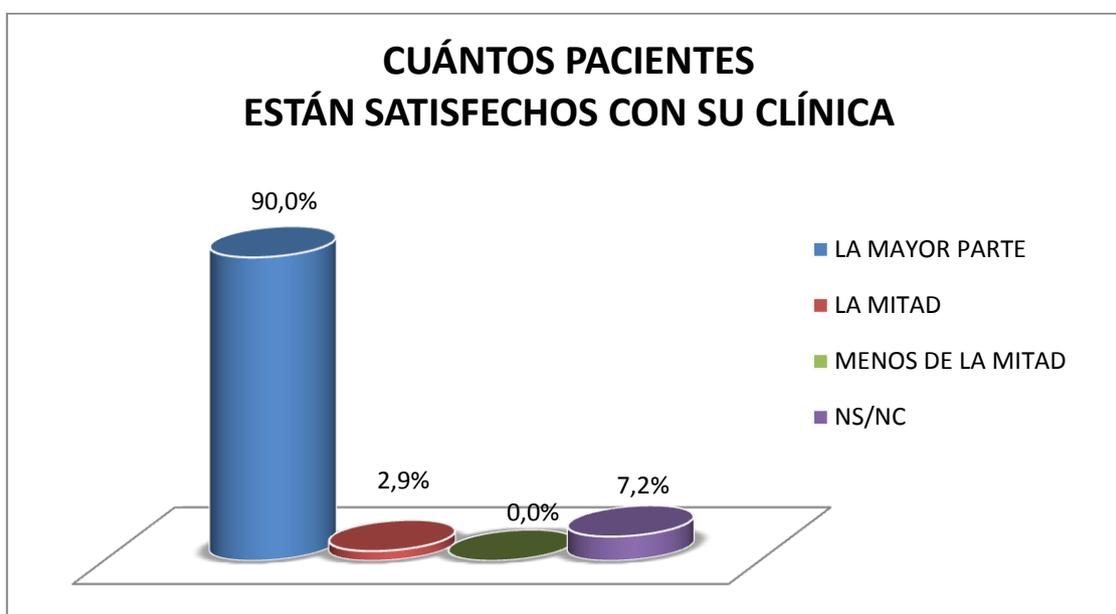
Se pregunta a continuación acerca de la percepción que tienen los profesionales en referencia a la satisfacción de los pacientes con su clínica. Es destacable el dato de que ninguno considera que el grado de satisfacción de los pacientes es bajo, considerando la mayoría de los profesionales que los pacientes están altamente satisfechos.



Si analizamos las respuestas por grupos de edad si encontramos diferencias significativas. Es decir, a medida que aumenta el grupo de edad, la percepción de la satisfacción aumenta.

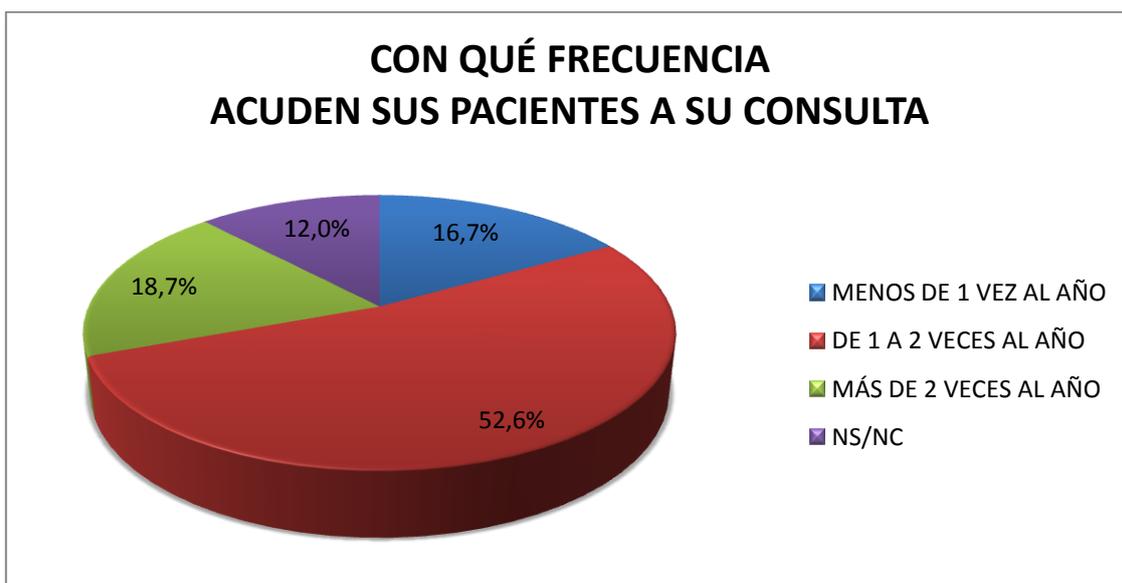
	EDAD		
	DE 20 A 34 AÑOS	DE 35 A 55 AÑOS	DE 56 A 74 AÑOS
<b>ALTA</b>	72,9 %	90,2 %	95,2 %
<b>MEDIA</b>	11,5 %	8,7 %	0 %
<b>BAJA</b>	0 %	0 %	0 %
<b>NS/NC</b>	15,6 %	1,1 %	4,8 %

Igualmente, la gran mayoría de los profesionales estima que la mayor parte de sus pacientes se encuentran satisfechos con su clínica.

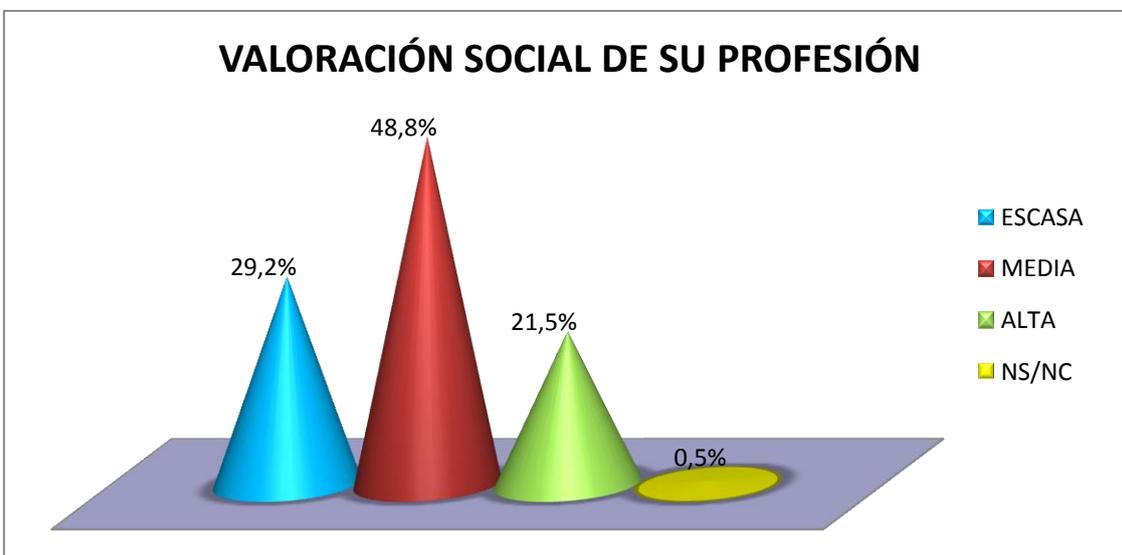


	EDAD		
	DE 20 A 34 AÑOS	DE 35 A 55 AÑOS	DE 56 A 74 AÑOS
<b>LA MAYOR PARTE</b>	80,2 %	98,9 %	95,2 %
<b>LA MITAD</b>	5,2 %	1,1 %	0 %
<b>MENOS DE LA MITAD</b>	0 %	0 %	0 %
<b>NS/NC</b>	14,6 %	0 %	4,8 %

La siguiente pregunta hace referencia a la percepción que tienen los profesionales acerca de la frecuencia con la que acuden los pacientes a la consulta. Más de la mitad considera que sus pacientes acuden 1 o 2 veces al año.



En referencia a como estiman los profesionales colegiados la valoración social de su profesión, casi la mitad de ellos (tanto hombres como mujeres) opina que es de grado medio, seguido de casi un 30% que la considera escasa. No hay diferencias significativas en cuanto al sexo ni por grupos de edad de los colegiados.



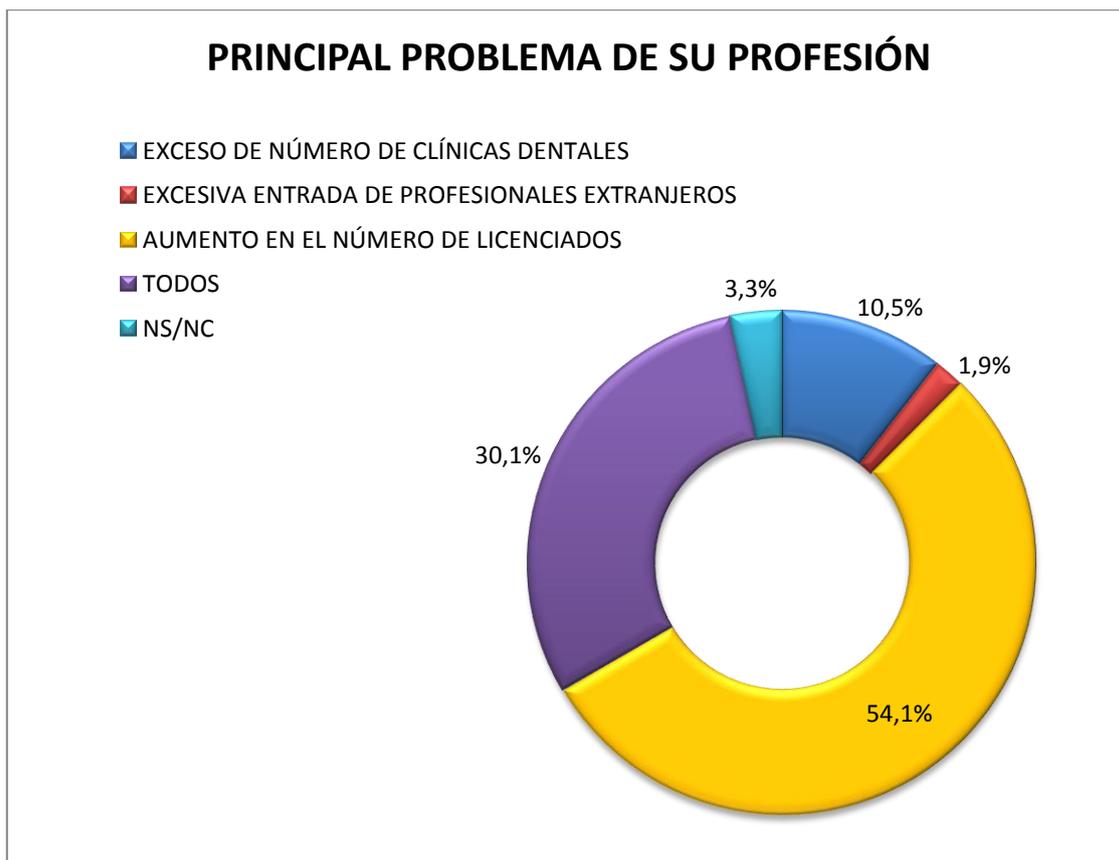
	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
ESCASA	29,9 %	28,8 %
MEDIA	45,5 %	50,8 %
ALTA	23,4 %	20,5 %
NS/NC	1,3 %	0 %

	EDAD		
	DE 20 A 34 AÑOS	DE 35 A 55 AÑOS	DE 56 A 74 AÑOS
<b>ESCASA</b>	36,5 %	23,9 %	19,0 %
<b>MEDIA</b>	39,6 %	58,7 %	47,6 %
<b>ALTA</b>	24,0 %	17,4 %	28,6 %
<b>NS/NC</b>	0 %	0 %	4,8 %

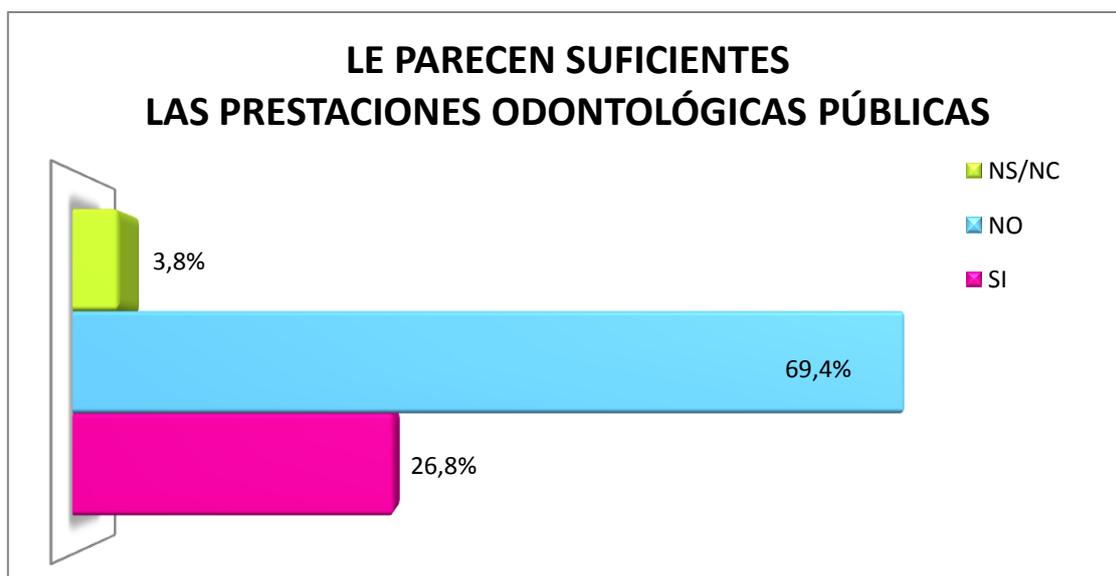
La siguiente pregunta hace referencia a aquellas situaciones de la profesión que los colegiados podrían pensar que deberían regularse. No hubo diferencias significativas entre los sexos ni en los diferentes de grupos de edad.



A su vez, se pregunta a los colegiados acerca de cual consideran que podría ser el principal problema actual de su profesión. Más de la mitad de ellos (tanto hombres como mujeres) estima como primordial el aumento en el número de licenciados.



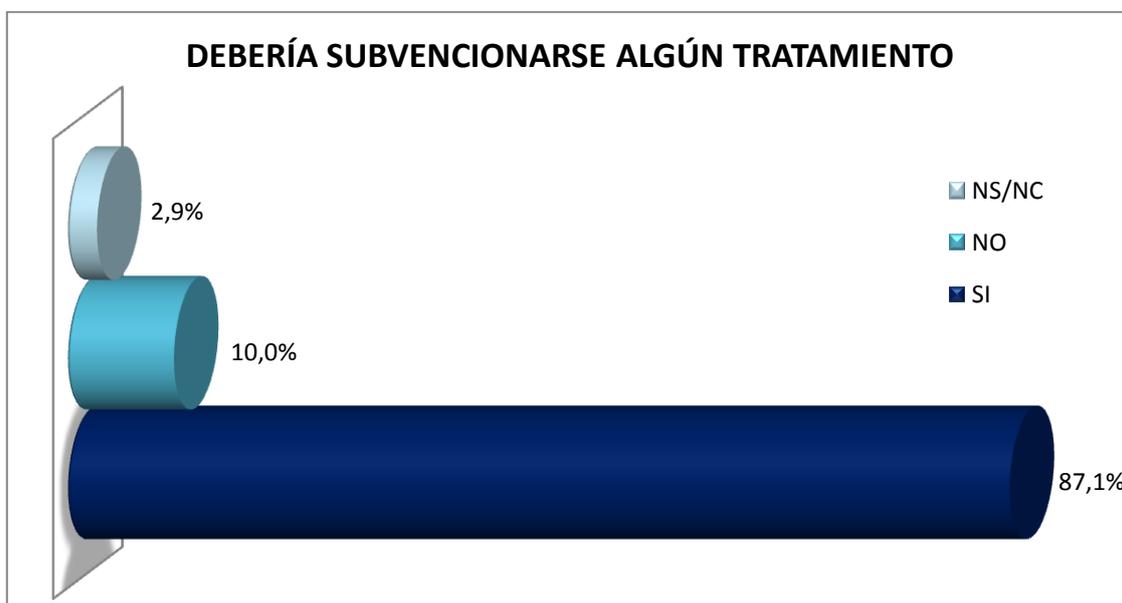
El servicio odontológico en España se lleva a cabo a través de dos vías principales, los servicios públicos y los servicios privados (mayoritarios). El siguiente bloque de preguntas encuesta a los profesionales acerca de las prestaciones públicas. Cabe señalar que a un 69,4% de los colegiados entrevistados les parecen insuficientes las prestaciones odontológicas públicas actuales.



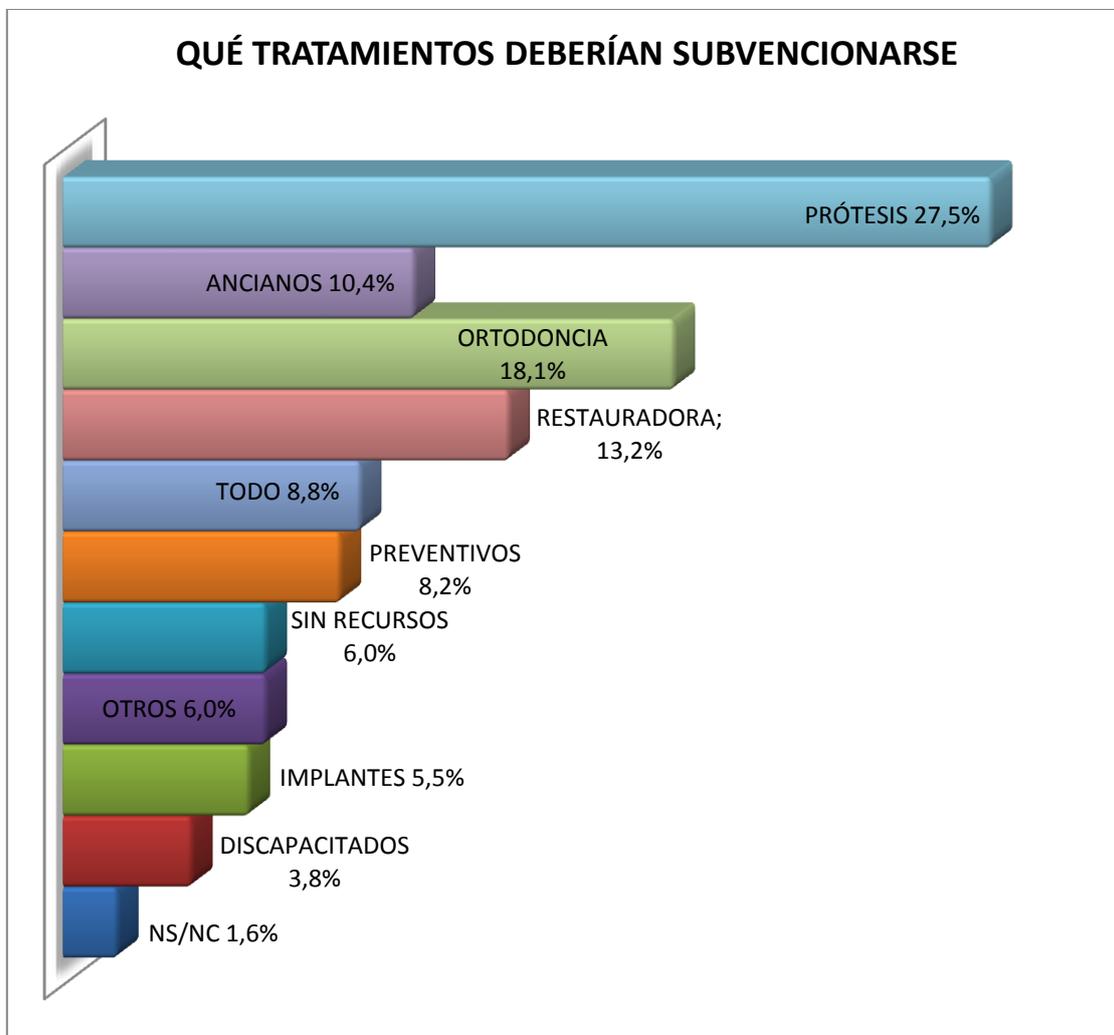
Entre las prestaciones que consideran que deberían introducirse en primer lugar con un 37% se encuentran las de los discapacitados, seguidas de las de los pacientes con enfermedades crónicas (29%) y de las correspondientes a pacientes ancianos (27%).



Desde esta perspectiva, se plantea a los profesionales si consideran que debe subvencionarse algún tratamiento en las clínicas privadas. La mayoría de los dentistas colegiados encuestados (87%) da una respuesta afirmativa.

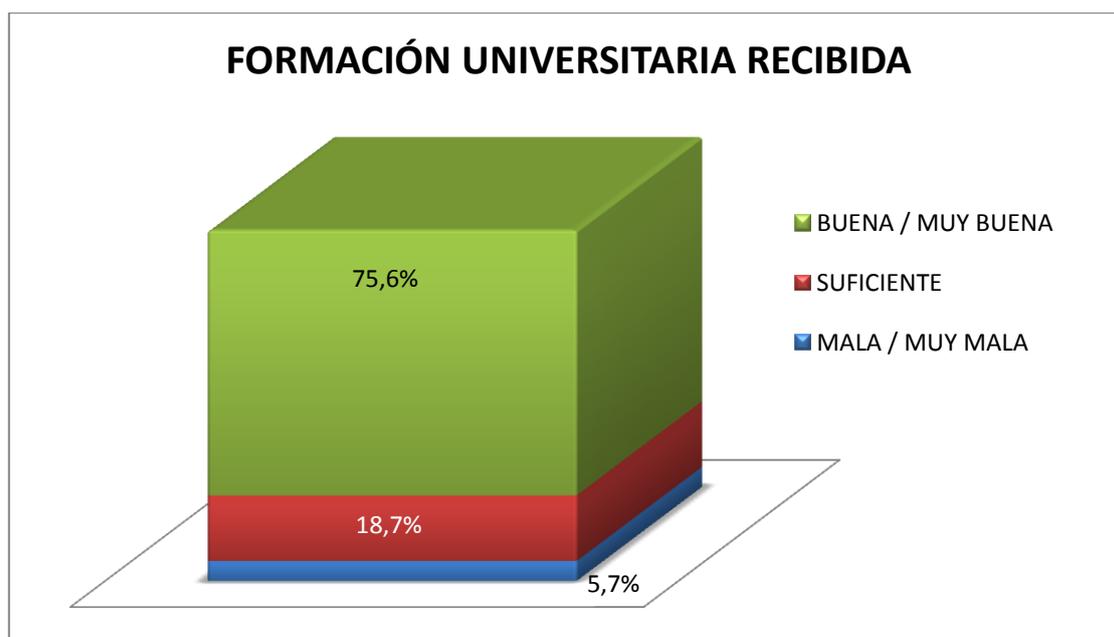


La mayor parte de los colegiados encuestados considera que se deberían subvencionar las prótesis dentales seguidas de los tratamientos de ortodoncia.



### 5.3.5. FORMACIÓN

El siguiente grupo de preguntas hace referencia a la formación de los profesionales colegiados. Para la mayoría (75%), la formación universitaria ha sido positiva, para cerca del 19% ha sido suficiente y sólo para casi un 6% de ellos ha sido deficiente.



No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo de los colegiados o a su edad, aunque se aprecia que según va aumentando la edad, la satisfacción con la formación universitaria recibida es mayor, siendo los más satisfechos los colegiados mayores de 55 años.

	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
MALA / MUY MALA	9,1 %	3,8 %
SUFICIENTE	20,8 %	17,4 %
BUENA / MUY BUENA	70,1 %	78,8 %

	EDAD		
	DE 20 A 34 AÑOS	DE 35 A 55 AÑOS	DE 56 A 74 AÑOS
MALA / MUY MALA	6,3 %	4,3 %	9,5 %
SUFICIENTE	20,8 %	19,6 %	4,8 %
BUENA / MUY BUENA	72,9 %	76,1 %	85,7 %

Para más de un 64% de colegiados encuestados la formación recibida se ajusta a sus necesidades profesionales. Aunque no existen diferencias estadísticamente significativas, se aprecia un porcentaje mayor de hombres cuya formación se ha ajustado a sus necesidades. En cuanto a los grupos de edad, podemos apreciar que para los más jóvenes sus estudios se ajustan a sus necesidades en un porcentaje inferior.

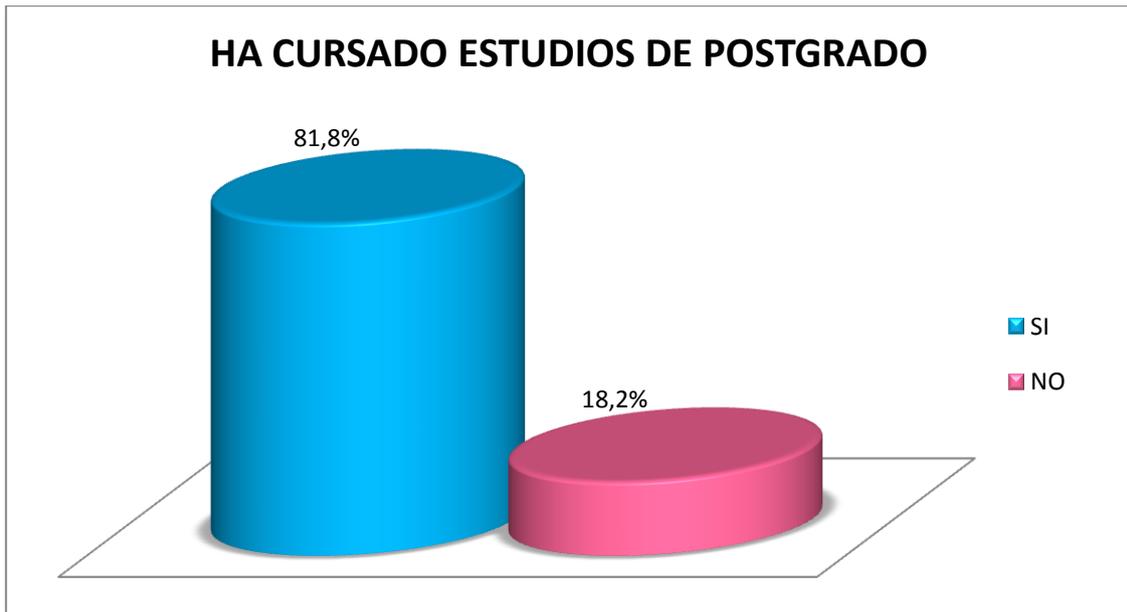
Según va aumentando la edad, aumenta el porcentaje de colegiados cuya formación se ajusta a sus necesidades profesionales.



	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
SI	70,1 %	61,4 %
NO	28,6 %	37,1 %
NS/NC	1,3 %	1,5 %

	EDAD		
	DE 20 A 34 AÑOS	DE 35 A 55 AÑOS	DE 56 A 74 AÑOS
SI	57,3 %	67,4 %	85,7 %
NO	40,6 %	31,5 %	14,3 %
NS/NC	2,1 %	1,1 %	0 %

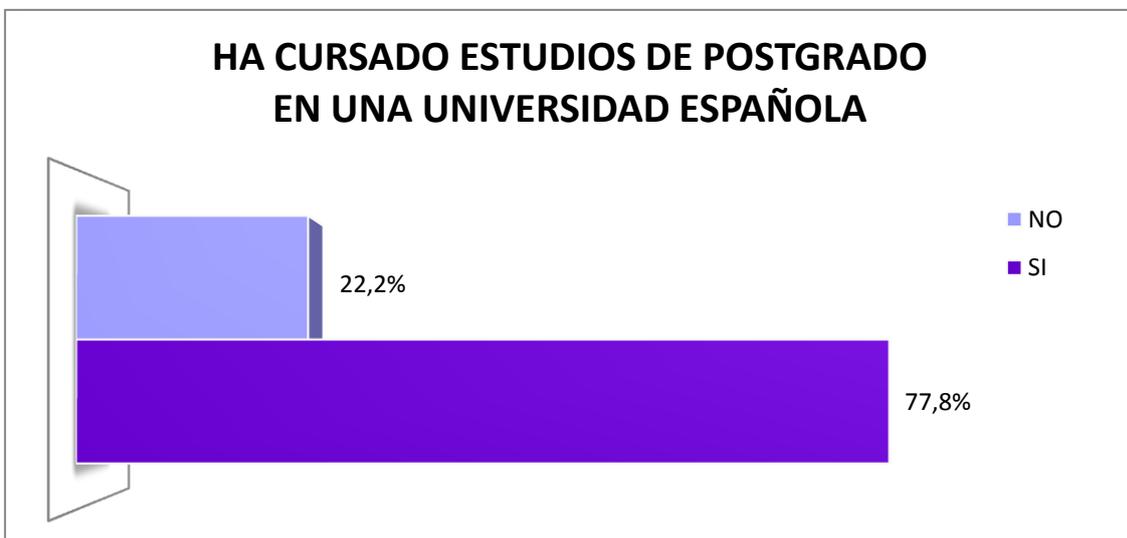
A pesar de que la mayoría de los dentistas colegiados encuestados consideraba que la formación recibida se ajusta a sus necesidades profesionales, casi el 82% ha cursado formación de postgrado. Esto se traduce en que la mayoría de los colegiados (tanto hombres como mujeres por igual y con independencia de su edad) ha querido ampliar su formación y con ello sus posibilidades profesionales.

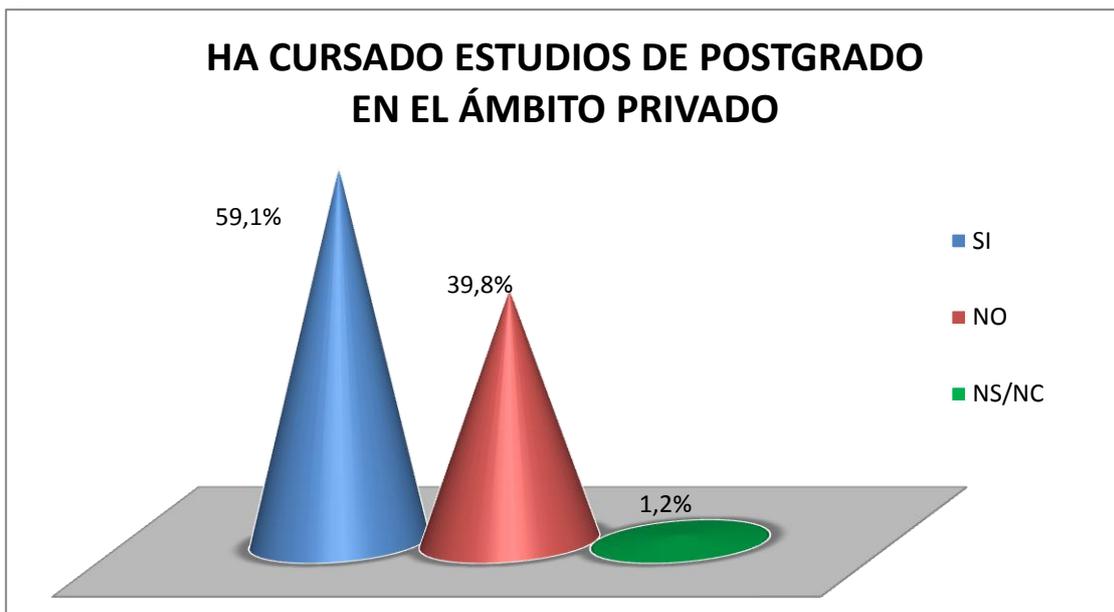


	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
SI	81,8 %	81,8 %
NO	18,2 %	18,2 %

	EDAD		
	DE 20 A 34 AÑOS	DE 35 A 55 AÑOS	DE 56 A 74 AÑOS
SI	83,3 %	84,8 %	61,9 %
NO	16,7 %	15,2 %	38,1 %

Cerca de un 78% de los encuestados eligió una universidad española para recibir su formación de postgrado y casi un 60% de los colegiados recibió su formación de postgrado en el ámbito privado.



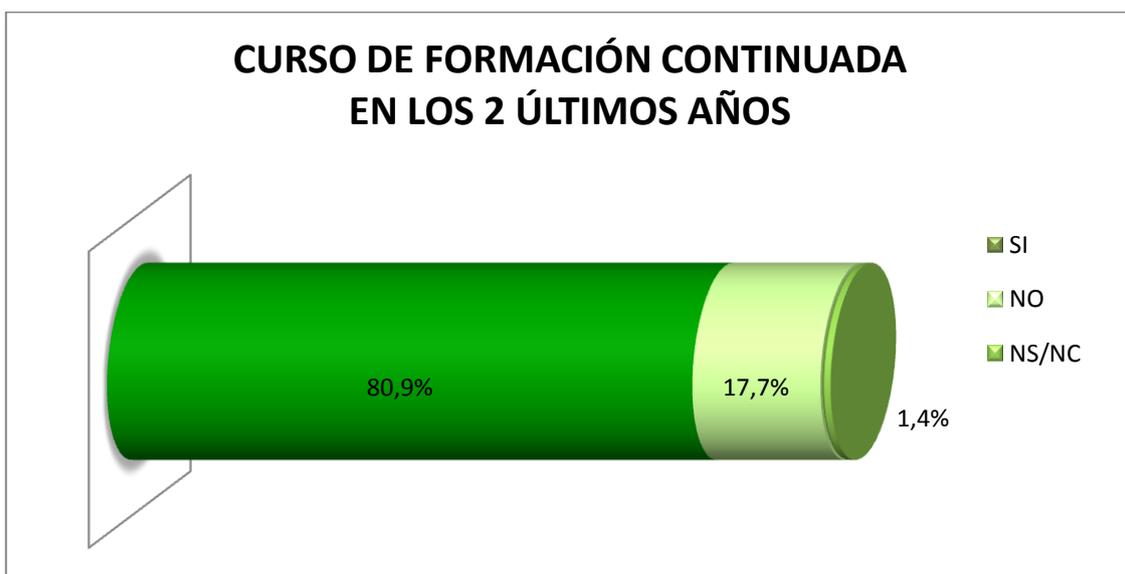


Un 43% de los dentistas colegiados encuestados considera que la oferta de formación de postgrado actual es suficiente seguido de un 34% que considera que es excesiva. A este respecto, el colectivo más joven de profesionales es el que considera en un mayor grado que existe un exceso de oferta de estudios de postgrado.

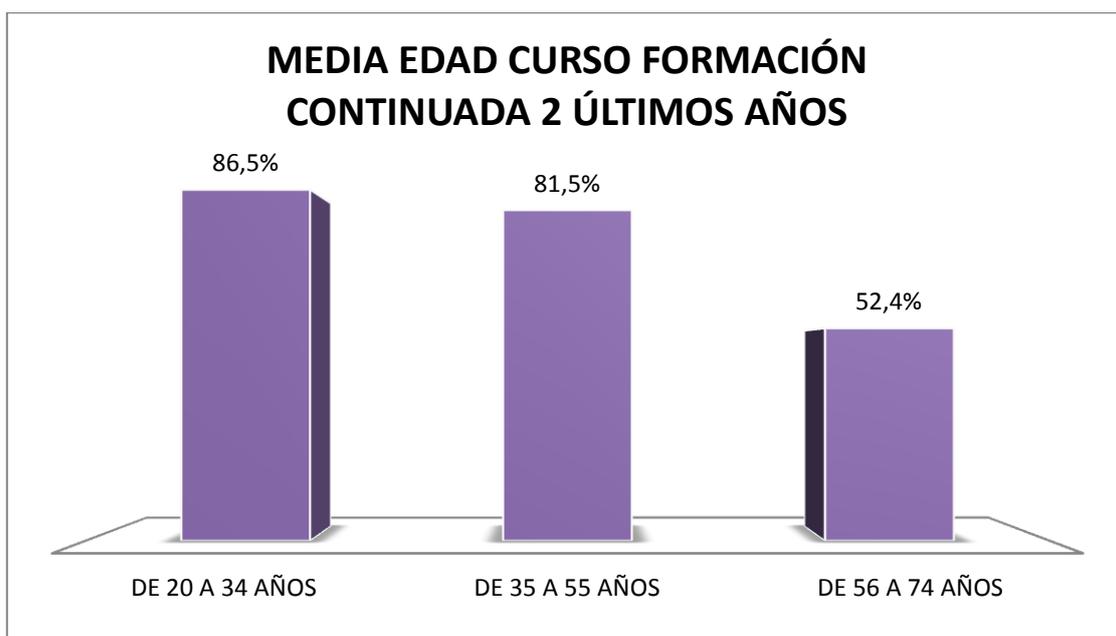


	EDAD		
	DE 20 A 34 AÑOS	DE 35 A 55 AÑOS	DE 56 A 74 AÑOS
ESCASA	15,6 %	19,6 %	23,8 %
SUFICIENTE	43,8 %	37,0 %	66,7 %
EXCESIVA	40,6 %	32,6 %	9,5 %
NS / NC	0 %	10,9 %	0 %

La asistencia a cursos de formación continuada en los últimos 2 años es alta (más del 80%) y superior a la de los cursos de postgrado. Al realizar el análisis por sexo y por grupos de edad no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, sin embargo, si hay diferencias en cuanto a la edad de los colegiados siendo los colectivos más jóvenes los que más acuden a los cursos de formación continuada.



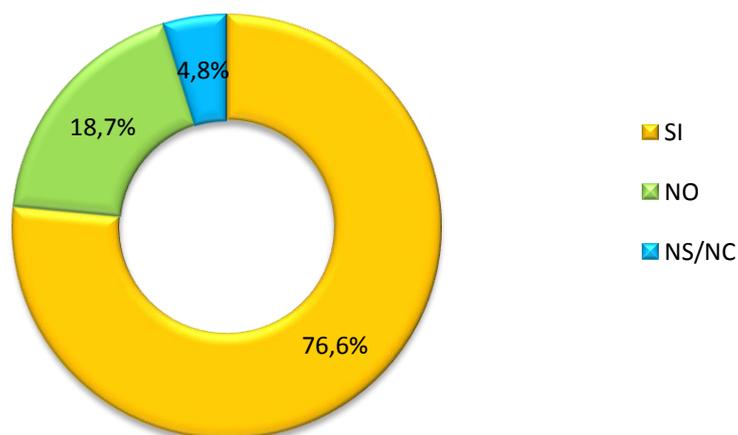
	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
SI	84,4 %	78,8 %
NO	15,6 %	18,9 %
NS / NC	0 %	2,3 %



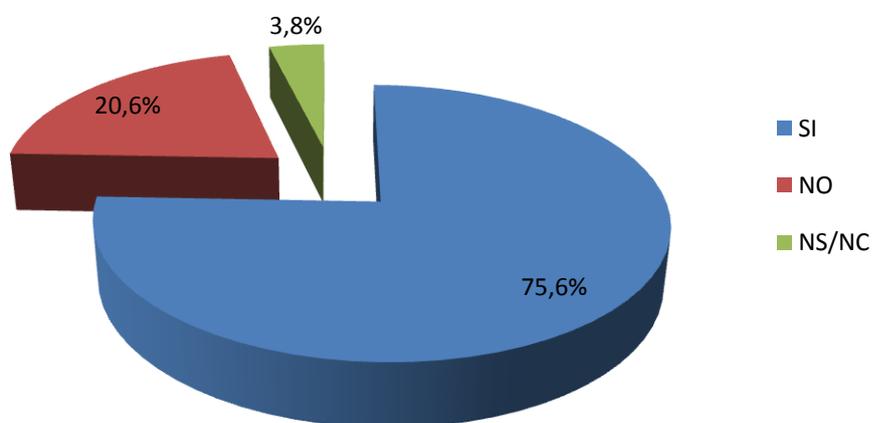
La asistencia a cursos disminuye con la edad, cuanto más mayor es el dentista colegiado, a menos cursos de formación ha asistido.

Sin embargo, a pesar de las diferencias existentes en la asistencia a cursos de postgrado frente a los cursos de formación continuada, la respuesta frente al nivel de adecuación de los mismos a las necesidades profesionales no dista mucho entre ambos tipos de formación. Cabe destacar que el porcentaje de colegiados encuestados que opina que la formación de postgrado no se ajusta a sus necesidades profesionales es de casi un 19%, y de un 20% que opina lo mismo en relación a la formación continuada.

### LA FORMACIÓN DE POSTGRADO SE AJUSTA A LAS NECESIDADES PROFESIONALES



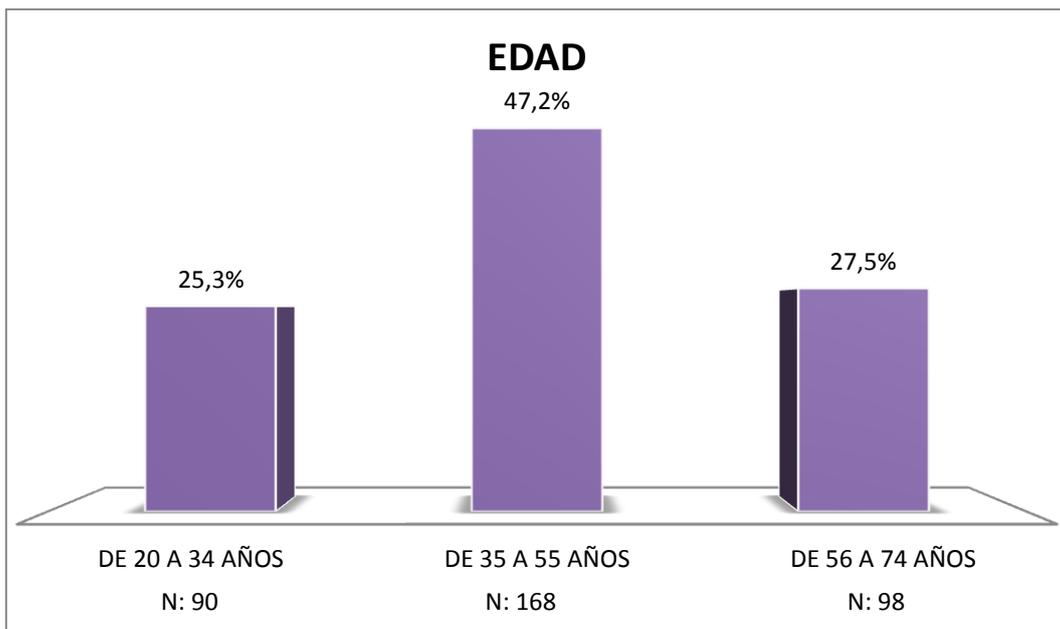
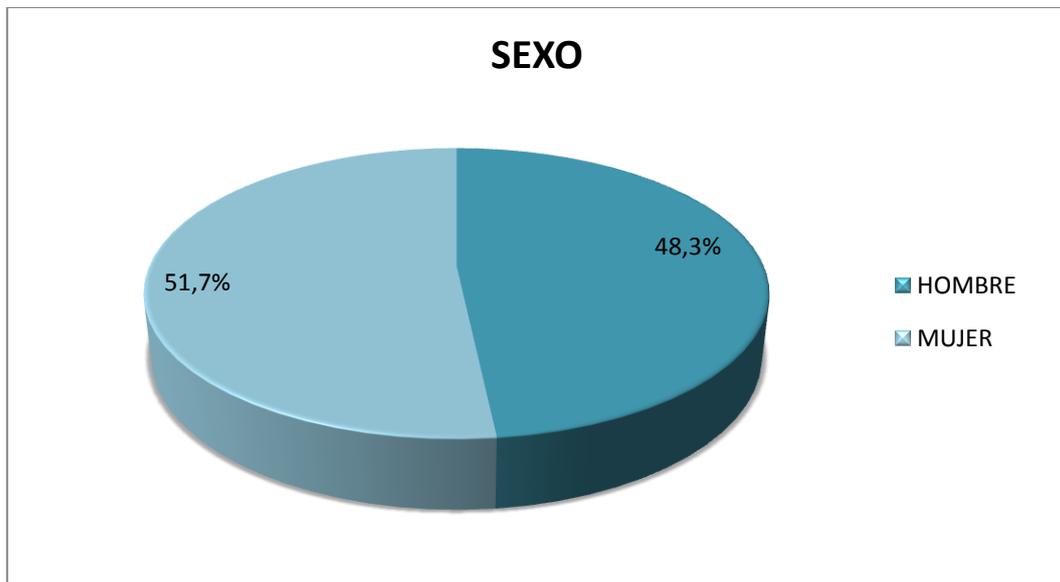
### LA FORMACIÓN CONTINUADA SE AJUSTA A LAS NECESIDADES PROFESIONALES



## 5.4. ENCUESTA A LA POBLACIÓN

### 5.4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra está compuesta por 356 individuos, de los cuales un 51,7% son mujeres y un 48,3% hombres. En cuanto a la distribución por edades, el 25,3% son menores de 35 años, un 47,2% tienen entre 35 y 55 años y un 27,5% son mayores de 55 años. El 94,1% de la muestra son españoles y el resto de diferentes nacionalidades en porcentajes que no superan el 1,5% (Bolivia, Perú, Paraguay, Rumania, Colombia, etc).

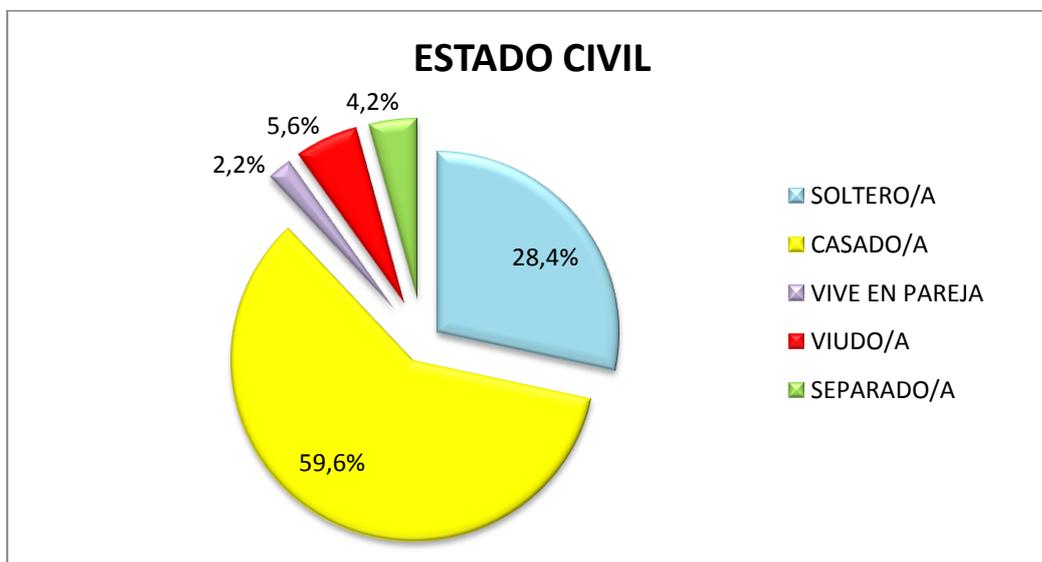




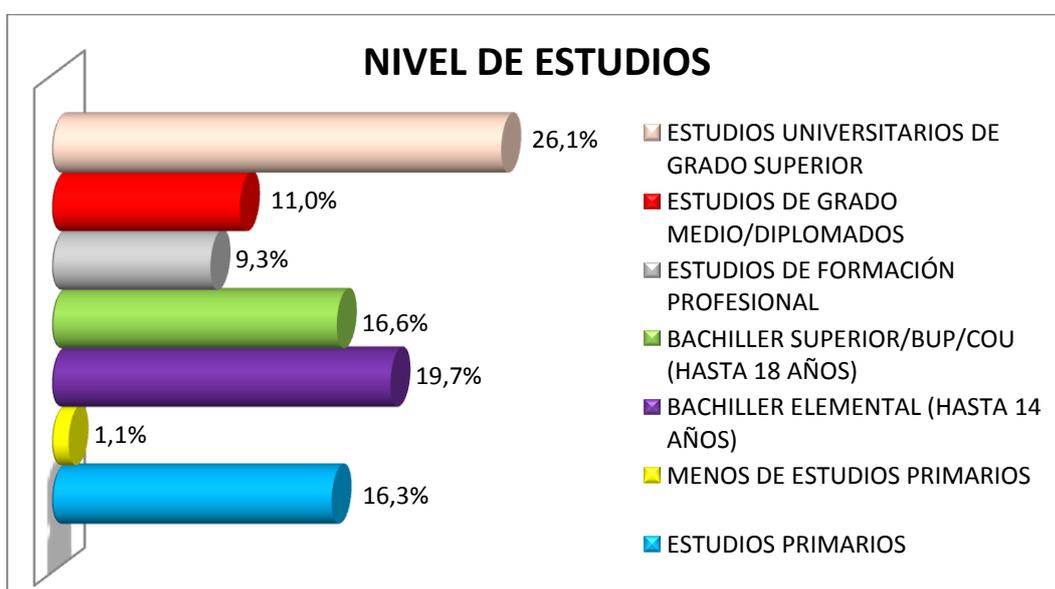
Si reflejamos una distribución de la muestra encuestada relacionando sexo y edad se puede apreciar que nuestra muestra es homogénea para dichas categorías.

MUESTRA DE POBLACIÓN ENCUESTADA			
	DE 20 A 34 AÑOS	DE 35 A 55 AÑOS	DE 56 A 74 AÑOS
<b>HOMBRE</b>	44 (48,9 %)	84 (50 %)	44 (44,9 %)
<b>MUJER</b>	46 (51,1 %)	84 (50 %)	54 (55,1 %)

Más de la mitad de los individuos encuestados (59,6%) están casados, un 28,4% están solteros y el resto, en porcentajes que no superan el 6%, son viudos, separados o viven en pareja.



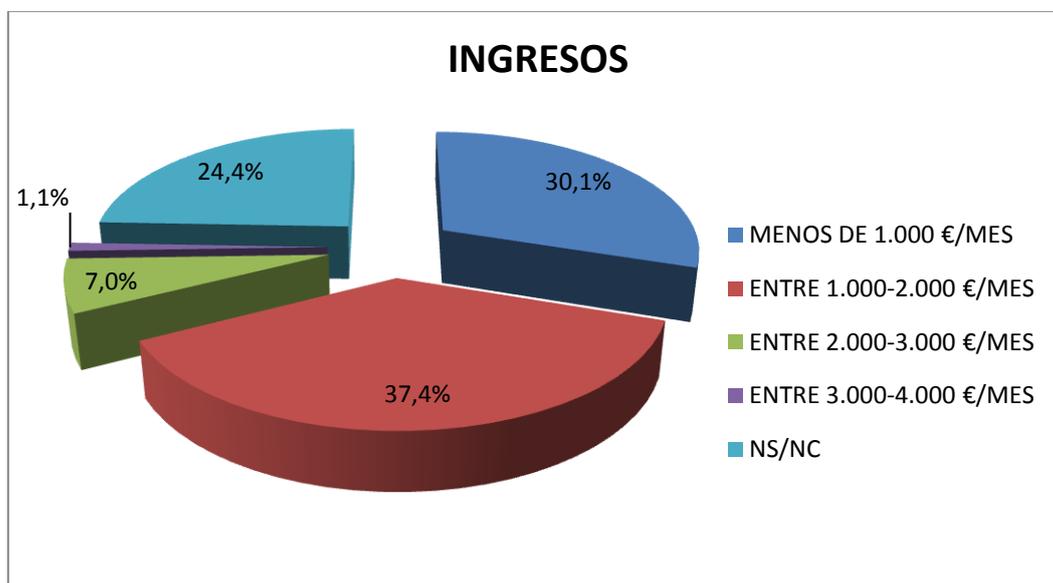
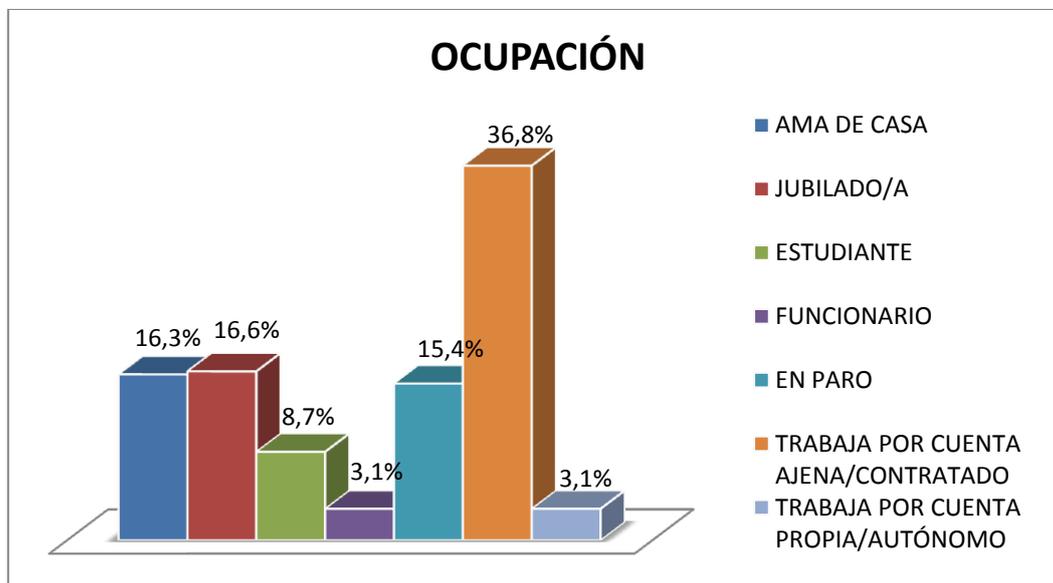
Un 37% de la muestra ha realizado estudios inferiores al bachiller elemental (hasta 14 años), un 26% ha completado estudios de formación profesional o bachiller superior/BUP/COU (hasta 18 años) y un 37% posee estudios de grado medio, son diplomados o poseen estudios universitarios superiores. Si hacemos una diferenciación por sexo y edad en referencia al nivel de estudios, podemos observar que existen diferencias estadísticamente significativas para ambas categorías. Podemos apreciar que el grupo de población más joven (20-34 años) es el más formado, al igual que las mujeres, que poseen un nivel de estudios en su mayoría superior al de los hombres.



	SEXO	
	HOMBRE	MUJER
ESTUDIOS ELEMENTALES	37,8 %	36,4 %
BACHILLER O FP	31,4 %	20,7 %
DIPLOMATURA/LICENCIATURA	30,08 %	42,9%

	EDAD		
	DE 20 A 34 AÑOS	DE 35 A 55 AÑOS	DE 56 A 74 AÑOS
ESTUDIOS ELEMENTALES	16,7 %	30,4 %	67,3 %
BACHILLER O FP	31,1 %	32,1 %	10,2 %
DIPLOMATURA/LICENCIATURA	52,2 %	37,5 %	22,4 %

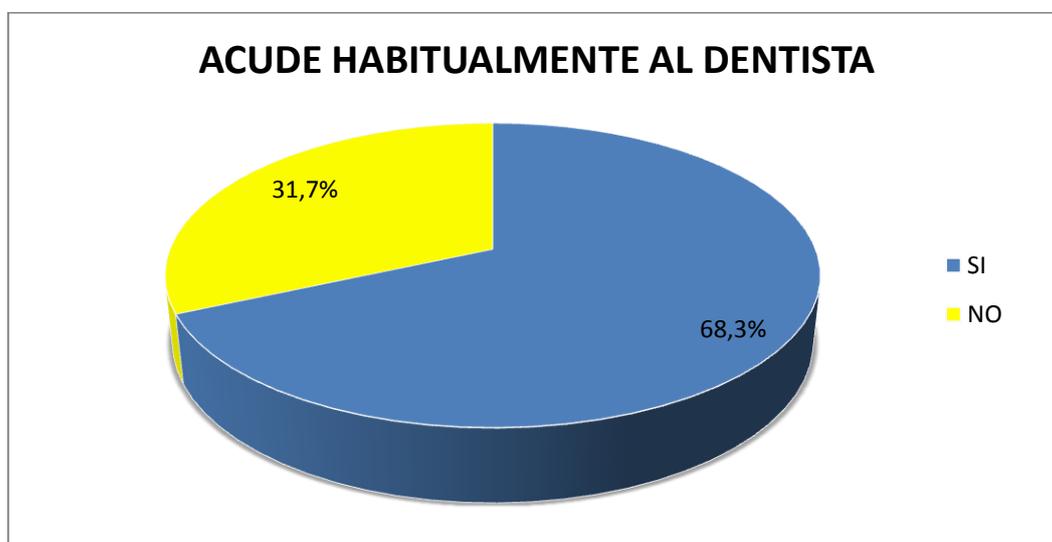
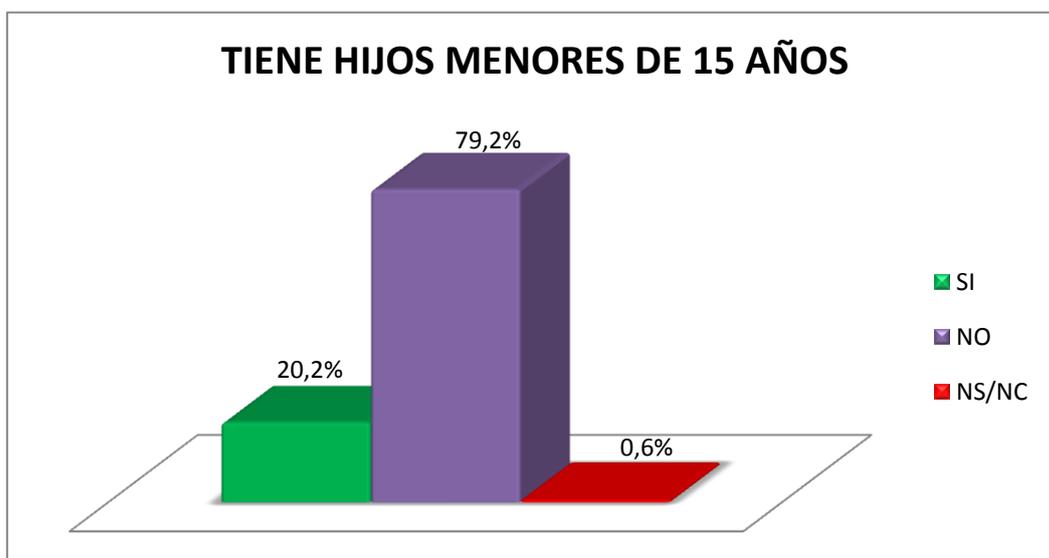
Del total de encuestados, el 15,4% está en paro y el 16,3% son amas de casa. Hay una mayor proporción de trabajadores por cuenta ajena/contratados (36,8%) y con unos ingresos familiares netos mensuales de entre 1.000 y 2.000 euros (37,4%).

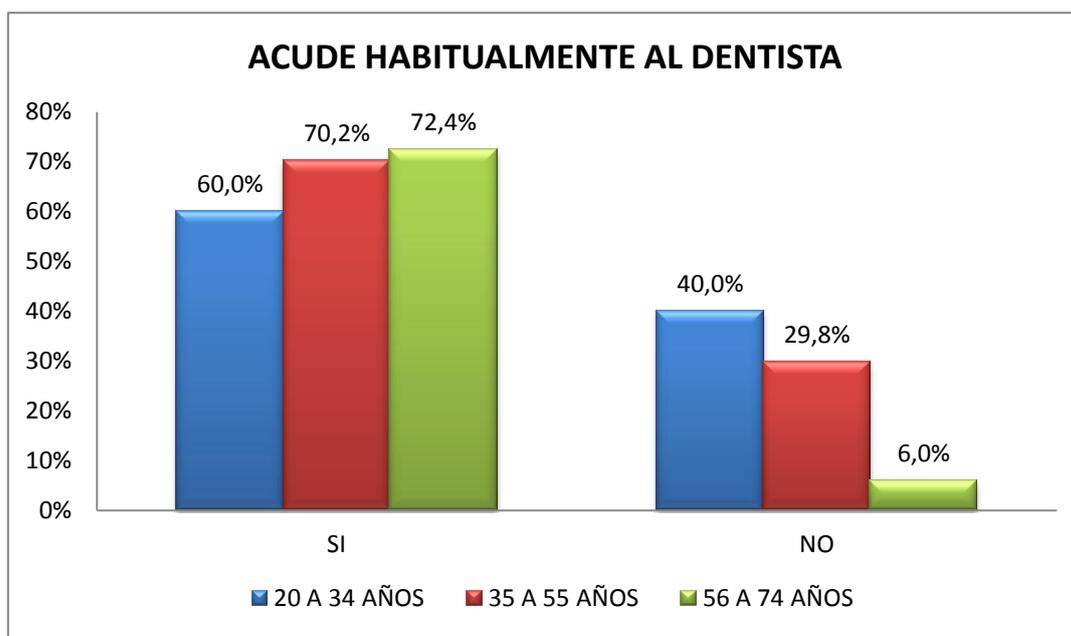
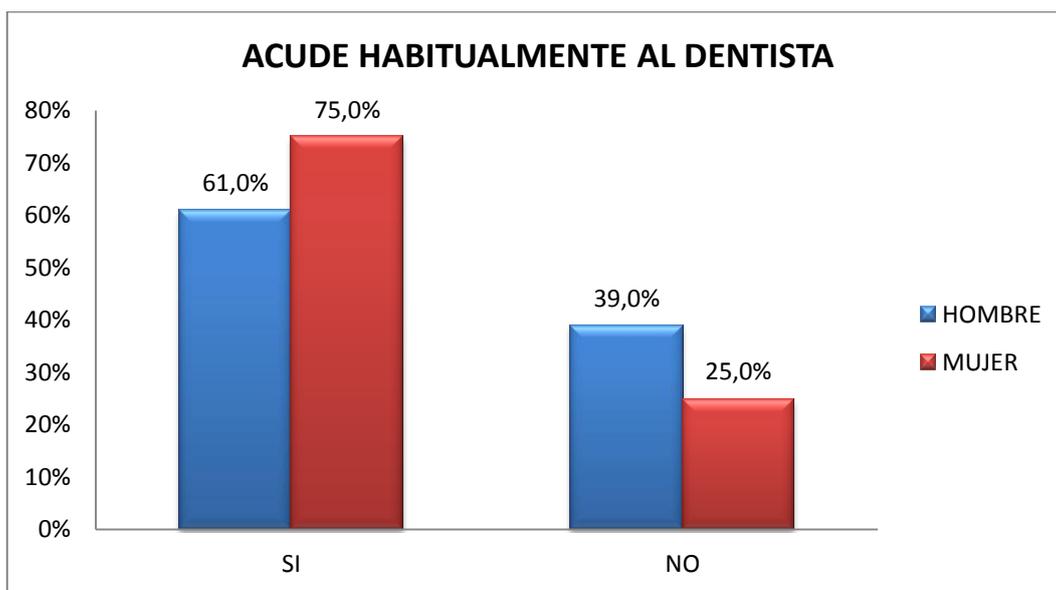


Al relacionar el nivel de estudios de los sujetos de nuestra muestra con su nivel de ingresos, podemos apreciar que los individuos más formados tienen un nivel de ingresos mayor (casi el 76% de los individuos que perciben más de 2.000 € al mes son diplomados o licenciados universitarios). Sin embargo, el 54,2% de los que afirman tener unos ingresos inferiores a 1.000 € al mes cuentan con estudios elementales.

	NIVEL DE INGRESOS VS NIVEL DE ESTUDIOS			
	MENOS DE 1000€/MES	ENTRE 1000-2000€/MES	>2000€/MES	NS/NC
ESTUDIOS ELEMENTALES	54,2 %	33,1 %	6,9 %	32.2 %
BACHILLER O FP	28,0 %	30,1 %	17,2 %	19.5 %
DIPLOMATURA/LICENCIATURA	17,8 %	36,8 %	75,9 %	48.3 %

Del total de encuestados, sólo el 20,2% tiene hijos menores de 15 años. Afirman que acuden habitualmente al dentista el 68,3% y lo hacen fundamentalmente a consultas privadas (el 80,6%). Visitan más habitualmente al dentista las mujeres, sin embargo, sólo un 20,8% de la población encuestada acude habitualmente con sus hijos al dentista.

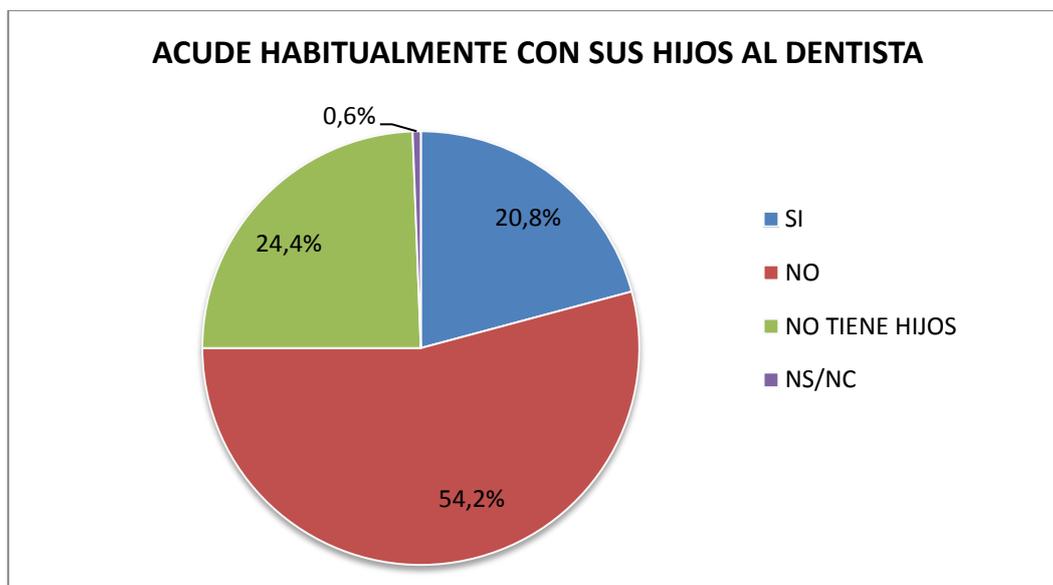




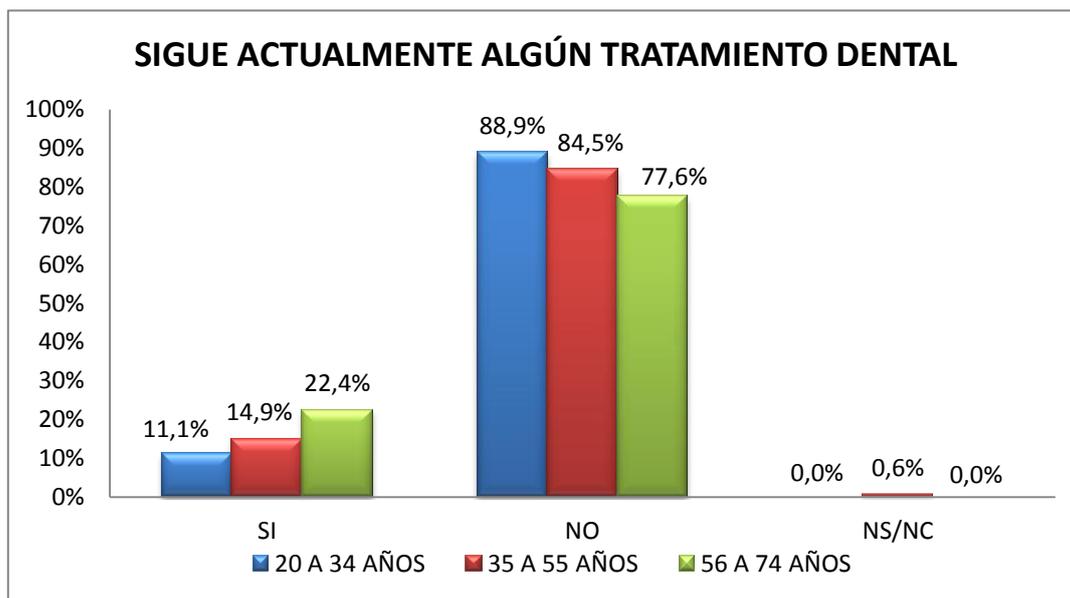
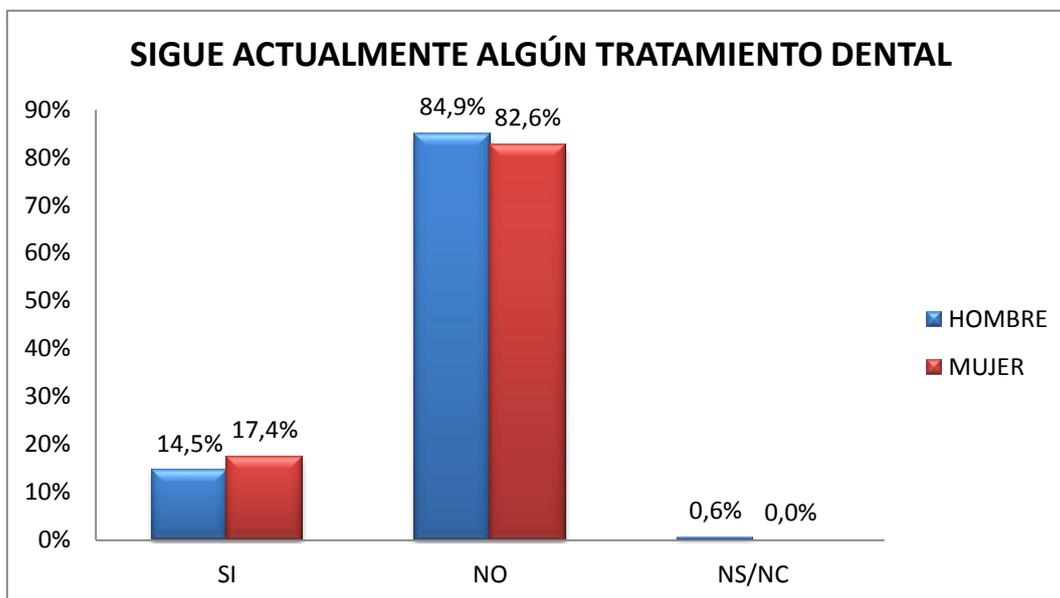
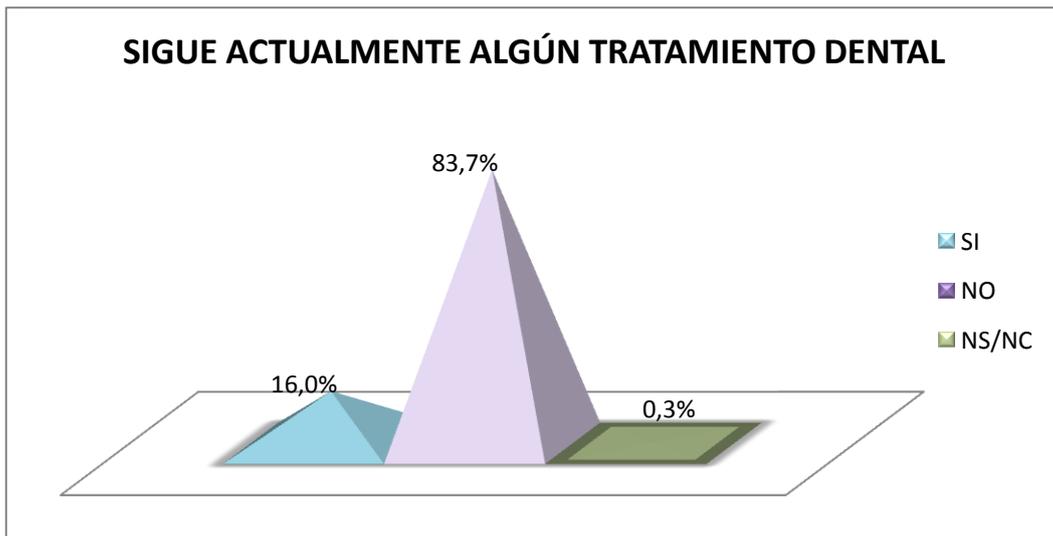
Si aplicamos las pruebas de chi cuadrado no hay diferencias estadísticamente significativas que relacionen el nivel de ingresos o de estudios de nuestra muestra de población con su hábito de acudir al dentista, sin embargo, se aprecia que los individuos mejor remunerados y más formados acuden en un porcentaje ligeramente superior de manera habitual al dentista.

	NIVEL DE INGRESOS VS ACUDE HABITUALMENTE AL DENTISTA	
	SI	NO
<b>MENOS 1.000 €/MES</b>	60,7 %	39,3 %
<b>ENTRE 1.000-2.000 €/MES</b>	71,4 %	28,6 %
<b>&gt; 2.000 €/MES</b>	82,8 %	17,2 %
<b>NS/NC</b>	67,8 %	32,2 %

	NIVEL DE ESTUDIOS VS ACUDE HABITUALMENTE AL DENTISTA	
	SI	NO
<b>ESTUDIOS ELEMENTALES</b>	63,6 %	36,4 %
<b>BACHILLER O FP</b>	69,6 %	30,4 %
<b>DIPLOMATURA/LICENCIATURA</b>	72,0 %	28,0 %



La mayor parte de los encuestados (83,7%) no sigue actualmente ningún tratamiento dental y, entre los que si lo siguen, el porcentaje es un 3% mayor entre las mujeres y más frecuente entre las mayores de 55 años. El grupo de edad mayoritario que actualmente no sigue ningún tratamiento dental es el de individuos menores de 35 años.

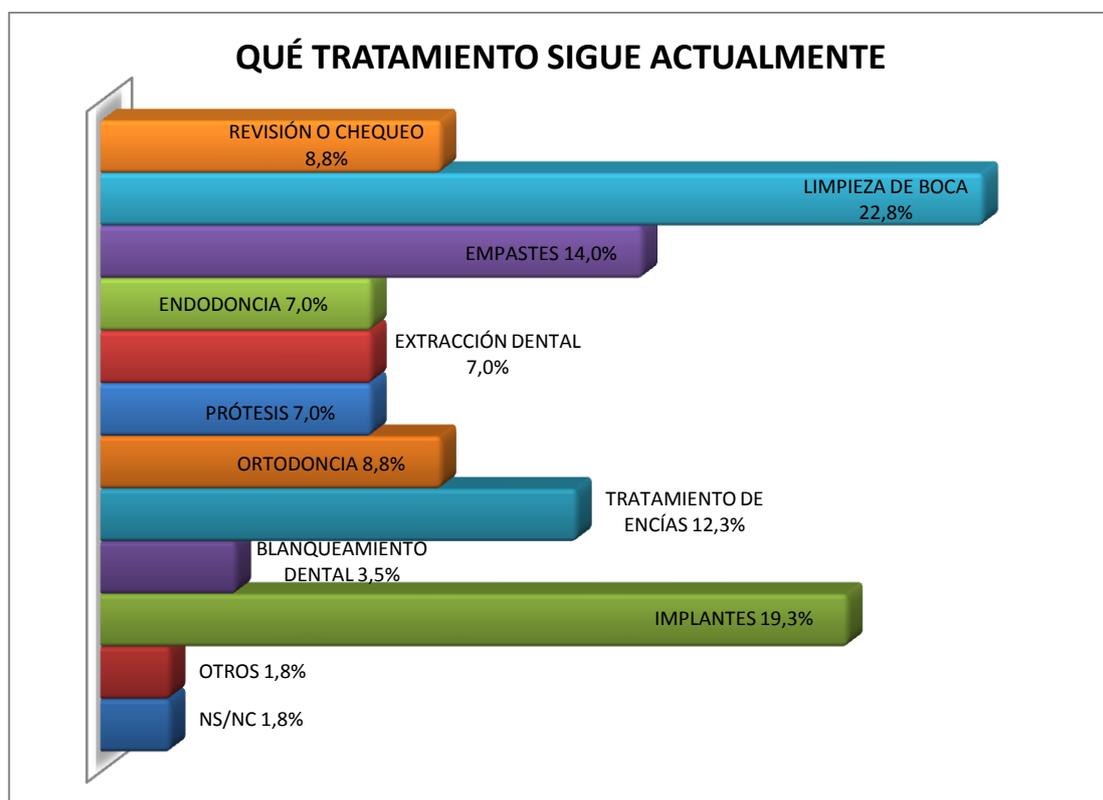


A su vez, hemos vinculado el nivel de ingresos y el nivel de estudios de nuestra muestra de población con estar siguiendo un tratamiento dental. Ninguna de las 2 variables es un condicionante a la hora de seguir un tratamiento odontológico.

	NIVEL DE INGRESOS VS SEGUIR TRATAMIENTO DENTAL	
	SI	NO
MENOS DE 1.000 €/MES	15,9 %	83,2 %
ENTRE 1.000-2.000 €/MES	17,3 %	82,7 %
> 2.000 €/MES	24,1 %	75,9 %
NS/NC	11,5 %	88,5 %

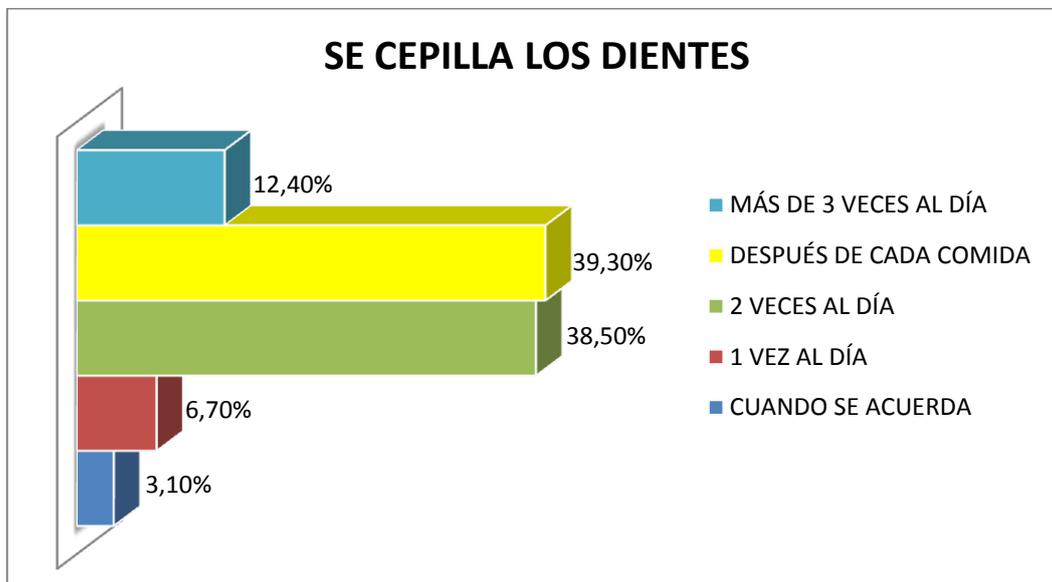
	NIVEL DE ESTUDIOS VS SEGUIR TRATAMIENTO DENTAL		
	SI	NO	NS/NC
ESTUDIOS ELEMENTALES	16,7 %	82,6 %	0,8 %
BACHILLER O FP	16,3 %	83,7 %	0 %
DIPLOMATURA/LICENCIATURA	15,2 %	84,8 %	0 %

Los tratamientos que se están realizando ese 16% de encuestados que está actualmente bajo un tratamiento dental son en su mayoría limpieza de boca (22,8%), seguidos de tratamiento implantológico (19,3%), empastes (14%) y tratamiento de las encías (12,3%).

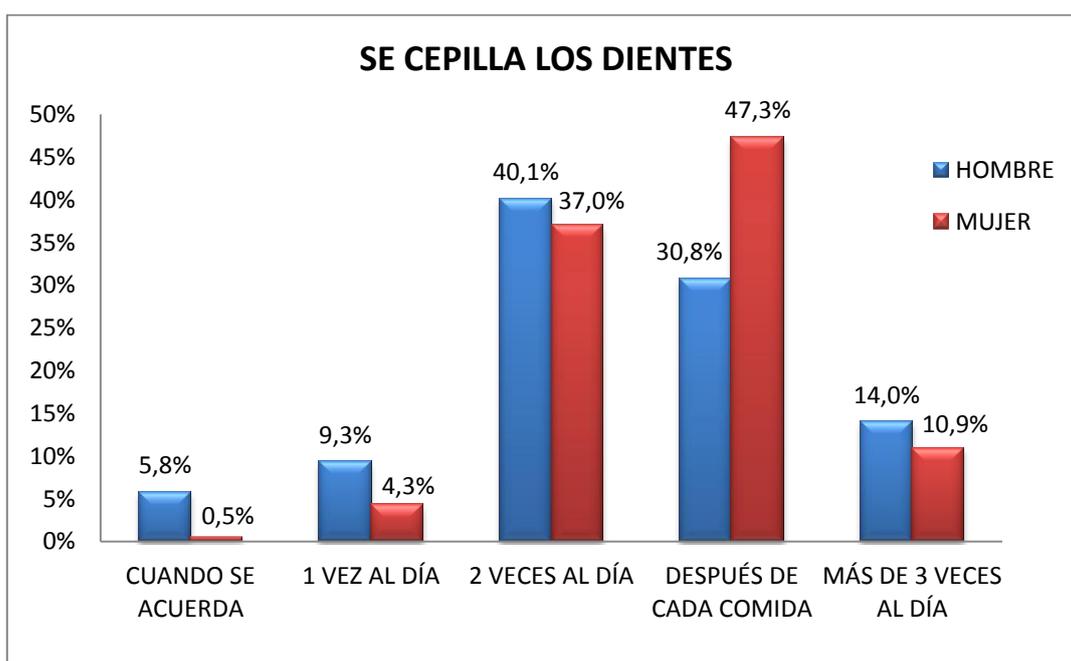


## 5.4.2. EDUCACIÓN Y HÁBITOS HIGIÉNICOS

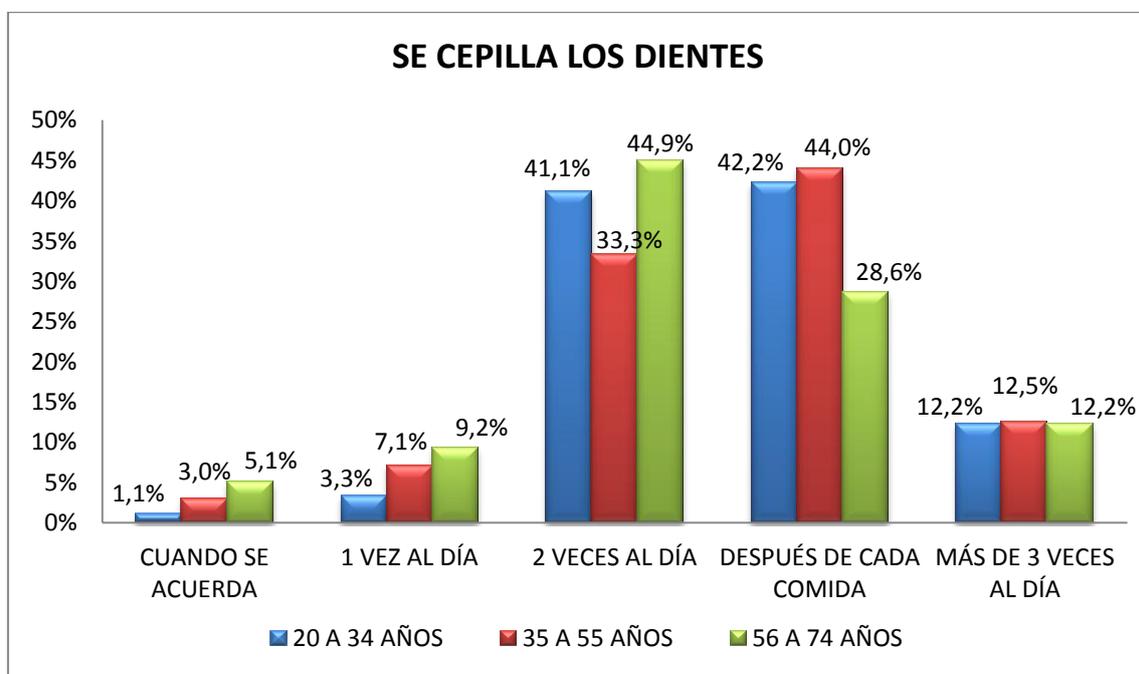
### 5.4.2.1. ¿Se cepilla usted los dientes?



En referencia a esta pregunta, cabe destacar que una de las opciones de respuesta era “Nunca”, no habiendo elegido esta opción ninguno de los encuestados. La respuesta más indicada en general es “Después de cada comida”, pero si hacemos la diferenciación por sexos, son las mujeres las que mayoritariamente se cepillan después de cada comida frente a los hombres que realizan el cepillado 2 veces al día.



Si hacemos la diferenciación por grupos de edad, cabe destacar que el colectivo más joven (menores de 35 años) es el que cepilla con mayor regularidad, ya que más del 95% se cepilla como mínimo 2 veces al día.

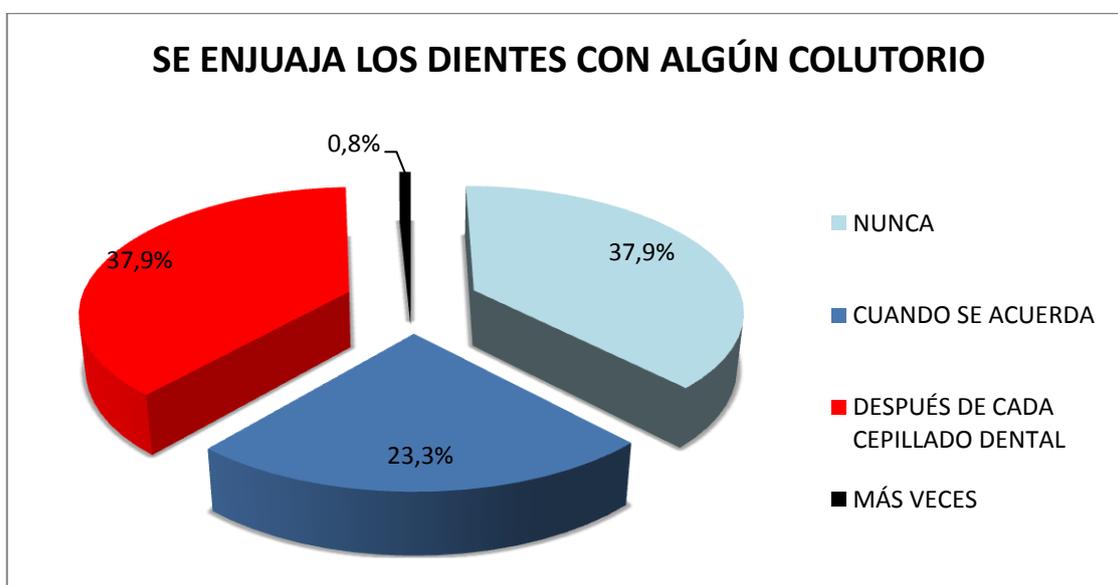


Podemos apreciar que los individuos con un nivel de ingresos mayor son los que más regularmente se cepillan (el 65,5% se cepilla 3 o más veces al día), al igual que el grupo de diplomados/licenciados que en un 56,8% realizan al menos 3 cepillados al día.

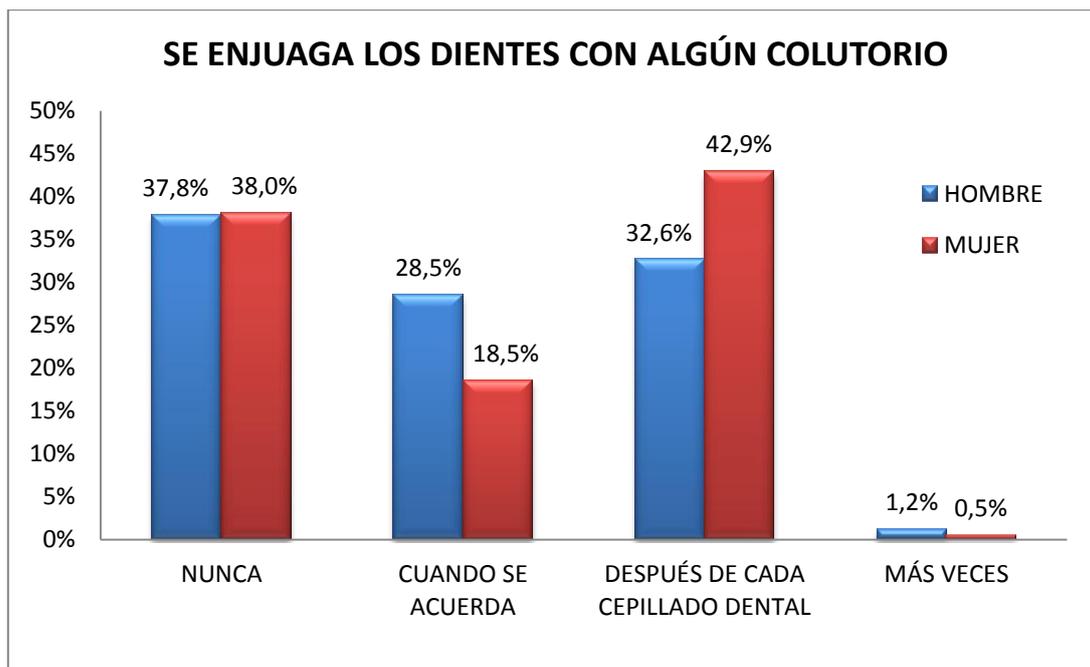
NIVEL DE INGRESOS VS CEPILLADO DENTAL					
	CUANDO SE ACUERDA	1 VEZ/DIA	2 VECES/DIA	DESPUÉS DE CADA COMIDA	MÁS DE 3 VECES/DIA
MENOS DE 1.000 €/MES	4,7 %	7,5 %	42,1 %	35,5 %	10,3 %
ENTRE 1.000-2.000 €/MES	3,8 %	6,8 %	33,1 %	41,4 %	15,0 %
> 2.000 €/MES	0 %	3,4 %	31,0 %	48,3 %	17,2 %
NS/NC	1,1 %	6,9 %	44,8 %	37,9 %	9,2 %

	NIVEL DE ESTUDIOS VS CEPILLADO DENTAL				
	CUANDO SE ACUERDA	1 VEZ/DIA	2 VECES/DIA	DESPUÉS DE CADA COMIDA	MÁS DE 3 VECES/DIA
ESTUDIOS ELEMENTALES	4,5 %	9,1 %	38,6 %	33,3 %	14,4 %
BACHILLER O FP	3,3 %	5,4 %	41,3 %	35,9 %	14,1 %
DIPLOMATURA/LICENCIATURA	1,5 %	5,3 %	36,4 %	47,7 %	9,1 %

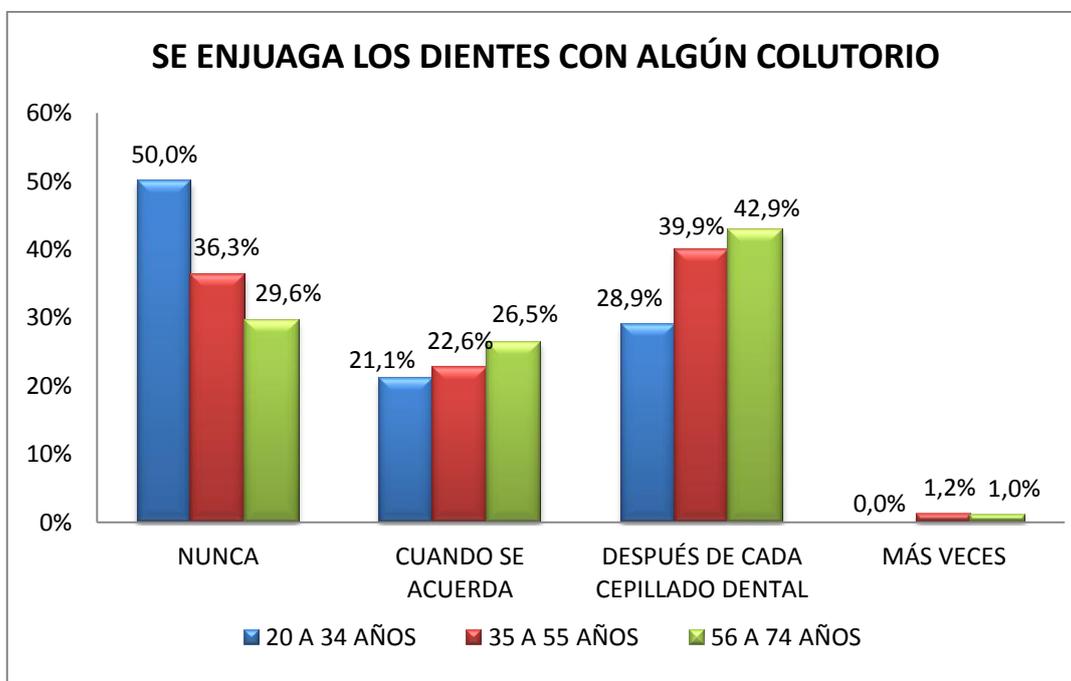
#### 5.4.2.2. ¿Se enjuaga los dientes con algún colutorio?



Respecto al uso del colutorio se puede advertir que, a un mismo porcentaje, las 2 respuestas más contestadas son “Nunca” y “Después de cada cepillado dental”. Sin embargo, si hacemos la diferenciación por sexos, las mujeres se enjuagan mayoritariamente después de cada cepillado dental y son los hombres los que en su mayoría no hacen uso del colutorio.



En cuanto a los grupos de edad, los más motivados a la hora de enjuagarse con colutorio después de cada cepillado son los individuos mayores de 55 años, siendo la mitad de los jóvenes encuestados (menores de 35 años) los que nunca se enjuagan.

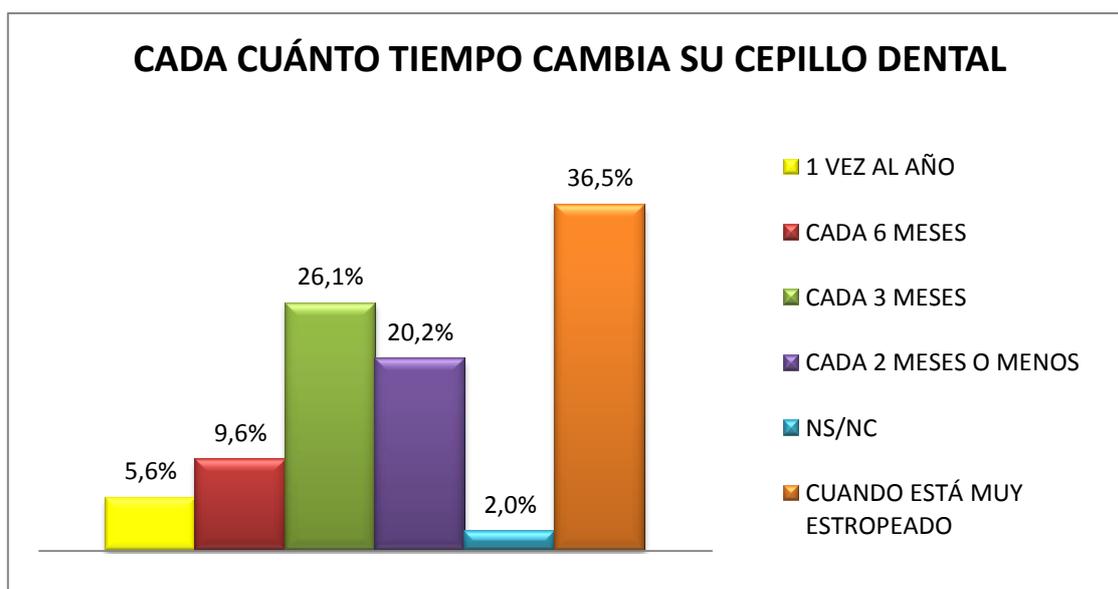


Se enjuagan más a menudo los individuos con un nivel de ingresos mayor, mientras que el nivel de estudios no influye a la hora de usar colutorio.

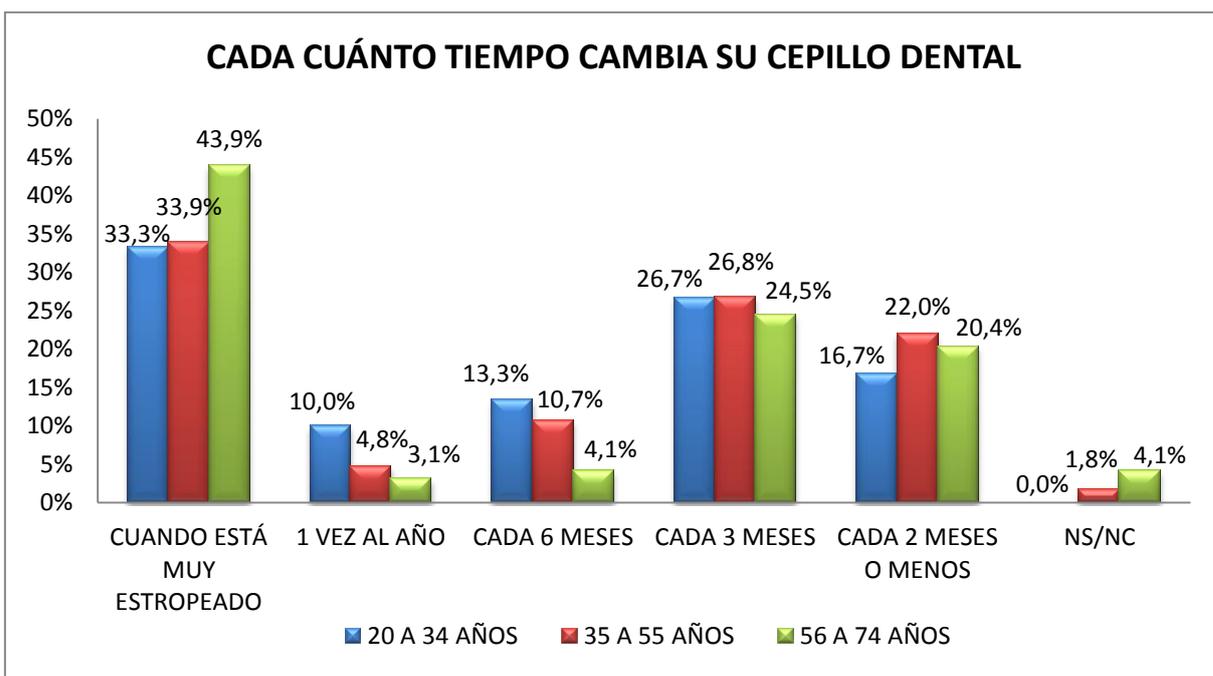
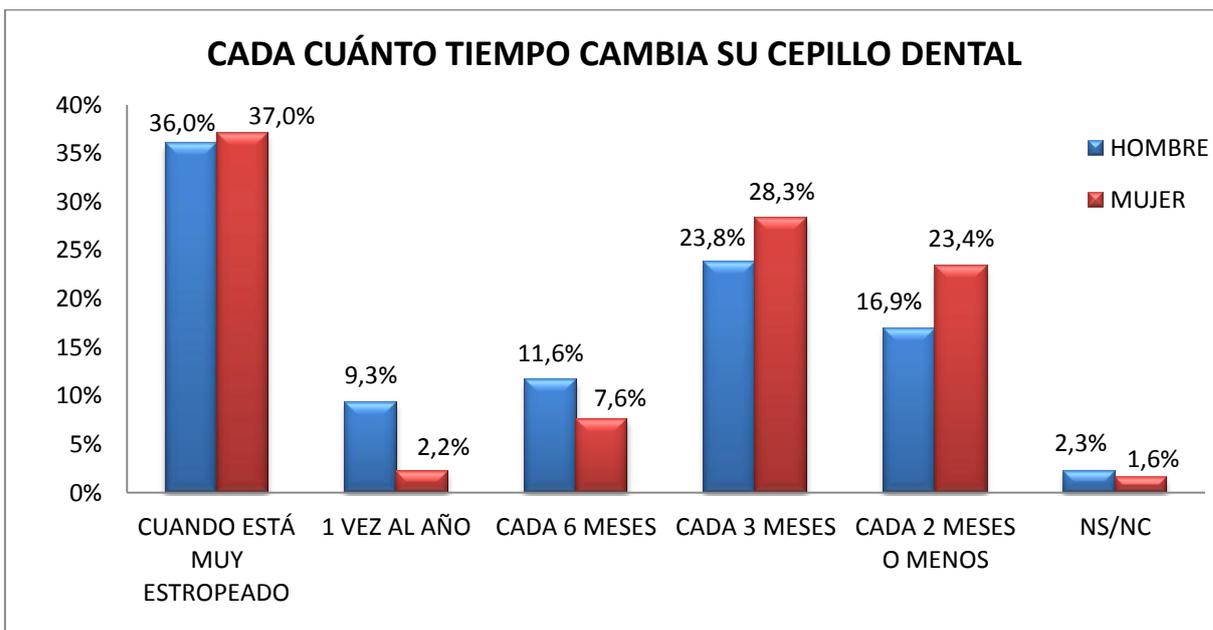
	NIVEL DE INGRESOS VS ENJUAGUE CON COLUTORIO			
	NUNCA	CUANDO SE ACUERDA	DESPUÉS DE CADA CEPILLADO DENTAL	MÁS VECES
MENOS DE 1.000 €/MES	38,3 %	22,4 %	38,3 %	0,9 %
ENTRE 1.000-2.000 €/MES	39,1 %	25,6 %	33,8 %	1,5 %
> 2.000 €/MES	20,7 %	34,5 %	44,8 %	0 %
NS/NC	41,4 %	17,2 %	41,4 %	0 %

	NIVEL DE ESTUDIOS VS ENJUAGUE CON COLUTORIO			
	NUNCA	CUANDO SE ACUERDA	DESPUÉS DE CADA CEPILLADO DENTAL	MÁS VECES
ESTUDIOS ELEMENTALES	35,6 %	22,0 %	40,9 %	1,5 %
BACHILLER O FP	35,9 %	25,0 %	38,0 %	1,1 %
DIPLOMATURA/LICENCIATURA	41,7 %	23,5 %	34,8 %	0 %

#### 5.4.2.3. ¿Cada cuanto tiempo cambia su cepillo dental?



El porcentaje mayor de respuesta de los individuos encuestados señala que cambian su cepillo dental cuando está muy estropeado (36,5%) seguido por la opción “Cada 3 meses”. Se puede afirmar que casi el 78% cambia el cepillo en intervalos superiores a dos meses. En general, no existen diferencias significativas a la hora de cambiar el cepillo dental entre hombres y mujeres y tampoco hay grandes disparidades entre los grupos de edad analizados.



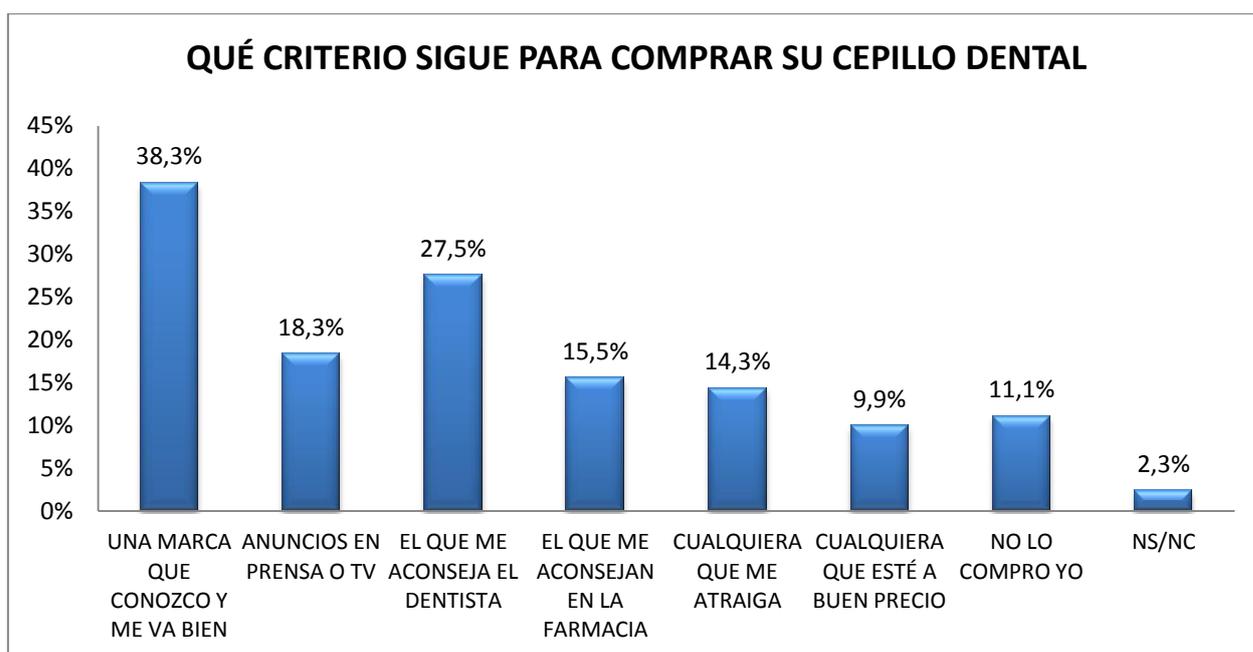
No hay diferencias estadísticamente significativas que indiquen que un determinado nivel de ingresos o de estudios influya a la hora de cambiar más regularmente el cepillo dental. Sin embargo, se puede apreciar que los individuos más remunerados y los más formados son los que más frecuentemente cambian de cepillo en intervalos de 2 meses o menos.

NIVEL DE INGRESOS VS CAMBIO CEPILLO DENTAL						
	CUANDO ESTÁ MUY ESTROPEADO	1 VEZ/AÑO	CADA 6 MESES	CADA 3 MESES	CADA 2 MESES O MENOS	NS/NC
MENOS DE 1.000 €/MES	34,6 %	6,5 %	12,1 %	27,1 %	16,8 %	2,8 %
ENTRE 1.000-2.000 €/MES	33,8 %	6,8 %	8,3 %	26,3 %	23,3 %	1,5 %
> 2.000 €/MES	17,2 %	0 %	17,2 %	31,0 %	34,5 %	0 %
NS/NC	49,4 %	4,6 %	5,7 %	23,0 %	14,9 %	2,3 %

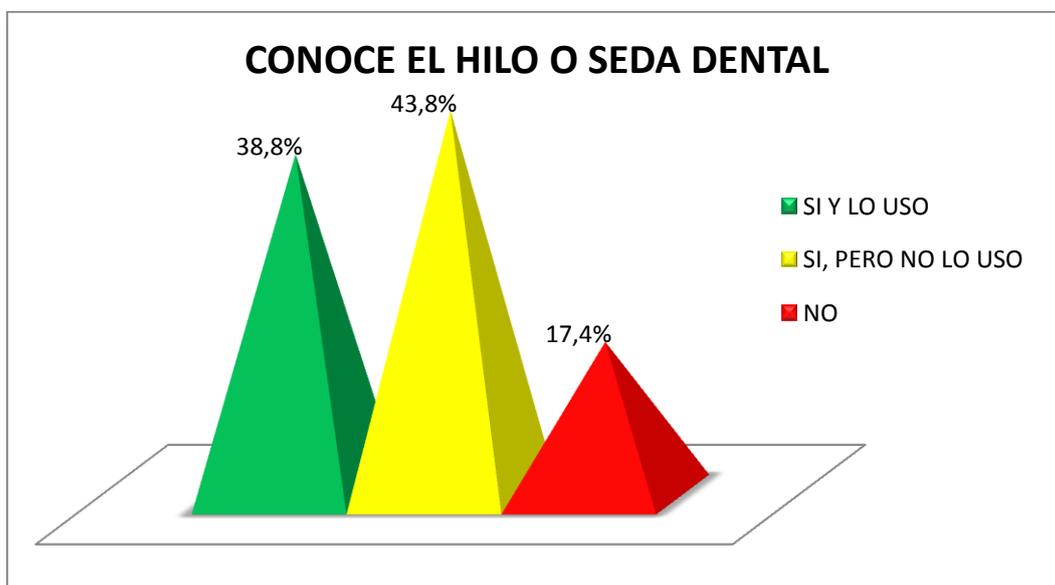
NIVEL DE INGRESOS VS CAMBIO CEPILLO DENTAL						
	CUANDO ESTÁ MUY ESTROPEADO	1 VEZ/AÑO	CADA 6 MESES	CADA 3 MESES	CADA 2 MESES O MENOS	NS/NC
ESTUDIOS ELEMENTALES	46,2 %	6,8 %	6,8 %	18,9 %	18,2 %	3,0 %
BACHILLER O FP	31,5 %	7,6 %	13,0 %	27,2 %	19,6 %	1,1 %
DIPLOMATURA/LICENCIATURA	30,3 %	3,0 %	9,8 %	32,6 %	22,7 %	1,5 %

#### 5.4.2.4. ¿Qué criterio sigue para comprar su cepillo dental?

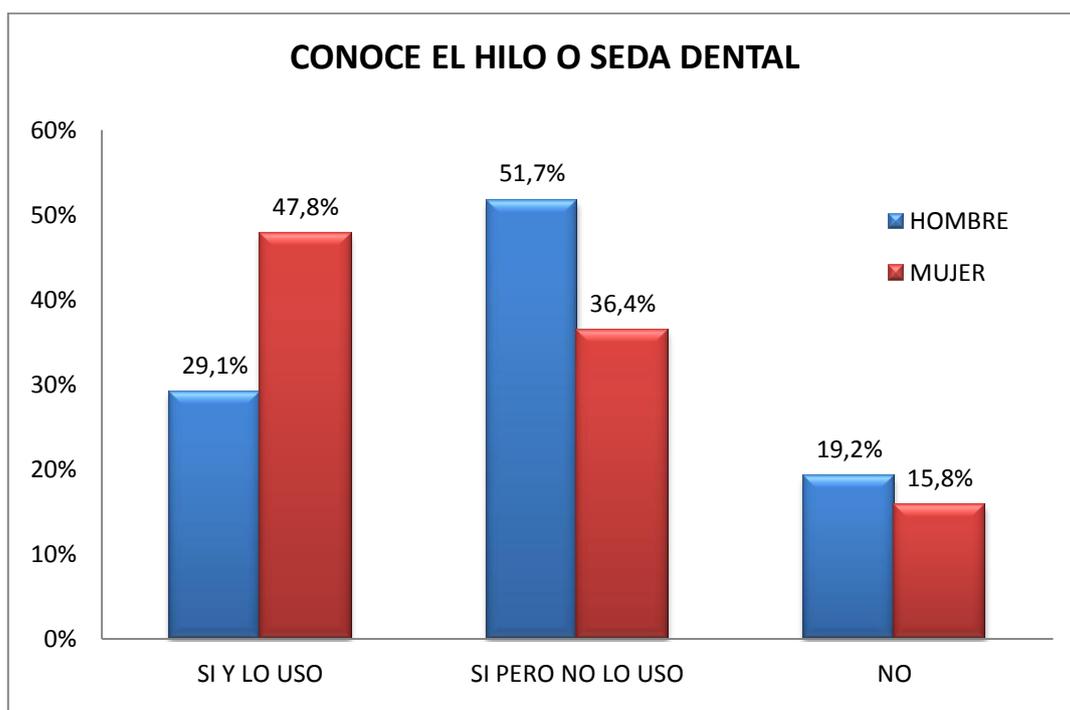
La opción más señalada es “Una marca que conozco y me va bien”, seguida de “El que me aconseja el dentista”. El buen precio del artículo ha sido el criterio menos indicado por los individuos encuestados a la hora de comprar el cepillo dental.

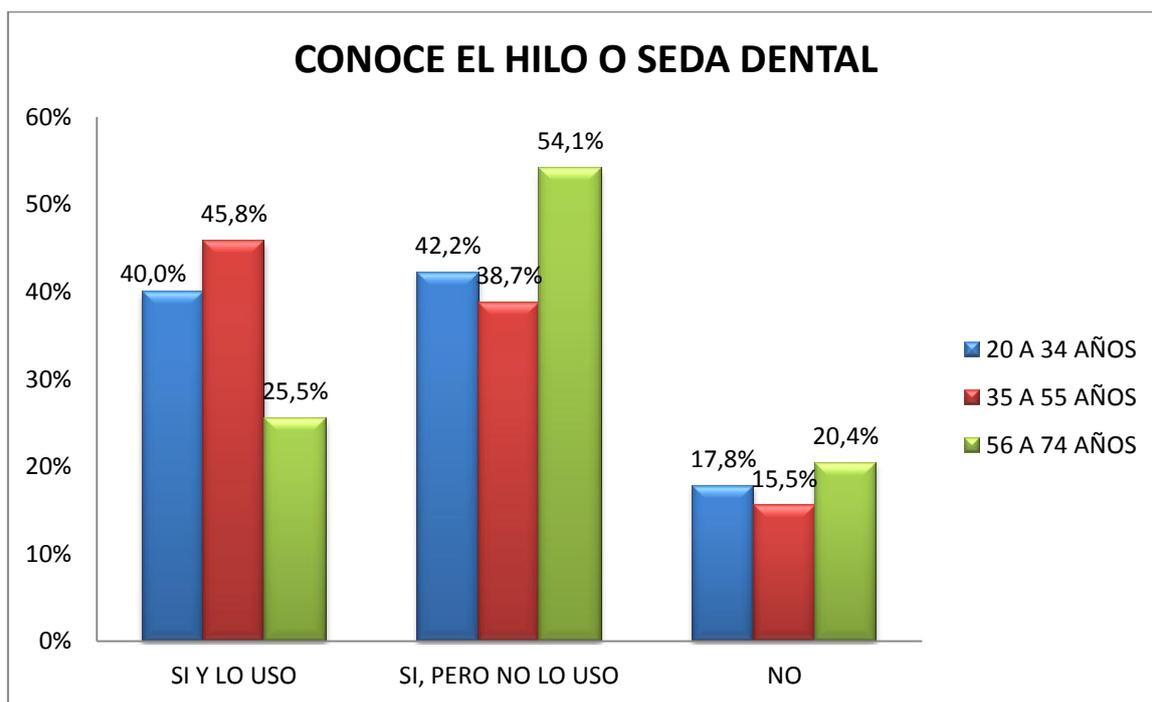


#### 5.4.2.5. ¿Conoce el hilo o seda dental?



Respecto al uso del hilo a seda dental, podemos afirmar que ya la mayoría de la población encuestada los conoce, pero mayoritariamente no lo usan (sólo lo emplean un 38,8%). El porcentaje de mujeres lo usan es significativamente mayor que el de los hombres a pesar de que la mayoría de ellos lo conocen.



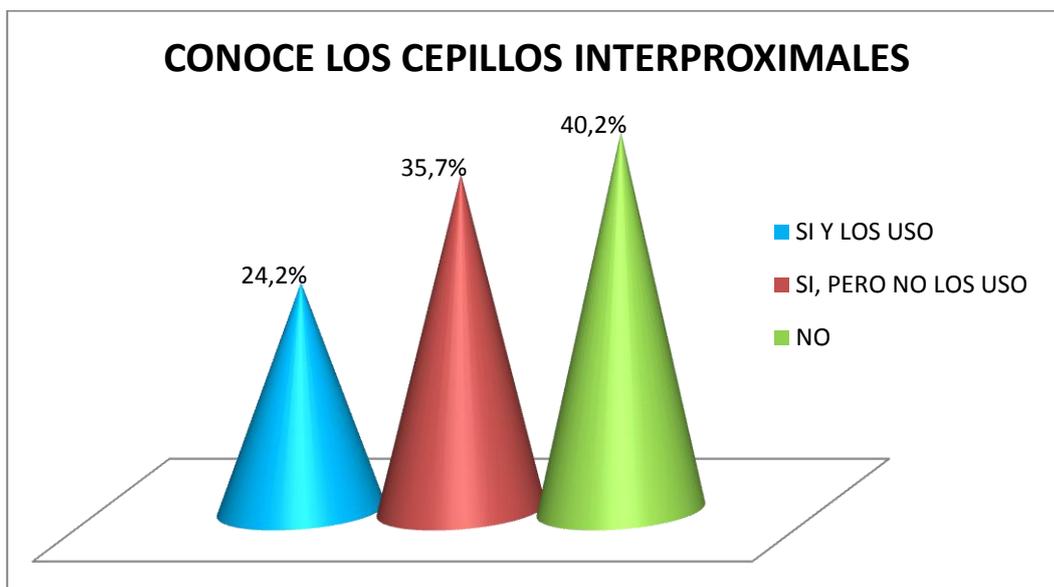


Los individuos con un nivel de ingresos mayor y los más formados son los que mayoritariamente usan el hilo o seda dental.

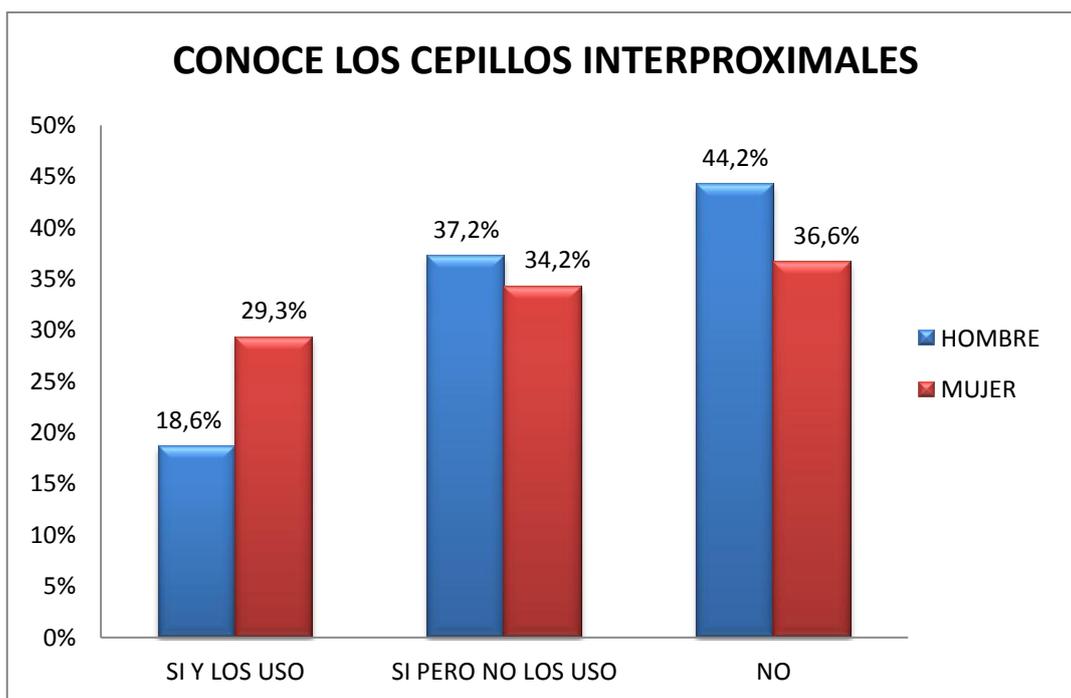
	NIVEL DE INGRESOS VS CONOCER HILO O SEDA DENTAL		
	SI Y LO USO	SI, PERO NO LO USO	NO
<b>MENOS 1.000 €/MES</b>	32,7 %	46,7 %	20,6 %
<b>ENTRE 1.000-2.000 €/MES</b>	34,6 %	47,4 %	18,0 %
<b>&gt; 2.000 €/MES</b>	58,6 %	27,6 %	13,8 %
<b>NS/NC</b>	46,0 %	40,2 %	13,8 %

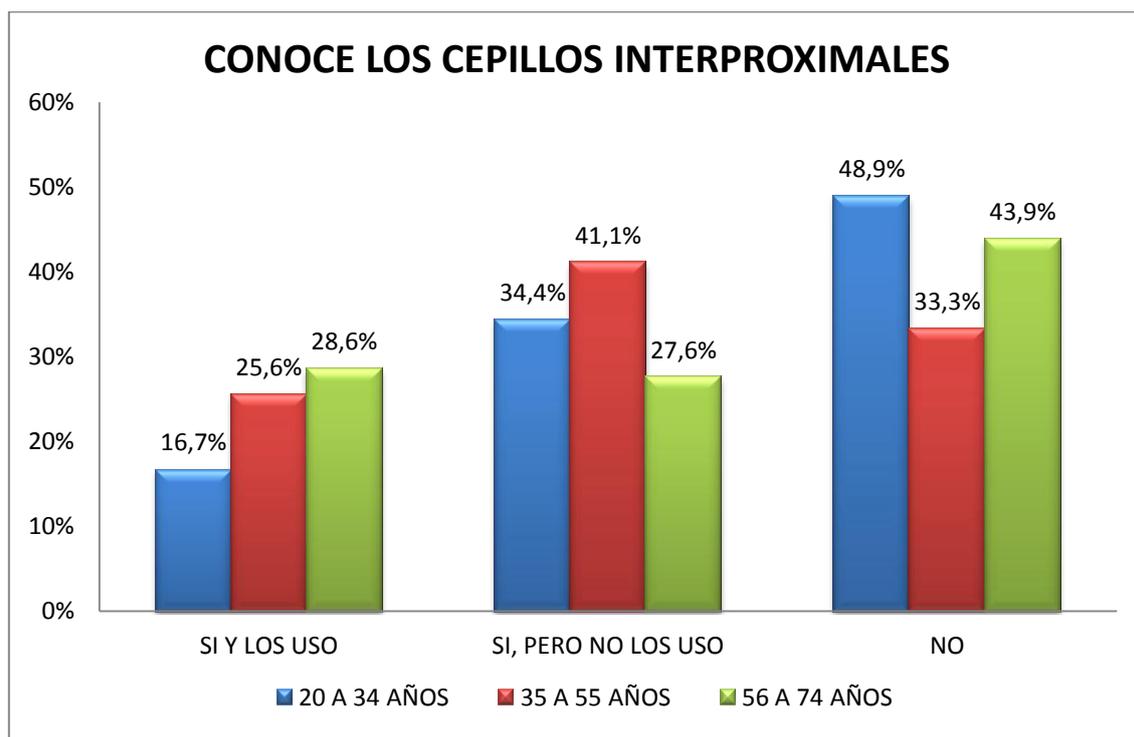
	NIVEL DE ESTUDIOS VS CONOCER HILO O SEDA DENTAL		
	SI Y LO USO	SI, PERO NO LO USO	NO
<b>ESTUDIOS ELEMENTALES</b>	26,5 %	49,2 %	24,2 %
<b>BACHILLER O FP</b>	37,0 %	52,2 %	10,9 %
<b>DIPLOMATURA/LICENCIATURA</b>	52,3 %	32,6 %	15,2 %

#### 5.4.2.6. ¿Conoce los cepillos interproximales?



En base a las respuestas emitidas, podemos afirmar que este producto es menos conocido que el anterior (el 40,2% indican no conocerlos), y aún es más reducido el porcentaje de individuos que los utilizan, representando sólo un 24,2% de la muestra. Sin embargo, se puede apreciar una mayor utilización por parte de las mujeres que de los hombres y a su vez un ligero mayor desconocimiento de su existencia por parte de los hombres. A su vez, el colectivo más joven es el que más desconoce dicho producto.



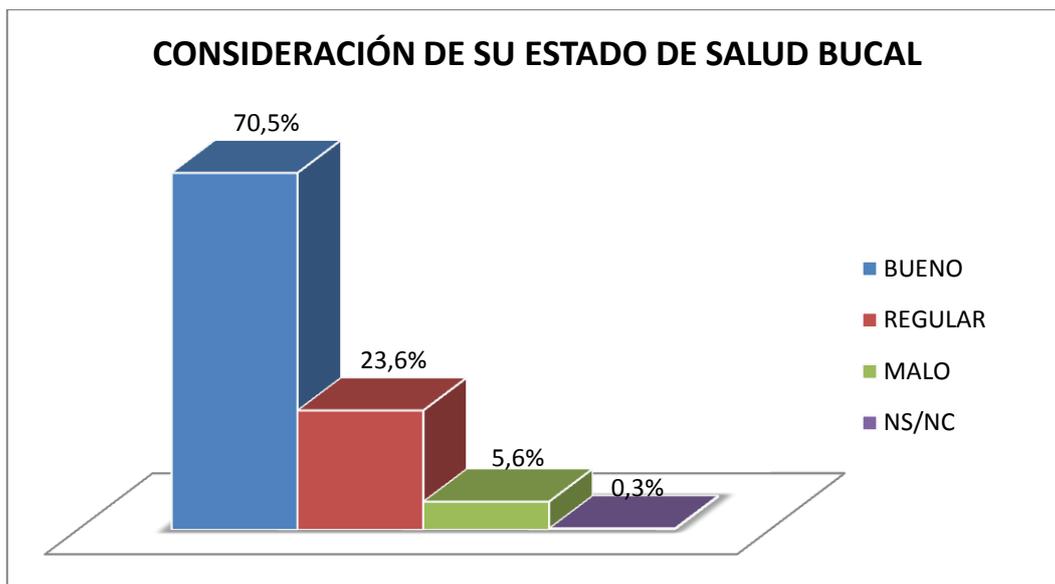


Los individuos más remunerados son los que menos usan los cepillos interproximales. A su vez, aquellos con un nivel de estudios menor, son los que más desconocen la existencia de este producto.

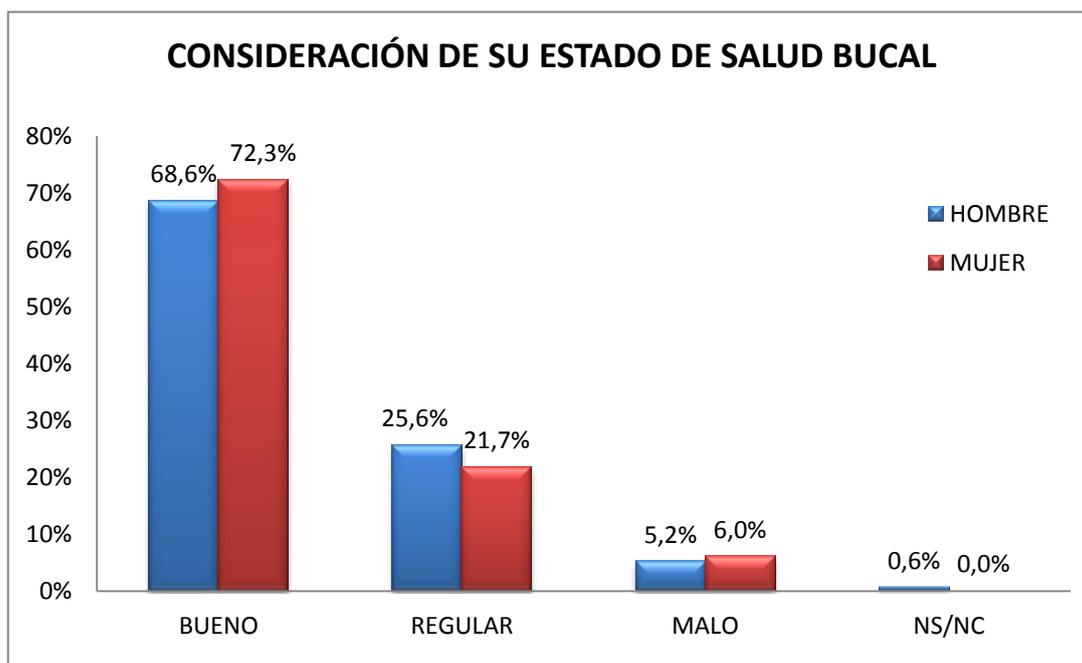
	NIVEL DE INGRESOS VS CONOCER CEPILLOS INTERPROXIMALES		
	SI Y LOS USO	SI, PERO NO LOS USO	NO
<b>MENOS 1.000 €/MES</b>	20,6 %	35,5 %	43,9 %
<b>ENTRE 1.000-2.000 €/MES</b>	27,8 %	33,1 %	39,1 %
<b>&gt; 2.000 €/MES</b>	10,3 %	44,8 %	44,8 %
<b>NS/NC</b>	27,6 %	36,8 %	35,6 %

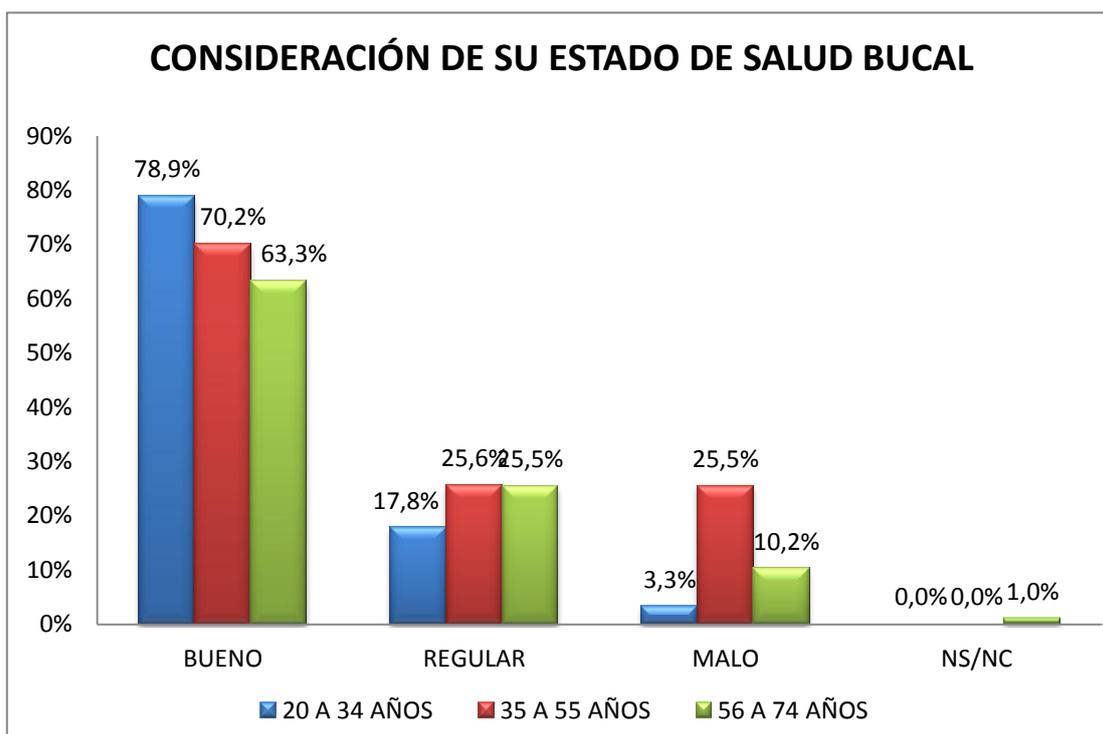
	NIVEL DE ESTUDIOS VS CONOCER CEPILLOS INTERPROXIMALES		
	SI Y LOS USO	SI, PERO NO LOS USO	NO
<b>ESTUDIOS ELEMENTALES</b>	23,5 %	32,6 %	43,9 %
<b>BACHILLER O FP</b>	22,8 %	41,3 %	35,9 %
<b>DIPLOMATURA/LICENCIATURA</b>	25,8 %	34,8 %	39,4 %

### 5.4.2.7. ¿Cómo considera su estado de salud bucal?



La mayoría de los individuos encuestados, concretamente el 70,5% de ellos, consideran que cuentan con un buen estado de salud bucal y sólo un 5,6% indica tener mala salud. Ambos sexos valoran su estado de salud oral como bueno, pero las mujeres parecen tener mejor percepción de su salud (72,3% frente a 68,6%) aunque las variaciones no son muy importantes. A su vez, todos los grupos de edad estiman tener un grado de salud oral bueno, siendo el colectivo más joven el que mejor valoración da a su salud bucal.





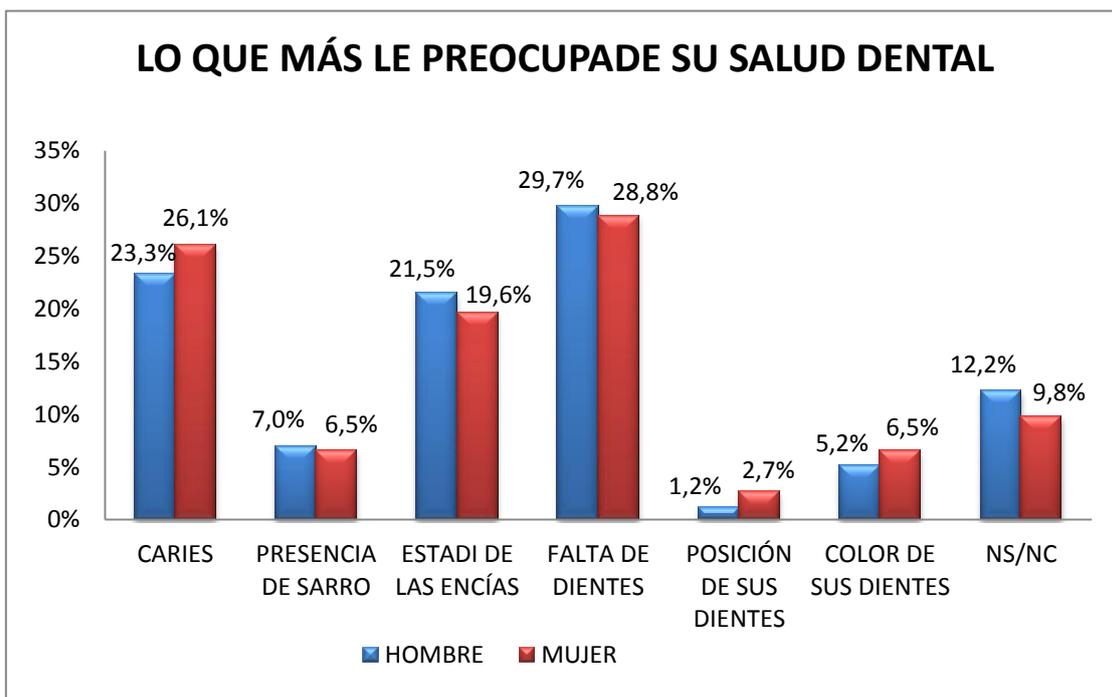
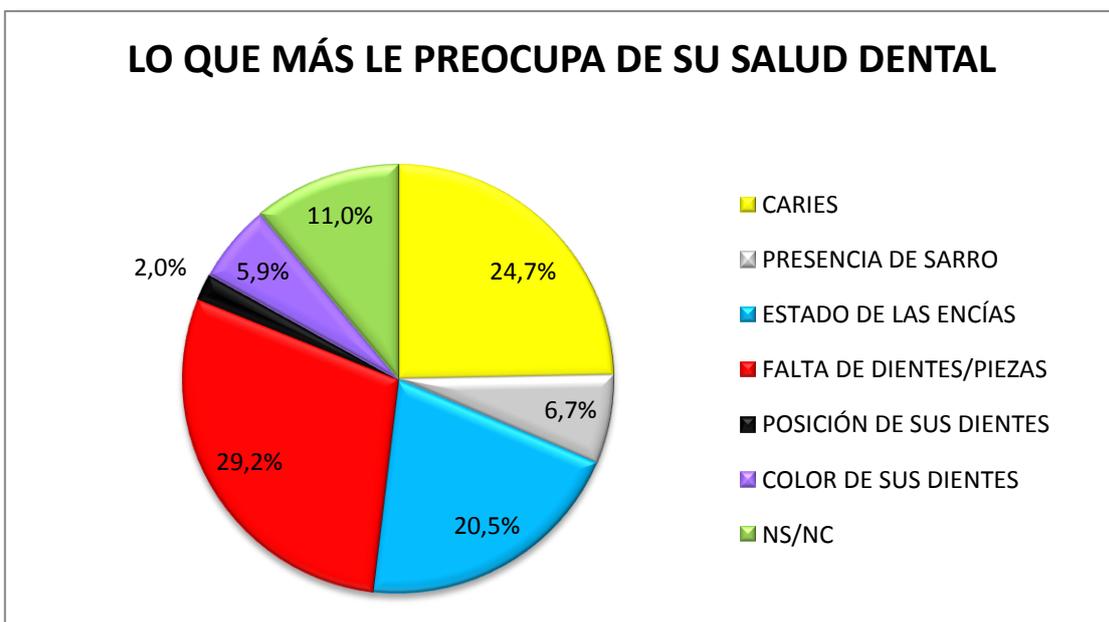
Sin que haya diferencias estadísticamente significativas, se puede apreciar que los individuos más remunerados y aquellos con un nivel de estudios superior son los que tienen una percepción de su estado de salud oral más favorable.

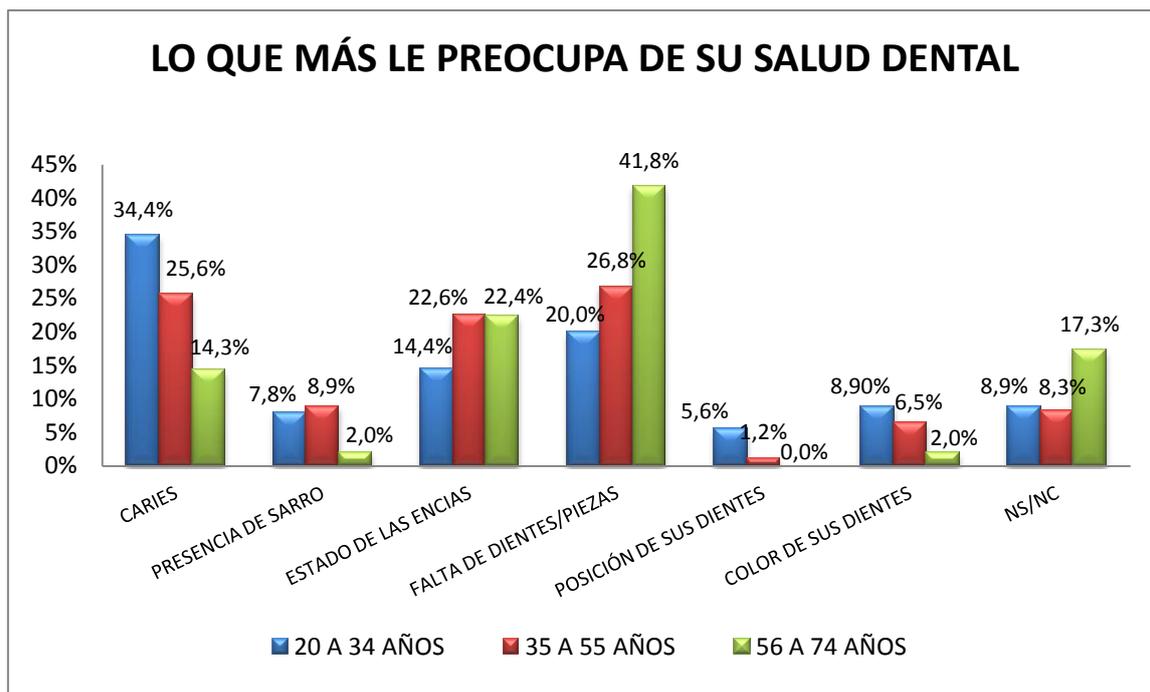
	NIVEL DE INGRESOS VS CONSIDERACIÓN ESTADO DE SALUD BUCAL			
	BUENO	REGULAR	MALO	NS/NC
<b>MENOS 1.000 €/MES</b>	67,3 %	23,4 %	8,4 %	0,9 %
<b>ENTRE 1.000-2.000 €/MES</b>	68,4 %	27,1 %	4,5 %	0 %
<b>&gt; 2.000 €/MES</b>	75,9 %	20,7 %	3,4 %	0 %
<b>NS/NC</b>	75,9 %	19,5 %	4,6 %	0 %

	NIVEL DE ESTUDIOS VS CONSIDERACIÓN ESTADO DE SALUD BUCAL			
	BUENO	REGULAR	MALO	NS/NC
<b>ESTUDIOS ELEMENTALES</b>	64,4 %	24,2%	10,6 %	0,8 %
<b>BACHILLER O FP</b>	62,0 %	33,7 %	4,3 %	0 %
<b>DIPLOMATURA/LICENCIATURA</b>	82,6 %	15,9 %	1,5 %	0 %

### 5.4.2.8. ¿Qué es lo que más le preocupa de su salud dental?

Las tres grandes inquietudes sobre salud dental manifestadas por los encuestados son la falta de dientes, la caries y el estado de las encías. No hay diferencias por sexo, y por grupos de edad podemos destacar que la mayor preocupación para el colectivo más joven es la caries mientras que para el grupo de más edad es la falta de piezas dentales. Inquietudes más dirigidas a la estética dental (posición y color de los dientes) no llegan al 8%.



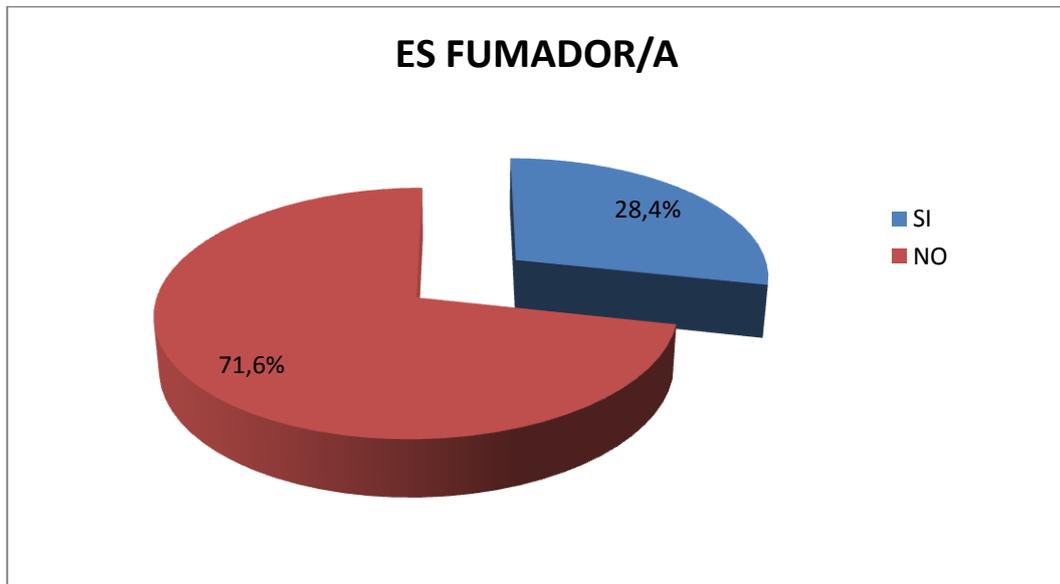


El nivel de ingresos y de estudios de los individuos encuestados no aporta diferencias en referencia a los aspectos que más preocupan en referencia a la salud oral.

NIVEL DE INGRESOS VS LO QUE MÁS LE PREOCUPA DE SU SALUD DENTAL							
	CARIES	PRESENCIA DE SARRO	ESTADO DE LAS ENCÍAS	FALTA DE DIENTES PIEZAS	POSICIÓN DE SUS DIENTES	COLOR DE SUS DIENTES	NS/NC
<b>MENOS DE 1.000 €/MES</b>	21,5 %	6,5 %	17,8 %	36,4 %	4,7 %	4,7 %	8,4 %
<b>ENTRE 1.000-2.000 €/MES</b>	27,8 %	6,0 %	23,3 %	27,8 %	0 %	5,3 %	9,8 %
<b>&gt; 2.000 €/MES</b>	10,3 %	3,4 %	24,1 %	27,6 %	0 %	6,9 %	27,6 %
<b>NS/NC</b>	28,7 %	9,2 %	18,4 %	23,0 %	2,3 %	8,0 %	10,3 %

NIVEL DE ESTUDIOS VS LO QUE MÁS LE PREOCUPA DE SU SALUD DENTAL							
	CARIES	PRESENCIA DE SARRO	ESTADO DE LAS ENCÍAS	FALTA DE DIENTES PIEZAS	POSICIÓN DE SUS DIENTES	COLOR DE SUS DIENTES	NS/NC
<b>ESTUDIOS ELEMENTALES</b>	21,2 %	6,1 %	20,5 %	37,1 %	1,5 %	3,0 %	10,6 %
<b>BACHILLER O FP</b>	25,0 %	9,8 %	20,7 %	30,4 %	1,1 %	6,5 %	6,5 %
<b>DIPLOMATURA/LICENCIATURA</b>	28,0 %	5,3 %	20,5 %	20,5 %	3,0 %	8,3 %	8,3 %

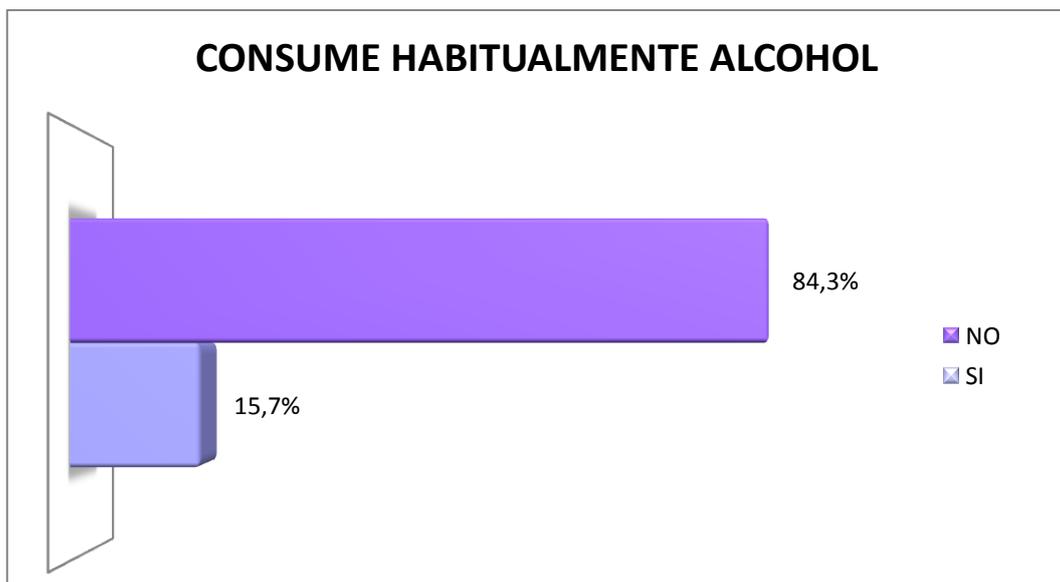
#### 5.4.2.9. ¿Es fumador/a?



Con respecto al consumo de tabaco, podemos apreciar que la muestra está compuesta en su mayoría por personas no fumadoras.

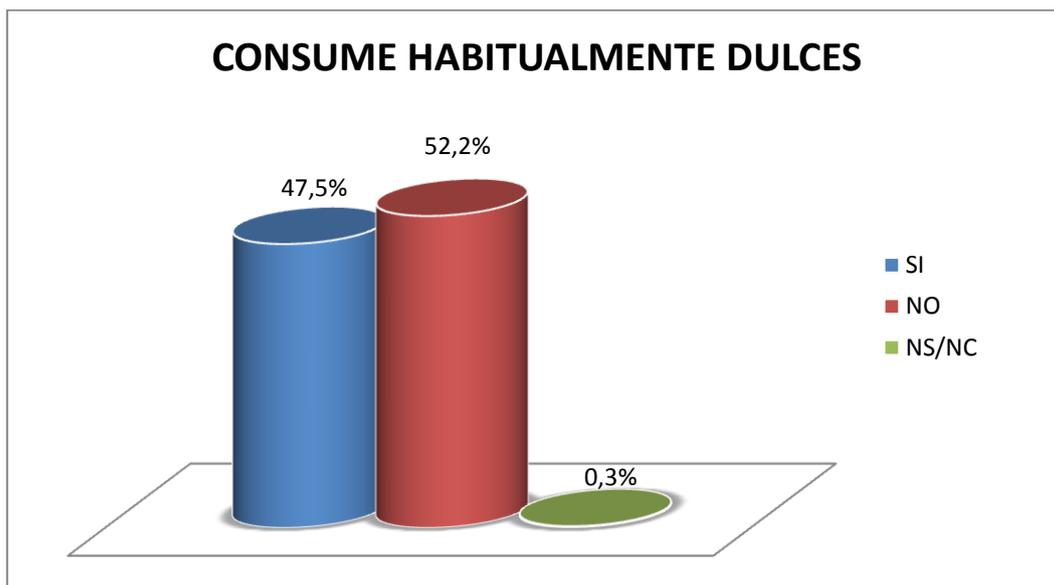
#### 5.4.2.10. ¿Consume usted habitualmente alcohol?

Al igual que ocurría con el consumo de tabaco, se percibe una baja incidencia de individuos que consuman habitualmente bebidas alcohólicas.



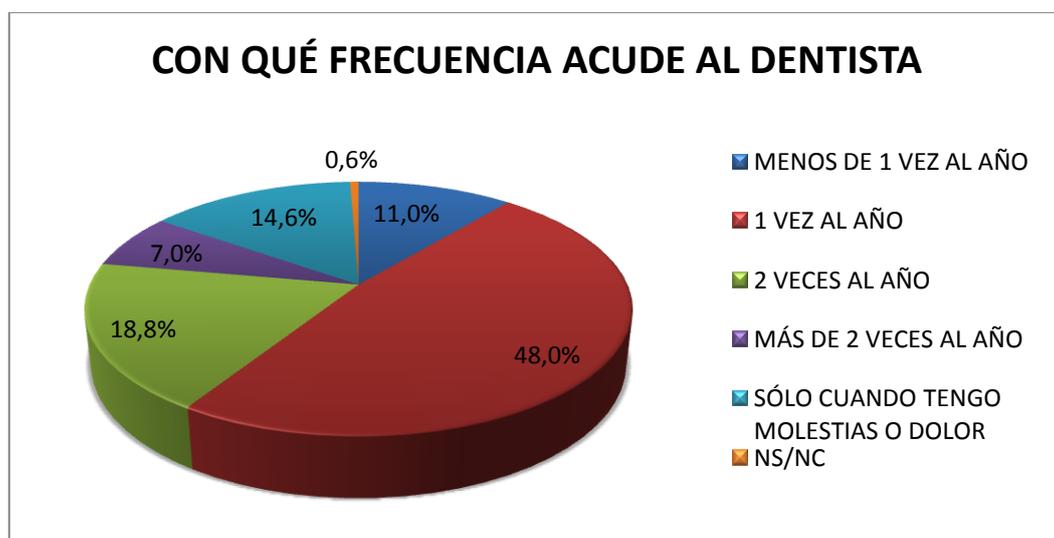
#### 5.4.2.11. ¿Consume habitualmente dulces?

Respecto al consumo de dulces, algo más de la mitad de los encuestados, concretamente un 52,2%, los consume de manera habitual frente a los que no los consumen que representan el 47,5%.

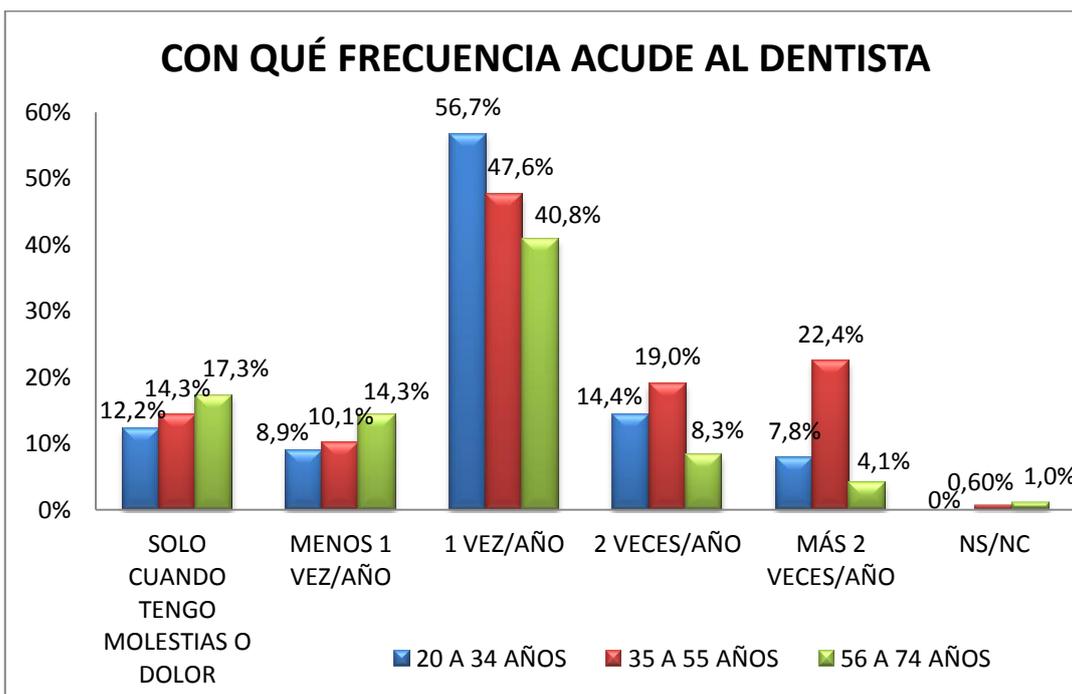
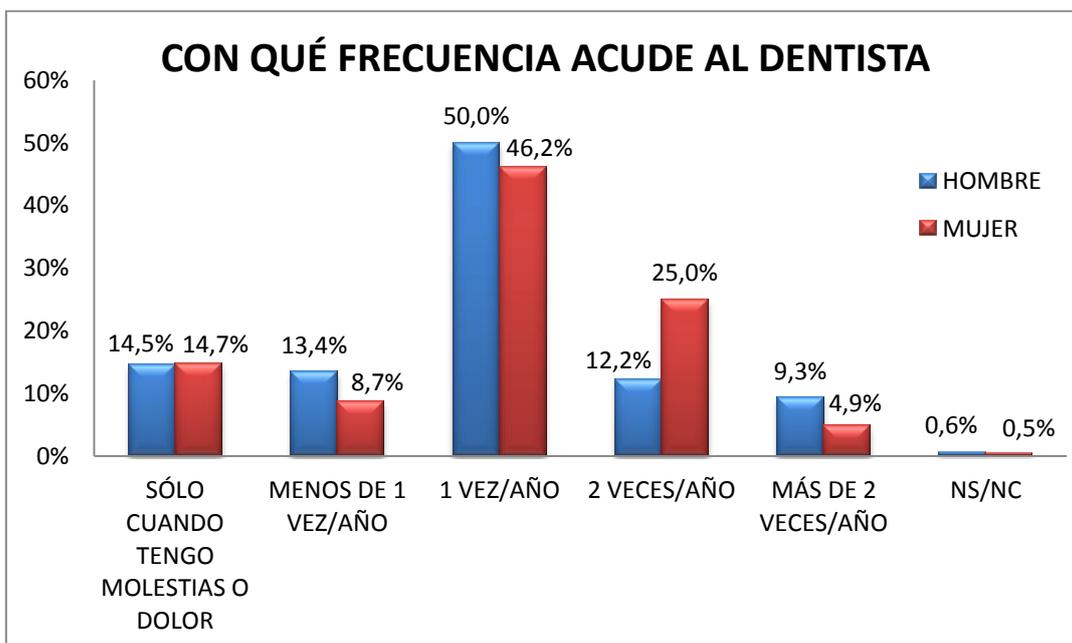


#### 5.4.3. COMPORTAMIENTO Y FRECUENCIA DE ASISTENCIA AL DENTISTA

##### 5.4.3.1. ¿Con qué frecuencia acude al dentista?



Es alto, cercano al 74%, el porcentaje de encuestados que acude frecuentemente a la consulta dental. Un 48% de los encuestados acuden a la consulta dental al menos 1 vez al año, un 18,8% lo hacen 2 veces al año y un 7% más de 2 veces al año. Sólo un 14,6% visitan la consulta cuando tienen molestias o dolor. Cabe destacar que mayoritariamente tanto los hombres como las mujeres acuden 1 vez al año a la consulta dental. Sin embargo, son las mujeres, y principalmente las de mediana edad, las que acuden en mucho mayor porcentaje 2 veces al año al dentista.



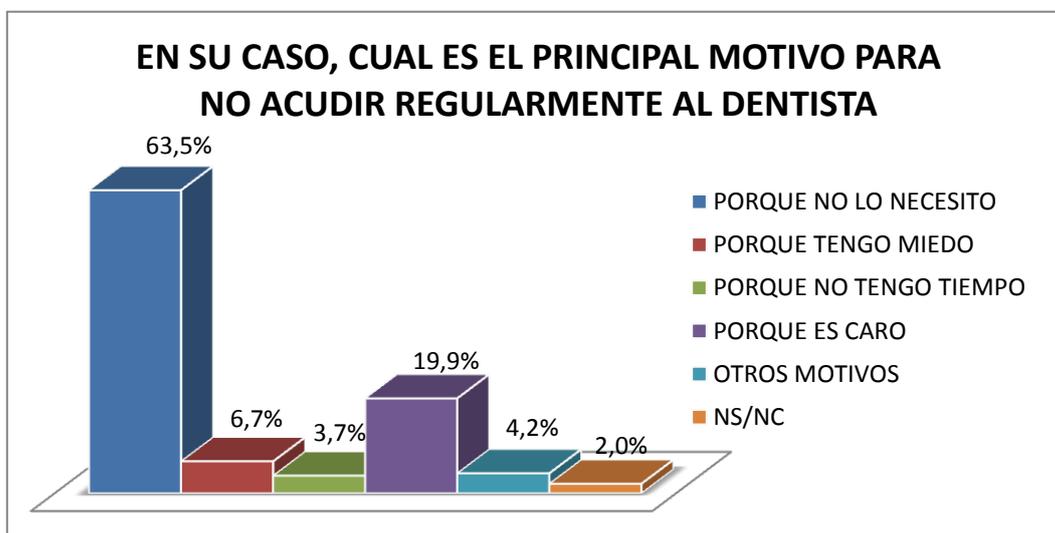
El nivel de ingresos y de estudios de los individuos encuestados no afecta a la hora de que estos acudan al dentista.

NIVEL DE INGRESOS VS FRECUENCIA DE ASISTENCIA AL DENTISTA						
	SOLO CUANDO TENGO MOLESTIAS O DOLOR	MENOS 1 VEZ/AÑO	1 VEZ/AÑO	2 VECES/AÑO	MÁS DE 2 VECES/AÑO	NS/NC
MENOS 1.000 €/MES	21,5 %	9,3 %	44,9 %	19,6 %	2,8 %	1,9 %
ENTRE 1.000-2.000 €/MES	8,3 %	14,3 %	48,1 %	18,0 %	11,3 %	0 %
> 2.000 €/MES	6,9 %	13,8 %	41,4 %	24,1 %	13,8 %	0 %
NS/NC	18,4 %	6,9 %	54,0 %	17,2 %	3,4 %	0 %

NIVEL DE ESTUDIOS VS FRECUENCIA DE ASISTENCIA AL DENTISTA						
	SOLO CUANDO TENGO MOLESTIAS O DOLOR	MENOS 1 VEZ/AÑO	1 VEZ/AÑO	2 VECES/AÑO	MÁS DE 2 VECES/AÑO	NS/NC
ESTUDIOS ELEMENTALES	18,9 %	13,6 %	44,7 %	16,7 %	5,3 %	0,8 %
BACHILLER O FP	12,0 %	5,4 %	51,1 %	21,7 %	8,7 %	1,1 %
DIPLOMATURA/LICENCIATURA	12,1 %	12,1 %	49,2 %	18,9 %	7,6 %	0 %

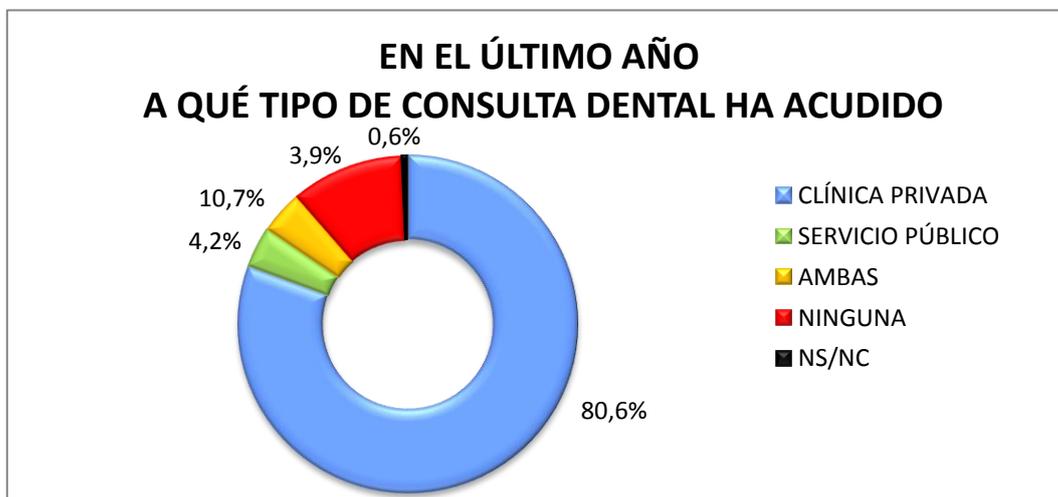
#### 5.4.3.2. En su caso, ¿cuál es el principal motivo para no acudir regularmente al dentista?

Más de la mitad de los encuestados afirman no acudir regularmente al dentista porque no lo necesitan, mientras que cerca de un 20% asegura no hacerlo por ser caro.



#### 5.4.3.3. En el último año, ¿a qué tipo de consulta dental ha acudido?

El 80% de los individuos encuestados se decanta por asistir a una consulta privada, un 4,2% acuden al servicio público y un 10,7% a ambas.



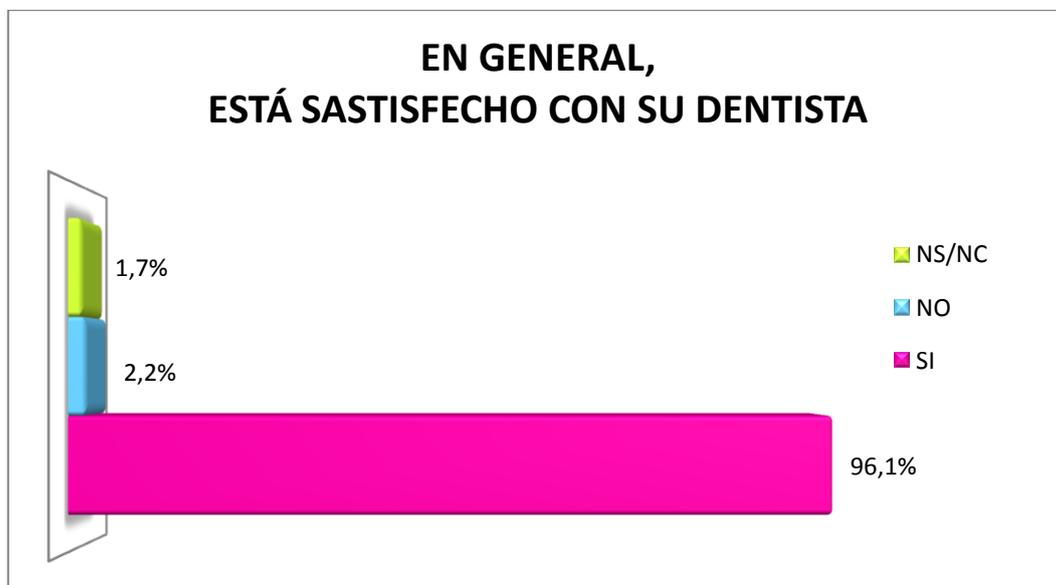
#### 5.4.3.4. A la hora de asistir al dentista, ¿por qué tipo de los siguientes se decanta?

Los individuos encuestados preferiblemente (72%) acuden a su dentista de siempre, seguido por aquel dentista que les han recomendado, opción que elige un 15,2% de los encuestados. Sólo un 6% de los encuestados afirma que la cercanía a su domicilio es el motivo para acudir a una determinada clínica.



#### 5.4.4. IMAGEN DEL DENTISTA

En general, la imagen que los encuestados tienen de la figura del dentista es positiva. Más del 96% de ellos afirma estar satisfecho con su dentista.



Además, cerca del 95% de los individuos encuestados, consideran a su dentista como un profesional bien formado y especializado.

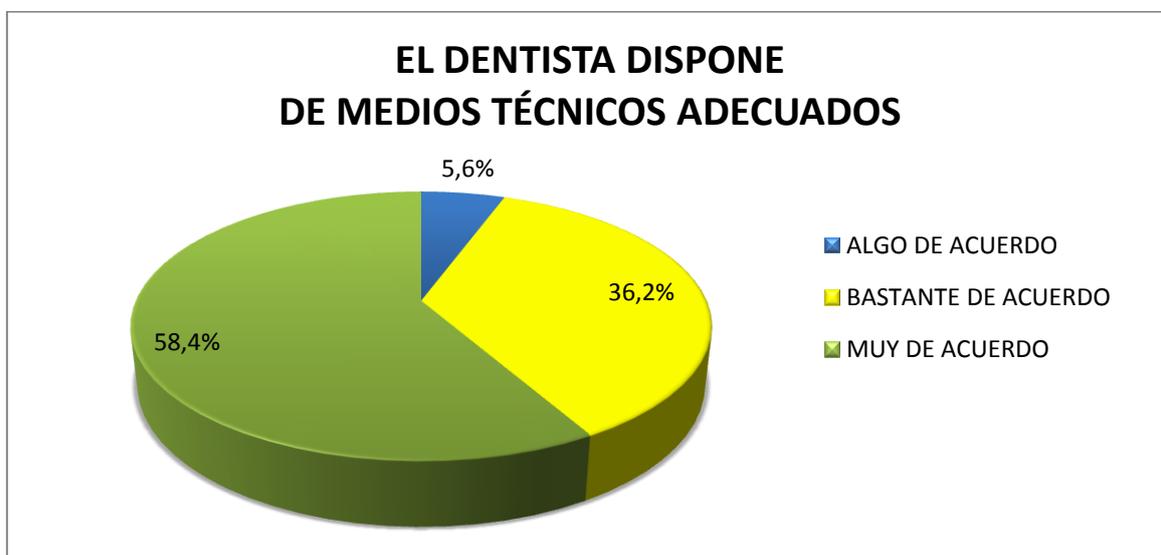


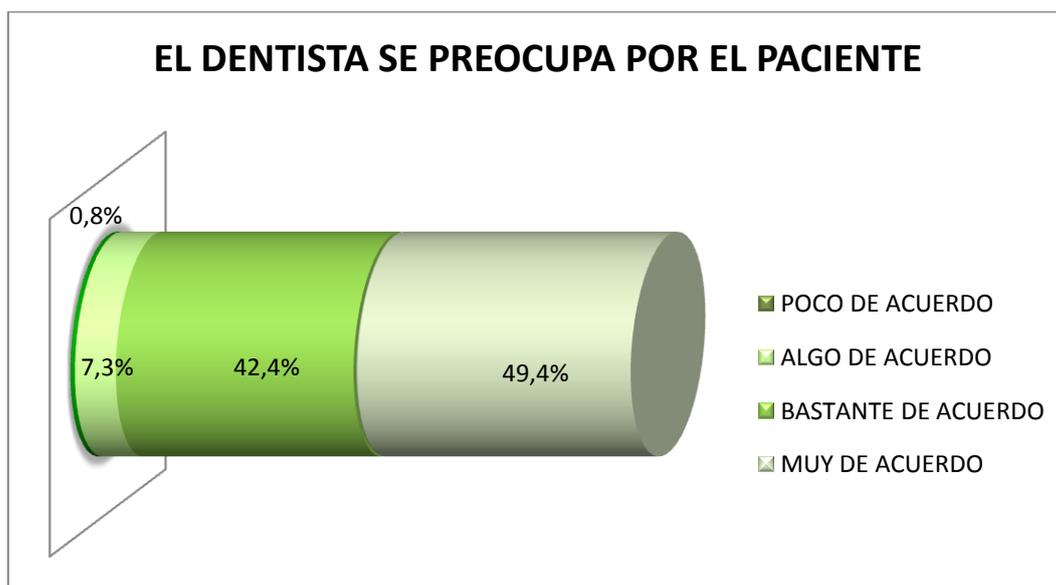
Al preguntar a los encuestados cuales son los motivos por los que acuden a su clínica dental, la respuesta más señalada (68,1%) ha sido “es mi dentista de siempre”

seguida de “me lo han recomendado” (66,4%). Los 2 aspectos menos relevantes han sido los buenos horarios de la clínica y que ésta ofrezca precios más baratos que otras.

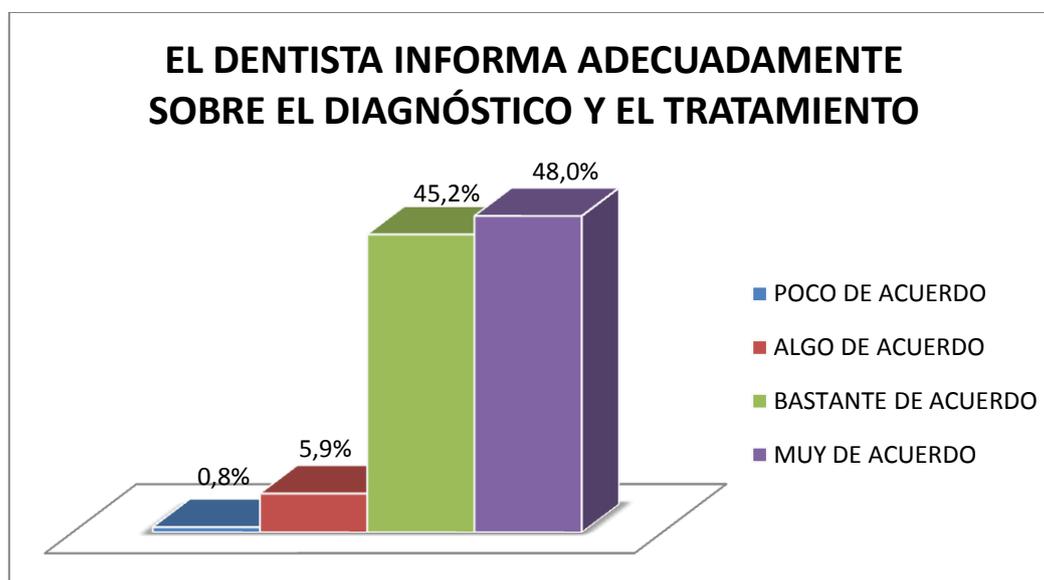


La valoración general sobre la adecuación de los medios técnicos de los que dispone el dentista es mayoritariamente buena. A su vez, los pacientes perciben de forma positiva la preocupación por el paciente de sus dentistas.

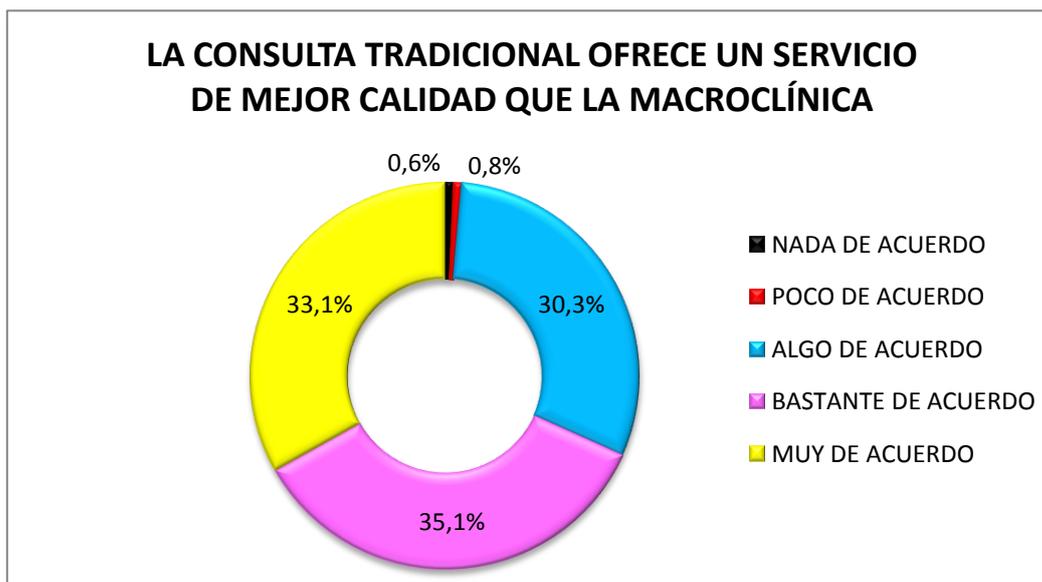




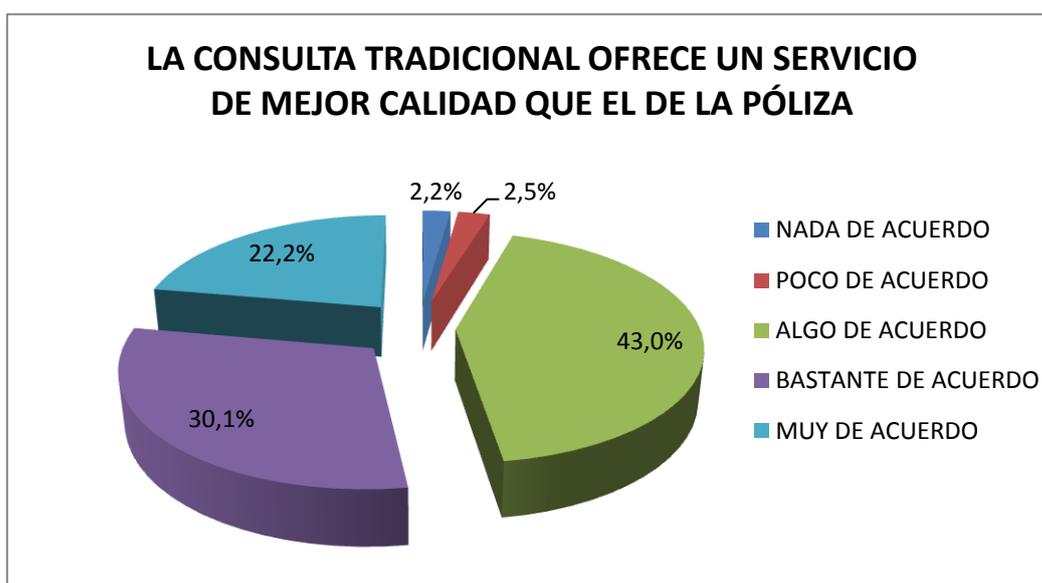
La valoración general sobre si la información que proporciona el dentista es adecuada es mayoritariamente positiva con un 93,3% que señalan las respuestas más satisfactorias.



En general, cerca del 30% de los encuestados parecen indiferentes sobre si la consulta tradicional se percibe como un servicio de mayor calidad, aunque existe un 68,2% que está bastante o muy de acuerdo con que la consulta tradicional ofrece mejor servicio que la macroclínica frente a un 1,4% que está descontento con los servicios prestados en la consulta tradicional.

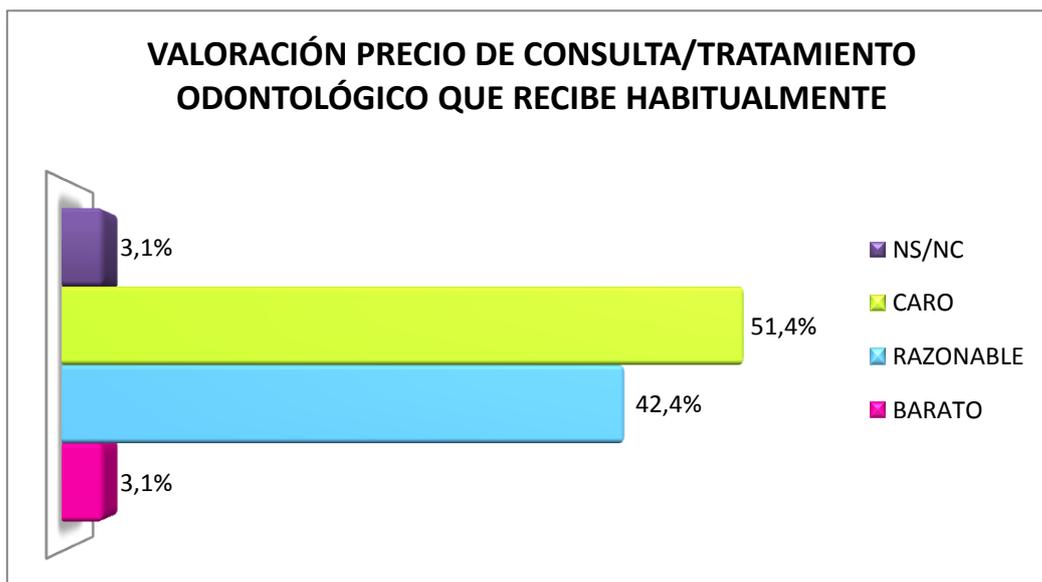


La valoración general sobre si la consulta tradicional se percibe como un servicio de mejor calidad frente al de la póliza indica que existe un 52,3% que está bastante o muy de acuerdo.

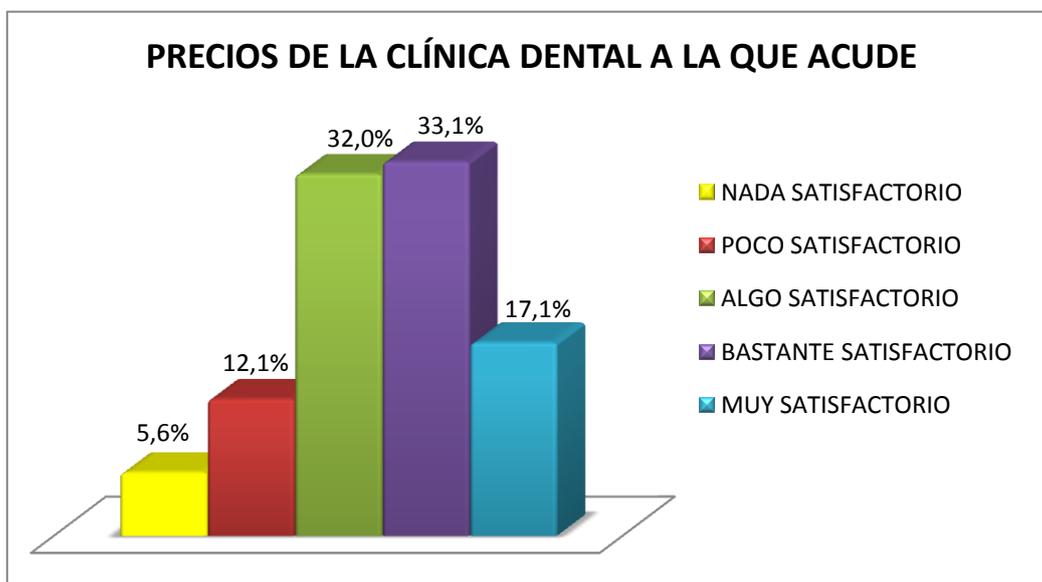


#### 5.4.5. EL PRECIO Y LA PÓLIZA DENTAL

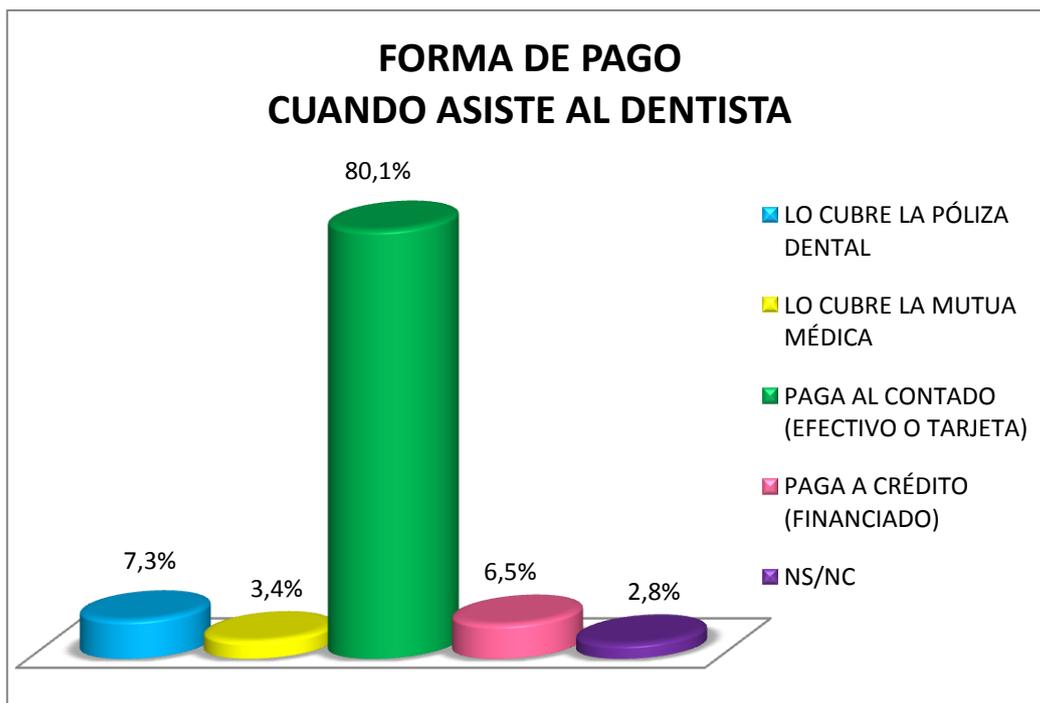
La valoración general (51,4%) es que el precio de la consulta es caro, aunque el 42,4% lo percibe como razonable.



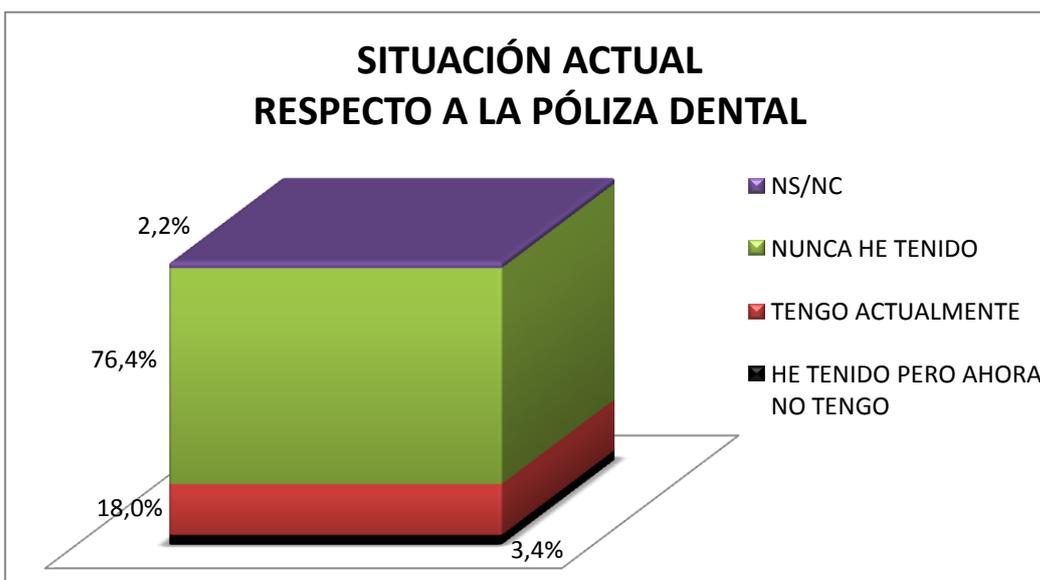
Se preguntó a los individuos encuestados acerca de su nivel de satisfacción respecto al precio de los tratamientos. Cerca del 50% afirman estar bastante o muy satisfechos con el precio frente a un 17,7% que está poco o nada satisfecho.

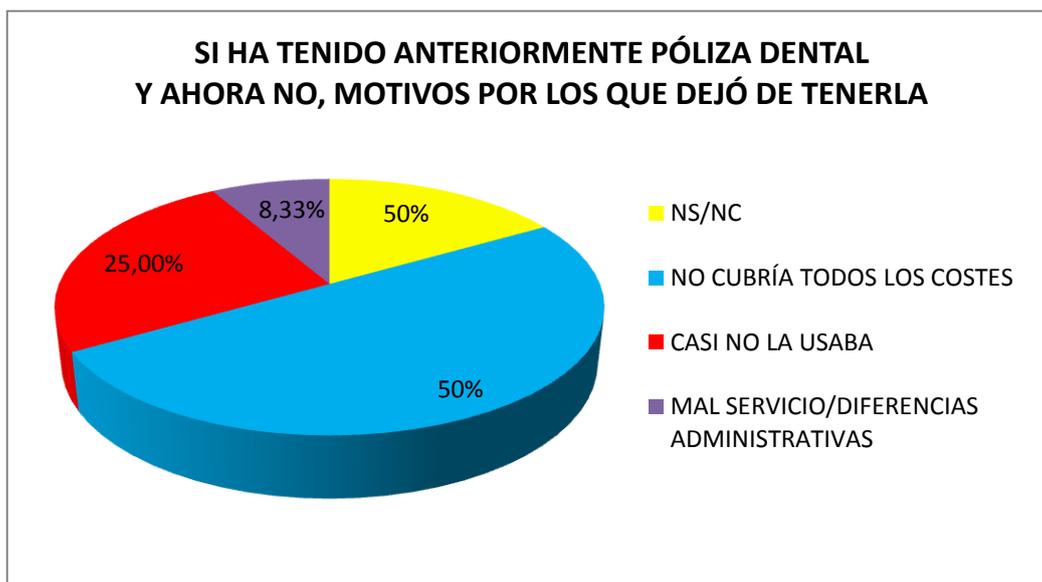


Respecto a la forma de pago, más del 80% de los encuestados afirma pagar al contado (en efectivo o en tarjeta) y sólo el 6,5% realiza el pago a crédito.

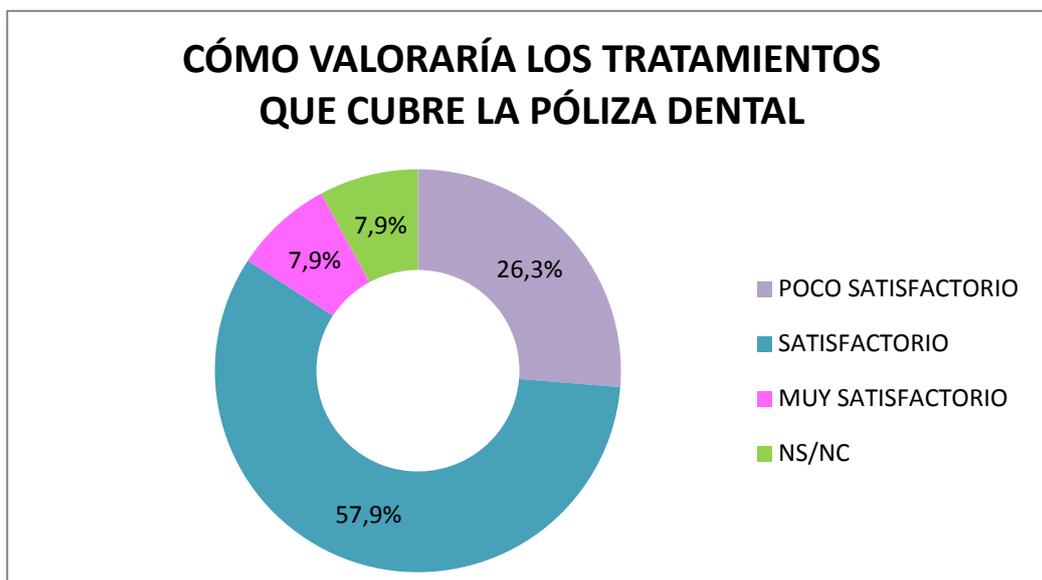


Sólo el 18% de los individuos encuestados tienen actualmente póliza dental frente al 76,4% que nunca la ha tenido. Hay un 3,4% que ha tenido póliza en el pasado pero ya no la tiene. Las razones por las que aquellos que tuvieron póliza dental dejaron de tenerla son, en primer lugar, porque “no cubría todos los costes”, y en segundo, porque “casi no la usaba”.



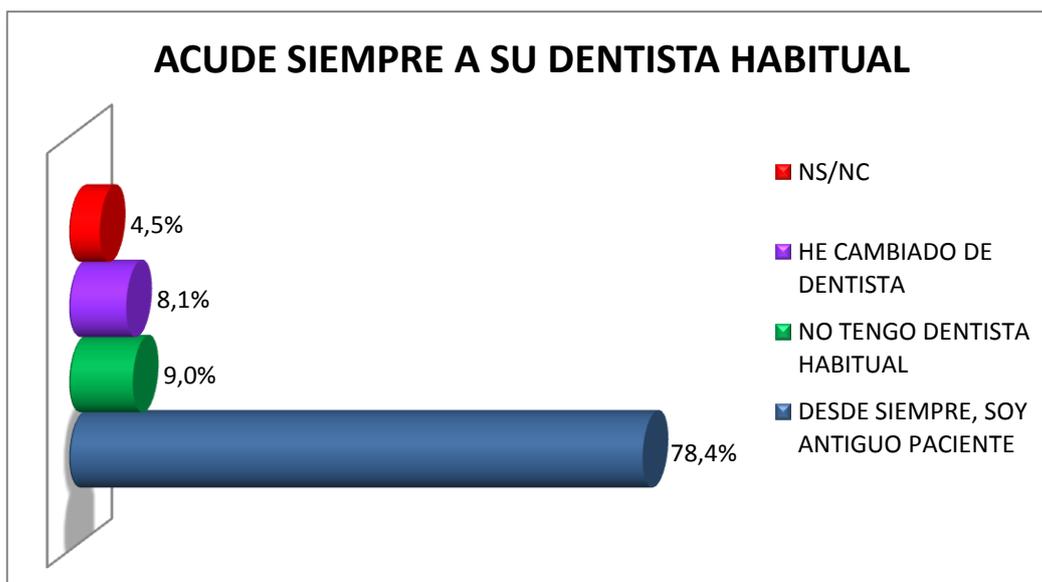


El 57,9% de los encuestados valora la variedad de los tratamientos que cubre la póliza dental como satisfactoria.

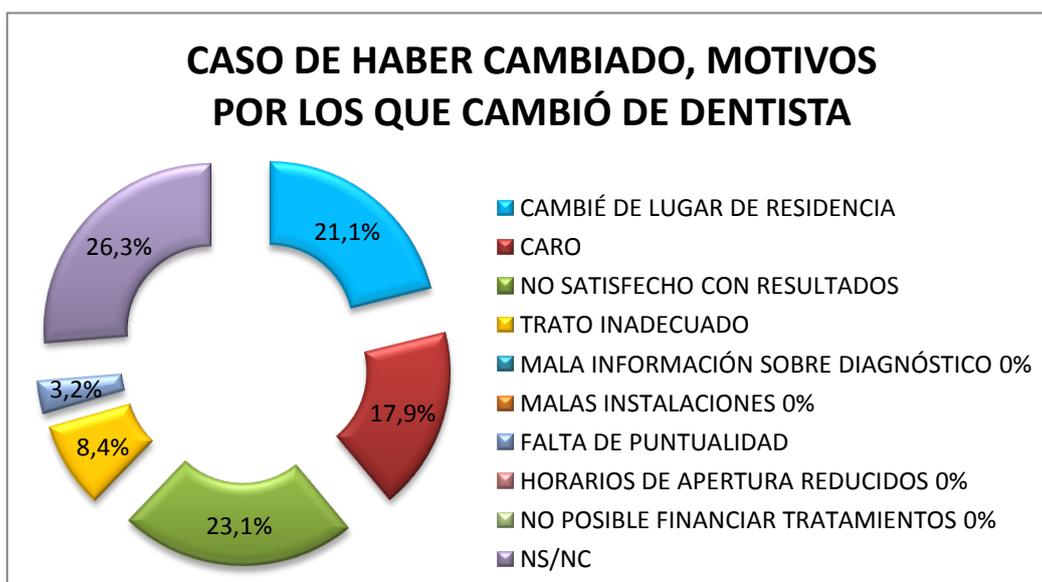


#### 5.4.6. FIDELIDAD Y GRADO DE SATISFACCIÓN

En relación a la pregunta de si acuden a su dentista habitual, no tienen dentista habitual o han cambiado de dentista, la mayor parte de los encuestados (78,4%) acude a su dentista habitual.

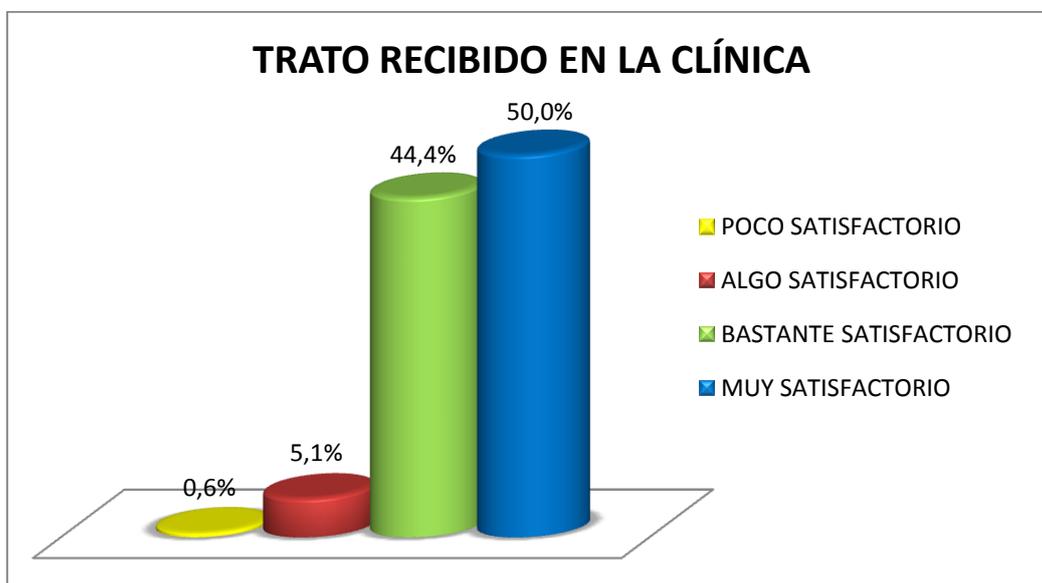


Se preguntó a los encuestados acerca de los motivos por los que habían cambiado de dentista indicando que señalaran entre una serie de causas previamente establecidas por nosotros. La “mala información sobre el diagnóstico”, la “no posibilidad de financiar los tratamientos” y los “horarios de apertura reducidos” no fueron indicados por ningún individuo. Sin que haya una causa que destaque mayoritariamente por encima de las demás, el motivo más frecuente fue el “no estar satisfecho con los resultados”, seguido por el “cambio del lugar de residencia” y de “ser caro”.

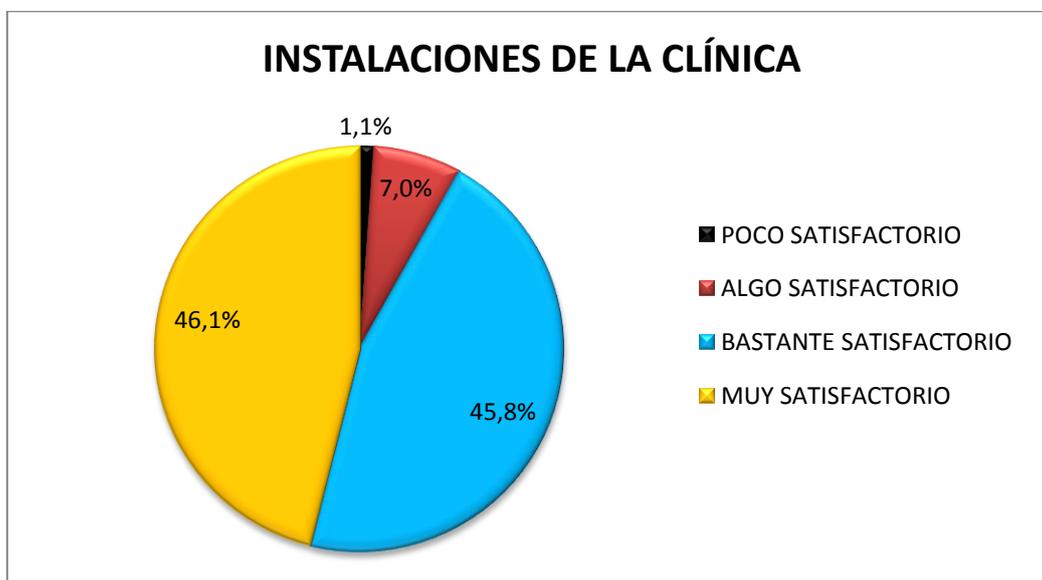


En general, los individuos encuestados tienen una opinión positiva acerca del trato recibido en la clínica dental a la que acuden ya que el 50% de ellos afirma estar

muy satisfecho, seguido del 44,4% que se encuentra bastante satisfecho con el trato recibido.



El grado de satisfacción de los encuestados con las instalaciones de las clínicas a las que asisten es alto (cerca del 92% se encuentra bastante o muy satisfecho con ellas).



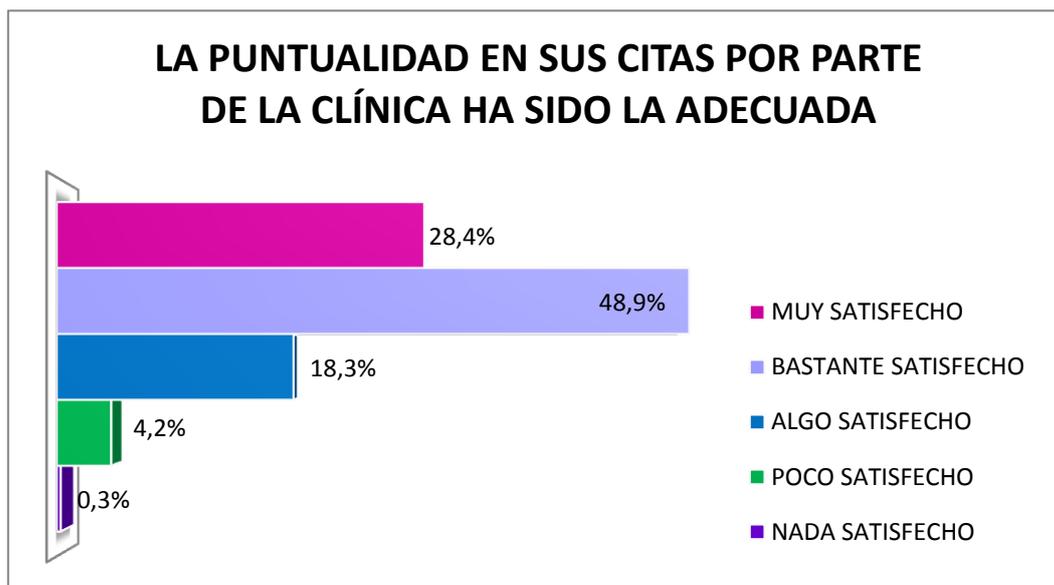
En general, el grado de satisfacción de los individuos encuestados con los resultados obtenidos con sus tratamientos es favorable (cerca del 94% están altamente satisfechos).



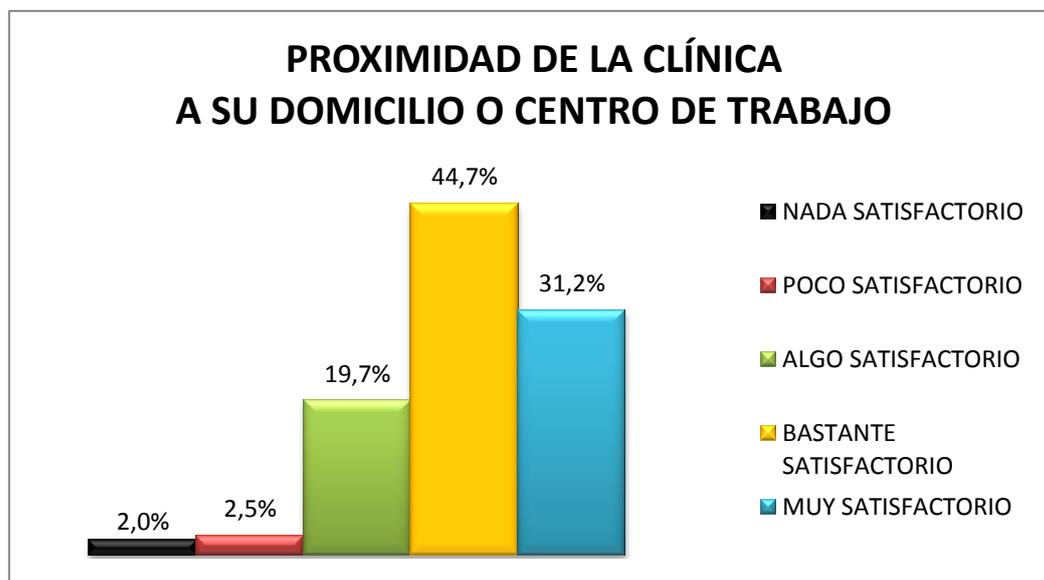
Cerca del 82% de los individuos encuestados se encuentra bastante o muy satisfecho con el tiempo de espera para que se le diera cita en la consulta a la que acuden.



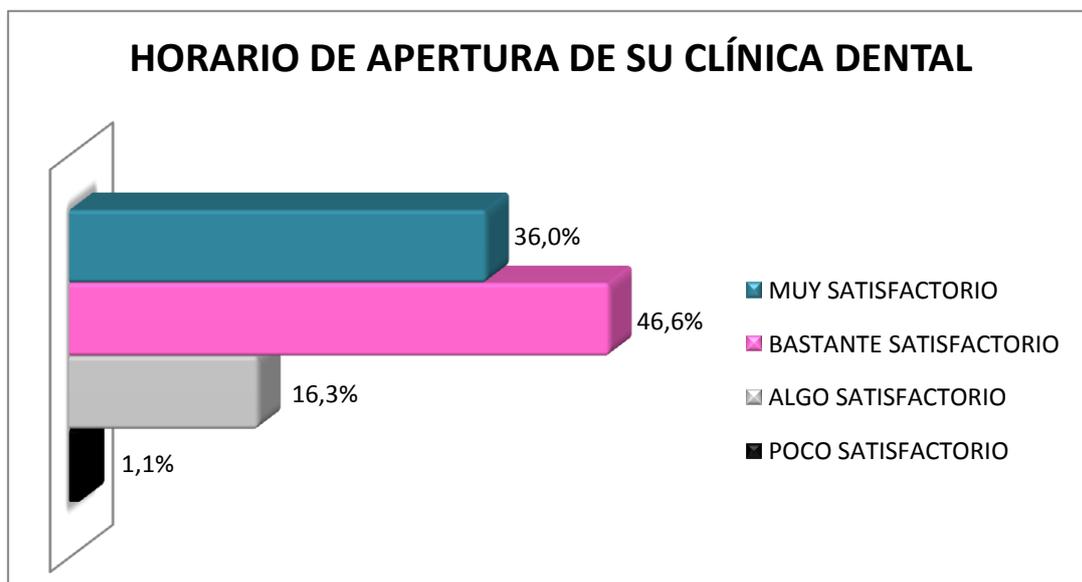
En general, el grado de satisfacción de los individuos encuestados en referencia a la puntualidad con la que son atendidos en la clínica dental es positivo (el 77,3% se encuentra bastante o muy satisfecho con la puntualidad en sus citas).



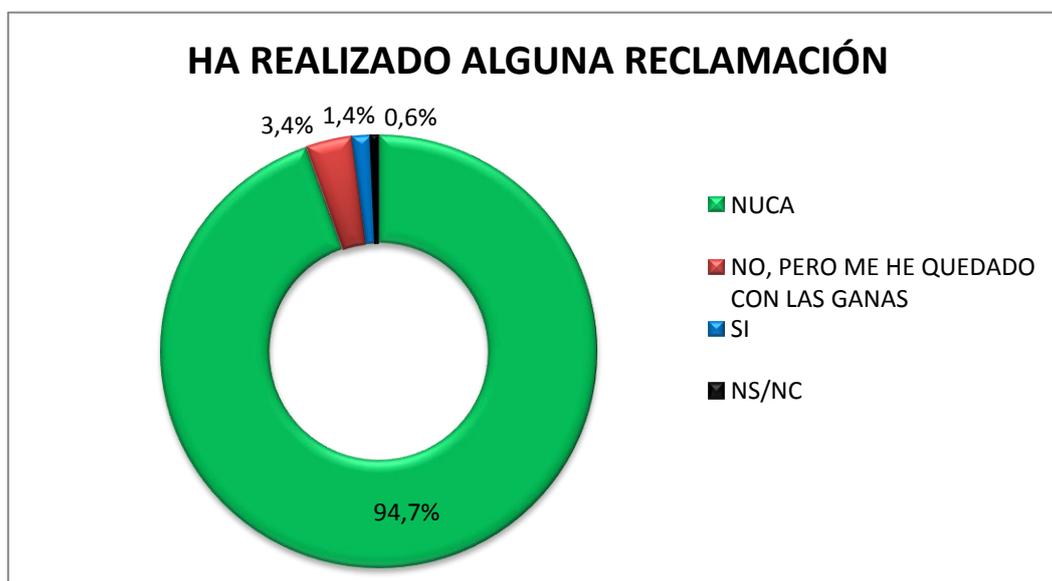
Cerca del 76% de los encuestados se encuentra bastante o muy satisfecho con la cercanía a la que se encuentran las consultas odontológicas a las que acuden.



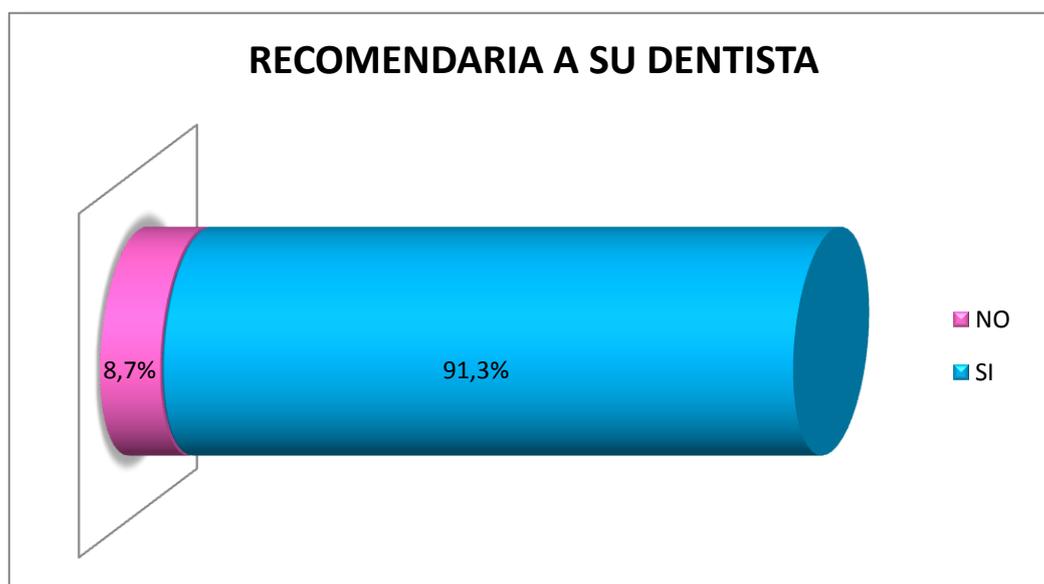
En general, el grado de satisfacción con los horarios de apertura de las clínicas dentales a las que acuden los individuos encuestados es positivo, ya que el 46,6% afirma estar bastante satisfecho seguido del 36% que se encuentra muy satisfecho con dichos horarios.



En relación a las reclamaciones por el tratamiento o trato recibido en la clínica dental, estas tienen una incidencia baja pues tan sólo el 1,4% afirman haberlas realizado. Si añadimos el porcentaje de aquellos que no han hecho reclamaciones pero se han quedado con las ganas, el grupo de individuos descontentos que han reclamado o hubieran hecho asciende al 4,8%.



Finalmente, un indicador que refleja claramente un alto nivel de satisfacción de los pacientes es que el 91,3% de los individuos encuestados recomendaría a su dentista a otras personas.



## **6. DISCUSIÓN**

---



## 6. DISCUSIÓN

---

### 6.1. MATERIAL Y MÉTODOLÓGÍA EMPLEADA

Nuestro trabajo de investigación se diseñó para evaluar la relación existente entre el nº de habitantes y el nº de dentistas en la provincia de Valencia y trazar el perfil de la demografía de la profesión dental valenciana en los últimos 28 años.

A partir de los años 90 comienzan a realizarse estudios de esta índole en nuestro país, cuya finalidad consiste en reflejar, con datos epidemiológicos, la distribución de los recursos en salud dental en nuestro país.

Los pioneros en este tipo de estudios a nivel nacional fueron los doctores Noguerol<sup>(5)</sup>, Sicilia y Bascones<sup>(6)</sup>, Follana<sup>(7)</sup> y Ugarte<sup>(8)</sup>, que realizaron 4 estudios muy completos al respecto. En todos ellos aparecen datos tanto demográficos (nº de habitantes y de dentistas) como indicadores económicos de cada población. Los datos aparecen reflejados por provincias e incluso a nivel municipal<sup>(8)</sup>. Bravo<sup>(9-12)</sup> también realizó varias investigaciones de este tipo en nuestro país. Todos estos estudios son más extensos y completos que el nuestro ya que su objeto de estudio es toda España mientras que el nuestro analiza únicamente la provincia de Valencia.

En nuestra investigación la recogida de datos ha contado con prácticamente las mismas fuentes que las empleadas en los estudios antes mencionados. Los censos de población corresponden a los realizados por el Instituto Nacional de Estadística año tras año, y los datos acerca del nº de dentistas colegiados en cada colegio profesional han sido facilitados directamente por fuentes colegiales. Es en este apartado en el que nuestro estudio refleja algunas diferencias respecto a los estudios que aparecen en la literatura. Según nuestra experiencia, los datos que facilita el colegio profesional de cada región (en nuestro caso el ICOEV) recogen el nº de dentistas colegiados para cada año. Sin embargo, al analizar la edad de cada profesional enumerado en el cómputo total por año pudimos observar que la edad de algunos colegiados era incompatible con el ejercicio profesional. Es por ello por lo que en nuestro estudio hemos eliminado aquellos profesionales con más de 70 años y menos de 22 (el rango de edad de los dentistas de la provincia de Valencia oscilaba entre los 20 y los 103 años). Dicho

acotamiento no se ha llevado a cabo en ningún estudio realizado hasta el momento, pero pensamos que se ajusta más a la realidad profesional. Otro aspecto a tener en cuenta es el hecho de que existen médicos estomatólogos que ejercen como dentistas estando colegiados únicamente en el Colegio de Médicos y no en el Colegio de Odontólogos. A su vez, hay médicos estomatólogos colegiados en ambos colegios profesionales. Debido a que el listado de colegiados proporcionado por el Colegio de Odontólogos no incluía datos de filiación, resultaba imposible poder identificar estas circunstancias por lo que en nuestro estudio solo hemos incluido aquellos profesionales colegiados en el Colegio de Odontólogos.

Bravo<sup>(11)</sup> puso en duda la validez de los censos de dentistas argumentando que la falta de colegiación y el intrusismo profesional han sido y son una realidad en España, estimando que el porcentaje de dentistas no colegiados se sitúa en torno al 20% en nuestro país en 1989. Cabe suponer que nuestra investigación, al estar basada únicamente en los dentistas que ejercen su ejercicio dentro de la legalidad, presenta un sesgo similar al expuesto por Bravo. Además, debemos mencionar que el hecho de basar nuestros censos de profesionales en datos recogidos de forma retrospectiva en registros a lo largo de tantos años (28 en nuestro caso), puede haber ocasionado alguna pequeña distorsión o sesgo en alguna cifra (fiabilidad de la fuente no garantizada por verse influida por numerosas variables a lo largo de los años, desde la manipulación de los datos, a los cambios en el trato de las bases de datos, personal que los trata, etc).

Uno de los objetivos de nuestra investigación consiste en reflejar, como se ha realizado en Cataluña<sup>(23)</sup>, el perfil de los dentistas de la provincia de Valencia en lo referente a la media de edad y el sexo, así que hemos incluido estas variables en nuestro examen.

El IDH (índice dentista-habitante) ha sido calculado en todos los estudios hasta ahora publicados, por lo que está también presente en nuestro análisis.

Además de los censos de población y de dentistas hemos creído conveniente el reflejar el nº de clínicas dentales en la provincia. Cameselle y del Río Highsmith<sup>(13)</sup> ya esclarecieron la creciente variación existente en el modo de ejercicio profesional (autónomo, asalariado, consulta propia, diferentes clínicas...) de los dentistas en los

últimos años y es por ello por lo que hemos pensado que las conclusiones que aporta el IDH debían ser completadas con el nº de clínicas dentales existentes en la provincia. Sólo existe un estudio<sup>(26)</sup>, referido a la Comunidad de Madrid, que haya recogido este tipo de variable según datos aportados por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Para nuestra investigación, también partimos de un listado de clínicas dentales elaborado por la Conselleria de Sanitat de Valencia y facilitado por el ICOEV, pero debido al escaso nº de clínicas dentales que aportaba decidimos buscar en más fuentes. De este modo pudimos observar que el listado elaborado por la Conselleria de Sanitat de Valencia recogía únicamente el 53,2% del total de clínicas dentales encontradas. Es por ello que creemos que elaborar un registro de clínicas teniendo como única fuente a la Consejería de Sanidad es poco fiable. Debemos destacar que en el transcurso de nuestra investigación, ya presentamos un primer estudio<sup>(43)</sup> con los datos recogidos a fecha 2007. En dicho momento ya hicimos un recuento de clínicas dentales siguiendo la metodología descrita en la presente tesis y consultando fuentes similares. Es importante destacar que ha habido una clara disminución en el número de clínicas dentales registradas en las 2 bases de datos nacionales más establecidas en nuestro país (páginas amarillas y QDQ). En el año 2007, obtuvimos 2.533 registros en las páginas amarillas y 410 en QDQ. En la actualidad, el número de registros ha sido de 1.396 para las páginas amarillas y de 207 en QDQ. Es decir, ambas fuentes nos han aportado casi un 50% menos de registros que los que nos aportaron al realizar la consulta en el 2007. Esto puede deberse a que los cambios en los hábitos de consumo en la población deriven en que estas bases de datos ya no atraigan a tantos pacientes a las consultas y los profesionales tengan a su disposición otros medios para dar a conocer sus clínicas. Como no creíamos viable que un porcentaje tan alto de clínicas hubiera podido desaparecer, tomamos la decisión de realizar llamadas telefónicas de comprobación para verificar si esas clínicas que registramos en el 2007 aún seguían en activo actualmente. Además, en el año 2007 consultamos la 34ª edición de la Guía Puntex-Anuario Dental Español, la cual detallaba 56 clínicas dentales para la provincia de Valencia. Al no haber consultado esta fuente en la actualidad, también realizamos llamadas telefónicas de los registros que nos había aportado en el 2007. En el recuento total, realizamos un total de 336 llamadas telefónicas a clínicas particulares (además de 11 llamadas a Ayuntamientos de diferentes Municipios de la provincia de Valencia).

Para el reflejo espacial de la distribución de clínicas dentales en la provincia de Valencia se ha elaborado un mapa por comarcas que refleja el nº de habitantes y el nº de clínicas dentales para cada una de ellas. Este tipo de representación geográfica pretende ser una aproximación básica de la tecnología SIG (Sistema de Información Geográfica) que diversos autores<sup>(18-20)</sup> han empleado para determinar la distribución geográfica de dentistas en diferentes ciudades.

Debido a la ausencia de un listado oficial y fiable que registre el nº de clínicas dadas de alta en la provincia de Valencia, y la conocida existencia de clínicas ilegales, los resultados que presenta nuestra investigación son aproximados.

En cuanto al intervalo de tiempo que presenta este estudio, no existe ningún análisis de ámbito provincial que agrupe resultados a tantos años (28 en nuestro caso).

Finalmente, en nuestra investigación hemos desarrollado dos últimos apartados que han sido planificados con unos objetivos claramente descriptivos y dirigidos a una muestra significativa de profesionales colegiados en el ICOEV y a una muestra de población adulta de la provincia de Valencia. Para estos dos bloques, la metodología empleada ha consistido en la realización de encuestas telefónicas a cargo de una empresa de sondeos especializada. Esto conlleva que el universo de población del que parte nuestro estudio esté constituido por el total de hogares de la provincia de Valencia que disponen de teléfono. Dicho aspecto nos ha podido influir en lo referente a la representatividad de la muestra, ya que probablemente han quedado excluidos algunos hogares, produciéndose un sesgo de selección de tipo socioeconómico. Otro aspecto a tener en cuenta hace referencia a los entrevistadores que han realizado las encuestas telefónicas. A pesar de ser personal cualificado y con un alto nivel de experiencia en el desarrollo de trabajos de emisión de llamadas desde *call center* y grabación de datos, podemos considerar que se haya podido introducir algún sesgo por su parte. En general, para ambos cuestionarios, a pesar de tener una extensión moderada, la tasa de “no respuesta” ha sido baja (22,7%), lo que aumenta la fiabilidad de los resultados y resalta el papel de los encuestadores que han sido capaces de persuadir al entrevistado para lograr completar la encuesta y mantener su atención. El método CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing* o Entrevista Telefónica Asistida por Ordenador), elegido para la realización de las encuestas, es una de las técnicas telefónicas de mayor

difusión en este tipo de diseños. Tiene grandes ventajas al permitir una captura más fidedigna de los datos y la realización de las entrevistas de manera rápida y eficaz, limitando los errores. Además, permite controlar automáticamente las cuotas y cuenta con un control de coherencia que detecta automáticamente las incoherencias en las respuestas.

## 6.2. RESULTADOS OBTENIDOS

Las características particulares de nuestro estudio hacen que los resultados obtenidos no puedan ser rigurosamente comparados con los publicados en la literatura. Sin embargo, un análisis cronológico de los resultados de las investigaciones llevadas a cabo en nuestro país, puede revelar como han ido evolucionando las tendencias en lo que se refiere a la distribución de los recursos privados en materia de salud dental.

La mayoría de los estudios consultados, principalmente los publicados a partir de los años 90, afirman que en España sobran dentistas<sup>(6)</sup>. El primer estudio epidemiológico de salud oral llevado a cabo en nuestro país reflejaba, en 1971, un ratio de 9,8 odontólogos por cada 100.000 habitantes en España (es decir, un IDH de 1/10.204). Según van pasando los años, si se consulta la bibliografía, este porcentaje va siendo cada vez más desfavorable. En la “Encuesta de Salud Oral en España” llevada a cabo en el año 2000<sup>(33)</sup> el IDH nacional se sitúa ya en 1/2.279 habitantes.

En la provincia de Valencia esta evolución ha seguido también una tendencia similar. Nogueroles y cols.<sup>(5)</sup> concluyen que en 1988 había en Valencia un total de 420 dentistas, siendo el IDH de 1/4.972. Follana y cols.<sup>(6)</sup> encuentran en 1990 un total de 464 dentistas en la provincia de Valencia con un IDH de 1/4.501 habitantes, y en 1993<sup>(7)</sup> una cantidad de 711 dentistas siendo el IDH de 1 dentista cada 3.011 habitantes. Finalmente, en 1998, Nogueroles y cols.<sup>(8)</sup> presentan 954 dentistas ejerciendo en la provincia de Valencia con un IDH de 1/2.278 habitantes. En nuestra investigación, si observamos los datos para los mismos años, los resultados difieren un poco, probablemente debido a las diferencias metodológicas antes mencionadas. De este modo nuestro estudio revela:

- 1988: 412 dentistas (IDH: 1/5.183)
- 1990: 455 dentistas (IDH: 1/4.655)
- 1993: 539 dentistas (IDH: 1/4.060)
- 1998: 762 dentistas (IDH: 1/2.8771)

A pesar de las ligeras desigualdades, lo que está claro es la evolución desfavorable del IDH en la provincia y el aumento agresivo en el nº de dentistas, que presenta un salto brusco a partir de la segunda mitad de los años 90. En el año 2006<sup>(43)</sup> el IDH en la provincia era de 1/1974,96. Para el año 2014 hemos obtenido un IDH de 1/1347,19, es decir, en estos últimos 8 años de nuestra investigación a cada dentista le corresponden 627,77 habitantes menos (aproximadamente un 31,7% menos). Dichos resultados se alejan mucho de los propuestos por la O.M.S. que recomendó 1 dentista por cada 3.500 habitantes<sup>(7)</sup>, es decir, el IDH para la provincia de Valencia en el año 2014 es un 61,5% menor al recomendado por la O.M.S. A esto debemos sumarle la tendente mejoría en la prevalencia de caries en la población infantil así como en la población adulta encontrada al comparar los resultados de las últimas encuestas de salud llevadas a cabo en la Comunidad Valenciana en 1998, 2004, 2006 y 2010<sup>(39,40,43,44)</sup>. Además, el porcentaje de personas que necesitan extracción dental es del 5% para los adultos de 35-44 años y del 14,7% en el grupo de 65-74 años (de estos últimos un 20,7% es desdentado total). La necesidad de prótesis dental en la población adulta de la Comunidad Valenciana oscila entre un 20-35%<sup>(43)</sup>. Sabemos que la caries dental ha sido históricamente la ocupación principal de los dentistas, y en los últimos años el número de dientes afectados por caries ha ido decayendo paulatinamente hasta situarse en 2010 en un 1,2 de media (en los niños de 12 años)<sup>(35)</sup>. Por otro lado, la disminución de personas totalmente desdentadas entre los 65 y 74 años de edad, el 16,7% en 2010 frente al 23,4% en 2000, perfila que serán los cohortes de mayor edad quienes requerirán los servicios del dentista, siempre teniendo en cuenta que la traducción en demanda de las necesidades de tratamiento de una población es una cuestión mucho más compleja<sup>(48)</sup>.

En general, en los 28 años que componen nuestra investigación (1986-2014), el aumento en el nº de dentistas prácticamente se ha multiplicado por 4 (incremento del 418%). Si comparamos esta evolución con los estudios publicados se aprecia una evolución similar. En los 20 años que corresponden al período de 1986 al 2006, la

progresión al alza en el nº de dentistas en la provincia de Valencia fue del 245%. Un resultado muy similar ocurre en otras regiones de España, siendo el incremento del 244% en Cataluña para un intervalo de tiempo muy similar (1985-2005)<sup>(25)</sup>. En otros países de la Unión Europea la situación es también muy desfavorable. Grecia es junto con Finlandia el país con una mayor proporción de dentistas por habitante a razón de 1 dentista por cada 1.000 habitantes<sup>(24)</sup>.

Sin embargo, un mayor número de dentistas no garantiza una mayor utilización de los servicios odontológicos<sup>(23)</sup> ni una correcta distribución de los mismos. En los estudios epidemiológicos llevados a cabo en nuestro país, se aprecia una ligera preferencia de los dentistas por el medio urbano, lo que supone que el medio rural esté desatendido<sup>(5-8,11)</sup>. Ya ha quedado descrita la utilidad de los Sistemas de Información Geográfica (SIG) para representar visualmente dichas diferencias<sup>(16,17)</sup>. Los estudios que han empleado esta tecnología para representar la distribución de dentistas en distintas regiones a nivel mundial<sup>(18-20)</sup> han demostrado igualmente una mayor concentración de profesionales en zonas metropolitanas. Si analizamos esta tendencia en la provincia de Valencia en base a la distribución de las clínicas dentales nos encontramos con datos muy similares. Del total de clínicas registradas, casi un 40,14% se encuentra en la ciudad de Valencia. Lo mismo ocurre en la Comunidad de Madrid, donde el 62% de las clínicas dentales se concentran en Madrid capital<sup>(26)</sup>. En nuestro anterior estudio<sup>(43)</sup> ya realizamos una representación geográfica de los datos referentes al número de clínicas por comarca en la provincia de Valencia para el año 2007. Según estos datos, el orden de las comarcas que más han aumentado el número de clínicas en estos últimos 8 años han sido la Ciudad de Valencia, L'Horta Oest, L'Horta Nord, L'Horta Sud, La Ribera Alta y La Safor.

Según los datos de nuestro estudio, en el año 2014 en la provincia de Valencia hay, aproximadamente, 1 clínica dental por cada 1.746 habitantes. En el año 2007, la proporción que obtuvimos fue de 1 clínica dental por cada 1.941 habitantes. Eso se traduce en que hay 195 habitantes menos por cada clínica, es decir, el ICH (índice clínica dental/habitante) ha experimentado una bajada cercana al 10%. Los datos publicados para la Comunidad de Madrid en el año 2007 arrojan una relación aproximada de una clínica dental por cada 2.187 habitantes<sup>(26)</sup>, contabilizando

únicamente las clínicas dentales registradas en la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

COMARCA	AÑO	HABITANTES	Nº CLÍNICAS	RATIO
La Plana d'Utiel Requena	2007	39.386	12	1/3282,16
	2014	39.475	16	1/2467,19
La Vall d'Aiora o de Cofrentes	2007	10.566	4	1/2641,50
	2014	10.257	4	1/2564,25
La Vall d'Albaida	2007	90.783	35	1/2593,80
	2014	89.653	40	1/2241,32
Racó d'Ademús	2007	2.605	1	1/2.605,00
	2014	2.461	1	1/2461,00
L'Horta Oest	2007	331.698	135	1/2457,02
	2014	348.148	160	1/2175,92
El Camp del Túria	2007	135.373	55	1/2461,32
	2014	154.973	62	1/2499,56
L'Horta Sud	2007	163.253	69	1/2365,98
	2014	174.042	88	1/1977,75
La Ribera Alta	2007	216.211	93	1/2324,84
	2014	221.299	111	1/1993,68
Els Serrans	2007	17.935	8	1/2241,87
	2014	16.948	9	1/1883,11
L'Horta Nord	2007	209.518	95	1/2205,45
	2014	225.066	118	1/1907,33
La Safor	2007	176.238	79	1/2230,86
	2014	175.544	97	1/1809,73
El Camp de Morvedre	2007	85.355	39	1/2188,58
	2014	90.093	42	1/2145,07
La Ribera Baixa	2007	80.360	37	1/2171,89
	2014	81.279	49	1/1658,75
La Canal de Navarrés	2007	17.691	9	1/1965,66
	2014	16.803	10	1/1680,30
La Foia de Bunyol	2007	39.768	21	1/1893,71
	2014	43.113	22	1/1959,68
La Costera	2007	72.089	42	1/1716,40
	2014	72.320	45	1/1607,11
Ciutat de València	2007	797.654	547	1/1941,04
	2014	786.424	586	1/1342,02

Tabla 12. Evolución de las cifras de población, nº de clínicas dentales y ratios referidas al 1 de Enero del 2007 y al 1 de Enero de 2014 en la provincia de Valencia

En nuestro anterior estudio<sup>(43)</sup>, nosotros habíamos registrado, siguiendo la misma metodología que en la presente tesis doctoral, el número de clínicas dentales en la provincia de Valencia en el año 2007. Las fuentes consultadas fueron muy similares por lo que podemos hacer una comparativa con nuestras cifras más recientes y ver la evolución que ha habido para cada registro. Lo primero que podemos hacer constar, es que ha habido una clara merma en el número de clínicas dentales reflejadas en las bases de datos nacionales más consolidadas (páginas amarillas y QDQ). En el año 2007, obtuvimos más de 2.500 registros en las páginas amarillas y cerca de 400 en QDQ. En

la actualidad, el número de registros ha sido de 1.396 para las páginas amarillas y de 207 en QDQ. No ha ocurrido así en la búsqueda realizada en la Cámara de Comercio de Valencia, que ha pasado de contar con 387 registros en 2007, a facilitarnos un total de 557 en la última consulta.

Nuestros 2 grandes bloques de búsquedas, se refirieron a las clínicas pertenecientes a franquicias (macroclínicas) y a las de compañías de seguros de salud. Hemos podido observar que la progresión ha sido muy diferente en cada caso, ya que el primer bloque parece estar más moderado frente a la clara expansión que está surgiendo del segundo. Si nos centramos en las 2 franquicias más asentadas en nuestro país (Vitaldent y Unidental) podemos apreciar que el número de clínicas ha disminuido para ambas. En el año 2007 Vitaldent contaba con 29 clínicas en la provincia de Valencia (8 de ellas en Valencia capital) y en la actualidad sólo cuenta con 19 (7 de ellas en la capital). Para Unidental el número ha bajado de 14 en 2007 a 12 en la actualidad (sigue manteniendo sus 2 centros en la capital en estos años). Además, si analizamos con detenimiento las localidades donde se ubicaban las clínicas, podemos apreciar que han cerrado clínicas en algunas localidades y abierto en otras. Sin embargo, hay nuevas macroclínicas que están expandiendo su red de clínicas por la provincia (Dentix, Dentalis, Caredent...).

En referencia a las compañías de seguros de salud, podemos entrever que para la provincia de Valencia está disminuyendo el número de profesionales y de clínicas privadas concertadas con las aseguradoras y que, en cambio, las compañías de seguros están inaugurando clínicas propias para eliminar los intermediarios y ser ellos los proveedores directos de los servicios de salud bucodental. Sanitas y Adeslas son las 2 compañías que han tenido un mayor índice de expansión. Sanitas ya cuenta con 9 clínicas propias (Milenium Dental) en la provincia de Valencia, y Adeslas (Adeslas Dental) con 6. Ya en el año 2009, Pinilla<sup>(49)</sup> presentó un completo estudio de las aseguradoras en el mercado español de servicios de salud oral afirmando que dichas compañías proceden con una conducta predatoria, abusan de su posición dominante y siguen prácticas anticompetitivas que ofrecen planes de descuento encubiertos bajo la denominación de seguros o pólizas dentales, ya que el consumidor no está asegurando un riesgo no esperado, está contratando unos servicios a unos precios previamente pactados. Pinilla sostiene que la comercialización de los actuales seguros dentales por

parte de las compañías aseguradoras, impone precios tan bajos que está impidiendo la apertura de nuevos consultorios e incluso provocando el cierre de algunos ya existentes. De acuerdo con los registros de la base de datos SABI (Sistema Anual de Balances Ibéricos)<sup>(50)</sup> encontramos que a partir del 2005 el número de clínicas que cesan en su actividad supera al número de nuevos consultorios (el número de clínicas cae un 7,18% entre 2005 y 2006, y en 2011 un 10% de las clínicas dentales han presentado su liquidación, cierre o concurso de acreedores). Pinilla y Stoyanova<sup>(51)</sup> analizaron en 2007 la evolución del número de clínicas dentales existentes en Cataluña entre 2000 y 2005, y plasmaron que en esos 5 años, la demanda de nuevas clínicas cayó más de un 72%. En contraposición, la facturación de las clínicas dentales "marquistas" que han surgido al amparo de las compañías de seguros mantienen una evolución positiva. El volumen de negocio en 2010 aumentó un 0,2% alcanzando los 525 millones de euros<sup>(52)</sup>. A través de estos seguros dentales comercializados como planes de descuento encubiertos, las entidades aseguradoras en nuestro país facturaron en 2007 más de 83 millones de euros en primas, un 158% más que el 2001<sup>(49)</sup>. Como conclusión, los autores indican que nos encontramos ante un mercado con un importante exceso de profesionales, en donde la demanda no ha respondido como cabría esperar a la contención de precios. Ante esta situación de debilidad del dentista en el mercado, a las aseguradoras, mutuas y cadenas de franquicias les ha sido relativamente fácil incurrir en el sector proponiendo peculiares sistemas de seguros privados y creando una lucha de precios salvaje, lo que acentúa aún más los problemas de subsistencia en el mercado de servicios de salud oral<sup>(49,53)</sup>.

### **6.3. REFLEJO DEL PERFIL PROFESIONAL**

En los últimos años, la preocupación por la distribución de los recursos odontológicos ha incrementado la realización de estudios acerca de demografía profesional<sup>(1-9)</sup>. Muchos de estos estudios aportan datos descriptivos del global del colectivo de profesionales para una determinada región, siendo similares a los datos descriptivos de los profesionales que componen la muestra de nuestro estudio. Al analizar el perfil de los dentistas en la provincia de Valencia, nuestros resultados arrojan una mayoría de mujeres colegiadas y un grupo de edad (de 20 a 34 años) mayoritario. Viendo la evolución de los últimos años analizados, se aprecia una clara tendencia a la feminización de la profesión y un rejuvenecimiento de la misma. Es decir, cada vez hay

más mujeres dentista y a su vez, los dentistas son cada vez más jóvenes. La literatura consultada presenta las mismas conclusiones en Cataluña<sup>(23)</sup> y en Madrid<sup>(26)</sup>.

Sin embargo, no ha habido muchos estudios publicados que hayan plasmado la percepción que tienen los propios profesionales acerca de su profesión y que describan como desarrollan los mismos su actividad profesional. Son pocos los estudios que hayan seguido una metodología similar a la nuestra, es decir, que hayan realizado encuestas directas a los profesionales colegiados en un determinado colegio profesional. A este respecto, ya desde 1997, el Colegio oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña, ha publicado diversos estudios en forma de libros blancos que han sido elaborados por diferentes profesionales en el campo de la odontología y expertos de otros ámbitos como la economía y el marketing. Concretamente, en 1997 se presenta, en el marco del Tercer Congreso Catalán de Odontoestomatología, el libro blanco “Presente y futuro socioeconómico del sector dental en Cataluña, 1999-2005”<sup>(22)</sup>. El estudio recoge los resultados de una macroencuesta realizada a la población general, a los dentistas y a un amplio grupo de expertos con el objetivo de dar a conocer la realidad del sector odontológico en Cataluña y las variables que influirían en el ejercicio profesional en los próximos años. A partir de este primer Libro Blanco, ha habido varias publicaciones similares. Sin embargo, para poder realizar una comparativa de resultados lo más actualizada posible, hemos centrado la discusión de nuestras conclusiones con los 2 estudios más similares al nuestro y más recientes.

A pesar de haberse realizado hace 7 años, creemos interesante comparar los resultados de nuestro estudio con los presentados por el “Libro Blanco de la profesión: Odontólogos y Estomatólogos de la Comunidad de Madrid”<sup>(26)</sup>. Dicha publicación aparece en el año 2007 y ha sido elaborada por el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región en colaboración con la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. En dicha publicación se examina la profesión odontológica centrándose en la Comunidad de Madrid, se analizan diferentes aspectos tales como el perfil de los profesionales y los pacientes, los tipos de asistencia y de clínicas, la imagen del dentista, los precios... etc. y se evalúan las tendencias futuras de la profesión. Su análisis presenta un completo perfil de los profesionales colegiados en el COEM y de sus percepciones acerca de su profesión llevado a cabo mediante la realización de encuestas telefónicas estableciendo cuotas de edad y sexo. A su vez, creemos

conveniente comparar nuestros resultados con un estudio reciente (Abril de 2013) publicado por Primitivo Roig y Juan Luis Gómez en colaboración con el Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia<sup>(15)</sup>. Al igual que en nuestro análisis, la metodología de dicho estudio consiste en realizar encuestas (en este caso a través de un cuestionario on-line enviado por email) directamente a los profesionales colegiados en el ICOEV. Cabe destacar que dicho estudio analiza concretamente una muestra similar a la nuestra, ya que se centra en los profesionales pertenecientes al colegio de Valencia, exactamente igual que en nuestro estudio. Si nos centramos únicamente en los datos descriptivos de ambas muestras, tanto en su análisis como en el nuestro el colectivo encuestado es representativo del total de colegiados. En nuestro caso, la muestra la componen 209 profesionales (63% mujeres y 37% hombres). Su muestra ascendió a 162 profesionales con una distribución similar por sexos (66% mujeres frente a 34% de hombres). Para ambos estudios la media de edad de los colegiados encuestados fue de 38 años y en cuanto a la titulación de los mismos en ambos casos la distribución fue similar (rondando un 86-87% de odontólogos frente a un 13% de médicos estomatólogos). La media de años de profesión de los colegiados encuestados también fue similar, siendo de 12,5 años en nuestro estudio y de 13,3 años en el publicado. Cabe destacar que en nuestra muestra un 6,7% de los colegiados encuestados no ejerce su trabajo. La situación de desempleo fue del 4,3% para la muestra del estudio publicado. Finalmente, tanto en nuestro análisis como en el publicado, la figura mayoritaria a la hora de ejercer la profesión es el profesional que la desarrolla como propietario único en su consulta, teniendo un menor porcentaje los que desarrollan su actividad por cuenta ajena. El estudio publicado no aporta diferenciación por sexos o cuotas de edad en lo que al ejercicio de la profesión se refiere.

Si analizamos estos mismos datos en el libro blanco de Madrid, encontramos que dicho colegio profesional en el año 2007 no estaba compuesto por una mayoría tan destacada de mujeres (52,5% frente al 47,5% de hombres) y que la distribución por edades de sus colegiados era bastante equitativa para cada grupo de edad sin destacar el colectivo más joven como ocurre en el colegio valenciano. Hemos de tener en cuenta, que el estudio en la provincia de Madrid se realizó hace 7 años, lo que influye a la hora de comparar los resultados con nuestro actual análisis. Sin embargo no hay grandes diferencias entre los resultados obtenidos al analizar en el 2007 a los colegiados

madrileños frente a los colegiados valencianos en el 2014. Centrándonos en las conclusiones de ambos estudios encontramos:

- El 97,6% de los colegiados madrileños encuestados ejercían su profesión. El porcentaje en el colegio de Valencia fue del 93,3%. En ambas provincias el porcentaje más alto de “no ejercientes” corresponde a la categoría de mujer menor de 30 años.
- En la muestra valenciana un 68,2% de los profesionales encuestados poseen consulta propia frente al 56,5% para la muestra madrileña.
- En general, en ambos colegios profesionales las mujeres encuentran más dificultades para montar su propia clínica o son menos emprendedoras, y, en general, los jóvenes comienzan trabajando por cuenta ajena y, tras varios años de ejercicio de la profesión, acceden a una consulta de su propiedad.
- Las clínicas de los colegiados encuestados tienen una gran experiencia acumulada con unos 15 años de trayectoria en ambas provincias. Igualmente, priman los empresarios individuales frente a otras formas jurídicas compartidas, si bien las mujeres tienden más a agruparse para ejercer su profesión.
- Los profesionales encuestados en ambos colegios profesionales están mayoritariamente satisfechos con la rentabilidad de sus clínicas aunque en Madrid las mujeres parecen estar más descontentas al contrario que en Valencia donde los más descontentos son los hombres.
- En ambos colegios profesionales los colegiados encuestados ven insuficientes las prestaciones odontológicas de los servicios públicos y creen conveniente que se subvencionen algunos tratamientos en las clínicas privadas. En Madrid consideran que se deberían subvencionar los tratamientos preventivos y las prótesis, mientras que en Valencia añadirían los tratamientos de ortodoncia.
- Los profesionales encuestados en la provincia de Madrid consideraron en el 2007 que el problema más importante de la profesión era el exceso de clínicas seguido del elevado número de profesionales recién licenciados. Actualmente, los colegiados valencianos encuestados han invertido el orden de ambas afirmaciones colocando en primera posición la plétora de profesionales.
- Todos los colegiados encuestados han considerado favorablemente la formación recibida y tienden de modo generalizado a opinar que la formación recibida se ajusta a sus necesidades profesionales.

- A su vez, tanto los colegiados encuestados en el colegio madrileño como en el valenciano, muestran un gran interés por continuar formándose, bien asistiendo a cursos de postgrado o a cursos de formación continuada.

Según se puede apreciar, la cantidad de dentistas crece mucho más rápido que la población y este aumento se pronostica que será todavía mayor en los próximos años<sup>(14,45)</sup>. Ya son varias las publicaciones que presentan un futuro incierto para la profesión de dentista en nuestro país<sup>(45,52)</sup>. Afirman que el elevado número de profesionales en el mercado, junto con las actuales formas organizativas del sector, determinan una situación de precariedad laboral para los nuevos dentistas. Dentistas asalariados que tienen mucha dificultad para competir ante los obstáculos financieros actuales y la imposibilidad de posicionamiento profesional. Indicativo de sus posibilidades laborales es el indicador de empleo y según datos del Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE)<sup>(54)</sup>, antiguo INEM, a 31 de Diciembre de 2014 en sus oficinas se presentaron 511 demandas de empleo por parte de titulados como Licenciados en Odontología, de las cuales 359 correspondían a dentistas en paro, y hubo 58 demandantes de empleo con su título de Grado en Odontología de los cuales 42 eran parados. Si tenemos en cuenta que muchos profesionales jóvenes que no encuentran posicionamiento laboral dedican su tiempo a acrecentar su formación pero sin apuntarse al paro y que, según las estadísticas de la Encuesta de Población Activa, sólo el 2,4% de los trabajadores obtiene su empleo a través del antiguo INEM, cabe esperar que las cifras de paro y demandantes de empleo sean todavía mayores. Lejos quedan ya las tasas de inserción laboral del 100% y del 96% de los años 1998 y 2004<sup>(48)</sup>.

Se está implantando cada vez más el hecho de que muchos jóvenes emigren para ejercer fuera de nuestro país. En 2009, 342 dentistas (lo que ya suponía un 24% de los egresados), acreditaron su título español para establecerse en otros países de la Unión Europea<sup>(55)</sup>. En 2003 solicitaron dicha acreditación 115 dentistas, un 12% de egresados de ese año<sup>(56)</sup>. A modo de comparación, para el mismo periodo, las acreditaciones de titulados españoles en Medicina sólo alcanzaron el 3,27% y el 2,14% respectivamente. Y la cifra sigue al alza, en 2011 solicitaron dicha acreditación 400 odontólogos<sup>(57)</sup> y 590 en 2013<sup>(58)</sup>, lo que se traduce en un claro aumento de la emigración de nuestros profesionales.

Analizando de nuevo los datos del SEPE, entre los 60 contratos que se resolvieron en Diciembre de 2014 a favor de odontólogos (11 para grado y 49 para licenciados), figuran ocupaciones como profesor de idiomas, higienista dental, auxiliar de enfermería, secretario de centro médico o clínica, vendedor en tiendas y almacenes, promotor de ventas, ordenanza y personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros establecimientos similares. Es decir, los dentistas están desempeñando funciones muy por debajo de su nivel de formación lo que supone un nada despreciable desperdicio de capital humano (la nota media de corte de la prueba de acceso a la universidad para las facultades de odontología de las 12 universidades públicas españolas para el curso 2014-2015 fue de 11,4) y conlleva a que, como ocurre con otros muchos titulados universitarios, estudiar odontología ya no se corresponde con adquirir unas habilidades y unos conocimientos que serán apreciados por la sociedad.

Según afirma Pinilla<sup>(52)</sup>, las condiciones laborales abusivas tienen una repercusión directa sobre la calidad de las prestaciones y conducen a la mala praxis y a la deformación de los hábitos profesionales. Además, la cuestión de si en un sistema sanitario sobran o faltan determinados profesionales es de vital importancia. Desde la perspectiva de los resultados de salud, se sabe que sobrepasar la oferta asistencial puede acarrear graves consecuencias<sup>(59)</sup>. Está documentado<sup>(60,61)</sup> que los dentistas podrían estar tentados a inducir demanda como mecanismo para mantener sus niveles de ingresos y aumentar el gasto de los ciudadanos en servicios dentales<sup>(62)</sup>. Según afirma Cuenca<sup>(60)</sup> este es un fenómeno ampliamente estudiado y bien documentado en los textos de Economía Sanitaria. Sin embargo, la práctica sistemática de la demanda inducida se enfrentaría con unas limitaciones prácticas, lo que los economistas denominan elasticidad de la demanda, que están directamente relacionadas con la economía subyacente. A su vez, este fenómeno contaría con unas limitaciones éticas y unos riesgos, en forma de sobretratamiento, que podrían comprometer la salud de la población. La no enfermedad es incurable y toda actividad terapéutica encaminada a curar la no enfermedad es nociva<sup>(60)</sup>. Habría que tener también en cuenta que el aumento de la competencia en el mercado dental ha supuesto la contención de precios en los últimos años; el índice de precios al consumo (IPC) para servicios dentales aumentó entre 2002 y 2011 un 24,6%, frente al 32,5% de incremento en el conjunto de los servicios médicos y paramédicos no hospitalarios, y del 27,3% del IPC general. Además, la actual situación en la economía española, con una caída de la renta *per*

*cápita* y las actuales cifras de desempleo, podría reducir aún más el número de visitas al dentista<sup>(52)</sup>.

Pinilla<sup>(52)</sup> afirma que las desmoralizadoras cifras de subempleo, paro y emigración laboral son la parte visible y cuantificable de la situación del dentista joven en la actualidad, que se enfrenta a un panorama desolador que ya es difícil para los profesionales ya establecidos. Sostiene que la profesión ha crecido de manera descontrolada y que los nuevos dentistas se enfrentan a un futuro incierto y de difícil salida.

## **6.4. REFLEJO DEL PERFIL DE LA POBLACIÓN**

### **6.4.1. EN RELACIÓN A LOS HÁBITOS HIGIÉNICOS Y EL ESTADO DE SALUD BUCAL**

En 1974 Marc Lalonde, entonces Ministro de Sanidad y Salud Pública de Canadá, publicó un antológico informe<sup>(63)</sup> que proporcionó un moderno marco conceptual para analizar los problemas y determinar las necesidades de salud, así como elegir los medios que puedan satisfacerlas. Dicho marco se basa en la división de los determinantes de la salud en cuatro elementos generales: Biología humana (genética, envejecimiento), Medio ambiente (Contaminación física, psíquica, biológica, psico-social y socio-cultural), Estilo de vida (Conductas de salud: tabaquismo, consumo de alcohol, alimentación o sedentarismo) y Sistemas de Asistencia Sanitaria. Estos componentes se identificaron mediante el examen de las causas y los factores básicos de morbilidad y mortalidad en la población canadiense, y como resultado del análisis del modo en que cada elemento afecta al grado de salud en el país. Hasta el establecimiento de la propuesta de Lalonde de determinantes de la salud, la inversión económica realizada por los países más desarrollados, con el objetivo de lograr una mejoría del estado de salud de la población, se habían centrado casi de forma exclusiva en la mejora de los servicios sanitarios como único determinante sanitario modificable. La evaluación realizada por Lalonde expuso la necesidad de invertir en la mejora del resto de determinantes de la salud para obtener el beneficio final de mejora del estado de salud de la población. De este modo, podemos apreciar las profundas implicaciones de las enfermedades dentales más prevalentes con los estilos de vida de la población. Estas

conclusiones acerca de los determinantes de la salud son especialmente significativas en el caso de la caries y la enfermedad periodontal, enfermedades estrechamente relacionadas con los hábitos higiénicos y dietéticos de las personas. Los últimos estudios epidemiológicos españoles siguen presentando elevadas deficiencias higiénicas entre la población, principalmente observables en adolescentes y adultos. Además, si revisamos las encuestas realizadas a la población acerca de sus hábitos higiénicos<sup>(21)</sup> encontramos que las respuestas obtenidas entran en clara contradicción con las cifras de ventas de los productos higiénicos. Es por ello, que para realizar una adecuada estimación de los hábitos higiénicos de una población o, al menos, de sus necesidades de tratamiento derivadas de la falta de higiene, son más útiles las referencias a los índices epidemiológicos de enfermedad periodontal que encontramos en las encuestas de salud oral. A pesar de que la primera encuesta de salud oral realizada en territorio español<sup>(28)</sup> no presentaba resultados comparables a los obtenidos con los índices actuales, el inicio de las encuestas nacionales monitorizadas, a partir de 1984, ha dado lugar a que dispongamos de una secuencia significativa de resultados que ya nos aportan información sobre determinadas tendencias.

En nuestro estudio, hemos obtenido datos acerca de los hábitos higiénicos, comportamiento y frecuencia de asistencia al dentista e imagen que la población tiene de la figura del dentista, todos ellos de una muestra de población perteneciente a la provincia de Valencia, que fue encuestada en el año 2013. La última Encuesta de Salud Bucodental realizada a la población general se realizó en el año 2010<sup>(35)</sup>, y el último estudio de similares características realizado a nivel provincial fue el llevado a cabo en Madrid en el año 2007<sup>(26)</sup>. A pesar de no existir una coincidencia en cuanto a la fecha, hemos comparado los resultados obtenidos en las encuestas de nuestro estudio principalmente con estos 2 últimos estudios, ya que son los más recientes con características similares al nuestro.

Es interesante resaltar que seis de cada diez españoles posicionan en idéntico lugar a su salud general y su salud oral en cuanto al grado de preocupación<sup>(35)</sup>. En la última encuesta de salud bucodental llevada a cabo en España<sup>(35)</sup> los principales problemas bucales percibidos por la población española adulta son la caries (18%), la presencia de dientes sensibles (12%), la gingivitis (9%) y la movilidad dentaria (7%). En nuestro estudio, las principales preocupaciones de la población valenciana

encuestada fueron la falta de dientes (29,2%), la caries (24,7%) y el estado de las encías (20,5%), resultados muy similares a la población madrileña<sup>(26)</sup>, que indicaban las mismas preocupaciones y en el mismo orden como las prioritarias. En nuestro estudio, destaca que la inquietud dirigida a la estética dental (posición y color de los dientes) sea tan baja. Para los encuestados madrileños, el porcentaje de individuos preocupados por la estética dental alcanzó el 14%.

Cerca de un 70% de los valencianos encuestados manifiestan tener un buen estado de salud frente al 60% que tiene la misma opinión en la provincia de Madrid. A nivel nacional, el 48% de los encuestados en el 2010 manifestó no tener ningún problema bucal. Tanto en Madrid como en Valencia, las mujeres parecen tener mejor percepción de su salud oral que los hombres, así como el grupo de menor edad encuestado.

En cuanto a la frecuencia de cepillado, el 39,3% de los encuestados en la provincia de Valencia afirman hacerlo tras cada comida. Este dato es ligeramente inferior al resultado nacional que ronda el 43%. La frecuencia de cepillado fue significativamente mayor en las mujeres, y va disminuyendo en el colectivo de mayor edad, tanto para las provincias de Madrid y Valencia, como en el total nacional.

La frecuencia de utilización de métodos auxiliares de higiene oral es relativamente elevada: 61,2% usan colutorio, 38,8% seda dental y 24,2% cepillos interproximales. El uso de colutorio es muy similar en la provincia de Madrid y en el total nacional (64,2% y 62% respectivamente), sin embargo, el uso de seda dental es muy superior en la provincia de Madrid (41,5%) y en el uso de los cepillos interproximales estamos por debajo de la media nacional, que se sitúa en un 42%, siendo el porcentaje de individuos que los usan en la provincia de Madrid aún más inferior (12,2%). Llodra<sup>(35)</sup> afirma que sería de gran interés profundizar en el tipo de colutorio que está usando la población, ya que, dependiendo del agente activo del enjuague, se derivarían conclusiones que podrían llegar a ser muy diferentes en su repercusión para la salud. No es lo mismo que se esté recurriendo por ejemplo a colutorios fluorados, que estar usando indebidamente y sin control colutorios antisépticos.

El 78% de nuestros encuestados cambian su cepillo dental en intervalos superiores a dos meses (un 75% en la provincia de Madrid), lo que parece indicar que no existe conciencia en la población sobre la importancia de contar con un cepillo de dientes adecuado para poder realizar el cepillado dental correctamente. El consejo del dentista, aunque valorado, no es lo que más influye en la elección del cepillo por parte de la población valenciana. Afirmaron seguir los consejos de su dentista sólo el 27,5%, porcentaje muy superior al de los encuestados madrileños, que sólo lo hacían en un 14,9%. Además, en Madrid el consejo del farmacéutico (con un 18,6%) es más valorado que el del dentista, no así en Valencia, donde sólo el 15,5% centra su confianza en el consejo del farmacéutico. La primera opción indicada por los valencianos fue “Una marca que conozco y me va bien” con un 38,3% de respuesta. Un buen precio sólo es el motivo de elección para el 9,9% de los encuestados (10,1% en Madrid), siendo una de las opciones minoritarias para ambas provincias. La publicidad es la tercera opción más indicada como influyente en la elección del cepillo de dientes en la provincia de Valencia, no así en Madrid, donde sólo se decantan por esta alternativa el 3,4% de los encuestados.

Con respecto al consumo de tabaco, para ambas provincias la incidencia de tabaquismo fue baja (28,4% en Valencia y 26,4% en Madrid). A su vez, el porcentaje de individuos que consumen alcohol es bajo (15,7% en Valencia y 14,9% en Madrid). El consumo de dulces es algo superior. El 47,5% de los valencianos encuestados manifiestan consumirlos habitualmente y se observa prácticamente la misma tendencia en Madrid, donde un 49,5% de los encuestados los consumían.

#### **6.4.2. EN RELACIÓN AL COMPORTAMIENTO Y FRECUENCIA DE ASISTENCIA AL DENTISTA**

Es importante en este apartado incidir en el perfil de los individuos encuestados en nuestra muestra. Son adultos (no hay ningún niño) en su mayoría entre 35 y 55 años, que suelen estar relativamente amparados por el servicio público. Poseen nacionalidad española cerca del 94%, viven casados o en pareja más del 60%, con cierto nivel de estudios, ya que universitarios, diplomados y bachilleres superiores constituyen más de la mitad de la muestra. La mayor parte lo constituyen trabajadores por cuenta ajena (36,8%) seguidos en menor porcentaje de jubilados (16,6%) y amas de casa (16,3%). El

37,4% declara ingresos familiares mensuales entre 1.000 y 2.000 euros. La valoración de su salud bucodental es buena para el 70,5%. Son fumadores el 28,4% y consumen habitualmente alcohol el 15,7%. A su vez, son aficionados al consumo habitual de dulces el 47,5%. Respecto a la preocupación por su salud oral, lo que más les preocupa es la falta de dientes (29,2%), seguido de la caries dental (24,7%) y el estado de sus encías (20,5%).

Ya en la encuesta de salud bucodental del año 2010<sup>(35)</sup> se indicó que en la población existía una disociación entre “lo que se sabe” y “lo que se hace”. El 73% de los encuestados a nivel nacional afirmó que era deseable visitar al dentista al menos 1 vez al año. Sin embargo, tan sólo el 48% reconocía haber efectuado una consulta en los últimos 12 meses. En nuestro estudio, un 48% de los encuestados acude al dentista al menos 1 vez al año y un 18,8% lo visita 2 veces al año. Los porcentajes son ligeramente superiores que los encontrados en Madrid, con resultados del 42,1% y 11,5% respectivamente. Sólo acuden por molestias o dolor el 14,6%, frente al 33,5% que acude por los mismos motivos en la provincia de Madrid. Estas cifras coinciden plenamente con los datos del Eurobarómetro publicados en 2010<sup>(64)</sup>, donde quedaba patente que sólo el 43% de los españoles habían acudido a la consulta del dentista en el último año, porcentaje que supera solamente a tres países de la Unión Europea: Letonia, Hungría y Rumanía, y nos sitúa bastante lejos de la media europea (57%). La situación es aún más preocupante en la población de mayor edad. Para nuestro estudio, el grupo de edad comprendido entre los 56 y 74 años, sólo acude al dentista cuando tiene molestias o dolor en un 17,3% y lo hacen menos de 1 vez al año un 14,3%. Serían necesarias más iniciativas educativas y de información sanitaria, en general para el conjunto de la población valenciana, y en particular dirigidas a la población de más edad.

El principal motivo de los encuestados en la provincia de Valencia para no haber acudido al dentista es “porque no lo necesito” (63,5%). En Madrid, la respuesta mayoritaria fue la misma pero con un porcentaje inferior (46,4%). La última encuesta nacional de salud bucodental presenta la ausencia de problemas dentales en un 47% de los encuestados como el motivo para no haber acudido al dentista en los últimos 12 meses. Esta razón representa el 33% para el conjunto de la Unión Europea. Casi el 20% de los valencianos encuestados refiere que la causa de no acudir al dentista es económica (15,6% en Madrid, 23% en España, 18% en la UE). El miedo ha sido la

causa en un 6,7% de los valencianos (17,2% de los madrileños, 12% del total nacional y 10% en la UE). Como podemos observar, las principales causas de “no asistencia” a la consulta odontológica en la provincia de Valencia, son similares a las del total español y a las esgrimidas en el conjunto de Europa.

Un 16% de los encuestados está en el momento de la encuesta siguiendo un tratamiento dental. Los tratamientos que siguen con más frecuencia los encuestados valencianos son limpieza de boca (22,8%), tratamiento implantológico (19,3%), empastes (14%) y tratamiento de las encías (12,3%). En Madrid hubo algunas diferencias siendo los tratamientos más demandados las prótesis (30,3%), limpieza de boca (27,9%) y los empastes/endodoncias (23,7%).

El 80% de los individuos encuestados en la provincia de Valencia se decanta por asistir a una consulta privada, un 4,2% acuden al servicio público y un 10,7% a ambos. En Madrid los resultados fueron similares (75%, 8,1% y 16,9% respectivamente). Podemos apreciar que la clínica privada sigue siendo la elegida por la mayoría de la población, opción que coincide en similar porcentaje en los estudios de hace 10 años<sup>(21)</sup>. A su vez, los individuos encuestados pertenecientes a la provincia de Valencia acuden mayoritariamente a su dentista de siempre (72%), seguido por aquel dentista que les han recomendado, opción que elige un 15,2% de los encuestados. Sólo un 6% de los encuestados afirma que la cercanía a su domicilio es el motivo para acudir a una determinada clínica. En este aspecto si ha habido diferencias respecto a Madrid, donde la cercanía de la clínica fue el factor más indicado con un 52,6%, seguido de su dentista de siempre en un 36,1% y por el dentista que les habían recomendado en un 24,1%.

#### **6.4.3 EN RELACIÓN A LA IMAGEN DEL DENTISTA**

El prestigio social y la satisfacción que se otorga a cada profesión pueden ser un buen indicador de la estima que la población siente por la propia profesión. En este sentido, los datos para España de la Encuesta Europea de Salud de 2009<sup>(65)</sup> sitúan el porcentaje de individuos satisfechos con los servicios prestados por los dentistas en un 74,24%, por debajo del de otros especialistas médico-quirúrgicos y de atención primaria (76,53% y 81,43% respectivamente). En nuestro estudio, el grado de satisfacción de los pacientes valencianos es alto, más del 96% de ellos afirman estar satisfechos con su

dentista. Además, cerca del 95% de los individuos encuestados, consideran a su dentista como un profesional bien formado y especializado. Esta valoración mayoritariamente positiva sobre la formación del dentista coincide en los estudios presentados en el año 2005<sup>(21)</sup> y 2007<sup>(26)</sup>.

El grado de satisfacción en referencia a los medios técnicos de los que dispone el dentista es alto tanto para la provincia de Valencia (94,6%) como para Madrid en el que un 90% de los encuestados los calificó como buenos o muy buenos. Los pacientes valencianos valoran positivamente la preocupación del dentista por el paciente (91,8%), siendo también muy alto este porcentaje en los pacientes madrileños siendo un 82,4% de los encuestados los que les aportan las puntuaciones más altas respecto al su grado de satisfacción a este respecto. Finalmente, la valoración acerca de la información que han recibido los encuestados respecto a su diagnóstico y tratamiento alcanza valores muy altos (93,3% en Valencia y 83,5% en Madrid).

En general, cerca del 30% de los encuestados parecen indiferentes sobre si la consulta tradicional se percibe como un servicio de mayor calidad, aunque existe un 68,2% que está bastante o muy de acuerdo con que la consulta tradicional ofrece mejor servicio que la macroclínica frente a un 1,4% que está descontento con los servicios prestados en la consulta tradicional. En este sentido, si se aprecian diferencias respecto a Madrid. En dicha provincia un 50,9% de los encuestados son indiferentes a si el servicio que presta la consulta tradicional es de mejor calidad. Sólo un 31,7% aprecia que la consulta tradicional ofrece un mejor servicio que la macroclínica y es un 17,4% el porcentaje que está muy descontento con los servicios prestados en la consulta tradicional. Igualmente, la valoración sobre si la consulta tradicional se percibe como un servicio de mejor calidad frente a la póliza, existe un 52,3% de valencianos que está de acuerdo o muy de acuerdo frente a un 27,8% de madrileños que tienen la misma opinión. A pesar de existir una opinión positiva a favor de la consulta tradicional, siendo más relevante en la provincia de Valencia, podemos apreciar que esta tendencia está cambiando ya que en estudios anteriores<sup>(66)</sup> una abultada mayoría (84%) se decantaba por los servicios de una consulta tradicional.

#### **6.4.4. EN RELACIÓN CON EL PRECIO Y LA PÓLIZA DENTAL**

La sensación generalizada de la población valenciana encuestada es la de que el servicio prestado por el dentista es caro (51,4%), aunque el 42,4% lo percibe como razonable. Los porcentajes para Madrid fueron del 68,1% y 26,2% respectivamente. Ya en el 2003<sup>(65)</sup> se analizaron los motivos por los que los pacientes abandonaban una clínica dental, siendo el precio elevado el primer motivo más declarado para un 19% de los casos.

Respecto a la forma de pago llevada a cabo por los pacientes valencianos, más del 80% de los encuestados afirma pagar al contado (83,7% de los madrileños) y sólo el 6,5% realiza el pago a crédito (10% en Madrid).

En referencia a la situación de los encuestados respecto a la póliza dental, debemos reseñar que en España no ha sido habitual tener póliza dental<sup>(21,66)</sup>, habiendo claras diferencias en su posesión en referencia a la clase social (en el 2003 un 15% de la clase alta la poseía frente a un 0% de la clase baja). En nuestro estudio, sólo el 18% de los individuos encuestados tienen actualmente póliza dental frente al 76,4% que nunca la ha tenido. Los resultados son muy similares en la provincia de Madrid, con un 18,3% de individuos con póliza y un 75,6% que nunca la ha tenido. Hay un 3,4% que ha tenido póliza en el pasado pero ya no la tiene, siendo de 4,3% el porcentaje en Madrid. Las razones por las que aquellos valencianos que tuvieron póliza dental dejaron de tenerla son, en primer lugar, porque “no cubría todos los costes”, y en segundo, porque “casi no la usaba”. En Madrid los motivos fueron los mismos pero en orden inverso. Sin embargo, el 57,9% de los encuestados en Valencia, y el 68,7% en Madrid, valora la variedad de los tratamientos que cubre la póliza dental como satisfactoria. En el año 2003<sup>(65)</sup> ya se analizó el grado de satisfacción de los usuarios de pólizas de seguro dental. Sobre una escala del 1 al 5 se valoró la calidad de los tratamientos con un 4,1; el precio de los mismos con un 3,9 y la variedad de los tratamientos cubiertos con un 3,6.

#### **6.4.5. EN RELACIÓN A LA FIDELIDAD Y GRADO DE SATISFACCIÓN**

En relación a la pregunta de si acuden a su dentista habitual, no tienen dentista habitual o han cambiado de dentista, la mayor parte de los encuestados tanto en nuestro

estudio en la provincia de Valencia, como en el estudio de Madrid (resultados cercanos al 78%) acude a su dentista habitual. Sólo el 8,1% cambió de dentista en Valencia, y el 11,9% en Madrid. El motivo fundamental señalado por los encuestados para cambiar de dentista fue el traslado de residencia en un 36,3% de los encuestados madrileños, asunto no relacionado con la no satisfacción en la prestación del servicio. Sin embargo, en la provincia de Valencia, la causa principal para el cambio de dentista si fue el no estar satisfecho con los resultados.

En general, los individuos encuestados tienen una opinión positiva acerca del trato recibido en la clínica dental a la que acuden ya que el 50% de ellos afirma estar muy satisfecho, seguido del 44,4% que se encuentra bastante satisfecho con el trato recibido. En el estudio de Madrid, los individuos calificaron el trato recibido con 4,46 de puntuación sobre 5.

El grado de satisfacción de los encuestados valencianos con las instalaciones de las clínicas a las que asisten es alto (cerca del 92% se encuentra bastante o muy satisfecho con ellas), a su vez cerca del 94% de ellos están altamente satisfechos con los resultados obtenidos con sus tratamientos. En Madrid, ambos aspectos obtuvieron puntuaciones superiores a 4 sobre 5.

En Madrid, los encuestados valoraron con 3,9 sobre 5 su grado de satisfacción con la puntualidad con la que son atendidos en la clínica dental y con la cercanía de las consultas odontológicas a las que acuden. Ambos aspectos también se valoraron positivamente en nuestro estudio en la provincia de Valencia (el 77,3% se encuentra bastante o muy satisfecho con la puntualidad en sus citas y cerca del 76% afirma estar bastante o muy satisfecho con la cercanía de las consultas dentales a las que acuden).

Podemos afirmar que el grado de satisfacción con los horarios de apertura de las clínicas dentales valencianas es positivo, ya que el 46,6% afirma estar bastante satisfecho seguido del 36% que reencuentra muy satisfecho con dichos horarios. En Madrid, los horarios de las clínicas dentales obtuvieron una puntuación de 4,19 sobre 5.

En general, la valoración de la mayoría de los aspectos de los servicios odontológicos analizados han revelado un elevado grado de satisfacción, excepto el

relativo al precio. Para este último, la puntuación en Madrid fue de 2,87 sobre 5 y en Valencia más del 50% de los encuestados afirmó que el precio de los tratamientos dentales les parecía caro. A este respecto, si consultamos el estudio de proyección para el año 2020<sup>(45)</sup>, existe un consenso entre los expertos consultados para decir que no va a producirse un aumento en los precios de los servicios dentales (por encima del IPC), pero existe dispersión de opiniones en cuanto a si se estabilizarán o disminuirán.

El último indicador que consideramos revela el alto grado de satisfacción de los pacientes es la baja incidencia de las reclamaciones realizadas, siendo de un 2% en Madrid y de un 1,4 en nuestro estudio en la provincia de Valencia.

En relación a las reclamaciones por el tratamiento o trato recibido en la clínica dental, estas tienen una incidencia baja pues tan sólo el 1,4% afirman haberlas realizado. Aunque si a este porcentaje se añaden los que no lo han hecho pero se han quedado con las ganas, el porcentaje conjunto asciende a 6,5% en Madrid y 4,8% en Valencia.

Finalmente, un indicador que refleja claramente un alto nivel de satisfacción de los pacientes es que el 91,3% de los individuos encuestados en la provincia de Valencia recomendaría a su dentista a otras personas, porcentaje ligeramente superior al obtenido en Madrid, que alcanzó el 89,5%.



## **7. CONCLUSIONES**

---



## 7. CONCLUSIONES

---

En este aspecto, la realización del presente estudio nos ha llevado a formular las siguientes conclusiones:

1. La disminución en el índice dentista-habitante en los 28 años analizados ha sido de un 76,4%, lo que se traduce en que hay 4.374,18 pacientes menos por cada dentista. El índice dentista-habitante en el año 2014 (1/1347,19) es muy diferente al recomendado por la OMS para España de 1 dentista por cada 3500 habitantes.
2. Existe un rejuvenecimiento de la profesión. La media de edad de los dentistas colegiados en 1986 era de 42,06 años y en 2014 es de 38,32 años. Existe una feminización de la profesión, ya que en 2014 hay 1,52 mujeres dentista colegiadas por cada hombre.
3. En la provincia de Valencia hemos encontrado 1.460 clínicas dentales, lo que significa que existe 1 clínica dental por cada 1.746 habitantes. La distribución de clínicas dentales por comarca es muy desigual.
4. En la provincia de Valencia predomina el profesional autónomo por cuenta propia y la mayoría de profesionales (65%) está satisfecho con su remuneración. Un 30% de profesionales considera que la valoración social de su profesión es baja y la mayoría opinan que el principal problema de la profesión es el elevado número de profesionales recién licenciado cada año y el excesivo número de clínicas dentales. A un 70% de los colegiados les parecen insuficientes las prestaciones odontológicas públicas actuales. Los profesionales consideran que han recibido una buena formación universitaria y es destacable su interés por seguir formándose.
5. Mientras que la mayor parte de la población adulta de la provincia de Valencia no sigue actualmente ningún tratamiento dental, hay un 74% que acude al menos 1 vez al año al dentista. Cerca de un 15% solo visitan

la consulta cuando tienen molestias o dolor. La clínica privada suele ser la elegida (80%) al ser el dentista de siempre el más valorado (72%). Más del 96% afirma estar satisfecho con su dentista, al que consideran un profesional bien formado y especializado, que dispone de los medios técnicos adecuados para el desarrollo de su profesión.

## **8. BIBLIOGRAFÍA**

---



## 8. BIBLIOGRAFÍA

---

- (1) Rioboo R. Higiene y prevención en Odontología. Individual y comunitaria. Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales, S.L; 1994.
- (2) Bravo M, Llodra JC. Modelos de provisión y financiación en Odontología. La prestación de servicios odontológicos en España. En: Cuenca E, Baca P. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005. p.413-24.
- (3) Moya V, Roldán B, Sánchez JA. Odontología legal y forense. Barcelona: Masson; 1994.
- (4) Manski RJ, Moeller JF, Maas WR. Dental services: use, expenditures and sources of payment, 1987. JADA. 1999; 130:500-8.
- (5) Noguerol B, Follana M, Sanz M, Bascones A, Sicilia A. ¿Dónde debo abrir mi consulta? Av Odontoestomatol. 1990; 6:5-95. Monográfico.
- (6) Follana M, Noguerol B, Sicilia A, Bascones A. ¿Dónde debo abrir mi consulta? Estudio demográfico de la profesión dental en España. Av Odontoestomatol. 1991; 7:243-321.
- (7) Follana M, Noguerol B, Llodra JC, Sicilia A. Estudio continuado de las necesidades de atención dental de la población española.I. Demografía de la población dental española 1993. Rev Act Odontoestomatol. 1994; Monográfico.
- (8) Noguerol B, Follana M, Ugarte M. Demografía de la profesión dental española 1998. RCOE. 1999; 4 (nº especial):17-232.
- (9) Bravo M. Age-period-cohort analysis of dentist use in Spain from 1987 to 1997. An analysis based on the Spanish National Health Interview Surveys. Eur J Oral Sci. 2001; 109:149-54.

- (10) Bravo M. Private dental visits per dentist in Spain from 1987 to 1997. An analysis from the Spanish National Health Interview Surveys. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30:321-8.
- (11) Bravo M. Desigualdades geográficas en las cargas de trabajo por dentista en España entre 1987 y 1997. *Cargas de trabajo por dentista. RCOE.* 2004;9(3):277-84.
- (12) Bravo M, Llodra JC, Simón F. Dental Manpower: Specific situation in Spain. In *Proceeding of European Global Oral Health Indicators Project.* Paris, France. 60-65.
- (13) Cameselle M, del Rio Highsmith J. La Odontología española en el año 2006, situación epidemiológica. *Gaceta Dental* 2007;177.
- (14) Llodra JC. La demografía de los dentistas en España. Situación pasada, presente y futura. Análisis 1994-2020. Madrid: Ilustre Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España; 2010.
- (15) Roig P, Gómez J.L. Impacto de la crisis en la odontología valenciana: percepción del dentista colegiado. *Dental Doctors*; 2013.
- (16) Lerner EB, Billittier AJ, Sikora J, Moscati RM. Use of geographic information system to determine appropriate means of trauma patient transport. *Acad Emerg Med.* 1999;6:1127-33.
- (17) White DA, Anderson RJ, Bradnock G, Gray MM, Jenkins P. The use of a geographical information system in investigating dental services. *Community Dent Health.* 2000;17(2):79-84.
- (18) Susi L, Mascarenhas AK. Using a geographical information system to map the distribution of dentists in Ohio. *JADA.* 2002;133:636-42.
- (19) Mertz EA, Grumbach K. Identifying communities with low dentist supply in California. *J Public Health Dent.* 2001;61:172-7.

- (20) Krause D, Frate DA, May WL. Demographics and distribution of dentists in Mississippi. A dental work force study. JADA. 2005;136:668-77.
- (21) Libro Blanco. Odontoestomatología 2005. Barcelona: Lácer, S.A; 1997.
- (22) Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña. Presente y futuro socioeconómico del sector dental en Cataluña, 1999-2005. COEC; 1997.
- (23) Cuenca E. La Odontología en Cataluña, 2002. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña; 2003.
- (24) Pérez-Porro A. Libro blanco sobre el futuro de la profesión odontológica en Cataluña: escenarios de evolución. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña; 2006.
- (25) Cuenca E. El mercado de servicios dentales en Cataluña: análisis de las nuevas formas de negocio con especial atención a las franquicias y seguros dentales. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña; 2007
- (26) Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región. Libro blanco de la profesión: Odontólogos y Estomatólogos de la Comunidad de Madrid. Universidad Rey Juan Carlos; 2007.
- (27) Bravo M, Llodra JC, Cortés FJ, Casals E. Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007. RCOE. 2007;12(3):143-168.
- (28) Gimeno de Sande A, Sanchez B, Viñes J, Gómez F, Mariño F. Estudio epidemiológico de la caries dental y patología bucal en España. Rev Sanid Hig Pública (Madr). 1971 Apr;45(4):361-433.
- (29) Cuenca E. La encuesta de la OMS sobre la salud bucodental en España. Una aproximación personal. Arch Odontoestomatol. 1986;2:15-22.

- (30) Sicilia A, Ainamo J, Noguerol B, Cobo J, Lucas V, Bascones A. Necesidad de tratamiento periodontal de la población escolar española. *Av Odontoestomatol.* 1990;6:311-318.
- (31) Sicilia A, Ainamo J, Noguerol B, Cobo J, Lucas V, Bascones A. Prevalencia de caries en los niños y jóvenes escolares españoles de siete, doce y quince a diecinueve años. *Av Odontoestomatol.* 1990;6:323-330.
- (32) Noguerol B, Llodra JC, Sicilia A, Follana M. La salud bucodental en España 1994. Antecedentes y perspectivas de futuro. Madrid: Ediciones Avances, 1995.
- (33) Llodra JC, Bravo M, Cortés FJ. Encuesta de salud oral en España (2000). *RCOE.* 2002;7(no. Esp):19-63.
- (34) Bravo M, Casals E, Cortés FJ, Llodra JC. Encuesta de salud oral en España 2005. *RCOE.* 2006;11(4):409-456.
- (35) Llodra-Calvo JC. Encuesta de salud oral en España 2010. *RCOE.* 2012; 17(1):13-41.
- (36) Zurriaga O, Ibáñez J. La salud bucodental en la Comunidad Valenciana. Encuesta de prevalencia en la población infantil. *Monografies Sanitaries, Serie A (Estudis).* No. 9. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana; 1987.
- (37) Servicio de Epidemiología. Estudio de salud bucodental en escolares de municipios seleccionados. Serie informes de salud, nº 18. Valencia: Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana; 1995.
- (38) Almerich JM, Llena MC, Zurriaga O, Martínez MA, Fullana A, Ortolá JC, et al. Estudio de salud bucodental en la Comunidad Valenciana 1998. Informes de salud, nº 47. Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana, 1999.

- (39) Almerich JM, Llena MC, Zurriaga O, Martínez MA, Fullana A, Ortolá JC, et al. Estudio de la salud bucodental en la Comunidad Valenciana 1998. Arch Odontostom Prev Com. 2000;16:569-85.
- (40) Almerich JM, Montiel JM. Oral health survey of the child population in the Valencia region of Spain (2004). Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006;11:E369-81.
- (41) Almerich JM, Montiel JM, Zurriaga O, Fullana A, Redondo MJ. Estudio de salud bucodental infantil en la Comunidad Valenciana 2004. Informes de Salud, nº 81. Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana, 2005.
- (42) Almerich JM, Eustaquio MV, Montiel JM. Estudio de salud bucodental en adultos de la Comunitat Valenciana 2006. Informes de Salud, nº132. Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana, 2012.
- (43) Rivera-Vega MI, Montiel-Company JM, Almerich-Silla JM. Informe técnico: Demografía de la profesión dental en la provincia de Valencia. 1986-2008. ORIS. 2009; 66(1):6-16.
- (44) Almerich-Silla JM, Boronal-Ferrer T, Montiel-Company JM, Iranzo-Cortés JE. Caries prevalence in children from Valencia (Spain) using ICDAS II criteria, 2010. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014 Nov 1; 19(6):e574-80.
- (45) Llodra JC, Bourgeois D. Estudio prospectivo Delphi. La salud bucodental en España 2020. Tendencias y objetivos de salud oral. Fundación dental española; 2009.
- (46) Bravo M, Cortés J, Casals E, Llena C, Almerich-Silla JM, Cuenca E. Basic oral health goals por Spain 2015/2020. Int Dent J. 2009 Apr; 59(2):78-82.
- (47) Almerich JM, Montiel JM. Influence of immigration and other factors on caries in 12- and 15-yr-old children. Eur J Oral Sci. 2007 Oct;115(5):378-83.

(48) Cuenca E, Casals 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; 14:25-37.

(49) Pinilla J. Dominio de las aseguradoras en el Mercado español de servicios de salud oral: perjuicios para la competencia derivados de la comercialización de seguros que no realizan actividad aseguradora. Madrid: Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España; 2009.

(50) Sistema Anual de Balances Ibéricos. United Kingdom: Bureau van Dijk Electronic Publishing; 2011.

(51) Pinilla J, Stoyanova A. El Mercado de servicios dentales en Cataluña: Análisis de las nuevas formas de negocio con especial atención a las franquicias y seguros dentales. Barcelona: Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña; 2007.

(52) Pinilla J. Futuro incierto de la profesión de dentista en España. Gac Sanit. 2012;26(6):495-496.

(53) Pinilla J, Stoyanova A. Nuevas formas de organización empresarial en el mercado español de servicios dentales. Revista de Administración Sanitaria. 2008;6(2):339-56.

(54) Información mensual de mercado de trabajo de personas tituladas. Madrid: Servicio Público de Empleo Estatal. Diciembre 2014. Disponible en:  
<http://www.sepe.es/indiceTitulaciones/indiceTitulaciones.do?tipo=titulados&idioma=es>

(55) La homologación, convalidación y reconocimiento de estudios extranjeros. Madrid: Ministerio de Educación. 2011. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/dms-static/57eb7f0b-7eb0-415b-b026-f5666667105e/cifrasg3-11-pdf.pdf>

(56) La homologación, convalidación y reconocimiento de estudios extranjeros. Madrid: Ministerio de Educación. 2004. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/dms-static/1d6bee77-8647-492f-8b36-87801793b715/cifrasg3-05-pdf.pdf>

- (57) La homologación, convalidación y reconocimiento de estudios extranjeros. Madrid: Ministerio de Educación. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/dms-static/58815289-123a-44d3-86f4-3dec2021a3fa/g3-pdf.pdf>
- (58) La homologación, convalidación y reconocimiento de estudios extranjeros. Madrid: Ministerio de Educación. 2015. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/indicadores-publicaciones-sintesis/cifras-educacion-espana/2015/G3.pdf>
- (59) Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse? JAMA. 1999;281:446-53.
- (60) Cuenca E. La demografía profesional en España: cabalgando un tigre. RCOE. 2004;9(3):271.
- (61) Grytten J, Sorensen R. Competition and dental services. Health Econ. 2000;9:447-61.
- (62) Pinilla J, González B. Exploring charges in dental workforce, dental care utilization and dental caries levels in Europe, 1990-2004. Int Dent J. 2009;59:87-95.
- (63) Lalonde MA. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare; 1974.
- (64) Eurobarometer Oral Health 2010. Directorate General Health and Consumers. Special Eurobarometer 330. European Union, 2010.
- (65) Ministerio de Sanidad. Encuesta Europea de Salud, España 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- (66) Galluci CM, Tejerina L. La demanda de los servicios dentales en España. Madrid: Fundación Dental Española; 2003.



## **9. ANEXOS**

---





VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Facultat de Medicina i Odontologia  
Clínica Odontològica

Ilmo. Sr. D. Andrés Plaza Costa  
Presidente del Ilustre Colegio Oficial de  
Odontólogos y Estomatólogos de Valencia  
c/ Luis Melero y Mas, 1 Bajo  
46023 VALENCIA

Valencia, 26 de Marzo de 2007

En este Departamento de Estomatología de la Universitat de València estamos desarrollando una línea de investigación para el estudio de la asistencia odontológica, tanto pública como privada, en la Comunidad Valenciana.

Uno de los objetivos de la investigación es el estudio de la evolución de la demografía profesional en los últimos años. Es por ello que solicitamos su colaboración en lo referente a la asistencia privada ya que necesitamos los datos relativos al número total de colegiados por cada año desde 1986, la edad y sexo de cada uno, así como las altas y las bajas por cada año. Además, si es posible, le agradeceríamos que nos facilitara el registro de clínicas dadas de alta en la Consellería de Sanitat, dentro de su provincia.

En espera de obtener su colaboración, reciba un cordial y afectuoso saludo.

José Manuel Almerich Silla  
Profesor de Odontología Preventiva y Comunitaria

PD.: Teléfono de contacto 963864144. E-mail: [jose.m.almerich@uv.es](mailto:jose.m.almerich@uv.es)

## (ANEXO 2)

### CUESTIONARIO (PERFIL DE LOS PROFESIONALES)

1.- Sexo:  Hombre  
 Mujer

2.- Edad: \_\_\_\_

3.- Años de profesión: \_\_\_\_\_

4.- Nacionalidad: \_\_\_\_\_

5.- Titulación:  Médico Estomatólogo  
 Odontólogo

6.- ¿Ejerce su profesión?:  Si  
 No  
 NS/NC

7.- ¿Cómo ejerce su trabajo?  Trabajo por cuenta propia  
 Trabajo por cuenta ajena  
 Contratado  
 Autónomo consulta ajena

8.- ¿Posee consulta propia?  Si  
 No  
 NS/NC

Si ha respondido afirmativamente, continúe el cuestionario. Si la respuesta ha sido negativa, pase a la pregunta nº 19

9.- Antigüedad de la clínica: \_\_\_\_\_

10.- Tipo de consulta:  Consulta propia  
 Consulta familiar  
 Consulta compartida  
 NS/NC

11.- Forma jurídica de la consulta:  S.L.  
 Empresario individual  
 Cooperativa  
 S.A.  
 Sociedad civil  
 NS/NC

12.- Indique el nº de personas que trabajan en su clínica:  Médicos  
 Odontólogos  
 Protésicos  
 Higienistas  
 Auxiliares  
 Administrativos

13.- Ordene del 1 al 12 el tiempo que dedica a cada actividad dentro de su consulta. Si alguna actividad no la desempeña colóquele un 0.

Atención a pacientes especiales  
 Medicina oral  
 Odontología preventiva  
 Odontología restauradora  
 Endodoncia  
 Periodoncia

Cirugía oral  
 Implantología  
 Odontopediatría  
 Ortodoncia  
 Estética dental  
 Prostodoncia

14.- Régimen de su clínica:  Propiedad  
 Alquiler  
 NS/NC

15.- ¿Cómo estima la rentabilidad de su clínica:  Muy buena  
 Buena  
 Adecuada  
 Baja  
 Insuficiente  
 NS/NC

16.- De los que le nombro, ¿cuál cree que es el gasto más importante de su clínica?  
Personal / Equipamiento / Material Alquiler / Seguros / Otros. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

17.- Trabaja con alguna sociedad médica:  Si  
 No  
 NS/NC

18.- Su grado de satisfacción con las sociedades médicas:  Alto  
 Medio  
 Bajo  
 NS/NC

19.- Si trabaja como contratado, de las que le nombro, cual es su principal ocupación:  
Generalista / Odontopediatra / Cirujano / Prostodoncista / Implantólogo / Endodoncista / Ortodoncista / NS/NC

20.- Satisfacción con su remuneración:  Poco satisfactoria  
 Satisfactoria  
 Muy satisfactoria  
 NS/NC

21.- La mayoría de sus pacientes son:  Hombres  
 Mujeres  
 NS/NC

22.- Cual cree que es el grado de satisfacción de sus pacientes con su clínica:  Alta  
 Media  
 Baja  
 NS/NC

23.- Cuantos de sus pacientes están satisfechos con su clínica:  La mayor parte  
 La mitad  
 Menos de la mitad  
 NS/NC

24.- Con que frecuencia acuden sus pacientes a su consulta:  Menos de 2 veces/año  
 1-2 veces al año  
 Más de 2 veces al año  
 NS/NC

25.- ¿Cuál cree que es la valoración social de su profesión?:  Escasa  
 Media  
 Baja  
 NS/NC

26.- De las siguientes situaciones, ¿cuál cree que debería regularse?  nº de colegiados  
 nº de clínicas dentales  
 profesional que puede abrir una clínica  
 nº de plazas para cursar Odontología  
 NS/NC

27.- ¿Cuál cree que es el principal problema de la profesión?  
 Exceso en el nº de clínicas dentales  
 Excesiva entrada de profesionales extranjeros  
 Aumento en el nº de recién licenciados (muchas ofertas de plazas para odontología)  
 Todos  
 NS/NC

28.- ¿Le parecen suficientes las prestaciones odontológicas públicas?:  Si  
 No  
 NS/NC

29.- ¿Cuál cree que debería incluirse en primer lugar?  Atención a discapacitados  
 Atención a ancianos  
 Atención a mujeres embarazadas  
 Atención a pacientes con enfermedades orales crónicas  
 NS/NC

30.- ¿Cree que debería subvencionarse algún tratamiento?  Si  
 No  
 NS/NC

31.- En caso afirmativo, ¿que tratamientos cree que deberían subvencionarse? \_\_\_\_\_

32.- Considera que la formación universitaria que ha recibido ha sido:  Muy mala  
 Mala  
 Suficiente  
 Buena  
 Muy buena  
 NS/NC

33.- ¿Considera que la formación recibida se ajusta a las necesidades profesionales?  Si  
 No  
 NS/NC

34.- ¿Ha cursado estudios de postgrado?  Si  
 No  
 NS/NC

35.- ¿Ha cursado estudios de postgrado en una universidad española?  Si  
 No  
 NS/NC

36.- ¿Ha cursado estudios de postgrado en el ámbito privado?  Si  
 No  
 NS/NC

37.- Considera que la oferta de postgrado es:  Escasa  
 Suficiente  
 Excesiva  
 NS/NC

38.- ¿Ha acudido a algún curso de formación continuada en los últimos 2 años?  Si  
 No  
 NS/NC

39.- En general, ¿cree que la formación de postgrado se ajusta a las necesidades profesionales?  Si  
 No  
 NS/NC

40.- En general, considera que la formación continuada se ajusta a las necesidades profesionales?  Si  
 No  
 NS/NC

## (ANEXO 3)

### CUESTIONARIO (PERFIL DE LOS PACIENTES)

1.- Sexo:  Hombre  
 Mujer

2.- Edad: \_\_\_\_

3.- Nacionalidad: \_\_\_\_\_

4.- Estado civil:  Soltero/a  
 Casado/a  
 Vive en pareja  
 Viudo/a  
 Separado/a  
 NS/NC

5.- Nivel de estudios:  Menos de estudios primarios  
 Estudios primarios  
 Bachiller elemental (hasta 14 años)  
 Bachiller superior/BUP/COU (hasta 18 años)  
 Estudios de Formación profesional  
 Estudios de grado medio/Diplomados  
 Estudios universitarios de grado superior  
 Otros  
 NS/NC

6.- Ocupación:  Trabaja por cuenta ajena/contratado  
 Ama de casa  
 Jubilado/a  
 Trabaja por cuenta propia/Autónomo  
 Estudiante  
 Funcionario  
 En paro  
 NS/NC

7.- Ingresos:  menos de 1000 €/mes  
 entre 1000-2000 €/mes  
 entre 2000-3000 €/mes  
 entre 3000-4000 €/mes  
 más de 4000 €/mes  
 NS/NC

8.- ¿Tiene hijos menores de 15 años?  Si  
 No  
 NS/NC

9.- ¿Acude habitualmente al dentista?:  Si  
 No  
 NS/NC

10.- ¿Acude habitualmente con sus hijos al dentista?  Si  
 No  
 NS/NC

11.- ¿Sigue actualmente algún tratamiento dental?  Si  
 No  
 NS/NC

12.- Se cepilla ud. los dientes:  Nunca  
 Cuando se acuerda  
 1 vez al día  
 2 veces al día  
 Después de cada comida  
 Más de 3 veces al día

- 13.- ¿Se enjuaga los dientes con algún colutorio?:  Nunca  
 Cuando se acuerda  
 Después de cada cepillado dental  
 Más veces  
 NS/NC
- 14.- ¿Cada cuanto tiempo cambia su cepillo dental?:  Cuando está muy estropeado  
 1 vez al año  
 Cada 6 meses  
 Cada 3 meses  
 Cada 2 meses o menos  
 NS/NC
- 16.- ¿Qué criterio sigue para comprar su cepillo dental?  Una marca que conozco y me va bien  
 Anuncios en prensa o TV  
 El que me aconseja el dentista  
 El que me aconsejan en la farmacia  
 Cualquiera que me atraiga  
 Cualquiera que esté a buen precio  
 No lo compro yo sino otro miembro de la familia  
 NS/NC
- 17.- ¿Conoce el hilo o seda dental?  Si y lo uso  
 Si, pero no lo uso  
 No  
 NS/NC
- 18.- ¿Conoce los cepillos interproximales?:  Si y los uso  
 Si, pero no los uso  
 No  
 NS/NC
- 19.- ¿Cómo considera su estado de salud bucal?:  Bueno  
 Regular  
 Malo  
 NS/NC
- 20.- ¿Qué es lo que más le preocupa de su salud dental?  Caries  
 Presencia de sarro  
 Estado de las encías  
 Falta de dientes/piezas  
 Posición de sus dientes  
 Color de sus dientes  
 NS/NC
- 21.- ¿Es ud. fumador/a?:  Si  
 No  
 NS/NC
- 22.- ¿Consume ud. habitualmente alcohol?  Si  
 No  
 NS/NC
- 23.- ¿Consume habitualmente dulces?  Si  
 No  
 NS/NC
- 24.- ¿Con qué frecuencia acude al dentista?  Sólo cuando tengo molestias o dolor  
 Menos de 1 vez al año  
 1 vez al año  
 2 veces al año  
 más de 2 veces al año  
 NS/NC
- 25.- En su caso, ¿cuál cree que es el principal motivo para no acudir regularmente al dentista?  
 Porque no lo necesito  
 Porque tengo miedo  
 Porque no tengo tiempo  
 Porque es caro  
 Otros motivos  
 NS/NC

26.- ¿Ha seguido o sigue actualmente algún tratamiento dental?  Sí  
 No

27.- Indique que tratamiento sigue o ha seguido:

- Revisión o chequeo
- Limpieza de boca
- Empastes
- Endodoncias ("matar el nervio")
- Extracción de algún diente
- Prótesis
- Ortodoncia
- Tratamiento para las encías
- Blanqueamiento dental
- Implantes
- Otro tipo de tratamiento. Especifique: \_\_\_\_\_
- NS/NC

28.- En el último año, ¿a que tipo de consulta dental ha acudido?

- Clínica privada
- Servicio público
- Ambas
- Ninguna
- NS/NC

29.- A la hora de asistir al dentista, ¿por qué tipo de los siguientes se decanta?

- Acudo a mi dentista de siempre
- Acudo a un dentista conocido o que me han recomendado
- Acudo a un dentista de mi sociedad médica
- Acudo a la clínica más cercana a mi domicilio
- Prefiero acudir a una macroclínica
- Prefiero acudir a una policlínica donde haya también otras especialidades médicas
- NS/NC

30.- En general, ¿está satisfecho con su dentista?

- Sí
- No
- NS/NC

31.- ¿Está contento con el trato recibido en la clínica dental a la que acude? (1-nada satisfecho, 5-muy satisfecho)

1       2       3       4       5

32.- ¿Qué le parecen las instalaciones de la clínica?

1       2       3       4       5

33.- En cuanto a los resultados de su tratamiento, ¿ha quedado satisfecho?

1       2       3       4       5

34.- ¿Qué opinión le merece la información que ha recibido en cuanto a su diagnóstico y tratamiento?

1       2       3       4       5

35.- ¿Qué le parece el tiempo que ha tenido que esperar para que le dieran cita?

1       2       3       4       5

36.- ¿La puntualidad en sus citas por parte de la clínica ha sido la adecuada?

1       2       3       4       5

37.- Señale los motivos por los que acude a su clínica dental:

- Cercanía
- Publicidad
- Me lo han recomendado
- Trato personalizado
- Porque no lo cubre la Seguridad Social
- Es más barato que otros
- Pertenece a mi cuadro médico/póliza
- Ofrece tratamiento especializado
- Tiene buenos horarios
- Ofrece financiación del tratamiento
- Es mi dentista de siempre
- NS/NC

38.- El dentista es un profesional bien formado y especializado (1-nada de acuerdo, 5-muy de acuerdo)

1       2       3       4       5

39.- El dentista dispone de medios técnicos adecuados:

- 1       2       3       4       5

40.- El dentista se preocupa por el paciente:

- 1       2       3       4       5

41.- El dentista informa adecuadamente sobre el diagnóstico y el tratamiento:

- 1       2       3       4       5

42.- La consulta tradicional ofrece un servicio de mejor calidad que la macroclínica:

- 1       2       3       4       5

43.- La consulta tradicional ofrece un servicio de mejor calidad que el de la póliza:

- 1       2       3       4       5

44.- ¿Cómo valora el precio de la consulta o tratamiento odontológico que ud. habitualmente recibe?

- Barato  
 Razonable  
 Caro  
 NS/NC

45.- Cuando asiste al dentista su forma de pago es:

- Lo cubre la póliza dental  
 Lo cubre la mutua médica  
 Paga al contado (efectivo o tarjeta)  
 Paga a crédito (financiado)  
 NS/NC

46.- Indique su situación actual respecto a la póliza dental:

- He tenido pero ahora no tengo  
 Tengo actualmente  
 Nunca he tenido  
 NS/NC

47.- Si ha tenido anteriormente póliza dental y ahora no, ¿Cuáles son los motivos por los que ha dejado de tenerla?

- No cubría todos los costes  
 Era muy cara  
 Los servicios eran de menor calidad  
 Casi no la usaba  
 Dejé de cubrirme la póliza  
 Mal servicio/deficiencias administrativas  
 NS/NC

48.- ¿Cómo valoraría los tratamientos que cubre la póliza dental?

- Poco satisfactorio  
 Satisfactorio  
 Muy satisfactorio  
 NS/NC

49.- ¿Acude siempre a su dentista habitual?

- Desde siempre, soy antiguo paciente  
 No tengo dentista habitual  
 He cambiado de dentista  
 NS/NC

50.- En caso de haber cambiado, señale los motivos por los que ha cambiado de dentista:

- Cambié de lugar de residencia  
 Precios elevados de los tratamientos  
 No estaba satisfecho con los resultados  
 Trato inadecuado del dentista o personal  
 Mala información sobre mi diagnóstico  
 Malas instalaciones/mobiliario  
 Falta de puntualidad  
 Horarios de apertura reducidos  
 No tenía posibilidad de financiar los tratamientos  
 NS/NC

51.- Los precios de la clínica dental a la que acudo son: (1-nada satisfactorio, 5-muy satisfactorio)

- 1       2       3       4       5

52.- La puntualidad con la que es atendido le resulta:

- 1       2       3       4       5

53.- La información que recibe acerca de su diagnóstico y tratamiento le resulta:

- 1       2       3       4       5

54.- Las instalaciones de la clínica le resultan:

1       2       3       4       5

55.- El trato recibido en la clínica le resulta:

1       2       3       4       5

56.- Su satisfacción con los resultados de su tratamiento es:

1       2       3       4       5

57.- La proximidad de la clínica a su domicilio o su centro de trabajo es:

1       2       3       4       5

58.- El horario de apertura de su clínica dental le parece:

1       2       3       4       5

59.- ¿Alguna vez ha realizado alguna reclamación?

Nunca  
 No, pero me he quedado con las ganas  
 Si  
 NS/NC

60.- ¿Recomendaría a su dentista?

Si  
 No

#### TEXTO QUE DEBE DECIR EL ENCUESTADOR TELEFÓNICO

Estimado Dr./Dra. ....,

Desde el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia, en colaboración con la Universidad de Valencia, se está llevando a cabo un estudio para evaluar el perfil profesional de los colegiados y realizar un análisis de la situación actual de la profesión odontológica. Es por ello que solicitamos tu colaboración para poder incluir tus respuestas, de forma completamente anónima, en nuestros resultados. Para ello deberás responder telefónicamente a una encuesta de 8 minutos de duración.

#### MAIL QUE ENVIARÍA EL ICOEV A LOS COLEGIADOS ADVIRTIENDO DE LAS ENCUESTAS

Estimado colegiado,

Desde el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia, en colaboración con la Universidad de Valencia, se está llevando a cabo un estudio para evaluar el perfil profesional de los colegiados y realizar un análisis de la situación actual de la profesión odontológica. Es por ello que solicitamos tu colaboración para poder incluir tus respuestas, de forma completamente anónima, en nuestros resultados. Para la realización del estudio, una empresa de sondeos (CUESA) puede ponerse en contacto contigo por vía telefónica con vistas a realizarte una encuesta telefónica de unos 8 minutos de duración que incluye preguntas acerca de tu perfil profesional y diferentes aspectos de nuestra profesión. Te agradeceríamos tu colaboración.





