

ESPECIAL  
SESPO 2014



Sociedad Española de  
Epidemiología y Salud  
Pública Oral

EDITORIAL

ORIGINALES

**Vigilancia de la salud dental  
infantil en el País Vasco.**

*Simón Salazar F, Llodra Calvo JC,  
Aguirre Urizar JM y Arteagoitia  
Axpe JM*

**Informe sobre los Servicios  
de Salud Bucodental en  
España. Situación de las  
Comunidades Autónomas,  
2013**

*Cortés Martinicorena FJ, Cerviño  
Ferradanes S, Blanco González JM  
y Simón Salazar F*

# RCCOE

[www.rcoe.es](http://www.rcoe.es)



Pasaje de Lodares, Albacete



[www.sespo2014.com](http://www.sespo2014.com)

REVISTA DEL ILUSTRE CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE  
ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE ESPAÑA



**CONSEJO  
DENTISTAS**

ORGANIZACIÓN COLEGIAL  
DE DENTISTAS  
DE ESPAÑA

# RCOE

REVISTA DEL ILUSTRE CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE ESPAÑA

## **COMITÉ EDITORIAL**

### **Director**

Jose M<sup>a</sup> Suárez Quintanilla

### **Subdirector**

Manuel Bravo Pérez

Juan Manuel Aragoneses Lamas

Andrés Blanco Carrión

Jose Luis Calvo Guirado

### **Directores asociados**

Pedro Infante Cossío

Paloma Planells del Pozo

Gonzalo Hernández Vallejo

Pedro Bullón Fernández

Jaime Gil Iozano

Jose Luis de la Hoz Aizpurua

María Jesús Suárez García

Luis Alberto Bravo González

### **Director asociado y revisor**

Luciano Mallo Pérez

## **DIRECCIÓN Y REDACCIÓN**

### **ILUSTRE CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE ESPAÑA**

Calle Alcalá, 79 2º 28009 MADRID

Tel. 91 42 64 410

Fax: 91 57 70 639

E-mail: rosa@consejodontistas.es

## **COMITÉ EJECUTIVO**

**Presidente:** Dr. Óscar Castro Reino

**Vicepresidente:** Dr. José Antonio Zafra Anta

**Secretario:** Dr. Juan Carlos Llodra Calvo

**Tesorero:** Dr. Joaquín de Dios Varillas

**Vicesecretario-Vicetesorero:**

Dr. Jaime Sánchez Calderón

**Vocal 1º:** Dr. Francisco José García Lorente

**Vocal 2º:** Dr. Luis Rasal Ortigas

**Vocal 3º:** Dr. Guillermo Roser Puigserver

**Vocal 4º:** Dr. Alejandro López Quiroga

### **Vocales supernumerarios**

Dr. M. Ángel López-Andrade Jurado

Sra. D<sup>a</sup> Concepción M. León Martínez

Sr. D. José Miguel Errazquin Arbelaiz

Dr. Antoni Gómez Jiménez

### **Presidentes Colegios Oficiales**

Dr. Ramón Soto-Yarritu Quintana  
(I Región)

Dr. Antonio Gómez Jiménez (Cataluña)

Dr. Enrique Llobell Lleó (Valencia)

Dr. Luis Cáceres Márquez (Sevilla)

Dr. Lucas Bermudo Añino (Málaga)

Dr. Luis Rasal Ortigas (Aragón)

Dr. J. Manuel Fika Hernando (Vizcaya)

Dr. Agustín Moreda Frutos (VIII Región)

Dr. Joaquín de Dios Varillas  
(Extremadura)

Dr. Jose M<sup>a</sup> Suárez Quintanilla  
(A Coruña)

Dr. Jose Manuel Alvarez Vidal  
(XI Región)

Dr. Javier González Tuñón (Asturias)

Dr. Guillermo Roser Puigserver  
(Balears)

Dr. Tomás Gastaminza Lasarte  
(Guipúzcoa)

Dr. Francisco Perera Molinero  
(Sta. Cruz tenerife)

Dr. Óscar Pezonaga Gorostidi (Navarra)

Dr. Jose del Piñal Matorras  
(Cantabria)

Dr. Antonio Tamayo Paniego (La Rioja)

Dr. Raúl Óscar Castro Reino (Murcia)

Dr. Jose Manuel Navarro Martínez  
(Las Palmas)

Dr. Rafael Roldán Villalobos (Córdoba)

Dr. Antonio Bujaldón Daza (Almería)

Dr. Ángel Rodríguez Brioso (Cádiz)

Dr. Francisco Javier Fernández Parra  
(Granada)

Dr. Eugenio M. Cordero Acosta (Huelva)

Dr. Miguel A. López-Andrade  
Jurado (Jaén)

Dr. Antonio Díaz Marín (Ceuta)

Dr. Rafael Carroquino Cañas (Melilla)

Dr. Jose Sevilla Ferreras (León)

Dr. Alejandro de Blas Carbonero  
(Segovia)

Dr. Jose Luis Rocamora Valero  
(Alicante)

Dr. Victorino Aparici Simón (Castellón)

Dr. Jose Antonio Rubio Serraller  
(Salamanca)

Dr. Jose Ramón Lasa Onaindia  
(Álava)

Dr. Ismael Tárraga López (Albacete)

Dr. Alejandro López Quiroga (Lugo)

### **Edición y publicidad:**

Grupo ICM Comunicación  
Avda. de San Luis, 47  
Tel.: 91 766 99 34 Fax: 91 766 32 65  
www.grupoicm.es

Publicidad: Sonia Bautista  
[sonia@grupoicm.es](mailto:sonia@grupoicm.es)  
Tel. 638 031 462

SopORTE Válido: nº 40/03-R-CM  
ISSN 11-38-123X

Depósito Legal: M-18465-1996

Impreso en España

DIFUSIÓN CONTROLADA POR

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación sin el previo permiso escrito del editor.

**Periodicidad:** Trimestral

**Tirada:** 27.000 ejemplares

**Indexada en:** IME/Índice Médico Español. Current Titles in Dentistry, publicación del Royal College Library-Dinamarca. IBEC/S/Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud.

# RCOE

REVISTA DEL ILUSTRE CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE ESPAÑA

## **PRESIDENTES DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS**

### **Academia Española de Estudios Históricos de Estomatología y Odontología**

Dr. Julio González Iglesias

### **Asociación de Anomalías y Malformaciones Dentofaciales**

Dr. Jesús Fernández Sánchez

### **Asociación Española de Analgesia y Sedación en Odontología**

Dra. Carmen Gascó García

### **Asociación Española de Endodoncia**

Dr. Rafael Cisneros Cabello

### **Asociación Española de Estética Dental**

Dr. Luis Cabeza Ferrer

### **Asociación Española de Odontología Microscópica**

Dr. Julio Manuel Morán García

### **Asociación Iberoamericana de Ortodoncias**

Dr. Juan José Alió Sanz

### **Club Internacional de Rehabilitación Neuro-Oclusal**

Dr. Carlos de Salvador Planas

### **Sociedad Española de Cirugía Bucal**

Dr. David Gallego Romero

### **Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial**

Dr. Javier González Lagunas

### **Sociedad Española de Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial**

Dr. Eduardo Vázquez Delgado

### **Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral**

Dr. Jesús Rueda García

### **Sociedad Española de Ergonomía e Ingeniería Dental**

Dr. Vicente Lozano de Luaces

### **Sociedad Española de Estomatología y Odontología**

Dr. Enrique Llobell Lleó

### **Sociedad Española para el Estudio de los Materiales Odontológicos**

Dra. Isabel Camps Alemany

### **Sociedad Española de Gerencia y Gestión Odontológica**

Dr. Primitivo Roig Jornet

### **Sociedad Española de Gerodontología**

Dr. Andrés Blanco Carrion

### **Sociedad Española de Historia y Sociología de la Odontoestomatología**

Dr. Gerardo Rodríguez Baciero

### **Sociedad Española de Implantes**

Dra. Araceli Morales Sánchez

### **Sociedad Española de Láser y Fototerapia en Odontología**

Dra. Isabel Saez de la Fuente

### **Sociedad Española de Medicina Oral**

Dr. Rafael Segura Saint-Gerons

### **Sociedad Española de Odontoestomatología Legal y Forense**

Dr. Eduardo Coscolín Fuertes

### **Sociedad Española de Odontoestomatología para el Minusvalido y Pacientes Especiales**

Dr. Jacobo Limeres Posse

### **Sociedad Española de Odontoestomatología Preventiva y Comunitaria**

Dr. Jose Manuel Roig García

### **Sociedad Española de Odontología Computerizada**

Dr. Manuel A. Gómez González

### **Sociedad Española de Odontología del Deporte**

Dr. Esteban Brau Aguadé

### **Sociedad Española de Odontología Minimamente Invasiva**

Dr. Carlos Aparicio

### **Sociedad Española de Odontopediatría**

Dra. Olga Cortés Lillo

### **Sociedad Española de Odontología Conservadora**

Dra. Laura Ceballos Salobreña

### **Sociedad Española de Odontología Infantil Integrada**

Dra. Antonia Domínguez Reyes

### **Sociedad Española de Ortodoncia**

Dr. Ángel Alonso Tosso

### **Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración**

Dr. David Herrera

### **Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética**

Dr. Juan Ignacio Rodríguez Ruiz

### **Sociedad Española de Rehabilitación, Prótesis Maxilofacial y Anaplastología**

Dr. Jose M<sup>a</sup> Díaz Torres

## **ASESORES CIENTÍFICOS**

Julio Acero Sanz

M<sup>a</sup> Teresa Arias Moliz

Lorenzo Arriba de la Fuente

Verónica Ausina Márquez

Adela Baca García

Andrés Blanco Carrión

Javier Cortés Martinicorena

Fernando Espín Galvez

Jose Antonio Gil Montoya

Gerardo Gómez Moreno

Gladys Gómez Santos

Angel-Miguel González Sanz

Cristina Hita Iglesias

Yolanda Jiménez Soriano

Carmen Llena Puy

Jose López López

Rosa M<sup>a</sup> López-Pintor Muñoz

Antonio López Sánchez

Rafael Martínez de Fuentes

Isabel Martínez Lizán

Angel Martínez Sauquillo

Javier Montero Martín

Blas Noguero Rodríguez

Jose Vicente Ríos Santos

M<sup>a</sup> Luisa Somacarrera Pérez

Inmaculada Tomás Carmona

# Los servicios de asistencia odontológica en España: un mapa sin brújula

Decir que la Odontología es una profesión sanitaria es, sin duda, una perogrullada. Pero a veces, inmersos en la burbuja de la nanotecnología y el marketing, algunos corren el riesgo de olvidarlo, de olvidar eso que la R.A.E. define como "una verdad o certeza que, por notoriamente sabida es necesidad o simpleza el decirla".

Hay, por lo menos, tres características que definen una profesión sanitaria: el conocimiento, la autonomía y la voluntad de servicio. Esta última –la voluntad de servicio a la sociedad– legitima el contrato social que nos otorga, entre otros, el privilegio del monopolio en el cuidado de la salud oral de la población.

El nivel de conocimiento de la Odontología clínica española, ofrece un grado de excelencia homologable a la de los países de nuestro entorno. La autonomía organizativa y de gestión de nuestra organización colegial es razonablemente correcta. Sin embargo, la capacidad de servicio a la sociedad, entendida como el conjunto de acciones organizadas por y para la comunidad, está muy lejos de la del resto de la sanidad española.

En toda la historia de la Odontología española en democracia, solo hay un estudio sobre la salud oral de nuestra población a nivel nacional, promovido, realizado y financiado por la Administración del Estado. Esto ocurrió en 1983, bajo la tutela de la OMS y su publicación por cierto, podría decirse que fue semi-clandestina. Los numerosos estudios posteriores –algunos de ellos, patrocinados y financiados por el Consejo, con la colaboración científica de sociedades como la SESPO–, son todos ellos fruto de la sociedad civil. Una forma de actuación vicariante, ante la ausencia de políticas sanitarias en salud bucodental, de los poderes públicos. Lean el trabajo de Cortés y col. y podrán apreciar la prolija cantidad de legislación que sobre el tema han evacuado las sucesivas administraciones y que nunca han pasado del papel. Y es que como todos sabemos, el papel lo aguanta todo.

El monográfico que hoy presentamos, y en concreto el trabajo de Cortés y col., es un gran mapa de la situación de los servicios de asistencia en salud bucodental en España. Un mapa sirve para saber dónde estamos y, a veces también, para saber hacia dónde vamos, su realización no es un trabajo fácil, y a menudo puede ser una tarea ingrata. Su fiabilidad depende del rigor de los datos recogidos y en un país como el nuestro, con un sistema de asistencia en salud bucodental a menudo precario, con bases de datos escasas y descoordinadas, la información está muy atomizada y los criterios no son siempre homogéneos. Este es pues, un trabajo complejo, a veces poco estimulante en donde el rigor de los autores está en manos de sus fuentes, cuya fiabilidad a veces hay que suponer. Y sin embargo, este es un trabajo imprescindible para la normalización de nuestra parcela sanitaria.

Un mapa si se interpreta adecuadamente, también sirve para orientar en el camino a seguir. Y aunque las interpretaciones corresponderán a cada cual, este mapa puede verse como un mosaico diverso, heterogéneo, con prioridades, objetivos y actuaciones dispares. Un mosaico repartido por toda la geografía española que, en ocasiones, parece un rompecabezas. Pero que en cualquier caso sería nuestro rompecabezas.

Pero también y sobre todo, el monográfico del RCOE que hoy presentamos, es a mi juicio un testimonio de esa voluntad de servicio a la comunidad, a la que una profesión sanitaria como la Odontología debe su razón de ser. Hay que agradecer a los autores, cuyo prestigio en ese campo es bien conocido, más allá del valor científico, su aportación al compromiso social de la Odontología de nuestro país.



**Emili Cuenca**  
*Catedrático  
de Odontología  
Preventiva y  
Comunitaria.*

# Vigilancia de la salud dental infantil en el País Vasco

Simón Salazar F\*, Llodra Calvo JC\*\*, Aguirre Urizar JM\*\*\* y Arteagoitia Axpe JM\*\*\*\*

## RESUMEN

**Fundamento:** Los sistemas de información y vigilancia epidemiológica son esenciales para la acción en Salud Pública. El Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) del País Vasco registra en cada ejercicio datos de utilización y asistencia dispensada necesarios para su gestión. Dicha información posibilita adicionalmente obtener indicadores de salud dental que pueden ser de utilidad como sistema de vigilancia epidemiológica incorporada a su función asistencial.

**Material y método:** Se compara el índice CAOD a los 7, 12 y 14 años en los 24.129 niños con utilización "constante" del PADI en 2008, con el de los 3.065 niños de la muestra de población escolar de las mismas edades del estudio epidemiológico de 2008. Se realiza un análisis estadístico comparativo de medias e intervalos de confianza de dichos índices.

**Resultados:** Los indicadores de salud dental del PADI a los 12 y 14 años son similares a los del estudio epidemiológico ( $p < 0,05$ ) solapándose sus respectivos intervalos de confianza. Los índices CAOD del PADI son ligeramente superiores, sin significación estadística, a los del estudio epidemiológico.

**Conclusión:** Los indicadores del PADI posibilitan monitorizar anualmente la salud dental de la población infantil del País Vasco y su tendencia, complementando eficientemente los estudios epidemiológicos normalizados que se realizan cada diez años.

**PALABRAS CLAVE:** Vigilancia epidemiológica, salud dental, PADI.

## ABSTRACT

**Background:** Information systems and epidemiological surveillance are essential for public health action. Every year, the Child Dental Care Program (PADI) of the Basque Country records assistance and dental cares data for its annual management. These data provides dental health indicators that may be useful as a surveillance system incorporated to its caring role.

**Material and methods:** The DMFT index is compared to the 7, 12 and 14 years old in 24,129 children with "regular" use of PADI in 2008, with the one from 3,065 children in the sample of school children at the same age from the epidemiological study of 2008. Comparative statistical analysis of means and confidence intervals of indexes is performed.

**Results:** The dental health indexes from PADI at 12 and 14 years old and the ones from epidemiological study show similar levels ( $p < 0,05$ ) and overlapping confidence intervals. The dental health indexes from PADI are slightly higher, but not statistically significantly, to the same indexes from the epidemiological study.

**Conclusion:** The PADI data can be useful for annual monitoring of child dental health in the Basque Country and its tendency, complementing the standard epidemiological studies conducted every ten years.

**KEY WORDS:** Epidemiological surveillance, dental health, PADI.

## INTRODUCCIÓN

En salud oral, los sistemas de información se utilizan para conocer la frecuencia y distribución de la enfer-

medad, las necesidades de tratamiento o la existencia de grupos vulnerables, y además son esenciales como soporte a las políticas de salud dental dirigidas a la planificación de los servicios.<sup>1,2</sup> También se utilizan con fines de investigación o de vigilancia epidemiológica, esta última entendida como "la recogida sistemática y continua, análisis e interpretación de los datos de la salud o enfermedad, esenciales para la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública".<sup>3</sup>

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) existen dos sistemas que proporcionan información sobre la salud dental infantil. El primero, lo constituye los estudios epidemiológicos de salud dental infantil del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Estos estudios se realizan cada diez años siguiendo la metodología

\*Jefe del Servicio Dental Comunitario. Responsable PADI. Dirección de Asistencia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

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

\*\*\*Catedrático de Estomatología. Departamento de Estomatología II. UFI 11/25. Universidad del País Vasco-EHU.

\*\*\*\*Jefe de Vigilancia y Vacunas. Dirección de Salud Pública y Adicciones. Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

**Correspondencia autor:** Federico Simón Salazar Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. C/Alava, 45. 01006 Vitoria-Gasteiz

**Correo electrónico:** federico.simonosalazar@osakidetza.net

estandarizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Son estudios descriptivos transversales o de prevalencia que obtienen indicadores de salud dental a partir de una muestra representativa de los escolares de 7, 12 y 14 años de edad de la CAPV. Hasta la fecha se han llevado a cabo tres estudios epidemiológicos, en 1988<sup>4</sup>, 1998<sup>5</sup> y 2008<sup>6</sup>, para conocer la evolución de la salud dental infantil y evaluar el resultado de las políticas sanitarias desarrolladas en esta área en nuestra comunidad.

Por otra parte, desde 1990, el Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI)<sup>7</sup> del Gobierno Vasco recoge en cada ejercicio la asistencia dental dispensada en el programa a los niños de 7 a 15 años. Esta información, registrada sistemáticamente por los profesionales del cuadro facultativo, posibilita la facturación de la actividad concertada, el análisis de perfiles asistenciales, la evaluación de la calidad de la atención dental y la dirección técnica del sistema.<sup>8</sup> El Servicio Dental Comunitario de Osakidetza elabora con dichos datos un informe anual de gestión del PADI con indicadores de utilización, frecuentación, asistencia dispensada y costes económicos.<sup>9</sup>

La información recogida por el Servicio Dental Comunitario de Osakidetza sobre la utilización y asistencia dispensada en el PADI en cada ejercicio posibilita elaborar indicadores básicos de salud de su población diana. Dicha población incluye las edades muestreadas en los estudios epidemiológicos anteriormente citados. La función de vigilancia epidemiológica incorporada al PADI consiste en mantener actualizada anualmente la información básica de salud dental de los niños del País Vasco y monitorizar su evolución y tendencia a lo largo del periodo que media entre estudios normalizados.

Las principales ventajas del PADI para la obtención de indicadores epidemiológicos son: su coste cero, al proceder de información ya disponible, la posibilidad de generarlos para todas y cada una de las nueve cohortes de su población diana, y su elaboración anual, frente a los períodos más dilatados que los estudios epidemiológicos normalizados, complejos y costosos por diseño y metodología, requieren.

El objetivo del presente trabajo es evaluar la precisión y la validez de los índices de salud dental generados en el PADI comparando sus resultados con los obtenidos en el último estudio epidemiológico de salud dental infantil realizado en el País Vasco en 2008.<sup>6</sup> Este análisis no cuestiona la necesidad de realizar periódicamente estudios epidemiológicos de salud dental infantil cuya función descriptiva abarca múltiples aspectos de salud dental y niveles de desagregación que el PADI, como sistema asistencial, no contempla.

## SUJETOS Y METODO

Se ha analizado la información de la base de datos del PADI (BD-PADI) correspondiente a 2008 y elaborado

sus indicadores de salud en dicho ejercicio. Para ello se consideran dos tipos de datos: primero, el patrón de utilización acumulada (frecuentación) que realizan los niños a través de todos los ejercicios en que están incluidos en el sistema y, segundo, la asistencia dental dispensada en el programa a los niños a lo largo de dichos años. Mediante la frecuentación se selecciona la muestra de niños a estudiar; con la asistencia recibida por estos niños, se determina el índice CAOD, componentes y distribución por tramos de severidad.

La frecuentación a lo largo de los nueve ejercicios de cobertura a que tienen derecho los niños del País Vasco entre los 7 y los 15 años, se clasifica en: "constante" aquel en que el niño utiliza el PADI todos los ejercicios en que está incluido; "nula" si nunca ha acudido al PADI; e "intermitente" si lo ha hecho en uno o varios ejercicios a los que tiene derecho, pero no en todos ellos.

En 2008, de los 15.915 niños del País Vasco en la cohorte de 14 años, 5.065 (31,8%) habían utilizado el PADI en todos y cada uno de los 8 ejercicios de cobertura a que habían tenido derecho; en la cohorte de 12 años, de un total de 16.755 niños, 6.355 (37,9%) habían tenido una utilización constante en los 6 ejercicios en que han estado incluidos; y de los 18.819 niños de la cohorte de 7 años, 12.708 (67,5%) niños acudieron al PADI en su primer año de cobertura.

El grupo de "utilización constante", los niños que han acudido al PADI todos y cada uno de los años en que tienen cobertura del programa, es muy poco probable que haya recibido otro tratamiento (obturaciones y/o extracciones) por caries en dentición permanente adicionalmente al realizado en el PADI. Por ello se selecciona la totalidad de los niños de este grupo como muestra de conveniencia para la obtención de indicadores de salud dental.

En la *tabla 1* se detalla la composición, por territorio histórico y por sexo, de la población de 7, 12 y 14 años en la CAPV en 2008; de la muestra del estudio epidemiológico de dicho año; y de la población con "utilización constante" del PADI en el citado ejercicio. Se observa una adecuada representación proporcional en cada grupo que minimiza el sesgo de selección al respecto.

Determinadas las muestras de niños del PADI en las edades que se desea analizar 7, 12 y 14 años, se obtiene el índice CAOD y sus componentes en cada cohorte de edad. El proceso se ha realizado con Access-2010 con conexión a BD Oracle mediante ODBC de Oracle y órdenes de consulta SQL, agrupadas para obtener el informe correspondiente, cuantificando el número de dientes según su estado (extraído-obturado-sano) en BD-PADI al cierre del ejercicio 2008.

Ejecutando este proceso en la misma muestra de niños de utilización constante en 2008, pero aplicado a su situación en BD-PADI al cierre del ejercicio 2007, se obtiene el número de dientes según estado en 2007. El

TABLE 1

POBLACIÓN CAPV, MUESTRA PADI Y MUESTRA EST. EP. POR EDAD, TERRITORIO DE RESIDENCIA Y SEXO (EJERCICIO 2008)

	7 años			12 años			14 años											
	CAPV		Est. Epid.	CAPV		Est. Epid.	CAPV		Est. Epid.									
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%								
<b>Alava</b>	2.676	14,2%	1.756	13,8%	172	16,7%	2.434	14,5%	843	13,3%	179	16,8%	2.238	14,1%	671	13,2%	162	16,6%
<b>Gipuzkoa</b>	6.469	34,4%	4.220	33,2%	335	32,6%	5.851	34,9%	2.026	31,9%	306	28,7%	5.493	34,5%	1.528	30,2%	292	30,0%
<b>Bizkaia</b>	9.674	51,4%	6.732	53,0%	520	50,6%	8.470	50,6%	3.486	54,9%	580	54,5%	8.184	51,4%	2.866	56,6%	519	53,3%
<b>TOTAL</b>	18.819	100%	12.708	100%	1.027	100%	16.755	100%	6.355	100%	1.065	100%	15.915	100%	5.065	100%	973	100%
	7 años			12 años			14 años											
	CAPV		Est. Epid.	CAPV		Est. Epid.	CAPV		Est. Epid.									
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%								
<b>Masculino</b>	9.827	52,2%	6.555	51,6%	520	50,6%	8.557	51,1%	3.220	50,7%	568	53,3%	8.127	51,1%	2.582	51,0%	472	48,5%
<b>Femenino</b>	8.992	47,8%	6.153	48,4%	507	49,4%	8.198	48,9%	3.135	49,3%	497	46,7%	7.788	48,9%	2.483	49,0%	501	51,5%
<b>TOTAL</b>	18.819	100%	12.708	100%	1.027	100%	16.755	100%	6.355	100%	1.065	100%	15.915	100%	5.065	100%	973	100%

TABLE 2

ÍNDICES CAOD, COMPONENTES Y TRAMOS DE SEVERIDAD, OBTENIDOS DEL PADI PARA EL EJERCICIO 2008

Cohorte	Poblac	U. CON	Muestra	Edad	CAOD	C	A	O	0	1 a 4	5 a 9	10 ó +
1993	16.190	4.027	24,87%	15	1,13	0,23	0,01	0,89	56,8%	37,0%	5,8%	0,5%
<b>1994</b>	<b>15.915</b>	<b>5.065</b>	<b>31,83%</b>	<b>14</b>	<b>0,95</b>	<b>0,18</b>	<b>0,01</b>	<b>0,76</b>	<b>60,8%</b>	<b>35,0%</b>	<b>4,0%</b>	<b>0,2%</b>
1995	16.068	5.528	34,40%	13	0,75	0,15	0,01	0,59	64,9%	32,9%	2,1%	0,1%
<b>1996</b>	<b>16.755</b>	<b>6.355</b>	<b>37,93%</b>	<b>12</b>	<b>0,58</b>	<b>0,12</b>	<b>0,01</b>	<b>0,45</b>	<b>70,5%</b>	<b>28,7%</b>	<b>0,8%</b>	<b>0,0%</b>
1997	17.151	7.159	41,74%	11	0,46	0,10	0,01	0,35	76,2%	23,3%	0,5%	0,0%
1998	17.017	7.655	44,98%	10	0,38	0,10	0,00	0,28	79,6%	20,2%	0,3%	0,0%
1999	17.864	8.964	50,18%	9	0,30	0,10	0,00	0,20	83,4%	16,5%	0,2%	0,0%
2000	18.527	10.509	56,72%	8	0,15	0,08	0,00	0,07	91,2%	8,7%	0,1%	0,0%
<b>2001</b>	<b>18.819</b>	<b>12.708</b>	<b>67,53%</b>	<b>7</b>	<b>0,08</b>	<b>0,08</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>95,4%</b>	<b>4,6%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>
	154.306	67.970	44,05%									

**TABLA 3**

**COMPARACIÓN DE LOS ÍNDICES CAOD OBTENIDOS DEL PADI Y DEL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN 2008**

	PADI			EST. EPIDEMIOLÓGICO		
	x	sd	IC-95%	x	sd	IC-95%
<b>14 años</b>						
C	0,18	0,58		0,23	0,86	
A	0,01	0,18		0,02	0,16	
O	0,76	1,35		0,65	1,26	
<b>CAOD</b>	<b>0,95</b>	1,58	0.92-0.99 <sup>a</sup>	<b>0,90</b>	1,57	0.81-0.99 <sup>a</sup>
<b>12 años</b>						
C	0,12	0,44		0,12	0,51	
A	0,01	0,13		0,01	0,15	
O	0,46	0,98		0,39	0,91	
<b>CAOD</b>	<b>0,58</b>	1,12	0.56-0.59 <sup>b</sup>	<b>0,52</b>	1,08	0.46-0.58 <sup>b</sup>
<b>7 años</b>						
C	0,08	0,44		0,03	0,27	
A	-	-		-	-	
O	-	-		0,01	0,14	
<b>CAOD</b>	<b>0,08</b>	0,44	0.076-0.083 <sup>c</sup>	<b>0,04</b>	0,3	0.02-0.05 <sup>d</sup>

*Nota: Idénticas letras en los IC-95% indican que existe solapamiento de los intervalos y por lo tanto que no existen diferencias significativas entre los mismos. Letras diferentes en los IC-95% indican que no existe solapamiento de los intervalos y por lo tanto que existen diferencias significativas entre los mismos.*

incremento de 2007 a 2008 del número de dientes en situación de extraído u obturado cuantifica las nuevas caries que precisaron estos tratamientos en 2008. (Las extracciones por motivos ortodóncicos no están incluidas en la cobertura del PADI).

Así, el índice CAOD en 2008 y sus componentes para cada edad se obtienen en el PADI por:

A: número de dientes con extracción al cierre del ejercicio 2007.

O: número de dientes con obturación al cierre del ejercicio 2007.

C: incremento del número de dientes con obturación ó extracción del 2007 al 2008.

Mediante la ejecución de una nueva SQL sobre las muestras de cada edad se cuantifica el porcentaje de niños por tramos de severidad, según que su índice CAOD sea 0, 1-4, 5-9 y  $\geq 10$ . La *tabla 2* detalla los datos resultantes de la aplicación de los procesos informáticos descritos para toda la población con utilización constante del PADI en el ejercicio 2008.

Por otra parte, se han analizado los datos del estudio epidemiológico de salud dental infantil de 2008<sup>6</sup> para el que se seleccionaron 91 unidades muestrales, aulas de educación primaria y secundaria, correspondientes a otros tantos centros escolares metodológicamente representativos de la población infantil del País Vasco. La información epidemiológica se recogió de 973 niños de 14 años, 1.065 niños de 12 años y 1.027 niños de 7 años.

Los indicadores básicos resultantes del estudio epidemiológico se muestran en la *tabla 3* y son utilizados en el presente trabajo como referente "gold standard" para evaluar los generados en el PADI correspondientes al mismo ejercicio.

Para la comparación de los resultados obtenidos del PADI y del estudio epidemiológico, se han calculado los intervalos de confianza al 95% de los índices CAOD a los 7, 12 y 14 años. Para cada edad, el solapamiento de los intervalos de confianza de las medias del CAOD debe interpretarse como indicativo de ausencia de diferencia estadísticamente significativa y por lo tanto asumirse

que los índices CAOD comparados son superponibles. Por el contrario, el no solapamiento de los intervalos de confianza indica una diferencia estadísticamente significativa entre los índices comparados.

## RESULTADOS

La *tabla 3* presenta los indicadores básicos de salud dental obtenidos del PADI para el ejercicio 2008 en los niños de las cohortes de 7, 12 y 14 años con utilización constante, y sus equivalentes obtenidos mediante la muestra poblacional escolar ya descrita para dichas edades por el estudio epidemiológico normalizado del mismo año en la CAPV.

Se puede apreciar que para los grupos de edad de 12 y 14 años, los IC-95% calculados para el CAOD resultantes del PADI y del estudio epidemiológico se solapan, asumiéndose una no diferencia significativa entre los índices. Por el contrario, para el grupo etario de 7 años, el índice CAOD obtenido del PADI es significativamente superior al obtenido en el estudio epidemiológico, si bien en ambos casos se sitúan en niveles muy bajos.

## DISCUSIÓN

La función primordial del PADI es regular, asegurar, financiar y proveer asistencia dental de calidad en las edades de erupción y maduración de la dentición permanente; edades determinantes para el futuro de la salud dental de cada persona.<sup>8</sup> El 90% de la población infantil del País Vasco utiliza el PADI entre los 7 y los 15 años.<sup>9</sup> Esto genera un importante volumen de información necesaria para su administración y gestión, que puede aportar un valor añadido al programa como sistema de vigilancia epidemiológica dada la precisión y validez mostrada por sus indicadores, similares a los obtenidos en el estudio epidemiológico normalizado.

La utilidad del PADI como sistema de vigilancia epidemiológica había sido propuesta desde sus primeros años de evolución.<sup>10</sup> No obstante, para poder desarrollar apropiadamente dicha función el programa ha requerido desarrollarse hasta niveles de implantación y cobertura que posibiliten muestras poblacionales adecuadas en todas las edades. No es hasta mediados de la pasada década, que el PADI alcanza y estabiliza su cobertura anual en torno al 66% y se dispone, en las cohortes de mayor edad, de un número suficiente de niños con "utilización constante" para incorporar la citada función.<sup>9</sup>

Además de disponer de muestras adecuadas de niños con "utilización constante" en cada edad, la calidad de los indicadores básicos de salud del PADI depende fundamentalmente de la exactitud del registro de la asistencia dental dispensada por los profesionales del cuadro facultativo. La operatividad del registro en la aplicación informática WEB-PADI, que especifica las opciones (sellador, obturación, extracción...) a través de

menú desplegable, minimiza la posibilidad de errores. El control anual de calidad del registro, mediante perfiles asistenciales individualizados para cada profesional, redundará en la fiabilidad de los datos.<sup>10</sup>

Por otra parte, el sistema de vigilancia epidemiológica incorporado al PADI debe de poseer como instrumento de medida tres cualidades: validez interna, precisión y validez externa.<sup>11</sup>

La validez interna es la capacidad de medir aquello que realmente se pretende medir. Requiere sensibilidad (detectar la presencia de lo que se desea medir cuando está presente) y especificidad (excluirla cuando esté ausente dicha condición). En el índice CAOD obtenido del PADI la sensibilidad y especificidad para determinar dientes obturados o extraídos no ofrece dificultad alguna al estar así registrado en la base de datos por el profesional que realiza la intervención.

La precisión o reproducibilidad es la consistencia de los resultados obtenidos en mediciones repetidas. La medición del número de dientes con obturación o extracción se realiza mediante la ejecución de SQL sobre registros informáticos de BD-PADI, lo que elimina tanto la variabilidad del observador como del instrumento y las de las condiciones de medición.

Por último, la validez externa es la capacidad de un método para generalizar sus resultados a otras poblaciones, y en este caso, que los resultados obtenidos de todos los niños con utilización constante del PADI representen a la población de esas mismas edades del País Vasco. La similitud de indicadores del PADI y del estudio epidemiológico respaldaría su validez externa.

Como ha quedado indicado, la evaluación de la validez de un método requiere la comparación de sus resultados con los de otro cuya validez se acepta por consenso, en este trabajo, el estudio epidemiológico normalizado de salud dental infantil que se realiza en la CAPV. La validez es un concepto relativo pues depende de las características del método de referencia.<sup>11</sup>

Todo estudio epidemiológico poblacional tiene sus propios límites metodológicos al realizarse sobre una fracción de la población general a estudio. El estudio epidemiológico normalizado de la CAPV se realiza sobre el 6% de la población escolar, integrada por las 91 unidades muestrales citadas. Por ello, la similitud de medias y el solapamiento de sus intervalos de confianza en los indicadores obtenidos por ambos sistemas refuerza sinérgicamente la fiabilidad de la información epidemiológica de salud dental infantil disponible en el País Vasco.

El PADI reúne las condiciones de un sistema de vigilancia<sup>3</sup> de la salud dental de los niños: tiene una amplia y estable cobertura de la población infantil del País Vasco, registra información pertinente de forma estandarizada, sistemática y periódica, los declarantes son profesio-

nales capacitados, la información se supervisa para garantizar su calidad y se transfiere de forma automática en soporte electrónico, se analiza de forma periódica, sus indicadores básicos de salud han mostrado niveles similares a los obtenidos en el estudio epidemiológico normalizado, y sus resultados se ponen en conocimiento de los diferentes niveles implicados.

Por todo ello, consideramos que el PADI puede ser un sistema metodológicamente válido para la vigilancia epidemiológica de la salud dental infantil, su evolución anual y tendencia. Los sucesivos estudios epidemiológicos normalizados que se realicen en la CAPV posibilitarán conocer mejor su potencial descriptivo y optimizar su utilidad en Salud Pública.

## CONCLUSIONES

1º El PADI, en su nivel actual de cobertura, genera anualmente indicadores básicos de utilidad como sistema de vigilancia epidemiológica de la salud dental infantil en el País Vasco.

2º La calidad de la información registrada de forma sistemática por los profesionales del cuadro facultativo del PADI es esencial para incorporar dicha función de vigilancia epidemiológica a la función primordial del programa como sistema de asistencia dental.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mejia GC. Measuring the oral health of populations. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40(Suppl. 2):95-101.
2. Petersen PE, Bourgeois D, Bratthall D, Ogawa H. Oral health informa-

- tion systems - towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83:686-693.
3. Institute of Medicine. *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press, 1988.
4. Departamento de Sanidad y Consumo. Estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil de la Comunidad Autónoma Vasca (1988). Documentos Técnicos de Salud Pública Dental nº 2. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco, 1990.
5. Departamento de Sanidad. Segundo estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil de la Comunidad Autónoma Vasca (1998). Documentos Técnicos de Salud Pública Dental nº 5. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco, 1998.
6. Departamento de Sanidad y Consumo. Tercer estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil de la Comunidad Autónoma Vasca (2008). Documentos Técnicos de Salud Pública Dental nº 6. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco, 2010.
7. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Decreto 118/1990, de 24 de abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOPV, núm. 89, págs. 4117-4120, de 7 de Mayo de 1990.
8. Simón F. El PADI del País Vasco. El principio de un modelo para la salud. En: Castaño A, Ribas D. *Odontología preventiva y comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto*. Sevilla: Fundación Odontología Social, 2012:625-632.
9. Servicio Dental Comunitario de Osakidetza. PADI-2013. Informe anual del desarrollo del Decreto 118/90, sobre asistencia dental a la población infantil de la C.A.P.V. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud del Gobierno Vasco; 2013. [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85pkpubl02/es/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publici/adjuntos/memorias/padi2013.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85pkpubl02/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/memorias/padi2013.pdf)
10. Simón F. Evaluación de los seis primeros años de desarrollo del Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) de la Comunidad Autónoma del País Vasco (1990-1995). Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina. Madrid, 1996.
11. Serra L, Doreste JL. Epidemiología en odontología. En: Cuenca E, Baca P. *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Barcelona:Masson;2013:19-34.

# Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013

Cortés Martinicorena FJ\*, Cerveri Ferradanes S\*\*, Blanco González JM\*\*\* y Simón Salazar F\*\*\*\*

## NOTA DE LOS AUTORES

Este informe presenta limitaciones, las más importantes referidas a la parcialidad de algunos datos. La tarea de conseguirlos ha sido difícil, dificultad que en algunos casos hemos considerado insalvable por la falta de colaboración de los responsables en la comunidad. En esos casos hemos recurrido a fuentes de información alternativas y de ello se deja constancia en el texto. La toma de datos se ha realizado a lo largo del año 2013.

El cuestionario de recogida de datos enviado a las CCAA incluía solicitud de información sobre el servicio de odontología general de adultos que no ha sido respondido más que en dos casos, por lo que no es posible ofrecer información al respecto.

Igualmente, el capítulo de presupuesto ha tenido una respuesta muy limitada y parcial, y por la misma razón no es posible ofrecer datos fiables para el conjunto del Estado. No obstante, las comunidades que los han facilitado, su cuantía viene especificada en el relato de cada una de ellas (Capítulo 6).

A pesar de ello, el lector tiene en sus manos un documento válido que pretende dar la medida de lo que hoy son los servicios de salud oral en España. El acento ha sido puesto en los programas dirigidos a población infantil y discapacitados, que son los únicos que pueden acceder a odontología restauradora.

Del mismo modo, queremos expresar nuestro sincero agradecimiento a los responsables de programa que han colaborado en la obtención de datos, en algunos casos con una disposición encomiable, poniendo a nuestra disposición cuanta información al respecto genera su comunidad autónoma. Por desgracia, debemos señalar que han sido múltiples los obstáculos puestos por otras comunidades, no facilitando los datos o haciéndolo solo parcialmente. Y, por último, queremos señalar que la falta de información ha sido motivada en ocasiones por la falta de disponibilidad incluso para la propia comunidad.

## CAPÍTULO 1

### INTRODUCCIÓN. UNA VISIÓN GENERAL

F. Javier Cortés Martinicorena

Han transcurrido más de treinta años desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad y la Ley de Odontólogos. Contemporáneas ambas, aunque de

rango distinto, uno de sus objetivos era la mejora de los niveles de salud y accesibilidad a los servicios sanitarios y de salud oral de la población española. La creación de un Sistema Nacional de Salud (SNS) fue una de sus apuestas estratégicas más importantes y la Atención Primaria de Salud la piedra angular de esa estructura. La creación de la odontología debería facilitar la integración de la nueva profesión en el sistema asistencial, otorgándole un perfil singular con una personalidad más definida. Treinta años después esas expectativas no se han cumplido y la odontología sigue siendo el verso suelto de nuestro sistema asistencial.

Describir la situación actual del sistema de asistencia odontológica español con el rigor debido es una tarea complicada. Una de las definiciones canónicas de lo que es un sistema de asistencia dice: *“Es un conjunto de elementos integrado por recursos humanos y financieros que trabajan dentro de una organización estructurada, regulada dentro del esquema de la política sanitaria de un país, con el objetivo de atender las necesidades de tratamiento odontológico de la población, y con el fin último de promover la salud y prevenir la enfermedad oral de la*

\*Doctor en Medicina y Cirugía. Estomatólogo. Práctica privada Redactor y ex-responsable de Programa de Salud Bucodental y ex-Presidente de la Comisión Asesora Técnica de SBD de la Comunidad Foral de Navarra; ex-profesor de la Universidad de Barcelona.

\*\*Estomatólogo de UGC de Salud Bucodental. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz.

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

\*\*\*\*Jefe del Servicio Dental Comunitario. Responsable PADI. Dirección de Asistencia. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

**Correspondencia autor:** Dr. F J Cortés Martinicorena. Navas de Tolosa, 27-1º 31002 Pamplona

**Correo electrónico:** jcortes@infomed.es

*comunidad a la que aquella pertenece*”. Aun admitiendo que las definiciones no siempre responden a la realidad, es difícil para cualquiera admitir que el conjunto de actuaciones de asistencia odontológica que se realizan en nuestro país pueda merecer el calificativo de sistema de asistencia odontológico. Más bien se trata en algunos casos de actuaciones sin estructura organizativa definida y, a menudo, sin evaluación.

No podemos hablar en muchos casos de sistema asistencial sino más bien de un conjunto de acciones de marcado carácter voluntarista, tan encomiable como insuficiente en la planificación y gestión de los recursos escasos. Se hace difícil hablar de un sistema de asistencia, sino más bien de una constelación de programas de salud oral que han ido floreciendo en las autonomías, a rebufo de los PADI vasco y navarro, aunque con suerte diversa. Describir un no sistema es difícil, como decíamos al inicio. Actuaciones descoordinadas, sin comunicación entre sí, sin responsables que defiendan un presupuesto ni que por tanto rindan cuentas de los resultados y objetivos. Y no obstante estaríamos hablando de unos servicios sanitarios enfocados a la atención preventiva y reparadora de enfermedades de distribución universal, que suponen una fuerte carga económica para la sociedad además de una importante fuente de sufrimientos y limitaciones funcionales y sociales.

Así pues, el tema merece ser abordado, y lo que sigue es una descripción, a modo de inventario, de una parcela de nuestra sanidad que nunca mereció la atención de nuestros poderes públicos.

Como decimos, la salud bucodental sigue siendo la gran ausente de nuestro sistema sanitario público y, sin embargo, en la boca se producen enfermedades como en cualquier otra parte del organismo. Se da la paradoja de que la enfermedad que es universalmente reconocida como la más prevalente de ser humano, la caries dental,<sup>2</sup> no tiene amparo en nuestro SNS más que para los más jóvenes y solo parcialmente.

De las tres enfermedades más comunes de la boca, solo el cáncer bucal recibe la atención debida por su evidente potencial de mortalidad y gran morbilidad. Pero la pérdida de dientes puede ser altamente incapacitante, limita a las personas para una buena nutrición, condición esencial de la vida, además de para una adecuada relación social. Y no recibe amparo.

Todavía a día de hoy, las diferentes administraciones sanitarias no contemplan esta área de salud como una necesidad a la altura de sus obligaciones. Los servicios de odontología para adultos son una afrenta a la igualdad de oportunidades. Es difícilmente asumible que en pleno siglo XXI, en la Unión Europea, un adulto en este país solo tenga derecho a tratamiento paliativo y no reparador; que, en último extremo, una persona se vea incapacitada para comer y no pueda tener acceso a un

mínimo de cobertura que le permita reponer sus dientes perdidos, con las implicaciones que ello puede tener en su salud general.

Las enfermedades dentales están entre las más fácilmente prevenibles. A partir de los años 80 del pasado siglo, se iniciaron programas preventivos en las comunidades autónomas pero es cierto que muchas de ellas apenas han dado unos pasos más allá. La acción de estos programas junto con el aumento del nivel de vida, de cultura sanitaria y de hábitos higiénicos, ha hecho descender la prevalencia de caries hasta niveles no imaginados hace 30 años. En ese proceso de descenso, algunas comunidades –pocas– legislaron para dar cobertura de tratamiento a los más jóvenes. Años después, la administración sanitaria central, superada por la acción de estas comunidades, reconoció el amparo al tratamiento de la caries dental para población de 6 a 15,<sup>3</sup> años pero su desarrollo ha sido muy desigual y no todas las CC.AA cumplen con este derecho que ampara el RD 1030/2006.<sup>4</sup>

### Desigualdades entre comunidades

La situación es muy diversa entre las distintas CCAA, dando lugar a una marcada desigualdad y a situaciones de clara inequidad; niños y adolescentes que viven próximos geográficamente, no tienen acceso a la misma atención por razón de vivir en comunidades autónomas diferentes, con direcciones políticas diferentes, en donde la implantación de estos servicios ha tenido un desarrollo desigual.

Las diferencias afectan tanto a la organización de sus servicios como a las prestaciones que ofrecen; y son excesivamente grandes para ser aceptables en nuestro SNS.

1. Por lo que se refiere a su organización, solo unas pocas comunidades tienen una Unidad Gestión de los servicios de SBD a cargo de un odontólogo/estomatólogo. En las restantes existe una gran dispersión tanto en la titularidad de los responsables –no dentistas–, como en la ubicación: en la Consejería de Salud, en el Servicio Autonómico de Salud, o en la Dirección de Salud Pública correspondiente. Muchos responsables tienen un conocimiento limitado de la realidad de la odontología.

Es necesario denunciar esta situación. Entre otras consecuencias, esto provoca que la implantación de los programas se materialice en condiciones de desigualdad, que la potenciación de los servicios no sea la adecuada, que las prestaciones no sean iguales en todas las áreas o distritos sanitarios de la comunidad, que la información derivada de la actividad de los servicios no esté estandarizada, sea muy dispersa y no pueda ser comparable con otras comunidades. En fin, que los presupuestos de gasto sean imposibles de conocer.

Según los datos disponibles, las comunidades que cuentan con una unidad gestora específica son las que

TABLA 1

## EVOLUCIÓN DE LAS TARIFAS DE CAPITACIÓN

C. Autónoma	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ANDALUCÍA	33,7		34,70		36,00					32,40
ARAGÓN	50									45
ILLES BALEARS		40								46
CANARIAS						45			40	36
EXTREMADURA	50									45
REGIÓN DE MURCIA	51,3									39,9*
CF NAVARRA**	40,38									49,2
	44,86									54,67
PAÍS VASCO**	35,08	35,78	36,85	37,96	39,10	39,88				39,88
				40,54	44,59	45,49				45,49

\*Murcia solo cubre actualmente 6-8 años. \*\* Navarra y País Vasco tienen desglosada la tarifa por tramos de edades: 6-10 y 11-15, y 7-11 y 12-15 años respectivamente.

ofrecen los mejores resultados en implantación de servicios y perfil asistencial.

2. Por lo que se refiere a las prestaciones, las diferencias abarcan todo el abanico posible: unas CCAA tienen una cobertura plena en odontología reparadora -en algunos casos ampliada con legislación propia- mientras que otras apenas cubren el tratamiento de una caries simple en superficie oclusal y solo en el primer molar.

A estas diferencias es necesario añadir una desigualdad más como es el acceso a una odontología de perfil diferente según se viva en una CA u otra. De los datos conocidos se deduce que el perfil asistencial de algunas comunidades es claramente preventivo -esto es, los ítems preventivos tienen más peso que los reparadores- mientras que en otras el perfil es claramente reparador, el mayor peso de la actividad es puramente reparadora.

### Recortes

A las desigualdades descritas, se han venido a sumar los recortes que han sido generalizados en los últimos años. El primero de ellos es la desaparición de la subvención que otorgaba el Ministerio a las comunidades autónomas para la financiación de los servicios de SBD, recorte que se produce a partir del año 2011. Los recortes afectan tanto a la cobertura etaria como a los tratamientos ofertados. En esto, de nuevo, hay un amplio abanico: desde recortar la edad cubierta para reducirla a

solo 6-8 años, caso de la Región de Murcia, o recortar la edad ampliada a los 18 años y dejarla en 6-15, caso de Navarra (única comunidad en la que su cobertura era de 6 a 18 años), o también, dejar de cubrir algunos tratamientos básicos, caso de Galicia, Madrid o ciudades de Ceuta y Melilla, o reducir otros tratamientos avanzados como la endodoncia, caso de Castilla y León.

En las comunidades en las que los servicios se prestan a través de concierto con el sector privado, se han producido también recortes en los precios pactados, con la excepción de Illes Balears. En el mejor de los casos se han congelado las tarifas, caso del País Vasco y Navarra y, en las demás, se ha producido un recorte entre el 10-20% respecto de los precios que se pagaban hace 10 años, lo que, sumado al efecto inflación, sitúa el recorte bastante por encima de estas cifras. El caso extremo lo ofrece la Región de Murcia, en la que la tarifa de capitación era de 51,3 euros en 2004 y de 39,9 en 2013 (Tabla 1). En el sector público, la rebaja de salarios se ha producido en toda la administración.

### Variedad de sistemas de provisión

La cobertura de tratamiento odontológico se ofrece mediante distintos modelos de provisión de servicios. Las comunidades que primero ofertaron estas prestaciones lo hicieron mediante concierto con el sector privado y un sistema de pago por capitación, además de en su propia red asistencial pública: es el sistema denominado PADI. Son las que, en general, presentan menores

diferencias entre sí, con la excepción de la Región de Murcia que presenta notables diferencias con el resto de sistemas PADI. Algunas han tenido un desarrollo fuerte y sostenido y otras, caso de Andalucía, a pesar de llevar más de 10 años, no termina de afianzarse. Con este modelo hay 8 CC.AA.

Otras comunidades han optado por un sector público fuerte, sin concierto con el privado. Son la mayoría. Entre ellas hay dos excepciones que son las dos Castillas, que derivan al privado determinados tratamientos especiales (Castilla y León ha reducido recientemente este servicio), siempre por prescripción del dentista público y son las que denominamos con sistema "mixto". Es entre estas comunidades con sistema público donde se dan las mayores diferencias, y afectan a las prestaciones y al grado de implantación de los servicios, tanto entre ellas como en el interior de una misma comunidad, según áreas o distritos sanitarios.

En un ejercicio de hacer de la necesidad virtud, la coexistencia de estos diferentes modelos de provisión ofrece la oportunidad de estudiar su eficiencia respectiva, y su adaptación a las circunstancias particulares de una u otra comunidad. Y esta oportunidad debería ser aprovechada.

### Promoción de la salud

Aun siendo de un perfil bajo, la mayoría de las CC.AA tienen actuaciones en el ámbito de la promoción de la salud bucodental. En general, son actividades en el campo de la educación para la salud y fluorización mediante enjuagues en las escuelas, con un seguimiento de moderado a bajo.

Sin embargo, la fluoración artificial de las aguas de abastecimiento público ha sufrido un notable retroceso. Tres CCAA han derogado su legislación (Andalucía, Galicia y Región de Murcia) y ya no disponen de plantas de fluoración. Cataluña la ha interrumpido en las ciudades de Girona, Salt y Sarriá de Ter, y actualmente no dispone de ninguna planta de fluoración. La comunidad de Extremadura la mantiene en la capital Badajoz.

La comunidad que más implantación tiene es País Vasco, que mantiene todas sus plantas y abastece con agua fluorada al 78% de la población de su comunidad.

## CAPÍTULO 2

### ANTECEDENTES Y BASES LEGALES

*Santiago Cerviño Ferradanes*

La primera edición del monográfico editado por SESPO titulado "Servicios Públicos de Salud Bucodental en España. Legislación y cartera de servicios" es del año 2001.<sup>5</sup> Se trataba de una recopilación de los servicios de

TABLA 2

### RESUMEN DE LA LEGISLACIÓN VIGENTE EN TODO EL ESTADO QUE AFECTA A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

Real Decreto 63/1995 sobre Ordenaciones de prestaciones sanitarias del SNS

Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del SNS

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre de cartera de servicios comunes

Real Decreto 111/2008 por el que se regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas para la promoción de actividades para la salud bucodental infantil.

salud bucal en las Comunidades Autónomas que incluía y desarrollaba los siguientes aspectos: legislación, planificación y objetivos de planes de salud, fluoración, actividades preventivas, odontología conservadora, grupos de riesgo y unidades de gestión.

En el año 2005 se publica la segunda edición en la que, además de actualizar los servicios, incluía un mapa epidemiológico de caries y la descripción de los modelos asistenciales diferenciados que se desarrollaban en las diferentes CCAA. Han pasado 8 años desde esa última edición y se hace necesario actualizar su contenido.

### Bases legales (Tabla 2)

La Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos, a la vez que diseña una nueva organización territorial del Estado que posibilita la asunción por las CCAA de competencias en materia de sanidad, reservando para aquél la regulación de las bases y la coordinación general de la misma.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dio respuesta a estas previsiones constitucionales, estableciendo los principios que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud que, mediante la financiación a través de los impuestos, trata de asegurar el libre acceso a los servicios sanitarios con carácter universal. A la vez se establecen los principios de una reforma de la Atención Primaria, con el fin de integrar la prevención y promoción de la salud en los servicios asistenciales. De acuerdo a la organización autonómica del Estado,

la mayoría de competencias en materia sanitaria están transferidas a los respectivos gobiernos autonómicos.

Asimismo, dicha Ley creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) como órgano coordinador entre las CCAA y la Administración General del Estado. Está presidido por el ministro de sanidad e integrado por todos los consejeros de salud de las distintas comunidades. El CISNS aprobó en 1990 una serie de recomendaciones de salud oral, entre las que incluían la realización de estudios epidemiológicos por parte de las CCAA, medidas de Educación para la Salud, aplicación de medidas preventivas, etc., para la realización de sus programas de atención dental comunitaria.

Posteriormente, el Real Decreto 63/1995 sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del SNS define los derechos de los usuarios del sistema sanitario a la protección de la salud ya que regula, de forma genérica, las prestaciones del sistema sanitario público entre las que se incluyeron las prestaciones odontológicas restauradoras para la población infantil.

El informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) del año 2002, apuntaba cuatro problemas principales de la sanidad:<sup>6</sup> la insuficiencia de recursos materiales y humanos, la ausencia de mecanismos eficaces de coordinación, la variabilidad de recursos por regiones y la ausencia de sistemas de información y evaluación. El informe, además, llamaba la atención sobre que uno de los principales puntos débiles de la sanidad en España era la atención bucodental.

La Cartera de Servicios de las comunidades autónomas difería mucho de unas a otras. Algunas tenían legislación propia y las demás se acogían a dicho decreto. Por ello, en el año 2003, se dictó la Ley 16/2003 de 28 de Mayo de cohesión y calidad del SNS que pretendía paliar estas diferencias dentro del territorio nacional. El objeto de esta ley era establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el SNS, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

La situación con respecto a la salud bucodental comenzó a cambiar a partir de la aprobación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre que establece la cartera de servicios básicos y comunes del SNS.<sup>4</sup> El Anexo II, punto 9 de Atención a la salud bucodental dice textualmente lo siguiente:

*"Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y acciones preventivas dirigidas a la atención 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:*

*9.1 Información, educación para la salud y, en su caso, adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental.*

*9.2 Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiéndose como tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos óseo-dentarios, heridas y lesiones de la mucosa oral, así como patología aguda de la articulación temporomandibular. 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 pre-malignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.*

*9.3 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.*

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

*9.5.1 Tratamiento reparador de la dentición temporal*

*9.5.2 Tratamientos ortodóncicos*

*9.5.3 Exodoncias de piezas sanas*

*9.5.4 Tratamientos con finalidad exclusivamente estética*

*9.5.6 Realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones contempladas como financiables por el Sistema Nacional de Salud en esta norma*

*9.6 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 de su salud bucodental, para facilitarles los anteriores servicios serán remitidas a aquellos ámbitos asistenciales donde se les pueda garantizar su correcta realización".*

El desarrollo universal de estas mayores prestaciones llegó a contar con el apoyo económico del Real Decreto 111/2008, mediante el cual el Ministerio de Sanidad y Consumo proponía a las Comunidades Autónomas la suscripción de convenios voluntarios para la extensión del Plan de Salud Bucodental Infantil a toda España con la pretensión de asegurar la equidad no alcanzada en el acceso a las prestaciones de todos los niños y niñas independientemente de la comunidad en que residían, contribuyendo a reforzar la cohesión del SNS.

### Crisis llamada de la Gran Recesión 2007

A partir de la aparición de la crisis económica y financiera del año 2007, se establecieron medidas de control del gasto sanitario. A la reducción de la cartera de servicios, reducción de las sustituciones, cierre parcial de hospitales, etc., se unió la reducción de los planes de salud bucodental infantil.

En los Presupuestos Generales del Estado para el año 2012 se produjo una reducción del 6,8% en Sanidad. La partida fue de 288,96 millones de euros menos que en 2011. Ese descenso afectó a protocolos destinados sobre todo a la prevención y la atención. Entre otras, se suprimieron las cuantías destinadas para el Plan de Salud Bucodental Infantil.<sup>7</sup>

En la propia web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) dedicada a los objetivos del Plan de Salud Bucodental Infantil, que aún se puede consultar ([http://www.msssi.gob.es/campanas/campanas08/bucoDental/objetivos\\_de\\_salud\\_bucodental.html](http://www.msssi.gob.es/campanas/campanas08/bucoDental/objetivos_de_salud_bucodental.html)) se afirma lo siguiente:

*“En España, la salud bucodental infantil tiene una cobertura mejorable y sobre todo, tiene una oferta desigual entre territorios a pesar de los avances y esfuerzos realizados por los diferentes servicios de salud de las Comunidades Autónomas; ello se traduce en desigualdades en los niveles de salud bucodental infantil.*

*Algunas Comunidades han desarrollado programas específicos orientados a mejorar la situación y mediante la aplicación de los mismos, se está consiguiendo incrementar la cobertura de los servicios de salud bucodental en la población infantil, lo cual se está traduciendo en mejoras de los indicadores de salud dental.*

*De hecho, la incorporación de estos servicios de atención a la salud bucodental a la población infantil, ha demostrado un importante aumento del número de niños libres de caries, uno de los objetivos esenciales de programas en salud de este tipo.”*

Un aspecto clave de cualquier política sanitaria es su preocupación por la equidad del sistema sanitario, la cual, de acuerdo con la normativa española, pasa por garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos.

Mientras que la cobertura de los servicios médicos generales es universal y totalmente subsidiada, tradicionalmente en España los servicios de salud oral han sido de carácter limitado y el tratamiento odontológico se ha realizado, en su mayor parte, mediante provisión y financiamiento privado. No obstante en los últimos años y a partir de las iniciativas de algunas CCAA, se han incluido los servicios de atención en salud oral de carácter restaurador para la población infantil, con financiación pública, de los cuales se ocupa este informe.

Por último, es pertinente hacer una referencia a la Resolución del Parlamento Europeo de 8 de marzo de

2011 sobre la reducción de las desigualdades en salud en la UE. Esta resolución concluye considerando que, aparte de los factores genéticos determinantes, la salud está influenciada por los estilos de vida de la población y por su acceso a los servicios sanitarios, incluida la información y la educación en materia de salud, la prevención de enfermedades y su tratamiento; considerando que las categorías socioeconómicas inferiores son más vulnerables hace, entre otras, las siguientes recomendaciones.<sup>8</sup>

– Subraya la importancia de mejorar el acceso a la prevención, promoción de la salud y los servicios de salud, y en la reducción de las desigualdades entre los diferentes grupos sociales, y señala que estos objetivos podrían alcanzarse mediante la optimización del gasto público dirigido a los grupos vulnerables.

– Destaca que la crisis económica y financiera, y las medidas de austeridad adoptadas por los Estados miembros, en particular en el lado de la oferta, pueden conducir a una reducción en el nivel de financiación de la salud pública y la atención sanitaria, mientras que la demanda de servicios sanitarios puede aumentar como resultado de una combinación de factores que contribuyen al deterioro de la situación sanitaria de la población en general.

– Solicita a la Comisión y a los Estados miembros que velen por que en sus políticas y programas de salud se incluya el acceso equitativo a los servicios de salud.

– Pide a los Estados miembros que resuelvan los problemas de desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria que afectan a la población en el día a día, por ejemplo, en el ámbito de la odontología

– Destaca que, además de los gobiernos nacionales, las autoridades regionales de muchos países también desempeñan una importante función en materia de salud pública, promoción de la salud y prestación de servicios sanitarios y que, por tanto, deben participar activamente en este ámbito.

## CAPÍTULO 3

### NIVELES DE SALUD BUCODENTAL EN ESPAÑA. PERSPECTIVA GENERAL. RECOMENDACIONES

F. Javier Cortés Martinicorena

**Nota previa.** Para la consulta de datos en profundidad, recúrrase a la encuesta nacional de España 2010<sup>9</sup> y a las encuestas regionales que pueden ser consultadas en la Base de Datos de SESPO.<sup>10</sup>

La salud dental de la población española ha mejorado significativamente desde que se tienen los primeros registros, en la década de los años 70 del siglo pasado. La

TABLA 3

## EVOLUCIÓN DE LA SALUD DENTAL DE LOS ESPAÑOLES EN BASE A LAS ENCUESTAS NACIONALES 1993-2000-2010

	1993	2000	2010	Variación % 1993-2010
<b>INFANTIL, 6 años</b>				
%cod>0	38,0	33,3	36,7	-
%c>0	35,1	30,0	26,7	-23,9
<b>INFANTIL, 12 años</b>				
%CAOD>0	68,3	43,3	45,0	-34,1
%C>O 12	52,4	24,4	25,5	-51,3
Índice CAOD	2,29	1,12	1,12	-51,1
<b>ADULTOS</b>				
Índice CAOD				
35-44	10,87	8,40	6,75	-38,5
%C>O				
35-44	80,7	45,8	56,5	-30,0
CPITN 4				
35-44	10,7	4,2	5,0	-53,3
65-74	17,1	8,7	10,4	-39,2
Desdentado total				
35-44	0,19	0,6	0,0	-100
65-74	31,3	23,4	16,7	-46,6

mejoría más acusada se produjo en los años 80 y 90 y, a partir de los años 2000, lo que se observa es una mejoría selectiva de algunos indicadores y una estabilización general. Esto es aplicable a la salud de la población infantil y juvenil, y a los adultos.

Esta información epidemiológica tiene en España dos fuentes principales: (a) las encuestas nacionales y (b) las encuestas autonómicas, realizadas en una mayoría de comunidades autónomas. En éstas, la situación es muy variable: algunas las han realizado de forma periódica desde los años 80 (Andalucía, Canarias, Cataluña, CF Navarra, C. Valenciana, P. Vasco) y, en el extremo opuesto, otras no disponen de datos propios o no han sido actualizados desde hace más de quince años (Madrid, Murcia, La Rioja).

Pero antes de seguir con el análisis de los datos, es necesario señalar que existe una cierta disparidad entre lo que muestran las últimas encuestas nacionales (2000, 2005, 2010) y los datos de algunas comunidades

autónomas que realizan encuestas periódicas. En éstas, la prevalencia de caries en dentición permanente en población infantil sigue mostrando una tendencia a la baja –aunque mucho menor que en décadas anteriores–, mientras que los datos nacionales indican una estabilización desde el año 2000. Ahora bien, existen diferencias metodológicas entre ellas, como veremos enseguida, que será necesario estandarizar para que los datos sean válidamente comparables en el futuro. Algunas encuestas ofrecen datos que, cuando menos, serían revisables.

#### Salud dental infantil

Según las encuestas nacionales – y en esto coinciden con las autonómicas– la caries en dentición temporal está estabilizada en los últimos 20 años (desde la encuesta de 1993), en torno al 37%. Las necesidades de tratamiento por caries no atendidas han disminuido del 35,1% al 26,7%, pero siguen siendo altas (Tabla 3).

TABLA 4

CARIES DENTAL E ÍNDICE DE TRATAMIENTO A LOS 12 AÑOS EN ESPAÑA Y POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (ENCUESTAS POSTERIORES AL 2000)

	Año	%CAOD>0	X CAOD	IR
ANDALUCÍA	2006	43	1,23	49,6
ARAGÓN	2004	31,2	0,65	81,8
PRINCIPADO DE ASTURIAS	2008	43,2	1,17	59,8
ILLES BALEARS	2005	34,9	0,89	55
CANARIAS	2006	51,9	1,51	37,2
CANTABRIA	2007	39,4	0,99	
CASTILLA-LA MANCHA	2004	40,8	1,09	49,5
CASTILLA Y LEÓN	1999	27,3	1,05	48,6
CATALUÑA	2006	45,8	0,73	52,5
EXTREMADURA	2002	50	1,31	36
GALICIA	2010	33,3	0,72	81,9
MADRID				
REGIÓN DE MURCIA				
C F NAVARRA	2007	28,5	0,63	68,9
LA RIOJA				
COMUNIDAD VALENCIANA	2010	37,7	0,83	57,6
PAÍS VASCO	2008	26	0,52	75
CEUTA				
MELILLA				
ESPAÑA	2010	45,0	1,12	52,7
ESPAÑA	2005	47,2	1,33	52,9
ESPAÑA	2000	43,3	1,12	52,9

En detención permanente, la caries ha descendido del 68,3 (en 1993) al 45% y las necesidades de tratamiento por caries no atendidas han descendido del 52,4 al 25,5%. Sin embargo, las diferencias por comunidades son importantes: mientras Canarias o Extremadura informan de una prevalencia en torno al 50%, Castilla y León, Navarra o País Vasco, lo hacen por debajo del 30% (Tabla 4).

De una forma muy general, con excepciones, si agrupamos las CCAA por niveles de caries por debajo del 30%, entre 30-40%, 40-50% y por encima del 50%, se observa un cierto gradiente norte-sur: las comunidades con menor prevalencia están situadas al norte y entre las que tienen una mayor prevalencia la mayoría están situadas al sur (Figura 1).

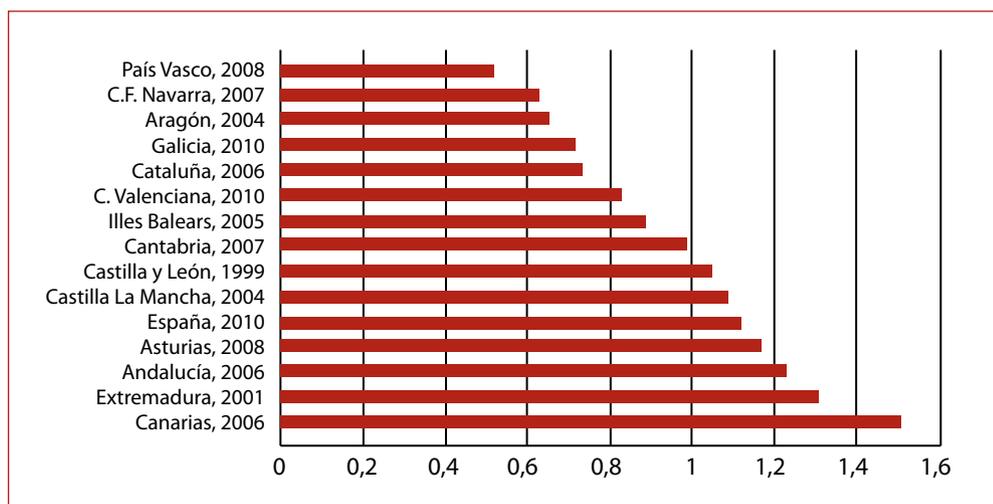
Las necesidades de tratamiento por caries no atendidas son también muy variables de una comunidad

a otra: mientras el País Vasco informa de un índice de restauración IR (fracción de tratamiento realizado sobre el índice CAOD:  $O/CAOD \times 100$ ) del 75%, Canarias lo hace del 37,2% (Tabla 4).

Respecto a su evolución en los últimos años, la mayoría de CCAA informa de un descenso del índice CAOD en el intervalo de los 10 últimos años desde su anterior encuesta realizada en los años 90. Este descenso se sitúa en el 10% en el caso de Andalucía, entre el 20-30% en el caso de Castilla La Mancha, Cataluña, CF de Navarra, C. Valenciana. Valores más acusados se dan en Illes Balears, 43%, País Vasco informa de un descenso del 50% y Galicia del 60%.

#### Salud dental en adultos

La caries dental y las enfermedades periodontales han descendido significativamente en los últimos 20



**FIGURA 1**  
Índice CAOD a los 12 años por Comunidades Autónomas.

años. También lo ha hecho el porcentaje de personas que pierden todos sus dientes al final de su vida que ha pasado del 31,3 al 16,7%. La periodontitis grave se ha reducido a la mitad (Tabla 3).

Ahora bien, las necesidades de tratamiento no atendidas siguen siendo altas y lo son mayores en los niveles socio-económicos más bajos; un 56,5% de la población adulta joven (35-44 años) tiene necesidad de tratamiento por caries, valor que desciende al 26,6% en NSE alto.<sup>9</sup> El 40% de los mayores (65-74 años) necesitan algún tipo de prótesis y en torno al 10% necesita una prótesis completa, es decir no tiene dientes –ni naturales ni postizos- con los que realizar una correcta alimentación y vida social. Entre los que sí tienen prótesis para reemplazar sus dientes perdidos, el 18-23% manifiestan tener problemas regularmente para comer, o por dolor.

Por comunidades autónomas, solo disponen de datos actualizados para este grupo de edad Canarias (2002) y C. Valenciana (2006).

### Metodología de las encuestas de salud oral nacionales y por CC.AA; diferencias

Las encuestas de salud oral son un instrumento necesario para la monitorización de la salud de la población y sus necesidades de tratamiento. La gestión de los servicios dentales requiere conocer periódicamente en qué medida éstos atienden a las necesidades de la población, qué necesidades quedan insatisfechas y cuáles son los sectores de su población que se ven implicados en estas necesidades no atendidas. Todo ello es necesario para una buena planificación y adecuación de los servicios a la población que atiende.

Para poder comparar los datos entre encuestas es necesario trabajar con metodología estandarizada. Y la exposición de resultados también necesita una estandarización para realizar comparaciones válidas sobre los mismos indicadores. En España se dan algunas diferen-

cias/deficiencias que es necesario corregir y que afectan principalmente a:

1. La metodología de selección de la muestra.
2. El criterio diagnóstico de caries.
3. El método de exploración y la fuente de iluminación.

Una mayoría de encuestas, pero no todas, sigue la metodología pathfinder de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de selección de la muestra. En cuanto al criterio diagnóstico de caries también una mayoría aplica el criterio de esta organización si bien unas lo hacen con el de 1987 (3ª edición)<sup>11</sup> y otras con el de 1997 (4ª edición)<sup>12</sup>; otras aplican un criterio OMS modificado (que se acerca más al criterio de 1997) y, recientemente, se ha empezado a aplicar también el criterio ICDAS, que tiene su traslado a criterio OMS y posibilita comparaciones. En cuanto al método, unas ponen el énfasis en que el criterio debe ser preferentemente visual –similar al que utiliza OMS 1997 con sonda CPITN- y otras en que el criterio sea táctil y visual, con sonda afilada tradicional (criterio OMS 1987). Por último, en cuanto a la fuente de iluminación, todavía algunas recurren a la luz natural –que no puede estandarizarse- si bien la mayoría utiliza fuente de luz artificial aunque esta varía de unas a otras en el tipo de lámpara e intensidad de la luz (Tabla 5).

Finalmente, se hace necesario comentar algunos posibles errores en los datos ofrecidos por algunas comunidades, que podemos calificar como de posibles “datos improbables”. Me refiero a los datos del índice de restauración IR a los 12 años que en algunas comunidades sobrepasa el 80%. Las comunidades de Aragón y Galicia dan un IR del 81,8 y 81,9% respectivamente (Aragón incluso antes de poner en marcha su servicio de atención dental en 2005), cuando el País Vasco da el 75% pero dispone de este servicio desde el año 1990 y tiene una tasa de utilización muy alta (entre constante e

**TABLA 5**  
**METODOLOGÍA UTILIZADA EN LAS ENCUESTAS NACIONALES Y REGIONALES**

	<b>Año</b>	<b>Metodología de muestreo</b>	<b>Criterio diagnóstico de caries</b>	<b>Fuente de luz para exploración de caries</b>
ANDALUCÍA	2006	OMS pathfinder	OMS (1987)	Luz natural
ARAGÓN	2004	Bi-etápico estratificado por conglomerados	OMS (1997)	Luz artificial foco 100w
PRINCIPADO DE ASTURIAS	2008	Estratificada mono-etápica	OMS (1997)	Luz artificial foco 60w
ILLES BALEARS	2005	OMS pathfinder	OMS (1987)	Luz natural
CANARIAS	2006	Bi-etápico estratificado	OMS (1997)	Luz artificial halógena frontal
CANTABRIA		Estratificado por conglomerados	OMS (1997)	Luz artificial en Unidades asistenciales móviles
CASTILLA-LA MANCHA	2004	OMS pathfinder	OMS (1987)	Luz natural
CASTILLA Y LEÓN	2000	Bi-etápico estratificado por conglomerados	Similar a OMS (1987)	Luz artificial foco 100w
CATALUÑA	2006	Estratificado por conglomerados	OMS modificado	Luz artificial foco 100w
EXTREMADURA	2002	OMS pathfinder	OMS (1987)	Luz artificial foco 100w
GALICIA	2010	Bi-etápico estratificado por conglomerados	OMS	Luz artificial led frontal
MADRID				
REGIÓN DE MURCIA	2002	OMS pathfinder	OMS (1987)	Luz artificial foco 100w
CF NAVARRA	2007	Poli-etápico estratificado por conglomerados	OMS modificado	Luz artificial foco "spot" 150w
LA RIOJA				
COMUNIDAD VALENCIANA	2010	Bi-etápico estratificado por conglomerados	ICDAS II	Luz artificial led frontal
PAÍS VASCO	2008	OMS pathfinder	OMS (1987)	Luz natural y algunos con luz artificial 100w
CEUTA				
MELILLA				
ESPAÑA	2010	OMS pathfinder	OMS (1987)	Luz artificial lámpara médica frontal

intermitente, del 89,6%). A modo de otra referencia, el Reino Unido que dispone de un servicio dental comunitario implantado en toda la geografía, que cubre el tratamiento de caries desde hace décadas, dio en 2009 un IR del 47% (con un rango por regiones del 35-83%). Se hace difícil creer que en nuestro país, con una oferta de servicios más limitada que en el RU, se den índices de restauración superiores al 80% y más bien parece que esto puede ser el resultado de un artificio o un error estadístico.

También pueden ser datos “improbables” los que no guardan correspondencia entre la prevalencia de caries total (%CAOD>0) y la media de historia de caries (índice CAOD); estos dos indicadores guardan una correspondencia epidemiológica dentro de unos límites. Así, Castilla y León ofrece una prevalencia de caries de las más bajas, 27,3% mientras su índice CAOD está entre los más altos, 1,05. A una prevalencia situada en el rango del 25-30% le correspondería un índice CAOD en el rango 0,50-0,70.

Otro ejemplo, aunque éste sujeto a variables de las que no tiene alcance este informe, es el de la variación en los descensos de caries, que para una misma década se sitúan entre el 10% de Andalucía y el 60% de Galicia.

### Recomendaciones

A día de hoy, España debería abandonar la metodología pathfinder de la OMS y establecer criterios estandarizados de diagnóstico de caries y método de exploración. Debería abandonarse, por incierto y de mala calidad, el método de iluminación natural cuando lo que se va a explorar es el interior de una boca para diagnóstico de caries. La OMS acepta ambos métodos, pero también es cierto que sus directrices, sin ser exclusivas, están orientadas a trabajos de campo en países con recursos muy limitados.

Igualmente, deberían seleccionarse los indicadores mínimos que una encuesta de salud oral debe ofrecer. A modo de ejemplo, algunas encuestas no ofrecen la prevalencia “c/C” (% de sujetos que presentan caries activa) que revela la magnitud de las necesidades de tratamiento de caries no satisfechas.

Dicho de otro modo, las encuestas de salud oral que se realizan en nuestro país necesitan aunar criterios y elevar la calidad de su diseño metodológico para ofrecer datos válidos, esto es, datos que reflejen la realidad.

Con todo, España dispone de suficiente información de caries si bien ésta debería ir, como decimos, hacia una mayor estandarización de métodos y presentación de resultados, y la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral debería ser el agente catalizador de ello y liderar un consenso en esta materia.



FIGURA 2  
Distribución de modelos asistenciales y número de dentistas por red pública / privada concertada.

## CAPÍTULO 4

### MODELOS ASISTENCIALES FINANCIADOS POR LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

#### Descripción de los modelos

F. Javier Cortés Martinicorena

En la actualidad, conviven en España distintos modelos de provisión de servicios bucodentales. De manera uniforme en todo el Estado, la atención a la población adulta se provee como un servicio público a través de la red de Atención Primaria del servicio autonómico de salud de cada Comunidad Autónoma. Es a partir del año 2006 cuando quedan nuevamente fijadas las prestaciones para población general, y específicamente la atención preventiva a embarazadas y la preventiva y asistencial a la población infantil.<sup>4</sup> Para este último grupo de población, las prestaciones se refieren básicamente a odontología preventiva y conservadora en dentición permanente. La ortodoncia y la conservadora de la dentición temporal, quedan excluidas. (Figura 2).

La atención a esta población infantil, que se desarrolla de acuerdo a los programas establecidos en cada comunidad autónoma, ha dado lugar a la aparición de diferentes modelos de provisión de servicios que son los siguientes:

1. El modelo público, común al resto de la atención a población adulta,
2. El modelo denominado PADI; y
3. El modelo que denominamos “mixto”

## Modelo PÚBLICO

La asistencia se presta por dentistas –odontólogos/ estomatólogos- asalariados que trabajan en unidades asistenciales públicas de la red de Atención Primaria. En algunas comunidades autónomas se trata de una atención a demanda aunque en la mayoría existe programa de salud bucodental, protocolizado, que realiza revisiones escolares y derivan al dentista público a los pacientes que cumplen criterios de riesgo de enfermedad o con necesidades de tratamiento concretas.

A pesar de que hay una cartera de servicios comunes para todo el Estado, no todas las comunidades que ofrecen este modelo prestan atención completa; existe bastante dispersión en cuanto a las prestaciones que se ofrecen y la población cubierta.

Las comunidades con este modelo son: Asturias, Cantabria, Cataluña, Ciudades de Ceuta y Melilla, Galicia, Madrid, La Rioja y Comunidad Valenciana.

## Modelo PADI

Fue el primer modelo asistencial instaurado para población infantil que atendía al tratamiento de caries, cuando País Vasco y Comunidad Foral de Navarra comenzaron a dar este tipo de asistencia sanitaria. Posteriormente fue generalizándose a otras comunidades autónomas y dio lugar a la aparición de variantes sobre el modelo original.

Es un modelo que, originalmente, se asienta en las siguientes características:

1. Concertación con el sector privado para la provisión de servicios;
2. Libre elección de dentista, público o privado;
3. Idénticas prestaciones en una u otra red asistencial;
4. Protocolo clínico orientado a la salud;
5. Para el sector concertado, pago por capitación para la asistencia básica (cualquier tratamiento por patología) y pago “por acto”, a tarifa concertada, para los tratamientos adicionales o especiales (traumatismos y malformaciones).

Se trata de una atención a demanda pero en la que cada unidad asistencial, pública o privada, puede gestionar la revisión anual de los niños y adolescentes para asegurar una atención preventiva de las enfermedades.

La principal variación de este modelo en algunas CCAA es que el tratamiento de endodoncia pasa a ser considerado como tratamiento adicional o especial y a ser retribuido por acto; es el caso de Canarias, Extremadura y Región de Murcia. Además, Canarias no oferta las mismas prestaciones en ambas redes asistenciales, ya que los tratamientos de endodoncia, traumatismos y malformaciones solo se dan en la red privada. Y, en la Región de Murcia, dentro del pago por capitación, solo se cubre el tratamiento simple por caries de los molares, siendo el resto de tratamientos considerados especiales y, por tanto, en pago por acto.

Las comunidades que han adoptado este modelo disponen de legislación específica y tienen su propia cartera de servicios que, en general, es la misma en todas ellas aunque existe alguna pequeña diferencia. En todas las comunidades que ofrecen PADI, el mayor peso asistencial recae sobre la red privada concertada.

Las comunidades con este modelo son: Andalucía, Aragón, Illes Balears, Canarias, Extremadura, Región de Murcia, Comunidad Foral de Navarra y País Vasco.

## Modelo MIXTO

Es básicamente un modelo público que deriva al sector privado la realización de determinados tratamientos. Este modelo es el que rige en Castilla La Mancha y en Castilla y León.

Bajo esta denominación se encuentran en realidad dos modelos diferentes: uno que tiene concierto con el sector privado y tarifas pactadas, y otro sin concierto, con libre elección y sistema de pago por re-integro de gastos.

1. Castilla y León. Tiene concierto con el sector privado y tarifas pactadas y, por tanto, existe una lista de dentistas habilitados para la provisión de determinados servicios (tratamientos especiales), siempre bajo prescripción del dentista público. Es un servicio a demanda y con captación mediante revisiones escolares.

2. Castilla-La Mancha, simplemente deriva a los dentistas privados la realización de los tratamientos especiales que, posteriormente, son abonados al usuario mediante re-integro de gastos. No hay, pues, concertación con la red privada, el usuario puede elegir libremente cualquier dentista. Es un modelo a demanda.

En ambas comunidades los tratamientos especiales se refieren a la endodoncia, los traumatismos y las malformaciones. Las prestaciones de Castilla-La Mancha son más restrictivas que las de Castilla y León.

## Análisis del modelo público

*José María Blanco González*

En la actualidad, respecto a la atención a la caries infantil, coexisten con los “PADI” (concertados) programas que son desarrollados de manera exclusiva en la red asistencial pública (públicos) o mayoritariamente en la red pública concertando alguno de los tratamientos de su cartera de servicios con la red privada (mixtos).

Todos ellos fueron generados en nuestro país en los primeros años noventa, después de los acuerdos alcanzados en el Consejo Interterritorial de Salud de abril del año 1989. Es a partir de entonces cuando las diferentes CCAA, aún bajo la cobertura mayoritaria del INSALUD, comienzan a realizar, previamente al establecimiento de estos programas, estudios epidemiológicos de la salud bucodental de sus respectivas poblaciones de 6 a

14 años. Una vez diseñados e implantados, se constató que sus actividades, coberturas y desarrollo fueron muy desiguales en cada una de las CCAA, situación que se mantiene desde entonces.<sup>5</sup>

Respecto a los programas públicos, ninguno contempló de partida los tratamientos "complejos": pulpares, traumatismos y otros. Su inclusión en la cartera de servicios de alguno de estos programas, derivándolos al sector privado bajo algún tipo de acuerdo, los convirtió en mixtos, situación que se produjo en períodos y momentos diferentes en cada CA, pero ya entrados en el siglo XXI. El último intento de homogeneizar las carteras de estos programas entre sí y con las que ofrecen los programas concertados desde su implantación, tuvo lugar a raíz de la firma por parte del Ministerio de Sanidad con las respectivas Consejerías competentes en salud de los convenios de colaboración recogidos en sucesivos RD de 2008, 2009 y 2010.

En la actualidad, los programas públicos y mixtos mantienen como base compartida el RD 1030/2006 de Cartera de Servicios Común del SNS, y solo Cantabria, Castilla la Mancha, Castilla y León y Madrid han desarrollado legislación propia en esta materia.

### ◀◀ 24 **Análisis de los datos disponibles**

Comparando los datos de población atendida se puede constatar que el 61% de la población infantil (9 CCAA más Ceuta y Melilla) puede ser atendida por un programa público o mixto, mientras que el 39% (8 CCAA) puede serlo por uno tipo PADI (Tabla 6).

En lo que se refiere a los resultados de la actividad de los programas públicos y mixtos, (públicos en adelante) es llamativa la ausencia de datos en varias CCAA, incluso en algunas que siendo pioneras en la promoción de la salud oral, caso de Cataluña, no disponen de herramientas de evaluación y comparación. El análisis que pueda obtenerse de estos datos estará por tanto limitado y precisará de modificaciones posteriores en las que se tengan en cuenta los datos ausentes.

Disponemos de datos de frecuentación de los programas públicos de cuatro CCAA (más las ciudades de Ceuta y Melilla), mientras que otras cinco carecen de este indicador. De entre las que lo refieren, el máximo valor se encuentra en Castilla León, cuya media entre los datos remitidos ronda el 76% (media de las dos cohortes con datos conocidos) y la mínima Madrid con el 28%.

El perfil de actividad en estos programas públicos, aunque particularmente sesgados los datos por carecer de ellos en varias CCAA, se orienta más a la prevención que al tratamiento, incluyendo como actividades principales las instrucciones en dieta y cepillado, las fluoraciones tópicas y los sellados de fisuras.

La atención a la caries infantil varía entre las CCAA de las que disponemos de datos pero, al igual que en

los programas concertados, solamente se contemplan la caries en dientes definitivos. Todos ellos incluyen fluoraciones, sellados de fisuras y obturaciones pero no de manera uniforme. Aunque falta la información correspondiente a cuatro CCAA, se aprecia una gran diversidad en las obturaciones incluidas, que pasa por ofrecer tratamiento por caries en toda la dentición definitiva (Asturias), a contemplar solamente las caries en molares (Castilla la Mancha, Ceuta y Melilla) o en el primer molar (Galicia y Madrid). No se han restringido las edades con derecho a esta prestación.

Los tratamientos complejos (pulpares, traumatismos,...) también se atienden de manera muy desigual en las CCAA con programas públicos que aún los mantienen. En Asturias se ofrecen a la población de 7 a 10 años en una única Unidad Central que atiende todos los casos remitidos por el resto de Unidades. En Castilla la Mancha estos tratamientos se ofrecen en la red privada a todas las cohortes de 6 a 15 años con reintegro de gastos, mientras que en Castilla y León se ofrecían estos tratamientos concertados a tarifa pactada con el sector privado pero desde 2012 se han suspendido. En Cantabria, Galicia, Madrid, La Rioja, Ceuta, Melilla y Comunidad Valenciana estos tratamientos parece que no se incluyen actualmente en sus programas. En Cantabria se ofrece terapia miofuncional con logopedia y ortodoncia fija a menores institucionalizados y en Castilla la Mancha ortodoncia a población con discapacidad o con alteraciones cráneo-faciales graves.

En siete de las CCAA con programas públicos existen programas de promoción de la salud oral para el trabajo en los colegios, desarrollados por los profesionales sanitarios y/o los docentes, en los que se incluyen actuaciones de enseñanza del cepillado y dieta, enjuagues fluorados o revisiones de algunas cohortes.

### **Discusión sobre los programas públicos**

En lo referido al desarrollo de los programas públicos debe señalarse que se llevan a cabo en los gabinetes odontológicos de la red de Atención Primaria, la cual además de estar ya implantada en la práctica totalidad de la geografía que atienden los servicios autonómicos de salud, ofrece a estos programas compartir espacio con diferentes perfiles profesionales.

Como idea básica, el desarrollo en un mismo espacio físico de todas las actividades de promoción de la salud y de asistencia en caso de enfermedad, que se dirigen a una población junto con los programas dedicados a la salud oral infantil, añade ésta a la atención integral de los individuos. Este principio de integración, propio de la Atención Primaria, ofrece un sistema accesible de recursos que considera a la salud oral como una parte más de los objetivos de salud, lo que favorecerá abordar de manera más amplia el trabajo con los determinantes de salud de esa población.

**TABLA 6**

**PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LA CARIES INFANTIL POR MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (DATOS COMUNICADOS POR LAS CC.AA.)**

Comunidad Autónoma	Población	Porcentaje del total	Utilización	Programas escolares	Sf vs. OBT	F agua consumo	Tratamientos complejos
Principado de Asturias	1.077.360	2,28	35,70	De 5 a 12 años. EpS	SF	0	Unidad Central
Cantabria	593.861	1,26	-	Revisiones escolares / EpS	-	0	No se hacen
Castilla-La Mancha	2.121.888	4,49	-	-	OBT	0	Reintegro
Castilla y León	2.546.078	5,39	76,1*	Revisiones escolares	SF	0	No se hacen
Cataluña	7.570.908	16,02	-	Enjuagues F	-	0	-
Ceuta y Melilla	164.820	0,350	42,20	Revisiones escolares	-	0	-
Galicia	2.781.498	5,88	-	Sí	-	0	-
Madrid	6.498.560	13,75	27,80	-	-	0	No se hacen
La Rioja	323.609	0,68	52,00**	Sí	SF	0	No se hacen
Comunidad Valenciana	5.129.266	10,85	-	Revisiones / EpS / Enjuagues F	SF	0	-
<b>TOTAL</b>	<b>28.807.848</b>	<b>60,95</b>	<b>46,76</b>	<b>7 CCAA</b>	<b>4 (SF) 1 (OBT)</b>	<b>0</b>	
Andalucía	8.449.985	17,8	35,00	De 0 a 3 y de 3 a 12	SF	0	Acto. Tarifa pactada
Aragón	1.349.467	2,86	39,50	No	SF	0	Acto. Tarifa pactada
Illes Balears	1.119.439	2,37	32,10	Para 6 y 7 años	SF	0	Acto. Tarifa pactada
Canarias	2.118.344	4,48	30,50	De 3 a 5 años	SF	1	Acto. Tarifa pactada
Extremadura	1.108.130	2,34	66,00	Sí	-	1	Acto. Tarifa pactada
Región de Murcia	1.474.449	3,12	52,60	Sí	OBT	0	Acto. Tarifa pactada
C. F. de Navarra	644.566	1,36	70,05	EpS / Enjuagues F	SF	0	Acto. Tarifa pactada
País Vasco	2.193.093	4,64	65,90	-	SF	1	Acto. Tarifa pactada
<b>TOTAL</b>	<b>18.457.473</b>	<b>38,97</b>	<b>48,96</b>	<b>6 CCAA</b>	<b>6 (SF) 1 (OBT)</b>	<b>3</b>	

(Continuación)

TABLA 6 (Continuación)

**PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LA CARIES INFANTIL POR MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (DATOS COMUNICADOS POR LAS CC.AA.)**

*Datos con \*:* indirectos o con estimación a partir de los datos facilitados (pueden ser revisiones escolares).

*\*\*:* revisiones escolares (no asistencial); *EpS:* Educación para la salud basada en enseñanzas sobre dieta y cepillado; *Enjuagues F:* programa de enjuagues fluorados en los colegios; *SF vs. OBT:* proporción de la actividad principal del programa; *SF:* el programa hace más sellados de fisuras que obturaciones; *OBT:* el programa hace más obturaciones que sellados de fisuras; *F agua consumo:* la CA cuenta con al menos una planta en funcionamiento para fluoración del agua de abastecimiento o, como en el caso de Canarias, hay importantes concentraciones de fluor en los acuíferos que abastecen a la población.

La inclusión de las unidades de salud bucodental en los centros de salud ha permitido también el beneficio mutuo entre los diferentes profesionales que trabajan bajo su mismo techo. Las consultas entre los variados perfiles asistenciales (medicina, enfermería, pediatría, trabajo social, odontología,...) que forman la Atención Primaria, puede suponer una fuente de aprendizaje continuo y, por tanto, un aumento de su capacidad de resolución clínica. Este trasvase de conocimientos permitiría una mejora en la calidad asistencial global que recibe el usuario, añadiendo valor a todos los programas en los que participan dichos profesionales. Además, todos estos programas y actuaciones tienen el soporte directo, en cada Área Sanitaria, de especialistas en salud pública (técnicos de salud) que orientan su desarrollo y ayudan a priorizar actuaciones, también en salud oral.

Es al centro de salud donde la población general, la que se encuentra en situación de desigualdad y aquella en riesgo de exclusión social acude mayoritariamente a consulta en caso de enfermedad.<sup>13</sup> Es por tanto el lugar privilegiado para desplegar estrategias de incorporación de toda la población a los programas de salud oral. Si además sumamos el enorme potencial en el campo de la promoción de la salud de las higienistas que trabajan en ellos, tanto entre colectivos específicos como entre los escolares de su zona de influencia, se añade aún más valor al desarrollo en Atención Primaria de estos programas.

Al mismo tiempo, son programas ajustados en el gasto por el rendimiento que se obtiene de los recursos que los desarrollan. Tanto los profesionales como el equipamiento destinados a estos programas no solamente se dirigen a atender a la caries infantil, sino que también trabajan en la atención a la salud oral de la población general, en la atención a la embarazada, a la población con discapacidad y en programas comunitarios como el trabajo con los colegios o con aquellos grupos poblacionales a los que se dirige alguna actividad de promoción. Por otro lado, tanto los dentistas como los higienistas son seleccionados por oposición entre varios

candidatos, lo que en principio es una garantía añadida de calidad al desempeño de sus actuaciones.

**Conclusiones**

En el futuro próximo, los recursos dirigidos a la atención a la caries infantil a través de programas públicos o concertados, deberán destinarse sobre todo a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades orales entre la población general, priorizando estrategias específicas para los grupos más desfavorecidos, incluyéndolos en programas concretos capaces de atender sus necesidades dando más a quien más necesita.

Si consideramos la atención a la salud oral en el conjunto de nuestro país, queda un camino muy importante por recorrer en lo que a universalidad y equidad se refiere en todos los programas considerados. Es imperativo dar respuesta a las necesidades de la población en desigualdad y de la infantil menor de 6 años, que aún no se incluyen en ninguno de los programas existentes y que permanecen sin atender. También lo es normalizar entre los escolares una promoción de la salud oral de calidad, interiorizando conceptos y hábitos saludables desde la edad más temprana posible. Deberían, además, establecerse políticas de apoyo a las embarazadas, al anciano y a la población con discapacidad, que aunque existentes no están generalizadas ni son la norma. ¿Dispondremos para todas estas necesidades de los recursos y del apoyo institucional necesario? ¿Para cuándo un programa de atención a las necesidades odontológicas básicas de la población general?

Es decir, debemos mejorar desde todas las instancias, también desde la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral, la capacidad de nuestros actuales programas de salud oral para dar respuesta al fin para el que han sido creados, que no es otro que añadir bienestar a la sociedad que los sufraga.

**Análisis del modelo PADI**

*Federico Simón Salazar*

Denominamos "PADI" al sistema desarrollado por el sector público en los años 90 del siglo XX para regular,

asegurar, financiar y proveer asistencia básica dental de calidad a los niños en las edades de erupción y maduración post-eruptiva de la dentición permanente; un modelo organizativo que posibilitó incorporar dicha prestación a nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS). La descentralización del Estado, las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas (CCAA) y la creación de los Servicios de Salud Autonómicos (SSA) propiciaron su desarrollo. Los resultados obtenidos a lo largo de dos décadas lo han consolidado y extendido.<sup>14</sup>

La ausencia de aseguramiento público de la asistencia dental preventiva y reparadora en el SNS contribuía a que los niños soportaran elevados niveles de caries y originaba inequidades en salud y en la atención recibida. Por otra parte, en la asistencia privada, predominaban los abordajes mecanicistas y reparadores sin que los enfoques preventivos y de promoción de la salud lograsen abrirse camino y generalizarse en la práctica diaria.

Así, en 1988, hace ahora 25 años, en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), el 82% de los niños de 14 años tenían experiencia de caries, un promedio de cuatro piezas afectadas (CAOD=3,98), más de la mitad de ellas sin tratar (IR=38%). La carga de enfermedad dental que soportaban los niños era inaceptable para nuestro nivel de desarrollo, mediatizaría su salud dental como adultos, y afectaba en mayor grado a las clases sociales menos favorecidas.<sup>15</sup>

### Un cambio necesario en la asistencia dental

La experiencia internacional mostraba que esta dinámica de enfermedad era técnicamente evitable y económicamente abordable introduciendo las reformas estructurales necesarias. Incorporar al SNS un sistema de atención dental infantil, orientado a la salud, accesible y aceptable para nuestra sociedad, podía reducir de forma inmediata la carga de enfermedad dental en los niños, facilitando en el medio y largo plazo una mejora en la salud dental de la población general conforme nuevas generaciones de ciudadanos llegaran a la edad adulta sin haber padecido caries ni acumulado tratamiento reparador en la infancia y adolescencia.

El Gobierno Vasco, en el uso de sus competencias, estableció la salud dental infantil como área de intervención prioritaria e impulsó dos nuevas acciones de salud pública mediante sendos decretos: la implantación del esquema de fluorización del agua, Decreto 49/1988, que desde hace dos décadas cubre al 78% de la población; y el desarrollo de un sistema de asistencia dental para garantizar a todos los niños una atención periódica y adecuada en las edades de erupción y maduración post-eruptiva de su dentición permanente, el Decreto 118/1990.

El Decreto 118/1990 aseguraba por primera vez en una de las CCAA el derecho de todos los niños a asis-

tencia básica dental de calidad, orientada a la salud, que incluía odontología preventiva y reparadora, con cargo al presupuesto del Departamento de Sanidad. La norma asignaba la organización, desarrollo y gestión de dicha asistencia a Osakidetza/servicio vasco de salud a través del Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI).<sup>16</sup>

### Un modelo asistencial compartido

Osakidetza carecía del dispositivo preciso para proveer asistencia dental infantil. Si, como establecía el decreto, se aseguraba atención dental preventiva y reparadora a todos los niños de 7 a 15 años residentes en la CAPV, -170.000 niños de nueve cohortes de edad- se necesitaría dotar a Osakidetza de 85 nuevas unidades asistenciales con dedicación exclusiva al PADI.

La Administración Pública de la CAPV tenía establecidas sus propias limitaciones al crecimiento que obligaban a considerar las diversas opciones posibles en el mejor uso de los recursos disponibles. La decisión adoptada finalmente, que el propio decreto contemplaba, fue desarrollar el PADI conjuntamente entre unidades de nueva creación en Osakidetza y profesionales del sector privado que desearan concertar dicha asistencia.

Proveer la asistencia del PADI mediante un dispositivo mixto público/privado mejoraría su accesibilidad y aceptabilidad y ofrecía al sector privado la oportunidad de incorporar la nueva prestación que financiaba el Gobierno Vasco a su propia oferta de servicios. A su vez, los protocolos clínicos que regulaban el PADI, impulsarían los enfoques preventivos y de promoción de la salud en la asistencia dispensada por el sector privado, una evolución que la comunidad científica venía reclamando desde hacía tiempo con escaso resultado.

A este respecto, los protocolos clínicos del PADI especifican que todos los niños que hayan tenido experiencia de caries en su dentición temporal precisan selladores de fisuras en sus molares permanentes. Asimismo, los niños que, por motivo médico, biológico o social, sean considerados de riesgo, reciben selladores como medida de prevención de la caries.<sup>16</sup>

La oferta asistencial del PADI se sustanció mediante un "voucher", talón dental personalizado, que se envía al domicilio familiar del niño a comienzos de año, para el pago de honorarios profesionales. Dicho envío cumple tres objetivos: recuerda a las familias la necesidad de la asistencia dental periódica y adecuada de su hijo, oferta un amplio cuadro facultativo público/privado de dentistas y elimina la barrera económica en el acceso a la asistencia asegurada. Además, posibilita a cada familia la libre elección anual de dentista del PADI para su hijo según su propio criterio de aceptabilidad y satisfacción.<sup>17</sup>

La forma de pago de la asistencia concertada en el PADI, un esquema mixto de capitación para la atención general y por acto médico para los traumatismos, cons-

tituye, junto al protocolo clínico orientado a la salud y a la libertad de elección de profesional, el núcleo conceptual del modelo. Este sistema de pago cumple un doble objetivo: en primer lugar refuerza en los profesionales el enfoque preventivo y de promoción de la salud, desincentivando el sobre-tratamiento; en segundo término, posibilita la elaboración anual del presupuesto con la precisión requerida en la Administración Pública.<sup>14</sup>

El PADI quedó así definido por sus características: financiación pública de la asistencia dental asegurada a todos los niños, protocolos clínicos explícitos para garantizar el enfoque preventivo, provisión de su asistencia mediante un cuadro facultativo mixto público/privado al que acudir con total libertad de elección, talón dental anual personalizado enviado a cada niño y sistema mixto de pago por capitación y acto médico en la asistencia concertada.<sup>17</sup>

### Desarrollo del PADI en el SNS

La implantación del PADI se inició en 1990 con los niños que a lo largo del citado ejercicio cumplían 7 años de edad. Conforme a lo especificado en el decreto, cada año se incorporó una nueva cohorte manteniendo en el sistema las cohortes previamente incluidas. Así, en 1998, tras nueve años de desarrollo incremental, los 170.000 niños de 7 a 15 años de la CAPV tuvieron asegurada la asistencia dental. El desarrollo incremental del PADI a lo largo de nueve ejercicios permitió evaluar su adecuación a la meta de salud propuesta, su aceptabilidad para usuarios y profesionales, introducir mejoras organizativas e ir incrementando, mediante nueva contratación/concertación de dentistas, su dispositivo asistencial y su dotación económica.<sup>14</sup>

En 1991, la Comunidad Foral Navarra, que mantenía acuerdos institucionales de colaboración con la CAPV, tras sus propios análisis de situación y oportunidad, publicó el Decreto Foral 58/1991, adoptando igualmente el sistema PADI para asegurar a su población infantil prestaciones dentales. Ambas CCAA iniciaron así, a comienzos de los años 90 del pasado siglo y en virtud de sus competencias sanitarias, la incorporación al SNS de prestaciones dentales preventivas y reparadoras para todos los niños de sus respectivas poblaciones de referencia.

Tras una década de desarrollo del sistema en el País Vasco y Navarra, evaluados sus resultados en la práctica, la Comunidad Autónoma Andaluza, en 2000, y en años sucesivos otras CCAA (Murcia, Extremadura, Baleares, Canarias, Aragón) han ido adoptando el modelo PADI con diversas adaptaciones a sus propias políticas de salud.

Las diferencias entre CCAA en la aplicación del modelo han sido importantes en: edades de cobertura, prestaciones aseguradas, tratamientos en el sistema de pago

capitación/ítem, libertad de elección de profesional, actividad asignada a cada red público/privada, dinámica de implantación incremental, gestión del sistema, utilización de "voucher", honorarios a los profesionales, tamaño y composición del cuadro facultativo... En los últimos años, el impacto de la recesión económica sobre el SNS y los recortes presupuestarios en Sanidad han incrementado aún más las diferencias entre CCAA en la aplicación del modelo PADI.

### Análisis de la experiencia acumulada en 25 años

La evolución del PADI desde 1990, aún con las diferencias citadas entre las CCAA que lo utilizan y las limitaciones de la información dental disponible en el SNS, permite valorar su proceso, impacto (utilización y asistencia dispensada) y resultados (salud y reducción de la inequidad).

1ª. Respecto al proceso de implantación, desarrollo y consolidación del PADI merece señalarse su carácter "periférico". Fue la descentralización del Estado la que posibilitó, desde CCAA con competencias sanitarias transferidas, el desarrollo de un nuevo modelo de atención dental para hacer frente a una carencia asistencial histórica e impropia del SNS de países avanzados. Quince años después, el RD 1030/2006 reguló la atención dental infantil en el conjunto del SNS. El impulso "central", mediante subvención económica limitada, se suspendió en 2011.

2ª. La participación del sector privado en el PADI ha sido esencial para extender la asistencia dental a los niños. Ha dotado al sistema de un amplio cuadro facultativo, que en las CCAA con mayor desarrollo del modelo incluye a la mayoría de las consultas dentales. La accesibilidad y aceptabilidad es óptima al disponer las familias de libertad de elección del profesional para sus hijos. En muchos casos es seleccionado el dentista privado al que suele acudir la familia, en otros un profesional de un centro de salud del sector público. En dichas CCAA, dos de cada tres niños utilizan anualmente el PADI; el 90% acuden al sistema en las edades de cobertura.<sup>18</sup>

3ª. Los protocolos de asistencia dental a los niños en el PADI han generalizado el uso de procedimientos preventivos como los selladores de fisuras. Su incorporación en la práctica diaria del sector privado, que en el PADI atiende a la gran mayoría de los niños, está logrando el cambio de paradigma asistencial propuesto por la comunidad científica. Los procedimientos preventivos en la asistencia dispensada a través del PADI predominan sobre los reparadores.

4ª. El sistema de pago de la asistencia concertada para el PADI, se ha mostrado efectivo para cumplir sus dos objetivos. Ha colaborado a desarrollar una asistencia adecuada orientada a la salud y ha permitido elaborar cada año el presupuesto del PADI con la exactitud que-

rida. La sostenibilidad económica en el tiempo, una de las mayores incertidumbres al implantar la prestación asistencial del PADI, es favorecida tanto por las mejoras de salud logradas, como por la disponibilidad de información económica precisa y costes predecibles en cada ejercicio.

5ª. Los resultados de salud obtenidos en las CCAA con mayor desarrollo del PADI muestran indicadores de salud dental infantil equiparables a los mejores publicados a nivel internacional. Sus índices de restauración están en niveles de los países más avanzados y el gradiente diferencial entre clases sociales en salud y atención recibida se ha reducido notablemente. Los datos del presente informe refuerzan la validez del modelo al respecto.

### Discusión

La puesta en marcha del PADI se realizó afrontando críticas tanto desde quienes consideraban su provisión público/privada como "privatización" de lo público, como desde quienes veían en ello la "socialización" de una actividad asistencial esencialmente privada. La experiencia de estos años en las CCAA con mayor implantación del sistema ha superado dichas reticencias mostrando la fortaleza de la estrategia de colaboración entre sectores en la asistencia dental; una estrategia por otra parte tradicionalmente utilizada en los países de nuestro entorno.

La actividad asistencial desarrollada para el PADI por el sector privado, más del 90% de la provista en CCAA como el País Vasco y Navarra, regulada por protocolos clínicos y financiada incentivando el mantenimiento de la salud, ha sido apropiada. La asistencia dental profesional conjunta de ambos dispositivos, público y privado, ha colaborado, junto a acciones comunitarias e individuales en cada familia, a la transformación del escenario epidemiológico.

Hoy día, la gran mayoría de nuestros niños crecen libres de experiencia de caries y la enfermedad remanente se acumula en los grupos de riesgo relacionados en general con su condición médica y/o social. La tecnología de información y comunicación (TIC) disponible en el SNS permite actualmente estratificar e identificar estos grupos de riesgo para actuar más eficientemente destinando más intensivamente los recursos donde más se necesitan.

Por otra parte, la financiación pública de la asistencia dental infantil a través del PADI ha reducido el esfuerzo que las familias realizan en el cuidado de sus hijos, un aspecto importante para los sectores sociales más desfavorecidos. Asimismo, esta financiación pública colabora a dinamizar y regular la actividad del sector privado, la red que desarrolla la asistencia dental reparadora y de reposición para la población general, de la que carece el

sector público. Ambas consideraciones son de interés en la difícil coyuntura económica de los últimos años

### Conclusiones

El PADI es un modelo asistencial que ha probado ser efectivo y eficiente en nuestra sociedad. Ha propiciado una mayor incorporación de la Odontología en la Atención Primaria del SNS e introducido enfoques de *Atención Primaria en la Odontología* del sector privado.

Las CCAA que utilizan el PADI han complementado eficientemente la asistencia pediátrica que aseguran sus SSA con un sistema de atención odonto-pediátrica de calidad, que es accesible y aceptable para toda la población y sostenible económicamente por la comunidad.

Durante un cuarto de siglo, en dichas CCAA, el PADI ha colaborado a reducir tanto la carga de enfermedad en los niños como el esfuerzo económico de las familias en la asistencia dental de sus hijos, con excelentes resultados en salud y equidad.

La primera generación de niños atendidos a través del PADI ha cumplido ya los treinta años de edad transfiriendo el efecto de salud del modelo sobre la comunidad más allá de la población infantil y adolescente.

En los próximos años, el SNS y los SSA que lo constituyen tendrán que adecuar sus políticas de atención dental a las mejoras de salud logradas. La "estrategia poblacional", de la que forma parte el PADI, deberá complementarse con una "estrategia de riesgo".

La atención dental a grupos de riesgo (médico y social) y colectivos vulnerables (discapacidad) precisan, por su propia complejidad, recursos especializados, equipamiento apropiado y coordinación socio-sanitaria; un reto y una oportunidad de mejora en la asistencia del SNS.

Para ello, los servicios públicos de Odontología deberán analizar, evaluar y redefinir su papel. Su organización, estructura y dirección técnica en el SNS va a requerir una profunda revisión crítica; una tarea largamente demorada para la que no existe siquiera agenda.

## CAPÍTULO 5

### RECURSOS HUMANOS

*Santiago Cerviño Ferradanes*

**Nota previa.** A la hora de recoger datos acerca de los recursos humanos que trabajan en salud bucodental en las distintas comunidades, nos hemos encontrado con importantes dificultades porque algunas comunidades como Cantabria o Cataluña no han respondido, otras lo han hecho parcialmente como Aragón o Galicia donde hemos recurrido a la última memoria de actividad disponible, que es del año 2008; en otras ha sido imposible

desglosar las cifras y saber si son dentistas de programa o de cupo (que realizan atención también a adultos) o de ambos, etc. Así, hemos tenido que recurrir a otras fuentes por lo que la información puede no ser completa y, en algunos casos, no es de fuente oficial.

### Estado actual y comparativa con Informe SESPO 2005<sup>5</sup>

La suma de dentistas públicos de las distintas autonomías nos da un número de 951 (Tabla 7). Sin embargo nos faltaría por añadir el número en Cataluña que no conocemos. Al no tener información actualizada nos vemos obligados a recoger la última cifra que manejamos en 2005, que eran los 250 dentistas que trabajaban con programas. En ese caso, la cantidad de dentistas públicos estimada actual sería de 1.201, que es un 25% superior a la de 958 de entonces (Tabla 8).

En el caso de las/los higienistas públicos tendríamos una suma de 466, aunque no tenemos los datos de comunidades como Aragón o Galicia, que sabemos que disponen de esa categoría pero no en todas sus unidades de salud bucodental. Aún así es claramente superior a la cifra que podemos estimar del trabajo del 2005 de 351 profesionales, a pesar de que en él sí disponíamos de datos de esas regiones. Asturias, Baleares, Canarias, Castilla La Mancha, Extremadura, Madrid, Murcia y Valencia han incrementado el número de higienistas. Solo Cantabria lo ha disminuido, dentro de una reducción global del personal. En cambio, hay comunidades como Andalucía, el País Vasco o Cataluña que no aún no han introducido la categoría en su plantilla. El incremento en tantas autonomías podría explicarse por un intento de reducir los costes de personal, pero también por un abordaje del problema de la caries dental desde una visión más preventiva y de promoción de la salud oral.

Sumando los dígitos de todo el personal de salud dedicado a la atención odontológica en el sector público –dentistas, higienistas, personal de enfermería, y auxiliares de clínica– nos daría un número de 1.779 profesionales. Sin embargo habría que volver a sumar las cantidad de dentistas citada con anterioridad, añadiendo las auxiliares en Cataluña (asumimos otras 250) para obtener una cifra estimada de 2.029, superior a la de de 1.932 del informe anterior.

En cuanto a los dentistas privados concertados el número actual de 4.181 representa que ha aumentado un 81% la cifra de 2005 (2.311). Sin embargo, hay que tener en cuenta que comunidades como Aragón y Baleares estaban en proceso de contratación en la época de redacción del estudio 2005 y por lo tanto aún no se contabilizaban (Tabla 9).

Contrastando comunidad por comunidad con el informe del 2005, vemos de manera más clara la evolución. La mayoría de ellas se han beneficiado de un claro incremento de profesionales.

Observamos los recursos humanos de las de modelo público o mixto y vemos que hay alguna como la ciudad autónoma de Ceuta que han mantenido su plantilla, pero la mayoría como Castilla La Mancha, Aragón, Galicia, Madrid, Valencia, Castilla y León o Asturias la han incrementado y, como única excepción, Cantabria la habría reducido.

En las comunidades con modelo PADI han estabilizado la cifra de dentistas públicos Navarra y Murcia pero la han aumentado Andalucía, Aragón, Canarias, Baleares y Extremadura. En todas ellas ha subido el número también de dentistas concertados (en algunos casos bastante como Andalucía o Murcia) salvo en Extremadura en la que hay una ligera reducción.

Aún en las autonomías PADI que han aumentado el número de profesionales dentistas del sector público, predomina la concertación de servicios característica de este modelo, ya que el número de dentistas privados contratados es muy superior al de los públicos.

En el apartado de otros recursos, y en relación con la atención de pacientes discapacitados o médicamente comprometidos, destaca otro fenómeno. Aparte de la existencia de unidades hospitalarias especializadas en muchas comunidades, se aprecia la creación de unidades ambulatorias intermedias para el diagnóstico y eventualmente el tratamiento de pacientes que no necesiten anestesia general en otras comunidades como Extremadura, Asturias y Castilla La Mancha. Este hecho aportaría una mayor especialización y experiencia en los equipos encargados de la atención a los pacientes especiales.

### Cambios más recientes

La situación económica española ha cambiado en relación a los informes previos, por lo que las CCAA han iniciado una reducción del gasto sanitario público en los presupuestos que debería afectar a las contrataciones de profesionales y a las plantillas. Este descenso no se manifiesta en toda su magnitud en la presente comparativa con el informe del año 2005,<sup>5</sup> porque hubo un incremento de profesionales bastante importante en los años posteriores, antes de que se produjera la crisis económica. La mayor parte de este aumento se produjo para atender al incremento progresivo de las cohortes de población infantil cubierta por los planes de salud bucodental.

Sin embargo, aparte del corte temporal que representa el informe del año 2005, la situación en estos últimos años es claramente de recortes. El plan presupuestario 2012-2014 congelaba, en líneas generales, las convocatorias de empleo público durante esos años, pero en el caso de servicios públicos esenciales como Sanidad o Educación, establece un tope en la renovación de las plazas vacantes. La tasa de reposición que permite

*TABLA 7*

**RECURSOS HUMANOS DEDICADOS A PROGRAMAS DE SBD POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN 2013**

<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Nº dentistas públicos</b>	<b>Nº Higienistas públicos</b>	<b>Nº Aux./DUE públicos concertados</b>	<b>Nº Dentistas privados</b>	<b>Nº clínicas concertadas</b>
ANDALUCÍA	222 (no incluye cupo)	0	222*	1328	1243
ARAGÓN	26			325	290
PRINCIPADO DE ASTURIAS	35	25	11	nc	nc
ILLES BALEARS	23	17	5	148	166
CANARIAS	52	34	12 auxiliares + 2 DUE	182	211
CANTABRIA	14	2	5	nc	nc
CASTILLA-LA MANCHA	78	78		nc	nc
CASTILLA Y LEÓN	76	60	16 auxiliares + 5 DUE	394	394**
CATALUÑA				nc	nc
EXTREMADURA	38	27	5	141	164
GALICIA	122 ***			nc	nc
MADRID	122 (10 de cupo)	92	26 auxiliares + 7 DUE	nc	nc
REGIÓN DE MURCIA	28	39		498	586
CF NAVARRA	4	1	5	238	193
LA RIOJA	6	6		nc	nc
COMUNIDAD VALENCIANA	60	80		nc	nc
PAÍS VASCO	41	0	41	927	978
CEUTA	2	3		nc	nc
MELILLA	2	2		nc	nc
<b>TOTAL</b>	<b>951<sup>(1)</sup></b>	<b>466</b>	<b>362</b>	<b>4.181</b>	<b>4.225</b>

*Los datos no contemplan otros recursos públicos hospitalarios. Las casillas en blanco son datos desconocidos; en el caso de no existir higienistas asimilamos el dato de auxiliares al número de dentistas aunque puede darse la situación de que dos gabinetes dentales compartan auxiliar/higienista. \*Asimilado a nº dentistas; \*\* Desconocido, asimilado a nº de dentistas concertados; \*\*\*2008; (1) a falta de Cataluña; nc: No concertada.*

TABLA 8

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DENTISTAS PÚBLICOS 2005-2013

Comunidad Autónoma	2013	2005
ANDALUCÍA	222	183
ARAGÓN	26	19
PRINCIPADO DE ASTURIAS	35	33
ILLES BALEARS	23	14
CANARIAS	52	43
CANTABRIA	14	17
CASTILLA-LA MANCHA	78	43
CASTILLA Y LEÓN	76	62
CATALUÑA	250 <sup>(1)</sup>	250
EXTREMADURA	38	28
GALICIA	122*	73
MADRID	122	103
REGIÓN DE MURCIA	28	27
CF NAVARRA	4	5
LA RIOJA	6	5
COMUNIDAD VALENCIANA	60	32
PAÍS VASCO	41	19
CEUTA	2	2
MELILLA	2	
<b>TOTAL</b>	<b>944</b> <b>1.201<sup>(2)</sup></b>	<b>958</b>

\* 2008; (1) Asumiendo un número igual que en 2005; (2) Asumiendo la estimación de Cataluña

TABLA 9

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DENTISTAS PRIVADOS CONCERTADOS 2005-2013; COMUNIDADES PADI SALVO CASTILLA Y LEÓN

Comunidad Autónoma	2013	2005
ANDALUCÍA	1328	593
ARAGÓN	325	245
ILLES BALEARS	148	*
CANARIAS	182	*
CASTILLA Y LEÓN	394	291
EXTREMADURA	141	148
REGIÓN DE MURCIA	498	292
CF NAVARRA	238	196
PAÍS VASCO	927	546
<b>TOTAL</b>	<b>4.181</b>	<b>2.311</b>

\*En desarrollo en 2005.

El efecto es menos directo en la red privada, pero el incremento del número de clínicas y profesionales concertados provocado en parte por la disminución de la demanda que ha ocasionado la misma crisis, ha ocultado hasta ahora la congelación o la reducción paulatina de los presupuestos para el pago de las tarifas básicas de capitación de todas las comunidades con PADI, además de los recortes en prestaciones o en edades cubiertas. Estos hechos a la larga pueden tener un efecto en el número de profesionales interesados en la concertación.

CAPÍTULO 6

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD BUCODENTAL POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

**Nota previa.** La asistencia general para adultos y la especial para embarazadas (esta última contemplada a partir del año 1995) es común en todo el Estado, no presenta diferencias entre las CCAA, y por ello no se menciona en el relato de cada una.

Para cada comunidad se da el número de habitantes y el porcentaje que representa en el conjunto nacional.

la legislación estatal actual, que es del 10%, limita a que, como máximo, sólo una de cada diez jubilaciones sea convocada en una Oferta Pública de Empleo y, en consecuencia, el restante 90% puede ser amortizado. A esto hay que sumar la no sustitución en caso de vacaciones o incapacidad temporal, las contrataciones a tiempo parcial, etc.

## ANDALUCÍA

*Población: 8.449.985 habitantes (17,8%)*

La asistencia dental se presta bajo el modelo PADI implantado en el año 2002 (DECRETO 281/2001, de 20 de diciembre, de la Comunidad Autónoma de Andalucía y ORDEN de 26 de diciembre de 2007). Se trata de un modelo PADI estándar que incluye prestaciones de ortodoncia en casos de fisura palatina, labio leporino y malformaciones esqueléticas. Su cobertura es de 6 a 15 años. Su denominación abreviada es: PADA.

El sistema sanitario público de Andalucía contempla también la asistencia dental para personas cuya discapacidad física o síquica aconseje la sedación o anestesia para realizar una exploración o un tratamiento dental, sin límite de edad. Estas prestaciones se dispensan a través de una red de 9 hospitales (Hospital Torrecárdenas de Almería; Hospital Reina Sofía de Córdoba; Hospital Virgen de las Nieves de Granada; Complejo Hospitalario de Jaén; Hospital Regional de Málaga; Hospital Virgen del Rocío y Virgen Macarena de Sevilla; Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva; y Hospital Juan Grande de Jerez (concertado).

La red asistencial ha experimentado un espectacular crecimiento desde el inicio del PADI. La red pública disponía en 2012 de 222 dentistas (118 en 2000) y la privada concertada dispone de 1.243 clínicas concertadas (584 en 2005) con 1.328 dentistas.

La asistencia concertada en 2012 supuso un gasto de 8,7 millones de euros (aprox.). No se dispone de datos de gasto de la red pública. La tarifa de capitación ha sufrido sucesivos recortes en los últimos años siendo actualmente –año 2014– de 30,74 euros/niño/año.

La tasa de utilización del programa está estancada casi desde sus inicios en torno al 35%. En 2005 fue del 36% y en 2012 del 33,8% (295.964 niños/as atendidos). El perfil asistencial es claramente preventivo, con una relación de sellados/obturaciones en 2012 de 81.051/66.211.

Su última encuesta de salud oral es del año 2006. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS), 43%; índice CAOD: 1,23; índice de restauración IR: 49,6%.

No existe una unidad de gestión centralizada de los servicios de salud bucodental para toda la Comunidad a cargo de odontólogo/estomatólogo, aunque sí coordinadores en todas las provincias y, en algunas, existe el coordinador a nivel de distrito sanitario, que son dentistas.

Los profesionales del sector público disponen de una guía de gestión de procesos asistenciales que desarrolla de forma pormenorizada los criterios de actuación ante los procesos dentales.

En cuanto a las actividades de promoción de la salud se realizan dos programas:

1. El “Programa Sonrisitas” para la promoción de hábitos saludables en niños/as de 0 a 3 y

2. El “Programa Aprende a Sonreír”, dirigido a niños/as de 3 a 12 años. En el año 2005 existían 4 plantas de fluorización de aguas de abastecimiento público en las provincias de Córdoba, Huelva, Jaén y Sevilla. Esta medida fue derogada en 2009 mediante DECRETO 70/2009, de 31 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de Vigilancia Sanitaria y Calidad del Agua de Consumo Humano de Andalucía. A día de hoy no existen ya plantas de fluoración en funcionamiento.

## ARAGÓN

*Población: 1.349.467 (2,86%)*

La asistencia dental se presta bajo el modelo PADI implantado en el año 2005 (ORDEN de 28 de marzo de 2005, el Departamento de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de Aragón). Se trata de un modelo PADI estándar en cuanto a prestaciones que ha sufrido recortes en los límites de edad. Inicialmente su cobertura era de 6 a 16 años pero, a partir de 2013, ha quedado limitada de 6 a 13 años salvo para los niños discapacitados; no obstante, los niños de 14 años de edad que hubieran comenzado tratamiento durante ese año, tuvieron derecho a completarlo. Su denominación abreviada es: PABIJ.

El sistema sanitario público de Aragón contempla también la atención a discapacitados entre los 6 y a 16 años cumplidos (antes, sin límite de edad previo informe), que pueden acudir a cualquiera de los dentistas habilitados desde donde son referidos a la Unidad de Atención Bucodental del Hospital San Juan de Dios (Zaragoza) si su discapacidad así lo requiere.

La red asistencial pública dispone de 26 dentistas (en 23 USBD) y 1 hospital para la asistencia a discapacitados. La red privada concertada dispone de 336 clínicas con 325 dentistas concertados.

El gasto del programa durante 2012 fue de 1,9 millones de euros (aprox.) de los cuales 1,2 millones correspondieron al gasto del sector concertado. La tarifa de capitación en 2013 era de 45 euros niño/año.

Dispone de memoria actualizada del año 2012. La tasa de utilización fue entonces del 39,5% (37.876 niños/as atendidos) y su perfil asistencial (sellados vs obturaciones) fue claramente preventivo, 17.123/10.327. El 93% de la asistencia se presta a través de la red concertada y el resto a través de la pública.

Su última encuesta de salud oral es del año 2004. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS): 31,2%; índice CAOD: 0,65; índice de restauración: 81,8%.

No dispone de una unidad específica de gestión de los servicios de salud bucodental a cargo de odontólogo/estomatólogo. La coordinación del programa se lleva desde la Jefatura de Sección del Servicio de Concursos

y Prestaciones, Dirección General de Planificación y Aseguramiento, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia por profesionales no dentistas.

En el ámbito de la promoción de la salud no hay actividades programadas.

La Comunidad no dispone de plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

## PRINCIPADO DE ASTURIAS

*Población: 1.077.360 (2,28%)*

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público. El programa que venía aplicándose desde el año 1997 es revisado y las prestaciones asistenciales actualizadas a partir del año 2010, con la incorporación de los denominados tratamientos complejos (endodoncia, apicoformación, traumatismos y malformaciones) que se realizan en una única Unidad Central (Oviedo) en toda la Comunidad. Cubre de 6 a 14 años y tiene revisiones programadas a los 7, 8, 9, 10, 12 y 14 años. Tiene pendiente de aprobación un Decreto sobre asistencia dental que, al parecer, se pospone. Su denominación abreviada es: PSBD.

El sistema sanitario público del Principado de Asturias ofrece prestaciones para la población con discapacidad intelectual reconocida superior al 33%, que se atienden en la Unidad de Salud Oral para Pacientes Especiales (USOPE) ubicada en el Hospital Monte Naranco de Oviedo (anteriormente en el HUCA). También son atendidos en esta unidad hospitalaria los pacientes médicamente comprometidos.

La red asistencial disponible en 58 Centros de Salud cuenta con 35 dentistas, 25 higienistas y 11 auxiliares. Además, dispone de una 1 Unidad Central para los tratamientos complejos (solo para 7-10 años) ubicada en el Centro de Salud de La Corredoría y de la Unidad de Salud Oral (USOPE) para pacientes especiales que no puedan ser atendidos en las USBD de centro de salud.

El gasto total de la asistencia dental (incluido personal, materiales, mantenimiento, etc. de adultos y niños) durante 2012 fue de 3,24 millones de euros.

La tasa de utilización es del 35,7% (24.080 niños/as atendidos) y del 47,47% para las revisiones programadas. Su perfil asistencial (sellados vs obturaciones) tiene un componente más preventivo que asistencial: 2.133/1340. Dispone de memoria de actividad actualizada.

Su última encuesta de salud oral es del año 2008. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries (criterio OMS) a los 12 años, 42,7%; índice CAOD: 1,17; índice de restauración: 59,8%.

Existe un coordinador (odontólogo/estomatólogo) de programa dependiente del Servicio de Evaluación de la Salud y Programas, de la Dirección General de Salud

Pública. Dispone de una Guía Clínica para la atención a la salud bucodental.

En el ámbito de la promoción de la salud, realiza actividades para niños de 5 a 12 mediante el proyecto pedagógico "La Conquista de la Boca Sana" en colaboración con la Consejería de Educación y realizado en los centros educativos. La tasa de participación en este programa en 2011 fue de 45% de centros escolares públicos, y llegó al 39% de los escolares.

La Comunidad no dispone de plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

## ILLES BALEARS

*Población: 1.119.439 (2,37%)*

La asistencia dental se presta a través de un modelo PADI implantado en el año 2005 (DECRETO 87/2005 de 29 de julio de la Consejería de Salud y Consumo de Illes Balears). Se trata de un PADI estándar que incluye las prestaciones habituales de este modelo. Su cobertura es de 6 a 15 años. Su denominación abreviada es: PADI

El sistema sanitario público de Illes Balears presta atención a discapacitados que precisan quirófano en el Hospital General y Hospital Son Espases (Palma de Mallorca), teniendo las mismas prestaciones que el resto del colectivo 6-15 años.

La red asistencial pública ha experimentado un significativo aumento en los últimos años y en la actualidad dispone de 18 centros con 23 dentistas, 17 higienistas y 5 auxiliares. La red privada concertada, también en aumento desde el inicio del programa, dispone de 166 clínicas concertadas y 148 dentistas.

El gasto del programa en lo referente al pago por capitación (pago a las clínicas concertadas) fue en 2012 de 1,3 millones de euros. La tarifa de capitación, en ligero aumento desde su inicio en 2005 (40 euros), es en la actualidad de 46 euros niño/año y está congelada desde el año 2012.

La tasa de utilización global en 2012 fue del 32,1% (27.918 niños/as atendidos), aproximadamente en el mismo nivel desde el año 2009 (31,99%); hubo grandes diferencias según la isla, destacando Palma y Formentera con un 40% y 45% respectivamente. No existen otros datos actualizados de actividad asistencial. La última memoria data del año 2009 y su perfil era entonces claramente preventivo, con un mayor número de actos preventivos que restauradores; relación de número de sellados/obturaciones era de 3.994/1.793 actos. La relación de actividad asistencial por sectores en 2009 fue del 82% para el sector privado concertado, y 18% para el público.

Su última encuesta de salud oral data del año 2005. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS), 34,9%; índice CAOD: 0,89; índice de restauración: 55%.

Dispone de un Servicio Dental Comunitario como unidad gestora, dependiente del Ib-Salut, con un responsable odontólogo/estomatólogo.

En el ámbito de la promoción de la salud dental, se realizan actividades de educación para la salud en escolares de 6-7 años, en los colegios de todas las islas.

La Comunidad no dispone de plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

## CANARIAS

*Población: 2.118.344 (4,48%)*

La asistencia dental se presta bajo un modelo PADI modificado, iniciado en el año 2009, cuando se pone en marcha un nuevo Programa de Salud Oral en Atención Primaria. Las prestaciones son las habituales de un modelo PADI pero la provisión varía ligeramente: las prestaciones básicas -de las que se excluye la endodoncia- las realizan indistintamente los dentistas de la red pública y de la privada concertada, mientras que las prestaciones especiales (endodoncia de cualquier diente, tratamiento por fractura, malformación, re-implante dentario, etc.) las realizan solo los dentistas habilitados del sector privado concertado, por derivación del público. De las prestaciones, se han eliminado los mantenedores de espacio y la exodoncia de dientes supernumerarios no erupcionados. A diferencia de otros PADIS, no dispone de legislación propia. Su cobertura es de 6 a 15 años. Su denominación abreviada es: PADICAN.

El Programa de Salud Oral en Atención Primaria incluye, además del PADICAN, la asistencia a población de 3 a 5 años con prestaciones preventivas de revisión, aplicación de flúor y educación sanitaria y la asistencia a adultos, incluida una actividad específica de detección de cáncer oral.

La red asistencial pública dispone en la actualidad de 46 unidades asistenciales con 52 dentistas. La red privada concertada dispone de 182 dentistas habilitados. Todas las islas disponen de red asistencial, totalizando 29 municipios con dentista.

El presupuesto de gasto para 2013 fue de 1,3 millones de euros, con un ligero recorte respecto al presupuesto de los años 2009 y 2010 que fue de 1,5 millones de euros. La tarifa de capitación es actualmente de 36 euros niño/año y ha sufrido sucesivos recortes respecto de 2012 (40 euros) y 2009/2011 (45 euros).

La tasa de utilización en 2012 fue del 30,5% (44.344 niños/as atendidos), con un reparto público/privado del 45/55% aprox. El perfil asistencial es claramente preventivo con una relación de sellados/obturaciones de 11.666/8.334. No dispone de memoria publicada actualizada.

Su última encuesta de salud oral es del año 2006. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de

caries a los 12 años (criterio OMS), 51,9%; índice CAOD: 1,51; índice de restauración IR: 37,2%. Debido a la riqueza natural de ión flúor en las aguas de abastecimiento de las islas, los resultados según su concentración sea <1,5ppm ó >1,5ppm fueron: prevalencia 52,8%/40%; índice CAOD: 1,56/0,91.

Dispone de un coordinador de programa (estomatólogo/odontólogo) dependiente de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud. Dispone de Guía Clínica para actividades educativas y asistenciales.

En el ámbito de la promoción de la salud bucodental dispone del programa "Cepillín Cepillán" de actividades educativas para niños/as de 3 a 5 años, dependiente de la Dirección de Salud Pública (con el mismo coordinador de la actividad asistencial).

## CANTABRIA

*Población: 593.861 (1,26%)*

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público, por consiguiente sus prestaciones son las amparadas por el RD 1030/2006 de 15 de septiembre, común a todo el Estado. Esta Comunidad ofrecía prestaciones de ortodoncia (desde 1989) cuyas condiciones fueron establecidas en la orden de 3 de octubre de 2001 de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria.

No ha sido posible obtener respuesta de las autoridades sanitarias sobre el estado de los servicios de salud bucodental en la Comunidad, por lo que datos ofrecidos han sido obtenidos de otras fuentes, y son incompletos.

En el año 2005 existían dos unidades móviles que realizaban revisiones escolares remitiendo a un centro de referencia a los niños/as con necesidades de tratamiento; según datos extraídos del Instituto de Información Sanitaria del MSC, en el año 2007 solo funcionaba una unidad móvil y la comunidad contaba con 14 dentistas y 2 higienistas como únicos recursos. Entre sus prestaciones no figuraba en 2007 el tratamiento restaurador de caries.

No dispone de una unidad de gestión específica de los servicios de salud bucodental a cargo de odontólogo/estomatólogo.

En el ámbito de la promoción de la salud no se dispone de datos. La Comunidad no dispone de plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

## CASTILLA-LA MANCHA

*Población: 2.121.888 (4,49%)*

La asistencia dental se presta bajo el denominado modelo "mixto" público/privado desde el año 2005; en este modelo la provisión se realiza a través de los cen-

tros públicos de Atención Primaria y se derivan al sector privado los pacientes que requieren alguno de los denominados tratamientos especiales (DECRETO 273/2004, de 9 de noviembre de la Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha). Su cobertura es de 6 a 15 años. No hay concertación con la red privada y el pago de estos servicios se realiza mediante reintegro de gastos. Los tratamientos básicos, que realizan únicamente los dentistas de la red pública, incluyen los habituales pero limita las obturaciones a los molares y solo "... a caries limitada a esmalte o con mínima afectación de dentina". Los tratamientos denominados especiales, que son realizados exclusivamente por dentistas en clínicas privadas incluyen: endodoncia de cualquier diente, tratamientos por traumatismo, malformación, etc. y se realizan siempre bajo prescripción del dentista público. La asistencia a cualquier dentista de la red privada es libre. También ofrece las mismas prestaciones para personas con discapacidad, sin límite de edad (DECRETO 34/2006, de 28 de marzo), y tratamiento de ortodoncia para niños/as con discapacidad que incidan en la extensión o gravedad de su patología oral y para casos de fisura palatina, labio leporino o malformación esquelética grave.

La red (pública) ha experimentado un significativo aumento en los últimos años y dispone en la actualidad de 126 unidades asistenciales con 78 dentistas (43 en 2005) y 78 higienistas.

No ha sido posible obtener información sobre presupuesto de gasto.

No dispone de memoria de actividad publicada. Se desconoce la tasa de utilización aunque sí el número de niños/as atendidos en 2012 que fue de 10.104 (7 años), 5.136 (12 años) y 52.787 (= > 14 años). Su perfil asistencial es claramente restaurador con una relación de sellados/obturaciones de 2/3 (datos sin confirmar por parte de la Consejería)).

Su última encuesta de salud oral es del año 2004. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS), 40,8%; índice CAOD: 1,09; índice de restauración IR: 49,5%.

No existe unidad gestora específica de salud bucodental a cargo de odontólogo/estomatólogo. No ha sido posible obtener información sobre el servicio que tiene a su cargo la coordinación del programa.

En el ámbito de la promoción de la salud bucodental, no se dispone de datos. Se desconoce si realizan revisiones escolares. No existen plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

## CASTILLA Y LEÓN

*Población: 2.546.078 (5,39%)*

La asistencia dental se presta bajo el denominado modelo "mixto" público/privado desde el año 2004. Según

este modelo la provisión se realiza a través de los centros públicos de Atención Primaria y se derivan al sector privado concertado los pacientes que requieren alguno de los denominados tratamientos especiales (DECRETO 142/2003 de 16 de diciembre). A diferencia de su comunidad homónima de Castilla-La Mancha, aquí sí hay concertación con el sector privado y la asistencia que presta es remunerada por acto médico, a tarifa pactada. Su cobertura es de 6 a 14 años. El sistema ha sufrido recortes y a partir del año 2012 se restringe la derivación de tratamientos especiales al sector concertado y se sule con recursos propios; a partir de 2013 se plantean restricciones en las prestaciones y centros de derivación de las personas discapacitadas. Su catálogo de prestaciones también contempla a las personas mayores de 75 años, dirigido al diagnóstico y especialmente al cáncer oral.

La red pública cuenta con 76 dentistas (62 en 2005), 60 higienistas, 5 enfermeras y 16 auxiliares repartidos en 97 Unidades de Salud Bucodental. La red privada concertada dispone de 394 dentistas, frente a los 291 del año 2005.

Durante el año 2013 se gastaron 186.645 euros en tratamientos especiales (364.115 en 2011). No ha sido posible obtener información del coste global del programa.

No existe memoria de actividad específica. Los datos parciales que disponemos indican que en el año 2013 habían sido revisados el 82,6% de los niños/as de 7 años (16.191 niños/as) y el 69,6% de 12 años (13.944 niños/as); según estos datos parciales, su perfil de actividad parece preventivo habiendo recibido sellador el 21,3% de los niños/as de 7 años, frente a al 8,8% de 12 años que han recibido obturación.

Su última encuesta de salud oral data del año 2000. Sus datos arrojan el siguiente resultado: prevalencia de caries a los 12 años (criterio similar a OMS), 27,3%; índice CAOD: 1,05; índice de restauración: 48,6%.

No existe una unidad de gestión específica de los servicios de salud bucodental a cargo de odontólogo/estomatólogo; la gestión depende de la Gerencia de Atención Primaria.

En el campo de la promoción de la salud bucodental, se realizan revisiones escolares, hay programa de enjuagues fluorados y actividades de educación para la salud, con material editado al respecto para 6 a 12 años. No existen plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

## CATALUÑA

*Población: 7.570.908 (16,02%)*

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público. No tiene legislación propia por lo que sus prestaciones quedan amparadas por el RD 1030/2006, común a todo el Estado.

No ha sido posible obtener respuesta de las autoridades sanitarias sobre el estado de los servicios de salud bucodental en la comunidad. Los únicos datos que ha sido posible recabar, por cauces paralelos y a título particular, se limitan a que no existe un responsable de programa, que las prestaciones de odontología restauradora no se hacen de forma generalizada si no según zonas, y que existe algún centro hospitalario de referencia para la derivación de tratamientos de endodoncia y obturación. No ha sido posible conseguir datos sobre recursos humanos ni sobre presupuesto de gasto.

Su última encuesta de salud oral data del año 2006. Sus datos arrojan el siguiente resultado: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS modificado), 45,8%; índice CAOD: 0,73; índice de restauración: 52,5%.

El programa de enjuagues fluorados al parecer sigue funcionando con mono-dosis y ha sido reducido para solo los escolares de 1º de Educación Primaria. La participación se cifra (no medida) por debajo del 40%.

En el año 2004 fue interrumpida la fluoración de aguas de abastecimiento público de la localidades de Girona, Salt y Sarriá de Ter. La comunidad no dispone actualmente de ninguna planta de fluoración en activo.

## CIUDADES DE CEUTA Y MELILLA

*Población Ceuta: 84.018 (0,18%);*

*Población Melilla: 80.802 (0,17%)*

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público y está amparada por el RD 1030/2006, común a todo el Estado. La asistencia sanitaria en estas ciudades está gestionada por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que, a partir del año 2002, tomó la gestión de derechos y obligaciones el antiguo INSALUD.

Los servicios efectivos que se prestan comprenden revisiones escolares, fluorizaciones, sellados de fisura de 7 a 14 años y obturaciones clase I para niños de 7 años.

Según la Memoria INGESA 2010 la cobertura del así denominado Programa de Prevención de Caries fue del 42,2% (7.505 niños/as revisados/atendidos).

Existe una Unidad de SBD en cada ciudad. Los recursos humanos se distribuyen de la siguiente manera:

Ceuta: 2 dentistas que atienden 3 centros de salud

Melilla: 2 dentistas que atienden 1 centro de salud dotado con 2 gabinetes

## EXTREMADURA

*Población: 1.108.130 (2,34%)*

La asistencia dental se presta bajo un modelo PADI modificado implantado en el año 2005 (DECRETO 195/2004, de 29 de diciembre de la Consejería de Sanidad

de la Junta de Extremadura). Se trata de un modelo PADI con variaciones: el decreto habla de obturaciones solo para molares aunque en la práctica cubre a todas las piezas, los tratamientos de endodoncia no se incluyen en la capitación y son considerados tratamientos especiales (retribuidos por acto médico), y en los tratamientos por traumatismo no se considera la restauración protésica. Su cobertura es de 6 a 15 años. Su denominación abreviada es: PADIEx.

El sistema sanitario público de Extremadura cuenta como prestaciones adicionales, además de la atención a personas discapacitadas, la atención a pacientes médicamente comprometidos y radiados de cabeza y cuello. Para atender a esta población dispone de 8 unidades ambulatorias atendidas por dos equipos solo dedicados a estas labores y 1 hospitalaria (Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz).

La red asistencial pública dispone de 52 unidades asistenciales con 38 dentistas, 27 higienistas y 5 auxiliares. La red privada concertada dispone de 141 dentistas habilitados en 164 clínicas concertadas.

El presupuesto de gasto del programa en 2012 fue de 2 millones de euros. La tarifa de capitación es única, comenzó con 50 euros y actualmente es de 45 euros niño/año.

La tasa de utilización en 2012 fue del 66% (54.645 niños/as atendidos). No ha sido posible conseguir más datos sobre actividad asistencial del programa. No dispone de memoria de actividad publicada.

Su última encuesta epidemiológica de salud oral data del año 2002. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS), 50%; índice CAOD: 1,31; índice de restauración IR: 36%.

Dispone de una unidad técnica de gestión denominada Oficina del Plan Dental adscrita a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, cuyo director es odontólogo/estomatólogo y que coordina todas las actuaciones en salud bucodental que desarrolla el Servicio de Salud

En el ámbito de la promoción de la salud se realizan actividades desde los centros de salud, fundamentalmente a través de los higienistas dentales y dirigidas a la población escolar. Desde el año 1989 dispone de un decreto de fluoración de aguas potables de consumo público (DECRETO 30, de 11 de abril de 1989) Hasta la fecha, únicamente la ciudad de Badajoz (155.000 habitantes) dispone de este servicio.

## GALICIA

*Población: 2.781.498 (5,88%)*

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público. No ha sido posible obtener toda la información requerida de prestaciones y actividades asistenciales por parte de las autoridades sanitarias. La información disponible es solo parcial.

Según esos datos, en el año 2002 se pone en marcha el Programa de Salud Bucodental en Atención Primaria que contempla únicamente acciones de captación, diagnóstico y actividades preventivas. Las prestaciones se amplían a tratamiento de caries pero solo cubre la obturación de caries oclusales en primeros molares, y únicamente de niños de 8 a 12 años; a partir del año 2008 se amplía hasta los 14 años.

El sistema sanitario público de Galicia ofrece prestaciones de odontología para discapacitados físicos y síquicos y pacientes oncológicos sometidos a quimio y radioterapia. Para ello dispone de una Unidad de Pacientes Especiales en la Facultad de Medicina y Odontología de Santiago de Compostela y la U.C.A del Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo.

La red asistencial contaba hacia el año 2008 con 91 Unidades de Salud Bucodental con una plantilla de 122 profesionales.

No hay disponibles datos de actividad asistencial ni de gasto en salud bucodental, salvo que la media de pacientes atendidos en las unidades asistenciales es de 16 personas/día. No publica memoria anual de actividades.

Su última encuesta de salud oral es del año 2010. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS), 33,3%; índice CAOD: 0,72; índice de restauración IR: 81,9%.

No dispone de una unidad de gestión específica de salud bucodental a cargo de odontólogo/estomatólogo.

En el ámbito de la promoción de la salud cuenta con el programa de educación para la salud denominado "Sen carie" dependiente de la Dirección General de Salud Pública. A partir del año 2005 se suspende el programa de enjuagues fluorados. Dispone de legislación sobre fluoración de aguas de consumo público, vigente desde el año 1990, pero fue derogada en el año 2012 (DECRETO 134/2012, de 31 de mayo) sin que llegara a ponerse en marcha ninguna planta de fluoración.

## MADRID

*Población: 6.498.560 (13,75%)*

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público. No dispone de legislación propia. Sus prestaciones son, por tanto, las comunes amparadas por el RD 1030/2006 común a todo el estado. Su cobertura es de 6 a 15 años. Tiene prestaciones ampliadas (DECRETO 1464/2009, de 18 de septiembre) como la tartrectomía y, sin embargo, otras reducidas en tratamiento de caries ya que solo se obtura el primer molar permanente. Entre 2010 y 2012 determinados tratamientos complejos eran derivados mediante concierto con Sanitas de Hospitales, SA actualmente suspendidos.

El sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid tiene prestaciones para las personas discapacitadas que no son capaces de mantener el necesario autocontrol para una adecuada atención, que son derivadas al Hospital Niño Jesús (6 a 18 años) y al Hospital Gregorio Marañón (sin límite de edad), con una cartera similar en ambos casos, que incluye: exploración, obturaciones (no de dientes temporales); exodoncias; eliminación de focos sépticos; tartrectomías; gingivectomías y regularización ósea.

La red pública asistencial ha aumentado en los últimos años y actualmente está formada por 83 unidades asistenciales con un total de 122 dentistas, 92 higienistas, 7 enfermeras y 26 auxiliares.

Los únicos datos de actividad disponibles son los relativos a revisiones en el año 2012: 27,8% de los niños/as de la comunidad (174.370); niños/as a los que se ha realizado obturación: 24.350, tartrectomía: 14.918. En el año 2013 se ha puesto en marcha una nueva aplicación de Historia Clínica Odontológica en las USBD que permitirá en el futuro disponer de tasas anuales de actividad.

Su última encuesta epidemiológica de salud oral es del año 1992. No dispone de datos actualizados propios de la comunidad.

No existe unidad gestora específica de servicios de salud bucodental con odontólogo/estomatólogo como responsable. La coordinación se lleva desde la Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.

En el ámbito de la promoción de la salud se da educación sanitaria y adiestramiento en higiene en los propios centros de salud. No se realizan enjuagues fluorados en las escuelas de forma sistemática.

La comunidad no dispone de plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

En el ámbito de la promoción de la salud se da educación sanitaria y adiestramiento en higiene en los propios centros de salud. No se realizan enjuagues fluorados en las escuelas de forma sistemática.

## REGIÓN DE MURCIA

*Población: 1.474.449 (3,12%)*

La asistencia dental se presta bajo un modelo PADI modificado, iniciado en el año 2003 que en los últimos años ha sufrido recortes importantes. Su cobertura era inicialmente de 6 a 14 años (Orden de 27 de diciembre de 2002 y Orden de 13 de julio de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia) pero a partir del año 2013 se ha visto reducida a los niños/as de 6 a 8 años, manteniendo la cobertura de 6 a 14 años solo para discapacitados (Orden de 6 de julio de 2012). Las prestaciones contienen importantes variaciones respecto de un modelo PADI estándar; las prestaciones básicas (pagadas por capitación) incluyen solo la obturación de molares; los tratamientos de endodoncia, así como tratamientos por traumatismo, etc. son prestaciones especiales (pagadas por acto médico). También ha sido eliminada la prestación de obturación por caries de incisivos, caninos y premolares. Sin embargo, las prestaciones para

niños/as discapacitados incluyen la atención a la dentición temporal (no en sistema capitación). Otro elemento diferenciador es que la gestión del programa se lleva desde el Colegio Oficial de Dentistas de Murcia mediante convenio con el Servicio Murciano de Salud. Su denominación abreviada es: PSBI. La Dirección General de Salud Pública es la responsable de la planificación, coordinación, seguimiento y evaluación.

La red asistencial pública consta de 39 Unidades de Salud Bucodental con 28 dentistas y 39 higienistas; la red asistencial privada concertada consta de 586 clínicas dentales con 498 dentistas habilitados. Los tratamientos a niños/as discapacitados se realizan en hospitales privados concertados.

La tasa de utilización del programa en 2012 fue del 52,6% (77.131 niños/as atendidos). Su perfil asistencial global es claramente restaurador con 11.726 obturaciones realizadas frente a 7.171 sellados. El 87,5% de la asistencia la presta el sector privado frente al 12,5% del público. La última encuesta de salud oral es del año 1997. No dispone de datos epidemiológicos actualizados.

El gasto total en 2011, incluidas todo tipo de prestaciones, fue de 4,5 millones de euros, de los cuales 4,4 millones corresponden al sector privado concertado. La tarifa de capitación es única y ha sido recortada sucesivamente desde los 51,30 euros niño/año iniciales, a los 39,90 euros en 2013. Las tarifas concertadas de pago por acto de los tratamientos especiales han sufrido un recorte del 20% en el año 2013.

La gestión del programa se lleva desde el Colegio Oficial de Dentistas. El programa ha sido competencia de la Dirección General de Salud Pública y, a partir de 2013, ha pasado a depender de la Subdirección General de Asistencia Primaria del Servicio Murciano de Salud; no dispone de un coordinador odontólogo/estomatólogo. El programa cuenta con un protocolo asistencial a disposición de los dentistas.

En el ámbito de la promoción de la salud dispone de un Programa de Educación para la Salud dependiente de la Dirección General de Salud Pública de cuyo ámbito no es posible ofrecer información. En el año 2005 existían plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público en dos localidades: Lorca y Letur. En la actualidad el servicio se encuentra interrumpido.

## COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

*Población: 644.566 (1,36%)*

La asistencia dental se presta bajo un modelo PADI implantado en el año 1991 (Decreto Foral 58/1991, de 7 de febrero del Departamento de Salud). Se trata de un modelo PADI estándar en prestaciones y cobertura de 6 a 15 años que posteriormente fue ampliado en cobertura hasta los 18 años (Decreto Foral 69/2003, de 7 de abril). A

partir del año 2012 sufre un recorte en las edades cubiertas para quedar en la cobertura inicial de 6 a 15 años (Decreto Foral 249/2011, de 28 de diciembre), que es la actualmente vigente. Su denominación abreviada es: PADI.

El sistema sanitario público de Navarra contempla la atención dental a personas con una discapacidad superior al 75% y que posean la calificación de "alto riesgo de caries". Sus prestaciones son las del régimen general de adultos más tratamiento de caries (incluida la endodoncia) y los detartrajes. La atención se presta a través de los centros públicos y de los privados (con reintegro de gastos) y si es preciso la sedación o la anestesia general, en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona (centro hospitalario concertado).

La red pública dispone de 3 centros donde se dispensa atención PADI que cuentan con 4 dentistas, 5 auxiliares y 1 higienista. La red privada concertada dispone de 193 clínicas concertadas con 238 dentistas habilitados. Ambas redes están repartidas en 48 municipios de la provincia. El número de dentistas habilitados va en constante aumento desde los inicios del programa.

El presupuesto de gasto total (público y concertado) en 2012 fue de 2,58 millones de euros. Existen dos tarifas de capitación según tramos de edad; de 6 a 10 años es de 49,2 euros niño/año y de 11 a 15 es de 54,67 euros. Las tarifas están congeladas desde el año 2011.

La Unidad de Salud Bucodental, órgano gestor, publica cada año una memoria de actividad. La tasa de utilización en 2012 fue del 70,05% (45.463 niños/as atendidos). El perfil asistencial es claramente preventivo con una relación de sellados/obturados de 11.274/9.820. El 97% de la atención la presta el sector concertado frente a un 3% del público.

Su última encuesta de salud oral es del año 2007. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS modificado), 28,5%; índice CAOD: 0,63; índice de restauración IR: 68,9%.

Dispone de una unidad de gestión de salud bucodental integrada en la estructura de Atención Primaria con un gestor odontólogo/estomatólogo. En el ámbito de la promoción de la salud se realizan actividades escolares de enjuagues fluorados. Durante el curso 2012-13 han participado 74 centros escolares que suponen el 33% de los colegios de educación primaria existentes en Navarra, una cifra similar a la de años anteriores. En estos mismos centros escolares se trabaja en el fomento del cepillado dental (en comedores escolares). No existen plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

## LA RIOJA

*Población: 323.609 (0,68%)*

La asistencia dental se presta bajo un modelo público. No tiene legislación propia y por tanto sus prestacio-

nes son las amparadas por el RD 1030/2006 como en el resto del Estado. Su cobertura es de 6 a 15 años. No se realizan tratamientos de endodoncia. El sistema funciona mediante revisiones escolares en determinados cursos que son posteriormente derivados a los centros de salud. Los cursos en los que se hacen revisiones escolares son: 1º, 3º y 5º de EP y 1º y 3º de ESO.

No constan prestaciones adicionales sobre las amparadas por el Estado.

La red pública cuenta con 6 unidades asistenciales, con un total de 6 dentistas y 6 higienistas.

No ha sido facilitado el presupuesto de gasto de la atención dental.

Los datos que disponemos sobre actividad asistencial son parciales. La tasa de cobertura en 2012-13 está en torno al 51% (15.819 niños/as explorados sobre un total de 31.183 escolares) de los cuales el 27,9% han sido tratados (4.421 niños/ que han recibido tratamiento). El perfil asistencial es claramente preventivo con 10.001 sellados realizados frente a 1.618 obturaciones.

No consta ninguna encuesta epidemiológica de salud oral reciente. De la tablas de actividad de las revisiones escolares se infiere que los escolares de 12 años que son derivados al centro de salud por caries (criterio no estandarizado) es del 27% y el índice CAOD de estos escolares, 1,34.

No existe una unidad específica de gestión de los servicios de salud bucodental al cargo de odontólogo/estomatólogo.

En el ámbito de la promoción de la salud, existen actividades de educación para la salud en la escuela de cuyo alcance no disponemos de datos, y revisiones escolares. No existen plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público.

## COMUNIDAD VALENCIANA

*Población: 5.129.266 (10,85%)*

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público implantado en el año 2008 en virtud del convenio con el Ministerio de Sanidad y Consumo, momento en el que comienzan las prestaciones de odontología restauradora que cubren de 7 a 14 años. Sin embargo, cuenta con programa de promoción de la salud bucodental que incluye revisiones escolares y actividades preventivas de 0 a 14 años. No tiene legislación propia y por tanto sus prestaciones son las amparadas por el Real Decreto 1030/2006 común a todo el Estado. Su denominación abreviada: PSBDI.

El sistema sanitario público de la Comunidad Valenciana ofrece atención dental a personas con discapacidad física y psíquica severa a través de los centros hospitalarios Hotel Dr. Peset (Valencia), Hospital San Juan (Alicante) y Hospital Provincial (Castellón); las per-

sonas institucionalizadas en centros dependientes de la Consejería de Bienestar Social reciben atención dental en el Hospital General de Valencia. Sus prestaciones no están especificadas.

La red asistencial pública cuenta con 53 unidades asistenciales (124 sillones) repartidas en 24 Departamentos de salud con un total de 67 dentistas y 71 higienistas.

Sobre su presupuesto de gasto, no ha sido posible obtener información de las autoridades sanitarias.

La última memoria de actividad publicada es del año 2011 y se refiere al conjunto de actividades de promoción de la salud y no tanto a la atención dental para tratamiento. Estas actividades incluyen educación para salud y enjuagues fluorados en Educación Primaria y revisiones escolares en el último ciclo de Educación Infantil (EI). La tasa de participación de los centros escolares fue del 54% alcanzando al 52% de los alumnos. La revisión bucal a escolares de 3º de Educación Infantil tuvo una tasa de participación del 78,7% (38.097 niños/as revisados). Las unidades odontológicas atendieron en 2011 a un total de 228.761 niños y niñas con una fuerte carga de actividades de promoción de la salud y preventivas: control de placa, control de dieta, aplicaciones de flúor y sellados. La memoria no incluye datos de tratamientos restauradores y señala que existe una gran variabilidad de los perfiles de actividad según los diversos departamentos de salud de la comunidad.

Su última encuesta de salud oral es del año 2010. Sus datos arrojan los siguientes resultados: prevalencia de caries a los 12 años (criterio ICDAS), 37,7%; índice CAOD (suma de códigos ICDAS 3+4+5):0,83; índice de restauración IR: 57,6%.

No existe una unidad de gestión específica de salud bucodental a cargo de odontólogo/estomatólogo. La coordinación del programa PSBD se lleva desde Salud Infantil y de la Mujer, perteneciente a la Dirección General de Salud Pública.

En el ámbito de la promoción de la salud bucodental se llevan a cabo las actividades descritas más arriba. La Comunidad no cuenta con plantas de fluoración de agua de abastecimiento público.

## PAÍS VASCO

*Población: 2.193.093 (4,64%)*

La asistencia dental infantil se presta bajo un modelo PADI implantado en el año 1990 (Decreto 118/1990, de 24 de abril del Departamento de Sanidad y Consumo). Se trata de un modelo PADI estándar (el primero en implantarse) en cuanto a prestaciones y coberturas que hasta el momento no ha sufrido recorte alguno. Su cobertura es de 7 a 15 años. Su denominación abreviada es: PADI.

El sistema sanitario público del País Vasco contempla también la atención dental a personas con discapacidad

intelectual. Las prestaciones aseguradas a los niños con discapacidad intelectual son las preventivas y reparadoras del PADI; para el resto de edades se garantiza las médico-quirúrgicas de la población general con las adaptaciones necesarias a su condición. La asistencia se realiza en hospitales de Osakidetza y concertados.

La red asistencial pública cuenta con 41 dentistas y 41 auxiliares que desarrollan su actividad (Odontología y PADI) en 41 consultas de Atención Primaria. La red concertada del PADI dispone de 978 clínicas con 927 dentistas colegiados. Los recursos humanos y materiales de la red pública se mantienen estabilizados en número desde 1990; la red concertada del PADI ha multiplicado sus efectivos tras sucesivos procesos quinquenales de contratación, desde los 60 profesionales iniciales a los 927 actuales.

El gasto consolidado en 2012 de pago a los dentistas concertados fue de 4,63 millones de euros, de los cuales el 97,2% corresponden al pago por capitación o asistencia general, y el 2,8% al pago por acto en concepto de asistencia adicional (malformaciones, traumatismos). Existen dos tarifas de capitación según tramos de edad; de 7 a 11 años es de 39,88 euros niño/año y de 12 a 15 es de 45,49 euros. Las tarifas están congeladas desde el año 2009.

El Servicio Dental Comunitario de Osakidetza publica cada año una memoria de actividad del PADI. La tasa de utilización anual en 2012 fue del 65,9% (115.008 niños/as atendidos) y se mantiene estable durante la última década. El perfil asistencial es claramente preventivo con un predominio de los sellados frente a las obturaciones en los niños de menor edad; en 2012, en el conjunto de todas las edades la relación sellador/obturación fue de 25.410/21.402.

Su última encuesta de salud oral es del año 2008. Sus datos arrojan el siguiente resultado: prevalencia de caries a los 12 años (criterio OMS), 26%; índice CAOD: 0,52; índice de restauración IR: 75%.

Dispone de un Servicio Dental Comunitario con un responsable odontólogo/estomatólogo en la Organización Central de Osakidetza y tres unidades administrativas SDC (una por provincia) con personal administrativo y un odontólogo/estomatólogo un cada unidad.

El País Vasco cuenta con 9 plantas de fluoración de agua de abastecimiento público que suministran agua fluorada al 78% de la población (1.624.072 hab.). Las plantas están situadas en: Álava, 1; Guipúzcoa: 4; Vizcaya: 4.

## CAPÍTULO 7

### CONCLUSIONES

A. La atención a la salud bucodental, entendiendo como tal el conjunto de actividades asistenciales, diag-

nósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, sigue sin evolucionar en España. A día de hoy, es la única área que todavía no tiene una cobertura plena por parte del Sistema Nacional de Salud. La atención odontológica a la población adulta continúa siendo solo paliativa. La reposición de dientes perdidos por causa de enfermedad no está amparada, ni siquiera subvencionada parcialmente, en nuestro sistema sanitario. Sin embargo, es necesario reconocer algunos avances en la atención a la población infantil, la atención a embarazadas y a personas discapacitadas.

B. En cuanto a la población infantil, el desarrollo de estos servicios, 30 años después de la puesta en marcha de los primeros programas de promoción de la salud oral y casi 20 años después de que la odontología restauradora fuera reconocida como una prestación para esta población en el Sistema Nacional de Salud, presenta todavía deficiencias, un desarrollo desigual –muy escaso en algunas comunidades autónomas– y una falta de reconocimiento por parte de las administraciones sanitarias en varias regiones de España.

C. En casi todas, la dirección y gestión de la odontología para adultos está separada de la odontología para niños y adolescentes y, ambas, no están gestionadas por odontólogos/estomatólogos. La mayoría de las comunidades autónomas no tiene directrices específicas para la atención a esta área sanitaria. A nivel legislativo se reconoce la singularidad de los servicios de salud bucodental pero ésta no ha sido trasladada a la práctica con la creación de unidades específicas de planificación y gestión, dirigidas por un odontólogo o estomatólogo.

D. Entre las deficiencias de los servicios para la población infantil se pueden señalar:

1. Las prestaciones en salud bucodental para población infantil a que da derecho el RD 1030/2006, no se aplican en la totalidad de las comunidades autónomas. Por tanto, no se garantiza a todos los usuarios tal y como establece el Real Decreto en su artículo 11.

2. Existe una evidente desigualdad entre comunidades dando lugar a situaciones de franca inequidad entre la población infantil; niños y adolescentes que viven próximos geográficamente no tienen acceso a la misma atención por razón de vivir en comunidades autónomas diferentes.

3. Solo 7 de las 19 comunidades y ciudades autónomas tienen en el organigrama de su administración sanitaria una Unidad de Planificación y Gestión de los programas y la atención de salud bucodental, con un profesional odontólogo/estomatólogo como responsable.

4. En las comunidades restantes existe dispersión tanto en la ubicación como en la titularidad de los responsables de estos servicios, que no son odontólogos/estomatólogos y, por consiguiente, con un conocimien-

to muy limitado de la odontología como campo asistencial específico.

E. Los recursos humanos asignados a la atención de la salud bucodental han aumentado desde el anterior informe (2005), si bien en los años más recientes se ha producido un ligero recorte en el sector público. Aun así, el balance neto es de aumento de RRHH. En la mayoría de comunidades con sistema de atención público se produce un aumento significativo.

F. En las comunidades PADI se ha producido un espectacular incremento de los profesionales privados que han optado por la concertación con el servicio autonómico de salud.

G. Pocas comunidades evalúan sus programas de atención. Muchas no disponen siquiera de una memoria de actividades realizadas sobre la población atendida, que pueda ser consultada; o bien, en algunos casos, esta memoria es parcial y analiza solo indicadores básicos.

H. La monitorización epidemiológica requiere una revisión de la metodología utilizada en aras a la unificación de criterios. La monitorización epidemiológica es básica en la evaluación de programas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gift HC, Anderson RM, Chen M. The principles of organization and models of delivery of oral health care. En: Pine CM, ed. Community oral health. Oxford: Wright 1997;252-266.
2. Manji F, Fejerskov O. An epidemiological approach to dental caries. En: Thylstrup A, Fejerskov O, ed. Textbook of Clinical Cariology. 2nd Ed. Copenhagen: Munksgaard; 1996. p. 159-177.
3. Cortés Martinicorena FJ. Servicios dentales para jóvenes. El inicio de una andadura. Gac. Sanit. 2010;24(3):251-252.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. REAL DECERTO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento de actualización. Madrid: B.O.E. Num. 222, pp. 32650-32679, de 16 de septiembre de 2006.
5. Cortés Martinicorena FJ, Cerviño Ferradanes S, Casals Peiró E. Los Servicios de Salud Bucodental en España. Legislación y cartera de servicios en las CC.AA. 2005. Madrid: SESPO; 2005.
6. Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C. Prioridades en salud pública y servicios sanitarios. Una agenda para la política de salud en España. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, ed. Informe SESPAS 2002 5ª ed. Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Valencia: Sociedad Española e Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS); 2002. P. 3-18.
7. Gaceta Médica. Consultado en: URL <http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/2012-04-03/politica/el-gobierno-recorta-un-68-en-politicas-sanitarias-y-mas-de-un-25-en-ciencia/pagina.aspx?idart=615364/>
8. Resolución del Parlamento Europeo, de 8 de marzo de 2011, sobre la reducción de las desigualdades en salud en la UE (2010/2089(INI)) (2012/C 199 E/04)
9. Llodra Calvo JC. Encuesta de Salud Oral en España 2010. RCOE 2012;17(1):13-41.
10. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO). Banco de datos. Consultado en URL <http://www.sespo.es/banco-datos/>
11. World Health Organization. Oral Health Surveys. Basic Methods. Third Edition. Geneva: WHO; 1987.
12. World Health Organization. Oral Health Surveys. Basic Methods. 4th. Geneva: WHO; 1997.
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011 – 2012. Consultado en: URL <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuesta-Nacional/encuesta2011.htm>
14. 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.
15. Departamento de Sanidad y Consumo. Estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil de la Comunidad Autónoma Vasca (1988). Documentos Técnicos de Salud Pública Dental nº 2. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco, 1990.
16. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Decreto 118/1990, de 24 de abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOPV, núm. 89, págs. 4117-4120, de 7 de Mayo de 1990.
17. Simón F. Evaluación de los seis primeros años de desarrollo del Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) de la Comunidad Autónoma del País Vasco (1990-1995). Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina. Madrid, 1996.
18. Servicio Dental Comunitario de Osakidetza. PADI-2013. Informe anual del desarrollo del Decreto 118/90, sobre asistencia dental a la población infantil de la C.A.P.V. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud del Gobierno Vasco; 2013. Consultado en: URL [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85pkpubl02/es/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publi/adjuntos/memorias/padi2013.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85pkpubl02/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/memorias/padi2013.pdf)



**CONSEJO DENTISTAS**  
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE DENTISTAS DE ESPAÑA

# ¡Descárgate las apps del Consejo General!

Disponibles de forma gratuita en App Store o en Google play



## MI DENTISTA

UNA FORMA SENCILLA DE LOCALIZAR CLÍNICAS DENTALES Y DENTISTAS

La nueva aplicación permite a los pacientes localizar las clínicas dentales que se encuentren a su alrededor o realizar búsquedas de dentistas o de centros determinados.

ADemás, PODRÁS PARTICIPAR EN UNA **ENCUESTA** QUE PERMITIRÁ CONOCER EL ESTADO DE LA SALUD BUCODENTAL DE NUESTRO PAÍS



## DENTISTAS PRO

TODA LA INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL Y DEL SECTOR A TU ALCANCE

Disfruta de todos sus servicios exclusivos para profesionales: Agenda, Newsletter, Alertas y del Servicio de Interconsultas.

MÁS DE **3.000 USUARIOS** YA SE HAN DESCARGADO LA PRIMERA APP DE USO PROFESIONAL DEL CONSEJO GENERAL

twitter  
@CNSJ\_Dentistas

YouTube  
www.youtube.com/consejodentistas

facebook

Consejo General de Colegios de Dentistas de España