

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

Autor

JAIME PINILLA DOMÍNGUEZ

Colaboradores:

MIGUEL ÁNGEL NEGRÍN HERNÁNDEZ

EMILI CUENCA SALA



© Edita: Fundación Dental Española
C/ Alcalá, 79, 2º - 28009 Madrid
Teléfono: 91 426 44 10
www.consejodentistas.org

ISBN: 978-84-613-5196-1
Depósito Legal: M-41612-2009

Maquetación: JALMA, S. L.
Imprime: TPG

Todos los derechos reservados. Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación sin permiso del autor y editor.

**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**

**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**

Autor:

Jaime Pinilla Domínguez
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Colaboradores:

Miguel Ángel Negrín Hernández
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
Emili Cuenca Sala
Universidad de Barcelona

Agradecimientos:

Los autores agradecen el apoyo del Dr. Leopoldo Bárcena, su respaldo, sugerencias y orientación han sido fundamentales para la elaboración de este trabajo. Agradecemos también la ayuda prestada por los Dres. Cecilio Iess y M^a Teresa Izquierdo Bello en la búsqueda de datos y corrección final del manuscrito.

Índice

1. Introducción, objetivos y marco teórico del estudio	11
1.1. Introducción	11
1.2. Marco conceptual: Competencia en el mercado de servicios de salud oral	13
– Estrategias anticompetitivas en el mercado de servicios de salud oral	15
1.3. Coyuntura económica general de los mercados de servicios de salud oral.....	16
1.4. El mercado de servicios de salud oral en España	18
2. Particularidades de los servicios de salud oral y sus implicaciones sobre su asegurabilidad y financiación	21
2.1. Particularidades de los servicios de salud oral dentro de los servicios sanitarios en general	21
2.2. Dificultades para el aseguramiento público	22
2.3. Dificultades para el aseguramiento privado	23
3. Seguros de salud frente a planes de descuento	25
3.1. Definición de seguro de salud dentro del modelo general de contrato de seguro	26
3.2. Definición de plan de descuento	27
3.3. Similitudes y diferencias entre seguros de salud y planes de descuento en la prestación de servicios de salud oral	28
4. Planes de descuento en el mercado español de seguros dentales	31
4.1. Modalidades del seguro de asistencia sanitaria en España	31
– Seguro de salud general	32

– Seguro de reembolso	33
– Seguro dental	33
4.2. La naturaleza de la operación de aseguramiento dental según KPMG Consulting	35
– El riesgo en el seguro dental	36
– Determinación de la prima y franquicias	37
4.3. Las cifras del seguro dental en España	39
– Entidades que ofertan aseguramiento dental en España	41
5. Panorama internacional de la oferta de seguros dentales	43
5.1. En Estados Unidos se impone el prepago por los servicios de salud oral	43
– Planes de seguro basados en empresas-empleados	43
– Planes de prepago con contribución fija/ autofinanciados	44
5.2. En los países europeos los productos de seguro dental son poco habituales y principalmente de reembolso	45
6. Dominio de las compañías aseguradoras y prácticas anticompetitivas en el mercado español de servicios de salud oral	47
6.1. Dominio de las aseguradoras	47
– Dominio sobre la demanda	48
– Dominio sobre la oferta	49
6.2. Abuso de posición dominante: control indirecto de los precios y barreras de entrada	50
– Contención de precios	50
– Barreras de entrada y expulsión del mercado	52
6.3. Integración vertical: Incursión de las compañías aseguradoras como proveedores directos de servicios de salud oral, el dentista como asalariado.	52
7. Principales conclusiones	55
8. Bibliografía	59
Anexo: Tabla resumen de los componentes y características del producto seguro dental en ocho primeras compañías del sector español	62

Índice de tablas y figuras

Tabla 1.1. Porcentaje del gasto privado en salud general y salud oral.....	17
Figura 1.1. Evolución del número de odontólogos y estomatólogos colegiados en España: periodo 1990-2007	19
Tabla 1.2. Índice de Precios al Consumo nacional (IPC) para distintas subclases de consumos. Base 2006	20
Figura 3.1. Diferencias entre seguros y planes de descuento dentales ...	29
Tabla 4.1. Volumen de primas y asegurados del seguro dental en España 2007	39
Tabla 4.2. Seguros de asistencia sanitaria. Prestaciones pagadas e índice de siniestralidad	40
Tabla 4.3. Prima media por asegurado (euros al año)	41
Tabla 4.4. Ranking primeras 20 aseguradoras que ofertan seguro dental. Volumen de primas (miles de euros)	42
Tabla 5.1. Productos de aseguramiento dental de la compañía DKV en Europa	46
Tabla 6.1. Dominio de las aseguradoras en el mercado español de servicios de salud oral	47
Tabla 6.2. Evolución de la cuantía de las primas por seguro dental, número de asegurados y visitantes al dentista 2001-2006	50
Tabla 6.3. Evolución de los precios franquiciados 2004/5-2008/9 (€) ...	51
Tabla 6.4. Rentabilidad económica de las clínicas dentales en España 2003-2006	52
Tabla 6.5. Evolución del volumen de primas y red de clínicas propias de ADESLAS y SANITAS 2003-2008	53

1. INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y MARCO TEÓRICO DEL ESTUDIO

1.1. INTRODUCCIÓN

La odontología privada es el máximo exponente de la concepción liberal de la profesión. Bajo este concepto, el dentista en su clínica es el prestador habitual. Hace unos años esta era la práctica más común, la prestación de servicios por parte del dentista en su propia consulta, sin intermediación de ninguna compañía de seguros y mediante el pago por acto médico. En la actualidad se ha producido una importante reestructuración del sector. La incursión en el mercado de servicios de salud oral¹ de grupos económicos con grandes carteras de potenciales clientes, como es el caso de las compañías aseguradoras, ha propiciado una situación de pérdida de poder de la profesión.

La concentración económica, organizativa y de decisión de la odontología privada por parte de estas compañías caracteriza la evolución del sector en los últimos años. Las aseguradoras no sólo dominan la demanda (el paciente o cliente) sino que están empezando a controlar la oferta mediante un amplio número de dentistas concertados y la entrada en el mercado con su propia red de clínicas dentales. Las aseguradoras se han integrado de forma vertical mediante la adquisición de participaciones en los negocios de sus proveedores inmediatos. La presente estructura del mercado de servicios de salud oral, las asimetrías de información inherentes al sector, los precedentes de prácticas contrarias a la competencia y los incentivos económicos de los oferentes privados dificultan, en gran medida, que las probables eficiencias originadas por el ejercicio de la libre competencia se estén trasladando a los consumidores finales.

¹ Tal y como sugieren la Organización Mundial de la Salud y la Federación Dental Internacional, a lo largo de todo el texto adoptaremos la terminología “servicios/mercado de salud oral” en vez de “servicios/mercado dentales”.

Desde su aparición, el seguro dental en nuestro país ha caminado bajo el mismo paraguas normativo que el seguro de asistencia sanitaria general. En España el primer seguro dental nace en 1986, *Esfera Médica* saca al mercado en julio de ese año su Póliza Multidental. Al suscribir este seguro los asegurados pagaban una prima anual, lo que les permitía beneficiarse de una serie de tratamientos dentales de forma gratuita, sobrepasado cierto límite, el tomador del seguro debía hacerse cargo del gasto del tratamiento. Han pasado más de 20 años y aquel “seguro dental” ha evolucionado hacia una modalidad muy “particular” en el ámbito de los seguros de prestaciones sanitarias de nuestro país. En la actualidad el seguro dental ha adoptado las características de un plan de descuento, en el que la entidad aseguradora actúa como agente intermediario entre los demandantes de servicios de salud oral y los proveedores asistenciales.

Los planes de descuento que bajo la denominación de “seguro dental” se están comercializando en nuestro país, constituyen una modalidad contractual que no encaja en el marco del ordenamiento jurídico del seguro privado en España. Los planes de descuento no son planes de seguro, no pagan a los proveedores por todos los servicios, no asumen responsabilidades sobre la atención prestada, simplemente ofrecen a sus contratantes un panel de dentistas que han accedido a ofrecer sus servicios a una tarifa reducida. El paciente corre con todos los gastos, compartiendo con el dentista la totalidad del riesgo asegurable. La comercialización de estos planes de descuento como pólizas dentales está provocando una fuerte distorsión de la competencia no sólo en el propio mercado de los seguros, sino también en el mercado de servicios de salud oral en general. Los usuarios de la odontología privada cada vez más acceden a las consultas a través de las prestaciones ofrecidas por su póliza dental. Pocos profesionales subsisten con el pago privado por acto médico, salvo algunos de muy reconocido prestigio, formando parte la gran mayoría de los cuadros médicos de más de una compañía de seguros.

El presente libro tiene como objetivo principal discutir y analizar los importantes perjuicios que para la competencia a corto y largo plazo en el mercado español de servicios de salud oral está suponiendo la comercialización por parte de las compañías aseguradoras de planes de descuento bajo la denominación de seguros o pólizas dentales. Para tal fin se realiza una descripción del mercado de servicios de salud oral y de seguros dentales desde un punto de vista sectorial y de análisis estructural, describiendo aquellos elementos que permiten una rápida valoración de la situación actual a partir de los cambios acontecidos en los últimos años. Se destacan las informaciones disponibles de carácter nacional e internacional, tanto por el lado de la oferta: proveedores y productos ofertados, como de la demanda: accesibilidad y utilización. La estructura del trabajo es la que sigue: primeramente en este capítulo introductorio presentamos el marco conceptual en el que nos vamos a mover, se definen las reglas para la competencia en los mercados de servicios sani-

tarios, las posibilidades de vulnerar éstas mediante estrategias anticompetitivas y sus consecuencias sobre el bienestar de los consumidores. En el capítulo 2 se discuten las particularidades de los servicios de salud oral así como las implicaciones de éstas sobre las posibilidades de asegurabilidad y financiación. El capítulo 3 enfrenta a los planes de descuento con los seguros dentales, se intenta encajar cada uno de estos productos dentro del marco regulador español, para luego señalar sus peculiaridades a la hora de facilitar cobertura a la prestación de servicios de salud oral. El capítulo 4 muestra el panorama internacional en relación con la oferta de seguros y planes de descuento en el mercado de servicios de salud oral, recogiendo las experiencias en los países de la Unión Europea así como en los Estados Unidos. El capítulo 5 presta atención a los efectos anticompetitivos que está provocando la comercialización, en nuestro país, de planes de descuento por parte de las compañías aseguradoras. Las aseguradoras ocupan una posición dominante en un mercado en el que se están integrando verticalmente con la puesta en marcha de su propia red de clínicas dentales. Finalmente, el capítulo 6 recoge las principales conclusiones del trabajo.

1.2. MARCO CONCEPTUAL: COMPETENCIA EN EL MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD ORAL

La mayoría de los conceptos económicos que aparecen en este trabajo se enmarcan dentro de una nueva disciplina de la teoría económica denominada *Economía de la Salud*. La economía de la salud estudia la asignación óptima de los recursos en relación con la atención a la enfermedad y la promoción de la salud. Sus conceptos y herramientas se centran principalmente en la consecución de la eficiencia en la organización de los servicios sanitarios (Mushkin, 1958). Como en cualquier otro servicio sanitario, los conceptos de demanda, oferta, eficiencia, costes y beneficios, se pueden aplicar al análisis de los servicios de salud oral, es por ello que desde hace años se ha empezado a hablar de la “Economía de los servicios dentales” (Sintonen y Linnosmaa, 2000). Todo enfoque económico requiere un examen minucioso de cómo funciona la competencia en cada mercado concreto, y de esta forma poder evaluar de qué modo estrategias concretas de los agentes afectan al bienestar del consumidor. Aunque en el sector sanitario, las formas organizativas dependen en gran medida de la regulación pública, también rigen los principios de la competencia.

Las leyes sobre “Defensa de la Competencia” conciben la misma como principio rector de la economía de mercado. Para ello prohíben la explotación abusiva de posiciones dominantes y los acuerdos que restringen o impiden la competencia. En el sector salud, las leyes generales de sanidad trasladan al sector sanitario el recono-

cimiento de la libre competencia. En todos los países existe un sector sanitario privado que presta sus servicios a los particulares, al sistema nacional (mediante la suscripción de concertos), y a las compañías de seguro privado de asistencia sanitaria. Como en cualquier otro mercado, en el mercado sanitario están prohibidos los contratos que especifican precios y formas de comportamiento, así como las prácticas y las decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tienen por objeto impedir el juego de la libre competencia. El equilibrio en los mercados competitivos determina los precios y las cantidades en los puntos en que se cruzan la oferta y la demanda.

Al igual que el mercado de servicios de salud en general, el mercado de servicios de salud oral adolece de una serie de imperfecciones y particularidades, derivadas en su mayoría de la incertidumbre, la falta de información, y la información asimétrica existente entre vendedores, dentistas, y compradores, pacientes. Consideradas en su conjunto, todas estas imperfecciones y particularidades del mercado dental determinan las posibilidades de competencia y búsqueda de eficiencia en el sector (Ortún y Pinilla, 2005).

Incertidumbre: Sobre cuándo se caerá enfermo, el diagnóstico y la capacidad de recuperación del individuo. Frente a la incertidumbre la respuesta sería el aseguramiento público o privado, sin embargo en muchos tratamientos dentales, de acuerdo con las particularidades de la enfermedad oral, la incertidumbre se convierte en certeza, contraviniéndose desde el punto de vista actuarial los principios de riesgo asegurable.

Información escasa: Los individuos desconocen las condiciones del mercado. Por el lado de la demanda encontramos la presencia de elevados costes de búsqueda de dentista, así como de transacción para cambiar de uno a otro. Situaciones que afectan al comportamiento de los individuos en el mercado de servicios de salud oral. La mayoría de los tratamientos dentales son considerados como bienes de experiencia, estos bienes se caracterizan por el desconocimiento de su calidad hasta que son adquiridos. Por tanto, uno de los aspectos principales del consumo de servicios de salud oral es la información. Las dificultades a la hora de acceder a esa información hacen que el consumidor no tenga las competencias necesarias para elegir entre su dentista y cualquier otro.

Asimetría de información: Los pacientes no tienen conocimientos suficientes para saber si necesitan o no un tratamiento. Por el lado de la oferta, la presencia de asimetría de información puede llevar a situaciones de inducción de demanda innecesaria (Grytten, 1992), particularmente en el caso de pago por prestaciones o acto médico, impidiendo al mercado alcanzar una solución eficiente. En términos de demanda de salud, es el dentista quien determina la frecuencia de utilización, una vez que el paciente ha realizado su primer contacto.

Estrategias anticompetitivas en el mercado de servicios de salud oral

Las particularidades e imperfecciones anteriores, inherentes a la provisión de servicios de salud oral, siembran dudas sobre la eficiencia de las asignaciones realizadas por el propio mecanismo de mercado. Sin embargo, el hecho de que el mercado tenga dificultades para asignar adecuadamente todos los recursos sanitarios no significa que la competencia no deba existir. Greenberg (1991) asegura que a pesar de estas imperfecciones, la competencia puede funcionar en el sector sanitario, aunque sus posibilidades de éxito dependerán de la existencia en el mercado de una serie de condiciones previas.

1. Reducción de los costes de transacción.
2. Un cierto grado de homogeneidad en los productos que posibilite la competencia en precios.
3. Ausencia de estrategias y acuerdos anticompetitivos o colusorios en el sector.

En el mercado de servicios de salud oral la reducción de los costes de transacción resulta muy complicada. Existen grandes dificultades para abandonar a nuestro dentista habitual. Los fuertes costes de transacción están relacionados tanto con aspectos administrativos (transferencia de nuestra información al nuevo dentista), como con cuestiones psicológicas (esfuerzo que supone finalizar una larga relación con nuestro dentista). De igual forma en la práctica odontológica resulta inviable la homogeneización de los tratamientos, cada paciente es muy diferente, y por consiguiente, los tratamientos han de ser individuales. Por tanto, si queremos velar por que se mantenga la competencia en el mercado de servicios de salud oral sólo nos queda actuar sobre la tercera de las condiciones, evitando las estrategias o actuaciones anticompetitivas en el sector.

Las estrategias y acuerdos anticompetitivos en general tienen una dimensión temporal y conllevan una fase agresiva seguida de un período de recuperación. Durante la fase inicial, la empresa agresora adopta estrategias destinadas a reducir la rentabilidad del competidor (actual o potencial). Por ejemplo, puede bajar el precio (fijación de precios predatorios) u ofrecer descuentos (discriminación de precios) dirigidos a un público concreto, con el fin de reducir la demanda del rival y provocarle pérdidas (Milgrom y Roberts, 1982). El efecto a corto plazo de estas estrategias sobre los consumidores es aparentemente positivo, ya que la demanda y los beneficios de los rivales sólo pueden reducirse si se ofrecen unas condiciones más atractivas a los clientes. Aparentemente positivos debido a que la existencia de asimetría de información entre consumidor y proveedor de servicios sanitarios animaría a estos últimos a inducir demanda de sus servicios con el objeto de mantener sus ingresos (Grytten, Holst y Laake, 1990), lo que repercutiría en el bienestar final

de los consumidores. Los efectos a largo plazo de la conducta excluyente sí van en claro sentido contrario a los intereses de los consumidores. Una vez que se ha disuadido a las potenciales empresas entrantes para que no accedan al mercado, la empresa agresora puede aprovecharse de su mayor poder de mercado y recuperar las pérdidas iniciales, empeorando al mismo tiempo las condiciones de los consumidores.

La rentabilidad global de la estrategia de exclusión depende de la capacidad para deshacerse de los competidores e impedir otras entradas al mercado. Y esto es algo difícil de evaluar para la autoridad de defensa de la competencia. Los casos de abuso de posición dominante pueden abrirse en diferentes etapas de la estrategia abusiva, las pruebas recogidas pueden referirse sólo a las fases iniciales del proceso. En estos casos, el competidor, a pesar de sufrir pérdidas y unas condiciones financieras más difíciles, es posible que aún permanezca en el mercado y que la empresa establecida no haya empezado todavía a recuperar sus pérdidas iniciales. Si nos fijamos en la bibliografía relevante (Grytten y Sorensen, 2000; House, 2005), resulta interesante para nuestro trabajo centrarse en dos principales estrategias anti-competitivas, que podemos etiquetar como la predación financiera y la exclusión en mercados relacionados verticalmente.

- La predación financiera puede lograrse a través de distintas prácticas que crean unas condiciones de partida negativas para los resultados del competidor. La teoría de la predación financiera proporciona un marco claro para el análisis anticompetitivo.
- El segundo tipo de estrategia consiste en la exclusión de varios competidores del mercado que está relacionado verticalmente con el que la empresa dominante está establecida.

Tanto la predación financiera como la exclusión dentro del mismo mercado siguen un patrón común: un sacrificio a corto plazo de los beneficios y una recuperación a largo plazo de las pérdidas. En cada caso, la exclusión puede lograrse a través de un conjunto amplio de herramientas y prácticas estratégicas, que, sin embargo, también pueden formar parte de la competencia normal. Por tanto, con el fin de distinguir una conducta abusiva de otra competitiva, tenemos que identificar cuidadosamente el perjuicio para la competencia y las restricciones de los hechos que necesitan demostrarse para corroborarlas.

1.3. COYUNTURA ECONÓMICA GENERAL DE LOS MERCADOS DE SERVICIOS DE SALUD ORAL

El sector de los servicios de salud oral se ha caracterizado en los últimos años por un crecimiento, en términos reales, mayor que el crecimiento general de la

economía en su conjunto. Este crecimiento está ocurriendo a pesar del importante declinar de alguna de las enfermedades orales más prevalentes, como la caries entre los niños y los adolescentes a lo largo de los últimos 25 años (Pinilla y González, 2009). Las expectativas que los pacientes ponen en los actuales tratamientos dentales también han cambiado. La extracción de dientes como método de eliminación del dolor ya no se considera la única opción. Hoy en día los pacientes demandan tratamientos alternativos que les permitan salvar sus dientes. Además de resultar mucho más caros, muchos de estos tratamientos requieren un mantenimiento del diente tratado, lo que en ocasiones deriva en una condición crónica, Batchelor (2005)².

El gasto en cuidados de salud oral se sitúa en tercer o cuarto lugar en relación al gasto sanitario global. El gasto total medio en servicios de salud oral (públicos y privados) estimado para los principales países europeos en el año 2006 rondaba los 9.000 millones de euros, unos 148 euros por habitante. Este gasto es eminentemente privado. En la mayoría de los países europeos, y en especial en España, el peso estimado de la financiación pública en el conjunto de los gastos en salud oral es muy reducido. La tabla 1.1. recoge las estimaciones de la OCDE relativas al porcentaje de gasto privado en salud general y salud oral. El sector privado ejerce un papel dominante en la manera de pagar los servicios de salud oral en Europa. Debido a las características particulares de la enfermedad oral, existe una clara diferenciación entre la forma de financiar y proveer los servicios de salud oral en comparación con los servicios médicos o quirúrgicos en general.

Tabla 1.1. Porcentaje del gasto privado en salud general y salud oral

Países	% gasto sanitario general en el sector privado (2006)	% gasto en salud oral en el sector privado (2006)
España	21,3	97
Francia	20,2	95
Portugal	27,3	90
Alemania	23,1	–
Grecia	57,2	96
Italia	23,4	95
Suecia	15,4	–
Reino Unido	12,9	50

Fuente: OECD Health data 2008.

² Rose (1992) dice el paciente más barato es el paciente muerto, en odontología es el desdentado, por eso la prevención no reduce gasto sanitario, lo aumenta.

Algunos de los factores que se relacionan con el crecimiento en el gasto en servicios de salud oral son (Cuenca, 2008):

- El incremento de la población mayor con dientes naturales, las nuevas cohortes de mayor edad conservan mayor número de dientes naturales.
- Un mayor interés por la odontología estética, lo cual está animando el marketing en tratamientos de cosmética muchas veces de importancia cuestionable en términos de mejora de salud.
- Mayor preocupación hacia el tratamiento de las enfermedades periodontales y de las maloclusiones.

Por ejemplo, sólo en España la industria de tecnología sanitaria dental facturó en 2006 más de 300 millones de euros, un 66% más que en 2002. Las nuevas tecnologías, cuyo exponente más actual son los implantes dentales están muy presentes en la práctica de la odontología. El mercado de implantes dentales ha tenido un crecimiento espectacular en los últimos años. El mercado europeo de implantes dentales compuesto por Alemania, Italia, España, Suecia, Suiza y el Reino Unido, facturó más de mil millones de dólares en 2006. Europa es considerada el primer mercado del mundo, muy por encima de los Estados Unidos. Esta es una tendencia creciente, liderada por la industria dental alemana y con un gran peso en España e Italia, con una población que da cada vez más importancia a la estética (Fenin Dental, Memoria 2006).

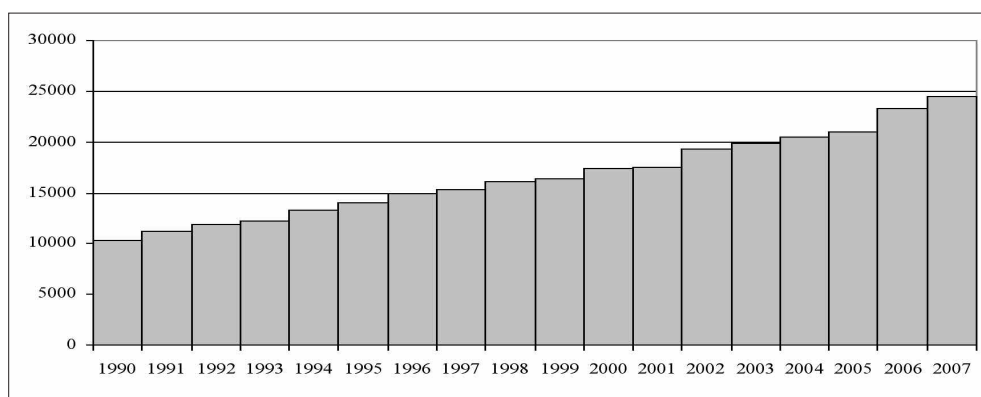
Sin embargo, de acuerdo con el Manual of Dental Practice (2008) el crecimiento del gasto en servicios de salud oral no se ha traducido en un aumento de las remuneraciones de los dentistas. La explicación para esta diferencia entre gasto total en servicios de salud oral e ingreso medio por dentista, está principalmente relacionada con el incremento del número de profesionales, dentistas, que ejercen en el sector. En muchos países, el elevado número de dentistas supera las posibilidades de consumo de la población, provocando un excedente de oferta e impidiendo al mercado funcionar correctamente. Incluso en algunos países: Alemania, Finlandia, Grecia o Italia, los dentistas recién titulados está pasando a engrosar las listas del paro (Kravitz y Treasure, 2008).

1.4. EL MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD ORAL EN ESPAÑA

El aumento descontrolado del número de dentistas no ha sido una excepción en España. Entre 1990 y 2007 el número de dentistas colegiados en nuestro país se ha incrementado más de un 136%, hasta alcanzar los cerca de 24.515 que hay en la actualidad (figura 1.2). Durante este mismo periodo la población aumentó un 14%.

De acuerdo con estas cifras la ratio habitantes/dentista en 2007 queda en 1.814. El incremento en la oferta de servicios de salud oral ha ido acompañado de una fuerte contención en los precios. Podemos observar como, la variación de la subclase «Servicios Dentales» del Índice de Precios al Consumo (IPC), se ha estancado en un 3,2% de media anual a partir de 2006, crecimiento menor que el producido en el resto de Servicios Médicos y Paramédicos no Hospitalarios (tabla 1.2.).

Figura 1.1.
Evolución del número de odontólogos y estomatólogos colegiados
en España: período 1990-2007



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Serie de profesionales sanitarios colegiados.

Nos encontramos ante un mercado con un importante exceso de oferta, 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 y mutuas les ha resultado relativamente fácil incurrir en el sector, proponiendo peculiares sistemas de seguros privados, apoyados en la necesidad de pacientes que tienen muchos dentistas. La aparición de grandes cadenas de franquicias³ acentuaron aún más los problemas de subsistencia en el mercado de servicios de salud oral (Pinilla y Stoyanova, 2008).

³ La fragilidad y escasa regulación del mercado dental ampararon durante la entrada masiva de grandes cadenas de franquicias al mercado de servicios dentales. Este tipo de negocios atraía principalmente la inversión de emprendedores ajenos a la odontología. Sin embargo, las dificultades de aplicar este modelo organizativo a la práctica de cuidados dentales han hecho que muchas clínicas franquiciadas empiecen a padecer problemas económicos. Además la reciente entrada en vigor de la Ley 2/2007 de sociedades profesionales impide explícitamente que estos consultorios no sean propiedad de dentistas, quedando supeditado el avance de estas cadenas sólo a la inversión de profesionales del sector.

**Tabla 1.2. Índice de Precios al Consumo nacional (IPC)
para distintas subclases de consumos. Base 2006**

	Servicios Médicos y paramédicos no Hosp.		Servicios Dentales	
	Media anual	Variación de la media anual	Media anual	Variación de la media anual
2003	89,9	3,9	91,9	2,8
2004	92,8	3,2	94,1	2,4
2005	96,2	3,7	96,9	3,0
2006	100	3,9	100	3,2
2007	104,0	4,0	103,2	3,2
2008	109,1	4,9	106,5	3,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Series del IPC, medias anuales.

2. PARTICULARIDADES DE LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL Y SUS IMPLICACIONES SOBRE SU ASEGURABILIDAD Y FINANCIACIÓN

2.1. PARTICULARIDADES DE LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL DENTRO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN GENERAL

El cuidado oral difiere de otros servicios sanitarios debido a las particularidades de la enfermedad oral y por tanto de su tratamiento. De acuerdo con Devlin, Parkin y Yule (2002) las prestaciones de salud oral se diferencian del resto de la asistencia médica en:

1. La enfermedad oral se concentra en un área sumamente localizada de la anatomía, con dos enfermedades principales (las caries y la enfermedad periodontal), las cuales son muy comunes y pueden ser tratadas mediante una gama pequeña de procedimientos bien establecidos.
2. Aunque, al igual que otras enfermedades en general, la enfermedad oral es incierta, sin embargo, el grado de incertidumbre sobre sus consecuencias es menor, las necesidades futuras de conservación (exámenes, empastes, prótesis) pueden ser predichas con una certeza razonable por parte de los individuos.
3. La enfermedad oral evoluciona de forma continua y acumulativa, los consumidores se convierten en pacientes perpetuos con una necesidad constante de tratamiento.
4. Ni la caries ni la enfermedad periodontal es contagiosa, así que la presencia de un enfermo o el consumo de cuidados orales no imponen efectos externos.
5. Con la excepción del cáncer oral, la enfermedad oral no amenaza la vida,

puede, si progresa, causar un dolor considerable, pero no lleva generalmente a incapacidades permanentes graves.

6. La enfermedad oral raramente supone limitaciones especiales, y es considerada habitualmente como una cuestión de estética más que de salud, de ahí la tendencia a ubicarla en el grupo de problemas relacionados con la apariencia personal, como la obesidad y la calvicie.
7. Aunque en esencia la atención oral resulta un servicio intangible, en ocasiones puede incorporar diferentes combinaciones de productos y servicios dependiendo de las necesidades del demandante y del proveedor directo del servicio.

Las anteriores características de la enfermedad oral marcan las posibilidades de prestación de este tipo de servicios sanitarios, condicionando las formas de provisión y financiación de los mismos.

2.2. DIFICULTADES PARA EL ASEGURAMIENTO PÚBLICO

En lo que respecta a los sistemas sanitarios públicos, la mayoría de ellos restringen el acceso de los pacientes a los cuidados orales, obligando a costear parte del servicio o excluyendo de la cobertura pública la práctica totalidad de los tratamientos. Mientras que los servicios sanitarios de carácter general están ampliamente subsidiados, principalmente en los países de la Unión Europea, el pago por servicio es frecuente en odontología, incluso en aquellos sistemas sanitarios donde la mayoría de servicios de salud son gratuitos. Generalmente las prestaciones de salud oral públicas se limitan a la población infantil y adolescente. En algunos países la población más desfavorecida se beneficia de copagos o reembolsos más o menos cuantiosos, según la edad, la situación de empleo/renta del paciente o el coste/complejidad del tratamiento.

Holst, Sheiham y Petersen (2002) analizan las tendencias actuales en los países europeos respecto a la financiación y provisión pública de los servicios de salud oral. Enfrentaron la financiación pública, a través de impuestos o de la seguridad social, frente a la financiación privada, ya sea por pago directo o mediante seguros privados. La provisión del servicio podía realizarse directamente por dentistas del sistema nacional público o mediante conciertos con dentistas independientes. Los autores advierten que la mayoría de los sistemas sanitarios está tendiendo a limitar la provisión pública, financiando sólo el cuidado oral en niños, excluyendo a los adultos de la cobertura pública o acordando con los dentistas privados la provisión de determinados tratamientos mediante conciertos con la administración.

Las autoridades sanitarias se están viendo incapaces de resolver el problema de la escasez de recursos en el sistema sanitario, y están optando por limitarse a garantizar el cuidado oral sólo a grupos prioritarios o más desfavorecidos. Las expectativas que los pacientes ponen en los tratamientos han cambiado. La extracción de dientes como método de eliminación del dolor ya no se considera adecuada. Hoy en día los pacientes prefieren tratamientos alternativos que les permitan salvar sus dientes, estos tratamientos resultan mucho más caros. Se ha estimado que al menos tres cuartos del gasto en servicios de salud oral públicos del Sistema Nacional de Salud Británico puede atribuirse a tratamientos de sustitución o mantenimiento de algún diente tratado previamente (Foulsham, 2000). En definitiva y como resumen, los sistemas sanitarios públicos con cobertura dental están optando por una estrategia de contención del gasto, con una cada vez mayor participación del consumidor en el pago de los servicios de salud oral.

2.3. DIFICULTADES PARA EL ASEGURAMIENTO PRIVADO

De acuerdo con los datos anteriores, cabría esperar que la escasa cobertura pública a la salud oral potenciara el mercado privado de seguros dentales. Sin embargo, sorprende que en nuestro entorno europeo la oferta de seguros dentales sea muy reducida (Mossialos y Thompson, 2002). Sólo existe cobertura privada bajo la modalidad de reembolso y para un número limitado de tratamientos en: Austria, Bélgica, Alemania, Luxemburgo, Holanda y Reino Unido, mientras que en España e Italia el producto “seguro dental” se transforma claramente en un plan de descuento. El porqué de la escasa oferta de productos de aseguramiento en el sector dental tiene su explicación en la dificultad de considerar éstos como riesgos asegurables.

En 1964, en el congreso anual de la Casualty Actuarial Society en Estados Unidos, se plantea por primera vez la duda sobre si resulta factible o no la asegurabilidad en la cobertura de servicios de salud oral (Durkin, 1964). En particular los ponentes se preguntan cuáles son las características especiales y los problemas que pueden producirse con este tipo de producto sanitario. La primera dificultad que encontraron los expertos, fue la definición del riesgo en los tratamientos de salud oral. Los tratamientos de salud oral contravienen casi todos los principios del riesgo asegurable.

1. Infrecuencia: la mayoría de las personas necesita algún tratamiento de salud oral, siendo esta necesidad muy frecuente en muchos casos.
2. Definibles de forma precisa: en odontología, la evidencia y efectividad está bastante por debajo de la que se da en muchas áreas de la medicina, por lo que de

acuerdo con el criterio del dentista la necesidad de tratamiento y el propio tratamiento pueden ser muy diferentes.

3. De magnitud suficiente como para que constituya una pérdida o un coste importante: el coste rara vez es muy elevado (salvo en tratamientos puntuales como ortodoncia e implantes) comparado, por ejemplo, con los costes de hospitalización.

4. De naturaleza indeseable: en ocasiones el tratamiento de salud oral es deseable, por ejemplo, por razones de estética.

Debido a estas características las compañías de seguros se muestran reticentes a ofertar sus productos de seguro dental en las mismas condiciones que el resto de seguros sanitarios. Existe una diferencia fundamental entre los seguros dentales y otros seguros. En los seguros sanitarios, los asegurados pagan una cantidad relativamente pequeña en comparación con el riesgo cubierto, porque se espera que sólo unos pocos utilicen el servicio. Este sistema no funciona en los seguros dentales, la mayoría de los asegurados hará un uso regular de los servicios, por tanto, el riesgo de demandar servicios del profesional aumentan considerablemente.

3. SEGUROS DE SALUD⁴ FRENTE A PLANES DE DESCUENTO

“Los planes de descuento médicos no son seguros de salud”. Con esta rotunda afirmación la Comisión Federal de Comercio en los Estados Unidos (Federal Trade Comisión, FTC), institución gubernamental que vela a favor de los consumidores frente a prácticas comerciales fraudulentas o engañosas, advierte a los consumidores de planes y seguros de salud para que sepan lo que están comprando. La FTC advierte en sus circulares:

“Los planes de descuentos médicos pueden ser útiles para algunos consumidores que están tratando de encontrar una manera de ahorrar dinero en los gastos del cuidado de su salud. Pero este tipo de plan no es igual a un seguro de salud. Los planes de descuento médico no pagan los costes del cuidado de su salud; en cambio, requieren que usted pague un prima para tener acceso a una lista de prestadores médicos que desean ofrecer descuentos a los miembros del plan”.

A las anteriores advertencias se suman otras instituciones gubernamentales y profesionales americanas. Por ejemplo la agencia de administración de seguros del estado de Maryland (Maryland Insurance Administration) en su guía para el consumidor de seguros médicos destaca:

“Si bien los planes de descuento pueden llegar a tener una estructura similar a la de un seguro, no son seguros y por tanto no están regulados por la administración de seguros”.

Hasta el momento, las administraciones europeas no se han visto obligadas a realizar aclaraciones o notas informativas sobre las diferencias entre planes de des-

⁴ El seguro privado de salud se compone de dos grandes modalidades: por un lado el seguro de prestación de servicios que procura una asistencia sanitaria a sus clientes; y por otro, el seguro de enfermedad, que se centra en la indemnización del asegurado en caso de enfermedad, con el objeto de poder equilibrar las consecuencias económicas, pérdida de ingresos por ejemplo, provocadas por dicha enfermedad. En nuestra comparación, sólo nos referiremos al seguro de prestación de servicios sanitarios. Cuando hablamos de seguros de salud hablamos por tanto de seguros de atención sanitaria.

cuento y seguros de salud. Esto es debido principalmente a que en la mayoría de estos países no se comercializan explícitamente planes de descuento en el sector salud.

3.1. DEFINICIÓN DE SEGURO SALUD DENTRO DEL MODELO GENERAL DE CONTRATO DE SEGURO

Se entiende por contrato de seguro como aquel bajo el cual una de las partes, el asegurador, acepta un significativo riesgo de seguro del tomador, y resto de asegurados, comprometiéndose a compensarle si aconteciera un determinado evento de futuro incierto. Los dos elementos esenciales para la calificación de un contrato como de seguro son: dar cobertura a un *riesgo* de seguro y por tanto, soportar un *riesgo* significativo. En términos generales, los seguros de atención sanitaria son definidos como aquellos en cuya virtud las compañías aseguradoras garantizan a los asegurados la prestación de los servicios de salud que éstos requieran, por lo que se conceptualizan como seguros de prestación de servicios. En la mayoría de los contratos de seguros de salud en general son de aplicación las siguientes definiciones:

- *Tomador del seguro*: La persona física o jurídica (en el caso de seguros colectivos de empresas) que suscribe el contrato con el asegurador.
- *Póliza*: Documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la póliza las condiciones generales y especiales que individualizan el riesgo.
- *Asegurador*: Empresa aseguradora que asume el riesgo contractualmente pactado y que garantiza el pago de las indemnizaciones que correspondan con arreglo a las condiciones de la póliza.
- *Asegurado*: Cada una de las personas, aceptadas por el asegurador, que satisface las condiciones de inclusión en el seguro y figura en la relación de personas incluidas en el seguro por el tomador.
- *Riesgo*: Elemento de azar del contrato. Incertidumbre al respecto de que el asegurado pueda experimentar alteraciones en su salud no causadas por un accidente, diagnosticadas por un médico, que haga precisa la prestación de asistencia sanitaria y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la Póliza.
- *Prima*: Es el precio del seguro, que establece la compañía obtenido sobre la base de cálculos actuariales y estadísticos teniendo en cuenta la frecuencia y severidad en la ocurrencia de eventos similares y la historia misma de eventos ocurridos al cliente.

- *Franquicia*: Importe de los gastos que corre a cargo del propio tomador del seguro y que no son objeto de reembolso por el asegurador.
- *Período de Carencia*: Período de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto o alta del asegurado en el seguro, durante el cual no están en vigor las garantías de la póliza.
- *Cuestionario de salud*: Documento en el que se integran todos los datos que deban ser conocidos por el asegurador para la evaluación del riesgo y que el tomador del seguro y los asegurados han de cumplimentar de forma completa y exacta con carácter previo a la inclusión al seguro.
- *Enfermedad o lesión preexistente*: Cualquier afección o síntoma que se haya manifestado antes del alta en el seguro.

En los seguros de salud, los asegurados buscan reducir el riesgo de experimentar grandes pérdidas asociadas a la ocurrencia de una determinada enfermedad. Por su parte, las empresas aseguradoras obtienen beneficios de acuerdo a las primas que ingresan menos el coste de cubrir los servicios sanitarios contemplados en las pólizas suscritas. Como cualquier agente económico, las compañías aseguradoras están interesadas en maximizar sus ganancias lo que pasa por un cálculo exhaustivo de los riesgos. De acuerdo a los distintos niveles de riesgo que asume la compañía frente al asegurado, se ofertan diferentes coberturas y se calculan las primas, intentando diluir el riesgo entre los tomadores del seguro.

3.2. DEFINICIÓN DE PLAN DE DESCUENTO

Los planes de descuento médico son contratos que ofertan ahorros en diferentes productos y servicios sanitarios. La mayoría de los planes de descuento resultan individuales y generalmente ofrecen una cobertura anual. Los suscriptores pagan una cuota mensual o anual con la que adquieren el derecho a recibir servicios médicos a un precio inferior al precio general del mercado. Los planes de descuento pueden llegar a tener una estructura similar a la de un seguro, pero no son productos de aseguramiento y por lo tanto no están regulados por las administraciones estatales. Las definiciones a tener en cuenta en un contrato de plan de descuento son las siguientes:

- *Tomador del plan de descuento*: La persona generalmente física que suscribe el contrato.
- *Contrato de descuento*: documento que contiene las condiciones reguladoras del plan, en el que figura un catálogo de precios reducidos o descuentos para cada uno de los tratamientos incluidos en el plan.

- *Descuento*: Porcentaje de ahorro sobre el precio de mercado de los servicios de salud al que tienen derecho los tomadores del plan.
- *Gestor del plan*: Empresa intermediaria entre los suscriptores del plan y los proveedores de servicios sanitarios. Se encarga de la gestión administrativa de los contratos de descuento y de conformar un cuadro amplio de profesionales sanitarios que están dispuestos a realizar los descuentos a los tomadores del plan.
- *Certeza*: Desaparece la incertidumbre. El individuo que suscribe un plan de descuento tiene la certeza de que hará uso del mismo.
- *Cuota*: Es el precio del plan de descuento. Abonar la cuota nos da derecho a disfrutar de los descuentos en los tratamientos que incluye el plan.
- *Cuestionario de salud*: No existe. Los planes de descuento no tienen en consideración el estado de salud previo del tomador del plan.
- *Enfermedad o lesión preexistente*: No existe. Las afecciones o síntomas preexistentes no son tenidos en consideración a la hora de contratar el plan.

Las entidades que ofertan planes de descuento no cubren el riesgo de la necesidad de servicios sanitarios, éste es soportado en su totalidad por el tomador del plan, sólo actúan de intermediarios entre los suscriptores y los profesionales sanitarios que desean ofrecer estos descuentos. El tomador del plan paga directamente al profesional sanitario el coste, a precios reducidos, del servicio recibido.

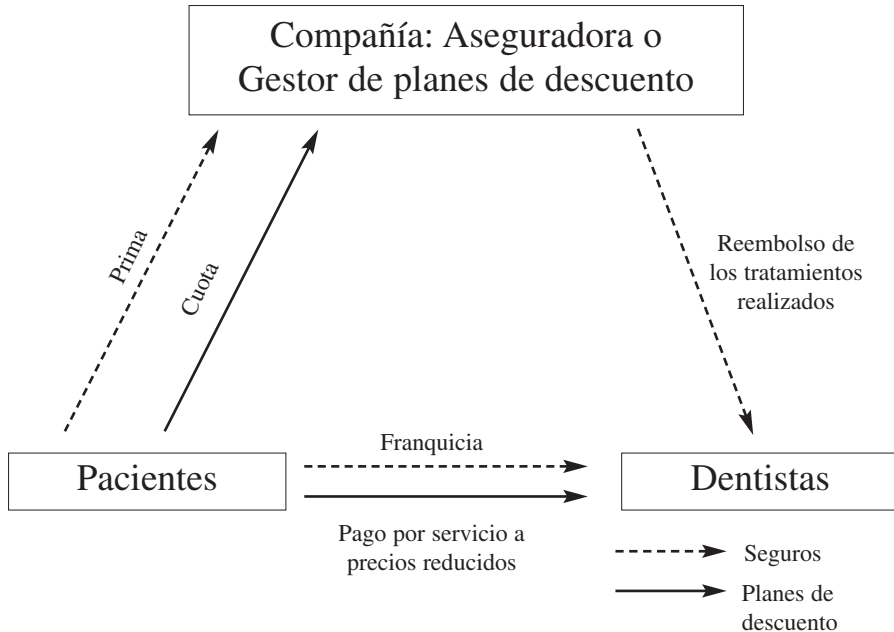
3.3. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE SEGUROS DE SALUD Y PLANES DE DESCUENTO EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ORAL

El cuidado oral, dadas sus características de enfermedad no asegurable, es un claro candidato para formar parte de la oferta de planes de descuento, siendo más frecuente la oferta de este tipo de productos en odontología que en el resto de especialidades médicas. Las asociaciones de profesionales del sector dental americano conocen estas circunstancias por lo que han actuado también para que llegue la información correcta a los consumidores. Por ejemplo, la Asociación de Dentistas del estado de California (California Dental Association, CDA) advierte en sus boletines informativos la diferencia entre plan de descuento y seguro dental.

“Los planes de descuento no son planes de seguro: no proveen servicio de cuidado dental, no tienen un itinerario de beneficios, no le pagan a los proveedores por servicio brindados, y no asumen ninguna responsabilidad por la calidad del cuidado”.

La figura 3.1. muestra las claras diferencias entre seguros de salud y planes de descuento, mediante la representación de un triángulo donde compañía aseguradora/gestor de plan de descuento, dentista y paciente son los vértices, y las distancias entre ellos, los lados, corresponden a las diferencias o desencuentros entre estos dos productos.

Figura 3.1. Diferencias entre seguros y planes de descuento dentales



En la cima del triángulo encontramos a las empresas intermediarias: las compañías aseguradoras en el caso de los seguros, y por otro lado, las empresas gestoras de planes de descuento. Los pacientes realizan un pago anual/mensual por el acceso a los servicios, lado izquierdo del triángulo. Este pago difiere considerablemente ya sea en forma de prima, caso de los seguros, o de cuota, para los planes de descuento. En el sector dental de los Estados Unidos, para una cobertura similar, los precios se sitúan en unos 60 \$ al año de cuota frente a unos 480 \$ de prima⁵. En la base del triángulo se recogen los pagos realizados al dentista por los tomadores del seguro o del plan, a modo de franquicia en los primeros y precios reducidos en los segundos. Dependiendo de si existe o no cantidad deducible (cantidad que es abo-

⁵ En la web podemos encontrar múltiples comparaciones entre planes de descuento y seguros dentales, véase por ejemplo, http://www.thedentalclub.com/individual_dental_insurance.asp

nada directamente como reembolso por la aseguradora al dentista o al asegurado si éste adelanta el gasto) la franquicia resulta siempre inferior al precio reducido (precio de mercado menos descuento), para aquellos tratamientos cubiertos y en las primeras visitas. Finalmente, lado derecho y cerrando el triángulo, aparecen las transacciones económicas entre las empresas y los dentistas. En el caso de los planes de descuento esta transacción es inexistente, la empresa gestora del plan no tiene compromiso económico alguno con el dentista, sólo debe promocionar los descuentos que éste está dispuesto a realizar a los contratantes del plan. En los seguros, los dentistas sí reciben contraprestación económica por su trabajo, a modo de reembolso (pago por los deducibles) y de acuerdo a unos baremos acordados previamente con la compañía.

Otras diferencias no recogidas en la figura 3.1. están relacionadas con: el período de carencia, cuestionario/examen de salud previo, y las enfermedades o lesiones existentes antes de la suscripción del contrato. En el caso de los planes de descuento ninguna de estas cuestiones es tenida en cuenta. No ocurre lo mismo con los seguros, que imponen un mínimo de 6 meses de periodo de carencia, además de dejar fuera del contrato o solicitar primas muy elevadas a personas con problemas dentales preexistentes.

Los seguros dentales generalmente cubren sólo el coste total de los servicios preventivos (limpiezas y exámenes orales principalmente). El resto de los tratamientos son excluidos del contrato o se delimita su acceso mediante unos gastos anuales máximos (deducibles) que son cubiertos por la aseguradora. En los planes de descuento la compañía gestora del plan no reembolsa ninguna cantidad al tomador del plan, por ello el nivel de cobertura es mucho mayor, incluyendo incluso tratamientos costosos como ortodoncia e implantes.

4. PLANES DE DESCUENTO EN EL MERCADO ESPAÑOL DE SEGUROS DENTALES

4.1. MODALIDADES DEL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA

El sistema sanitario español se configura de tal forma que el sector público provee mayoritariamente los servicios sanitarios convirtiéndose en un sistema de cobertura universal y obligatoria para todos los ciudadanos. La normativa vigente permite la existencia de formas paralelas de cobertura de riesgos a través de las entidades de seguros privados. En 2007 más de 7 millones de españoles disponían de doble cobertura pública y privada (quedan excluidos de esta cifra los funcionarios públicos que optan por la asistencia privada en detrimento de la seguridad social).

Son múltiples las razones que llevan a las personas a contratar seguros privados de prestación de servicios de salud. En general, acceso directo al especialista elegido libremente, rapidez en las pruebas diagnósticas y menores listas de espera. Los seguros de prestación de servicios proporcionan cuidados sanitarios privados a sus clientes, sin que en principio el asegurado tenga derecho a percibir ninguna suma dineraria⁶.

En España se comercializan tres modalidades de seguros de prestación de servicios:

- Los seguros de salud general, tanto individual, familiar o de grandes colectivos (empresas).
- Los seguros de reembolso de gastos médicos.
- Los seguros dentales (también individual, familiar y colectivos).

⁶ Este sería el caso de los seguros de subsidio o enfermedad, en donde se indemniza al asegurado con el objeto de poder equilibrar las pérdidas económicas asociadas a la ocurrencia de una determinada enfermedad.

Seguros de salud general

Los asegurados reciben atención sanitaria a través de médicos y hospitales propios de la compañía o concertados por ésta. La entidad aseguradora presta los servicios requeridos por sus asegurados y abona los cuidados realizados a médicos y hospitales. Las garantías prestadas de forma genérica por estas pólizas con cobertura total de las prestaciones son:

- Medicina general en domicilio y consulta, pediatría y puericultura.
- Análisis clínicos y exploraciones radiológicas.
- Enfermería y asistencia domiciliaria.
- Urgencias.
- Partos.
- Asistencia especializada (podología, alergología).
- Asistencia hospitalaria, cirugía general, maxilofacial, obstetricia, aparato respiratorio y circulatorio, UCI y psiquiatría.

Estos seguros suelen excluir de su cobertura algunas situaciones y tratamientos concretos como son: la hospitalización por enfermedades transmisibles (VIH), el tratamiento por drogadicción o alcoholismo, los accidentes laborales y enfermedades profesionales, autolesiones e intentos de suicidio, planificación familiar, hemodiálisis e intervenciones de cirugía estética, y por supuesto los tratamientos odontológicos salvo, en algunos casos, cuidados preventivos y chequeos en menores. Además es frecuente que las compañías aseguradoras no admitan como asegurados a individuos con enfermedades preexistentes⁷ o mayores de 60-65 años, o en caso de admitirlos incrementen considerablemente el coste de la póliza. Suele ser frecuente, que para acceder a determinados servicios medico-sanitarios la compañía exija un período mínimo de carencia, dependiendo de cada compañía este período oscila entre los 6 meses y un año. La duración de este tipo de contratos es anual, sólo al llegar el vencimiento de la póliza tanto el asegurado como la compañía aseguradora pueden decidir la no renovación. El importe de las primas se suele revisar todos los años.

⁷ Los individuos que quieren asegurarse deben rellenar un detallado cuestionario que evalúa su estado de salud. En función de sus respuestas, la entidad aseguradora puede pedirles también que se sometan a un reconocimiento médico y, a partir de los resultados, decidir si acepta o no al asegurado.

Seguros de reembolso

En esta modalidad, la compañía de seguros se compromete a reintegrar al asegurado la totalidad o parte del coste de los servicios médicos y hospitalarios que éste haya necesitado. El asegurado puede acudir a un médico u hospital de su propia elección, o al aconsejado por la aseguradora. La entidad aseguradora correrá con los gastos fijándose un baremo de deducibles a partir del cual el asegurado deberá abonar un porcentaje en relación al coste del tratamiento. Al igual que en la modalidad de seguros de salud general, antes de la contratación del seguro de reembolso se tienen en cuenta las condiciones de salud del asegurado, se excluyen una serie de riesgos, y se incorporan periodos de carencia.

Seguros dentales

La mayoría de las entidades aseguradoras ofrecen cobertura dental, bien como complemento a una póliza sanitaria general o como seguro independiente. El funcionamiento de los seguros dentales es similar en casi todas las compañías. De acuerdo con las definiciones utilizadas en las pólizas, el asegurado paga una prima mensual y una franquicia por cada servicio que recibe del dentista. La prima media mensual de un seguro dental independiente oscila entre los 5,25 y los 10,81 €, realizándose importantes rebajas en la prima, alrededor del 30-40%, si el seguro dental se contrata como complemento a un seguro médico general (incluso se “regala” como ocurre con algunas compañías en niños menores de 7-8 años)⁸.

A priori contratar un seguro dental podría resultar una opción interesante ya que este tipo de cuidados no están cubiertos por el sistema público. Sin embargo, cuando se estudian con detenimiento las condiciones del contrato surgen toda una serie de “peculiaridades” que hacen de estos seguros un producto de dudosa legalidad dentro del marco normativo de los seguros sanitarios.

Lo primero que sorprende al tomador del seguro dental es la diferencia del coste de la prima con la de los seguros de salud general. Los seguros dentales se ofertan por una prima media anual de unos 60 € frente a los 660 € de media en los seguros de salud. En segundo lugar, el tomador del seguro advierte que sólo tiene derecho a recibir atención gratuita en menos de un 10% de los más de 200 trata-

⁸ Las primas, nivel de cobertura y franquicias de los seguros dentales comercializados en España resultan fácilmente consultables a través de las web de cada una de las compañías. Además están también disponibles en la red múltiples estudios comparativos realizados por diferentes asociaciones de consumidores. El anexo I contiene una tabla resumen con las condiciones de los seguros dentales ofertados por ocho grandes compañías aseguradoras.

mientos contemplados en la “cobertura” de la póliza. Coincidiendo principalmente estos tratamientos con los cuidados de higiene, revisiones, chequeos y exploraciones. Los seguros dentales en España sólo cubren de forma gratuita: las limpiezas dentales, las revisiones, las consultas al profesional, radiografías, educación, enseñanza de técnica de cepillado, aplicación tópica de flúor, extracción de diente temporal y sellado en niños, y extracciones dentales simples en adultos. Qué ocurre con el 90% de los tratamientos restantes: prótesis, ortodoncia, implantología, periodoncia, etc. Pues que el tomador del seguro debe pagarlos de su propio bolsillo. Eso sí a un precio que se publicita como un 40-60% inferior a las tarifas del mercado.

Las “peculiaridades” anteriores claramente hacen notar que este producto no puede ser considerado como un seguro. El individuo que contrata un seguro dental en España está comprando claramente un plan de descuento. La compañía aseguradora sólo actúa de intermediaria, no realiza acción aseguradora alguna. No podemos admitir que cubrir el riesgo de necesidad de diagnóstico, prevención o pequeñas cirugías sea una operación de seguro, cuando en el 90% de la cobertura es el paciente es el que paga y por tanto el que soporta el riesgo.

Si además analizamos la relación contractual entre entidad aseguradora y proveedores, dentistas, la evidencia de que el seguro dental en España es un plan de descuento queda claramente contrastada. Los dentistas no reciben pago alguno por parte de las entidades aseguradoras. Sólo algunas compañías, las más importantes, compensan al dentista parte de los tratamientos que se ofertan a los asegurados de forma gratuita (en general pagan un media de 16 € por limpieza y 18 € por extracción simple). En el 90% de los tratamientos “franquiciados” es el dentista el que asume en su totalidad el descuento sobre los precios de mercado. En los contratos con los dentistas las compañías aseguradoras exigen también la exoneración de toda responsabilidad derivada de las actuaciones del profesional.

Por último, los seguros dentales españoles a diferencia de los seguros de salud de índole general no establecen diferencias en la aplicación de sus primas (sólo a nivel geográfico como estrategia de mercado), no penalizan con primas más elevadas a los asegurados de mayor riesgo, no tienen periodo de carencia, no existe examen médico inicial ni exclusión por patologías preexistentes.

El seguro dental en España es claramente un plan de descuento, la pequeña prima abonada es la cuota del plan, las franquicias son los descuentos a los que tiene acceso el tomador del plan, y la entidad aseguradora actúa como gestor del plan a modo de intermediario entre los dentistas incluidos en el cuadro clínico del plan, y los pacientes. Sin embargo, frente a las anteriores evidencias, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, órgano adscrito al Ministerio de Economía y

Hacienda, cuya función principal es la de controlar el cumplimiento de los requisitos precisos para el acceso y la ampliación de la actividad aseguradora y reaseguradora privada, no reconoce las incompatibilidades del actual seguro dental español dentro del modelo general de contrato de seguro.

Existen incluso sentencias judiciales que cuestionan la validez de algunas pólizas dentales en nuestro país. Con fecha de 7 de junio de 1999 la Audiencia Provincial de Baleares, Sección 3ª (AC 1999, 2276) consideró nulo el seguro dental de la compañía Mapfre-Cajasalud-Imeco, por ser impuesto sin el consentimiento expreso de los asegurados, y por comercializar un producto que carecía de una base técnica actuarial.

“No se ofrece al asegurado una cobertura BUCODENTAL completa, en el marco de un contrato de seguro, entendido éste como asunción de riesgo por parte de la aseguradora demandada, por cuanto las primas recaudadas tienen como único objeto permitir a «Imeco» hacer frente a los gastos que origine la organización de este servicio complementario. Y así, expresamente se reconoce por la aseguradora demandada en la carta dirigida a sus asegurados”.

La sentencia reconoce que el suplemento odontológico comercializado por estas compañías no se correspondía con la naturaleza jurídica del contrato de seguro, tal y como se regula en la Ley 50/80.

4.2. LA NATURALEZA DE LA OPERACIÓN DE ASEGURAMIENTO DENTAL SEGÚN KPMG CONSULTING

En 1999 la consultora KPMG Consulting S.L. elabora un informe titulado “Dictamen sobre la naturaleza de la operación contenida en el denominado seguro dental” cuyos autores son José L. Maestro Martínez y Javier Fernández Plasencia. KPMG es una importante firma de prestación de servicios de auditoría, fiscales, financieros y de asesoramiento legal, con un claro enfoque sectorial. Debido a la antigüedad y confidencialidad del documento, no podemos afirmar que éste fuera encargado por la patronal de empresas del seguro (UNESPA). No obstante suponemos que existe cierta relación debido a otros informes que ha realizado la consultora para UNESPA y principalmente, porque unos de los firmantes del documento (José L. Maestro Martínez) es en la actualidad Presidente de la Comisión de Contabilidad y NIIF de UNESPA.

A continuación esbozaremos las partes más importantes del informe y las contrastaremos con la realidad actual del producto seguro dental que se comercializa en nuestro país.

El riesgo en el seguro dental

Después de una introducción, el apartado 4 presta atención al riesgo en el seguro dental. El informe/dictamen asegura que el riesgo en los seguros dentales está claramente definido,

“... el riesgo asumido consiste en proporcionar la asistencia médica y quirúrgica en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en la especialidad de odontología, incluidos los diferentes servicios para el tratamiento de la correspondiente patología dental, cirugía maxilofacial y hospitalización que para ello sean necesarias.”(pagina 5)

Encontramos la primera e importante diferencia entre el informe y lo que ocurre en la realidad. En ninguno de los seguros dentales que se comercializan de forma independiente, opción mayoritaria, se contempla cobertura alguna para la cirugía maxilofacial ni para la hospitalización. Estos dos servicios se incluyen dentro del seguro de asistencia médica general, bajo la modalidad de prima y reembolso, donde los tratamientos odontológicos quedan excluidos de la cobertura, a menos que el asegurado suscriba el seguro dental como suplemento o producto complementario al seguro de asistencia general. Por tanto, en primer lugar el riesgo contemplado por los actuales seguros dentales independientes, modalidad prima más franquicia, es muy diferente.

En segundo lugar, dentro de lo que es la definición y consideración del riesgo el informe habla de la aleatoriedad del mismo entre los individuos y por tanto de la necesidad de desarrollar,

“... técnicas de tarificación a posteriori que, una vez analizados los factores de riesgos objetivos que influyen en la siniestralidad futura, tratan de medir la subjetividad de cada persona en la utilización de los servicios descritos.”(página 5)

En otras palabras, ofertar tarifas diferentes de acuerdo al riesgo de enfermedad que se deriva de un examen o cuestionario clínico previo, por tanto más elevadas a la población de mayor riesgo y con determinadas patologías. De nuevo encontramos una segunda diferencia entre la teoría del riesgo asegurable recogida en el informe de KPMG y la realidad del producto que se comercializa. Como hemos comentado en el apartado 4.1., los seguros dentales españoles a diferencia de los seguros de salud de índole general no establecen diferencias en la aplicación de sus primas (sólo a nivel geográfico como estrategia de mercado), no penalizan con primas más elevadas a los asegurados de mayor riesgo, no tienen periodo de carencia, no existe examen médico inicial ni exclusión por patologías preexistentes.

Estamos de acuerdo con que pueda existir cierto riesgo en la necesidad de tratamientos dentales pero éste es muy diferente si incluimos todas las patologías. Por

supuesto, la consideración de aleatoriedad de estos riesgos debe animar a las compañías que ofertan productos de seguros a discriminar entre los potenciales tomadores del seguro, circunstancia que extrañamente no se lleva a cabo en los seguros dentales españoles.

Determinación de la prima y franquicias

Independientemente de que la definición de riesgo se ajuste o no a la del producto que se comercializa en el mercado, o que se tenga en consideración o no las probabilidades de este riesgo en cada persona, la principal característica para establecer la viabilidad de un producto de seguro no es sólo que exista el riesgo, sino quién lo asume. Para determinar quiénes lo asumen o cómo se reparte el mismo, debemos analizar las condiciones económicas del seguro, respecto a la aseguradora, paciente y proveedor de servicios, dentista. Esta es el objetivo de los apartados 5 al 8 más el ejemplo del apartado 9 en el informe de KPMG.

Después de una introducción en el marco teórico de la estadística actuarial, el informe justifica el establecimiento de una prima y su cálculo en función de la frecuencia y coste medio de los siniestros. Se hace una diferenciación entre tratamientos que tienen un coste fijo y aquellos con coste variable. Los primeros se relacionan con el cobro de la prima,

“... al ser fijos los costes inherentes a la prestación del servicio, o al poder tratarse como tales (en el caso de que sean variables dentro de un pequeño margen), podrían aquellos financiarse mediante una cuota,” (página 11)

Se entiende por tanto que para el resto de tratamientos, aquellos con un coste variable, la contraprestación económica se realiza mediante el establecimiento de franquicias. Es este concepto, el de franquicia, el que más se aleja de la realidad comercial del producto seguro dental de nuestro país. El texto de KPMG es claro y está de acuerdo con la Ley de Contrato de Seguro,

“El establecimiento franquicias en las operaciones de seguro, con la siguiente repercusión al asegurado del coste del siniestro, puede realizarse con fines diversos, como pueden ser el fomento de la diligencia del asegurado en la prevención de los siniestros o la eliminación para el asegurador de los siniestros de escasa cuantía...” (página 11).

Por consiguiente, la franquicia (importe de los gastos que corre a cargo del propio tomador del seguro y que no son objeto de reembolso por el asegurador), tiene una justificación en términos de reducir el azar moral o utilización desmedida del

seguro. El informe de KPMG en su apartado 9 presenta un ejemplo ilustrativo de tarificación que nos ayuda a comprender el funcionamiento de las franquicias. Para ocho servicios generales de una póliza de seguro dental cualquiera, se atribuyen una frecuencia de utilización y un coste medio estimado lo cual permite calcular la siniestralidad media por asegurado.

Para cubrir los costes probables de cada siniestro, la compañía aseguradora establece su sistema de tarificación de prima más franquicia. Dos ejemplos:

1. Servicios que están cubiertos en su totalidad por el seguro (*actos varios: urgencias, diagnóstico, revisión y preventiva*). Coste del siniestro 1.003 ptas., la franquicia 0 ptas. y por tanto el coste que asume la aseguradora 1.003 ptas., que deberá reembolsar al dentista.
2. Servicios franquiciados (*ortodoncia*). Coste del siniestro 5.266 ptas., franquicia o parte del coste que debe abonar el paciente 4.000 ptas., la diferencia da lugar a un coste truncado de 1.266 ptas., que la aseguradora reembolsará al dentista para que este cubra la totalidad del coste del tratamiento.

Al anterior sistema de tarificación no planteamos objeción alguna. Nuestra objeción o denuncia es que este sistema no tiene nada que ver con la realidad de los contratos de seguro dental en España. Si bien se mantiene la misma denominación, seguros de prima más franquicia, las franquicias no recogen la filosofía del informe ni por tanto de la Ley de Contrato de Seguro. Como hemos visto en apartados anteriores, el dentista en España no recibe contraprestación económica alguna por parte de la compañía aseguradora en los servicios franquiciados. De acuerdo con la terminología del ejercicio de KPMG, el coste truncado de estos tratamientos para la aseguradora es 0 y no debe incorporarlo en el cálculo de la prima. Si añadimos que en los seguros dentales más del 90% de los tratamientos son franquiciados, en España las compañías aseguradoras no están asumiendo riesgo económico alguno de siniestralidad en este tipo de producto.

El informe de KPMG admite que el asegurador puede negociar una rebaja en el coste truncado (el que debe reembolsar al dentista) en los tratamientos franquiciados,

“merced a las negociaciones que se haya podido sostener con el facultativo, consigue ahorrarse una parte de la prestación a su cargo.” (página 15)

Una parte, pero lo que es inadmisibles es que se ahorre el 100%, trasladando la totalidad del riesgo económico al paciente y al dentista. Al no existir riesgo económico que recaiga en la aseguradora, el seguro dental español claramente no es un producto de aseguramiento.

4.3. LAS CIFRAS DEL SEGURO DENTAL EN ESPAÑA

En 2007 los seguros dentales en España facturaron más 83.4 millones de euros en primas. La tabla 4.1. muestra el desglose de las cifras del seguro dental distinguiendo entre modalidad individual y colectiva, y entre pólizas independientes y las de cobertura complementaria a un seguro principal de salud general. Un año más, circunstancia que se viene reproduciendo desde 2001, el crecimiento en el volumen de primas y en el número de asegurados del seguro dental respecto al año anterior, un 16,70% y 20,12% respectivamente, sigue siendo superior al crecimiento en los seguros de salud general, un 12,40% y 7%. La modalidad de seguro dental independiente es la que más se demanda en la actualidad. En 2007 el 64,94% de los asegurados que suscribieron una póliza dental lo hicieron como seguro independiente, frente al 35,06% que lo contrataron como suplemento a la póliza principal.

Tabla 4.1. Volumen de primas y asegurados del seguro dental en España 2007

Modalidades	Volumen de primas		Número de asegurados	
	2007	Crecimiento respecto 2006	2007	Crecimiento respecto 2006
Individuales				
Seguro independiente	44 millones de €	19,02%	531.841	18,58%
Suplemento a póliza principal	25 millones de €	10,44%	486.539	16,60%
Colectivos				
Seguro independiente	15 millones de €	21,96%	371.471	27,56%
Suplemento a póliza principal	94 mil €	-6,26%	1.211	11,72%
Total seguro independiente	58 millones de €	19,71%	903.312	22,12%
Total suplemento a póliza principal	25 millones de €	10,37%	487.750	16,59%
Total seguro dental	83 millones de €	16,70%	1.391.062	20,12%

Fuente: ICEA. El Seguro de Salud, Estadística año 2007.

Los consumidores han entendido perfectamente el funcionamiento de estos planes de descuento encubiertos. La contratación mayoritaria del seguro dental de manera independiente al resto de productos aseguradores, refleja que este producto no está atrayendo a la población adversa al riesgo de padecer enfermedades en general, sino a los individuos con riesgo, más bien necesidad, de tratar sus problemas de salud oral en particular. Los individuos que contratan los actuales seguros dentales en España sólo buscan un ahorro en el precio final de su factura, nunca asegurar un riesgo futuro.

La tabla 4.2. muestra el importe de las prestaciones y el índice de siniestralidad (importe de prestaciones/primas), para diferentes modalidades de seguro de salud general. El seguro dental es en la actualidad el producto más rentable del negocio asegurador. Sólo cuesta a las aseguradoras un 29,76% de lo que recaudan por primas, frente al 77,24% del seguro de acto médico y el 72,81% del pago capitativo.

Los datos anteriores no deben extrañarnos. Recordemos que los seguros dentales que se comercializan en nuestro país sólo cubren los costes de un 10% de los tratamientos ofertados (pequeñas cirugías, cuidados de higiene, revisiones, chequeos y exploraciones). El 90% de los tratamientos de la póliza están “franquiados” y es el paciente el que corre con la totalidad del importe.

Tabla 4.2. Seguros de asistencia sanitaria. Prestaciones e índice de siniestralidad

Modalidades	Importe prestaciones		Índice de siniestralidad Importeprestaciones / primas	
	2007	Crecimiento respecto 2006	2007	Crecimiento respecto 2006
Seguro de salud general				
Acto médico	3.511 millones de €	11,70%	77,24%	1,59%
Pago capitativo	42 millones de €	13,65%	72,81%	17,71%
Seguro dental	24 millones de €	14,19%	29,76%	-2,15%

Fuente: ICEA. El Seguro de Salud, Estadística año 2007.

Calculando la prima media anual como el cociente entre el volumen de primas y el número de asegurados, la prima media del seguro dental en 2007 se sitúa en algo más de 55 € (tabla 4.3.). Lo que supone una caída del 3,86% respecto a 2006 frente al aumento del 4% de media en los seguros asistencia sanitaria no dental. Parece que compañías aseguradoras están apostando fuerte por su producto “seguro dental”. Las peculiaridades discutidas en apartados anteriores respecto de quien asume el riesgo en estos “seguros”, han permitido a las aseguradoras modificar levemente o incluso reducir las primas del llamado seguro dental en los últimos años. El principal coste que les supone ofertar este producto se deriva fundamentalmente de la gestión de los asegurados (cobro de las primas) y de la publicidad del producto.

Tabla 4.3. Prima media por asegurado (euros al año)

Modalidades	Prima media por asegurado	
	2007	Crecimiento respecto 2006
Seguro de salud general		
Individual con servicio domiciliario	666,88	3,13%
Individual sin servicio domiciliario	474,29	1,46%
Colectivos (No Mutualidades)	369,03	6,80%
Seguro dental	55,67	-3,86%

Fuente: ICEA. El Seguro de Salud, Estadística año 2007.

Entidades que ofertan aseguramiento dental en España

El mercado de entidades aseguradoras que ofertan seguros dentales en España presenta una estructura muy atomizada aunque dual. Por una parte, hay unas pocas compañías de gran dimensión con alta participación en el mercado y por otra, un elevado número de pequeñas compañías que se asocian ocasionalmente para ofertar sus servicios a grandes grupos de clientes (por ejemplo, los clientes de un determinado banco, grandes almacenes, asociación de consumidores, etc.). La estructura dual del mercado provoca que las principales compañías concentren un alto porcentaje de las ventas totales. De acuerdo a los datos de 2007 las cinco primeras compañías de seguros dentales: ADESLAS, SANITAS, MAPFRE CAJA SALUD, ASISA y DKV Seguros, acumulan el 85% del volumen de primas del sector, más de 70 millones de euros (tabla 4.4.). El liderazgo de estas cinco compañías en los seguros de asistencia dental se sustenta en el acceso a amplios cuadros de dentistas concertados, más de 2.000 clínicas dentales en toda España, dispositivo que se amplía con red de clínicas propias de cada compañía. La entrada en el mercado de servicios de salud oral con su propia red de clínicas está liderada por las dos mayores aseguradoras. ADESLAS con su red de 23 clínicas propias “ADESLAS DENTAL”⁹ propias y SANITAS con 34 clínicas “MILENIUM DENTAL”. DKV y ASISA cuentan con dos clínicas propias cada una respectivamente.

⁹ Recientemente se ha conocido que la compañía de seguros ADESLAS ha adquirido las clínicas de la red DENTAL LINE que cuenta con un total de 28 consultorios. Con esta nueva adquisición ADESLAS DENTAL alcanza los 51 establecimientos propios convirtiéndose en la empresa líder en el sector.

Tabla 4.4. Ranking primeras 20 aseguradoras que ofertan seguro dental

Volumen de primas (miles de euros)

Ranking	Entidad	Volumen de primas en 2007
1	Adeslas	32.865,66
2	Sanitas	2.381,65
3	Mapfre Caja Salud	4.822,45
4	Asisa	3.900,55
5	DKV Seguros	2.809,30
6	Quinta de Salut L' Aliança	2.586,88
7	Universal Asistencia (RACC)	2.168,46
8	Alianz	1.648,02
9	Aresa	1.374,02
10	Mutua General de Cataluña	796,67
11	Aegon Unión Aseguradora	646,30
12	Cisne asegura	575,78
13	Clinieum Seguros	524,38
14	Caser	406,78
15	Vital Seguro	353,11
16	Vidacaixa	317,98
17	Aviva vida y pensiones	299,15
18	Vitalicio seguro	220,29
19	Seguros Latina	128,31
20	Agrupación sanitaria	74,219

Fuente: ICEA. El Seguro de Salud, Estadística año 2007.

5. PANORAMA INTERNACIONAL DE LA OFERTA DE SEGUROS DENTALES

5.1. EN LOS ESTADOS UNIDOS SE IMPONEN EL PREPAGO Y LOS PLANES DE DESCUENTO

Una de las diferencias principales entre el sistema sanitario de los Estados Unidos (EE.UU.) y los de otras naciones industrializadas es la ausencia de una cobertura pública universal de seguro médico. En los EE.UU. están muy extendidos los planes de seguro y de medicina prepagada. Estos productos integran en su cobertura todas las especialidades, medicina general, intervenciones quirúrgicas, internamiento hospitalario, productos farmacéuticos, salud conductual, discapacidad, así como ciertos tratamientos de salud oral.

La disponibilidad de gran variedad de productos de financiación individual o por parte de terceros está fuertemente relacionada con la demanda de servicios de salud oral (ADA, 2001). Existen dos modelos principales de financiación:

Planes de seguro basados en empresas-empleados

- Planes de aseguramiento de indemnización (Indemnity Plans)
De acuerdo con estos planes una tercera parte (la empresa) cubre cierta cantidad para una serie de servicios, independientemente del pago requerido por el proveedor.
- Organización de proveedores preferentes (Preferred Provider Organizations)
Las PPO suponen un acuerdo entre los asegurados y un grupo de dentistas para la provisión de servicios de salud oral con algún descuento. Los descuentos varían entre el 15 y 30%. La empresa aseguradora reembolsa a los proveedores parte de este descuento. Las PPO han experimentado un crecimiento en los EE.UU. en los últimos años. Según datos de la Asociación de Dentistas Americanos, (American Dental Association, ADA) la participación

de dentistas en planes PPO ha aumentado en más de un 50% en los últimos años.

- Organizaciones de mantenimiento de salud (Health Maintenance Organizations)

Los afiliados a una HMO seleccionan un dentista del cuadro de proveedores contratados. Los dentistas establecen con el comprador del plan un sistema de pago capitativo de acuerdo al número de pacientes atendidos. Los afiliados deben ser autorizados por el médico general para poder ver al especialista. El número de dentistas que ofrecen sus servicios mediante HMO ha descendido en los últimos años. Muchos dentistas declaran estar insatisfechos con este sistema ya que en ocasiones los costes incurridos superan a los ingresos.

Planes de prepago con contribución fija / autofinanciados

- Financiados por la empresa

La empresa destina una cantidad acordada a un fondo de salud para cada empleado. El empleado puede usar ese fondo para comprar el seguro que elija o para pagar directamente sus cuidados orales.

- Reembolso directo

El individuo es reembolsado de acuerdo con un porcentaje del gasto en salud oral realizado. El dentista es elegido por el usuario.

- Cuentas de ahorro médico (Medical Savings Accounts)

Es una cuenta libre de impuestos usada únicamente para gastos médicos. Este producto suele ser suplementarios de otro tipo de cobertura.

- Planes de descuento

Por una cuota mensual o anual, el afiliado al plan tiene derecho a recibir los cuidados orales a un menor precio que el regular.

El prepago dental, interpretado como un mecanismo presupuestario más que como un seguro, es la opción con mayores expectativas de crecimiento en los próximos años. Los seguros dentales en los Estados Unidos están en retroceso, o bien han mutado hacia planes de asistencia gestionada o directamente han sido descartados por los consumidores a favor del prepago y planes de descuento.

De acuerdo con la ADA (2001), se estima que el gasto en servicios de salud oral crecerá en los próximos años. Si el coste de los tratamientos de salud oral continúa aumentando, entonces las empresas tendrán que compartir los gastos de sus planes de salud con los empleados o reducir las prestaciones. Muchos empleados deberán

participar en el coste de la prima. La cantidad de prácticas gratuitas para asegurados aumentará ante las dificultades percibidas por los dentistas de encontrar planes de reembolso. Los dentistas verán por tanto reducidos sus ingresos. Se eliminara de la cobertura los tratamientos costosos, en especial los implantes y servicios de estética. Se espera que aumente la proporción de empresas que opten por suscribir PPO.

5.2. EN LOS PAÍSES EUROPEOS LOS PRODUCTOS DE SEGURO DENTAL SON POCO HABITUALES Y PRINCIPALMENTE DE REEMBOLSO

En la gran mayoría de los países europeos, las administraciones públicas son las encargadas de financiar la sanidad, bien a través de impuestos o de cotizaciones sociales. Sin embargo, pese a las garantías de acceso a un sistema de asistencia sanitaria universal numerosos europeos optan por adquirir seguros privados de salud. Los seguros privados de salud comercializados en Europa se pueden clasificar como: sustitutivos (cubren tratamientos que también son ofrecidos por el estado), suplementarios (cubren un acceso más rápido y con mayores posibilidades de elección para el consumidor), y complementarios (cubren servicios excluidos o no totalmente cubiertos por el estado).

Una de las cuestiones que sorprende cuando analizamos la comercialización de seguros dentales privados en Europa es que pese a cada vez es mayor el número de cuidados no cubiertos por los sistemas públicos, sin embargo, el mercado de seguros dentales no acaba de despegar. Sólo algunos países ofertan cierta cobertura dental, para un número limitado de tratamientos, y a modo de cobertura complementaria en las pólizas de seguros de salud general. En Austria, Alemania, Bélgica, Francia, Luxemburgo, Holanda, y Portugal, la modalidad de cobertura privada dental más desarrollada es la de reembolso de gastos, en donde la compañía de seguros se compromete a reintegrar al asegurado la totalidad o parte del coste de los servicios de salud oral que se demandan. España e Italia constituyen mercados singulares ofertándose modalidades de seguro dental privado muy diferentes al resto de países europeos. En España e Italia prevalece la modalidad de prima más franquicia con una clara tipología de plan de descuento, tal y como hemos discutido en capítulos anteriores. Una misma entidad aseguradora puede llegar a ofertar productos de aseguramiento dental muy diferente en función del país en donde los comercializa. Como ejemplo ilustrativo presentamos el caso de la aseguradora DKV.

Deutsche Krankenversicherung AG (DKV) es la compañía líder en Europa en seguros de salud con casi 7 millones de clientes. DKV forma, junto con otras cuatro compañías, el Grupo ERGO. DKV oferta sus productos de seguros de salud en Bélgica, Alemania, Italia, Luxemburgo, España, Suecia, Noruega y Reino Unido, así

como en China y la India. Centramos nuestro análisis en el producto seguro dental y buscamos las comparaciones de este producto entre España, Alemania, Bélgica y Luxemburgo (tabla 5.1.). Lo primero que sorprende es que la modalidad prima+descuento/franquicia es exclusiva de nuestro país. En el resto de países la modalidad que se comercializa es la de reembolso. En España DKV oferta sólo un pequeño reembolso en su producto “Dentisalud Plus”, aunque no deja de ser un producto mixto prima+descuento+reembolso además de exclusivo para colectivos, mínimo 20 empleados. Al comercializar un plan de descuento, en España la cobertura ofertada es mucho más amplia, sin periodos de carencia ni exclusión por edad o enfermedad preexistente. En los seguros dentales de Alemania, Luxemburgo y Bélgica, la cobertura, número de tratamientos, es menor, la modalidad es de reembolso (limitado por un gasto anual y por procedimiento), con periodos de carencia y exclusión. El seguro dental se suele comercializar como suplemento a un seguro de reembolso médico generalista.

Tabla 5.1. Productos de aseguramiento dental de la compañía DKV en Europa

País	Producto	Modalidad	Prima	Carencia
España	Dentisalud	Prima + descuento	6 € / mes	No
	Dentisalud Plus	Prima + descuento + Reembolso	8,5 € / mes	Algunos tratamientos
Bélgica	Le Plan Z	Reembolso 80% (límite máx.)		Sí
Alemania	Bestmed	Reembolso 80% (límite máx.)	158,41 € / mes	Sí
Luxemburgo	Suplemento Basic	Reembolso		Sí
	Suplemento Plus	Reembolso		Sí
Suecia	No oferta cobertura dental			
Italia	Convenio con una red de dentistas “Newmed red”			

Fuente: Elaboración propia a partir de la web <http://www.dkv-globality.com>

Las peculiaridades del seguro dental español a modo de plan de descuento no se repiten en otros países europeos. Las autoridades encargadas de regular la actividad aseguradora en estos países no parecen admitir este tipo de productos como productos de seguro.

6. DOMINIO DE LAS COMPANIAS ASEGURADORAS Y PRÁCTICAS ANTICOMPETITIVAS EN EL MERCADO ESPAÑOL DE SERVICIOS DE SALUD ORAL

6.1. DOMINIO DE LAS ASEGURADORAS

Las compañías aseguradoras que comercializan los llamados seguros dentales en nuestro país controlan los dos lados del mercado, la demanda y la oferta. La tabla 6.1. resume la evidencia disponible. Se muestran datos sobre el número de personas que declararon acudir al dentista durante 2006, número de vistas y número de individuos con seguro dental en ese año, en el lado de la oferta el número total de dentistas colegiados y el número aproximado de clínicas dentales en España.

Tabla 6.1. Dominio de las aseguradoras en el mercado de servicios de salud oral español

DEMANDA		OFERTA	
	Millones		Miles
Individuos que acudieron al dentista privado	7.534	Números de dentistas colegiados en activo	23.300
N.º total de visitas	12.842	Número aproximado de clínicas	18.000
N.º total de asegurados	1.158		
Porcentaje de la demanda y oferta controlado por las compañías aseguradoras			
16-20%		30-42%	

Fuente: Elaboración propia. Datos de 2005-2006.

Dominio sobre la demanda

Por el lado de la demanda, las aseguradoras poseen una cartera substancial de potenciales clientes. Combinando datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 (ENS2006), y el número total de asegurados con póliza dental que figuran, para el mismo año en la memoria de ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones, asociación encargada de recopilar datos estadísticos sobre la actividad aseguradora en España), obtenemos que al menos un 16% de los pacientes que acuden al año al dentista los hacen a través de su seguro dental¹⁰.

Pero el porcentaje de potenciales clientes no es el dato que mejor representa la demanda. En la demanda de servicios mucho más importante que el número clientes es el número medio de vistas de cada uno de ellos. La frecuentación, número de visitas, de los clientes con seguro dental siempre será mayor debido a la posibilidad de “riesgo moral” que la de aquellos que no disponen de seguro. De acuerdo con la literatura los clientes con seguro dental realizan un 25% más de visitas que los que no disponen de seguro (Godfried et al , 2001; Grönqvist, 2004). En este sentido de las casi 13 millones de visitas que recibieron los dentistas privados en 2006 y teniendo en cuenta un 16% de porcentaje de pacientes con seguro dental, cerca de un 20% de estas visitas corresponderían a pacientes asegurados.

Las cifras anteriores las podemos completar con el gasto atribuible a pacientes asegurados y no asegurados. De acuerdo con los microdatos de la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) para el tercer cuatrimestre de 2005, de los más de 500 millones de euros que gastaron los españoles en servicios de salud oral un 30% corresponde a familias que disponían de seguro privado de salud. La EPF no distingue entre seguro privado de salud y seguro dental, sin embargo según las estadísticas del ICEA el 20% de los individuos que contratan un seguro médico contratan también un seguro dental. A partir de los porcentajes anteriores, estimamos que sólo el 8% del gasto total en servicios de salud oral corresponde a pacien-

¹⁰ Cada vez es mayor el número de grandes empresas y corporaciones, ajenas al sector asegurador, que ofertan a sus asociados la posibilidad de suscribir seguros dentales, por lo que el 16% estimado podría ser muy superior. Estas empresas utilizan determinadas entidades aseguradoras que arrojan el producto como servicio de seguro. La red DENTYRED es un ejemplo de este tipo de negocio. Bajo su marca comercial DENTYCARD S.A se postula como mediadora entre los dentistas y potenciales clientes relacionados con grandes empresas como El Corte Inglés, Telefónica, y ONCE entre otras. El producto ofertado resulta ser también un plan de descuento vendido a modo de seguro dental, con el agravante en estos casos de que quien lo ofrece no es ni compañía aseguradora. La empresa sólo comercia con una cartera importante de clientes.

tes con seguro dental. Los pacientes con seguro dental son los que más visitas realizan pero también los que menos ingresos proporcionan al dentista. Los clientes asegurados acceden a precios muy inferiores (recordemos que en las franquicias se publicita entre un 40-60% de descuento) por lo que pese a una mayor utilización (riesgo moral) su gasto es sustancialmente inferior al de los clientes no asegurados.

Dominio de la oferta

En el lado de la oferta, las aseguradoras ejercen también su dominio. Las aseguradoras disponen de gran número de proveedores ya sean propios o concertados. En sus memorias, páginas webs, y folletos publicitarios, las compañías publicitan redes de más de 2000 dentistas repartidos por toda España, así como un importante número de centros propios, principalmente en grandes capitales como Madrid, Barcelona, Bilbao, Sevilla, ente otras. Cada aseguradora selecciona su propio cuadro de profesionales concertados. Los dentistas pueden acordar prestar sus servicios con más de una compañía.

Para intentar evaluar el dominio sobre la oferta, porcentaje de clínicas que establecen relaciones con las aseguradoras, realizamos un sondeo sobre el total de clínicas en activo en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria en 2009. Nos pusimos en contacto telefónico con cada consultorio y preguntamos si trabajaban con algún producto de seguro dental. Respondieron 106 clínicas de 112 censadas en el Colegio de Dentistas, 45 clínicas (el 42,45%) declararon trabajar con al menos un seguro, mientras que las 61 restantes (un 57,55%) no admitían pacientes de seguro privado. Entendiendo que la ciudad de Las Palmas en materia de servicios de salud oral privados no guarda ninguna particularidad que pueda diferenciarla del resto de capitales de provincia, no consideramos aventurado cifrar, de acuerdo con los datos anteriores, en casi la mitad el número de consultorios dentales españoles que ofertan sus servicios a los pacientes de las aseguradoras.

Con datos agregados a nivel provincia obtenemos un porcentaje similar al del sondeo en la ciudad de Las Palmas. Para el número máximo de dentistas que figuran en los cuadros médicos de las tres mayores compañías (ADESLAS, SANITAS y ASISA), el porcentaje medio de clínicas con concierto con estas aseguradoras es del 32%¹¹.

¹¹ El número de clínicas en cada provincia lo estimamos considerando una media de 2 dentistas colegiados por cada consultorio.

6.2. ABUSO DE POSICIÓN DOMINANTE: CONTROL INDIRECTO DE LOS PRECIOS Y BARRERAS DE ENTRADA

Contención de precios

La posición de dominio de las aseguradoras en ambos lados del mercado les permite actuar sobre los precios. La contención de precios resulta evidente si se consultan la evolución de las primas y “franquicias” ofertadas por las aseguradoras dentales en los últimos años. De acuerdo con datos de ICEA, la prima media de los seguros dentales entre 2001 y 2006 aumentó sólo un 6,89%, pasó de 56,13 a 60 € al año, frente al 34,49% de variación en las primas de los seguros de asistencia médica generales (tabla 6.2.). En este mismo periodo el número de españoles con seguro dental aumentó un 101,42% muy superior al 14,92% de variación en los seguros de salud general. Mientras tanto el número de personas que acudió al dentista creció sólo un 9,80%. La prima es una herramienta de competencia entre aseguradoras, pero fundamentalmente es un incentivo muy importante para la contratación del seguro, y por tanto para aumentar el dominio de las aseguradoras sobre la demanda de mercado.

Tabla 6.2. Evolución de la cuantía de las primas por seguro dental, número de asegurados y visitantes al dentista 2001-2006

Seguro dental	2001	2006	Variación
Prima media (volumen de primas / n.º asegurados, euros)	56,13	61,7	6,89%
Número de asegurados (miles)	574,921	1.158,060	101,42%
Adultos que visitaron al dentista (miles)	5.950,671	6.533,929	9,80%
Seguro de salud individual	2001	2006	Variación
Prima media (volumen de primas / n.º asegurados, euros)	494,07	664,47	34,49%
Número de asegurados (miles)	2.936,406	3.374,460	14,92%

Fuente: Elaboración propia a partir de ICEA y la ENS de 2001 y 2006.

La otra contención de precios, la realizada sobre las franquicias o precios descontados, revela otro tipo de estrategia dirigida principalmente a debilitar a los competidores. Si comparamos las franquicias publicitadas por las compañías entre 2004/5 y 2008/9 encontramos variaciones en los precios inferiores al 5% e incluso que algunas compañías mantienen en la actualidad los mismos precios que en 2005. Para ilustrar esta circunstancia la tabla 6.3. compara precios, entre estos años, para cinco de las mayores aseguradoras dentales¹² en cuatro tratamientos

¹² Elegimos estas cinco aseguradoras por disponer de información sobre sus franquicias en 2004/5 con motivo del estudio Pinilla y Stoyanova de 2007.

habituales de la práctica odontológica: obturación simple (amalgama), curetaje (por cuadrante), corona metal-porcelana, y corona cerámica sobre implante (metal-porcelana).

La contención de precios en las primas y franquicias es viable para las compañías aseguradoras debido a que el producto que venden no es un seguro, y por tanto no se ven obligadas a realizar reembolsos significativos. Como hemos discutido en capítulos anteriores, los seguros dentales en España no tienen coste para las compañías. Los descuentos que ofertan sobre los servicios de salud oral los soporta en su totalidad el dentista que decide formar parte del cuadro médico de la aseguradora. Las compañías pueden congelar sus franquicias durante años pues además de no suponerles pérdida de ingresos alguna, hacen más atractivo el producto que venden y por tanto siguen acumulando control sobre la demanda.

Tabla 6.3. Evolución de los precios franquiciados 2004/5-2008/9 (euros)

	Año	Obturación simple	Curetaje por cuadrante	Corona metal-porcelana	Corona cerámica sobre implante	Variación media cuaro tratamientos
ALLIANZ	2004/5	19	19	165	228	
	2008/9	21	21	180	249	
	Variación %	10,5%	10,5%	9%	9,2%	9,8%
ASISA	2004/5	20		167	210	
	2008/9	22		124	240	
	Variación %	10,5%		-25%	14,3%	-0,5%
DKV	2004/5	35		188		
	2008/9	35		200		
	Variación %	0%		6,4%		3,2%
IMQ DENT	2004/5	34		168	344	
	2008/9	34		188	344	
	Variación %	0%		0%	0%	0%
VITAL SEG.	2004/5	20	25	185	230	
	2008/9	24	30	195	230	
	Variación %	20%	20%	5,4%	0%	11,5%
Variación media de precios franquiciados para las cinco aseguradoras						4,8%
Variación media de los precios de los servicios dentales IPC 2008/2004						13%

Fuente: Elaboración propia.

Barreras de entrada y expulsión del mercado

La fijación de precios reducidos provoca pérdidas a los rivales y disuade la entrada de nuevos competidores al mercado. 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. En los últimos años el número de nuevas clínicas dentales propiedad de dentistas se ha reducido sustancialmente. Pinilla y Stoyanova (2007) analizaron la evolución del número de clínicas dentales existentes en Cataluña entre 2000 y 2005, en estos cinco años la demanda de nuevas clínicas cayó más de un 72%.

Con el fin de comprobar si la conducta de las aseguradoras puede ser considerada o no predatoria, debe valorarse si el dominio de éstas reduce la capacidad del competidor para financiarse. De acuerdo con los registros de la base de datos SABI (Sistema Anual de Balances Ibéricos)¹³ encontramos que a partir de 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 (tabla 6.4.). Desde 2003 la rentabilidad económica en la actividad servicios de salud oral ha disminuido paulatinamente desde 3,75% al 3,45% de 2006. La contención de precios por parte de las aseguradoras está reduciendo la rentabilidad de los competidores, llegando incluso a expulsarlos del mercado.

Tabla 6.4. Rentabilidad económica de las clínicas dentales en España 2003-2006

Año	N.º clínicas	Variación	Rentabilidad económica
2003	2.148		3,75%
2004	2.229	3,77%	3,85%
2005	2.338	4,89%	3,49%
2006	2.170	-7,18%	3,45%

Fuente: Base de datos SABI (2007).

6.3. INTEGRACIÓN VERTICAL: INCURSIÓN DE LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS COMO PROVEEDORES DIRECTOS DE SERVICIOS DE SALUD ORAL, EL DENTISTA COMO ASALARIADO

La predación financiera, a modo de fuerte contención de precios, llevada a cabo por las compañías aseguradoras en los últimos años, les ha permitido integrarse ver-

¹³ SABI sólo dispone de información representativa de las cuentas anuales de aquellas empresas españolas cuya forma legal es la Sociedad Limitada o Sociedad Anónima.

ticamente en el mercado español de servicios de salud oral. Las principales compañías han abierto su propia red de clínicas dentales. ADESLAS y SANITAS, que acumulan más del 45% del volumen total de primas del mercado de seguros dentales, son las entidades con mayor número de clínicas propias en la actualidad con 23¹⁴ y 34 clínicas respectivamente (tabla 6.5.). El crecimiento anual del número de nuevas clínicas dentales propiedad de ADESLAS y SANITAS se produce durante un periodo de caída en la rentabilidad económica media de la actividad, y con una disminución acusada en la apertura de nuevos consultorios por parte de dentistas.

Tabla 6.5. Evolución del volumen de primas y red de clínicas propias de ADESLAS y SANITAS 2003-2008

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Variación
ADESLAS							
Volumen de primas de seguros dentales (millones €)	17.326	20.582	25.448		32.865		89,69%
N.º centros Adeslas Central		2	3	7	21	23	
SANITAS							
Volumen de primas de seguros dentales (millones €)	12.599	15.073	17.416		23.681		87,96%
N.º centros Milenium Dental	3	7	15	23	27	34	

Fuente: ICEA y Memorias anuales de las entidades.

Las compañías aseguradoras una vez consolidado su dominio sobre la demanda han optado por entrar directamente en la oferta como proveedores directos de servicios de salud oral. Los dentistas han pasado de poseer su propio consultorio a ser asalariados de diferentes clínicas. Los colegios de dentistas ya no publican el listado de precios recomendados para la práctica como profesional autónomo, ahora aconsejan que salario mínimo deben percibir los dentistas por su trabajo. En una profesión que destacaba por su baja tasa de desempleo, en la actualidad, el número de dentistas que demanda trabajo supera en más de tres veces el número de ofertas¹⁵.

¹⁴ Recientemente se ha conocido que la compañía de seguros ADESLAS ha adquirido las clínicas de la red DENTAL LINE que cuenta con un total de 28 consultorios. Con esta nueva adquisición ADESLAS DENTAL alcanza los 51 establecimientos propios convirtiéndose en la empresa líder en el sector.

¹⁵ Para obtener esta cifra aproximada, basta con consultar la bolsa de trabajo en revistas del sector así como en las web regionales de colegios de dentistas.

Si empresas con importante poder de mercado en el sector como las aseguradoras deciden integrarse verticalmente, resulta especialmente difícil que nuevas empresas no integradas accedan al mercado. Los potenciales competidores deberán entrar también en todos los estadios de la producción, sin embargo la regulación del mercado de seguros les impide el acceso a la demanda. En el caso del mercado de servicios de salud oral español, a diferencia de lo que nos dice la teoría económica, la integración vertical de las aseguradoras no obedece a requerimientos técnicos, como la adquisición de un insumo físico o la entrega del producto al consumidor, sino sólo a la generación de importantes beneficios económicos y a controlar en un futuro un mercado en expansión.

7. PRINCIPALES CONCLUSIONES

Los dentistas han abierto las puertas de sus clínicas a las compañías aseguradoras. Las aseguradoras han entrado en los consultorios, han creado su propia red de clínicas, y en la actualidad dominan el mercado de servicios de salud oral. Dominan la demanda con más de un millón trescientos mil asegurados, y también la oferta con cerca de un 42% de clínicas concertadas o en propiedad sobre el total que existen en España. El mercado español de servicios de salud oral está en sus manos, y el Caballo de Troya utilizado para conseguirlo ha sido su peculiar producto “seguro dental”.

La comercialización de estos productos de descuento a modo de seguros dentales está provocando una gran distorsión de la competencia en el mercado. Los seguros dentales del tipo prima más franquicias que se comercializan en nuestro país no son seguros de salud. En Europa, España supone una excepción con la comercialización de esta particular modalidad de seguro dental, frente al seguro de reembolso mayoritario en el resto de países. Los cuidados orales en su totalidad difícilmente pueden considerarse asegurables. Los seguros dentales en España son planes de descuento encubiertos.

La fuerte contención de precios a través de los descuentos o franquicias en estos productos ha conseguido reducir la rentabilidad de la mayoría de las clínicas dentales, e impedir la entrada de nuevos competidores. Si comparamos las franquicias publicitadas por las compañías entre 2004/5 y 2008/9 encontramos variaciones en los precios inferiores al 5% e incluso que algunas compañías mantienen en la actualidad los mismos precios que en 2005. La contención de precios en las primas y franquicias es viable para las compañías aseguradoras debido a que el producto que venden no es un seguro, y por tanto no se ven obligadas a realizar reembolsos significativos. Las compañías pueden congelar sus franquicias durante años pues además de no suponerles pérdida de ingresos alguna, hacen más atractivo el producto que venden y por tanto siguen acumulando control sobre la demanda.

Cada vez menos dentistas gestionan su propio consultorio. Las aseguradoras están empezando a controlar directamente la oferta mediante la entrada en el mer-

cado con su propia red de clínicas dentales. Si empresas con importante poder de mercado en el sector como las aseguradoras se integran verticalmente, resultará especialmente difícil que nuevos dentistas, atrapados en el drama de la plétora profesional, accedan al mercado mediante la apertura de sus propios consultorios. La concentración económica, organizativa y de decisión de la odontología privada por parte de las compañías aseguradoras condicionará la evolución del sector en los próximos años.

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 en 2001. Los ingresos por primas en 2007 superaron en más de 58 millones las prestaciones pagadas por las compañías. El seguro dental es en la actualidad el producto más rentable del negocio asegurador. Sólo cuesta a las aseguradoras un 29,76% de lo que recaudan por primas, frente al 77,24% del seguro de acto médico y el 72,81% del pago capitativo.

Los planes de descuento que bajo la denominación de “seguro dental” se están comercializando, constituyen una modalidad contractual que no encaja en el marco del ordenamiento jurídico del seguro privado en España. Los planes de descuento no son planes de seguro, no pagan a los proveedores por todos los servicios, no asumen responsabilidades sobre la atención prestada, no hay periodos de carencia, ni exclusiones por enfermedades preexistentes, simplemente proporcionan a sus contratantes un panel de dentistas que han accedido a ofrecer sus servicios a una tarifa reducida.

Lo primero que sorprende al tomador del seguro dental es la diferencia del coste de la prima con la de los seguros de salud general. En segundo lugar, el tomador del seguro advierte que sólo tiene derecho a recibir atención gratuita en un número muy limitado de servicios (pequeñas cirugías, cuidados de higiene, revisiones, y exploraciones) de los más de 200 tratamientos contemplados en la “cobertura” de la póliza. En la mayoría de los tratamientos: prótesis, ortodoncia, implantología, periodoncia, etc., es el tomador del seguro quien debe pagarlos de su propio bolsillo. No podemos admitir que cubrir el riesgo de necesidad de diagnóstico y prevención sea una operación de seguro. Cuando en más del 90% de los tratamientos es el paciente es el que paga y por tanto el que soporta el riesgo.

Los consumidores han entendido perfectamente el funcionamiento de estos planes de descuento encubiertos. La contratación mayoritaria del seguro dental de manera independiente al resto de productos aseguradores refleja que este producto no está atrayendo a la población adversa al riesgo de padecer enfermedades en general, sino a los individuos con una necesidad real de tratar sus problemas de salud oral. Los individuos que contratan los actuales seguros dentales en España

sólo buscan un ahorro en el precio final de su factura, nunca asegurar un riesgo no esperado.

El panorama futuro para la práctica de la odontología resulta sombrío y no parece tener fácil arreglo, salvo que consigamos cambiar el criterio de la Dirección General de Seguros. Las dudas y problemas suscitados por las carencias en la regulación del seguro dental limitan los derechos de los dentistas y están derivando en un control excesivo del mercado de salud oral por parte de las compañías aseguradoras. Las compañías aseguradoras ejercen su control sobre las condiciones, especialmente económicas, de la prestación de servicios, y sobre las posibilidades de crecimiento del sector. En términos generales, creemos que el enfoque económico presentado en este trabajo es un paso en la buena dirección hacia el conocimiento de la magnitud de los actuales y futuros perjuicios para la práctica de la odontología en el mercado de español de servicios de salud oral: centrado en las necesidades de los consumidores y el fomento del crecimiento económico, y acorde con los artículos de la Ley general de la Defensa de la Competencia. No se trata de que haya un mayor o menor intervencionismo, sino de que éste sea más efectivo.

BIBLIOGRAFIA

- ADESLAS, Grupo AGBAR, Anuarios 2001-2007 disponibles en la web:
<https://www.adeslas.es/spa/Somos/Paginas/Anuario.aspx>.
- American Dental Association (2001). Clinical dental practice and management. Chapter 3. In: Future of Dentistry. Chicago: American Dental Association, Health Policy Resources Center: 30-50.
- Batchelor P. (2005). Evolving dental care services. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies. Autumn 2005, Vol 7, N° 3.
- California Dental Association (2008). Dental Benefit coverage (Spanish) disponible: http://www.cda.org/popup/dental_benefit_coverage_spanish.
- Cuenca E. (2008). La financiación y organización de los servicios de odontología en Europa. Revista del Consejo de Odontólogos y estomatólogos RCOE, 13; 1:23-30.
- Devlin N., Parkin D., Yule B. (2002). The Economics of oral Health and Dental Care. University of Otago Press, Dunedin, Nueva Zelanda.
- Durkin J.H. (1964) A glance at group dental coverage. Casualty Actuarial Society Conference 1964.
- Federal Trade Commission (2005). Medical Discount Plans: They're Not Health Insurance. Disponible <http://www.ftc.gov/bcp/edu/pubs/consumer/alerts/alt122.shtm>
- Fenin Dental, Memoria Fenin 2006. Disponible en <http://www.fenin.org/>
- Foulsham R. (2000) Effects on National Health dentistry of attempts to control NHS expenditure. British Dental Journal 189, 607.
- Godfried M., Oosterbeek H., Van Tulder F. (2001) Adverse selection and the demand for supplementary dental insurance. De Economist 149 (2):177-190.
- Greenberg, W. (1991). Competition, Regulation, and Rationing in Health Care. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1991.
- Grönqvist E. (2004). Information updating and insurance dropout: evidence from dental insurance. SSE/EFI Paper Series in Economics and Finance N°. 576. Stockholm School of Economics.
- Grupo SANITAS, Informes anuales 2003-2007, disponibles en la web:
http://www.gruposanitas.com/grupo/sanitas/acerca_de_sanitas/informacion_corporativa/informes_anuales

- Grytten J. (1992). Supplier inducement--its relative effect on demand and utilization. *Community dentistry and oral epidemiology*;20(1):6-9.
- Grytten J; Sørensen R (2000). Competition and dental services. *Health economics* 2000;9(5):447-61.
- Grytten, J. Holst D., Laake P. (1990). Supplier inducement. Its effect on dental services in Norway. *Journal of Health Economics*; 9: 483-491.
- Holst D., Sheiham A., Petersen P.E. (2002). Regulating entrepreneurial behaviour in oral health care services. In *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. European Observatory on Health Care Systems. Open University Press.
- House D. (2005). An examination of dentists' fee discounts and prepayment carrier concentrations. *Dental Health Policy Analysis Series*. Chicago: American Dental Association, Health Policy Resource Center.
- Instituto nacional de Estadística (INE). Dirección web: <http://www.ine.es/>.
- Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras (ICEA). *El Seguro de Salud Estadísticas años 2002-2007*.
- KPMG Consulting S.L. (1999). Dictamen sobre la naturaleza de la operación contenida en el denominado seguro dental. José L. Maestro Martínez y Javier Fernández Plasencia.
- Kravitz, AS y Treasure, ET (2008). *EU Manual of Dental Practice 2008*. The Council of European Dentists.
- Maryland Insurance Administration (2008). Documento pdf descargado de la web <http://www.mdinsurance.state.md.us/sa/documents/CGHealth-Spanish-10-08.pdf>
- Mossialos E. y Thompson S. (2002). *Voluntary health insurance in the European Union*. Bruxelles: Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission.
- Milgrom, P. y Roberts, J., (1982). "Predation, reputation, and entry deterrence," *Journal of Economic Theory*, vol. 27(2), pages 280-312
- Mushkin S. (1958) *Toward a definition of health economics*. *Public Health Rep.* 1958 September; 73(9): 785-794.
- OECD Health Data 2008: *Statistics and Indicators for 30 Countries*. Editors: Organization for Economic Co-operation and Development. www.oecd.org.
- Ortún V., Pinilla J. (2005). *Economía de los servicios dentales. Introducción, análisis de oferta y demanda y evaluación económica*. En E Cuenca y P Baca (dir): *Odontología preventiva y comunitaria*. Barcelona: Masson, mayo 2005.
- Pinilla J. (2004). *La economía de los servicios de atención bucodental en España*. *Cuadernos Económicos del ICE n° 67*: 135-160.
- Pinilla J. y Stoyanova A. (2007). *El mercado de servicios dentales en Cataluña: Análisis de las nuevas formas de negocio con especial atención a las franquicias y seguros dentales*. Coordinado por Emili Cuenca, editado por El Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya, Barcelona.

- Pinilla J. y Stoyanova A. (2008). Nuevas formas de organización empresarial en el mercado español de servicios dentales. *Revista de Administración Sanitaria* 6(2): 339-56.
- Pinilla J. y González B. (2009). Exploring changes in dental workforce, dental care utilisation and dental caries levels in Europe, 1990-2004. *International Dental Journal* 59.
- Rose J. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Sintonen H., Linnosmaa I. (2000). Economics of dental Services. En A.J. Culyer y J.P. Newhouse. *Handbook of Health Economics*. Elsevier Amsterdam Cap.24.
- Sistema Anual de Balances Ibéricos, SABI (2007). Bureau van Dijk Electronic Publishing.

Anexo:

Tabla resumen de los componentes y características del producto seguro dental en ocho primeras compañías del sector español

Compañía	Coste mensual ¹ *	Diagnóstico ²	Odontología Preventiva ³	Odontología Conservadora ⁴	Odontología Médica ⁵	Odontología Quirúrgica ⁶	Prótesis Odontológica ⁷	Estética ⁸	Ortodoncia	Aparatología ⁹	Implantología ¹⁰
ADESLAS	7,98 €	Incluido Excluido ortopantomografía	Incluido Excluido selladores	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia Incluido pegado de coronas	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia
ARESA	7,49 €	Incluido	Incluido	Franquicia Incluido obturaciones provisionales y pulido de amalgama	Franquicia	Franquicia Incluido extracción simple y compleja	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia Incluido falso muñón títano, tornillo cicatrización y cementación
ASISA	9,27 €	Incluido Excluido ortopantomografía y tele radiografía	Incluido	Franquicia Incluido obturaciones provisionales	Franquicia	Franquicia Incluido extracción simple	Franquicia Incluido pegado de coronas	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia Incluido falso muñón, tornillo cicatrización y cementación
CASER	5,80 €	Incluido	Incluido Excluido selladores de fisuras	Franquicia Incluido pulpoclonia y apicoformación	Franquicia	Franquicia Incluido extracción simple y compleja	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia
DKV Seguros	6 €	Incluido	Incluido Excluido selladores de fisuras	Franquicia	Franquicia Incluido odontologías	Franquicia Incluido extracción simple y compleja	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia Incluido tornillo cicatrización y cementación y férula
IMQ ¹	10,40 €	Incluido	Incluido Excluido selladores de fisuras	Franquicia	Franquicia	Franquicia Incluido extracción simple y compleja	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia
MAPPRE	5,74 €	Incluido	Incluido	Franquicia Incluido apicoformación	Franquicia	Franquicia Incluido extracción simple y compleja	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia
SANITAS	12,60 €	Incluido	Incluido	Franquicia	Franquicia	Franquicia Incluido extracción simple y compleja	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia	Franquicia

1 Igualatorio Médico Quirúrgico.
2 Incluye la consulta, presupuesto, plan de tratamiento, visita de revisión, radiografías intrabuccales, placa oclusal, ortopantomografía, tele radiografía y radiografía de ATM.
3 Incluye fluorizaciones, educación bucal, selladores de fisuras y limpieza de boca.
4 Incluye odontología reconstructiva (púas, postes, empastes provisional, empaste con amalgama y gran reces intrucción) y endodencias (de uno a tres conductos, pulpoclonia, apicoformación, pulpoclonia de urgencias y apicoformación).
5 Incluye perianodencia (aparcamiento) y postoperatorio (aparcamiento) y postoperatorio (aparcamiento) y postoperatorio (aparcamiento).
6 Incluye extracción ortodóntica (dolor facial y peridontitis facial) y extracción ortodóntica (dolor facial y peridontitis facial).
7 Incluye fonestación, frenectomía, extracción de puntos, extracciones dentales simples y complejas, extracción muela del juicio, gingivectomía y cirugía periodontal.
8 Incluye prótesis fijas (coronas, muñón colado, incrustación de resina, etc.), removibles y parciales removibles (acrílicas, metálicas o coladas), oclusión y reparaciones.
9 Incluye aparatología tipo: removible y estabilizador; aparatología: aparatología por maxilar, quingelax, tratamiento extra-oral rito y arco facial, máscara de aire facial, reposición de bracket, posicionador; placa respiratoria.
10 Incluye implante de titanio, tornillo de cementación o de cicatrización; falso muñón de titanio, corona cerámica o resina, sobre-implante, arcas de titanio, placa de quingelax para noys X; relinco de hidrooxapatita o de hueso fosforizado, nebrana reabsorbible, placa para la selección de seno.
* Pueden existir variaciones según la provincia.



Alcalá, 79, 2.º
28009 Madrid
Teléfono 91 426 44 10
www.consejodontistas.org