

**EL PADI EN EL PAÍS VASCO Y NAVARRA.
ACTIVIDAD, OPINIÓN DE SUS DENTISTAS
Y EPIDEMIOLOGÍA. (1990–2002).**

**El PADI en el País Vasco y Navarra.
Actividad, opinión de sus dentistas
y epidemiología. (1990–2002).**

**Federico Simón Salazar
(Ed.)**

PROMOLIBRO
VALENCIA
2006

COLECCIÓN ODONTOLOGÍA
DIRECTOR: LEOPOLDO FORNER NAVARRO

EDITORIAL PROMOLIBRO
Luís Mayans Nº 7 bajo
46009 Valencia
Telf. 96361209 Tel/Fax: 963933138
E-mail: promolibro@terra.es
<http://www.promolibro.com>

IMPRIME: Promoción del libro Universitario S.L.
Paseo de las Facultades, 10
46021 Valencia

Reservados todos los derechos. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 270 y siguientes del Código Penal vigente, podrán ser castigados con penas de hasta cuatro años de prisión y multa de hasta 24 meses, quienes reproduzcan, plagien, distribuyan o comuniquen públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística, científica, o su transformación, fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización.

© Promolibro. SESPO.

ISBN: 84-7986-571-7
Depósito Legal: V- 4138-2006

Autores:

Federico Simón Salazar

Médico Estomatólogo. Doctor en Medicina y Cirugía.

Javier Cortés Martincorena

Médico Estomatólogo. Doctor en Medicina y Cirugía.

Juan Carlos Llodra Calvo

Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria.
Facultad de Odontología, Granada.

Manuel Bravo Pérez

Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria.
Facultad de Odontología, Granada.

PRÓLOGO

PRÓLOGO

La Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral, entre sus funciones tiene la de elaborar documentos que puedan servir de apoyo a los profesionales implicados en el ámbito de la Salud Oral en sus vertientes individual y comunitaria.

La presente monografía recoge la evolución, tanto cualitativa como cuantitativa de los Programas de Asistencia Dental infantil (PADI) en las dos comunidades pioneras en su implantación (País Vasco y Navarra) y el grado de satisfacción de los profesionales implicados. Así como la comparación del estado de salud bucal de los niños en esas dos comunidades con el resto de España, según los datos del último estudio epidemiológico nacional del año 2000.

En ambas comunidades se ha logrado después de los 12 años de implantación, que se evalúan en la monografía, una cobertura de alrededor del 67 %, no existen grandes diferencias entre los porcentajes de tratamientos realizados en una y otra comunidad. El perfil de los profesionales implicados en el no muestra diferencias entre hombres y mujeres, con una media de edad de 41 años y con una experiencia media de trabajo de 14 años. La integración de los dentistas privados ha ido incrementándose, hasta superar con mucho a los del sistema público, mostrando un grado de satisfacción ligeramente superior los de Navarra con respecto a los del País Vasco (62 y 56 % respectivamente para el ítem bastante satisfecho), la mayor insatisfacción corresponde a los honorarios y al sistema de capitación. Los aspectos más positivos que señalan los profesionales implicados son la mejora en la salud bucal de los niños y que se provee asistencia dental desde edades muy tempranas. En general las expectativas frente al programa han mejorado a lo largo de su evolución. En ambos casos, pese al incremento de provisión privada, la financiación ha sido pública y mediante sistema de capitación.

Por lo que respecta a la salud bucodental de los niños, comparando los datos con el resto del territorio nacional, el dato más destacable es la mayor cantidad de patología tratada, siendo muy similares los índices CAO-D, el componente O es más elevado en estas comunidades que en el resto de España, también lo es el número de dientes sellados. En ambas comunidades se aprecia una tendencia

hacia la menor influencia del nivel socioeconómico en el estado de salud oral de los niños.

La mejora global de la salud oral de los niños y la satisfacción aceptable por parte de los profesionales que participan en los dos PADI con mayor tiempo de implantación y con resultados satisfactorios, han inducido a muchas comunidades autónomas a implementar modelos similares sin una revisión y un análisis de la situación real de salud de la población y de los recursos tanto públicos como privados de los que hoy se dispone en el ámbito odontológico.

Actualmente la mayoría de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, han desarrollado su modelo de atención dental infantil siguiendo los principios de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. La evolución en cada una de ellas de la Salud de la población infantil y de la satisfacción de los usuarios y proveedores, tendrá que ir marcando el camino a seguir, pero un paso importante, cual es el de garantizar la asistencia bucodental básica a la población infantil, está en vías de lograrse dentro del Sistema Sanitario Público en España.

En esta monografía se analiza muy pormenorizadamente la evolución del modelo PADI, tanto en referencia a cobertura y satisfacción de los profesionales que prestan el servicio como al estado de salud oral de los niños. No quiero dejar de agradecer el esfuerzo de recopilación y síntesis que han hecho los autores con el fin de facilitarnos no solo los datos crudos, sino sobre todo su interpretación comparada.

SESPO, mediante esta monografía, espera aportar un documento de utilidad para todos aquellos profesionales que se encuentran implicados en llevar adelante planes de atención de salud bucal y para todos los interesados en la Salud Bucodental Comunitaria.

Maria Carmen Llena Puy
Presidente de SESPO

**1. DESARROLLO DEL PADI DEL PAÍS VASCO
Y NAVARRA (1990-2002)**
(Federico Simón Salazar)

1.1. UTILIZACIÓN	17
1.1.1. Utilización del PADI en el País Vasco	17
1.1.2. Utilización del PADI en Navarra	20
1.1.3. Comparación del PADI en el País Vasco-Navarra	21
1.2. ASISTENCIA	22
1.2.1. Asistencia General y Adicional del PADI en el País Vasco	22
1.2.2. Asistencia del PADI en Navarra	26
1.2.3. Asistencia del PADI en los últimos cuatro años (1999-2002) en el País Vasco y Navarra	28
1.2.4. Asistencia General dispensada en el País Vasco según provisión (Pública/Concertada)	30
1.2.5. Asistencia dispensada por cada cohorte en el último ejercicio en PADI del País Vasco	31
1.3. COSTE. Costes de la asistencia concertada del PADI.	33

**2. OPINIÓN Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE
LOS PROFESIONALES CONCERTADOS DEL
PADI EN EL PAÍS VASCO Y NAVARRA**
(Javier Cortés Martincorena)

2.1. METODOLOGÍA DE LAS ENCUESTAS	44
2.2. OPINIÓN AL INICIO (País Vasco 1990, Navarra 1991)	46
2.2.1. País Vasco, 1990 (Vizcaya y Guipúzcoa)	46
2.2.2. Navarra, 1992	50
2.3. OPINIÓN A LOS TRES AÑOS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PADI Y EXPECTATIVAS EN 2003 (País Vasco y Navarra, 2003).	53

2.5. EVOLUCION DE LAS OPINIONES Y CONCLUSIONES FINALES	69
--	----

3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS: ANÁLISIS *(Juan Carlos Llodra Calvo)*

3.1. ESTADO DE SALUD BUCODENTAL EN NAVARRA Y PAÍS VASCO	73
3.1.1. Navarra	73
3.1.2. País Vasco	75
3.2. COMPARACIÓN CON EL ESTADO ASÍ COMO CON OTRAS CCAA	76
3.2.1. España (2000)	76
3.2.2. Cataluña (1997)	79
3.2.3. Andalucía (2001)	81
3.2.4. Extremadura (2001)	82
3.3. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS COMPONENTES DEL INDICE CAOD EN EL GRUPO DE 12 AÑOS	83
3.4. ANALISIS COMPARATIVO DE LA DISTRIBUCION DE LOS SUJETOS DE ALTO RIESGO DE CARIES EN EL GRUPO DE 12 AÑOS	84
3.5. ANÁLISIS DE VARIABLES SOCIO-ECONÓMICAS EN LA SALUD ORAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL	85
3.5.1. Influencia del nivel socio-económico (NSE)	85
3.5.2. Influencia del núcleo de residencia (urbano/rural)	85
3.6. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA SALUD ORAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL	86
3.6.1. Presencia de selladores de fisuras (grupo de 12 años)	86
3.6.2. Análisis de índices cualitativos (grupo de 14-15 años)	86
3.7. ANÁLISIS GLOBAL Y CONCLUSIONES	88
3.7.1. En relación a la prevalencia de caries	88
3.7.2. En relación a los índices de caries	88

3.7.3. En relación a los componentes del índice CAOD	89
3.7.4. En relación a la distribución de los sujetos de Alto Riesgo de caries (ARC)	89
3.7.5. En relación a las variables socio-económicas	90
3.7.6. En relación al análisis cualitativo de salud oral	90
3.8. CONCLUSIONES	91

4. DISCUSIÓN CONJUNTA DE LOS HALLAZGOS *(Manuel Bravo Pérez)*

4.1. EL ANÁLISIS DE RECURSOS	95
4.2. ANÁLISIS DEL PROCESO	97
4.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	99

5. BIBLIOGRAFÍA	101
------------------------	------------

DESARROLLO DEL PADI DEL PAIS VASCO Y NAVARRA (1990-2002)

Federico Simón Salazar
Médico Estomatólogo. Doctor en Medicina y
Cirugía.

1. DESARROLLO DEL PADI DEL PAIS VASCO Y NAVARRA (1990-2002)

Federico Simón Salazar

El desarrollo del PADI en el País Vasco se divide en dos fases. Una primera fase “incremental” (1990-1997) en la que se van incorporando nuevas cohortes en cada ejercicio; y una segunda fase “institucional” (1998-2002), donde la asistencia básica dental de los niños de 7 a 15 años queda establecida como una parte de la asistencia asegurada a la población del País Vasco. Igualmente, en Navarra, una primera fase incremental (1991-1998) incorpora nuevas cohortes de niños y una segunda fase institucional estabiliza y consolida el sistema. El PADI de Navarra comenzó a desarrollarse un año después que el del País Vasco, pero cubre una cohorte más de niños al incluir, desde su inicio, a los niños de seis años (Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Fase incremental e institucional de los PADIs del País Vasco y Navarra

PAIS VASCO			NAVARRA		
Ejerc.	Edades incluidas	Pobl. diana	Ejerc.	Edades incluidas	Pobl. diana
1990	7	24.043	1991	6-7	11.755
1991	7-8	46.636	1992	6-7-8	17.219
1992	7-8-9	65.773	1993	6-7-8-9	22.257
1993	7-8-9-10	84.642	1994	6-7-8-9-10	27.513
1994	7-8-9-10-11	101.122	1995	6-7-8-9-10-11	32.635
1995	7-8-9-10-11-12	117.778	1996	7-8-9-10-11-12	37.484
1996	7-8-9-10-11-12-13	133.612	1997	7-8-9-10-11-12-13	42.428
1997	7-8-9-10-11-12-13-14	148.863	1998	7-8-9-10-11-12-13-14	47.213
1998	7-8-9-10-11-12-13-14-15	162.213	1999	7-8-9-10-11-12-13-14-15	52.032
1999	7-8-9-10-11-12-13-14-15	155.046	2000	7-8-9-10-11-12-13-14-15	50.803
2000	7-8-9-10-11-12-13-14-15	149.117	2001	7-8-9-10-11-12-13-14-15	49.731
2001	7-8-9-10-11-12-13-14-15	142.408	2002	7-8-9-10-11-12-13-14-15	50.150
2002	7-8-9-10-11-12-13-14-15	139.192			

Tabla 2. *Número de niños atendidos en los PADIs del País Vasco y Navarra cada año*

	País Vasco	Navarra
1990	8.466	
1991	18.658	4.392
1992	30.126	6.495
1993	42.452	9.151
1994	54.022	11.551
1995	67.221	14.653
1996	80.627	18.203
1997	90.651	22.747
1998	100.811	28.070
1999	97.387	31.369
2000	90.137	31.869
2001	93.606	32.435
2002	90.843	33.695

En estos años, más de un millón de revisiones (1.109.637) junto a sus respectivos cursos de asistencia preventiva y reparadora, el 78% (865.007) en el País Vasco y el 22% (244.630) en Navarra, han sido realizados por los dentistas de cabecera del PADI.

Actualmente, un total de los 700 profesionales (97% son dentistas concertados del sector privado) desarrollan los PADIs del País Vasco y Navarra. En el País Vasco, de 1.218 colegiados, 507 (42%) son dentistas concertados; en Navarra, de 231 colegiados, 173 (75%). Estos 680 dentistas concertados forman el cuadro facultativo de dentistas de cabecera del PADI junto a 20 dentistas de los servicios públicos (Osakidetza y Osasunbidea).

Los últimos cinco ejercicios (1998-2002), concentran el 57% (630.222 cursos de asistencia en población de 6 a 15 años) de la actividad desarrollada

hasta la fecha por los PADIs del País Vasco y Navarra. En estos años, la provisión del servicio ha sido mayoritariamente privada; la financiación totalmente pública; y el sistema de pago por capitación (95%) e ítem (5%) para los dentistas privados y por salario para los públicos.

La experiencia acumulada en utilización, perfil asistencial y costes, se describe a continuación.

1.1. UTILIZACIÓN

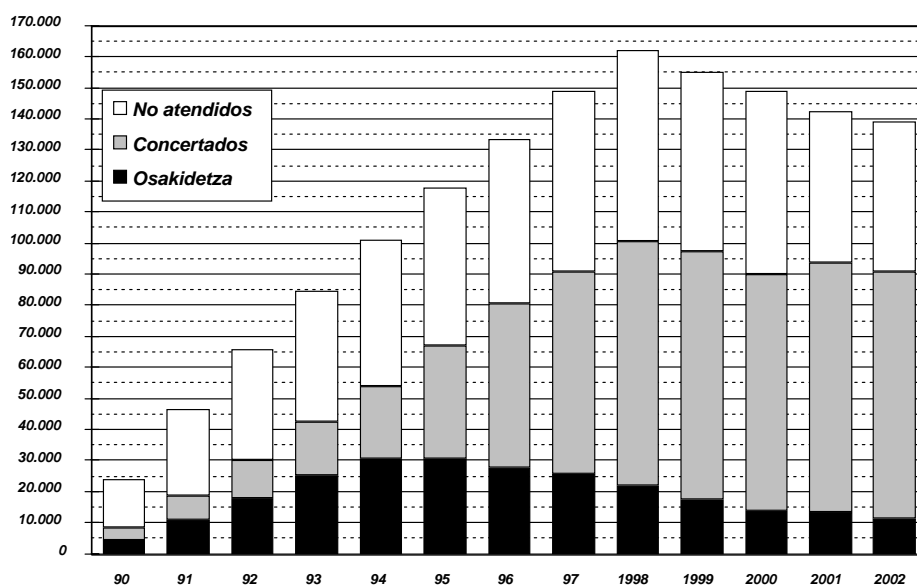
1.1.1. Utilización del PADI en el País Vasco

La Tabla 3 y fig.1 muestran el número de niños atendidos por el PADI en el País Vasco, tanto por los dentistas concertados como por los pertenecientes al sector público. La última fila muestra la población diana, que tiene derecho a la utilización del PADI cada ejercicio.

Tabla 3. *Número de niños atendidos en el PADI del País Vasco, por ejercicio*

	No atendidos	Concertados	Públicos	Total PADI	Población
1990	15.577	4.114	4.352	8.466	24.043
1991	27.978	7.956	10.702	18.658	46.636
1992	35.647	12.212	17.914	30.126	65.773
1993	42.190	17.048	25.404	42.452	84.642
1994	47.100	23.413	30.609	54.022	101.122
1995	50.557	36.637	30.584	67.221	117.778
1996	52.985	52.929	27.698	80.627	133.612
1997	58.212	65.187	25.464	90.651	148.863
1998	61.402	79.034	21.777	100.811	162.213
1999	57.659	79.774	17.613	97.387	155.046
2000	58.980	76.274	13.863	90.137	149.117
2001	48.802	80.276	13.330	93.606	142.408
2002	48.349	79.714	11.129	90.843	139.192

Figura 1. Número de niños atendidos en el PADI del País Vasco, por ejercicio



Se aprecia la fase incremental del PADI (1990-1997) hasta incluir en 1998 a 162.213 niños como población diana y superar los cien mil niños atendidos en ese ejercicio. Durante los cinco ejercicios (1998-2002) en que el PADI cubre a los niños de 7 a 15 años se aprecia la reducción de su población diana por efecto de la caída de la natalidad.

La utilización del sector público durante los últimos ejercicios se ha ido reduciendo en número total de usuarios desde más de 30.000 a poco más de 11.000. Junto a ello persiste hasta la fecha una bolsa de cerca de 50.000 niños no atendidos por el PADI en cada ejercicio.

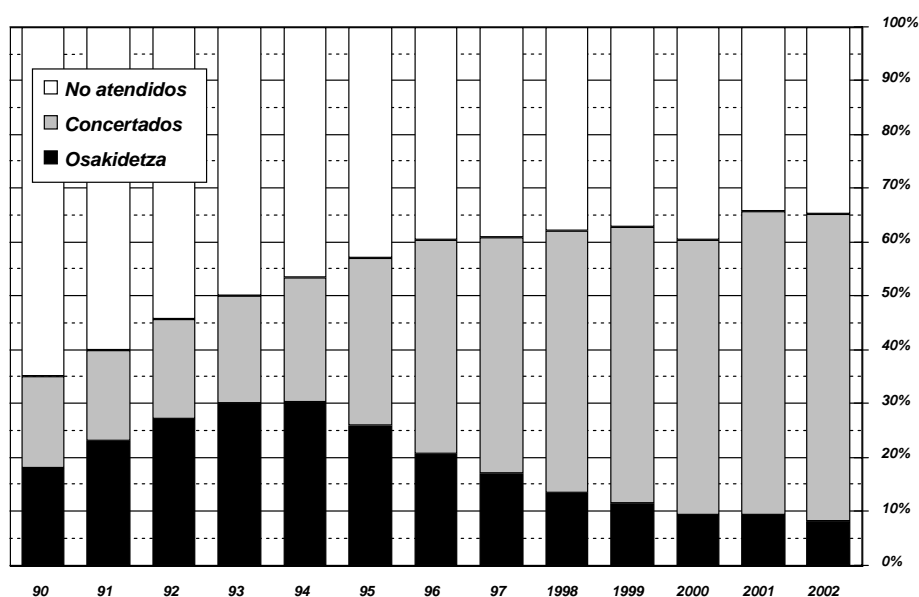
La Tabla 4 muestra la utilización porcentual (cuota) del PADI en el País Vasco cada ejercicio,

diferenciando la cuota del sector público de la del sector concertado. La Figura 2 recoge la cuota de los sectores público y concertado sobre el total de la población diana en cada ejercicio. El crecimiento constante de la utilización del PADI de los primeros seis ejercicios (25 puntos de incremento) se ralentiza en los últimos siete ejercicios (5 puntos de incremento). En los últimos ejercicios los sectores público y concertado han evolucionado de forma opuesta, con un crecimiento sostenido de la cuota del sector concertado producido en gran parte a costa de la cuota del sector público. El sector público ha pasado de tener una cuota de más del 30% de la población diana en 1993 y 1994, a menos del 10%.

Tabla 4. *Porcentaje de utilización (cuota) del PADI en el País Vasco, por ejercicio*

	No atendidos	Concertados	Públicos	PADI	Población
1990	64.79%	17.11%	18.10%	35.21%	100.00%
1991	59.99%	17.06%	22.95%	40.01%	100.00%
1992	54.20%	18.57%	27.24%	45.80%	100.00%
1993	49.85%	20.14%	30.01%	50.15%	100.00%
1994	46.58%	23.15%	30.27%	53.42%	100.00%
1995	42.93%	31.11%	25.97%	57.07%	100.00%
1996	39.66%	39.61%	20.73%	60.34%	100.00%
1997	39.10%	43.79%	17.11%	60.90%	100.00%
1998	37.85%	48.72%	13.42%	62.15%	100.00%
1999	37.19%	51.45%	11.36%	62.81%	100.00%
2000	39.55%	51.15%	9.30%	60.45%	100.00%
2001	34.27%	56.37%	9.36%	65.73%	100.00%
2002	34.74%	57.27%	8.00%	65.26%	100.00%

Figura 2. Porcentaje de utilización (cuota) del PADI en el País Vasco, por ejercicio



En 2002, de cada 100 niños con derecho al PADI, 57 han acudido a dentistas concertados, 8 ha utilizado el sector público y 34 no han acudido a su revisión anual. Uno de cada tres niños de 7 a 15 años del País Vasco quedó sin atender por el PADI en el último ejercicio.

1.1.2. Utilización del PADI en Navarra

La Tabla 5 muestra la utilización del PADI en Navarra, tanto en número total de usuarios como de forma porcentual (cuota).

Tabla 5. Utilización del PADI de Navarra

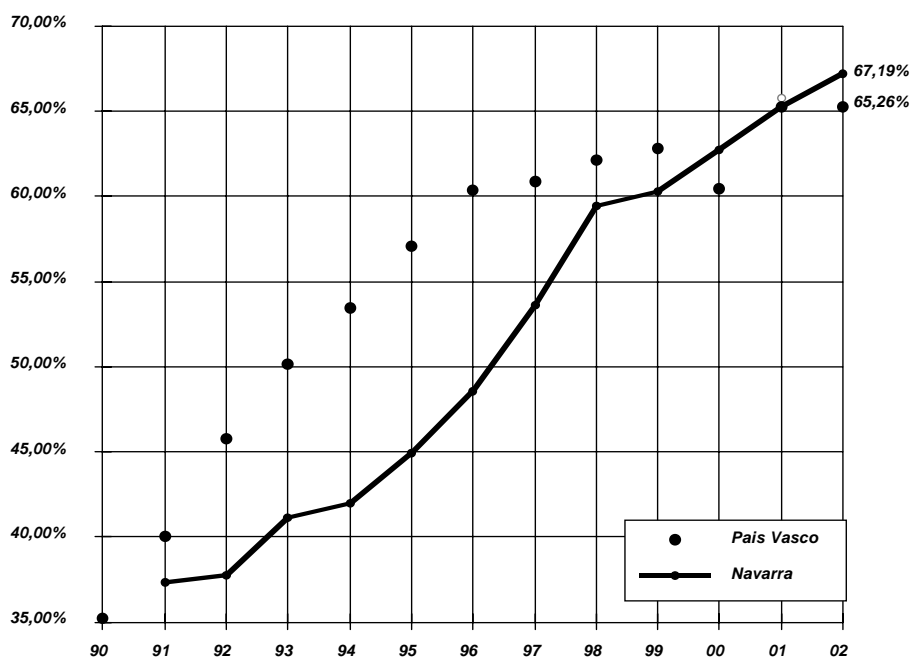
	No atendidos	Atendidos	Población diana
1991	7.363	4.392	11.755
1992	10.724	6.495	17.219
1993	13.106	9.151	22.257
1994	15.962	11.551	27.513
1995	17.982	14.653	32.635
1996	19.281	18.203	37.484
1997	19.681	22.747	42.428
1998	19.143	28.070	47.213
1999	20.663	31.369	52.032
2000	18.934	31.869	50.803
2001	17.296	32.435	49.731
2002	16.455	33.695	50.150

	No atendidos	Atendidos	Población diana
1991	62,64	37,36	100,00
1992	62,28	37,72	100,00
1993	58,88	41,12	100,00
1994	58,02	41,98	100,00
1995	55,10	44,90	100,00
1996	51,44	48,56	100,00
1997	46,39	53,61	100,00
1998	40,55	59,45	100,00
1999	39,71	60,29	100,00
2000	37,27	62,73	100,00
2001	34,78	65,22	100,00
2002	32,81	67,19	100,00

1.1.3. Comparación País Vasco-Navarra

La Figura 3 compara la utilización porcentual de los PADI's del País Vasco y Navarra desde 1990 a 2002. La quiebra de la tendencia del crecimiento sostenido en los primeros seis ejercicios y los retrocesos de 2000 y 2002 del PADI en el País Vasco, contrasta con la consistencia del crecimiento de la utilización porcentual del PADI en Navarra.

Figura 3. Evolución de la cuota de utilización del PADI en el País Vasco y Navarra



1.2. ASISTENCIA

1.2.1. Asistencia General y Adicional del PADI en el País Vasco

Desde 1990 a 2002, los setecientos dentistas de cabecera de los PADI's del País Vasco y Navarra han realizado además de 1.109.673 revisiones anuales, 746.556 selladores de fisuras, 349.200 obturaciones, 8.260 extracciones y 11.659 tratamientos pulpares (todo ello sobre dentición permanente), desarrollando de esta forma lo previsto en los protocolos preventivos y reparadores con los que opera el PADI.

Tabla 6. Asistencia General en el País Vasco

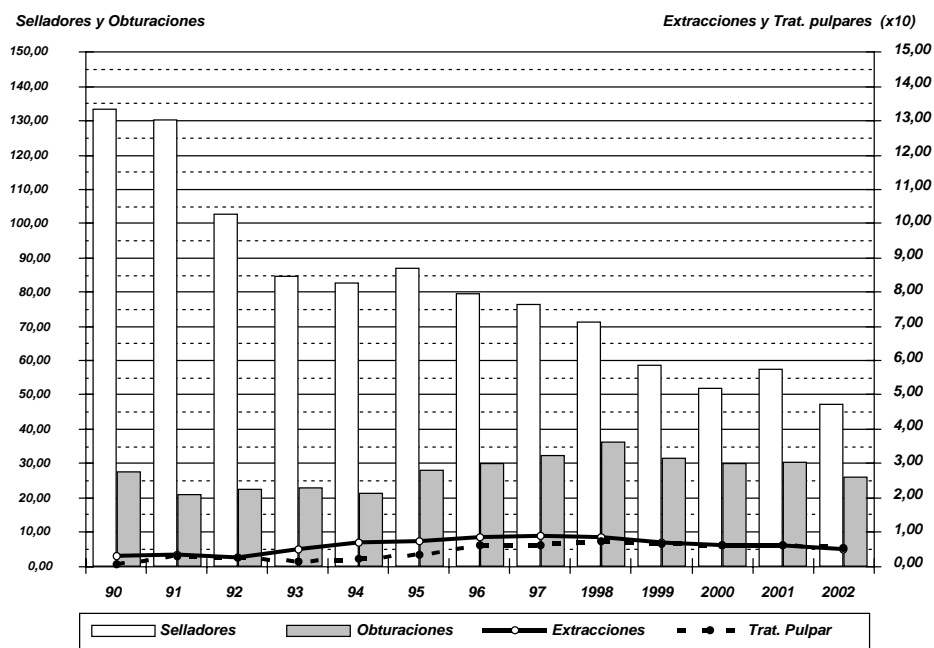
	Revisiones	Selladores	Obturaciones	Extracciones	Traf. Pulpar
1990	8.466	11.297	2.356	26	5
1991	18.658	24.337	3.951	59	53
1992	30.126	30.965	6.811	79	76
1993	42.452	35.948	9.832	203	55
1994	54.022	44.843	11.702	365	113
1995	67.221	58.702	18.880	505	212
1996	80.627	64.196	24.184	693	484
1997	90.651	69.503	29.465	795	557
1998	100.811	72.001	36.681	847	756
1999	97.387	57.454	30.910	687	659
2000	90.137	47.111	27.198	550	575
2001	93.606	53.974	28.453	594	591
2002	90.843	43.123	23.977	450	502

	Selladores	Obturaciones	Extracciones	Traf. Pulpar
1990	133,44	27,83	0,31	0,06
1991	130,44	21,18	0,32	0,28
1992	102,78	22,61	0,26	0,25
1993	84,68	23,16	0,48	0,13
1994	83,01	21,66	0,68	0,21
1995	87,33	28,09	0,75	0,32
1996	79,62	29,99	0,85	0,60
1997	76,67	32,50	0,87	0,61
1998	71,42	36,38	0,84	0,74
1999	58,99	31,73	0,70	0,67
2000	52,26	30,17	0,61	0,63
2001	57,66	30,40	0,63	0,63
2002	47,47	26,39	0,49	0,55

La Tabla 6 y fig. 4 muestran la Asistencia General dispensada en el País Vasco en estos años, tanto en cifras absolutas, como en porcentaje (perfil) por cada cien niños. La carga asistencial por cada 100 niños se ha ido reduciendo a lo largo de la fase incremental (1990-1997), y se mantiene con tendencia a la baja en la fase institucional (1998-2002). Debe reseñarse que el segundo eje de ordenadas de la fig.

4, sobre el que se representan las extracciones y tratamientos pulpares, está aumentado 10x para poder visualizar su trazado.

Figura 4. Perfil de la Asistencia General en el País Vasco



La Asistencia Adicional, motivada por traumatismos y malformaciones en incisivos y caninos, dispensada en el País Vasco por los dentistas de cabecera del PADI se recoge en la Tabla 7 y en la fig. 5. En su conjunto suponen 24.498 obturaciones y 2.969 tratamientos pulpares de dientes anteriores. La Tabla 7 muestra la Asistencia Adicional dispensada en el País Vasco en estos años, tanto en

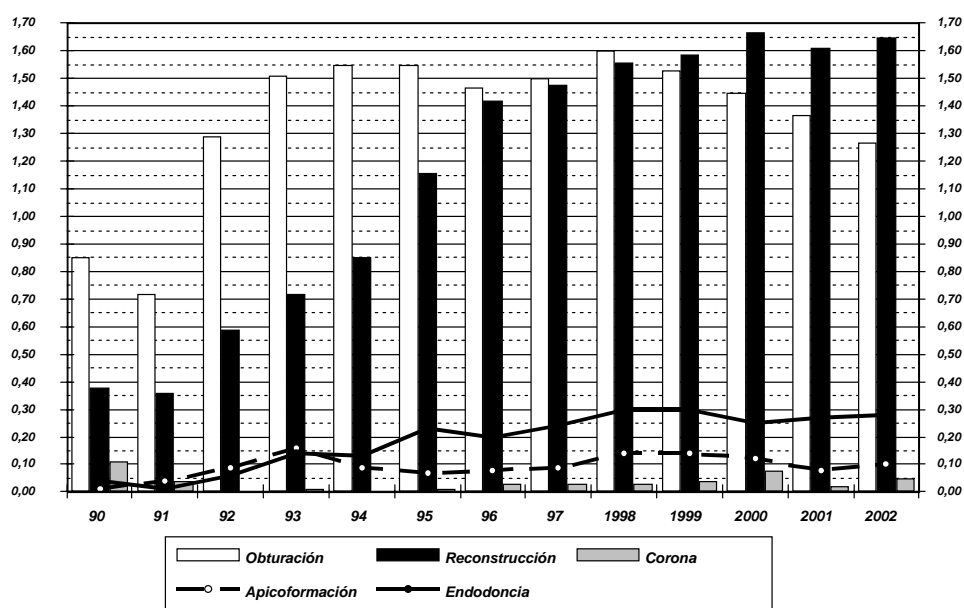
cifras absolutas, como en porcentaje (perfil) por cada cien niños. En los cinco ejercicios de la fase institucional (1998-2002) del PADI en el País Vasco, un promedio de 2,43 niños de cada 100, han requerido Asistencia Adicional.

Tabla 7. Asistencia Adicional en el País Vasco

	Obturación	Reconstrucc.	Apicoformación	Endodoncia	Corona
1990	72	32	1	3	9
1991	135	67	7	2	7
1992	388	179	27	18	0
1993	639	305	66	61	4
1994	835	457	49	69	2
1995	1.041	782	48	155	6
1996	1.191	1.147	66	166	30
1997	1.362	1.340	84	218	29
1998	1.620	1.582	148	306	35
1999	1.495	1.558	143	301	41
2000	1.313	1.507	110	234	79
2001	1.286	1.509	78	256	20
2002	1.153	1.503	91	262	52

	Obturación	Reconstrucc.	Apicoformación	Endodoncia	Corona
1990	0,85	0,38	0,01	0,04	0,11
1991	0,72	0,36	0,04	0,01	0,04
1992	1,29	0,59	0,09	0,06	0,00
1993	1,51	0,72	0,16	0,14	0,01
1994	1,55	0,85	0,09	0,13	0,00
1995	1,55	1,16	0,07	0,23	0,01
1996	1,47	1,42	0,08	0,20	0,03
1997	1,50	1,48	0,09	0,24	0,03
1998	1,60	1,56	0,14	0,30	0,03
1999	1,53	1,59	0,14	0,30	0,04
2000	1,45	1,67	0,12	0,25	0,08
2001	1,37	1,61	0,08	0,27	0,02
2002	1,27	1,65	0,10	0,28	0,05

Figura 5. Perfil de la Asistencia Adicional en el País Vasco



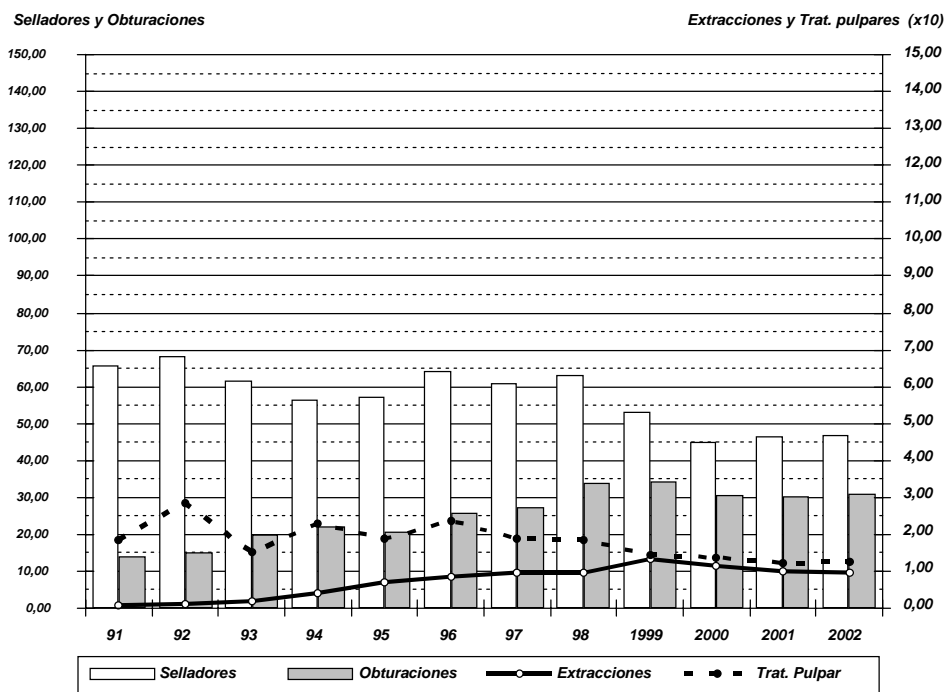
1.2.2. Asistencia del PADI en Navarra

La asistencia dispensada por los dentistas de cabecera del PADI de Navarra se muestra en la Tabla 8 y la fig. 6. En ambas están acumuladas la Asistencia General y Adicional. La evolución en el perfil de la asistencia se caracteriza por una reducción paulatina del número de selladores de fisuras y un incremento del número de obturaciones. En la fase institucional (1999-2002) se aprecia una tendencia a la estabilización.

Tabla 8. Asistencia del PADI en Navarra

	Revisiones	Selladores	Obturaciones	Extracciones	Trat. Pulpar
1991	4.392	2.881	615	3	81
1992	6.495	4.439	990	8	185
1993	9.151	5.638	1.834	16	139
1994	11.551	6.545	2.560	49	263
1995	14.653	8.406	3.040	101	278
1996	18.203	11.677	4.687	155	433
1997	22.747	13.862	6.212	216	428
1998	28.070	17.763	9.547	267	522
1999	31.369	16.673	10.747	411	455
2000	31.869	14.367	9.809	360	440
2001	32.435	15.079	9.821	328	399
2002	33.695	15.773	10.439	317	428

	Selladores	Obturaciones	Extracciones	Trat. Pulpar
1991	65,60	14,00	0,07	1,85
1992	68,34	15,25	0,12	2,85
1993	61,61	20,04	0,17	1,52
1994	56,66	22,16	0,42	2,28
1995	57,37	20,75	0,69	1,90
1996	64,15	25,75	0,85	2,38
1997	60,94	27,31	0,95	1,88
1998	63,28	34,01	0,95	1,86
1999	53,15	34,26	1,31	1,45
2000	45,08	30,78	1,13	1,38
2001	46,49	30,28	1,01	1,23
2002	46,81	30,98	0,94	1,27

Figura 6. Perfil de la asistencia del PADI en Navarra

1.2.3. Asistencia del PADI en los últimos cuatro años (1999-2002) en el País Vasco y Navarra

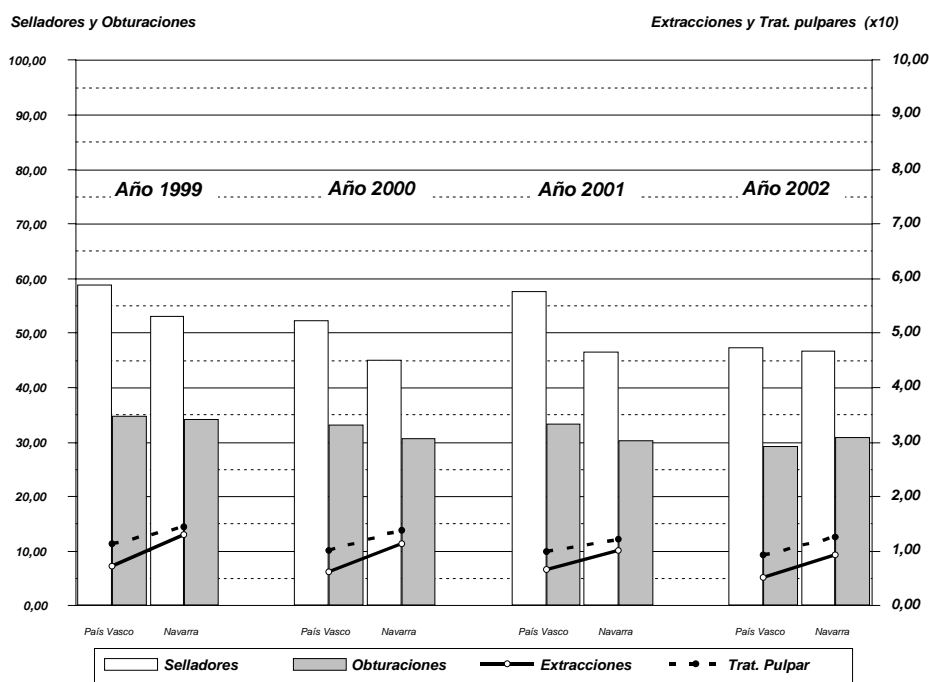
Pese a ligeras variaciones en los protocolos de la asistencia en ambos casos, y a que el PADI de Navarra incorpora la cohorte de los seis años, la Tabla 9 y la fig. 7 son similares en los perfiles asistenciales de los años 1999 a 2002 del PADI en el País Vasco y Navarra, fase institucional en ambas comunidades. Para su comparación se han acumulado en ambos casos, la Asistencia General y Adicional dispensada por cada 100 niños. El segundo eje de ordenadas de la fig. 7, sobre el que se representan las extracciones y tratamientos pulpares, está aumentado 10x para poder visualizar su trazado.

Tabla 9. Perfiles asistenciales del PADI en el País Vasco y Navarra (1999-2002)

	Año 1999		Año 2000	
	País Vasco	Navarra	País Vasco	Navarra
Selladores	59,00	53,15	52,27	45,08
Obturaciones	34,87	34,26	33,30	30,78
Extracciones	0,73	1,31	0,63	1,13
Trat. Pulpar	1,13	1,45	1,02	1,38

	Año 2001		Año 2002	
	País Vasco	Navarra	País Vasco	Navarra
Selladores	57,66	46,49	47,47	46,81
Obturaciones	33,38	30,28	29,32	30,98
Extracciones	0,67	1,01	0,53	0,94
Trat. Pulpar	0,99	1,23	0,94	1,27

Figura 7. Perfiles comparados del PADI en el País Vasco y Navarra (1999-2002)



1.2.4. Asistencia General dispensada en el País Vasco según provisión (Pública/Concertada)

La provisión pública y la concertada han utilizado el mismo protocolo asistencial, pero su sistema de remuneración y condiciones de accesibilidad han sido diferentes. La Tabla 10 y la fig. 8 muestran los perfiles de Asistencia General de los últimos cinco años (1998-2002) fase institucional del PADI en el País Vasco, según el sistema de provisión.

Con los mismos protocolos asistenciales, la red pública muestra de forma constante unos perfiles asistenciales más complejos que la red concertada.

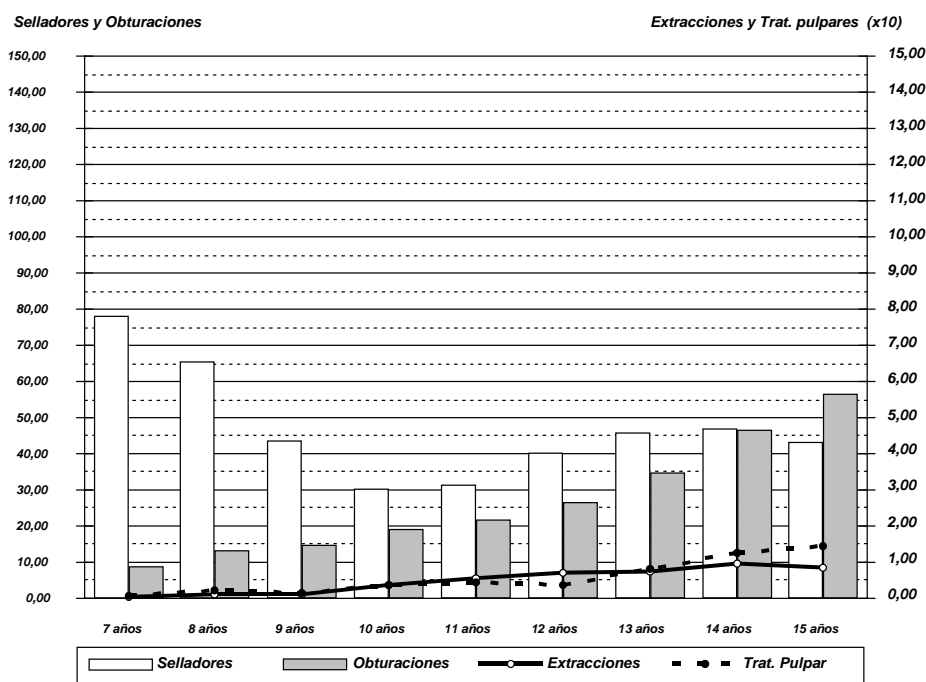
Tabla 10. Perfiles asistenciales según provisión (Pública/Concertada) (1998-2002)

	Año 1998		Año 1999	
	Público	Concertado	Público	Concertado
Selladores	109,45	60,94	92,90	51,50
Obturaciones	36,71	36,29	36,72	30,63
Extracciones	1,14	0,75	1,05	0,62
Trat. Pulpar	1,01	0,67	1,02	0,60

	Año 2000		Año 2001	
	Público	Concertado	Público	Concertado
Selladores	80,76	47,08	88,44	52,55
Obturaciones	38,49	28,66	38,61	29,03
Extracciones	1,08	0,52	0,77	0,61
Trat. Pulpar	1,17	0,54	1,29	0,52

	Año 2002	
	Público	Concertado
Selladores	72,78	43,93
Obturaciones	37,37	24,86
Extracciones	0,83	0,45
Trat. Pulpar	0,85	0,51

Figura 9. Perfiles comparados por cohorte, en el año 2002, en el País Vasco



1.2.5. Asistencia dispensada por cada cohorte en el último ejercicio en PADI del País Vasco

Los perfiles asistenciales para cada cohorte de edad en el último ejercicio (2002) en el PADI del País Vasco pueden ser de utilidad en la planificación de proyectos incrementales similares que se deseen implantar en comunidades con niveles de prevalencia de caries semejantes (Tabla 11 y fig. 9).

El perfil es más preventivo en los niños de menos edad. Los tratamientos reparadores, obturaciones, tratamientos pulpares y extracciones,

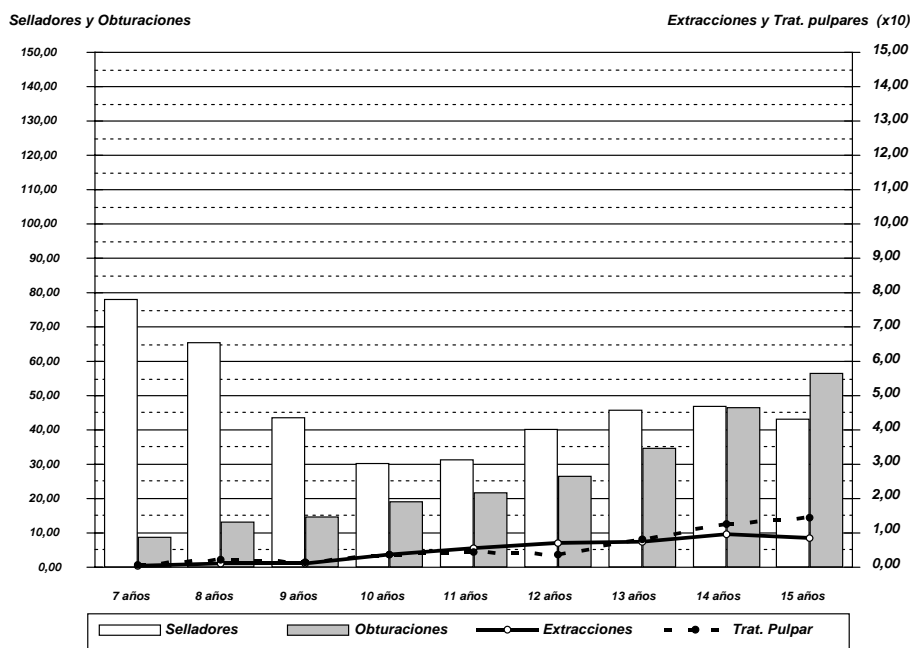
van aumentando de forma constante conforme aumenta la edad de las cohortes.

Tabla 11. Asistencia General en el País Vasco por cohortes en 2002

	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años
Revisiones	10.342	10.435	10.349	10.523	10.309	9.960	9.914	9.738	9.273
Selladores	8.085	6.861	4.534	3.204	3.262	4.029	4.542	4.582	4.024
Obturaciones	897	1.396	1.529	2.028	2.247	2.649	3.446	4.537	5.245
Extracciones	3	12	13	39	57	69	74	94	80
Trat. Pulpar	6	22	15	37	46	37	79	123	133

	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años
Selladores	78,18	65,75	43,81	30,45	31,64	40,45	45,81	47,05	43,39
Obturaciones	8,67	13,38	14,77	19,27	21,80	26,60	34,76	46,59	56,56
Extracciones	0,03	0,11	0,13	0,37	0,55	0,69	0,75	0,97	0,86
Trat. Pulpar	0,06	0,21	0,14	0,35	0,45	0,37	0,80	1,26	1,43

Figura 9. Perfiles comparados por cohorte en el País Vasco en 2002



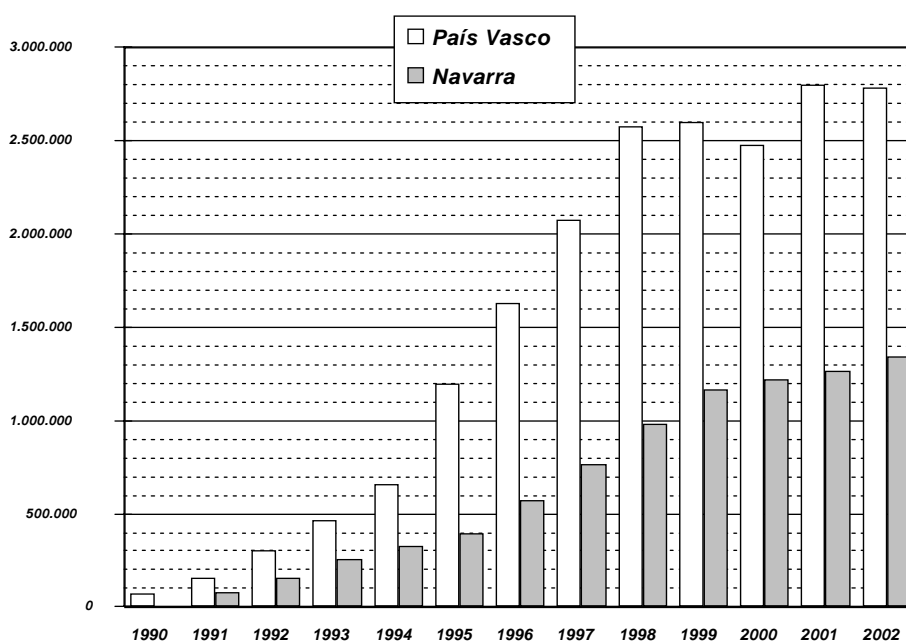
1.3. COSTE. Costes de la asistencia concertada del PADI en el País Vasco y Navarra

La asistencia concertada en el PADI del País Vasco y Navarra, tanto por capitación como por ítem, de los dentistas de cabecera del sector privado ha supuesto a lo largo de estos años un coste de 28.328.177 euros (4.713 millones de pesetas). En el último ejercicio, 2002, supera los cuatro millones de euros. La financiación de la asistencia concertada fue en todo momento con cargo a los presupuestos públicos (Tabla 12 y fig. 10).

Tabla 12. Coste de la asistencia concertada para el PADI

País Vasco			Navarra		
	Euros	Pesetas		Euros	Pesetas
1990	70.186	11.678.000	1991	79.153	13.170.000
1991	154.271	25.668.500	1992	158.066	26.300.000
1992	303.430	50.486.500	1993	254.583	42.359.000
1993	466.040	77.542.500	1994	323.429	53.814.000
1994	654.630	108.921.200	1995	397.808	66.189.700
1995	1.194.410	198.733.050	1996	573.283	95.386.214
1996	1.628.514	270.961.900	1997	769.590	128.049.053
1997	2.079.314	345.968.700	1998	983.914	163.709.565
1998	2.581.426	429.513.200	1999	1.164.586	193.770.887
1999	2.598.978	432.433.500	2000	1.218.647	202.765.851
2000	2.478.184	412.335.100	2001	1.268.136	211.000.000
2001	2.798.120	465.568.000	2002	1.341.334	223.179.199
2002	2.788.145	463.908.366			
	19.795.647	3.293.718.516		8.532.530	1.419.693.469

Figura 10. Evolución de los costes de la asistencia concertada para el PADI

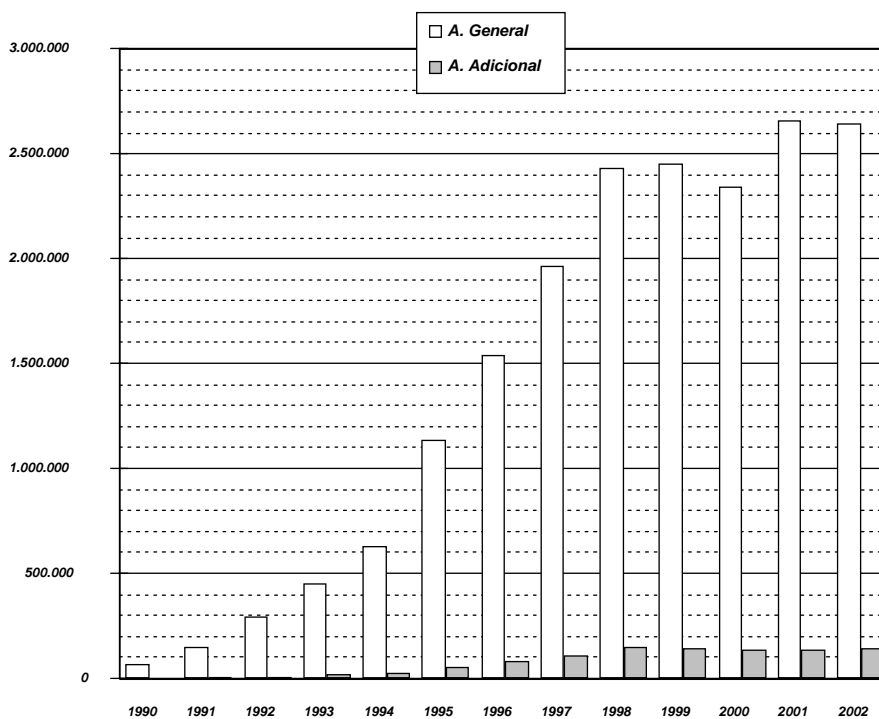


La Asistencia Adicional (pagada por ítem) supone un 5.5% de coste adicional sobre el coste de la Asistencia General (pagada por capitación). La Tabla 13 y la fig. 11 muestran en euros las cantidades y evolución del coste de cada tipo de asistencia en el PADI del País Vasco.

Tabla 13. Coste de la Asistencia General y Adicional en el PADI del País Vasco

	A. General	A. Adicional	Total		A. General	A. Adicional
1990	68.822	1.364	70.186	1990	100,00%	1,98%
1991	150.256	4.015	154.271	1991	100,00%	2,67%
1992	295.286	8.144	303.430	1992	100,00%	2,76%
1993	449.085	16.955	466.040	1993	100,00%	3,78%
1994	629.322	25.308	654.630	1994	100,00%	4,02%
1995	1.138.278	56.132	1.194.410	1995	100,00%	4,93%
1996	1.544.601	83.913	1.628.514	1996	100,00%	5,43%
1997	1.967.233	112.199	2.079.314	1997	100,00%	5,70%
1998	2.430.866	150.561	2.581.426	1998	100,00%	6,19%
1999	2.451.915	146.572	2.598.978	1999	100,00%	5,98%
2000	2.340.312	135.080	2.478.184	2000	100,00%	5,77%
2001	2.661.642	136.478	2.798.120	2001	100,00%	5,13%
2002	2.647.560	140.586	2.788.145	2002	100,00%	5,31%
	18.775.178	1.017.306	19.795.647		100,00%	5,42%

Figura 11. Evolución del coste de la Asistencia General y Adicional en el País Vasco



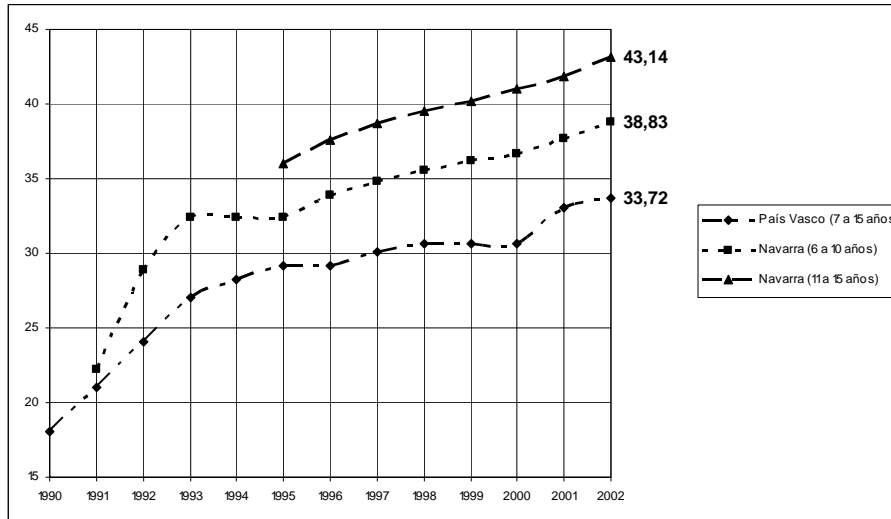
La Tabla 14 y la fig. 12 muestran, en euros, la evolución de la cuantía pagada por capitación a los profesionales (y en el caso del País Vasco, a las empresas) concertados por año y niño atendido.

Tabla 14. *Capitación en euros (por niño y año) en los PADIs del País Vasco y Navarra*

	País Vasco (7 a 15)	Navarra (6 a 10)	Navarra (11 a 15)
1990	18,03		
1991	21,04	22,24	
1992	24,04	28,85	
1993	27,05	32,45	
1994	28,25	32,45	
1995	29,15	32,45	36,06
1996	29,15	33,85	37,61
1997	30,05	34,86	38,74
1998	30,65	35,59	39,55
1999	30,65	36,24	40,20
2000	30,65	36,96	41,06
2001	33,06	37,70	41,88
2002	33,72	38,83	43,14

En Navarra la capitación varía según la edad de los niños. Para los niños de 11 a 15 años la cantidad es mayor que la establecida para los niños de 6 a 10 años.

Figura 12. Evolución de la capitación en los PADI's del País Vasco y Navarra



**OPINIÓN Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS
PROFESIONALES CONCERTADOS DEL PADI EN
EL PAÍS VASCO Y NAVARRA**

**Javier Cortés Martincorena
Médico Estomatólogo. Doctor en Medicina y
Cirugía**

2. OPINIÓN Y GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES CONCERTADOS DEL PADI EN EL PAÍS VASCO Y NAVARRA

A los pocos meses de la implantación del PADI en las respectivas Comunidades Autónomas (País Vasco 1990, Navarra 1991), los Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de Vizcaya, Guipúzcoa y Navarra llevaron a cabo, de forma separada y con cuestionarios distintos, una encuesta de opinión entre sus colegiados para conocer su opinión respecto del programa, y sobre diversas cuestiones colegiales. En 1993, tres años después, el Colegio de Vizcaya realizó una nueva encuesta entre sus colegiados, con un cuestionario basado en el utilizado anteriormente en Navarra.

En 2003, y con una experiencia sobre el funcionamiento del PADI superior a diez años en ambas Comunidades, el Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, a través de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO), encargó a la empresa de estudios de opinión y de mercado, CIES S.L. (Pamplona), una encuesta para conocer el grado de satisfacción de los profesionales adscritos al PADI en el País Vasco y Navarra.

Un resumen sobre los aspectos más relevantes de estas encuestas y la evolución de la opinión de los profesionales respecto del PADI, es lo que se expone a continuación.

2. 1. METODOLOGÍA DE LAS ENCUESTAS

País Vasco, 1990 (Vizcaya y Guipúzcoa)

- Cuestionario autocumplimentado de preguntas cerradas, enviado por correo certificado.
- Llamadas telefónicas de recuerdo.
- Universo: Todos los colegiados (600 cuestionarios enviados).
- Participación: 71% (428 respuestas).
- Realización: Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de Vizcaya y Guipúzcoa.

Navarra, 1992

- Cuestionario autocumplimentado de preguntas cerradas, enviado por correo postal.
- Envíos de recuerdo a las 3 y 4 semanas del envío principal.
- Universo: Todos los colegiados (192 cuestionarios enviados).
- Participación: 69% (133 respuestas).
- Trabajo de campo: Del 13 de febrero al 15 de abril de 1992.
- Realización: Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra.

Vizcaya, 1993

- Cuestionario autocumplimentado de preguntas cerradas, enviado por correo certificado. Nominativo, número de colegiado y firmado.
- Llamadas telefónicas de recuerdo.
- Universo: Todos los colegiados (459 cuestionarios enviados).
- Participación: 71% (328 respuestas).
- Trabajo de campo: Del 27 de octubre a finales de noviembre de 1993.
- Realización: Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Vizcaya.

País Vasco y Navarra, 2003

- Encuesta telefónica asistida por ordenador. Previamente, carta del Presidente del Consejo a los profesionales informando del estudio.
- Universo: Todos los profesionales adscritos al PADI con consulta privada, excluidos los centros públicos (680: País Vasco 507, Navarra 173).
- Selección: Aleatoria en base al fichero de profesionales del PADI.
- Muestra: 366 (País Vasco 279, Navarra 87), 54% de los profesionales.

- Margen de error: +/- 3,5%. Nivel de confianza: 95%.
- Trabajo de campo: Del 24 al 30 de junio de 2003.
- Realización: CIES S.L. Estudios de Opinión y de Mercado.

2.2. OPINIÓN AL INICIO (País Vasco 1990, Navarra 1991)

2.2.1. País Vasco, 1990 (Vizcaya y Guipúzcoa)

Los resultados se recogen a continuación de las Tablas 15 a la 22.

Tabla 15. *En su opinión, un Plan de Salud Bucodental es...*

	Vizcaya	Guipúzcoa	Conjunto
Absolutamente necesario	25,5	37,9	30,1
Conveniente	66,7	58,4	63,6
Indiferente	0,7	0	0,5
Personalmente no me interesa	4,1	1,2	3
Perjudicial	2,2	1,2	1,9
NS/NC	0,4	0,6	0,5
Respuesta incorrecta	0,4	0,6	0,5

Tabla 16. *El Plan presentado por la Administración le parece...*

	Vizcaya	Guipúzcoa	Conjunto
Fabuloso	0,7	0	0,5
Bueno	5,5	1,2	3,3
Malo	33,3	35,4	34,1
El mejor al que podemos aspirar	0,4	0,6	0,5
Incompleto	31,5	24,2	28,7
Ineficaz	7,5	11,8	9,1
Negativo	18	23	19,9
NS/NC	2,2	0,0	1,4
Respuesta incorrecta	1,9	3,7	2,6

Tabla 17. *En qué condiciones inscribiría el Plan Propuesto (Independientemente de que ya lo haya hecho)*

	Vizcaya	Guipúzcoa	Conjunto
Exclusivo en Ambulatorios	25,8	28,6	26,9
Exclusivo en Consultas Privadas	14,6	11,8	13,6
Mixto	58,8	58,4	58,6
NS/NC	0,7	1,2	0,9
Respuesta incorrecta	0	0	0

Tabla 18. *Con independencia de su deseo o aspiración a participar en un Plan de Salud Bucodental, ¿cuál le parece la fórmula más adecuada?*

	Vizcaya	Guipúzcoa	Conjunto
Ahora mismo	5,2	0	3,3
Si se inscribe la mayoría	2,6	0,6	1,9
Si lo recomienda el Colegio	7,9	4,3	6,5
Nunca	8,6	15,5	11,2
Si hay mejoría económica	10,1	13,7	11,4
Si hay negociación y consenso	59,9	62,1	60,7
NS/NC	2,2	0,6	1,6
Respuesta incorrecta	3,4	3,1	3,3

Tabla 19. *¿Cuál es el mejor sistema para contratar el Plan?*

	Vizcaya	Guipúzcoa	Conjunto
Capitación	1,5	0,6	1,2
Acto médico (ítem)	58,8	72	63,8
Capitación y determinados actos médicos (ítem)	35,6	24,2	31,3
NS/NC	3,7	3,1	3,5
Respuesta incorrecta	0,4	0	0,2

Tabla 20. Tanto por capitación como por ítem, los actos médicos debieran estar supervisados por algún tipo de inspección

	Vizcaya	Guipúzcoa	Conjunto
Todos los casos	13,5	21,1	16,4
Sólo en casos concretos	57,7	52,8	55,8
En ningún caso	26,6	22,4	25
NS/NC	1,9	3,7	2,6
Respuesta incorrecta	0,4	0	0,2

Tabla 21. Independientemente de lo que Vd. piense, si existiera inspección de los actos médicos, debiera participar en dicha inspección el Colegio Oficial

	Vizcaya	Guipúzcoa	Conjunto
Si	86,9	83,2	85,5
No	11,6	12,4	11,9
NS/NC	1,1	2,5	1,6
Respuesta incorrecta	0,4	1,9	0,9

Tabla 22. La actuación del Colegio en el futuro y respecto al Plan ha de ser (respuesta múltiple)

	Vizcaya	Guipúzcoa	Conjunto
Quedarse al margen	0,7	0,6	0,7
Buscar mejor reconocimiento social	34,5	29,8	32,7
Exigir más económicamente	37,1	42,2	39
Informar a los colegiados	47,6	47,2	47,4
Elaborar un Plan Alternativo	59,2	64	61
Exigir ser consultado	61,4	62,1	61,7
NS/NC	1,5	1,9	1,6
Respuesta incorrecta	0	0	0

La mayoría (93,7%) opina que un Plan de Salud Bucodental (SBD) es necesario (30,1%) o conveniente (63,6%). Sin embargo, respecto del plan propuesto por el Gobierno Vasco, el 54% opina que es malo o negativo y un 28,7% opina que es incompleto.

El 72,1% se manifiesta dispuesto a suscribirlo si hay negociación y/o mejoría económica. El 11,2% dice que nunca suscribiría el plan propuesto.

Respecto a la fórmula para su aplicación, la mayoría opina que se debería contar con las clínicas privadas, bien en exclusiva (13,6%) o con un sistema mixto de clínicas privadas y centros públicos (58,6%). En lo que se refiere al sistema de pago, el 63,8% prefiere un pago por acto médico y el 31,3% un pago mixto, por capitación y acto médico.

El 72,2% opina que los actos médicos deberían estar supervisados, y el 85,5% cree que el Colegio debería participar en la inspección.

Por último, los colegiados recomiendan a su Colegio elaborar un plan alternativo (61%) y una mayoría cualificada opina, en cualquier caso, que el Colegio debe exigir más.

Conclusiones:

- La mayoría de los colegiados cree que es necesario o conveniente un plan de SBD promovido por la Administración Pública, pero rechaza el plan (PADI) que en ese momento proponía el Gobierno Vasco: el 54% opina que es malo o incluso negativo, el 28,7% que es incompleto y el 9,1% que es ineficaz.

- A pesar de ello, una mayoría (72,1%) se manifiesta dispuesto a suscribirlo si se mejoran las condiciones y, en la misma línea, el 72,2% quiere que se cuente con las clínicas privadas.
- El sistema de pago preferido es por acto médico, pero el 32,5% acepta el pago por capitación.
- Los colegiados piden a su Colegio que se implique, bien para elaborar un plan alternativo, bien para exigir negociación y mejor retribución económica.

2.2.2. Navarra, 1992

Los resultados se recogen a continuación de las Tablas 23 a la 28.

Respecto de los planes de SBD en general, el 56,4% opina que son necesarios mientras que un 36,1% se muestra escéptico. Respecto del plan propuesto por el Gobierno de Navarra, el 50,3% lo considera malo o pésimo y el 36,1% es de nuevo escéptico (Tablas 23 y 24).

Tabla 23. *Qué opinión tiene de los Planes de Salud Bucodental en general, promovidos por la Administración*

	Navarra
Son muy necesarios	20,3
Necesarios	36,1
Aquí están	36,1
Innecesarios	0,0
Completamente innecesarios	0,0
NS/NC	5,3
En blanco	2,3

Tabla 24. *¿Qué le parece concretamente este Programa Dental Infantil del Departamento de Salud?*

	Navarra
Excelente	0,0
Bueno	5,3
Se podría mejorar	36,1
Malo	35,3
Pésimo	15
NS/NC	7,5
En blanco	0,7

El 87,2% considera que la cuantía de la retribución económica es mala. En cuanto a la fórmula de pago, el 60,9% prefiere un pago por acto médico y el 21,1% un pago mixto, por capitación y acto médico (Tablas 25 y 26).

Tabla 25. *Independientemente de que este participando o no en este Programa, considera que la retribución económica es...*

	Navarra
Buena	0,0
Adecuada	4,5
Mala	87,2
NS/NC	7,5
En blanco	0,7

Tabla 26. *Y estaría conforme con la retribución económica...*

	Navarra
Por capitación	1,5
Por acto médico	60,9
Por fórmula mixta	21,1
Por otras fórmulas	3,8
NS/NC	12
En blanco	0,7

El 86,5% opina que este plan debería estar supervisado, y el 82% que el Colegio debería participar en esta supervisión junto a la Administración (Tablas 27 y 28).

Tabla 27. *Los resultados de todos estos Planes de Asistencia Dental han de supervisarse a posteriori*

	Navarra
Si	86,5
No	6
NS/NC	7,5
En blanco	0

Tabla 28. *¿Quién debe llevar esta supervisión?*

	Navarra
El Servicio de Salud de la Administración	7,5
El Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos	27,1
Por ambos conjuntamente	54,9
Por ninguno de los dos	3
Por otras entidades	0
NS/NC	6,8
En blanco	0,7

Conclusiones:

- Algo más de la mitad de los colegiados (56,4%) considera conveniente o necesario la existencia de un plan de SBD, y algo más de un tercio de ellos (36,1%) se manifiesta escéptico. En concreto, respecto del plan propuesto por el Gobierno de Navarra, de nuevo, algo más de un tercio (36,1%) se manifiesta escéptico y el 50% lo rechaza.

- La gran mayoría (87,2%) rechaza la cuantía de la retribución económica propuesta, y una mayoría cualificada (60,9%) dice preferir el pago por acto médico si bien el 22,6% acepta el pago por capitación.
- Por último, una gran mayoría opina que debe existir una supervisión de los resultados y que el Colegio debe estar implicado en ello.

2.3. OPINIÓN A LOS TRES AÑOS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PADI

A los tres años de la puesta en marcha del PADI, sólo el Colegio de Vizcaya hace una nueva evaluación de la opinión de sus colegiados.

El 86,6% opina que la Administración Sanitaria debe promover planes de SBD, pero el 53,9% opina que el PADI es malo o pésimo y el 26,5% que es regular. Un 15,5% opina que es bueno o excelente (Tablas 29 y 30).

Tabla 29. Considera que la Administración Sanitaria debe promover Planes de Salud Bucodental

	Vizcaya
Si	86,6
No	10,1
NS/NC	3,4

Tabla 30. *¿Qué le parece el Plan de salud Bucodental de la Comunidad Autónoma Vasca?*

	Vizcaya
Excelente	1,5
Bueno	14
Regular	26,5
Malo	32,6
Pésimo	21,3
NS/NC	4

El 80,8% opina que la retribución es mala y el 11% que es buena o adecuada. Por otra parte, el 59,1% se muestra partidario de no participar en el programa y el 36,9% sí desea hacerlo (Tablas 31 y 32).

Tabla 31. *Independientemente de que este participando o no en este Plan, considera que la retribución económica es...*

	Vizcaya
Buena	0,6
Adecuada	10,4
Mala	80,8
NS/NC	8,2

Tabla 32. *Independientemente de que lo haya hecho o no, ¿participaría en este momento en el mencionado Plan?*

	Vizcaya
Si	36,9
No	59,1
NS/NC	4

Por último, el 47,3% pide al Colegio que elabore un plan alternativo y que exija más económicamente (33,5%) o que sea consultado (46,6%) (Tabla 33).

Tabla 33. *Considera que la actuación del Colegio en el futuro y respecto al programa Dental Infantil ha de ser (respuesta múltiple)*

	Vizcaya
Quedarse al margen	2,7
Buscar mejor reconocimiento social	19,8
Exigir más económicamente	33,5
Informar a los colegiados	43,6
Elaborar un Plan Alternativo	47,3
Exigir ser consultado	46,6

Conclusiones y evolución de la opinión en Vizcaya 1990-1993:

- Han pasado ya tres años desde la implantación del PADI y, en consecuencia, la opinión sobre el mismo tiene una base de conocimiento mayor que en la primera encuesta de 1990. No obstante, hay que señalar que esta encuesta está realizada tanto entre profesionales que participan en el PADI, como entre los que no lo hacen y sólo en el territorio de Vizcaya.
- Sigue predominando una opinión negativa sobre el PADI y hay un porcentaje importante de escépticos (26,5%). Aparece un 15,5% de profesionales que lo consideran bueno o excelente cuando, en 1990, sólo el 3,8% tenía ésa opinión. La gran mayoría considera

que la retribución económica es mala, y sólo el 11% cree que es adecuada o buena.

- A pesar de ello, un sector importante de profesionales (36,9%) se muestra partidario de participar. En 1990, el 72,1% se manifestaba dispuesto a suscribirlo si se mejoraban las condiciones.
- Los colegiados siguen pidiendo a su Colegio que se implique al igual que lo hacía tres años antes, repartiendo las opiniones de forma muy mayoritaria entre diversas sugerencias que, en definitiva, suponen ser defendidos por el Colegio frente a la Administración.

2.4. GRADO DE SATISFACCIÓN RESPECTO DEL PADI Y EXPECTATIVAS EN 2003 (País Vasco y Navarra, 2003).

La información que viene a continuación se ha tomado de: CIES SL. Estudios de Opinión y Mercado. *Estudio de satisfacción de los profesionales del País Vasco y Navarra con el PADI (Programa de Asistencia Dental Infantil)*. Realizado para el Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Pamplona, 31 de julio de 2003.

Todas las columnas expresan porcentajes, salvo en donde se especifica media.

Tabla 34. Perfil de los entrevistados

	N	Porcentaje
SEXO		
Hombre	188	51
Mujer	178	49
EDAD		
Menos de 35 años	88	24
De 35 a 45 años	152	42
De 45 a 55 años	107	29
55 años y más	17	5
Media	41 años	
AÑOS TRABAJANDO		
Menos de 5 años	15	4
De 5 a 10 años	93	25
De 11 a 15 años	120	33
De 16 a 20 años	87	24
Más de 20 años	51	14
Media	14 años	
PERSONAL AUXILIAR		
1	188	51
2	108	30
3 ó más	69	19
Media	1,9 personas	
TAMAÑO MUNICIPIO		
Menos de 50.000 hab.	162	44
Más de 50.000 hab.	204	56
TOTAL	366	100

Los profesionales entrevistados son de ambos sexos, con una media de 41 años y con una experiencia profesional de 14 años de media. La media de personal auxiliar es de 1,9 personas. En cuanto al hábitat o tamaño del municipio, el 44% tiene

la consulta en municipios de menos de 50.000 habitantes y el 56% de más (Tabla 34).

Sólo el 23% se integró en el PADI desde el principio y otro 25% no tenía consulta en ese momento. El 52% restante se integró con posterioridad (Tabla 35).

Tabla 35. *¿Se integró en el PADI desde su inicio?*

País Vasco y Navarra	%
Desde el inicio	23
No, porque no tenía consulta	25
No, quería ver cómo funcionaba	20
No, otras	32

El PADI supone aproximadamente el 8% del trabajo total de los profesionales inscritos en el programa. Este porcentaje es del 8,7% en Navarra. Para el 26%, el PADI supone más del 10% de su trabajo (Tabla 36).

Tabla 36. *Porcentaje que supone el PADI sobre el volumen total de trabajo de la consulta*

	País Vasco	Navarra	Total
Entre el 0 y el 5%	39	34	38
Entre el 5 y el 10%	38	31	36
Entre el 10 y el 20%	17	31	20
Más del 20%	6	4	6
Media estimada	7,9	8,7	8,1

El 65% de los profesionales se encuentra satisfecho con el PADI, por un 33% de insatisfechos. La satisfacción es mayor en Navarra (75% de satisfechos, por 62% en el País Vasco) (Tabla 37).

Tabla 37. *¿En general, cuál es su grado de satisfacción con el programa PADI?*

	País Vasco	Navarra	Total
Muy satisfecho	6	13	8
Bastante satisfecho	56	62	57
Poco satisfecho	32	23	30
Nada satisfecho	4		3
NS/NC	3	2	2

La puntuación media de satisfacción es de 5,9 sobre 10. En cuanto a los distintos indicadores, los más positivos son la relación con los padres (7,7), la información, trato y fluidez con la administración (6,3). Se otorga un suspenso al sistema de capitación (4,7) y a la cuantía de los honorarios (4,0) (Tabla 38).

No obstante, los dos suspensos no son iguales, ya que al sistema de capitación el 39% lo suspende, el 36% da aprobado y el 34% restante otorga notable o sobresaliente, mientras que en la cuantía de los honorarios el 53% da suspenso a dicho indicador, el 32% un aprobado y sólo el 14% puntúa con notable o sobresaliente.

La satisfacción general es mayor en Navarra (6,5) que en el País Vasco (5,7). En Navarra se aprueban todos los indicadores, mientras que en el País Vasco se suspende con 4,9 el papel del colegio, con 4,7 los plazos de cobro, con 4,5 el sistema de capitación y con 3,7 la cuantía de los honorarios.

Tabla 38. Ahora dígame qué ¿puntuación de 0= muy mal a 10= muy bien, daría a las siguientes cuestiones del PADI?

	País Vasco	Navarra	Total
A la información de la Administración Sanitaria	6,0	7,4	6,3
Al trato de la Administración Sanitaria	6,0	7,5	6,3
A la fluidez en la comunicación con la Administración Sanitaria	6,0	7,3	6,3
A la cuantía de los honorarios	3,7	5,1	4,0
A los plazos de cobro	4,7	5,9	5,0
Al sistema de capitación	4,5	5,3	4,7
A la relación con los padres	7,5	8,1	7,7
Al papel desarrollado por el Colegio	4,9	5,4	5,0
Satisfacción general	5,7	6,5	5,9

Los aspectos más positivos son el aumento en la prevención de riesgos bucodentales y acostumbrar a los niños a la asistencia bucosanitaria desde edades tempranas. Además, la educación bucodental y el aumento del volumen de negocio y la salud pública son otros aspectos importantes del PADI (Tabla 39).

Tabla 39. Para usted, ¿cuál es el aspecto más positivo del PADI? (respuesta espontánea)

- (128) **Prevención y mejora de la salud** (mejora la salud dental de los niños, disminución de caries, etc..).
- (125) **Provee asistencia dental desde edades tempranas** (contacto con el dentista desde pequeños, aumenta el tratamiento de los niños, fomenta las revisiones, etc..).
- (59) **Provee educación sanitaria** (mentaliza a los padres y a los niños, adquirir buenos hábitos de higiene, concienciación, familiarización con el dentista, etc..).
- (45) **Aumenta el volumen de negocio de la consulta** (es fuente de pacientes, efecto de cadena con la familia, aumentan los tratamientos ortodóncicos, etc..).
- (43) **Beneficia a la sociedad** (beneficia la salud pública, ayuda a gente sin recursos, facilita el acceso a la salud, es atención gratuita, etc..).
- (7) **No hay aspectos positivos.**
- (2) **Es una buena idea.**
- (5) NS/NC.

Los aspectos más negativos del PADI son los bajos honorarios y el hecho de que muchos usuarios no acuden a la consulta finalmente. Este hecho no es controlado por la Administración y hace que no se cumpla el programa (Tabla 40).

Tabla 40. *¿Y cuál es el aspecto más negativo?*

(163) **Mala remuneración** (tardía en los pagos, lo económico).

(39) **Sistema de capitación.**

(100) **Bajos honorarios** (pagan poco, no se paga suficiente, tarifas bajas, no sale rentable, etc..)

(87) **Deficiente funcionamiento de la Administración Sanitaria** (poca cobertura de tratamientos, falta comunicación e información, burocracia, no obliga al usuario a acudir regularmente, uso del programa como propaganda política, etc..).

(78) **Poca responsabilidad social** (debido a la gratuidad los pacientes delegan la responsabilidad en el dentista, piden cita sin acudir posteriormente, falta de seguimiento, no acuden todos los niños, etc..).

(25) **Ninguno.**

(17) **Otros** (ocupa mucha consulta, poca oferta de especialistas, niños revoltosos, mal estado bucal de los inmigrantes, atender a pacientes que uno no quiere, el final de la profesión, etc..).

(12) NS/NC.

La principal razón para estar en el PADI es la de fidelizar a mis pacientes (43%), seguida de ampliar el número de pacientes (27%). Las otras razones se refieren a interés por trabajar con niños, ya que están de acuerdo en que la sanidad pública ofrezca este servicio (Tabla 41).

Tabla 41. *¿Cuáles son las razones más importantes por las que esta Vd. en el PADI?*

País Vasco y Navarra	%
Fidelizar a mis pacientes	43
Ampliar el número de pacientes	27
Temor a perder pacientes	7
La mayoría está en el PADI	10
Por su rentabilidad	6
Otras razones	10

Para la mayoría de los profesionales (61%) el PADI no supone inconvenientes en el día a día de la consulta. Para un 37% supone inconvenientes leves. Sólo para el 2% supone inconvenientes graves (Tabla 42).

Tabla 42. *Dígame si el PADI supone inconvenientes en el día a día de su consulta*

País Vasco y Navarra	%
Ningún inconveniente	61
Inconvenientes leves	37
Inconvenientes graves	2
NS/NC	

Para los entrevistados, la salud bucodental de los niños que acuden a la consulta está bien (75%) o muy bien (16%). Cuando un niño presenta caries en dentición temporal, el 89% de los profesionales la trata y los costos los abonan los padres. Por último, el 65% afirma que las bases técnicas del PADI no limitan su criterio clínico y sólo el 12% afirma que sí (Tabla 43).

Tabla 43. Opinión sobre aspectos clínicos

País Vasco y Navarra	%
¿Cómo está la salud bucodental de los niños que acuden a su consulta?:	
Muy bien	16
Bien	75
Mal	7
Muy mal	1
NS/NC	1
¿Cómo actúa cuando un niño presenta caries en dentición temporal?:	
No la trato	3
La trato y lo pagan los padres	89
Otros	8
NS/NC	1
¿Cree que las bases técnicas del PADI limitan su criterio clínico?:	
Mucho	2
Bastante	10
Poco	25
Nada	63
NS/NC	

En cuanto a otros aspectos del PADI, podemos afirmar que para el 69% del PADI aumenta el número total de pacientes en la consulta, para el 96% potencia el enfoque preventivo de la asistencia a los niños y para el 75% incrementa la realización de tratamientos de ortodoncia. Donde las opiniones se dividen es en si el PADI aumenta el número de pacientes adultos –el 48% cree que sí y el 49% que no- y en si aumenta la facturación anual de la consulta -el 50% sí, el 47% no- (Tabla 44).

Tabla 44. Opinión sobre otros aspectos del PADI

País Vasco y Navarra	%
El PADI potencia el enfoque preventivo de la asistencia:	
De acuerdo	96
En desacuerdo	4
NS/NC	1
Produce una asistencia de baja calidad:	
De acuerdo	14
En desacuerdo	84
NS/NC	2
Incrementa la realización de tratamientos de ortodoncia:	
De acuerdo	75
En desacuerdo	22
NS/NC	3
Aumenta el número de pacientes adultos de la consulta:	
De acuerdo	48
En desacuerdo	49
NS/NC	3
Aumenta la facturación anual de la consulta:	
De acuerdo	50
En desacuerdo	47
NS/NC	3

El 80% opina que el PADI es una propuesta positiva estratégicamente para la profesión, siendo el 95% los que la consideran positiva para la salud de los niños (Tablas 45 y 46).

Tabla 45. *Estratégicamente para la profesión en su conjunto, ¿considera que el PADI es una propuesta?*

País Vasco y Navarra	%
Más bien positiva	80
Más bien negativa	15
NS/NC	4

Tabla 46. *Y con respecto a la salud dental de los niños, considera que el PADI está siendo...*

País Vasco y Navarra	%
Muy positivo	42
Positivo	53
Negativo	1
Muy negativo	
Indiferente	2
NS/NC	1

El 99% tiene intención de continuar en el PADI (Tabla 47).

Tabla 47. *¿Tiene intención de continuar en el PADI?*

País Vasco y Navarra	%
Si	99
No	
NS/NC	1

El 91% de los entrevistados recomendaría a otros colegas la implantación del PADI en su comunidad, si bien la mayoría (60%) cambiando algún aspecto (Tabla 48).

Tabla 48. *¿Recomendaría a colegas de otras Comunidades Autónomas la implantación del PADI?*

País Vasco y Navarra	%
Si	31
Si, pero cambiando algún aspecto	60
No	7
NS/NC	2

Las sugerencias expresadas por los entrevistados para la mejora del PADI se recogen a continuación:

Sugerencias de mejora propuestas para el PADI.

(198) Renegociar las condiciones del sistema de pago

(45) Aumentar la cuantía

(38) Pago por tratamiento o acto médico

(1) Pago con relación a la edad del niño.

(3) Que los padres abonen una parte del costo.

(2) Revalorizaciones anuales (según IPC, por ejemplo)

(63) Renegociar las condiciones de cobertura

(14) Ampliando la edad de atención

(48) Ampliando las prestaciones (ortodoncia, dentición temporal, ..)

(61) Conseguir una mayor comunicación entre la Administración y los padres, Colegios y profesionales (hacer campañas informativas,..)

(38) Responsabilidad por parte de la Administración y/o los padres para que los niños acudan anualmente al dentista (control sobre los que no asisten al PADI, o que sólo lo hacen cuando tiene problemas graves, control semestral,..)

(28) Que la Administración promueva la satisfacción de los profesionales (intervención del Colegio en los

acuerdos con la Administración, libertad de criterio clínico, que no se delegue en auxiliares, más libertad para el profesional, más cursos de formación para los profesionales, controlar a los profesionales,..)

(19) No contesta

(16) Ninguna

(14) Mayor implicación de los padres en el programa

(7) Reducir los trámites burocráticos

(5) No sabe

Conclusiones:

- El perfil del profesional inscrito en el PADI es: de ambos sexos a partes iguales, con una edad media de 41 años, con una experiencia media de trabajo de 14 años, y con una media de casi 2 auxiliares por consulta. El 56% son consultas instaladas en municipios de más de 50.000 habitantes.
- La mayoría de los profesionales se encuentran satisfechos con el Programa (65%), desean continuar en él (99%) y les parece una medida positiva para la prevención de la salud bucodental así como para aumentar la educación sanitaria (80-95%), pero no aprueban la cuantía de sus honorarios ni el sistema de pago y la escasa intervención de la Administración para que los padres acudan al menos una vez al año.
- En términos globales, el nivel de satisfacción es mayor en Navarra que en el País Vasco.

- Desde el punto de vista de la consulta, el funcionamiento del PADI es correcto y es positivo porque se fideliza a los pacientes y, en algunos casos, se amplía su número.
- De hecho, la mayoría recomienda a sus colegas de otras comunidades la implantación del Programa, aunque desearía incorporar algunos cambios como:
 - mejor remuneración
 - más prestaciones
 - mayor intervención de la Administración con los padres
 - mayor comunicación de la Administración con los profesionales

2.5. EVOLUCION DE LAS OPINIONES Y CONCLUSIONES FINALES

La valoración actual que hacen los profesionales inscritos en el PADI ha evolucionado hacia opiniones más positivas que al inicio.

Lo que hoy conocemos es la valoración que expresan los profesionales que trabajan en el programa, mientras que las opiniones expresadas en sus inicios eran de la totalidad de colegiados y, por tanto, en su mayoría, eran opiniones realizadas sin un conocimiento real de su funcionamiento. Esto es, expresaban más bien sus expectativas respecto del PADI -en general nada positivas-. Hoy conocemos la opinión de los profesionales inscritos, así como sus expectativas.

Al inicio, la opinión fue mayoritariamente negativa o, como en el caso de Navarra, entre negativa y escéptica. No obstante, un sector importante se mostraba partidario de participar si se producía una negociación y una mejoría económica. Los aspectos más negativamente valorados eran los del sistema de pago y la cuantía de la retribución. Los profesionales reclamaban negociación y una mayor participación del Colegio.

Con una experiencia de 13 años en el País Vasco y de 12 en Navarra, la opinión y las expectativas han cambiado sustancialmente. En general, los profesionales se encuentran satisfechos con el PADI (65%) y la nota media que le asignan es de un 5,9 (País Vasco 5,7 y Navarra 6,5).

Los aspectos que más negativamente se valoran siguen siendo los del sistema de pago y, sobre todo, la cuantía de la retribución, aunque también en estos aspectos la opinión ha cambiado a mejor. Ambos reciben un suspenso aunque, como señala CIES, ambos suspensos no son iguales ya que el 60% aprueba el sistema de capitación, pero sólo el 46% aprueba la cuantía de los honorarios. La satisfacción con estos dos indicadores es mayor en Navarra que en el País Vasco.

A estos aspectos negativos, que los profesionales solicitan sean revisados, algunos añaden sugerencias de mejora relacionadas con la ampliación de las prestaciones y de las edades cubiertas, así como un mayor compromiso de la Administración Sanitaria con el cumplimiento del programa por parte de la población beneficiaria.

En su aspecto estratégico, tanto para la profesión como para la salud dental, la valoración es positiva. Más, aunque con las sugerencias mencionadas, los profesionales actualmente inscritos en el PADI, lo recomendarían a sus colegas de otras Comunidades Autónomas.

Respecto de sus expectativas, la práctica totalidad manifiesta su intención de continuar en el programa.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS: ANÁLISIS

Juan Carlos Llodra calvo
Profesor Titular de Oodntología Preventiva y
Comunitaria. Universidad de Granada

3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS: ANÁLISIS

3.1. ESTADO DE SALUD BUCODENTAL EN NAVARRA Y PAÍS VASCO

3.1.1. Navarra

A) Datos actuales: El último estudio realizado en Navarra es del año 2002 [1]. En las figuras 13 y 14 se expone respectivamente la prevalencia de caries así como los índices de caries (cod en dentición temporal y CAOD en permanente). Los índices de restauración, tanto en dentición temporal (DT) como en dentición permanente (DP) se muestran en la figura 15.

Figura 13. Prevalencia de caries en Navarra (2002)

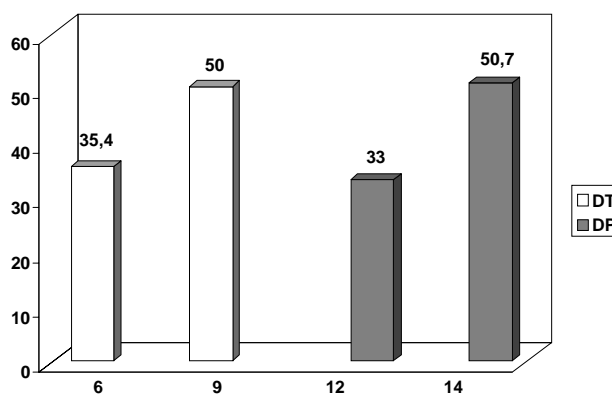
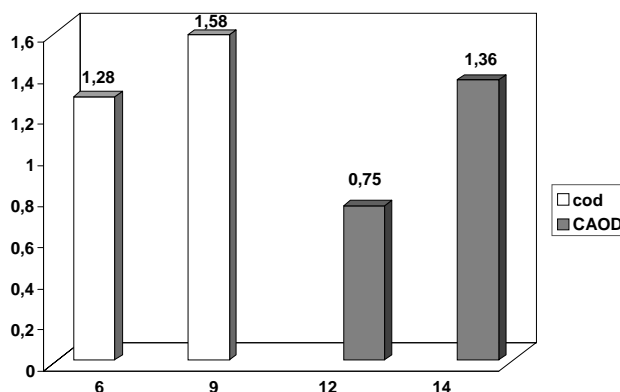
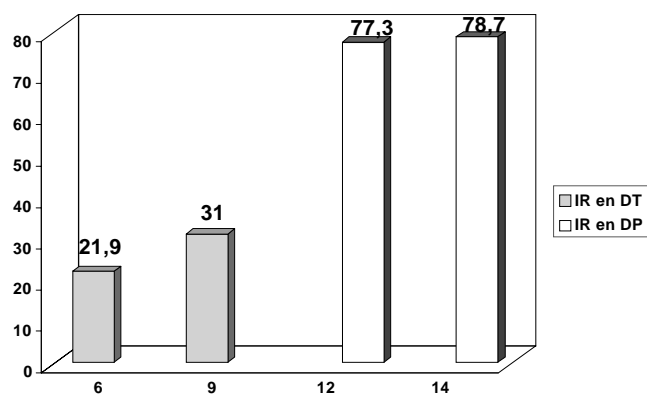


Figura 14. Índices de caries en Navarra (2002)**Figura 15. Índices de restauración en Navarra (2002)**

B) Evolución de la salud bucodental: Se dispone de 3 encuestas realizadas en Navarra en 1987, 1997 y en el 2002 las cuales permiten analizar a los grupos de 9 y de 14 años. Para el grupo de 12 años, sólo se dispone de datos de 1997 y 2002. En la figura 16 se muestra la evolución de la prevalencia de caries en DP en el periodo 1987-2002.

La figura 17 expone la evolución del índice CAOD a los 9, 12 y 14 años.

Figura 16. Evolución de la prevalencia de caries en Navarra (2002)

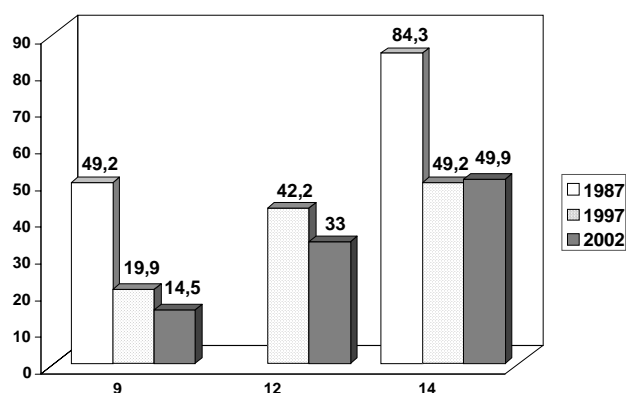
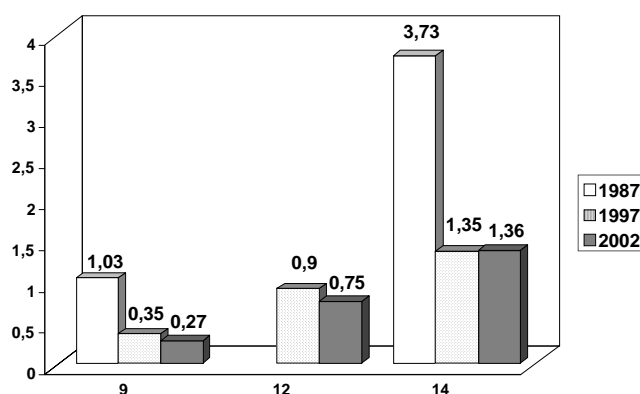


Figura 17. Evolución del índice CAOD en Navarra (2002)



3.1.2. País Vasco

A) Datos actuales: El último estudio realizado en el País Vasco es de 1998 [2]. En la fig. 18 se expone la prevalencia de caries y en la fig. 19 los índices de caries (cod temporal y CAOD permanente). Los índices de restauración en DT y en DP se exponen en la fig. 20.

B) Evolución de la salud bucodental en el País Vasco: Disponemos de dos encuestas realizadas en 1988 y en 1998, ambas permiten comparar la evolución de los grupos erarios de 7, 12 y 14 años. En la fig. 21 se muestra la evolución de la prevalencia de caries en DT y en DP en el periodo 1988-98. La fig. 22 expone la evolución del índice cod y CAOD.

Figura 18. Prevalencia de caries en el País Vasco (1998)

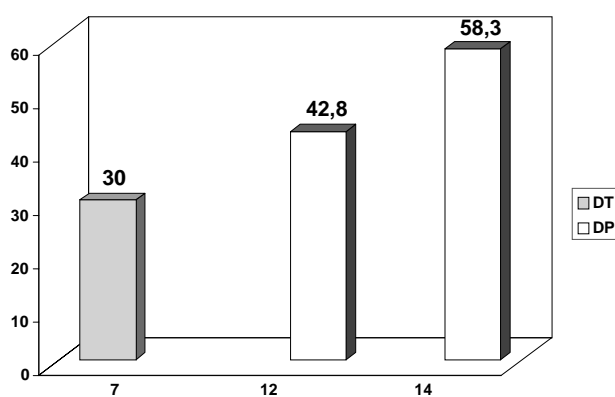


Figura 19. Índices de caries en el País Vasco (1998)

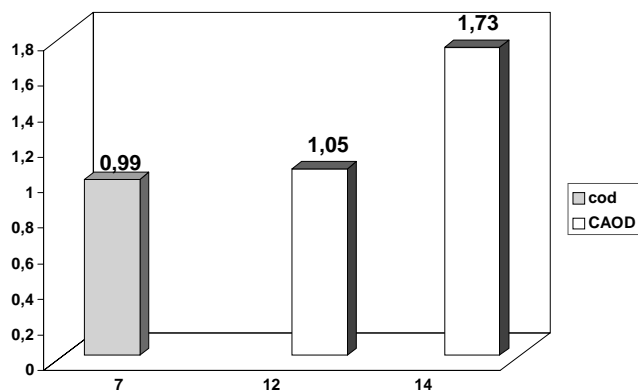


Figura 20. Índices de restauración en el País Vasco (1998)

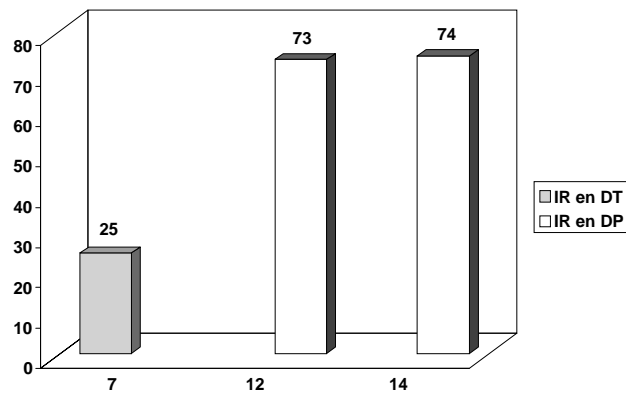


Figura 21. Evolución de la prevalencia de caries en el País Vasco (1998)

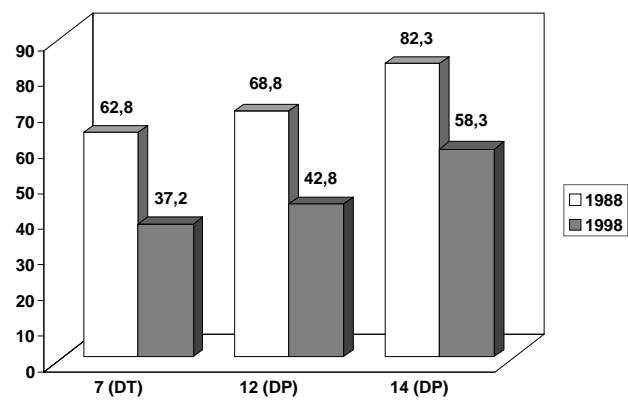
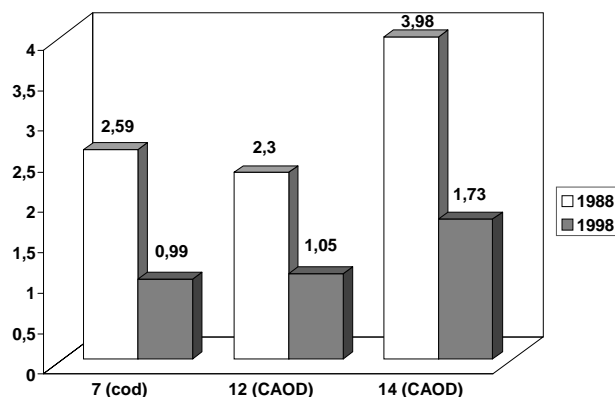


Figura 22. Evolución de los índices de caries en el País Vasco (1998)



3.2. COMPARACIÓN CON EL ESTADO ASÍ COMO CON OTRAS CCAA

3.2.1. España (2000) [3]

En las fig. 23 y 24 se expone la prevalencia de caries así como los índices de caries para el conjunto del Estado. En la fig. 25 se exponen los índices de restauración (IR) en dentición temporal y permanente.

Figura 23. Prevalencia de caries en España (2000)

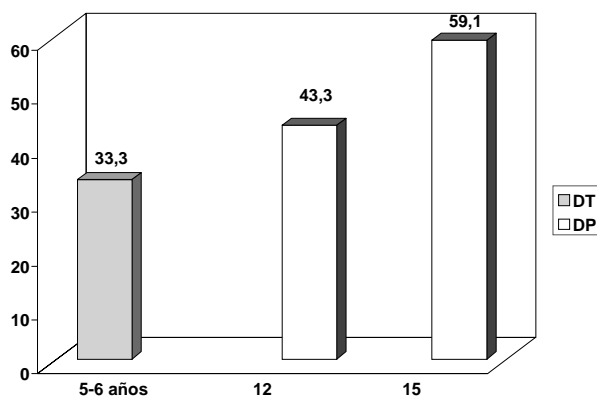


Figura 24. Índices de caries en España (2000)

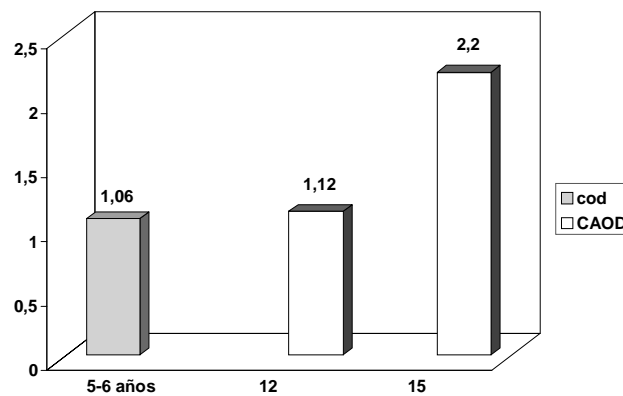
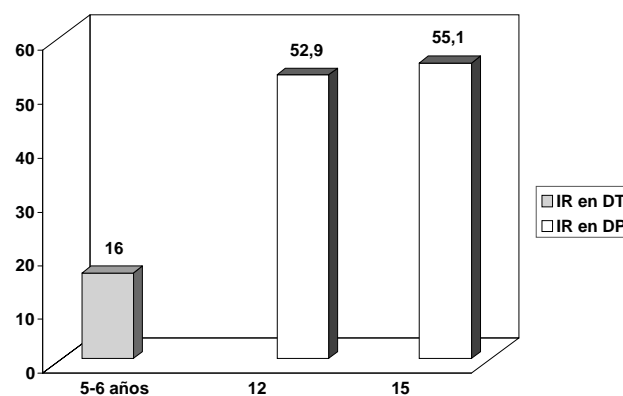


Figura 25. Índices de restauración en España (2000)



3.2.2. Cataluña (1997) [4]

En las fig. 26 y 27 se expone la prevalencia de caries así como los índices de caries para Cataluña. En la fig. 28 se exponen los índices de restauración en dentición permanente.

Figura 26. Prevalencia de caries en Cataluña (1997)

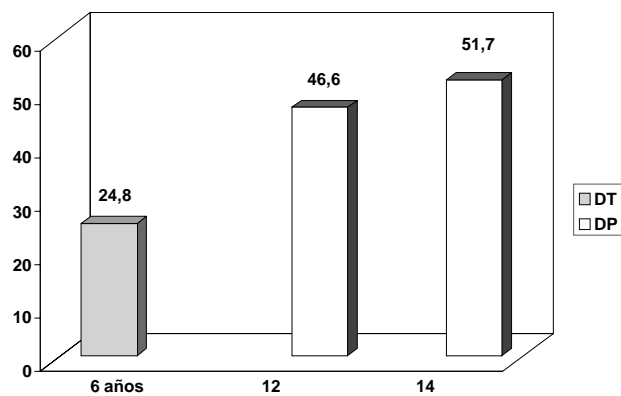


Figura 27. Índices de caries en Cataluña (1997)

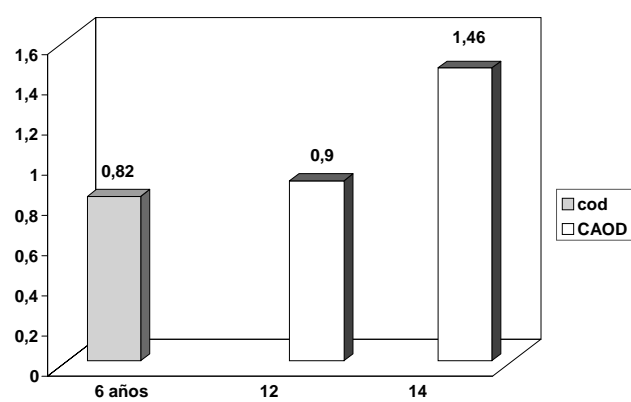
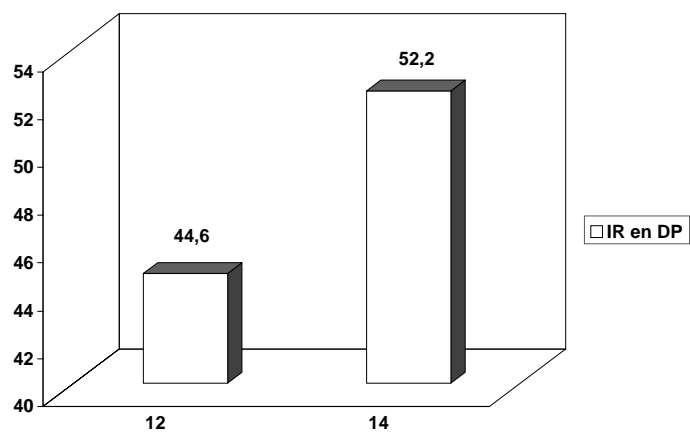


Figura 28. Índices de restauración en Cataluña (1997)



3.2.3. Andalucía (2001) [5]

En las figuras 29 y 30 se expone la prevalencia de caries así como los índices de caries para Andalucía. En la figura 31 se expone el índice de restauración en dentición temporal y en permanente.

Figura 29. Prevalencia de caries en Andalucía (2001)

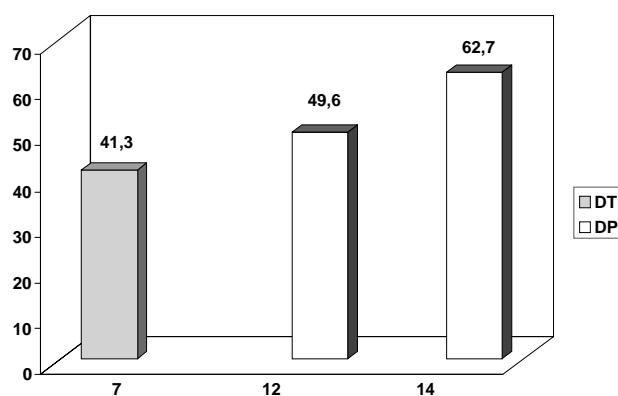


Figura 30. Índices de caries en Andalucía (2001)

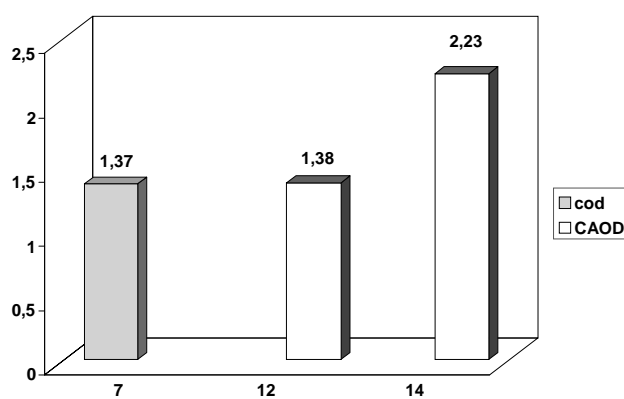
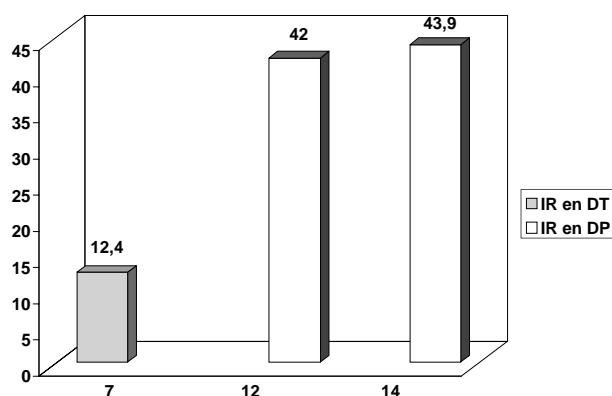


Figura 31. Índices de restauración en Andalucía (2001)



3.2.4. Extremadura (2001) [6]

En las fig. 32 y 33 se expone la prevalencia de caries así como los índices de caries para Extremadura. En la fig. 34 se exponen los índices de restauración en dentición temporal y permanente.

Figura 32. Prevalencia de caries en Extremadura (2001)

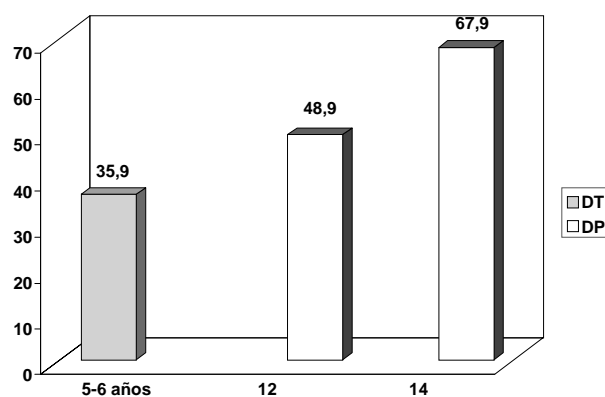


Figura 33. Índices de caries en Extremadura (2001)

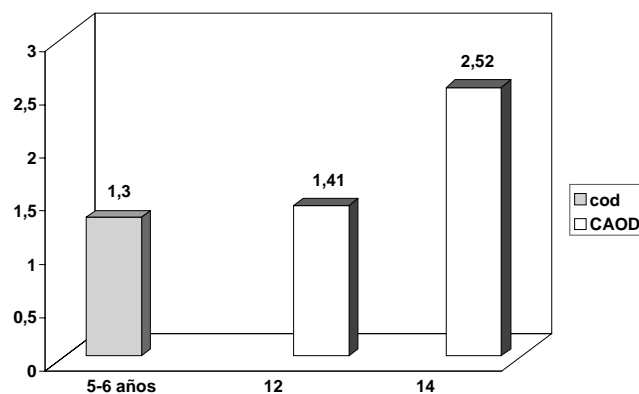
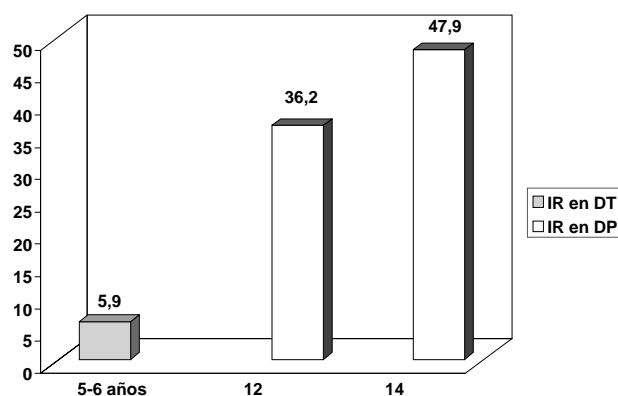


Figura 34. Índices de restauración en Extremadura (2001)



3.3. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS COMPONENTES DEL ÍNDICE CAOD EN EL GRUPO DE 12 AÑOS

Las diferencias importantes en los componentes del CAOD se centran en los componentes C (cariado) y O (obturado) del índice (Tabla 49). Así, observamos

que en aquellas Comunidades con PADI instaurado desde hace años (Navarra y País Vasco), el componente cariado está en torno al 22% mientras que el componente obturado representa el 75-77% del índice. Por el contrario, en las demás CCAA, así como para el conjunto del Estado, el componente cariado se sitúa entre el 45-55%, con índices de restauración entre el 37-52%. No se observan diferencias significativas en el componente A (ausente) entre aquellas Comunidades con o sin PADI.

3.4. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS DE ALTO RIESGO DE CARIES EN EL GRUPO DE 12 AÑOS

En la Tabla 50 se expone la distribución de los sujetos de alto riesgo de caries así como el índice de caries en aquellos con CAOD > 0.

Tabla 50. *Distribución de los sujetos de alto riesgo de caries así como el índice de caries en aquellos con CAOD > 0*

NAVARRA	9.1% de los escolares acumulan el 50% de caries el CAOD entre aquellos con caries es de 2.28
PAIS VASCO	18% de los escolares acumulan el 50% de caries el CAOD entre aquellos con caries es de 2.45
ESPAÑA	12.7% de los escolares acumulan el 50% de caries el CAOD entre aquellos con caries es de 2.59
ANDALUCIA	14.3% de los escolares acumulan el 50% de caries el CAOD entre aquellos con caries es de 2.79
EXTREMADURA	14% de los escolares acumulan el 50% de caries el CAOD entre aquellos con caries es de 2.63

3.5. ANÁLISIS DE VARIABLES SOCIO-ECONÓMICAS EN LA SALUD ORAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL

3.5.1. Influencia del nivel socio-económico (NSE)

- Navarra (2002): el NSE no tiene influencia ni en la prevalencia de caries ni en el índice CAOD.
- País Vasco (1998): el NSE no tiene influencia ni en la prevalencia de caries ni en el índice CAOD.
- Andalucía (2001): se aprecia menor prevalencia de caries y menor índice CAOD en NSE alto.
- Extremadura (2001): el NSE no tiene influencia ni en la prevalencia de caries ni en el índice CAOD.
- España (2000): se aprecia menor prevalencia de caries y menor índice CAOD en NSE alto.

3.5.2. Influencia del núcleo de residencia (urbano/rural)

- Navarra (2002): menor CAOD en urbanos.
- País Vasco (1998): no diferencias ni en la prevalencia de caries ni en el índice CAOD.
- Andalucía (2001): no diferencias ni en la prevalencia de caries ni en el índice CAOD.
- Extremadura (2001): menor prevalencia en urbanos.

- España (2000): se aprecia menor prevalencia de caries y menor índice CAOD en urbanos.

3.6. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA SALUD ORAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL

3.6.1. Presencia de selladores de fisuras (grupo de 12 años)

Se recoge en la Tabla 51.

Tabla 51. *Presencia de selladores de fisuras (grupo de 12 años)*

	% Selladores	Media selladores
Navarra	41.3%	1.09
País Vasco	41%	ND
Andalucía	12.9%	ND
Extremadura	13.3%	0.36
España	15.5%	0.49

3.6.2. Análisis de índices cualitativos [7,8] (grupo de 14-15 años)

A) El índice FMI: este índice recoge la suma de dientes obturados + sanos, dividido por 28. Su rango va desde 0 (pésimo estado de salud) a 1 (máximo estado de salud). Los resultados se recogen en la Tabla 52.

Tabla 52. Índice FMI

	FMI = $\frac{(\text{Obturados} + \text{sanos})}{28}$
NAVARRA	0.989
PAIS VASCO	0.984
ANDALUCIA	0.929
EXTREMADURA	0.930
ESPAÑA	0.967

B) El índice THI: este índice asigna diferentes coeficientes en función de que el diente se encuentre cariado, obturado o sano... Su rango va de 0 (peor situación posible) a 1 (mejor situación posible). Los resultados se recogen en la Tabla 53.

Tabla 53. Índice THI

	THI = $\frac{1}{4} (1. \text{Cariados} + 2. \text{Obturados} + 4. \text{Sanos})$ 28
NAVARRA	0.97
PAIS VASCO	0.96
ANDALUCIA	0.92
EXTREMADURA	0.92
ESPAÑA	0.96

C) El índice DHI: este índice intenta recoger el estado de salud, entendido como índice de salud (dientes sanos) en contraposición al habitual índice de enfermedad (CAOD). Sus rangos van de -1 (peor situación posible) a 1 (mejor situación posible). Los resultados se recogen en la Tabla 54.

Tabla 54. Índice DHI

	DHI = $\frac{\text{Sanos} - (\text{Cariados} + \text{Obturados} + \text{Ausentes})}{28}$
NAVARRA	0.95
PAIS VASCO	0.93
ANDALUCIA	0.81
EXTREMADURA	0.79
ESPAÑA	0.86

3.7. ANÁLISIS GLOBAL Y CONCLUSIONES

3.7.1. En relación a la prevalencia de caries

Salvo para Navarra en la que se aprecia una prevalencia claramente inferior (33%), en las demás CCAA así como para el conjunto del Estado, la prevalencia de caries en el grupo de 12 años se sitúa entre el 43-49%. Teniendo en cuenta que el último estudio realizado en el País Vasco es de 1998 y el de Navarra es del 2002, será interesante comprobar como ha evolucionado la prevalencia de caries en el País Vasco en estos últimos 5 años.

3.7.2. En relación a los índices de caries

Salvo para Navarra en la que se constata un índice CAOD de 0.75 a los 12 años, en el resto de CCAA y en el conjunto del Estado, el índice CAOD se sitúa entre 1.05-1.4. En cualquiera de los casos, los índices de caries se sitúan en valores bajos-muy bajos, en base a la clasificación de la O.M.S.

3.7.3. En relación a los componentes del índice CAOD

En las dos CCAA con PADI instaurado desde hace más de una década se aprecia una clara diferencia en la distribución de los componentes del CAOD con respecto al resto de CCAA. En efecto, mientras el componente cariado © representa entre el 45-55% en el resto de España, en estas dos Comunidades Autónomas sólo representa el 22%. Por el contrario, el componente obturado (O) representa el 75-77% en Navarra y País Vasco frente al 37-52% para el resto del territorio. En definitiva los índices de restauración en Navarra y País Vasco, mucho más elevados que en el resto de España, han permitido que exista menor volumen de lesiones de caries sin tratar, y lo que es muy importante, sin elevar los índices de caries.

El análisis del componente ausente (A) no revela ninguna diferencia entre CCAA ni con relación al conjunto del Estado.

3.7.4. En relación a la distribución de los sujetos de Alto Riesgo de caries (ARC)

No aparecen diferencias significativas en la distribución de los sujetos de alto riesgo de caries, entre las diferentes CCAA analizadas. En definitiva y de manera sistemática, entre el 9-14% de los escolares de 12 años acumulan el 50% del total de caries de su grupo etario. Asimismo, mientras los índices de caries están en torno a 1-1.4 para el

conjunto de escolares de 12 años, el índice CAOD entre aquellos que presentan caries (CAOD>0) se sitúa entre 2.3-2.8, es decir en el doble de intensidad que para el grupo de referencia.

3.7.5. En relación a las variables socio-económicas

En Navarra y País Vasco se aprecia una tendencia a la disminución de la influencia del nivel socio-económico en la prevalencia de caries y en el grado de afectación. La clásica asociación entre nivel social bajo y mayor nivel de patología de caries tiende a desaparecer en estas dos Comunidades Autónomas. Por el contrario, el núcleo de residencia (urbano/rural) presenta datos menos concluyentes.

3.7.6. En relación al análisis cualitativo de salud oral

A) Presencia de selladores

Navarra y País Vasco son claramente las dos CCAA con mayor presencia de selladores de fisuras. Así, mientras en el resto de CCAA y en el conjunto del Estado tan sólo el 13-15% de los escolares presentan al menos un diente permanente sellado, en estas dos CCAA con PADI instaurado desde hace más de una década, estas cifras se elevan al 41% (más del triple).

B) Índices cualitativos

Hay una clara tendencia a mejores niveles cualitativos de salud oral en Navarra y País Vasco,

aunque las diferencias sean moderadas. En términos globales los índices cualitativos para Navarra y País Vasco se sitúan en el 98-99% (máximo de 100%) mientras que en el resto del estado se sitúan entre el 92-96%. Específicamente, el índice de salud oral (que recoge los dientes sanos) se sitúa en el 93-95% en Navarra y País Vasco frente al 79-86% en el resto del Estado.

3.8. CONCLUSIONES

1. Salvo para Navarra en la que se aprecia una menor prevalencia de caries a los 12 años, en el conjunto del Estado y en las CCAA analizadas, la prevalencia es totalmente superponible.

2. Los índices de caries se sitúan en niveles bajos en todas las CCAA analizadas y en el conjunto del Estado apreciándose una menor intensidad del índice en Navarra.

3. Navarra y País Vasco son las dos CCAA con mayores índices de restauración y menor proporción de lesiones de caries no tratadas. No se aprecian diferencias en el componente de ausencias entre las diferentes CCAA.

4. La distribución de sujetos de alto riesgo de caries es homogénea en todas las CCAA apreciándose que entre el 10-14% de escolares acumula el 50% de la patología global.

5. La influencia del nivel socio-económico en los niveles de salud oral disminuye en Navarra y País Vasco, manteniéndose en el resto de CCAA.

6. La intensidad de medidas preventivas objetivables (selladores) es claramente mayor en Navarra y País Vasco, triplicando al resto de CCAA del Estado.

7. El análisis cualitativo de la salud oral revela que la calidad oral es moderadamente superior en Navarra y País Vasco con resto al resto de CCAA analizadas.

DISCUSIÓN CONJUNTA DE LOS HALLAZGOS

Manuel Bravo Pérez

**Profesor Titular de Odontología Preventiva y
Comunitaria. Universidad de Granada**

4. DISCUSIÓN CONJUNTA DE LOS HALLAZGOS

Las actuaciones públicas en salud oral dirigidas a escolares son razonablemente similares entre las distintas CCAA en España (con la excepción de los sistemas de capitación del País Vasco y Navarra). Básicamente incluyen educación sanitaria en las escuelas, fluoración del agua de bebida (aprox. el 10% de la población [9]) y atención odontológica en los centros de salud (CS). En los CS los programas odontológicos, que comenzaron a instaurarse a partir de 1986, se inician en escolares de 6-7 años de edad y suelen incluir atención de urgencias (dolor y extracciones dentarias), obturaciones en dentición permanente, selladores de fisuras en primeros molares permanentes y flúor tópico [9,10].

Las experiencias en las distintas CCAA, incluidas País Vasco y Navarra permiten una comparación de diseño observacional adecuada, no así la evolución pre-post en cada CCAA, como se expondrá más adelante. La evaluación debe incluir el análisis tanto de recursos, de actividades como de resultados.

4.1. EL ANÁLISIS DE RECURSOS

Ha sido detalladamente expuesto en el capítulo 1 de este informe. Respecto a recursos humanos, resumidamente, actualmente un total de los 700 profesionales (97% son dentistas concertados del sector privado, siendo 20 los dentistas públicos incluidos) desarrollan los PADIs del País Vasco y

Navarra. La provisión del servicio ha sido mayoritariamente privada; la financiación totalmente pública; y el sistema de pago por capitación (95%) e ítem (5%) para los dentistas privados y por salario para los públicos. En el resto de CCAA, los recursos humanos públicos han representado durante el mismo periodo un porcentaje muy inferior. Sirva como ejemplo, que en Andalucía, a principios y mediados de los 90, tan sólo el 17% de los escolares andaluces dispondrían de CS con dentista [Llodra 2001, comunicación personal]). Una descripción detallada por CCAA se encuentra en el informe de Esparza y Cortés [9]. Respecto a los costes y recursos financieros, sí hay un análisis detallado de los programas PADI del País Vasco y Navarra, en el Capítulo 1, pero no así del resto de CCAA, ya que no hay una contabilidad diferenciada en Atención Primaria para los recursos invertidos en Odontología.

En el capítulo de análisis de recursos humanos, parece muy relevante incluir alguna de las conclusiones del capítulo 2, sobre la aceptabilidad de los programas PADI por los dentistas privados. Con una experiencia de 13 años en el País Vasco y de 12 en Navarra, la opinión y las expectativas han cambiado sustancialmente. En general, los profesionales se encuentran satisfechos con el PADI (65%). Los aspectos que más negativamente se valoran siguen siendo los del sistema de pago y, sobre todo, la cuantía de la retribución, aunque también en estos aspectos la opinión ha cambiado a mejor. En un contexto de plétora profesional y disminución de las cargas de trabajo por dentista, es

necesario potenciar la inyección de dinero público en la Odontología. La existencia de programas odontológicos dirigidos a escolares puede conllevar un cambio positivo de actitud hacia la Odontología de estos futuros adultos, con incremento de las visitas odontológicas.

4.2. ANÁLISIS DEL PROCESO

Respecto al análisis del proceso (actividades), los factores implicados en la demanda de asistencia odontológica son múltiples, y diversos los modelos propuestos para explicarla [11,12]. Uno de los más empleados en Odontología es el modelo de utilización de servicios de salud desarrollado por Andersen y Newman [13], y adaptado a Odontología por Kiyak [14]. Define la utilización de servicios de salud (odontológicos) como resultado de factores predisponentes (edad, sexo, etc.), facilitadores (accesibilidad al dentista, coste, etc.) y de necesidad (dolor, estética). Algunos de estos factores han sido muy estudiados; por ejemplo, el coste [15], o la existencia de programas públicos en edad infantil. La cobertura por seguro incrementa la demanda, así como el mayor nivel de educación, social o de ingresos familiares. Igualmente la accesibilidad al profesional y la presencia de problemas orales percibidos incrementan la demanda. Los factores que explican la demanda en España son similares a los de otros países de nuestro entorno. La diferencia radica en un menor nivel general de demanda, a pesar de que las necesidades normativas de atención

odontológica (tratamiento restaurador, quirúrgico, protético, etc.) han sido elevadas [16], aunque estén disminuyendo [3]. Según la última Encuesta Nacional de Salud, de 1997, el 28.4% de los escolares de 5-15 años habían acudido al dentista en los tres meses previos (de los cuales en torno al 80% eran visitas privadas, y sólo un 20% públicas), existiendo un claro gradiente socioeconómico [17]. En este grupo etario, y en el conjunto nacional, los motivos de última visita fueron: 63.5% "revisión", 7.9% "limpieza de boca", 20.1% "empastes", 12.3% "extracción", 11.5% "ortodoncia" y 4.9% "selladores de fisuras o flúor" (nótese que suma más de 100%, pues una visita puede incluir más de un motivo). Con relación a la prevención, es llamativo que "selladores de fisuras y flúor" representan menos del 5% de los motivos en ese grupo etario. Esto contrasta con la Encuesta de Salud Oral de 1993, en la que sus autores recomiendan a las autoridades sanitarias la aplicación de selladores de fisuras y potenciar la enseñanza de la higiene bucodental con uso de pasta dental fluorada, para mejorar la salud de los españoles [16]. En el País Vasco y Navarra el porcentaje de utilización es muy superior, según el Capítulo 1, y las actividades fundamentales son revisión, selladores de fisuras y odontología restauradora; es decir, un perfil claramente diferente al total nacional. Por ejemplo, Navarra y País Vasco son claramente las dos CCAA con mayor presencia de selladores de fisuras. Así, mientras en el resto de CCAA y en el conjunto del Estado tan sólo el 13-15% de los escolares presentan al menos un diente permanente sellado, en estas dos

CCAA con PADI instaurado desde hace más de una década, estas cifras se elevan al 41% (más del triple), según el Capítulo 3.

4.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la última década, y simultáneamente a la implantación progresiva de los programas en los centros de salud, se ha producido una mejora de la salud oral de los escolares. Esta mejora, particularmente referente a caries dental (no así para estado gingival y de higiene oral), ha ocurrido tanto en España como en las distintas CCAA [3]. Así, en el ámbito nacional el índice CAOD (suma de dientes permanentes cariados, ausentes y obturados) a los 12 años (edad de referencia para la OMS) ha pasado de 2.29 (en 1993) a 1.12 (en 2000) [3].

Esta mejora ha sido en ocasiones interpretada por los políticos y la Administración como derivada de los programas, opiniones no basadas siempre en estudios adecuadamente controlados. Datos externos sugieren que esta mejora pre-post implantación de los programas puede no derivarse de éstos, al menos en su totalidad. Por ejemplo, los índices de caries han disminuido también en escolares de 5-7 años de edad, que no han sido beneficiarios, como ocurre en las distintas CCAA. Por ejemplo, en Andalucía, a los 7 años de edad, el índice caod (dientes temporales cariados, ausentes y obturados) ha pasado de 3.45 (1985) a 2.00 (1995) y a 1.37 (2001) [5]. Esto podría indicar un efecto cohorte (y/o periodo) asociado a la mejora del nivel de vida de la población española,

que explique la mejora de salud oral en escolares de todas las edades. Dicho efecto cohorte se ha demostrado en el incremento de demanda de asistencia odontológica, particularmente en aquellos nacidos a partir de 1977 [18].

Idealmente la evaluación de los efectos en términos de salud de una medida preventiva se debe de realizar en un contexto de ensayo clínico, de campo o ensayo comunitario. Las medidas esenciales de los programas PADI o de atención primaria del resto de España (flúor, selladores, etc.) han demostrado su eficacia. Dado que la comparación pre-post no parece adecuada por lo comentado más arriba, sólo es posible la comparación de los hallazgos de salud de las CCAA con PADI frente al resto, tanto a finales de los años 80, como finales de los 90, cuando ya estos programas llevaban una singladura. Se trata de un enfoque observacional. En este sentido las conclusiones de los distintos estudios en España, y en particular de los estudios realizados en el País Vasco y Navarra, y recogidas en el Capítulo 3 de este documento, indicarían lo siguiente:

- No puede concluirse que los programas PADI del País Vasco y Navarra hayan producido una mejora en los índices CAOD a los 12 años (ni en la prevalencia de caries), superior (ni inferior) al producido en el resto de las CCAA de España. En cualquiera de los casos, los índices de caries a finales de los 90 y principios de los 2000, se sitúan en valores bajos-muy bajos, en base a la clasificación de la O.M.S.

- Con relación a los componentes del índice CAOD a esta edad, el componente obturado (índice de restauración) representa el 75-77% en Navarra y País Vasco frente al 37-52% para el resto del territorio. En definitiva los índices de restauración en Navarra y País Vasco, mucho más elevados que en el resto de España, han permitido que exista menor volumen de lesiones de caries sin tratar, y lo que es muy importante, sin elevar los índices de caries.

- Con relación a las variables socio-económicas: La clásica asociación entre nivel social bajo y mayor nivel de patología de caries tiende a desaparecer en estas dos Comunidades Autónomas.

5. BIBLIOGRAFÍA

Cortés, J.; Doria, A.; Ramón, J.M.; Cuenca, E. Encuesta Epidemiológica de Salud Dental de los escolares de Navarra 2002. Informe Técnico.

Gobierno Vasco. Segundo Estudio Epidemiológico de la salud bucodental de la CAPV. Departamento de Sanidad. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1998.

Llodrà, J.C.; Bravo, M.; Cortés, J. Encuesta de Salud Oral en España (2000). RCOE 2002; 7: 19-63 (número especial).

Cuenca, E.; Gómez, A.; Casals, E.; Subirá, C. La Odontología en Cataluña 2002. Barcelona: COEC, 2002.

Junta de Andalucía. Encuesta de salud bucodental en escolares andaluces 2001. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 2002.

- Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. 1ª Encuesta Epidemiológica de salud Bucodental en la Comunidad Autónoma de Extremadura 2001. Junta de Extremadura, 2002.
- Jakobsen, J.R.; Hunt, R.J. Validation of oral health indicators. *Community Dental Health* 1990; 7: 279-284.
- Marcenes, W.S.; Sheiham, A. Composite indicators of dental health: functioning teeth and the number of sound-equivalent teeth (T-Health). *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 374-8.
- Esparza Díaz, F.; Cortés Martinicorena, F.J. Servicios públicos de salud bucodental en España. Legislación y cartera de servicios en las CC.AA. Marzo 2001. Córdoba: SESPO y GlaxoSmithKline, 2001.
- Rubio Colavida, J.M.; Robledo de Dios, T.; Espiga López, I.; Gil López, E. La organización de los servicios bucodentales del sistema nacional de salud. *RCOE* 1998;3:479-490.
- Petersen, P.E.; Holst, D. Utilization of dental health services. En: Cohen, L.K.; Gift, H.C. (eds.). *Disease prevention and oral health promotion*. Copenhagen: Munksgaard, Federation Dentaire International (FDI), 1995, pp 341-386.
- Gift, H.C. Utilization of professional dental services. En: Cohen LK, Bryant PS (eds.). *Social sciences and dentistry: a critical bibliography*. London: Quintessence, 1984, pp 202-265.
- Andersen, R.; Newman, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the

United States. *Milbank Mem Q* 1973;51:95-124.

Kiyak, A. An explanatory model for older persons' use of dental services. *Med Care* 1987;25:936-952.

Ide, R.; Mizoue, T.; Tsukiyama, Y.; Ikeda, M.; Yoshimura, T. Evaluation of oral health promotion in the workplace: the effects on dental care costs and frequency of dental visits. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29(3):213-219.

Noguerol Rodríguez B., Llodrà Calvo, J.C.; Sicilia Felechosa, A., Follana Murcia M. *La salud bucodental en España. 1994. Antecedentes y perspectivas de futuro.* Madrid: Ediciones Avances, 1995.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud 1997.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.

Bravo, M. Age-Period-Cohort analysis of dentist use in Spain from 1987 to 1997. An analysis from the Spanish National Health Surveys. *Eur J Oral Sci* 2001;109:149-154.