

## La atención bucodental en comunidades autónomas con modelos público o mixto en España.

Llena Puy C\*, Blanco González JM\*\*, Llamas Ortuño ME\*\*\*, Rodríguez Alonso E\*\*\*\*, Sainz Ruiz C\*\*\*\*\*, Tarragó Gil R\*\*\*\*\*

### RESUMEN

**Fundamento:** los modelos "público" y "mixto" de provisión de asistencia dental basan sus prestaciones en el RD 1030/2006. Nuestro objetivo es analizar las prestaciones odontológicas de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) con estos dos modelos. **Material y métodos:** se remitió un cuestionario a los responsables o persona de contacto de las diferentes CC.AA. Cuando no hubo respuesta, se recopiló la información de la red o de documentos de acceso público.

**Resultados:** en la mayoría de estas CC.AA. se ofrece en las mismas unidades asistenciales la atención odontológica a la población infantil, adultos y grupos prioritarios (embarazadas y población con discapacidad). La prevención abarca hasta los 14 años, mientras que los tratamientos restauradores en los niños abarcan diferentes prestaciones y edades. Los menores de 6 años reciben actuaciones de promoción y prevención individual y comunitaria, en algunas de ellas. Las personas con limitaciones físicas y conductuales graves, aunque cuentan en la mayoría de las CC.AA. con recursos específicos, no reciben las mismas prestaciones en todas ellas. Ocurre lo mismo con las embarazadas. La prestación más uniforme es la que se oferta a la población general. Con la excepción de Asturias, no se dispone de información regular sobre actividad asistencial anual, así como tampoco coordinación de las actuaciones territoriales.

**Conclusión:** Existen evidentes desigualdades entre las diferentes CC.AA., tanto en la organización como en la prestación de las actuaciones públicas odontológicas. Sin embargo el estado de salud a los 12 años, tomado como referencia, no difiere en gran manera entre ellas.

**PALABRAS CLAVE:** salud bucodental, modelo asistencial público, modelo asistencial mixto.

### ABSTRACT

**Background:** Dental benefits of public and mix models for dental services are based on the rules from the decree (RD 1030/2006). The aim of this paper is to analyze dental benefits in the different autonomous territories (CC.AA.) in Spain with this models of dental assistance.

**Methods:** A questionnaire was sent to the responsible (or contact) person in the different CC.AA. When we had no answer, we got information available through public documents or on the Internet.

**Results:** In most of these autonomous regions, it is offered in the same dental care units attention to children, adults and priority groups (pregnant women and people with disabilities). Children prevention in all regions, reaches up to 14 years, while restorative treatments include different benefits and ages. All children under 6 years receive performances of individual and community promotion and prevention, in some of them. People with severe behavioral and physical limitations, although they have in most of the autonomous regions with specific resources, do not receive the same benefits in all of them. The same applies to pregnant women. The benefit is more uniform which is offered to the general population. With the exception of Asturias, there are no regular information on annual healthcare activity, nor coordination of territorial actions.

**Conclusions:** There are obvious inequalities between different autonomous regions, both in the organization and in the provision of dental public performances. However the state of health at age 12, taken as a reference, does not differ greatly between them.

**KEY WORDS:** oral health, public assistance model, mixed assistance model.

\* Profesora titular, departamento de Estomatología, Universitat de València. Odontólogo de Atención Primaria, departamento Hospital General de Valencia.

\*\* Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas. Dirección general de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Principado de Asturias.

\*\*\* Odontólogo de Atención Primaria, unidad de Salud Bucodental Tomelloso 1 y 2, gerencia de Atención Integrada Tomelloso.

\*\*\*\* Odontólogo de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid

\*\*\*\*\* Médico Estomatólogo de la Unidad de Salud Bucodental de Soria.

\*\*\*\*\* Higienista Bucodental de Atención Primaria, Sector Zaragoza III, Servicio Aragonés de Salud (Personal estatutario fijo del Servicio Aragonés de Salud)

### Correspondencia:

Carmen Llena. C/ Gascó Oliag nº 1. 46010 Valencia

**Correo electrónico:** llena@uv.es

### INTRODUCCIÓN

Hasta la década de los 80 del pasado siglo, la atención bucodental pública de la población española estaba limitada al tratamiento médico de los procesos agudos, a las exodoncias, al diagnóstico y al tratamiento médico y quirúrgico de la patología de las mucosas, de los maxilares, de la articulación témporo-mandibular y de las glándulas salivales.

A comienzos de 1980 se iniciaron los programas escolares de enjuagues fluorados y actividades de educación sanitaria en el ámbito escolar. Junto a esto se crearon las unidades de Odontología de Atención Primaria como unidades de apoyo a la Atención Primaria de Salud, donde se proponía desarrollar actividades de promoción y pre-

vención de la salud oral orientado a los niños y adolescentes, con aplicación de fluoruros de alta concentración y programas de aplicación de selladores de fosas y fisuras. A partir de 1990 se iniciaron las prestaciones de odontología restauradora, dirigidas a la población infantil y juvenil, siendo el País Vasco pionero en esta iniciativa, seguido por la Comunidad Foral de Navarra, ambos bajo un modelo de "Programa de Asistencia Dental Infantil" (PADI) con una legislación específica.

La evolución de la asistencia bucodental a la población infantil y adolescente en el país ha sido muy diferente, algunas comunidades se inclinaron por los mencionados modelos PADI (País Vasco, Navarra, Aragón, Andalucía, Extremadura, Murcia, Islas Baleares y Canarias), se trata de sistemas de financiación pública y provisión mixta en la que el grueso de la atención lo realizan dentistas privados concertados que son remunerados por un sistema de capitación para la atención general y por tarifas pactadas para algunas prestaciones especiales, además, hay un número de dentistas menor que son trabajadores de la administración pública, estatutarios o funcionarios que realizan también las prestaciones básicas <sup>(1)</sup>. Otras optaron por sistemas a los que se suele denominar mixtos, con una parte de provisión pública y otra de provisión privada con financiación pública (Castilla León, Castilla La Mancha), en las que las prestaciones básicas se realizan en el sistema público, mientras que otras, denominadas especiales las realizan dentistas privados, algunas a precio tasado y otras con precio libre. Finalmente, otras comunidades apostaron por modelos de financiación y provisión totalmente públicos (La Rioja, C. Valenciana, Madrid, Cataluña, Galicia, Asturias, Cantabria, Ceuta y Melilla).

Desde 1994 <sup>(2)</sup> se vienen realizando encuestas epidemiológicas quinquenales, a nivel nacional y con una metodología unificada, patrocinadas por el Consejo General de Dentistas, bajo la dirección técnica de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO). Todo ello permite disponer de una información fiable y comparable sobre la evolución del estado de salud oral de la población española, aunque es de destacar que no por iniciativa ni con recursos del Sistema Público de Salud. Además algunas CC.AA. realizan también encuestas periódicas, aunque no siempre con metodología OMS, lo que dificulta la comparación de los resultados entre ellas.

Han transcurrido 35 años desde que, al amparo de la Ley General de Sanidad, se comenzaron a incorporar actividades de promoción y prevención de salud oral, tal como se ha mencionado anteriormente, sin embargo la asistencia odontológica pública en España carece de una estructura organizada, de objetivos comunes, de alcance universal, de definición de grupos prioritarios, de responsables que planifiquen y dispongan de recursos y los distribuyan de forma equitativa y en la mayoría de los casos también de evaluación, como ya puso de manifiesto Cortés et al. en 2014 <sup>(3)</sup>.

**TABLA 1** Prestaciones previstas en el RD 1030/2006 (2)

Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención a la salud bucodental. La indicación de esta prestación se realiza por los odontólogos y especialistas en estomatología. La atención bucodental en atención primaria tiene el siguiente contenido:

- Información, educación para la salud y, en su caso, adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental.
- Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiéndose por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación témporo-mandibular. Incluye consejo bucodental, tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera, exodoncias, exodoncias quirúrgicas, cirugía menor de la cavidad oral, revisión oral para la detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.
- Exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas: incluye instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental, acompañadas de adiestramiento en higiene bucodental, y aplicación de flúor tópico de acuerdo a las necesidades individuales de cada mujer embarazada. 9.4 Medidas preventivas y asistenciales para la población infantil de acuerdo con los programas establecidos por las administraciones sanitarias competentes:

- Aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellados de fisuras u otras.

Se consideran excluidos de la atención bucodental básica los siguientes tratamientos:

- Tratamiento reparador de la dentición temporal.
- Tratamientos ortodóncicos.
- Exodoncias de piezas sanas.
- Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.
- Implantes dentarios.
- Realización de pruebas complementarias paraafines distintos de las prestaciones contempladas como financiadas por el Sistema Nacional de Salud en esta norma.

En el caso de personas con discapacidad que, a causa de su deficiencia, no son capaces de mantener, sin ayuda de tratamientos sedativos, el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, para facilitarles los anteriores servicios serán remitidas a aquellos ámbitos asistenciales donde se les pueda garantizar su correcta realización.

El RD 1030/2006 estableció una cartera de servicios comunes para todo el Sistema Nacional de Salud (Tabla 1) <sup>(4)</sup>, la cual incorporaba las obturaciones en los dientes permanentes, pero no fue hasta la entrada en vigor del RD 111/2008 <sup>(5)</sup>, que preveía una subvención para las comunidades que se acogieran en ese año, cuando algunas incorporaron las prestaciones restauradoras de una forma incremental por cohortes etarias. Algunas han alcanzado hasta los 14 años (+364 días) y lo están manteniendo, mientras otras se quedaron en los 8 años o bien han reducido las edades de prestación debido a los recortes producidos en los últimos años.

Existen tres documentos que, en los últimos 15 años han tratado de recopilar el desarrollo y evolución de la asisten-

**TABLA 2. Población infantil y juvenil con cobertura por CC.AA.**

	Población total en miles	0-5 años en miles	% 0-5 años	6-14 años en miles	% 6-14 años
Asturias	1004	42	4,2	71	7
Cantabria	585	31	5,3	49	9
Cataluña	7508	467	6,2	716	9,5
Ceuta	85	7	8,2	11	13
Melilla	86	9	10,5	12	14
Galicia	2733	127	4,6	131	4,8
Madrid	6437	4087	63,5	605	9,4
La Rioja	317	19	6	29	9,2
C. Valenciana	4980	289	5,8	467	9,4
Castilla Leon	2473	114	4,6	184	7,4
Castilla La Mancha	2060	122	6	196	9,5
Comunidades No PADI	21831	5314	18,8	2471	8,7
Comunidades PADI *	18159			1740	9,6
<b>Total</b>	<b>39990</b>			<b>4211</b>	<b>10,5</b>

Información obtenida de Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2015  
\*Dato tomado de Cortes FJ (8).

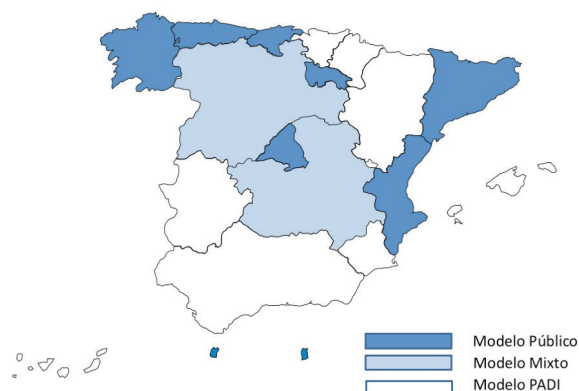


FIGURA 1: Comunidades Autónomas. Modelos de prestación de servicios

cia bucodental en España, dos de ellos editados por SESPO, y el último publicado en la RCOE en 2014, pero también realizado bajo la supervisión técnica de SESPO, donde se ha recopilado la legislación, carteras de servicios, modelos de provisión de los servicios, índices epidemiológicos en población infantil y juvenil, etc. (3,6,7).

En números anteriores de esta revista se hizo una evaluación mediante un análisis cuantitativo y cualitativo de la evolución de la asistencia bucodental en las CC.AA. con modelo asistencial tipo PADI<sup>(8)</sup>. Con el fin de completar el panorama del país, en el presente artículo se propone recopilar la información cuantificable de las comunidades con modelo asistencial público y mixto y hacer una reflexión sobre las posibles líneas de mejora que sería deseable que fueran emprendidas.

## MATERIAL Y MÉTODO

La provisión de los servicios de atención bucodental para la población infantil y juvenil en España se llevan a cabo

en base a tres modelos de provisión diferentes, modelo público, modelo mixto y modelo PADI cada uno con unas características específicas, tal como se ha comentado anteriormente. En el presente trabajo se presentará información referente a las CC.AA. que se rigen por modelo público o por el modelo mixto.

Para obtener la información se utilizaron dos tipos de fuentes, la primera fue un cuestionario estructurado remitido a los responsables o personas de contacto de las diferentes comunidades. La encuesta constaba de preguntas sobre datos cuantitativos referentes a: población general, población cubierta por el sistema, perfil asistencial y población a la que alcanza, profesionales implicados, datos epidemiológicos, tasa de

utilización anual, y coste del sistema. Aquellas en las que no se obtuvo respuesta o no fue posible contactar con responsables se obtuvo la información a través de la página web de la consejería de sanidad correspondiente, extrayendo la información de los documentos públicos disponibles. Otros datos que se solicitaron fueron: legislación específica, unidad de gestión específica, historia clínica informatizada, disponibilidad de una memoria anual de actividad y disponibilidad de protocolos específicos. La información se obtuvo entre mayo y septiembre de 2016. La información ha sido recopilada y tratada manualmente, se presentan los datos descriptivos mediante tablas y figuras que muestran el panorama en su conjunto de la atención bucodental de los niños y jóvenes de las CC.AA. con modelo asistencial público o mixto.

## RESULTADOS

Las Comunidades que respondieron a la encuesta fueron: Galicia, Asturias, C. de Madrid, Castilla León, Castilla la Mancha y C. Valenciana. Se obtuvieron los datos de las páginas web de La Rioja, Cantabria, Cataluña, Ceuta y Melilla.

### 1- Datos poblacionales

Las Comunidades con modelo público de provisión de atención bucodental a la población infantil y juvenil son: Asturias, Cantabria, Cataluña, Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, Galicia, Madrid, La Rioja y Comunidad Valenciana. En este momento en la Comunidad de Madrid se está planteando un cambio de modelo, pero todavía no se ha tomado una decisión, por lo que se incluye en este apartado. Poseen un modelo mixto las Comunidades de Castilla León y Castilla La Mancha. En la figura 1 se representan las CC.AA y sus modelos asistenciales en materia de salud bucodental.

Respecto a la población infantil en las diferentes

**TABLA 3.** Prestaciones “especiales” en las comunidades con modelo mixto

Castilla León	Castilla La Mancha
Apicoformación	Apicoformación
Endodoncia. Número de conductos	Endodoncia del grupo incisivo, canino, premolar y molar
Exodoncia de supernumerario erupcionado	Extracción de un supernumerario no erupcionado
Ferulización del grupo anterior	Ferulización del grupo anterior
Gran reconstrucción por traumatismo	Reconstrucción en el grupo anterior permanente, de lesiones debidas a traumatismos o malformaciones
Gran reconstrucción por malformación	Recubrimiento pulpar directo
Perno prefabricado intrarradicual	Perno prefabricado intrarradicular
Mantenedor de espacio	Sutura de tejidos blandos, excepto las incluidas en alguno de los anteriores
Reconstrucción	Reconstrucción después de tratamiento pulpar, traumatismo o malformación
Reimplante dentario	Reimplante dentario
Muñón metálico colado unirradicular	Ortodoncia. Estudio y plan de tratamiento
Corona completa de metal noble-porcelana	Ortodoncia con aparatología fija
Corona de acrílico	Ortodoncia con aparatología removible

Se recopilan los tratamientos denominados especiales en las CCAA con modelo mixto, las cuales son prestadas a precio tasado por dentistas privados. Estas prestaciones no se incluyen en las prestaciones básicas que realizan los dentistas del sistema público.

Comunidades, los datos se muestran en la *tabla 2*, la información se ha obtenido a partir de los datos de población del Instituto Nacional de Estadística, separando los niños de 0 a 5 años y los de 6 a 14 años.

**2- Perfil asistencial**

En el modelo público la provisión del servicio se realiza a través de dentistas e higienistas u otro personal auxiliar contratados por la administración y son quienes realizan todas las prestaciones previstas en la cartera de servicios de cada comunidad, trabajan en centros públicos, en la mayoría de los casos centros de salud o en centros de referencia públicos a los que se remite a los pacientes para algunos tratamientos específicos.

En las comunidades con modelo mixto, se diferencian prestaciones básicas de prestaciones especiales, entre las primeras se incluyen la prevención y las restauraciones dentales sencillas, las cuales se realizan en el ámbito público, mientras que las especiales, se llevan a cabo por dentistas privados, actualmente en las dos comunidades con este modelo a precio concertado. En ambas comunidades, el dentista del sistema público deriva al paciente para el tratamiento especial concreto al dentista privado a través de un documento específico de derivación y posteriormente recibe un informe del tratamiento que se ha

realizado. En la *Tabla 3*, se resumen los tratamientos especiales en cada una de las dos comunidades.

Los pacientes acceden a los servicios de salud dental remitidos desde las revisiones escolares previstas en diferentes edades, remitidos desde el inicio de las actividades preventivas en materia de salud bucodental, pediatría o a demanda. Además, algunas CC.AA envían cartas a los niños cuando cumplen los 6 años para invitarles a participar en el programa.

Las actividades preventivas y restauradoras se llevan a cabo con diferente grado de cobertura y a diferentes cohortes etarias. Algunas comunidades ofertan prestaciones preventivas desde el nacimiento, a demanda o por derivación a través de las unidades de pediatría, como la C. Valenciana, Galicia o Asturias, y a partir de los 6 años también prestaciones restauradoras en dentición permanente, mientras que en otras los niños menores de 6 años no tienen ningún tipo de atención odontológica, salvo el tratamiento de procesos agudos.

Como característica general destaca un perfil eminentemente preventivo en el que la educación sanitaria en el ámbito escolar, las exploraciones escolares, la educación sanitaria individualizada en la consulta, la aplicación profesional de flúor y la aplicación de selladores de fisuras constituyen una práctica común en todas ellas, aunque los rangos de edades y los protocolos no están definidos en la mayoría de los casos.

**TABLA 4.** Tipo de prestación restauradora y edades con cobertura en las CCAA con atención odontológica pública o mixta.

	<b>Restauración PM y M</b>	<b>Restauraciones sector anterior</b>	<b>Tratamientos pulpares</b>	<b>Ortodoncia</b>
Asturias	6-14	6-10 (unidad central)	6-10(unidad central)	No
Cantabria	6-10 años	6-10 años	No	(tutelados y grupos prioritarios)
Cataluña	¿?	¿?	¿?	No
Ceuta	¿?	¿?	No	No
Melilla	¿?	¿?	No	No
Galicia	6-8 años	6-8 años	No	No
C. de Madrid	6-14	No	No	No
La Rioja	6-14	6-14	No	No
C. Valenciana	6-14	6-14	6-14	No
Castilla León	6-14	6-14 (concertado a precio tasado)	6-14 (concertado a precio tasado)	No
Castilla La Mancha	6-14	6-14 (concertado a precio tasado)	6-14 (concertado a precio tasado)	Grupos prioritarios (concertado a precio tasado)

PM: Premolares, M: Molares

En la C. Valenciana, se dispone de un programa escrito en el que se definen las actividades a realizar en el ámbito escolar, en la consulta de pediatría y en las Unidades de Salud Bucodental. En el Principado de Asturias, se dispone de protocolos para todas las actividades clínicas que se realizan en las unidades de Salud Bucodental, disponibles en la Guía para la Atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria de Asturias. En el resto de Comunidades, según nuestro conocimiento, no existen protocolos comunes de actuación en el ámbito de la atención infantil y juvenil.

Los procedimientos restauradores presentan mayores diferencias por comunidades, en la *Tabla 4* se resumen los procedimientos de odontología restauradora que se realizan en cada comunidad y las edades de cobertura. Como puede apreciarse, la mayoría cubren las restauraciones de 6 a 14 años. Algunas, como la Comunidad de Madrid, solo las restauraciones de premolares y molares, otras han reducido la edad hasta los 8 o los 10 años.

La atención a mujeres embarazadas no es uniforme en todas las comunidades, mientras que en algunas están protocolizadas las revisiones e incluso una tartrectomía durante el embarazo y el postparto, como es el caso de Asturias o Castilla León, en otras no se realiza o se realiza de manera desigual en los diferentes distritos sanitarios o áreas de salud. Algunas CC.AA. realizan actividades de for-

mación específica respecto a cuidados orales en el embarazo y para el bebé con guías estandarizadas, aunque el alcance también es desigual.

La atención a los adultos, sigue el mismo patrón en todo el territorio español. En algunas comunidades está incorporada a las actividades del dentista de Atención Primaria, de manera conjunta con la atención a los niños, en otras todavía existen dentistas de cupo que realizan las exodoncias y el tratamiento de procesos agudos, que son las prestaciones básicas cubiertas por el momento.

Respecto a la asistencia a pacientes con limitaciones físicas o conductuales, cuando se trata de niños, son atendidos generalmente en las mismas unidades que los restantes niños con las mismas prestaciones, excepto que no puedan recibir atención ambulatoria y precisen ingreso hospitalario, en cuyo caso o bien son derivados a unidades especiales o a unidades hospitalarias, en caso de que se precise realizar el tratamiento con anestesia general o, como en el caso de Galicia, se derivan a la unidad de Pacientes Especiales de la Clínica Odontológica de la Universidad de Santiago de Compostela, al disponer de un convenio con la Universidad para ello.

Los pacientes adultos con limitaciones físicas o conductuales, generalmente poseen las mismas prestaciones que la población general, con algunas excepciones, como

**TABLA 5.** Recursos humanos disponibles en cada una de las CCAA con sistema de atención odontológica público o mixto

	Dentistas	Higienistas	Otros	Número de sillones/ dentista	USBD
Asturias	38	26	Auxi/Enfermería	1-2	38
Cantabria	7	2	Auxi/Enfermería		4+1 unidad móvil
Cataluña	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
Ceuta	3	1		1	3
Melilla	2	2	No	1	1
Galicia	103	103	No		75
C. de Madrid	127 AP/8 Cupo	90	Auxiliares	2-3	83
La Rioja	6 AP/3 Cupo	6	Enfermeras	1-2	6
C. Valenciana	76 AP/6 Cupo	95	No	1-3	76
Castilla León	76	60	Auxiliares/Enfermería	1-2	99
Castilla La Mancha	73 AP/ 1 Cupo	73	No	1-6	73

USBD: Unidades de Salud Buco Dental  
 Aquellas de las que no se dispone de datos se anotan como ¿?

◀ 19

Galicia, que deriva a los adultos a la misma Unidad de la Universidad de Santiago ya citada. Las prestaciones que reciben estos pacientes difieren muy sustancialmente entre las distintas comunidades, mientras que algunas solo ofrecen tratamiento quirúrgico, otras realizan odontología restauradora y tratamientos endodónticos de dientes unirradiculares, tratamientos periodontales básicos o incluso colocación de prótesis dentales. En Cantabria y en Castilla La Mancha algunos pacientes con malformaciones congénitas o tutelados, reciben tratamiento de ortodoncia en casos seleccionados.

**3- Recursos humanos y su perfil profesional.**

Por lo que respecta a los profesionales que prestan la atención, los datos se muestran en la *Tabla 5*. Puede apreciarse que en algunas Comunidades las Unidades Bucodentales están atendidas por dentistas e higienistas, mientras que en otras participa otro personal, como auxiliares de clínica o enfermería. También puede verse la coexistencia de diferentes modelos de atención, es decir comunidades en las que le dentista atiende niños y adultos y otras, como La Rioja, en las que están diferenciadas las funciones de los dentistas de atención primaria de las de los dentistas de cupo, u otras en las que solo quedan dentistas de cupo como figuras residuales, como ocurre en la C. de Madrid, en la C. Valenciana o en Castilla La Mancha.

**4- Datos epidemiológicos.**

Los indicadores epidemiológicos a la edad de 12 años se muestran en la *Tabla 6*. Si se exceptúa la ciudad autónoma

de Ceuta y Castilla y León, en la que los datos hallados son de hace 20 años, en el resto de comunidades, el porcentaje de niños con historia de caries a los 12 años oscila entre el 33,3 % de Galicia y el 45,8% de Cataluña. La mayoría de las comunidades se hallan por encima de la media nacional (33,3%). El valor medio del índice CAOD se halla por encima de la media nacional en todas las comunidades. El índice de restauraciones solo supera la media nacional en Galicia y en Cantabria. Es de destacar que solo la Comunidad de Madrid dispone de datos de 2015, el resto de comunidades los datos corresponden a estudios llevados a cabo entre 5 y 15 años atrás.

**5- Tasa de utilización del sistema y coste económico.**

En la mayoría de las comunidades no se dispone de la tasa de utilización del sistema, ni del coste económico que supone la asistencia bucodental, por lo que no se puede aportar mucha información en este sentido. En el Principado de Asturias, en 2015, la tasa de utilización fue del 45,7% y el coste de unos 3,5 millones de euros, esta es la única de las comunidades analizadas que cuenta con un dentista dentro de la estructura organizativa de la administración sanitaria. En Castilla Leon, la cobertura del programa en 2010 fue del 64,3 %.

**6- Legislación específica.**

En la actualidad, los programas públicos y mixtos tienen como referente para sus prestaciones el RD 1030/2006 de cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Algunas CC.AA. disponen de legislación específica, con-

**TABLA 6.** Prevalencia de caries a los 12 años en las diferentes CC.AA. con sistema de atención odontológica público o mixto y media nacional

	Año	CAOD	%CAOD>0	IR	Índice SIC
Asturias	2008	1,17	43,2	59,8%	3,13
Cantabria	2007	0,99	39,42	70,7%	--
Cataluña	2006	0,73	45,8	52,5%	--
Ceuta	1996	3,70	90	--	--
Melilla	--	--	--	--	--
Galicia	2010	0,72	33,3	73,5%	2,44
Madrid	2015	0,79	38,4	57%	--
La Rioja	--	--	--	--	--
C. Valenciana	2010	0,83	37,7	59%	2,36
Castilla Leon	1995	2,32			--
Castilla La Mancha	2004	1,09	40,8	49,5%	--
España	2015	0,71	33,3	61,9%	2,14

CAOD: suma de dientes permanentes cariados+ausentes+obturados IR: índice de restauraciones  
Índice SIC: índice de caries significante.

cretamente Cantabria, Castilla la Mancha y Castilla León. Cantabria dispone de ordenamiento jurídico específico para las prestaciones de ortodoncia (orden del 3 de octubre de 2001 de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria).

En Castilla La Mancha, la primera legislación específica disponible es del año 2005, tras la publicación del Decreto 273/2004, de 9 de noviembre. En el año 2006 se realizó una modificación del decreto anterior con la publicación del 34/2006, de 28 de marzo, aumentando las prestaciones a las personas con discapacidad, sin límite de edad, e implantando el programa para las edades de 8 y 9 años. De nuevo en 2007 se produjo otra modificación del decreto anterior con la publicación del decreto 55/2007, de 8 de mayo, en el que se implantaba el programa para las edades de 13, 14 y 15 años. En ellos se establecen las prestaciones básicas que realizan los dentistas contratados por el sistema sanitario público en atención primaria y las prestaciones especiales que serán realizadas por dentistas privados con unas tarifas máximas establecidas en base al acuerdo firmado en julio de 2016 entre la Consejería de Sanidad de Castilla La Mancha y los Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid y de Albacete, a los que pertenecen los odontólogos colegiados de Castilla la Mancha.

En Castilla León, el decreto 142/2003 de 16 de diciembre, establecía las prestaciones especiales que serían prestadas por dentistas privados concertados (en torno a 400 dentistas concertados) y a precio tasado. También en esta comunidad existe legislación específica para la atención a personas con discapacidad psíquica.

### 7- Gestión, informatización de los datos clínicos y memoria de actividades

De las CC.AA. con modelo público o mixto, solo en el Principado de Asturias existe un Área de Gestión Clínica de Salud Oral aprobada por el Consejo de Dirección del

Servicio de Salud. La gestión directa recae en las Gerencias de Área y la coordinación de las actuaciones es competencia de la Dirección General de Salud Pública, dentro de la Consejería de Sanidad, con un dentista responsable. En el resto de comunidades no existe una unidad de gestión específica ni un dentista a su cargo, hallándose ubicada la asistencia bucodental en la mayoría de los casos dentro del área de salud pública y programas de salud bajo la dirección de profesionales sanitarios no dentistas.

Se ha podido constatar la existencia de historia clínica informatizada en Castilla La Mancha, Asturias, Madrid y Comunidad Valenciana.

Solo dispone de memoria anual de actividades publicada el Principado de Asturias, en el resto de comunidades los datos son parciales y principalmente de las actividades escolares.

### DISCUSIÓN

Respecto a la caries dental, si se toman en consideración los datos de los estudios epidemiológicos nacionales llevados a cabo desde el año 2000 hasta el 2015, puede apreciarse en este último un descenso en torno a 12 puntos del porcentaje de niños de 12 años con historia de caries en la dentición permanente (10-12).

Los datos de Galicia de 2010, arrojan una situación de salud bucodental a los 12 años similar a la informada en el estudio nacional de 2015, con un IR 3,5 puntos superior al nacional. Excepto Cantabria y Galicia, el resto de comunidades presentan un IR inferior al obtenido en el último estudio nacional. En este sentido hay que señalar que la mayoría de las CC.AA con sistema asistencial público o mixto incorporaron los procedimientos restauradores, a partir de la entrada en vigor del RD 111/2008 y que la implementación fue incremental a partir de los 6 años, incorporando una o dos cohortes etarias por año. En este sentido, todos los datos referentes a IR de los estudios anteriores a 2008 no recogen la influencia de la incorporación



**FIGURA 1:** Profesionales implicados en equipos multidisciplinares necesarios para facilitar la accesibilidad a los servicios de atención odontológica

de las prestaciones restauradoras en los programas públicos de atención bucodental. El incremento del IR de 52,7% en 2010 a 61,9% en 2015 en el estudio nacional, podría ya poner de manifiesto la influencia de estos programas, sumados al papel que han desempeñado los programas PADI, con mayor tradición de prestaciones restauradoras en el país <sup>(11)</sup>. Sin embargo, no se aprecia de forma paralela una mejora en la salud bucodental de la población adulta, posiblemente hayan muchas razones que habría que analizar para tratar de explicar este hecho y que escapan al objetivo de este artículo, pero qué duda cabe de que los programas de salud bucodental, que tan eficaces parecen haber sido para los adolescentes de 6 a 15 años, no han logrado mantener su eficacia en la mejora de la salud oral de los adultos, si bien es inasumible para el sistema sanitario el coste de los tratamientos restauradores para toda la población, los programas de promoción y prevención deberían de mantenerse para toda la población, ya que ha sido ampliamente demostrado que aumentar el número de dentistas junta a una oferta asistencial muy especializada y a costes muy elevados no conduce a una mejora de la salud oral de las personas.

Aunque el índice CAOD a los 12 años es bajo en todas las comunidades con datos posteriores al año 2000, en los pocos casos en los que se dispone de información y también en el estudio nacional de 2015 sigue poniéndose en evidencia que un tercio de la población acumula la mayoría de la enfermedad, como se pone de manifiesto por el valor del índice SIC. No obstante si nos basamos en estudios nacionales, este índice se ha reducido de 3,52 en 2005 a 2,14 en 2015, también en los datos nacionales se informa que el 79,5 % de las caries en niños de 12 años se acumula en el 18% de los niños <sup>(12)</sup>.

La constatación, una vez más de que la enfermedad se halla especialmente acumulada en un grupo muy limitado de

personas debería de poner en alerta a los profesionales y a las administraciones para redoblar esfuerzos en el trabajo en equipo con pediatras, trabajadores sociales, educadores, agentes sociales, etc., para mejorar el acceso y la continuidad en el seguimiento de estos pacientes. En la *Figura 2* se muestra una amplia representación de profesionales cuyo trabajo en equipo es esencial para articular un mejor acceso a los servicios de las personas con mayores dificultades. En nuestro conocimiento, salvo actuaciones puntuales e individualizadas, los programas de provisión pública o mixta no tienen previstos procedimientos de recaptación específicos para pacientes de alto riesgo de enfermedad. Sin embargo, si es de destacar que la gran mayoría de las comunidades utilizan procedimientos de captación activos a través de las revisiones escolares a edades determinadas y a través de las consultas de pediatría con criterios de remisión a las unidades de odontología.

Si nos referimos al estado de caries en niños de 5-6 años, basados en los estudios epidemiológicos nacionales (8-12), puede apreciarse una estabilización de la prevalencia de enfermedad y del índice co-d. Ante este hecho, la importancia de tomar en consideración la necesidad de plantear intervenciones planificadas desde el embarazo y durante los primeros años de vida se hace patente, ya que según se constata la mayoría de las comunidades no disponen de programas definidos para la atención a la salud bucodental en edades tempranas de la vida, si bien en algunas de ellas sí que existen algunas actuaciones de promoción y de prevención, tanto en embarazadas como en niños menores de 6 años, la falta de unificación es todavía más llamativa que en las edades posteriores. En este sentido, las intervenciones coordinadas con matronas y pediatras son de vital importancia para abordar los aspectos de educación sanitaria adecuados durante el embarazo y los primeros años de vida sobre el riesgo de caries en la dentición primaria y su importancia como principal factor de riesgo de la caries en la dentición permanente. Un reciente estudio que evalúa el impacto de los programas de educación en salud oral de las embarazadas establece que aquellas madres que reciben orientación durante el embarazo sobre salud oral poseen una actitud más positiva para la salud oral con sus bebés, y tienen comportamientos respecto a hábitos, dieta e higiene más favorables para la salud del bebe que las que no lo reciben <sup>(13)</sup>. En este sentido en opinión de los autores se requiere reforzar los programas individuales y comunitarios dirigidos a embarazadas, bebés y niños menores de 6 años. Un aspecto muy relevante de las comunidades que se analizan en este trabajo es el muy limitado número de profesionales, oscilando la ratio entre 5.000 y 10.000 niños por dentista aproximadamente. Cada dentista atiende entre 1 y 3 consultas en centros de salud diferentes, lo que implica una importante dispersión, listas de espera mayores a un mes en algunos casos con la consiguiente limitación en la accesibilidad a la atención básica y la solicitud de visitas



urgentes para problemas que no son tales, sino una forma de acceder a una visita que no puede obtenerse en la visita programada. Esta es una cuestión sin resolver en el ámbito de la Atención Primaria y que afecta también a médicos de familia y pediatras, no pudiéndose atribuir esto a la desidia de los profesionales sino a una falta de adecuación de los recursos a las necesidades y a las ofertas de asistencia que se hacen a la población<sup>(14)</sup>. De la mano de este problema viene el escaso tiempo de atención a cada paciente, centrándose las visitas más en acciones intervencionistas que en acciones de educación, motivación y refuerzo de conductas saludables al niño y a los padres.

Respecto a la cualificación profesional del personal de las unidades de salud bucodental, no en todas las comunidades analizadas se cuenta con higienistas dentales. El papel del higienista en la educación sanitaria y en la promoción y prevención de la salud oral es claro y constituyen una figura esencial, siendo deseable que el quipo dentistas/higienista esté presente en todas las unidades. Actualmente, las comunidades evaluadas que cuentan con higienista en todas las unidades de salud bucodental son la C. Valenciana, Murcia, Castilla La Mancha, La Rioja, Ceuta y Melilla.

Una de las carencias importantes que se detectan en los programas analizados en el presente artículo, es la escasa información relativa los costes de los programas, tasas de utilización, perfil de los pacientes que no utilizan el sistema o no asisten a las visitas programadas y la ausencia de memorias anuales de actividad y de evaluación. Estos aspectos son de gran importancia para trabajar en la línea de hacer más equitativa la atención y planificar y reorientar los recursos y las actuaciones de una forma eficiente, máxime cuando nos referimos a recursos públicos limitados y a que tomar una determinada dirección en las actuaciones significa no realizar otras.

En definitiva, la asistencia bucodental pública en España podría definirse como caótica. En el sistema público de salud, solo los niños tienen derecho a medidas de prevención y tratamiento restaurador en la dentición permanente y de manera desigual entre las diferentes comunidades, sin embargo la administración sanitaria deja de lado a la población infantil de menos de 6 años, olvida que el cuidado de la salud bucodental comienza en la embarazada, también olvida a los adultos jóvenes y mayores, en los que la pérdida de dientes les limita para funciones tan básicas como una correcta alimentación, y, desde luego, no tiene resuelta la atención a las personas con limitaciones físicas o conductuales que no pueden recibir asistencia ambulatoria, a personas médicamente comprometidas, etc.

Los autores, vistos y analizados los datos, proponemos las siguientes medidas urgentes: 1) mejorar la equidad en la atención bucodental estableciendo una adecuada proporcionalidad entre el número de profesionales y la población a atender, favoreciendo procedimientos de colaboración interprofesional para mejorar la accesibilidad y continui-

dad, especialmente en los grupos más desfavorecidos; 2) completar la creación de equipos odontológicos formados por higienistas y dentistas en todas las comunidades; 3) unificar protocolos y medidas de actuación comunes para todas las comunidades que incluya desde el embarazo, hasta los 15 años; 4) disponer de sistemas de registro unificados que permitan realizar memorias anuales y evaluación periódica tanto de los indicadores económicos como de los indicadores de actividad, con criterios comunes; 5) crear unidades de gestión específicas de salud bucodental dentro de las estructuras organizativas de las consejerías de sanidad de las diferentes CC.AA.

**Agradecimientos:** Francisco García-Navas Romero; Consuelo López-Fernández-de Heredia Izquierdo; Jesús Liñares Mallón; José Javier Ventosa Rial; José Juan Pérez Boutoureira.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Simón F. El PADI del País Vasco. El principio de un modelo para la salud. En: Castaño A, Ribas D, ed. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto*. Sevilla: *Fundación Odontología Social*. 2012: 625-632.
2. Noguerol B, Llodra JC, Sicilia A, Follana M. La salud bucodental en España. 1994. Antecedentes y perspectivas de futuro. Madrid: *Ediciones Avances*, 1995.
3. Cortés FJ, Cerviño S, Blanco JM, Simón F. Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013. *RCOE* 2014;19 (Supl. 1):12-42.
4. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
5. Real Decreto 111/2008, de 1 de febrero, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a las Comunidades autónomas para la promoción de actividades para la salud bucodental infantil durante el año 2008
6. Cortés FJ, Esparza F. Servicios públicos de salud bucodental en España. *Legislación y Cartera de Servicios de las CCAA*. 2001. Madrid: *SESPO*;2001
7. Cortés FJ, Cerviño S, Casals E. Servicios públicos de salud bucodental en España. *Legislación y Cartera de Servicios de las CCAA*. 2005. Madrid: *SESPO*; 2005.
8. Cortés FJ. El sistema PADI (Programa de Asistencia Dental Infantil). Estudio de la Comunidades Autónomas que proveen atención dental con este modelo en España. *RCOE* 2016 21:191-200
9. Llodra JC, Bravo M, Cortés FJ. Encuesta de salud oral de España (2000). *RCOE* 2002; 7 (Monográfico):19-63.
10. Bravo M, Casals E, Cortés FJ, Llodra JC. Encuesta de salud oral en España 2005. *RCOE* 2006; 11:409-456.
11. Llodra JC. Encuesta de salud oral en España 2010. *RCOE* 2012; 17:13- 41.
12. Bravo M, Almerich JM, Ausina V, Avilés P, Blanco JM, Canorea E, Casals E, Gómez G, Hita C, Llodra JC, Monge M, Montiel JM, Palmer PJ, Sainz C. Encuesta de salud oral en España 2015. *RCOE* 2016;20 (Supl. 1): 6-48.
13. Rigo L, Dalazen J, Garbin RR. Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children. *Einstein* (Sao Paulo). 2016; 14: 219-225.
14. Grenzne V. Family Medicine and Waiting Lists. *Atención Primaria*. 2004; 33:457-461.