



**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

**Facultad de Odontología**

TESIS DOCTORAL

DAVID RIBAS PÉREZ

**PROGRAMAS DE ODONTOLOGIA COMUNITARIA EN ESPAÑA.  
EL PROGRAMA ANDALUZ Y SU PERCEPCIÓN POR LOS  
PROFESIONALES.**

**Directores:**

**Antonio Castaño Séiquer.** Profesor Titular de Odontología Preventiva, Legal y Ergonomía. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla.

**Javier Gil Flores.** Profesor Titular de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Sevilla.

**Sevilla, 2008.**



**Facultad de Odontología.**

**D. ANTONIO CASTAÑO SÉIQUER. PROFESOR TITULAR DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA, LEGAL Y ERGONOMÍA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA,**

**CERTIFICA:** Que el trabajo presentado por DAVID RIBAS PÉREZ titulado “PROGRAMAS DE ODONTOLOGIA COMUNITARIA EN ESPAÑA. EL PROGRAMA ANDALUZ Y SU PERCEPCIÓN POR LOS PROFESIONALES.” ha sido realizado bajo mi dirección y reúne los requisitos necesarios para su lectura y defensa para obtener el grado de Doctor.

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente documento a 12 de septiembre de 2008.



**Facultad de Ciencias de la Educación.**

**D. JAVIER GIL FLORES. PROFESOR TITULAR DE MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN EDUCACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA,**

**CERTIFICA:** Que el trabajo presentado por DAVID RIBAS PÉREZ titulado “PROGRAMAS DE ODONTOLOGIA COMUNITARIA EN ESPAÑA. EL PROGRAMA ANDALUZ Y SU PERCEPCIÓN POR LOS PROFESIONALES.” ha sido realizado bajo mi dirección y reúne los requisitos necesarios para su lectura y defensa para obtener el grado de Doctor.

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente documento a 12 de septiembre de 2008.

*A mis padres*

## **AGRADECIMIENTOS.**

Son muchas las personas e instituciones que han posibilitado la realización de este trabajo. A todas les estoy profundamente agradecido, pero especialmente:

Al **Profesor Dr. D. Antonio Castaño Séiquer**, PADRE de la idea y guía constante en mi formación académica por su inestimable ayuda en la estructuración, descripción y presentación en forma de trabajo científico de la presente investigación. Sin su dirección, paciencia y constante estímulo no hubiera sido posible.

Al **Profesor Dr. D. Javier Gil Flores**, co-director del proyecto y asesor en una tarea eminentemente técnica sin cuya ayuda la dinámica del trabajo hubiera sido bien distinta. Su prestigio profesional y calidad humana han facilitado enormemente el discurrir del trabajo.

Al **Profesor Dr. D. Aníbal González Serrano** pionero en Andalucía de la Odontología para la Comunidad. Sin las bases por él ideadas, la salud bucal andaluza habría tomado un camino bien distinto.

A **D. Miguel Pellón Ortega**, Director del Programa de Salud Bucodental Infantil del Gobierno Cántabro, por su apoyo bibliográfico en las labores iniciales del trabajo.

Al **Dr. Emilio Lledó Villar** Coordinador Provincial de la Prestación Asistencial Dental en Sevilla, por permitirme el acceso a los dentistas participantes en el proyecto.

A **Cristina Santos** por su magnífica labor en la coordinación y manejo de los compañeros en los grupos de discusión. Su buen hacer permitió poner orden en el “gallinero odontológico.”

Muchos **compañeros de profesión** han colaborado con su participación activa en el desarrollo del trabajo. Sería imposible nombrarlos a todos. Gracias a todos ellos.

A todos, muchas gracias.

**PROGRAMAS DE ODONTOLOGIA COMUNITARIA EN ESPAÑA.  
EL PROGRAMA ANDALUZ Y SU PERCEPCIÓN POR LOS  
PROFESIONALES.**

**ÍNDICE:**

**MARCO TEÓRICO**

1.	La salud pública oral.	.....12
2.	Evolución de la salud pública oral en la última década en España.	.... 19
	2.1. Evolución de la salud Pública en España.	.... 19
	2.2. El INSALUD.	.... 23
	2.3. Evolución de la salud pública oral en España.	.... 25
3.	Estado actual de la salud pública oral en España.	.... 39
	3.1. El punto de partida: situación actual de la salud oral en España	.... 39
	3.1.1. Caries	.... 41
	3.1.1.1. Estudios epidemiológicos de salud bucodental en España (análisis de la caries.)	.... 46
	3.1.1.2. Estudios epidemiológicos de salud bucodental por comunidades autónomas (análisis de la caries.)	.... 57
	3.1.2. Enfermedades periodontales.	.... 89

3.2. Objetivos de la OMS para la salud oral en el año 2020.	.... 97
3.2.1. Grado de cumplimiento de los objetivos de la OMS para el año 2000.	.... 97
3.2.2. Áreas prioritarias dictadas por la OMS para la obtención de objetivos para el año 2020.	.... 99
3.2.3. Propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO.)	....100
3.3. Programas de salud bucodental.	... 102
3.4. Programas de atención dental infantil. El caso del PADI Vasco.	... 106
3.5. Análisis de los programas de salud pública oral por comunidades autónomas.	... 115
3.5.1. Comunidad Autónoma de Andalucía.	... 115
3.5.2. Comunidad Autónoma de Aragón.	... 119
3.5.3. Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.	... 123
3.5.4. Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.	... 126
3.5.5. Comunidad Autónoma de las Islas Canarias.	... 129
3.5.6. Comunidad Autónoma de Cantabria.	... 134
3.5.7. Comunidad Autónoma de Castilla- La Mancha.	... 138
3.5.8. Comunidad Autónoma de Castilla y León.	... 142
3.5.9. Comunidad Autónoma de Cataluña.	... 145
3.5.10. Ciudades Autónomas (Ceuta y Melilla.)	... 150
3.5.11. Comunidad Autónoma de Extremadura.	... 151



3.5.12. Comunidad Autónoma de Galicia.	... 155
3.5.13. Comunidad Autónoma de Madrid.	... 158
3.5.14. Comunidad Autónoma de la región de Murcia.	... 161
3.5.15. Comunidad Foral de Navarra.	... 163
3.5.16. Comunidad Autónoma del País Vasco.	... 166
3.5.17. Comunidad Autónoma de La Rioja.	... 168
3.5.18. Comunidad Valenciana.	... 170
4. El Plan de Atención Dental Infantil de Andalucía.	... 178

## **INVESTIGACIÓN**

5. Diseño de la investigación.	... 195
5.1. Justificación	...195
5.2. Problema y objetivos.	... 197
5.3. Enfoque metodológico.	... 201
5.4. Población estudiada y selección de sujetos.	... 202
5.5. Recogida de datos.	... 204
5.6. Procedimientos de análisis.	... 207
6. Resultados	... 208
6.1. Descripción de las opiniones sobre el PADA.	... 209
6.1.1. Información General de los profesionales sobre el Programa.	214
6.1.2. Trámites burocráticos de funcionamiento del PADA.	... 218
6.1.3. Asistencia Dental Básica.	... 227
6.1.4. Tratamientos especiales.	... 234

6.1.5. Sector público versus Dentistas concertados (sector privado)	240
6.1.6. Información recibida por los pacientes.	... 247
6.1.7. Aspectos económicos del programa.	... 253
6.1.8. Beneficios para la consulta privada.	... 259
6.1.9. Evaluación del Programa de Atención Dental Infantil de Andalucía.	... 266
6.2. Estudio diferencial de las opiniones sobre el PADA.	... 274
6.2.1. Diferencias en función de los años de ejercicio profesional.	274
6.2.2. Diferencias en función del ámbito de desarrollo del ejercicio profesional (rural, urbano o ambos.)	... 278
6.2.3. Diferencias en función del sector en que trabajan los profesionales encuestados (público o privado.)	... 281
6.2.4. Diferencias en función de la titulación profesional (médico estomatólogo u odontólogo.)	... 285
6.3. Tipología de profesionales según su posicionamiento ante el Programa de Asistencia Dental Infantil de Andalucía.	... 287
7. Discusión	...294
8. Conclusiones	...318
9. Bibliografía	...320
10. Anexos	...340

## **MARCO TEÓRICO**

## 1. LA SALUD PÚBLICA ORAL.

La **SALUD**, según la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace del término, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La cita fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional en Nueva York los días 19-22 de junio de 1946 y fue firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados entrando en vigor el 7 de abril de 1948. Esta definición no ha sido enmendada en esencia por la OMS desde entonces. (1)

La salud es un bien que las sociedades modernas tienden a desear y proteger dado que los ciudadanos entienden que tener salud o cuidar y tratar a los enfermos es un derecho fundamental y del mismo modo es un indicador de desarrollo.

Referido al campo de trabajo que nos ocupa se suele hablar de **salud oral o salud bucodental**, pero no debe ser considerada como un ente independiente de la salud global de la persona. Si la salud oral es parte integrante de la salud general de una persona, un individuo no puede ser considerado como completamente sano si existe en él presencia activa de enfermedad bucal. La salud oral y la salud general no deben ser interpretadas como entidades diferenciadas.

Además, la salud oral se corresponde con un componente crítico de la sanidad y debe ser incluida dentro del diseño de programas comunitarios y en la planificación de servicios sanitarios para la comunidad. (2) (3)

El término oral incluye la totalidad de la cavidad bucal. La boca incluye, no solo dientes, encías y tejidos de soporte, sino además el paladar blando y duro, las glándulas salivales, los músculos de la masticación, maxilar superior y mandíbula. De igual importancia son las ramas nerviosas, inmunitarias y vasculares que monitorizan, protegen y nutren los tejidos orales además de conectar con el cerebro y el resto del cuerpo. Queremos indicar con ello que la salud oral es más que tener unos dientes sanos, afectando su estado dinámico de salud-enfermedad a todo el complejo craneofacial. De la definición de la OMS de salud podemos extrapolar al sentido de salud oral que debe existir un bienestar oral para hablar de individuos “oralmente sanos”. (4)

Sin embargo dado que no ocasiona mortalidad directa, la patología bucal ha sido tradicionalmente menospreciada como problema médico y de salud pública por los servicios sanitarios. Todo ello a pesar de que su elevada prevalencia, las molestias locales en forma de dolor que ocasiona, las repercusiones estéticas e incluso las graves complicaciones sistémicas que pueden derivar de su ausencia, justifican plenamente una particular atención por parte de los profesionales médicos así como de la administración sanitaria ante un problema médico que históricamente ha sido infravalorado.(5)

Además, tiene una gran importancia económica por cuanto consume recursos financieros en su prevención y tratamiento y resta aportaciones a causa del absentismo laboral y escolar, que por sí o por sus complicaciones ocasiona.

La patología bucal debe ser considerada como un auténtico problema de salud pública y requiere una sistemática preventivista y asistencial institucionalmente planificada, dado que afecta a grandes masas de población y hace un uso de medios especializados. (2) (3)

La **salud pública** se ha definido de forma clásica por Charles E. Winslow y sigue teniendo vigencia. Esta definición, publicada en 1920, afirma que la salud pública es “La ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”. “Organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad”. (6)

La aparición de una autoridad sanitaria que no es propiamente una autoridad médica y que posee el carácter de autoridad social capaz de emitir un reglamento, formular una ley y tomar decisiones relativas a un campo que rebasa el cuerpo del enfermo, constituye propiamente el momento en el que se inaugura la salud pública en su sentido moderno. A partir del surgimiento de la medicina de Estado, las acciones de salud involucrarán, formalmente, todos aquellos espacios restringidos para la medicina curativa. Los campos de intervención sanitaria ahora serán mucho más que los que son propios del enfermo: la

autoridad de salud pública tendrá responsabilidad sobre el aire, el agua, las construcciones, el trabajo, etcétera. (7)

En 1990, Milton Terris nos propuso una nueva definición de esta disciplina que establece: "La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud". (8)

Por lo tanto se propone como eje de la Salud Pública el centrarse en "los esfuerzos organizados de la comunidad dirigidos a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud".

Recientemente ha surgido un punto de vista más integral sobre el concepto de Salud Pública. Este sostiene que el adjetivo "pública" no significa un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, ni un tipo de problemas, sino un nivel específico de análisis, un nivel poblacional. A diferencia de la medicina clínica, que opera a un nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual, la esencia de la Salud Pública consiste en adoptar una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones.

Esta perspectiva poblacional inspira sus dos aplicaciones, como campo del conocimiento y como ámbito para la acción. (8)

Con la estrategia de atención primaria de salud (APS) promovida por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Protección a la Infancia, desde 1978, la Salud Pública incorpora como fundamentales los aportes de otros sectores para mejorar el nivel de salud de la población. La integración de actividades de promoción de salud, prevención de enfermedad, cura y rehabilitación que preconiza la Atención Primaria de Salud mejora la continuidad del proceso asistencial, reduce el uso inapropiado de recursos, mejora la gestión de parte importante del gasto directo (farmacia) e indirecto, facilita y conduce el acceso a la atención especializada y permite una mejor evaluación de las actividades de los programas de salud. (9)

Los esfuerzos por generar conocimientos y por actuar sobre la realidad se expresan en diversas áreas de aplicación, las cuales pueden ser poblaciones específicas (por ejemplo: niños, mujeres embarazadas, ancianos, migrantes), problemas particulares (por ejemplo: la salud mental o **la salud oral**) o programas concretos (por ejemplo: salud ambiental y ocupacional, salud internacional). En cada una de estas áreas de aplicación es posible investigar y actuar sobre las condiciones de salud o sobre las respuestas a ellas. A su vez, el conocimiento sobre tales objetos se basa en la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta. El impacto final de la Salud Pública no es sólo sobre los individuos en particular, sino sobre la sociedad como un todo. (10)



El éxito de la nueva Salud Pública requerirá de acciones en el plano de la organización. Al respecto, deberán atenderse las tres "D" de las organizaciones: capacidad de diseño, de desarrollo y de desempeño institucional. En el caso de la Salud Pública, la modernización debe entenderse como una apertura al menos en siete direcciones.

- La primera, es hacia la toma de decisiones: la investigación debe proporcionar información científicamente validada que sea pertinente a los problemas de los agentes que toman las decisiones en todos los niveles.

- La segunda apertura es hacia la Universidad: la investigación y la educación superior en Salud Pública debe promover la excelencia y para ello debe vincularse estrechamente a los espacios universitarios.

- En tercer lugar, la Salud Pública debe abrirse hacia los otros campos de la salud, para que su enfoque poblacional encuentre sustento en los procesos individuales. Este esfuerzo por integrar niveles de análisis debe ir acompañado de otro por vincular disciplinas.

- La cuarta apertura es hacia las ciencias sociales, biológicas y de la conducta.

- Finalmente, todo lo anterior debe ser supeditado a la actitud fundamental que da sentido a la Salud Pública: la preocupación permanente por captar las necesidades siempre mutantes de salud de la población, aprender de ellas y dar una adecuada respuesta. (11) (12) (13) (14)

En el último informe sobre Salud Oral en los Estados Unidos, el Secretario de Salud de dicho país cita una serie de conclusiones sobre la patología oral que deben ser tomados como punto de partida para una correcta actuación en Salud Pública. Estos hallazgos son los siguientes:

- Las enfermedades y desórdenes orales afectan a la salud y al bienestar durante toda la vida.
- Existen medidas preventivas seguras y efectivas para las enfermedades dentales frecuentes - caries dental y enfermedad periodontal - .
- Los hábitos de vida que afectan a la salud general como el tabaquismo, la ingesta excesiva de alcohol y los hábitos alimentarios incorrectos afectan a la salud oral y craneofacial.
- La patología oral está asociada con otras patologías generales (sistémicas).
- La investigación científica es la clave para una mayor reducción del global de enfermedades y desórdenes que afectan a cara, boca y dientes.

Tomando estas anotaciones como punto de partida para una actuación en odontología comunitaria, el mismo informe cita que todos los ciudadanos pueden beneficiarse de un Plan Nacional de Salud Oral para mejorar su calidad de vida sacando el máximo partido a las iniciativas existentes.

La población juega su papel en la mejora y en la promoción de la salud oral de forma que se ha de trabajar con la colectividad para una mejor comprensión pública de la importancia de la salud oral y de su papel en el conjunto de la salud general y del bienestar, asegurando que las medidas de prevención existentes y futuras así como el diagnóstico y las medidas terapéuticas de las enfermedades orales estén a la disposición de todos los ciudadanos. (15)(16)

## 2. EVOLUCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA ORAL EN LA ÚLTIMA DÉCADA EN ESPAÑA.

### 2.1. Evolución de la Salud Pública en España.

Nuestro sistema sanitario público es fruto del esfuerzo de muchas generaciones. Tras una primera etapa en el siglo XIX en la que surge la **Ley de Beneficencia** en el año 1822 en un intento de dar cobertura por parte del Estado a los más necesitados. La **Dirección General de Sanidad** aparece como tal en el año 1847. En 1908 se funda el **Instituto Nacional de Previsión** y la Sanidad Pública sigue evolucionando. En 1942 se crea el **Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)** que se configura en 1963 como el **Sistema Sanitario de la Seguridad Social**. Posteriormente, ya bajo el marco constitucional, en 1977, se estructura el **Ministerio de Sanidad**. Un año después, en 1978, se origina el organismo llamado **Instituto Nacional de Salud (INSALUD)** con competencias en el citado ministerio cuyas transferencias a las comunidades autónomas han culminado en el año 2002. (17)

Debido a que estas transferencias de competencias sanitarias se fueron haciendo de forma paulatina, cada comunidad autónoma ha ido creando programas de salud con una serie de características propias y completamente diferentes a los de otras comunidades autónomas (hecho claramente evidente en el caso de la salud bucodental) no cumpliendo el principio de equidad dictado por la **Ley General de Sanidad** del año 1986 como desarrollo del principio constitucional de igualdad y protección de salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio nacional. (18)

Es por ello por lo que en el año 2003 se dictó la **Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** que pretendía paliar estas diferencias dentro del territorio español. (19)

La **Constitución Española de 1978** en su **artículo 41**, afirma que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos sus ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes en caso de necesidad; en su **artículo 43**, reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Establece asimismo las competencias asumibles por las comunidades autónomas (CC.AA.) y las exclusivas del Estado. (20)

Las competencias exclusivas del Estado en el ámbito sanitario son las siguientes: sanidad exterior; bases y coordinación general de la sanidad; y legislación sobre productos farmacéuticos quedando por tanto el resto de competencias para la comunidad autónoma que haya recibido la transferencia según quedó reflejado en el **título VIII del texto constitucional de competencias en materia de sanidad**. (20)

La **Ley General de Sanidad (LGS) de 1986**, dio respuesta y desarrollo a las previsiones constitucionales, relacionando las actuaciones que corresponden al Estado sin menoscabo de las competencias de las CC.AA. Esta Ley recoge además los principios de equidad y concreta los instrumentos de colaboración creando como órgano de coordinación interautonómico el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)** que según definición

de la LGS es “el órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración Estatal, y coordinará, entre otros aspectos, las líneas básicas de la política de adquisiciones... así como de la política de personal.” Está presidido por el Ministerio de Sanidad y Consumo y en él están representados todos los Servicios Autonómicos de Salud. (18)

Del mismo modo el establecimiento de Planes de Salud conjuntos entre Estado y CCAA debe formularse en el seno del CISNS, si implican a todas ellas.

La citada ley general de Sanidad de 1986 integra el sistema asistencial de la Seguridad Social y los dispositivos de salud pública y crea el **Sistema Nacional de Salud (SNS)**. Sus características más relevantes son la universalidad del derecho a la asistencia sanitaria y su financiación pública. Además regula un sistema asistencial que está abierto a la incorporación de las tecnologías sanitarias contrastadas y a la prescripción de fármacos de última generación. (18)

La Constitución Española establece los referentes estatales y reconoce a las CC.AA. importantes competencias en materia de salud. (20)

De acuerdo con el principio de descentralización territorial, en el campo de la sanidad se fueron paulatinamente transfiriendo las funciones y servicios sanitarios a las CCAA de Cataluña, País Vasco, Navarra, Galicia, Andalucía, Comunidad Valenciana y Canarias en primera instancia y al resto en enero del año 2002. Este proceso quedó completado con un modelo estable de financiación a través de la aprobación de la **Ley 21/2001, de 27 de diciembre**,

regulando de forma normativa el nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. (21)

## 2.2. **EL INSALUD.**

El **Instituto Nacional de Salud o INSALUD** se creó como la institución pública de la Administración General del Estado, responsable directa de la gestión de la red de servicios públicos de asistencia sanitaria. Se hallaba adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria.

De la Dirección General del INSALUD, dependen las Subdirecciones Generales de Coordinación Administrativa, General de Asistencia Sanitaria y General Económica y de Personal. Dentro de la Subdirección General de Asistencia Sanitaria, se encuentra la Subdirección General de Desarrollo, la de Atención Primaria y la de Atención Especializada.

La Atención Primaria constituye la puerta de entrada al sistema sanitario. Los ciudadanos tienen acceso directo a este primer nivel asistencial al que deben acudir, incluso, para solicitar atención especializada, salvo en casos de urgencia. Esta atención primaria, proporciona Medicina de Familia, pediatría, cuidados de enfermería, salud bucodental, urgencias, atención a la mujer, salud mental y tratamientos rehabilitadores básicos.

Mediante el **Real Decreto 840/2002 de 2 de agosto**, que modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del ministerio de Sanidad y Consumo se establece la **desaparición del INSALUD** y su adaptación en una entidad de menor dimensión, conservando la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, la naturaleza de entidad gestora de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD,

que pasa a denominarse **Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA.)**

(22)

Culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas, a este nuevo Instituto le corresponderá la gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, así como las prestaciones sanitarias en el ámbito de las ciudades de Ceuta y Melilla y realizar cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios, en el marco de lo dispuesto por la disposición transitoria tercera de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (22)

La nueva denominación de este organismo será por consiguiente **INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA (INGESA.)**



### **2.3. Evolución de la Salud Pública Oral en España.**

El espectacular crecimiento de la Salud Pública Oral experimentado en nuestro país en los últimos veinte años, nos ha hecho pasar de una atención odontológica comunitaria básicamente mutiladora (se hacían fundamentalmente extracciones dentarias) sin ningún tipo de planificación sanitaria a la paulatina instauración de programas de salud bucodental que, en mayor o menor grado, han logrado disminuir la prevalencia de enfermedades bucodentales con estrategias preventivistas y de acción comunitaria. (23) (24)

En España existe una descentralización de las responsabilidades políticas en el área sanitaria en todas las CC.AA. que, por consiguiente, no son dependientes del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) antiguo INSALUD. (25)

Desde el primer día de Enero del año 2002 en que se traspasaron de facto las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud a todas las Comunidades Autónomas que eran dependientes de este INSALUD no quedó ninguna comunidad regida por este ya extinto organismo desde esta fecha. Por consiguiente y siguiendo la ley General de Sanidad 14/86 de 25 de Abril, de creación del Sistema Nacional de Salud como conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados, se establece que los Centros Sanitarios de la Seguridad Social, quedan integrados en el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en los casos en que la misma haya asumido

competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social de acuerdo con su estatuto.

Es por ello por lo que cada una de estas CC.AA. ha desarrollado de forma independiente sus programas de acción comunitaria en materia de salud bucodental, originando de esta manera los múltiples programas de salud pública oral existentes, prácticamente uno por cada Comunidad Autónoma al menos en las Comunidades “de territorio no INSALUD”. Desde la escisión de muchas CC.AA. (aún en fecha relativamente reciente) de este organismo, nos queda por ver el camino a seguir en políticas de salud bucodental en muchas de ellas. Algunas han optado por un sistema de capitación “tipo PADI” a imagen y semejanza del programa que ha funcionado en el País Vasco y Navarra desde la década de los noventa. Otras han seguido un camino diferente. Todo ello se analizará en este texto con posterioridad.

Retomando el devenir en los últimos veinte años, clásicamente podemos decir que la prevención y la atención de los problemas relacionados con la salud bucodental han sido una de las áreas menos desarrolladas en el Sistema Sanitario Español. Los servicios ofertados han sido por lo general limitados, no correspondiéndose con las necesidades de tratamiento ni con las demandas de la población por una **falta de planificación previa**, paso necesario e ineludible para la puesta en marcha de todo programa de tipo preventivo-asistencial en cualquier problema de salud-enfermedad. (23)

La única cobertura odontológica que clásicamente era ofertada por la Sanidad pública en España hasta hace relativamente poco tiempo, era la prestada en las consultas de **odontología de cupo** donde se realizaban extracciones dentarias y consultas diagnósticas sin llevarse a cabo técnicas preventivas o conservadoras, correspondiéndose el siguiente nivel asistencial a los servicios de cirugía maxilofacial.

El crecimiento de los servicios públicos odontológicos no fue planificado adecuadamente en los últimos años en nuestro país y la respuesta que se dio a una demanda de atención odontológica creciente (ante el aumento desmesurado en la segunda mitad del siglo XX de la prevalencia de las dos enfermedades dentarias más comunes -caries y enfermedad periodontal-) fue insuficiente y muchas veces iatrogénica (exodoncia prematura del diente con dolor), no resolviendo los problemas sino retrasándolos e incluso ocasionando más patología al aumentar considerablemente el número de desdentados jóvenes en nuestra población.

En el año **1985**, una encuesta de prevalencia de enfermedades bucodentales en España (Oficina regional europea de la OMS Informe Möller-Marthaler-Ministerio de Sanidad y Consumo) concluía que en nuestro país existían unos altos índices de enfermedades orales. (26)

Con anterioridad Gimeno de Sande y cols. en el año 1969 realizaron un estudio epidemiológico que ha sido usado como referencia en nuestro país. A pesar de sus limitaciones metodológicas, la importancia de dicho estudio radica en que ha sido el punto de partida para el análisis evolutivo de la caries en España. (27)

Volviendo al año 1985, el estudio de Möller-Marthaler, coincidió con un momento de especial interés de las autoridades sanitarias en pos de proporcionar una solución al problema de la alta prevalencia de las enfermedades orales.

Los datos de esta **Encuesta Epidemiológica de Salud Bucodental** de carácter nacional del año 1985, ponían de manifiesto la precaria situación de la salud bucodental en España, planteando la necesidad de establecer unos servicios dentales públicos más equilibrados y completos para la prestación regular de asistencia preventiva, curativa y rehabilitadora. (26)

De este modo, a propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo, el INSALUD puso en marcha en 1986 un **Programa de salud bucodental** dirigido a la población infantil en aplicación de la Ley General de Sanidad 14/1986. Este programa incluía actividades específicas de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades bucodentales, en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. (28) (29)

En el mismo orden de cosas, en ese mismo año 1986 es dictada la **Ley 10/1986** de ordenación de las profesiones sanitarias de odontólogo, higienista dental y protésico dental. La ley se dirige a la creación y estructuración de las profesiones sanitarias de odontólogos, protésicos e higienistas dentales con la finalidad de hacer posible y efectiva la atención en materia de salud dental a toda la población. Aparece nuevamente regulada la titulación de odontólogo como carrera desligada de la de medicina y por primera vez en España se crea la figura del higienista dental con una alta carga curricular para el ejercicio comunitario dentro de las recomendaciones del informe Möller-Marthaller. (26) (30)

En aquellos años de incorporación de nuestro país a la Unión Europea y siguiendo la filosofía de la Conferencia de Alma-Ata de 1978, se estaba gestando la estructuración de la **Atención Primaria de Salud**, lo cual propiciaba la creación de Equipos de Salud Bucodental en los centros de salud y, por tanto, la posibilidad de iniciar actividades preventivas y de promoción de salud oral orientadas hacia la comunidad.

La **Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril**, establece el derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución, en su doble vertiente individual y colectiva. Esta ley que regula actualmente los servicios que presta el Sistema Nacional de Salud (SNS constituido por los servicios de salud de la Administración del Estado y los propios de cada Comunidad Autónoma) establece como punto prioritario la universalización del derecho a la asistencia sanitaria. (18)

Con posterioridad a este año 1986, el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, aprobó en el año 1990 una serie de recomendaciones de salud oral, entre las que incluían la realización de estudios epidemiológicos por parte de las Comunidades Autónomas, medidas de educación para la salud, aplicación de medidas preventivas etc... para la realización de sus programas de atención dental comunitaria. (31)

Desde el momento en que tuvo lugar la transferencia de competencias sanitarias a las primeras Comunidades Autónomas (las llamadas comunidades históricas), estas pusieron en marcha programas preventivos y asistenciales para reducir la

prevalencia de las principales enfermedades bucodentales, programas dirigidos casi exclusivamente a la población infantil en edad escolar. Acompañando a estos programas surgieron otro tipo de iniciativas: elaboración de legislación específica sobre el tema, realización de estudios epidemiológicos de caries y enfermedad periodontal, instalación de plantas de fluoración, desarrollo de análisis de costo-eficacia y coste-beneficio de distintas medidas preventivas, implantación de programas de atención bucodental etc...

En el año 1982 la Comunidad de Cataluña elaboró un programa de enjuagues fluorados en las escuelas, y posteriormente de forma independiente, también iniciaron varias CC.AA. otros programas. La progresiva transferencia de competencias en materia sanitaria de algunas CC.AA. también ha jugado un papel importante en el cambio acaecido en los servicios dentales de la última década. (31)

En el momento actual, la organización de servicios públicos dentales ha experimentado un enorme crecimiento existiendo un marcado interés por la Salud Pública Oral en nuestro país. La mayoría de las CC.AA., han realizado estudios epidemiológicos de prevalencia de enfermedades bucodentales (paso previo para la planificación de programas destinados a prevenir y tratar estas enfermedades) y han venido desarrollando a lo largo de la década de los noventa con mayor o menor éxito, programas de salud bucodental, como una oferta más de sus servicios e incluso han elaborado toda una serie de actividades asistenciales como parte integrante de los programas y no solamente preventivas.

El **Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero** sobre ordenación de prestaciones sanitarias, reconoció el derecho de los usuarios del Sistema Nacional de Salud a recibir ciertos servicios gratuitos, financiados con cargo a la Seguridad Social y fondos estatales adscritos a la sanidad. Se ha destacado la inclusión de prestaciones de odontología restauradora en este Real Decreto como un hito histórico en la corta historia de la salud pública oral en España. (33)

Las prestaciones sanitarias descritas en este Real Decreto en su Anexo I apartado 2.f) 5ºb) para salud bucodental y con aplicación en todas las Comunidades Autónomas del por aquel entonces territorio INSALUD eran:

- Información y educación en materia de higiene y salud bucodental.
  - Medidas preventivas y asistenciales en la población infantil:
    - Aplicación de flúor tópico, obturaciones y sellados de fisuras.
  - Tratamiento de procesos agudos odontológicos, incluida la exodoncia de piezas dentarias.
  - Exploración preventiva de la cavidad oral en mujeres embarazadas.
  - Ayudas económicas para prótesis dentarias (supeditadas a un “baremo”)
- (33)

Tras lo expuesto se observa la existencia de individuos que reciben una atención odontológica “de primera” porque se benefician de prestaciones preventivas y de mayor calidad al estar encuadrados sus odontólogos en equipos de Atención Primaria y otros “de segunda” dada la existencia de dos “redes” de asistencia odontológica ambulatoria en el sistema sanitario público de España (odontólogos de cupo y odontólogos de Atención Primaria) lo cual crea problemas de equidad en cuanto a la atención sanitaria recibida.

Del mismo modo como en aquellos años coexistían en nuestro sistema sanitario público servicios de salud dependientes directamente de la Administración del Estado y servicios dependientes de las Consejerías de Sanidad de las distintas CC.AA. se apreciaba que los servicios y prestaciones vigentes en las CC.AA., ya fueran con competencias transferidas o no, eran muy diversos, de tal manera que se daban grandes diferencias de un territorio a otro. De hecho la presentación de su Cartera de servicios o catálogo de servicios mínimos en cada Comunidad difería ampliamente.

Así, algunas CC.AA. presentaban legislación propia en la materia, mientras que otras no, estando en estas últimas las prestaciones reconocidas por el mencionado **Real Decreto 63/1995**, mientras que en otros lugares es incluso el propio Centro de Salud el que establece las prestaciones, no habiendo ningún tipo de equidad entre la atención recibida por los individuos cuya salud bucodental dependerá en mayor medida de la región en la que desarrolle su vida cotidiana. (33)

Es por ello por lo que en el año 2003 se dictó la **Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** que pretendía paliar estas diferencias dentro del territorio español. El objeto de esta Ley era el de establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantizara la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud. En su artículo 12.2



i) señala la atención bucodental como una de las actividades básicas garantizadas por la Atención Primaria. (19)

En el mismo orden de cosas surgió desde la administración política sanitaria la creación de un nuevo **Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre**, que con bases en el anterior Real Decreto 63/1995, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Con ello y en aras de la tan buscada y no lograda equidad se quiso establecer para la totalidad del territorio español los servicios mínimos comunes que debía de tener todo programa de salud en general y de salud bucodental en particular. (34) En su **ANEXO II de Prestaciones mínimas de la Atención Primaria, punto 9 de atención de salud bucodental** donde se expone 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 a la salud bucodental.
- La indicación de esta prestación se realiza por los odontólogos y especialistas en estomatología.

Las actividades descritas en este Real Decreto 1030/2006 son:

- Información, educación para la salud y, en su caso, adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental.
- Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiéndose por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental,

traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación témporo-mandibular.

- Incluye consejo bucodental, tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera, exodoncias, exodoncias quirúrgicas, cirugía menor de la cavidad oral, revisión oral para la detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.

- Exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas:

- Incluye instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental, acompañadas de adiestramiento en higiene bucodental, y aplicación de flúor tópico de acuerdo a las necesidades individuales de cada mujer embarazada.

- 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.

- Otras.

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

- Tratamiento reparador de la dentición temporal.

- Tratamientos ortodóncicos.

- Exodoncias de piezas sanas.

- Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.

- Implantes dentarios.

- Realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones contempladas como financiadas por el Sistema Nacional de Salud en esta norma.
- En el caso de personas con **discapacidad** que, a causa de su deficiencia, no son capaces de mantener, sin ayuda de tratamientos sedativos, el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, para facilitarles los anteriores servicios serán remitidas a aquellos ámbitos asistenciales donde se les pueda garantizar su correcta realización. (34)

Uno de los grandes problemas que desde siempre se han esgrimido para la no inclusión de la salud bucodental dentro de los servicios mínimos de atención sanitaria ha sido el económico. Un informe de la OMS estima que los tratamientos bucodentales suponen entre el 5 y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados. (35) Ante esta situación si cada Comunidad Autónoma ha realizado su propio Programa de Salud Bucodental, ha tenido que fijar la financiación de forma clara. En este sentido, muy recientemente y con un gran impacto mediático se ha querido regular desde el Ministerio de Sanidad mediante Real Decreto la concesión directa de subvenciones a las Comunidades Autónomas para la promoción de actividades para la salud bucodental infantil. El **Real Decreto** en cuestión ha sido el **111/2008 de 1 de febrero** y ha fijado la concesión de un importe del 50% del total de la estimación del gasto sanitario previsto para este primer año. (36)

Dado que no todas las Comunidades Autónomas tienen las mismas actividades programáticas en sus programas de atención dental infantil, el Decreto fija las

actividades que subvenciona y estas, incluyendo una revisión anual, observarán las siguientes medidas preventivas y asistenciales:

- Instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental, acompañadas de adiestramiento en higiene bucodental, a los niños y a sus padres o tutores.
- Aplicación de flúor tópico, de acuerdo con la política de fluoración de cada comunidad autónoma y de las necesidades individuales de cada niño.
- Revisión anual del estado de salud de la cavidad oral, incluyendo exploración radiográfica cuando el grado de patología dental del niño así lo precise, previo consentimiento formulado por escrito por los padres o tutores legales.
- Sellados de fisuras o fosas en las piezas permanentes.
- Obturaciones en piezas dentarias permanentes. Cuando se detecten caries se evaluará su estadio y velocidad de progresión y si la lesión se considera irreversible, se procederá a obturarla.
- Tratamientos pulpares (endodoncias) de las piezas dentarias permanentes con lesiones pulpares irreversibles que puedan ser reparadas. En caso de no poder ser reparadas se realizará su exodoncia.
- Exodoncias de piezas dentarias temporales.
- Tartrectomías cuando se detecten cálculos y/o pigmentaciones extrínsecas en dentición permanente, que sean incompatibles con la salud gingival.
- Tratamientos de incisivos y caninos permanentes en caso de enfermedad, malformaciones o traumatismos, sin perjuicio, en el caso de

traumatismos, de las responsabilidades de terceros en el pago del tratamiento.

- Seguimiento en los casos que se aconseje por el facultativo, para asegurar la correcta evolución clínica de la salud dental del menor. (36)

Por último decir que tanto los niveles de salud como los hábitos con relación a la salud bucodental están cambiando rápidamente en España. Están mejorando la salud dental y los hábitos de consumo tanto de productos de higiene oral, como los servicios dentales. (37)

Sin embargo se ha llegado a afirmar que la odontología continúa siendo una asignatura pendiente en el sistema sanitario público español ya que la oferta de prestaciones es notoriamente inferior a la que se brinda para otros aspectos de la salud de la población. (38)

Las actuaciones de la Administración Central en este sector en los últimos años, han evolucionado a impulsos y hasta el momento no han seguido las directrices de una estrategia propia y específica previamente establecida que pudiera ser sometida a evaluación específica del sistema. (5)

Algunas reformas posibilitaron un cambio que era necesario, como el cambio de currículo universitario en 1986 para una equiparación europea. El proyecto de **título de grado en odontología** en adaptación a los criterios de convergencia en el espacio europeo de educación superior se encuentra en sus últimas fases de proceso previos a su implantación y supondrán un cambio en este sentido. (39)

En el ámbito de los servicios públicos, la creación de equipos de salud bucodental, que fueron posibles gracias a la reforma de la Atención Primaria

también germinaron en un cambio necesario pero todavía no existe, en el ámbito estatal, una política en salud bucodental. Esta es un área con elementos suficientemente diferenciadores del resto de la actividad sanitaria, como para tener una entidad gerencial y planificadora específica y que así se refleje en el organigrama del Sistema Nacional de Salud (SNS) como sucede en otros países de nuestro entorno. (38)

### **3. ESTADO ACTUAL DE LA SALUD PÚBLICA ORAL EN ESPAÑA.**

#### **3.1. El punto de partida: situación actual de la salud oral en España.**

La epidemiología puede definirse como la ciencia que estudia la incidencia, distribución y control de las enfermedades en las poblaciones. El epidemiólogo investiga la enfermedad identificando su origen, los factores de riesgo y el modo de transmisión y se vale de encuestas o estudios epidemiológicos para realizar su investigación como una de sus principales armas. (3)

Los estudios epidemiológicos en general manifiestan tras su realización con cierta periodicidad, la tendencia evolutiva en los niveles de una determinada enfermedad en una comunidad. De este modo, podemos tener una cierta capacidad predictiva del comportamiento de ese proceso que analizamos para la realización de acciones de planificación sanitaria.

Si vislumbramos con ello su patrón evolutivo al analizar los factores de riesgo-protección, podremos predecir el comportamiento futuro de esa situación y así planificar en salud para una comunidad. (40)

Las encuestas nacionales sobre salud bucodental tienen por objetivo “recoger los datos sobre salud bucodental y necesidades de tratamiento, datos imprescindibles para la planificación y gestión de los programas de cuidados orales”. Su función básica es proporcionar una idea de conjunto sobre salud y necesidades de tratamiento de la población con el fin de vigilar la evolución de las tasas de morbilidad. Del mismo modo nos permiten conocer la medida en que los servicios odontológicos existentes responden a las necesidades de la población, la naturaleza y cuantía de los servicios de prevención y restauración

necesarios así como los recursos necesarios para implantar, mantener, aumentar o reducir los programas de salud bucodental, estimando las necesidades cuantitativas y el tipo de personal requerido.

En nuestro país los estudios epidemiológicos realizados sobre salud oral, se han centrado casi de manera exclusiva en las dos enfermedades de mayor trascendencia, la caries dental y la enfermedad periodontal. No obstante debemos reconocer que la salud oral no debe concluir tan solo en un enfoque centrado en los dientes y las encías. Un completo reconocimiento bucal al ser un conjunto de tejidos y funciones importantes para el desarrollo global de una persona así como para su bienestar a lo largo de toda la vida deben ser la base del nuevo enfoque a adoptar por las políticas en salud oral y ello debe tener cabida en el punto de partida básico en todo proceso de planificación sanitaria como es la realización de estudios epidemiológicos de salud-enfermedad bucodental. (40)



### 3.1.1. Caries.

El término caries procede del latín, significa podredumbre, descomposición... y se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes.

Puede ser definida como una enfermedad de evolución crónica y etiología multifactorial (gérmenes, dieta, factores constitucionales y tiempo de actuación), que afecta a los tejidos calcificados de los dientes por medio de los ácidos procedentes de las fermentaciones bacterianas de los hidratos de carbono, provocando una desintegración de la matriz dentaria inorgánica originando en última instancia la formación de una cavidad y la pérdida funcional de la pieza.

(3)

Para estudiar **la frecuencia de caries** en una comunidad, se utilizan generalmente dos parámetros:

- **Prevalencia de caries** (porcentaje de caries en la población)
- Y el **índice CAOD** (promedio de dientes permanentes por individuo cariados, obturados o ausentes) que valora en cierta medida la intensidad de afectación por caries en la población y su variante en dentición decidua **índice cod**. En el grupo etario de 6-14 años en que existe una dentición mixta, se emplea el **índice CAOD-cod** que nos permite conocer la intensidad real de afectación por caries en estos individuos. (41)

$$\text{Índice CAO} = \frac{\text{Dientes definitivos cariados + ausentes + obturados}}{\text{Total de individuos reconocidos}}$$

$$\text{Índice co} = \frac{\text{Dientes temporales cariados + obturados}}{\text{Total de individuos reconocidos}}$$

La importancia del índice CAOD radica en que, pese a sus limitaciones, mide la intensidad real de afectación de la población por caries, la cual influye en la extensión de la afectación por caries en el individuo y en la comunidad.

No sirve para conocer la necesidad de tratamiento, ni para valorar el tipo de tratamiento ya realizado, aunque el estudio individualizado de sus componentes sí puede ayudar a estos fines.

Con él se pueden analizar las **necesidades de tratamiento** mediante la proporción de dientes cariados del total de dientes CAO, el **índice de restauración** con la proporción de obturaciones respecto del total de dientes CAO y el grado de **asistencia dental tardía** con las ausencias por caries respecto del total CAO. Se suelen cuantificar en tantos por ciento. (41)

$$\text{Proporción de caries sin tratar} = \frac{\text{Dientes cariados}}{\text{Dientes C +A +O}}$$

$$\text{Índice de restauración (IR)} = \frac{\text{Dientes obturados}}{\text{Dientes C +A +O}}$$
$$\text{Asistencia Dental Tardía} = \frac{\text{Ausencias dentarias}}{\text{Dientes C +A +O}}$$

La OMS utiliza el índice CAOD a la edad de 12 años como indicador de salud bucodental de una población y establece en base a ello 4 niveles de caries en función a la puntuación obtenida por el CAOD: (40)

- Muy bajo (CAOD < 1,2)
- Bajo (CAOD 1,2-2,6)
- Moderado (CAOD 2,7-4,4)
- Alto (CAOD > 4,4)

Existe una gran controversia en cuanto a la utilización de estos índices. La utilización de los índices de caries conlleva problemas de índole metodológicos derivados de las diferencias existentes en epidemiología oral (observaciones que no son independientes). (42)

Otras limitaciones hacen referencia a la infravaloración del componente “cariado” del índice (lesiones subcavitadas no recogidas en el índice, manchas blancas, etc.) y al posible sesgo de los componentes “ausente” y “obturado” del índice (componentes que vienen predeterminados cuando se explora a las

poblaciones). El auge de materiales restauradores estéticos en el sector posterior es otro elemento de posible confusión al poder pasar desapercibidas pequeñas restauraciones.

Otro tipo de problemas es el relativo a la exactitud de los índices derivados de la reproducibilidad de los mismos (tanto intra como interobservador). La presencia de caries “ocultas” cada vez más frecuentes, debidas a la fluoración tópica, es otro factor de posible inexactitud. Todos estos aspectos están llevando a un cuestionamiento racional de la utilización de los índices así como a buscar soluciones complementarias o alternativas a los mismos (tales como la desagregación de los índices, la expresión de la distribución de caries en poblaciones, la utilización de índice de dientes sanos, la asignación de coeficiente en función del estado dentario, etc.).

Es obvio que esta aproximación tendrá importantes repercusiones en el campo no sólo de la investigación epidemiológica sino también en el de la Salud Pública.

Otra limitación que podemos exponer es que hay que confiar en la ética profesional para considerar que el componente O (Obturaciones) del índice lleva como consecuencia la obturación de un elemento dentario que previamente había estado cariado.

Por otro lado se trata de un índice centrado en la enfermedad. Con el moderno concepto de trabajar en salud y para la salud resultaría más beneficioso constatar

la realidad dental en dientes sanos, recuperables a sanos y cariados, si bien hay que decir que para una comparación con países de nuestro entorno hay que usar los mismos métodos de medición de la enfermedad tal y como es preconizado por la OMS y por eso usamos el índice CAOD. (42)

Para terminar también es importante reseñar que cuando la distribución de la caries es asimétrica, es decir, con localizaciones de alta prevalencia de caries en algún grupo poblacional unidos a una distribución moderada o baja en el resto de la población, circunstancia que sucede en España, el CAOD al ser un valor medio puede enmascarar esta realidad falseando la situación real. El SiC (Significant Index Caries) fue propuesto por Brathall en el año 2000, y se define como el CAOD medio del tercio con la mayor puntuación de caries, sería pues un dato complementario al CAOD muy interesante a la hora de analizar la caries en una población. (43) (44)

### 3.1.1.1. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE SALUD BUCODENTAL EN ESPAÑA (ANÁLISIS DE LA CARIES).

**Gimeno de Sande y cols.** realizaron en el año **1969** el primer estudio epidemiológico de prevalencia de enfermedades orales en nuestro país a nivel nacional, siendo publicado en 1971. A pesar de sus limitaciones metodológicas, la importancia de dicho estudio radica en que ha sido el punto de partida para el análisis evolutivo de la **caries** en España. (27)

Dicho estudio otorgaba unos niveles de caries muy bajos de **CAOD a los 12 años de 1.92**, asociados a una elevada necesidad de tratamiento, bajo índice restauracional y un consumo muy bajo de azúcar por la población española.

Con posterioridad **Möller y Marthaler en el año 1985**, y como fruto de un proyecto de cooperación entre la **Oficina Regional Europea** de la **OMS** y el **Ministerio de Sanidad y Consumo** español, analizaron el estado de salud bucodental en España con un estudio de campo realizado en 1983. (26) (29)

Estudiaron tres grupos de edad: 6-7 años, 12 años y 35-44 años, con los siguientes resultados:

- A los **6-7 años** el cod fue de 3,6.
  - 1.2 de cada 4 molares permanentes recién erupcionados ya estaban cariados, si bien el análisis por superficie afectada demostraba que la mayor afectación era en la superficie oclusal.
- A la edad de **12 año** el 90 % de los niños tenían caries, con un **CAOD de media de 4,2** (3,8 de componente C y 0,3 de O.)

- En el grupo de 35-44 años el CAOD fue de 11,6 (4,5 correspondía a caries sin tratamiento y 5,6 a dientes ausentes.)

La principal necesidad de tratamiento a los 6-7 años era la obturación de la superficie oclusal del primer molar permanente.

A los 12 años se requería una media de 2,7 restauraciones de más de una superficie en el 82 % de los niños.

A los 35-44 años, el panorama era similar, si bien, el 25% de los adultos poseían piezas que necesitaban ser extraídas con una media de piezas de 0,4.

En **1990, Sicilia y cols.** publicaron un estudio epidemiológico en escolares a lo largo de todo el territorio español con trabajo de campo realizado en 1987. (45)

Se estudiaron 3 grupos de edad: 7, 12 y 15-19 años.

- A los 7 años, el índice CAOD era de 1,5. El 73,3 % del índice está representado por la caries.
- Los niños de **12 años presentaban un CAOD de 3,5**. El 77,1 % del peso del índice CAOD recaía sobre el componente C (caries sin tratar.) El índice de restauración era del 15,6% a esta edad.
- Los jóvenes de 15-19 años tenían un CAOD de 6,6.

En **1995 Noguero, Llodra, Sicilia y Follana** publican una **Encuesta Nacional sobre salud bucodental** encargado por el Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Se examinaron las cohortes de 5-6 años, 12 años, 15 años, 35-44 años y 65-74 años, con un trabajo de campo realizado en el año 1993. Se vuelve a realizar en España un estudio epidemiológico siguiendo la metodología de la OMS con un estudio transversal

tipo pathfinder, lo cual nos sirve para ver la evolución de forma meridiana. (46)  
Siguiendo las recomendaciones de la OMS incluyen la edad de los 15 años como edad en la que se ha completado con garantías la erupción hasta el segundo molar permanente y la de ancianos de 65-74 años, cohorte etaria en pleno crecimiento en nuestro país.

Los resultados de la encuesta divididos por edades como anteriormente fueron los siguientes:

- A los 5-6 años había un porcentaje del 62% de individuos libres de caries (lo cual lógicamente nos indica un 38% de prevalencia de caries), con un índice de afectación cod de 1,02 con un claro predominio del factor **c** y una casi nula participación del factor **o**.
- En la segunda cohorte estudiada, **los 12 años**, el porcentaje de individuos libres de caries descendía hasta el 32% con un **CAOD de 2,32** y un índice de restauración ( $OD/CAOD \times 100$ ) del 38%.
- A los 15 años, solamente el 12% del colectivo permanecía sin caries, ascendiendo el CAOD a 3,82 y el I.R. al 43.5%.
- En las siguientes edades estudiadas el fenómeno de la caries era prácticamente universal, con un CAOD a los 35-44 años de 10,9 y un IR de 26,9% datos que en los pacientes ancianos (65-74 años) empeoran hasta un CAOD de 21,16 y un IR prácticamente nulo del 3,26% si bien hay que indicar que el componente de ausencia (A) en el CAOD corresponde al 85,7% del total al haber “disfrutado” estos individuos de una sanidad pública dental meramente extraccionista. (46)



En el **año 2000** el **Ilustre Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España**, realiza una encuesta epidemiológica dirigida por el **Prof. Juan Carlos Llodra Calvo** cuyos datos se publican en el año 2002. (47)

De esta encuesta, que incluye las mismas cohortes de edad que la anterior, se obtienen los siguientes datos:

- En el grupo de 5 y 6 años: cerca del 67% de los sujetos están libres de caries. Su índice cod es de 1.06 con un bajo IR del 16%.
  - A los **12 años** el porcentaje de niños libres de caries es del 57%. El **CAOD a esta edad es de 1.12** (IC-95% 0.9-1.34) con un IR del 53%.
  - A los 15 años el 31% de los adolescentes está libre de caries. Ascende el CAOD a esta edad hasta 2.20 (1.87-2.53) con un IR del 55%. Se debe reseñar que tanto para este grupo como para el anterior (el de 12 años) el IR es significativamente superior entre la clase social alta ( $p < 0.05$ ) y que cerca del 13-15% de los sujetos del grupo acumula el 50% del total de caries.
  - La prevalencia de caries para los adultos españoles es cercana al 100% tal y como ocurre en la encuesta del año 1994. El CAOD es de 8.40 a la cohorte de 35-44 años y de 18.10 entre los adultos mayores (65-74 años) con un IR del 49% para el primer grupo y un prácticamente nulo del 6.5% para el segundo.(47)
- (38) (5)

El último estudio realizado hasta la fecha data del año 2005 publicado por la revista RCOE en el año 2006. Bajo el título **Encuesta de Salud Oral en España 2005**, los profesores **Bravo y cols.** financiado por el Ilustre Consejo General de Colegios de Dentistas de España y con el aval científico de SESPO (Sociedad Española de Salud Pública Oral) vuelven a realizar un estudio epidemiológico

tipo pathfinder que nos permite ver la evolución del estado de salud bucodental en España al estudiar las mismas cohortes etarias. (48)

- La **prevalencia de caries** en el grupo de 5-6 años es del 36.3%, en el de 12 el 47.2% y en el de 15, el 60.7%. Para los adultos roza el 100%.
- En lo que respecta a los **índices**, en dentición temporal, los niños de 5-6 años presentan una afectación media de 1.23 con un claro predominio del componente cd(cariados) y una asistencia restauradora baja (IR 22.9%). El CAOD a esa edad es casi inexistente (0.04.)
- A la edad de **12 años el CAOD es de 1.33** (IC-95% 1.02-1.64) lo que sitúa en niveles bajos de caries en base a la clasificación OMS, con un IR del 52.9%.
- En la cohorte de 15 años, el CAOD asciende a 2.18 con un IR del 59.6%.
- El CAOD en la cohorte de 35-44 años es de 9.61 (nivel moderado según clasificación OMS) con un IR del 54.0%.
- Finalmente en el grupo de 65-74 años el CAOD se eleva a un 16.79 con un IR del 9.6% y un componente AD (Asistencia Dental tardía) que representa el 82% de la totalidad del CAOD.

<u>Estudio</u>	<u>Año de realización</u>	<u>CAOD a los 12 años</u>	<u>CAOD a los 35-44 años</u>
Gimeno de Sande	1969	1,92	---
Möller-Marthaler	1983	4,2	11,6
Sicilia	1987	3,5	---
Noguerol	1994	2,32	10,9
Llodra	2000	1,12	8,4
Bravo y cols.	2005	1,33	9,61

Fig 1. Evolución de la caries en los estudios epidemiológicos realizados en España.

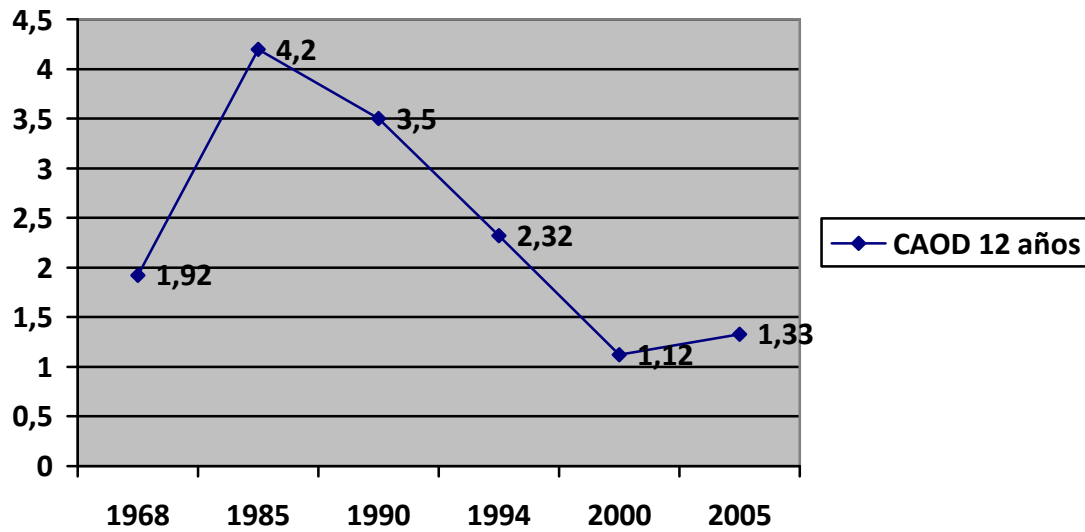


Fig 2. Evolución del CAOD a los 12 años en los estudios epidemiológicos realizados en España.

Los trabajos presentados presentan entre sí importantes diferencias metodológicas como los criterios de diseño y tamaño muestral o la preparación de los exploradores, lo cual limita su comparación. Sólo existe un grupo de edad común a todos ellos y es el de la edad de 12 años, por lo que las tendencias evolutivas del análisis de estos estudios se hacen a esta cohorte etaria. En cuatro de estos estudios también se ha trabajado con el grupo de 35-44 años (estudios de los años 1984, 1993, 2000 y 2005.)

Del análisis de los datos expuestos hasta ahora sobre caries dental a nivel nacional, se observa un claro incremento del índice CAOD a los 12 años de 1,9 en 1969 hasta 4,2 en 1983 y a continuación un manifiesto descenso hasta 3,5 en 1987, 2,32 en 1994 y 1,12 en 2000. El último estudio del año 2005 revela un

repunte del CAOD a los 12 años hasta el valor de 1,33. Con este último dato España se sitúa en niveles bajos para caries a esa edad según la OMS.

El SiC de Brathall usado como complementario al CAOD nos da un valor a los 12 años de 3.52 (IC 95% 3.26-3.76.) en la última encuesta del año 2005 lo cual nos indica que hay mucho trabajo por hacer en determinados grupos poblacionales hacia donde deberían ir encaminadas las acciones programáticas en salud oral a la edad de 12 años.

Y ello es porque la distribución de caries es asimétrica en la población escolar de nuestro país existiendo un bajo porcentaje de escolares considerados de muy alto riesgo que acumulan la mayoría de las lesiones. Por ejemplo para el grupo de 12 años, el 15,6% de los sujetos con mayor patología acumula el 55,4% del total de la caries, o el 23,7% del grupo acumula el 73,8%. Lo mismo ocurre a la edad de 15 años donde el 16,3% acumula el 52,5% de los dientes con historia de caries.

Hay una asociación entre el estado de salud oral con el nivel social y el tipo geográfico o el país de nacimiento según la encuesta del año 2005. Así las clases sociales más desfavorecidas y las que viven en zonas periurbanas-rurales presentan mayor prevalencia de caries activas (14,7% nivel alto, 34,7% nivel medio y 29,2% nivel bajo.) Esta influencia se mantiene en las cohortes de edad adultas. (48)

Es difícil por las diferencias metodológicas citadas anteriormente poder afirmar de manera rotunda que las tendencias comentadas son un fiel reflejo de la

realidad. Hoy día se acepta una sobreestimación del índice CAOD en el estudio de la OMS de Möller-Marthaler ya que como veremos a continuación, estudios de ámbito regional, mostraron cifras muy inferiores en las mismas fechas, así en Cataluña en 1984 se encontró un CAO de 2,98, en Navarra de 2,70 en 1987 y en el País Vasco de 2,27, frente al 4,2 nacional a esa edad de 12 años. De todas formas hay que tener en cuenta que la realidad socioeconómica de estas regiones españolas es mucho más elevada que prácticamente el resto de CCAA, por lo que aquellas comunidades con menor desarrollo podrían subir la media del índice hasta situarlo a ese nivel mencionado. (49)(50)

El desarrollo socioeconómico acontecido en España en los últimos años desde su entrada en la Unión Europea, puede haber sido una de las múltiples causas que han logrado un descenso notorio en los índices de caries en la población española hasta alcanzar índices similares a los países escandinavos, paradigmas de la aplicación de estrategias preventivas y de programas educativos desde hace 100 años. (51)

El índice de restauración (IR), resulta un útil indicador del sistema de atención odontológica de cada comunidad. En el análisis evolutivo de estos índices en los diversos estudios de nuestro país se aprecia que ha habido modificaciones interesantes. En el año 1969, representaba el 10% a los 12 años descendiendo 7.4% en 1984. La posible sobrevaloración del CAOD en esta última encuesta junto con las carencias metodológicas de la encuesta pionera de 1969, hay que analizarla detenidamente para valorar adecuadamente este descenso en el índice de restauración. En el año 1994 era del 37.93% volviendo a incrementarse hasta

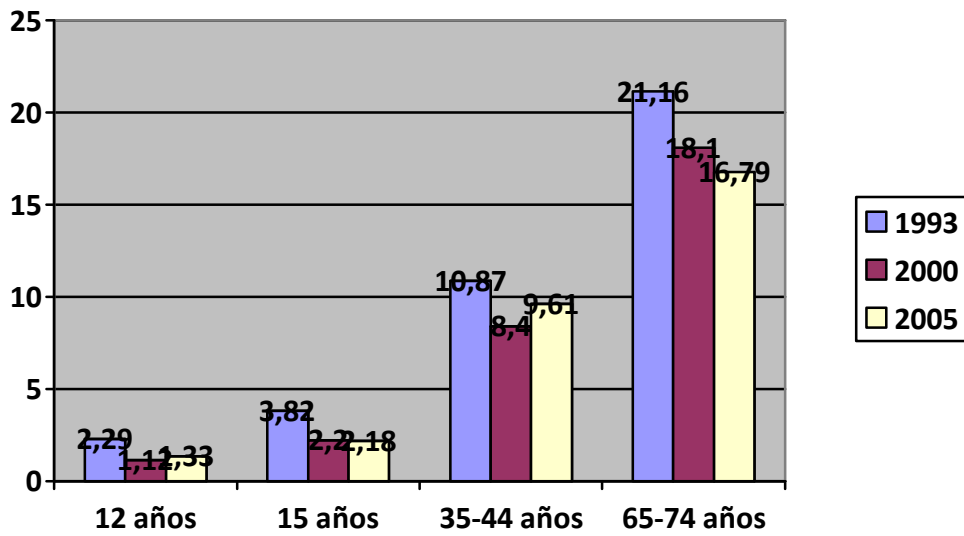
cerca del 53% en la encuesta del año 2000. (38) Además las necesidades de tratamiento en esta última encuesta de la entrada del milenio se corresponden sobre todo con restauraciones simples de una superficie. El IR a los 12 años en la encuesta del año 2005 se mantiene en unos valores similares con el 52,9%. Este índice se ve influenciado también por el nivel social, tipo geográfico o país de nacimiento. A los 15 años el índice de restauración fue aproximadamente del 60% en el 2005. Se observa un aumento del IR entre los años 1993-2000 lo que se traduce en un aumento considerable de la demanda de atención restauradora en todas las cohortes, a excepción de los ancianos. En el período 2000-2005 hay una estabilización de este índice. (47)(48)(50) (Tabla 1. Gráficos 3 y 4)

Tabla 1

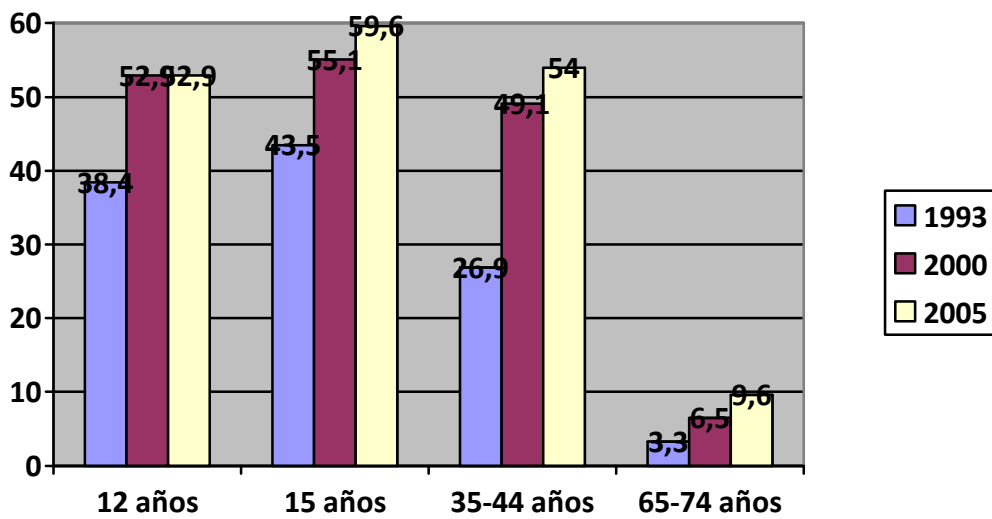
## Índice CAOD.

Comparación entre las encuestas nacionales 1993, 2000 y 2005.

		<u>CAOD</u>	<u>IR(%)</u>
<u>1993</u>	12 AÑOS	2,29	38,4%
	15 AÑOS	3,82	43,5%
	35-44 AÑOS	10,87	26,9%
	65-74 AÑOS	21,16	3,3%
<u>2000</u>	12 AÑOS	1,12	52,9%
	15 AÑOS	2,20	55,1%
	35-44 AÑOS	8,40	49,1%
	65-74 AÑOS	18,10	6,5%
<u>2005</u>	12 AÑOS	1,33	52,9%
	15 AÑOS	2,18	59,6%
	35-44 AÑOS	9,61	54,0%
	65-74 AÑOS	16,79	9,6%



**Gráfico 3. EVOLUCIÓN CAOD**



**Gráfico 4. EVOLUCIÓN IR(%)**



**3.1.1.2. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE SALUD BUCODENTAL POR  
COMUNIDADES AUTÓNOMAS:  
(ANÁLISIS DE LA CARIES)**

Se han realizado en nuestro país otros estudios epidemiológicos pero tan solo los que acabamos de detallar son de ámbito nacional. A raíz de la transferencia de competencias sanitarias a determinadas CC.AA. estas realizaron estudios epidemiológicos regionales para establecer sus programas de atención dental comunitaria. En la actualidad se continúan haciendo y algunas comunidades han realizado estudios en el último año como punto de partida de nuevos programas de salud bucodental que van a ponerse en marcha o se encuentran en sus etapas iniciales. En este sentido las transferencias en las competencias sanitarias de inicios del año 2002, han hecho que muchas Consejerías del ámbito de la salud hayan comenzado a trabajar en este campo. (25)

El primer estudio epidemiológico de salud bucodental de ámbito regional se realiza en el año **1979 en Cataluña** donde se obtienen unos resultados de CAOD de 2.7 a la edad de 12 años.

En **1984 en Cataluña** se realiza un estudio epidemiológico de prevalencia de caries encuadrado como punto de partida de su programa de atención dental comunitario, obteniéndose un índice CAOD de 1,92 a los 9 años; 2,98 a los 12 años y 5,02 a los 15 años.(52)

El programa catalán tiene como uno de sus objetivos una monitorización del mismo, con lo que repiten estos estudio con cierta periodicidad, así en el **año 1991** vuelven a realizar esta encuesta hallando un cod de 1.34 a los 6 años con un 54 % de niños libres de caries a esta edad y un Índice de Restauración (IR) del 32%. (53)

A la edad de 12 años los escolares catalanes presentaban en 1991 un CAOD de 1.66, un 38% de niños libres de caries y un IR del 35%.

Por último a los 14 años, el CAOD era de 2.46 siendo similar la ausencia de caries y el IR a los datos anteriores (34 y 35%).

**En 1997** se lleva a cabo un nuevo estudio epidemiológico de enfermedad bucodental en la comunidad catalana y se obtienen los siguientes resultados: un cod de 1,22 con CAOD de 0,35 a los 8 años; un CAOD de 0,9 a los 12 años con un IR del 44,6% y un porcentaje de dientes libres de caries del 53,4%; y un CAOD de 1,46 a los 14 años con un IR del 52,2% y el 48,3% de los adolescentes libres de caries.

Del análisis de los datos se puede observar cómo en la comunidad catalana se han logrado descender los índices de caries logrando, que a los 12 años, se pase de un CAOD de 2.98 en 1984 a un 0,9 tras trece años de implantación del programa. (54)

<u>Año de realización</u>	<u>CAOD a los 12 años</u>
1979	2,7
1984	2,98
1991	1,66
1997	0,9

Fig 5. Evolución de la caries en los estudios epidemiológicos realizados en Cataluña.

El primer estudio epidemiológico de Salud Dental en Escolares realizado en la **Comunidad Autónoma de Andalucía**, tuvo lugar **en 1985** y en él se obtuvieron los siguientes resultados: (55)

- La prevalencia de caries dental en dentición permanente era alta en los tres grupos de edad estudiados (35%, 49,1% y 55,1% a los 7, 12 y 14 años respectivamente.)
- El índice cod medio a los 7 años fue de 3,45 con un CAO de 0,66.
- El índice CAOD era a los 12 años de 2,70 y de 4,01 a los 14 años.
- El porcentaje de niños con CAO=0, disminuye de 66 a 18% entre los 7 y 14 años, mientras que el porcentaje con 10 ó mayor puntuación de CAOD, aumentó de 3 a 9% entre los 12 y 14 años.
- Las necesidades de tratamiento por caries más frecuentes, en los tres grupos de edad, eran obturaciones simples de una y dos superficies. Hay que destacar que alrededor del 30% de los niños estudiados no tenían satisfechas ni siquiera sus necesidades de extracciones dentarias.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía realizó una segunda encuesta epidemiológica **en el año 1995** estudiando nuevamente a niños de 7, 12 y 14 años. (56)

En ella vemos una evolución en la prevalencia de caries: a los 7 años desciende hasta el 20,4%, a los 12 años varía hasta un 73% de prevalencia de caries; siendo a los 14 años el porcentaje de niños libres de caries del 17,7%. Eso sí, se hace especial hincapié por parte de la Consejería de Sanidad que la distribución de la enfermedad oral se concentra en pequeños grupos poblacionales. Así a la edad

de 7 años, el 50% del total de caries, se concentra en el 5,6% de la totalidad de infantes, siendo estas diferencias menos marcadas para el resto de edades.

Los resultados del Índice CAOD en este estudio nos dan un CAOD de 0,39 a los 7 años, de 2,69 a los 12 años y de 3,95 a los 14 años.

Sí que han disminuido los porcentajes de necesidades de exodoncias que aparecían en la anterior encuesta aunque hay que hacer notar como dato característico que a la edad de 12 años, el índice CAOD prácticamente era el mismo (2,7 frente a 2,69) circunstancia que no ocurría en otras Comunidades Autónomas, a pesar de la implantación desde 1986 del Programa de Salud Bucodental en Andalucía.

En el **año 2001** y como punto de partida del Plan de Atención Infantil de Andalucía (PADIA), se realiza en la comunidad andaluza el **III Estudio epidemiológico de salud oral en escolares**. (57)

Se vuelven a estudiar las edades de 7, 12 y 14 años como en las dos encuestas precedentes.

- A la edad de 7 años, el 58,8 % de los escolares están libres de caries en dentición temporal y el 88,6% en dentición permanente. A esta edad la media del cod es de 1,37 (1,19-1,55), con un CAOD de 0,18. Los niños andaluces de 7 años presentan para la dentición permanente un IR del 28% y del 14% en dentición temporal.
- A los 12 años el 50,4% de los niños están libres de caries. El **CAOD** a esta edad desciende respecto de estudios anteriores hasta la cifra de **1,38**. El IR de estos niños alcanza el 43,5%.

- A los 14 años el 37,3% de los escolares están libres de caries, siendo el CAOD de 2,22 y el IR del 46%.(34)

El último y más reciente estudio realizado en Andalucía ha sido el **IV Estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares** realizado en el **año 2006**.  
(58)

- El CAOD a las edades de 7, 12 y 14 años ha sido de 0,34; 1,23 y 1,85 respectivamente. El valor de **1,23 a los 12 años** hace que Andalucía tenga un nivel bajo de caries según la OMS con un IR de 49,6% a esta misma cohorte etaria.

En el periodo 2001-2006 la prevalencia de escolares libres de caries tiende a una estabilización, pese a que los porcentajes aumentan, lo hacen de forma más discreta y sin diferencias estadísticamente significativas (del 50,4% al 57% en los años 2001 y 2006 respectivamente para el grupo de los 12 años y del 37,4% al 47,4% para el grupo de 14 años.)

Asimismo para el grupo de los 12 años el porcentaje de escolares con altos niveles de caries (CAOD mayor o igual que 5) se ha disminuido de un 6% en el año 2001 a un 4% en el año 2006 lo cual tendrá mayor importancia a la hora de concentrar esfuerzos hacia estos grupos de riesgo en los programas preventivos.

Esta situación andaluza es totalmente superponible a la situación de toda España para la cohorte de los 12 años.

El análisis del IR revela un aumento progresivo en el periodo 1995-2001. En ese último año el IR en nuestra comunidad seguía siendo un 10% inferior a las cifras nacionales del 2000. La estabilización de los IR en España en torno al 53% en el estudio del año 2005 y de Andalucía en torno al 50% en el último estudio del

año 2006 ha permitido la aproximación de estos índices, lo cual se traduce en una evolución ascendente y una estabilización en los últimos cinco años de la atención restauradora en nuestra comunidad autónoma y por tanto de la demanda por parte de la población. Es destacable el bajo índice de tratamiento en dentición temporal (no incluida en los programas de capitación infantil.) (58)

<b><u>Año de realización</u></b>	<b><u>CAOD a los 12 años</u></b>	<b><u>CAOD a los 14 años</u></b>
1985	2,7	4,01
1995	2,69	3,95
2001	1,38	2,22
2006	1,23	1,85

Fig. 6. Evolución de la caries en los estudios epidemiológicos realizados Andalucía.

Cortés y Abad, estudiaron en **1987** el estado de salud bucodental en la **Comunidad Foral de Navarra** en escolares de 9 y 14 años, obteniendo los siguientes resultados: (59)

- Un CAOD de 1,03 a los 9 años.
- A los 14 años el índice CAOD era de 3,73, correspondiendo 2,02 al factor C y un índice de restauración del 38,87%.
- En el análisis de las necesidades de tratamiento, observaron claramente cómo la mayor necesidad de tratamiento se centraba en obturaciones de una sola superficie para la dentición permanente.
- Por otro lado se vio que la mayor parte de las caries afectaban a los 1º y 2º molares permanentes. La mayoría de las caries eran de superficies oclusales.

Cortés y cols. volvieron a repetir el estudio de prevalencia de caries dental entre la **población infantil de Navarra en 1997** estudiando en esta ocasión las cohortes etarias de 6, 9, 12 y 14 años. (60)

- El cod a los 6 años era de 1,16 con un porcentaje del 96,7% de ausencia de caries.
- A los 9 años este porcentaje caía hasta el 81,1% con un cod de 1,29.
- A los 12 años el CAOD era de 0,9 con un porcentaje libre de caries del 57,8% y un IR del 81,1%.
- Por último a la edad de 14 años, el CAOD asciende a 1,35 con más de la mitad de los estudiantes libres de caries (50,8%.)

Nuevamente comprobamos que la implantación del programa de salud bucodental, en este caso un sistema de capitación de tipo incremental con participación de consultas privadas habilitadas así como del sector público,

logran disminuir los niveles de caries que para el año 1997 a la edad de 12 años ha pasado a ser de un CAOD de 0,9.

En el año **2002** se realiza un nuevo **estudio epidemiológico** con los siguientes resultados (61):

- A la edad de 5-6 años la prevalencia de caries era del 35,50% con un CAOD de 0,06 y un índice de restauración del 48,10%.
- A los 12 años la prevalencia de caries fue del 33,00%, un CAOD de 0,75 y un IR de 77,30%.
- A los 13-14 años la prevalencia de caries era del 50,70%, el CAOD era de 1,36 y el IR del 78,7%.

A diferencia de otras CC.AA. las autoridades sanitarias navarras avalan la calidad del Programa Dental Infantil debido al altísimo valor de los IR encontrados, con lo que el CAOD expuesto, valor considerado muy bajo por la OMS, viene sobrevalorado por el componente O de obturaciones realizadas, reflejando la casi inexistencia de caries en los escolares navarros.

<u>Año de realización</u>	<u>CAOD a los</u> <u>12 años</u>	<u>CAOD a los</u> <u>14 años</u>
1987	---	3,73
1997	0,9	1,35
2002	0,75	1.36

Fig. 7. Evolución de la caries en los estudios epidemiológicos realizados en la Comunidad Foral de Navarra.



En el análisis de salud bucodental de la población infantil realizado en la **Comunidad Valenciana, en 1987** se observó: (62)

- A los 6 años el índice cod fue de 1,80.
- A los 12 años, el índice CAOD fue de 2,53, llegando hasta 3,89 a los 14 años.

Con una curva típicamente ascendente, aumentando con la edad. El principal componente del CAOD, era el C (dientes cariados) en cualquier edad considerada.

Este estudio epidemiológico realizado por **la Generalitat Valenciana en 1991** en escolares de entre 4 y 15 años de municipios seleccionados nos ofrece como datos más destacables los siguientes:

El porcentaje de alumnos libres de caries varía entre el 16.07 de Játiva y el 57.78 de Castellón de la Plana, siendo el valor de CAOD máximo de 2,85 para el municipio de Játiva y mínimo de 0.75 para Castellón para la totalidad de los municipios estudiados. (63)

Se trata de un estudio más focalizado, no dividido en cohortes etarias y que no tomaba en cuenta poblaciones rurales, por lo que no es adecuado cotejar resultados, si bien estos tienen un valor orientativo.

En el **año 1998** nos encontramos con un nuevo estudio epidemiológico realizado en la **Comunidad Valenciana** estudiando en esta ocasión a niños de 6, 12 y 15-16 años. Dicho estudio nos muestra las siguientes cifras de índice CAOD: (64)

- A los 6 años el CAOD es lógicamente muy bajo de 0,06
- A los 12 años asciende a 1,08.
- Elevándose a 2,45 para la última cohorte estudiada.

En el **año 2004** se hace una nueva encuesta epidemiológica de la mano del Profesor Almerich y se obtienen los siguientes resultados: (65)

- La prevalencia de caries en dentición temporal a los 6 años es del 32% (cod=1.08) y en dentición permanente es de 42.5% a los 12 años (CAOD=1.07-IC 95% 0,92-1,22-) con un índice de restauración (IR) del 32,7% y una prevalencia de caries del 55.9% a los 15-16 años (CAOD=1.84).
- Al igual que ocurre en España, hay una estabilización de los índices de caries a la edad de los 12 años tras el marcado descenso que se produjo a finales de los años 90.

En este estudio se toma como consideración una nueva variable con un fuerte impacto en la Comunidad Valenciana como es el de la población inmigrante. La Comunidad Valenciana ha sufrido en los últimos seis años, notables cambios demográficos asociados a la inmigración. En el curso 2004-2005 había matriculados en la educación infantil, primaria y la secundaria obligatoria (ESO) en la Comunidad Valenciana 58839 alumnos extranjeros procedentes muchos de ellos de países con altos índices de caries y de sistemas de salud poco desarrollados. Los niveles de caries encontrados en los niños inmigrantes son significativamente mayores que los de los de origen español.

- Así a los 12 años el CAOD de los niños extranjeros es del 2,43(IC 95% 1,38-3,48) frente al 0,99 (IC 95% 0,84-1,13) de los niños españoles.

Por tanto el colectivo de niños inmigrantes presenta unos niveles de caries extremadamente altos, lo que les convierte en un grupo de riesgo con unas amplias necesidades de tratamiento que requiere de programas específicos de prevención. (65)

<b><u>Año de realización</u></b>	<b><u>CAOD a los 12 años</u></b>
1987	2,53
1998	1,08
2004	1,07

Fig. 8. Evolución de la caries en los estudios epidemiológicos realizados en la Comunidad Valenciana.

**En 1988**, se realizó un estudio de prevalencia de caries en la población infantil en la **Comunidad Autónoma del País Vasco** enmarcado como punto de partida del Programa de Atención Dental Infantil del País Vasco (PADI). (66)

Los resultados fueron los que siguen:

- El promedio de CAOD a los 7, **12** y 14 años fue de 0,28, **2,30** y 3,98 respectivamente.
- El promedio de cod a los 7 años fue de 2,59.
- El porcentaje del índice CAOD constituido por caries sin tratar era del 68% a los 7 años, 53% a los 12 y 54% a los 14 años.

**En 1998** se volvió a realizar el mismo estudio analizando las mismas cohortes etarias, con el objetivo de valorar la evolución del estado de la salud bucodental en la mencionada población vasca, a lo largo del periodo 1988-98. (67)

- A la edad de 7 años el cod era de 0,99, correspondiendo a un 72% los dientes temporales cariados sin tratar (c.)
- El **índice CAOD a los 12 años era de 1,1** y a los 14 años de 1,7. El componente C en estos niños corresponde al 23 y 24% respectivamente, aumentando el O hasta el 73 y 74% respectivamente, siendo por tanto las ausencias por caries poco relevantes.

Tras diez años de instauración del PADI vasco descendió el índice CAOD hasta 1,1 a la edad de 12 años partiendo de 2,30 diez años atrás y sobre todo hizo aumentar el índice de restauración de forma muy significativa. Habrá que estudiar otros parámetros para ver si la única causa de este descenso ha sido la implementación del programa dado que en otras comunidades incluso con menor

nivel socioeconómico también descendió de forma similar este mismo índice a pesar de la no implantación de programas. (68)

<u>Año de realización</u>	<u>CAOD a los 12 años</u>	<u>CAOD a los 14 años</u>
1988	2,30	3,98
1998	1,1	1,7

Fig. 9. Evolución de la caries en los estudios epidemiológicos realizados en el País Vasco.

En la **Comunidad Autónoma de Cantabria** se realizó un estudio epidemiológico en el curso académico 1985-1986 seleccionando 1500 escolares por muestreo aleatorio entre la población escolar urbana de Santander mostrando unos resultados de un CAOD de 2,78 a los 12 años y un 70,2% de prevalencia de caries entre los escolares. (69)

Con posterioridad en el **curso lectivo 1989-90** seleccionando escolares de forma aleatoria llegaron a unos resultados de CAOD de 2,22 a los 10 años (niños de 5º curso de EGB) con una prevalencia del 58% de caries en dentición permanente así como un bajo nivel de educación sanitaria y una higiene oral poco eficaz, lo cual justificó la implantación de su Programa de Salud Bucodental Infantil por parte del Gobierno Cántabro. (70)

En el **curso 1993-94**, se volvió a plantear el estudio lográndose los siguientes resultados: (71)

- CAOD de 1,27 a los 10 años y prevalencia de caries del 24% a esa misma edad estudiada.

En la encuesta de salud bucodental a escolares realizada en la **Comunidad Autónoma de Murcia en 1989**, se obtuvieron los siguientes resultados: (72)

- A los 6 años la media de cod fue de 1,34, con una prevalencia de caries en ambas denticiones del 45,4%.
- A los 12 años la prevalencia de caries en dentición permanente era del 66,7% con un CAOD de 2,31 y un IR de 19%.
- A los 14 años, la prevalencia de caries en dentición permanente era del 75,2 % con un CAOD de 3,38 y un IR del 20%.
- El Primer molar permanente se mostraba como la pieza más afectada fundamentalmente en su superficie oclusal.

Para valorar la eficacia de las acciones preventivas emprendidas en 1990 y para comparar los resultados con el estudio que acabamos de presentar, se realiza un nuevo **estudio epidemiológico de salud bucodental** en el **año 1997** volviendo a estudiar los mismos grupos de edad. (73)

- A los 6 años la prevalencia de caries descendió hasta el 10,8%. Y el IR era del 11%.
- El grupo de 12 años aumentaba la prevalencia de caries hasta el 64,8%, con un CAOD de 2,27. El IR de 24%
- A los 14 años el porcentaje de individuos libres de caries era del 25,8%, con un CAOD de 3,46.Su IR es del 22%.

<u>Año de realización</u>	<u>CAOD a los 12 años</u>
1989	2,31
1997	2,27

Fig. 10. Evolución de la caries en los estudios epidemiológicos realizados la Región de Murcia.



En un estudio sobre la salud bucodental de la población infantil en la **Comunidad de Madrid** realizado en 1991 se nos revelaron los siguientes datos:

(74)

- La prevalencia de caries fue elevada, con valores de 69,74% en la edad de 8-9 años y de 78,14% en el grupo de 12-13 años.
- Los índices CAOD y cod fueron respectivamente de 0,90 y 1,95 para los escolares de 8-9 años y 2,69 y 0,22 para el grupo de 12-13 años.
- Al referirnos a la edad de **12 años** encontramos un **CAOD de 2,50**.
- En lo que respecta a las necesidades de tratamiento detectadas, precisaban sellado de fisuras en el 66,33% de los niños de 8-9 años y un 63,85% en el grupo de 12-13 años.
- La necesidad de obturación afectaba al 61,85% del primer grupo y al 61,66% del segundo.

Desde este año no se han vuelto a realizar encuestas epidemiológicas de la totalidad de la región con los que cotejar los resultados. Sin embargo un estudio realizado en la localidad de Alcorcón en el **año 1993** nos muestra un cod de 0,99 a los 6 años con un porcentaje libre de caries del 71,6%. Este mismo estudio a los 12 años nos muestra un CAOD de 1,28 y un porcentaje de infantes libres de caries del 53,7% con un IR del 50%. (75)

En la localidad madrileña de Vicálvaro, **en 1999** se encontró un CAOD a los 12 y 13 años de 1,29 y 2,14 respectivamente. Los datos de cod para niños de 8 y 9 años fueron de 1,63 y 2,36 respectivamente.

Si bien estos estudios no son plenamente comparables al no tratarse de población global de la comunidad. (76)

Posteriormente **en 1991** fue la **Comunidad Autónoma de Canarias** la que realizó un estudio epidemiológico de prevalencia de enfermedades bucodentales, encontrando los siguientes resultados: (77)

- A los 7 años la prevalencia de caries en dentición temporal fue de 46,23% y de 14,55% en dentición permanente.
- Los índices cod y CAOD a esta edad fueron respectivamente de 1,46 y 0,25.
- A los 12 años la prevalencia de caries fue de un 9,22% en dentición temporal y un 58,88% en dentición permanente.
- Los índices cod y CAOD fueron 0,16 y 1,87 respectivamente a estos 12 años.
- Un aspecto a considerar según nos señala el estudio, es que la mayor parte del índice corresponde a caries sin tratar, destacándole elevado número de escolares con necesidades de extracción o de tratamiento pulpar.

Con objeto de conocer la situación de **salud dental en 1998**, así como de una valoración evolutiva con respecto a 1991 y de una monitorización del **Plan de Salud Bucodental de Canarias**, se volvió a repetir el estudio, explorando las cohortes etarias de 7, 12 y 14 años en esta ocasión. (78)

- De los datos se desprende que el 61,64% de los escolares de 7 años estaban libres de caries en dentición temporal.
- La prevalencia de caries es del 45% a los 12 años y del 52,5% a los 14.
- En la dentición temporal, a la edad de 7 años la media de afectación dentaria es de 1,18 dientes.
- En cuanto a la dentición permanente, el CAOD es de 0,8, 1,21 y 1,63 a los 7, 12 y 14 años respectivamente.

En el año **2002** se realizó en la Comunidad autónoma de Canarias un **estudio epidemiológico** pero solo en la **población adulta**. (79)

Las cohortes que se estudiaron fueron las de 35-44 años con un CAOD de 12,21; un IR del 39% y un ínfimo porcentaje de tan solo un 2,29 % de personas libres de caries.

El grupo de ancianos estudiado (de mayores de 74 años) reveló un CAOD de 24,19 un casi 100% de prevalencia de caries y un IR del 6%.

Muy recientemente en el **año 2006** y publicado en 2008 se ha realizado el **III Estudio epidemiológico de la Salud Oral en Escolares de Canarias** de la mano de la Dra. Gladys Gómez Santos. Las edades estudiadas han sido las de 7, 12 y 14 años. (80)

La prevalencia de caries en dentición temporal es en Canarias del 41,61% a los 7 años y el cod es de 1,36. A los **12 años**, la prevalencia se eleva al 51,92% con un CAOD de **1,51**. A esta edad el IR es del 37,20% y las necesidades de obturaciones (CD/CAOD) es del 60%. A los 14 años la prevalencia de caries es del 56,56% con un CAOD de 2,13. La distribución por Islas es llamativa con valores muy bajos en Tenerife de CAOD a los 12 años (1,07) y más elevados de la media en Fuerteventura con 2,17 por lo que se marcan las zonas que requerirán actividades específicas de prevención.

<u>Año de realización</u>	<u>CAOD a los 12 años</u>
1991	1,87
1998	1,21
2006	1.51

Fig. 11. Evolución de la caries en los estudios epidemiológicos realizados en las Islas Canarias.

Según una encuesta de salud bucodental realizada en la **Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha** en 1992, se vieron los siguientes resultados: (81)

- A los 6 años la prevalencia de caries en dentición permanente es de 10,8% con un cod de 1,36 y un CAOD de 0,19, siendo el IR en dentición permanente del 5,6%.
- A los 12 y 14 años, la prevalencia de caries asciende a un 56 y 66% respectivamente con un **CAOD de 1,65 a los 12 años** y de 2,57 a los 14. El IR era de 25,5% a los 12 y de 24,9% a los 14.

El Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010 señala entre sus actividades la necesidad de realizar una nueva encuesta de salud bucodental. Se llevó a cabo en **el año 2004** y fueron los profesores **Llodra y Bravo** quienes realizaron dicha encuesta epidemiológica. (82)

Se estudiaron las cohortes de 7, 12 y 14 años y se obtuvieron los siguientes resultados:

Los índices cao (dentición temporal a los 7 años) y CAO (dentición permanente) en las cohortes estudiadas. La media de afectación en dentición temporal es de 1.65 a los 7 años. El índice CAO es de 0.19, **1.09** y 1.52 a los 7, **12** y 14 años respectivamente.

Asimismo, el 57% de los escolares de 7 años están libres de caries en dentición temporal, mientras que el porcentaje de escolares libres de caries en dentición permanente es del 89.4% a los 7 años, del 59.2% a los 12 años y del 49.5% a los 14 años, de donde podemos extrapolar el dato de la prevalencia de caries a estas edades: 40,8% a los 12 años y 50,5% a los 15 años.

El IR es del 49,5% a los 12 años y del 48,7% a los 14.

<u>Año de realización</u>	<u>CAOD a los 12 años</u>
1992	1,65
2004	1,09

Fig. 12. Evolución de la caries en los estudios epidemiológicos realizados en la comunidad de Castilla-La Mancha.

Con objetivo de determinar el estado de salud bucodental de la población escolar, **la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias**, realizó un estudio epidemiológico de enfermedades orales en el año 1992. (83)

- La prevalencia de caries en dentición temporal, fue de 45,8% a los 6 años, del 62,8% a los 9 y del 20,6% a los 12 años.
- En Dentición Permanente, esta prevalencia era del 12,9% los 6 años y del 71% a los 12.
- En cuanto al COD era de 2,10 a los 6 años y de 2,38 a los 9 años.
- En niños de **12 años el CAOD era de 3,30**.
- En dentición temporal el Índice de restauración era de 7,61% a los 6 años, de 12,6% a los 9 y de 11,36 a los 12.
- En dentición permanente, crecía desde el 8% a los 6 años hasta el 27,88% a los 9 y 12 años.

Por lo tanto en el año 1992 según los criterios de severidad de caries de la OMS, el índice de caries se situaba en un nivel **moderado** a los 12 años.

Al igual que en la comunidad madrileña no se han llevado a cabo nuevos estudios a nivel comunitario con los que cotejar resultados.

**En 1993** se realizó un estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares de **Castilla y León** obteniéndose (84):

- Una prevalencia de caries del 52,32% a los 7 años,
- Prevalencia del 74,14% a los 12 años
- y del 82,84% a los 14 años que fueron los tres grupos de edad estudiados.
- El cod era de 1,47 a los 7 años con un CAOD de 0,46.
- El CAOD de 2,32 a los 12 años.
- A los 14 años se encontró una cifra de 3,62 para el CAOD.

**En 1999** vuelve a repetirse el estudio y se estudian grupos de edad de 6, 12 y 14 años. (85)

- La prevalencia de caries disminuye hasta un 30% en los 6 años, 27,31 % a los 12 y 64% a los 14.
- El índice CAOD es de 1,05 a los 12 años y de 1,61 a los 14.
- A los 6 años este índice es casi imperceptible con un 0,06.

La comparativa de los datos que se puede vislumbrar de ambos estudios nos refleja un marcado descenso del índice CAOD a la edad de 12 años de 2,32 en el primer estudio a un 1,05 en el de 1998.

<u>Año de realización</u>	<u>CAOD a los 12 años</u>
1993	2,32
1999	1,05

Fig. 13. Evolución de la caries en los estudios epidemiológicos realizados en Castilla y León.

Los primeros datos disponibles sobre la prevalencia de enfermedades orales en **Galicia**, son de 1969 y pertenecen al estudio de prevalencia de caries dental realizado por Domínguez Carmona y cols. observando una prevalencia del 83,1% y una media de 3,09 piezas cariadas en la población escolar de Santiago de Compostela.(86)

**En 1984**, Smyth, realiza una valoración sobre la afección por caries en escolares de la comarca de Pontevedra observando una prevalencia de caries del 81,4% y una media de 3,5 piezas cariadas. (87)

Con posterioridad **en 1990** Smyth, Taracido y Gestal, investigan la salud oral de los escolares gallegos de Educación Xeral Basica (EXB) y observaron una prevalencia global de caries del 87,9% con una media de 4,56 piezas cariadas. (88)

Smyth y cols. realizan en **1995** un **estudio de la salud bucodental en escolares en Galicia** para conocer el estado de salud bucodental de los escolares gallegos de 6 y 12 años y valorar su aproximación a los objetivos de salud bucodental que la OMS marcaba para el año 2000. (88)

- Los resultados nos muestran una prevalencia de caries del 46,7% a los 6 años con un cod de 1,84.
- A los **12 años**, la prevalencia de caries aumentaba hasta un 64,2 % alcanzando un índice **CAOD de 1,60**.

De este modo se alcanzaron los objetivos propuestos por la OMS en lo que respecta a salud oral para la región europea de una prevalencia de caries a los 6 años inferior al 50% y un índice CAOD menor o igual a 3 a los 12 años.

La OMS recomienda la actualización de los datos epidemiológicos cada cinco años. Siguiendo dicha recomendación, en Galicia, tras el estudio de 1995 se



realizaron por parte de la **Direccio Xeral de Saude Publica** de la comunidad gallega dos estudios epidemiológicos en escolares de 6 y 12 años en los años **2000 y 2005**. (89)

Los resultados nos muestran una prevalencia de caries a los 6 años del 42,8% en el año 2000 y del 25,86% en el 2005.

A los 12 años la prevalencia de caries ha pasado del 61,1% en el año 2000 al 52,67% en el año 2005. **EL CAOD** a esta edad ha evolucionado del **1,52** en el año 2000 al **0,99** en el año 2005.

<u>Año de realización</u>	<u>CAOD a los 12 años</u>
1995	1,60
2000	1,52
2005	0,99

Fig. 14. Evolución de la caries en los estudios epidemiológicos realizados en Galicia.

La Consejería de Sanidad de la **Comunidad Autónoma de las Islas Baleares** durante el curso 1993-94, realizó en el archipiélago un estudio epidemiológico en primero, sexto y octavo de EGB, revelando según el estudio que “...un 58% de niños presentaban o habían presentado caries y un 43% de escolares con algún tipo de necesidad de tratamiento contra la caries”. (90)

Durante los cursos escolares 1996-97 y 1997-98 la Regiduría de Sanidad inició el Programa de Prevención de caries en los colegios baleares con lo que se realizó la exploración bucal a niños de 1º y 5º de EGB. El valor del índice CAOD en los niños de 10 años (5º de EGB) fue de 1,21 en el curso 96-97 y de 0,89 en el curso 97-98 con una prevalencia de caries del 35,7% en el curso 96-97 y del 28% en el 97-98. (91)

Como punto de partida para el Programa de atención bucodental dirigido a la población infantil (PADI balear), se realizó en el **año 2005** un estudio epidemiológico de salud bucodental cuyos resultados nos dieron un **CAOD a los 12 años de 0,89** y de 2,25 a los 14 años.

El índice de restauración fue del 72% a los 14 años y del 55,05% a los 12. (92)

Los datos para la **Comunidad Autónoma de Aragón** de partida se obtienen de una extrapolación del estudio de la OMS en 1985 para la totalidad del Estado español y nos muestran un índice CAOD de 5,2 a los 12 años y una prevalencia de caries del 96%. (26)

Según una información procedente de los reconocimientos escolares que se han realizado en Aragón **desde 1988 hasta 1994**, la prevalencia de caries en escolares de 6-7 años, ha bajado de un 50% a un 28,1%. (93) Sin embargo la validez de esta información podría estar comprometida por el hecho de no haber sido obtenida de una encuesta epidemiológica por observadores calibrados, sino proporcionada por los equipos de salud escolar (médicos) con finalidad preventiva y no informativa de la situación.

El primer estudio epidemiológico bucodental tipo pathfinder tuvo lugar en el **año 2004** como paso previo a la instauración del programa de salud bucodental infantil tipo PADI. Las cohortes estudiadas fueron las de 6, 12 y 15 años con los siguientes resultados (94):

A los 6 años el porcentaje de niños sin caries era del 76.5% con un CAOD de 0,02, un cod de 0,61 y un IR del 58.8%.

El **CAOD a los 12 años era de 0,65**, con una prevalencia de caries del 34,9 y un IR del 81.8%.

A los 15 años el CAOD era de 1,28, la prevalencia de caries ascendía al 45.2 y el IR al 85,8%.

En la **Comunidad Autónoma de Extremadura**, la Consejería de Salud realizó un estudio epidemiológico en **1991** donde se reflejaba que el 89% de los escolares de 12 años habían padecido caries. Se ha de señalar que se trata del único dato del que se disponía hasta hace poco tiempo aunque no es una encuesta que sigue la metodología marcada por la OMS, sí se toma como punto de partida del análisis de la situación. (95)

Uno de los objetivos prioritarios en los planes de salud de la Junta de Extremadura era la realización de una nueva encuesta con metodología OMS y no fue hasta el año **2001** y como paso previo a la implantación de su **Programa de Salud Bucodental** cuando se ejecutó. (96)

En esta encuesta, tipo pathfinder, se examinaron las cohortes de 5-6 años, 12 años, 15 años, 35-44 años y 65-74 años.

- En el grupo de 5-6 años, cerca del 36% presentaban caries en dentición temporal. A esta tierna edad, el cod tiene un valor medio de 1,30.
- A los **12 años** la prevalencia de caries era del 50%. El **CAOD es de 1,31 (IC 95% 1,11-1,51)** manifestando una vez más la tendencia descendente de los últimos estudios realizados. El IR en Extremadura a esta edad es del 36%. Es notorio señalar que cerca del 14% de los sujetos de esta edad concentra el 50% de la patología de caries.
- Los adolescentes de 15 años presentaban un 68% de prevalencia de caries. Su CAOD es de 2,52 con un IR del 48%.
- En edades adultas, la prevalencia de caries se acerca al 100% tal y como ocurre en la mayoría de las encuestas. La cohorte de 35-44 años presenta un CAOD de 9,93 con un IR del 34%. El CAOD se eleva hasta el valor de 16,97 y el IR desciende al 4% a la edad de 65-74 años.

En la comunidad extremeña se realizó un estudio del **estado bucodental de la población con discapacidad psíquica**. Las cohortes etarias estudiadas fueron la de 6-20 años, 21-45 años y la de 46-65 años. Lo más destacable del estudio fueron las altas necesidades de tratamiento tanto restaurador como de extracciones dentarias y que estos podían ser abordados mayoritariamente de forma ambulatoria. (97) (98)

En cuanto a la **Comunidad Autónoma de La Rioja** el primer dato epidemiológico que tenemos se remonta al estudio de Gimeno de Sande quien en el año 1969 obtuvo un índice CAOD global de 2.03 para la ciudad de Logroño.

(27)

En el año 1999 Bretón Rodríguez estudia las edades de 6 y 9 años obteniendo un CAOD de 0,91 a los 6 años y de 1,45 a los 9 con una prevalencia de caries del 32% a los 6 años y del 50,6 a los 9 años.

La escasa implantación de un programa definido de salud bucodental en esta región nos priva de tener algún otro dato. (28)

De las ciudades autónomas de **Ceuta y Melilla** no disponemos de datos de ningún tipo.

**ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS BUCODENTALES**  
**REALIZADOS EN ESPAÑA**

Año	TERRITORIO	INDICE CAOD A LA EDAD DE 12 AÑOS	ÍNDICE DE RESTARUACIÓN (IR) A LOS 12 AÑOS
1968-9	ESPAÑA	1,9	10%
1979	Cataluña	2,7	
1984	Cataluña	1,92	
1985	ESPAÑA	CAOD, 12 años 4,2	7,4%
1985	Andalucía	2,7	
1987	C. Valenciana	2,53	
1987	Navarra	CAOD, 14 años 3,73*	38,87%
1988	País Vasco	2,30	
1989	ESPAÑA	CAOD, 12 años 3,5	15,6%
1989	Murcia	2,31	19%
1991	Madrid	2,51	
1991	Canarias	1,87	
1991	Cataluña	1,66	35%
1992	Asturias	3,30	27,88%
1992	Castilla-La Mancha	1,65	25,5%
1993	Castilla-León	2,32	
1994	ESPAÑA	CAOD, 12 años 2,3	38%
1995	Andalucía	2,69	
1995	Galicia	1,60	44,70%
1997	Navarra	CAOD 12 años 0,9	81,1%
1997	Cataluña	0,9	44,6%
1997	Murcia	2,27	24%
1998	País Vasco	1,1	73%
1998	Canarias	1,21	
1999	Castilla y León	1,05	
2000	ESPAÑA	CAOD 12 años 1,12	53%

2000	Galicia	1,52	
2001	Andalucía	1,38	43,5%
2001	Extremadura	1,31	36%
2002	Navarra	0,75	77,30%
2004	Castilla La Mancha	1,09	49,5%
2004	Baleares	0,89	55,05%
2004	Aragón	0,65	81,8%
2004	Comunidad Valenciana	1,07	32,7%
2005	ESPAÑA	CAOD 12 años 1,33	52,9%
2006	Andalucía	1,23	49,6%
2006	Canarias	1.51	37,2%

**Tabla 2 Estudios epidemiológicos realizados en España. Datos de CAOD a los 12 años y de índice de restauración a esa edad.**

\* En la Comunidad Foral de Navarra la cohorte estudiada ha sido la de 14 años.



### 3.1.2. Enfermedades periodontales.

Actualmente se incluye en el concepto de “enfermedades periodontales” a una serie de cuadros clínicos caracterizados por la afectación de los tejidos que agrupados bajo el nombre de periodonto constituyen las estructuras que protegen y soportan las piezas dentarias: encía, cemento radicular, hueso alveolar y ligamento periodontal.

Las enfermedades periodontales, tanto agudas como crónicas, incluyen distintos cuadros de inflamación y destrucción de estas estructuras de soporte de los dientes con formación de bolsas periodontales y constituyen junto a las caries dentarias la causa principal de pérdida de dientes. La fase más leve y común es la gingivitis o inflamación de encías cuyo signo característico es el sangrado de encías. (3)

Se suele evaluar con el **índice IPC** (Índice Periodontal Comunitario, antiguo CPITN) cuyo fundamento se basa no en la apreciación de la gravedad de los síntomas de cada diente sino que registra la presencia o ausencia de síntomas de enfermedad en cada pieza. Utiliza sextantes dentarios como unidades básicas de examen para el registro de las necesidades de tratamiento.

Cada una de las arcadas dentales queda dividida en tres segmentos, en los cuales tenemos: los 6 dientes anteriores, los dientes posteriores izquierdos y los posteriores derechos (41)

<b>17-14</b>	<b>13-23</b>	<b>24-27</b>
<b>47-44</b>	<b>43-33</b>	<b>34-37</b>

La OMS recomienda que a las edades comprendidas entre los 7 a los 11 años sólo tengamos en cuenta el sangrado (código 1 de CPITN) y la existencia de cálculo dentario o restauraciones desbordantes (código 2) no así las bolsas periodontales (códigos 3 y 4).

Para la realización de estas mediciones se emplea el sondaje de la encía con un instrumento: la sonda descrita por Emslie en 1980 recomendada por la OMS. (40)

Con el sondaje registramos un número de código que se corresponderá con una necesidad de tratamiento periodontal:

- Código 0: Sextante sano →ninguno.
- Código 1: Sextante con sangrado→Instrucciones de higiene oral (IHO).
- Código 2 y 3: Sextante con sarro (2) y/o bolsa periodontal de <4 mm (3) →además de IHO, eliminación de restauraciones desbordantes y/o raspado y alisado radicular con eliminación de sarro.
- Código 4: Tratamiento periodontal complejo.

Los datos referidos a enfermedad periodontal, no fueron recogidos de manera adecuada en el estudio de **Gimeno de Sande**, no pudiendo obtener por ende conclusiones al respecto en dicho estudio. (27)

En el referido estudio de **Möller-Marthaler** realizado en la totalidad del estado español, se llegó a las siguientes conclusiones en referencia a salud-enfermedad periodontal: (26)

- A los 12 años las bolsas periodontales fueron escasas, y el 22,3% de los niños tenían cálculos como síntoma más grave. Un 51,5% tenían gingivitis y sólo el 17,3% carecía de síntomas de enfermedad periodontal.
- El 81% de estos niños necesitaba ser instruido en higiene dental, incluido el 30,1% de niños a quienes se indicó una profilaxis.
- Para el grupo de 35-45 años, el 17,8% tenían bolsas de más de 6 mm (bolsas profundas) y un 31,3% tenían bolsas de entre 3 y 6 mm (superficiales.) Teniendo en cuenta todas las bolsas de más de 3 mm de profundidad, 2,3 sextantes resultaban afectados pero tan sólo el 0,4% presentaba bolsas profundas. Un 36% de los que no tenían bolsas padecían gingivitis con sólo un 7,3% de individuos sanos periodontalmente.
- El 92,4% de estos individuos requería instrucciones de higiene dental y el 85,1% profilaxis. El 17,8% requería un tratamiento periodontal complejo.

El estudio de **Sicilia y cols. de 1989**, observó que algo más de la mitad de la totalidad de individuos examinados (el 55%) necesitaban tratamiento periodontal.

A edades tempranas el grado de afectación periodontal era considerablemente de menor cuantía, siendo un 0,8% el porcentaje de los niños y jóvenes estudiados que necesitaban un tratamiento periodontal complejo. (99)

Entre un 18-22% de la población escolar no evidenciaba ningún signo detectable de enfermedad periodontal.

En el **estudio nacional de 1994**, se vio que a los 12 años el 33% de los niños se encontraba ausente de signo alguno de enfermedad periodontal, porcentaje que

pasa a ser del 25,32% a los 15 años y se reduce a porcentajes insignificantes en las cohortes etarias de 35-44 años y de 65-74 años. (46)

Cerca del 50% de los adultos jóvenes presentaban bolsas periodontales aunque solo una minoría (10,71%) tenía E.P. avanzada. En los adultos, la prevalencia de bolsas llega al 57%( con un 17% de bolsas profundas.)

En lo que respecta a la severidad del proceso de E.P. observamos que en las cohortes más jóvenes (12 y 15 años) la mayor parte de los sextantes, están sanos (4.15 y 3.82 respectivamente), con una tercera parte de sextantes con gingivitis y una mínima parte de estos con cálculo supragingival.

En los adultos la situación es opuesta, ya que los sextantes sanos son infrecuentes (entre 0.38 y 1.32), siendo más frecuente encontrar algún estado leve o moderado de E.P. ya sea gingivitis (entre 3.6 y 4.3 sextantes) o bolsas poco profundas (entre 1.2-1.3 sextantes.) No obstante, el nº de sextantes afectados por E.P. grave es bajo en ambas cohortes (0.18-0.24 sextantes), siendo muy importante el señalar que el grupo de ancianos, cerca de dos sextantes fueron excluidos del análisis (código X) por ausencias dentarias.

En lo que respecta a las necesidades de tratamiento, es en los grupos más jóvenes donde la casi totalidad de las necesidades se centran en instrucción sobre higiene oral y eliminación del sarro. La gran mayoría de los adultos y ancianos, requieren profilaxis y raspado (92 y 94,6% respectivamente) siendo un número menor de adultos (10,71%) y algo mayor de ancianos (17.09%) los que necesitan un tratamiento periodontal complejo.

Para continuar, en el estudio del **año 2000 del Prof. Llodra**, (47) vemos que el porcentaje de sujetos sin signo alguno de enfermedad es del 55% para la cohorte

de 15 años, del 19% para los adultos jóvenes y del 8.7% para los de 65-74 años. La prevalencia de sarro es del 30% para los adolescentes y del 44% para los adultos. Cerca del 21% de los adultos jóvenes presentan bolsas periodontales aunque solo en una minoría (4,2%) se diagnostican bolsas profundas. En la cohorte de 65-74 años la prevalencia de bolsas asciende al 25% con un 9% de bolsas profundas. (47)(38)

En el **estudio del año 2005**, para la cohorte de 15 años se señala que el porcentaje de sujetos sin ningún signo de enfermedad periodontal es del 34,5%, del 14,8% para los adultos jóvenes y del 10,3% en la cohorte de los 65-74 años. La prevalencia de cálculo (sin bolsas) es del 28,6% a los 15 años, del 47,3% a los 35-44 años y del 38,5% para los ancianos. (48)

Las bolsas poco profundas prevalecen en el 21,5% de los adultos jóvenes habiendo a estas edades un 3,9% de bolsas profundas.

En la cohorte de 65-74 años las cifras correspondientes son del 27,2% para bolsas poco profundas y del 10,8% para bolsas profundas.

En relación a la pérdida de inserción hay un 66,8% de jóvenes que no presentan pérdida de inserción, un 25,9% con pérdida catalogada como código 1 y tan solo un 7,3% con pérdida mayor de 6 mm.

En el grupo de 65-74 años el 28,6% no presenta pérdida de inserción, el 40,0% presenta pérdida de 4-5 mm y el 31,5% una pérdida mayor de 6 mm.

De todos estos estudios sólo son cotejables las cohortes de 12 años y de 35-44 años. Si bien hay que señalar que para el grupo de 12 años y siguiendo las recomendaciones de la OMS sólo se registraron en el CPITN los códigos 0, 1 y 2

en el estudio de 1994 circunstancia que no ocurrió en el estudio de Möller-Marthaler por lo que el análisis nos podría haber llevado a error. Se puede afirmar con rotundidad, es que en el grupo de 12 años ha habido una franca disminución de los signos de enfermedad periodontal sobre todo de gingivitis, pues en el primer estudio el 17% de los niños estaban libres de ella, mientras que el de 1994 nos revela una ausencia de sangrado en el 33% de los casos. No hubo en cambio diferencias en cuanto al porcentaje de niños que requerían profilaxis (30,2% en 1984 y 32,4 en 1994.)

En el grupo de 35-44 años, si analizamos la prevalencia de bolsas (moderadas o severas) encontramos cifras plenamente superponibles (49,1 frente a 49,4% en 1994.) En lo que respecta a la enfermedad avanzada, ha disminuido del 17,8% al 10,7% en 1994.

Los resultados confirman que la gran mayoría de la población requiere de tratamiento periodontal básico con un bajo porcentaje de individuos de tratamiento periodontal complejo; cifra que se puede situar en torno al 11-18% de la población de 35-44 años, tratándose por tanto de una enfermedad muy prevalente a pesar de la fácil prevención y el bajo costo de su tratamiento.

Por tanto, a diferencia de la caries dental, no hay una tendencia manifiestamente clara. En el grupo de 12 años se pasa de un porcentaje de individuos sanos del 17% en 1983 al 33% en 1993 y al 55% en el último estudio. La gingivitis y la presencia de cálculo se han reducido en las edades jóvenes. La prevalencia de enfermedades periodontales, en el grupo de 35-44 años fue superponible en las encuestas de 1984 y 1994, con un 49% de este grupo con bolsas periodontales

aunque se detectó una clara disminución en la última encuesta del año 2000. (26% de prevalencia de bolsas.) Por el contrario en la cohorte de 65-74 años existe una estabilización de la patología periodontal.

En definitiva si bien la mejora de la salud oral con respecto a la caries ha sido muy evidente en el período 1993-2005, la mejora periodontal no ha sido tan notoria entre la población española.

Desde el año 1993 al año 2000 se produjo una disminución de la presencia de gingivitis y cálculo (sobre todo en adolescentes de 15 años y en población adulta joven de 35-44años.) En el periodo 2000-2005, estos índices tienden a la estabilización.

Para la cohorte 35-44 años en el año 2000 se observó una clara mejoría de los procesos periodontales en general y de la prevalencia de enfermedad severa, que se redujo del 10,7% en 1993 al 4,2% en 2000, manteniéndose constante en el año 2005 (3,9%.)

El porcentaje de sujetos libres de sangrado aumentó en el grupo de 15 años, del 25 al 55% entre los años 1993 al 2000 reduciéndose en el año 2005 al 34,5% lo cual significaría un empeoramiento en los hábitos higiénicos para este grupo.

Una evolución parecida se observa en las dos cohortes de adultos donde también aumenta el porcentaje de sujetos libres de sangrado entre los años 1993-2000

(aumenta el porcentaje de sujetos con CPI=0 en ambos grupos) mientras que en el periodo 2000-2005 el IPC tiende a estabilizarse. (47) (48)

A la hora de analizar por Comunidades Autónomas nos encontramos que si bien la caries en la gran mayoría de los casos ha sido analizada convenientemente, en lo que respecta a la enfermedad periodontal, no podemos decir lo mismo. Metodológicamente nos encontramos con que muchos de los estudios no están correctamente realizados con lo que para realizar un análisis evolutivo de la enfermedad periodontal en España hemos preferido realizarlo con las encuestas estatales.



### **3.2. OBJETIVOS DE LA OMS PARA LA SALUD ORAL EN EL AÑO 2020.**

En el contexto actual, España está marcando sus propios objetivos de salud oral para el 2020 en adultos y para el 2015 en niños. Por ello habría que orientar los esfuerzos en aras del logro de los citados objetivos guiándonos por las directrices trazadas por la Organización Mundial de la Salud. En este sentido y a diferencia de los objetivos que fijaba la OMS para el año 2000, se marcan áreas prioritarias sin preestablecer valores absolutos para que cada país individualice sus propias metas según sus posibilidades.

#### **3.2.1. Grado de cumplimiento de los objetivos de la OMS para el año 2000.**

A continuación expondremos cuáles eran los objetivos que marcaba la OMS para el año 2000 y veremos qué grado de cumplimiento tienen comparándolos con la encuesta nacional de 2005, así como para la encuesta andaluza del año 2006, aunque en esta última solo lo podemos hacer en lo que respecta a los objetivos para población en edad escolar. (101)

- **Objetivo 1 “El 50% de los niños de 5-6 años deben estar libres de caries”.**

En la encuesta nacional de 2005, cerca del 64% del grupo etario de 5-6 años no ha padecido nunca el proceso de caries, por tanto para España este objetivo sí está superado.

En Andalucía en el año 2006, el 57% de los niños de 7 años están libres de caries, por tanto a menor edad es de suponer que el objetivo está conseguido también.

- **Objetivo 2 “El índice CAOD a la edad de 12 años no debería de sobrepasar la cifra de 3”.** Podemos considerar este objetivo como cubierto pues el CAOD a los 12 años en España es de 1,33. En Andalucía es de 1,23 por tanto también se cumple el objetivo marcado por la OMS para la edad de 12 años.

- **Objetivo 3 “El 85% de los jóvenes de 18 años conservarán todos sus dientes.”** La encuesta nacional estudia la cohorte de 15 años con un 96% de jóvenes que conservan todos sus dientes. En Andalucía los datos son similares aunque la edad estudiada es la de 14 años. No se tienen datos concretos de los 18 años pero las estimaciones nos hacen ser optimistas y consideramos cubierto este objetivo igualmente.
- **Objetivo 4 “Intentar que el 75% de los adultos de 35-44 años conserven al menos 20 dientes.”** Más del 91% de esta cohorte cumplen con este objetivo a nivel nacional, no estando estudiado en Andalucía.
- **Objetivo 5 “Intentar que el 50% de los adultos de 65 ó mas años conserven al menos 20 dientes.”** Aquí menos del 33 % en el estudio a nivel estatal de este grupo posee al menos 20 dientes en boca. En Andalucía tampoco se ha cubierto esta cohorte en el estudio. El objetivo no está logrado.
- **Objetivo 6 “Establecer las bases de un seguimiento.”** Para consolidar las bases y realizar un correcto seguimiento y reevaluación de los objetivos en salud, en la encuesta del año 2000, se proponía garantizar unos fondos para realizar estudios epidemiológicos de salud bucodental de forma periódica cada 5 años al menos. Aunque tanto en Andalucía como en España existe esta periodicidad, en nuestro país la iniciativa periódica corre a cargo del Consejo General de Colegios de Dentistas de España y no de la autoridad sanitaria nacional. En Andalucía aunque sí es la autoridad sanitaria autonómica la que establece la periodicidad de los estudios, no abarcan a los cohortes etarias preconizadas por la OMS siendo tan solo estudios en escolares.

### **3.2.2. Áreas prioritarias dictadas por la OMS para la obtención de objetivos para el año 2020.**

En el año 2003 se establece una guía conjunta de la OMS/ (Federación Dental Internacional (FDI) /International Association for Dental Research (IADR) para que cada país según su nivel de patología, sus sistemas de atención sanitaria y sus recursos económicos y humanos puedan establecer de manera individualizada sus propios objetivos de cara al año 2020. No se preestablecen por tanto valores absolutos como en el año 2000, pero sí que se recomienda trabajar en áreas prioritarias (102):

- Reducir el dolor oral (disminución de episodios de dolor, pérdida de horas de trabajo debido a problemas dentales...)
- Reducir desórdenes funcionales (impacto a la hora de comer, hablar, vida social...)
- Reducir la incidencia de cánceres orofaríngeos.
- Reducir la caries (aumentar el porcentaje de individuos libres de caries a los 5-6 años, reducir el CAOD a los 12 años, potenciar acciones en los grupos de riesgo de caries, reducir el componente A del índice CAOD en cohortes adultas...)
- Reducir las enfermedades periodontales (reducir pérdidas dentarias debido a ello, reducir prevalencia de enfermedad periodontal activa, aumentar la proporción de individuos periodontalmente sanos...)
- Reducir las pérdidas dentarias (reducir el número de edéntulos en cohortes adultas, aumentar el número de dientes presentes funcionales...)
- En relación a los servicios de salud oral (establecer programas de salud oral, aumentar la accesibilidad a los servicios dentales, aumentar la proporción de individuos cubiertos por programas específicos...)

### **3.2.3. Propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO.)**

Durante los años 2006 y 2007, la SESPO ha desarrollado un proyecto que ha culminado con una propuesta de objetivos mínimos de salud oral para España en 2015 (escolares) y 2020 (adultos). Los objetivos mínimos se han marcado en función de las directrices prioritarias establecidas por la OMS e individualizados según las posibilidades del país quedan reflejados en la tabla 3(103):

INDICADOR	EDAD	META	PROPUESTA
		Año 2015	Año 2020
<b>cod = 0 (%)</b>	5-6	$\geq 65\%$	
<b>CAOD (media)</b>	12	$\leq 1.0$	
<b>Índice Sic (media)</b>	12	$\leq 3.0$	
<b>Índice de restauración (%)</b>	12	$\geq 60\%$	
<b>Dientes ausentes</b>	35-44		$\leq 2.5$
<b>Población con al menos 21 dientes</b>	65-74		$\geq 40\%$
<b>Desdentados (%)</b>	65-74		$\leq 15\%$
<b>IPC = 0 (%)</b>	15	$\geq 45\%$	
	35-44		$\geq 25\%$
<b>Cepillado diario con pasta fluorada</b>	12	$\geq 90\%$	
	15	$\geq 90\%$	
	35-44		$\geq 90\%$
	65-74		$\geq 85\%$
<b>Dificultad para comer/masticar</b>	35-44		$\leq 15\%$
	65-74		$\leq 20\%$

**Tabla 3. Objetivos de Salud Oral para España 2015 (escolares)/ 2020 (adultos.)**

**Propuesta de la Sociedad Española de Salud Pública Oral.**

### 3.3. PROGRAMAS DE SALUD BUCODENTAL.

El propósito de la planificación de programas de salud es diseñar un organigrama apropiado para el problema de salud y el grupo diana identificado, con los recursos disponibles y que pueda producir los cambios deseados.

Resulta necesario que todo programa presente unas metas y objetivos descritos de forma clara y precisa.

La **meta** de un programa es aquello que se quiere conseguir al ejecutarlo. El cambio en el problema de salud que motiva la intervención.

Los **objetivos generales** son cambios en el grupo diana para lograr la meta.

Los **objetivos específicos** son pasos que deben cubrirse para alcanzar los objetivos generales. Objetivos generales, específicos y meta, señalan un camino causal.

Por último, los **objetivos operativos**, describen lo que el programa realiza “lo que hace” en oposición a “lo que consigue” detallado por los objetivos generales, específicos y meta.

Aquello que se proponga como meta, objetivo general, objetivo específico y objetivo operativo, será lo que en la **evaluación** se utilizará como norma, por lo que hay que redactarlos adecuada y detalladamente. (2)(3)

Los programas de salud bucodental, según nos dice el Ministerio de Sanidad y Consumo tras un informe del año 1993 (104), deben tener como **objetivo general**, la mejora del estado de salud bucodental de la población a la que va dirigido el programa mediante actividades de promoción, prevención y atención, desarrollándose estas en el marco de la Atención Primaria de Salud.

Además de este objetivo primordial, todo programa debe centrarse en una serie de **objetivos específicos** que todo programa debiera tener como son:

- Disminuir la prevalencia e incidencia de caries y enfermedad periodontal en la población objeto del programa (como enfermedades más prevalentes y mas fácilmente abordables y prevenibles.)
- Disminución del índice CAOD a la edad de 12-14 años. Ya que es a esta edad cuando se produce el recambio dentario y todos los dientes serán definitivos.
- Garantizar la atención bucodental preventiva y curativa básica al menos a la población de 6 a 15 años.
- Promover hábitos higiénico-dietéticos saludables en materia de salud bucodental, sobre todo en la población infantil.
- Promover la participación de padres y educadores en las actividades encuadradas en el programa de salud bucodental.
- Detección precoz de maloclusiones.

La **población diana** a la que se dirigirá todo programa se recomienda que sea la población infantil en edad escolar (si bien dado el carácter comunitario de

algunas medidas que debe tener todo programa, la población diana será toda la población) ya que de esta forma se tiene acceso a toda la población de esa cohorte etaria al ser obligatoria la escolarización en nuestro país hasta la edad de 16 años a lo que hay que sumar el hecho de que es a esta edad donde se asientan los conocimientos educativos para toda la vida. (105) (106)

Además de esto se han recomendado por parte de diversas instituciones la inclusión de nuevas actuaciones dentro de los PADI, especialmente en lo que al sector público se refiere (17) (107):

**A nivel materno-infantil:**

Incluir dentro de los PADI el subprograma de la embarazada (desde el conocimiento del embarazo (3-4 meses) hasta 3 meses después del parto, además de un subprograma del recién nacido hasta los 6 años.

La inclusión de matronas, pediatras, enfermeros y toco-ginecólogos además de educadores, monitores, asistentes sociales sería fundamental para ello.

Las actividades a seguir en estos subprogramas serían:

- Revisiones semestrales programadas y a petición ambulatoria.
- Promoción de la salud oral individual y grupal.
- Control de la erupción dental.
- Control de placa bacteriana en niños y padres.
- Control de caries en dentición temporal.
- Control de hábitos no adecuados.
- Registros y evaluaciones.



**Pacientes adultos mayores:**

Incluye actividades a personas mayores dentro del subprograma del adulto (> 65 años o > 75 años.)

Actividades:

- Promoción de la salud oral (individual y grupal.)
- Prevención de lesiones orales, especialmente cáncer oral. Prevención y tratamiento de lesiones por caries.
- Actuación sobre boca, subjetiva y objetiva y polifarmacia y/o polipatología sobre territorio oral.
- Retoque de prótesis.
- Cirugía oral menor (preprotésica y restos radiculares.)
- Activación y control de retenedores de prótesis.
- Control medico y mecánico de la placa bacteriana. Detartraje semestral o anual. Tratamiento medico de cáncer de cuello.

### 3.4. PROGRAMAS DE ATENCION DENTAL INFANTIL. EL CASO DEL PADI VASCO.

Aunque el concepto de **demanda** es muy claro y conocido en prácticamente todos los mercados, en el ámbito de la salud se ha prestado a confusiones. Y ello es en cierto modo porque a los profesionales de la salud les costó mucho tiempo y esfuerzo imponer su visión de los problemas de salud. A lo que hoy llamamos **modelo médico-hegemónico** no se ha llegado por un orden natural sino como resultado de siglos de batalla de la clase médica contra el orden social y político imperante que durante muchos años fue represor de la medicina.

La noción de **necesidad** surge de la mano de un sanitarismo que fue anterior a la figura del médico como profesional liberal que vende servicios. En los periódicos y revistas de principios del siglo XX se satirizaba su imagen mostrando como forzaban a la gente a vacunarse y a realizar controles y diagnósticos. Este concepto de necesidad era aún muy sesgado. Antes de la Revolución Industrial se pensaba que las influencias ambientales y climáticas eran los condicionantes más importantes de las necesidades de salud. Sólo a mediados del siglo XVIII, en Inglaterra primero y luego en Francia y Alemania, se comenzó a percibir la importancia del ambiente socio-económico en la distribución de las enfermedades. (109)

Hasta la década de los setenta del siglo pasado la oferta de servicios de salud era programada sobre la base de criterios de necesidad establecidos por los sanitaristas. Circulaban tablas que establecían la oferta de forma normativa. Así se determinaba la cantidad de médicos, de camas, de enfermeros y otros

profesionales que debía haber cada tantos habitantes. El gasto sanitario se expandía porque se había impuesto la definición de que era necesario ampliar las acciones de salud hasta alcanzar la oferta adecuada para satisfacer las necesidades de salud de la población. Una vez que esto se hubiere logrado, la gente sería más sana y entonces las acciones y el gasto podrían llegar a contraerse. Sin embargo, las acciones y el gasto nunca se pudieron reducir porque la oferta de bienes y servicios de salud programados sobre la base de criterios de necesidad generó la llamada “**necesidad sentida**”. Es decir la toma de consciencia del estado mórbido por parte de la población. La gente comenzó a confiar en el sistema de salud y sus profesionales.

Junto a este crédito otorgado al sistema, surge la esperanza de curarse que impulsa la decisión de querer consumir bienes y servicios. El individuo primero quiere curarse o que al menos desaparezcan los síntomas, luego quiere minimizar el dolor y por último quiere más que eso, quiere ser mejor que antes de enfermar, quiere ser más joven, más sano y más guapo. De la necesidad sentida por paciente se pasa a la demanda de un consumidor “impaciente” cuya satisfacción es cada vez más difícil de lograr. En algunos grupos poblacionales la demanda se divorcia de la necesidad. (110)

Un programa de Salud pública está llamado al éxito cuando coexisten ambos tipos de necesidades, porque por una parte responde a lo requerido por la población y por otro lado cubre una necesidad que ha venido avalada por el rigor científico-médico.

En muchas ocasiones la labor del político o de las administraciones sanitarias consiste no en “darle al niño el caramelo que quiere” sino en generarle la necesidad de “ese caramelo que puede no querer pero que necesita de forma real” si es que con ello va a conseguir una mejora evidenciable en sus niveles de salud, es decir, lograr que la necesidad sentida sea la que realmente precise la población.

En el País Vasco en el año 1986 se lleva a cabo la “Encuesta de Salud del País Vasco” con el fin de detectar cuáles son los principales problemas de salud entre su población. Los problemas relacionados con la salud bucodental fueron los más frecuentes y, al mismo tiempo, se observaba un gradiente en renta en los mismos, al presentar las personas con menor renta per cápita la mayor cantidad de patología oral. Asimismo se consideraba por la mayor parte de los encuestados muy cara la provisión privada de cuidados bucodentales. Además, un 74% de la población vasca no había acudido nunca al dentista, y el porcentaje en la población menor de 15 años era del 50%. (111)

Como punto de partida, todo programa debe nacer cumpliendo los principios de Planificación Sanitaria. La planificación es una fase de la administración, forma consciente de actuar sobre un sistema social, con la finalidad de alcanzar determinados resultados. La administración se divide en dos etapas: la de "pensar", que corresponde a las funciones de planificación y organización, y la de "hacer", que comprende las funciones de dirección, control y evaluación. La planificación sería: *el proceso que partiendo del estudio y análisis de un sistema*

*o realidad, define fines y objetivos a alcanzar, así como normas de ejecución y de control de las actividades a desarrollar durante un período dado. (112)*

Es por ello por lo que en el caso del País Vasco se realiza, como paso inicial de esta necesaria planificación, un estudio epidemiológico de salud bucodental en el año 1988 donde se evidencian los graves problemas de salud oral de la Comunidad Vasca y se genera una clara necesidad objetiva de realizar toda una serie de políticas sanitarias de asistencia dental con un Programa de Salud Bucodental específico para la población infantil vasca. Surge el **PADI (Plan de Atención Dental Infantil.)** En concreto se objetiviza que el 82,4% de los niños de 14 años de la población vasca padecen de caries en su dentición permanente, con un CAOD promedio de 3,96, siendo más de la mitad caries que no han recibido tratamiento. (66)

Los enfoques reparativos que se siguieron en las últimas décadas del siglo XX en los sistemas de atención dental de los países más avanzados reconocieron su fracaso en conseguir un nivel aceptable de salud oral para la población. Un ciclo repetitivo de restauraciones cada vez con mayor complejidad, conducía a la población a una salud oral distante de la satisfactoria. El elevado costo económico y de recursos humanos y materiales empleados bajo estos enfoques demostraron su desalentadora ineficacia a pesar de los diferentes modelos que emplearon los distintos países. (108)

Dado que la experiencia acumulada y el conocimiento científico adquirido demuestran que la mayor parte de las enfermedades dentales pueden ser evitadas

por procedimientos dentales sencillos, poco invasivos, eficaces y de bajo costo, se llegó a la reformulación, para la creación del PADI, de las estrategias de actuación, orientándolo hacia la promoción de la salud oral y la prevención de la enfermedad.

Todo programa de salud debe venir regulado de forma metódica por una precisa legislación que reglamente el mismo. En este sentido el programa vasco considera al **Decreto 118/1990** de 24 de Abril sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco publicado en el BOPV nº 89, el 7 de mayo de 1990 y las **Órdenes de 2 y 3 de Mayo** que lo desarrollan como el **Plan del programa** y utiliza su contenido para la descripción del PADI. (113) (114)

En el artículo 1, apartado 1 del citado decreto se dispone lo que será la estrategia de intervención preferente: “El Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, a través de un Programa Dental Infantil, garantizará la asistencia dental básica a todos los niños residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco, nacidos a partir del uno de enero de 1983 y que tengan **7 ó más años de edad**. Dicha cobertura finalizará el 31 de diciembre del año en el que el niño cumpla los **15 años**.”

En el apartado 2 se prosigue: “Todos los niños comprendidos en el párrafo anterior tendrán un **dentista de cabecera**, como responsable del mantenimiento de un estado óptimo de salud bucodental.”

En el artículo 2, apartado 1 se incide en que la **asistencia dental básica** del programa consistirá en “... recibir el cuidado y tratamiento precisos en toda la dentición permanente, mediante la realización de los procedimientos diagnósticos preventivos y terapéuticos que se estimen necesarios.”

La **Orden de 2 de Mayo de 1990** del Consejero de Sanidad y Consumo fija el contenido mínimo obligatorio de la asistencia del programa desarrollando lo dispuesto en el decreto. El artículo 2 de la citada orden explicita los servicios específicos que los dentistas de cabecera prestarán y que incluyen como asistencia dental básica: revisiones, selladores de fisuras, obturaciones, tratamientos pulpares (todo ello en piezas dentarias permanentes) y extracciones tanto en permanentes como en deciduos. (114)

Del mismo modo se explicita la **asistencia adicional** (los llamados tratamientos especiales) requeridos para incisivos y caninos con motivo de traumatismo o malformaciones.

En el artículo 3 se excluyen de forma clara los tratamientos de ortodoncia.

Son tres por tanto los puntos a destacar del por entonces novedoso y revolucionario programa asistencial dental:

- El tratamiento bucodental para los niños de 7 a 15 años de forma incremental, comenzando por los niños que a fecha de inicio del programa tuvieran 7 años y aumentando una cohorte por año.

- La asistencia dental básica centrada casi de forma exclusiva para dentición permanente, dejando el tratamiento pulpar o extracción a elección del profesional según la indicación en cada caso.
- La existencia del dentista de cabecera, pudiendo ser este cualquiera de los incluidos dentro del Servicio Vasco de Salud o aquellos dentistas privados que concierten mediante acuerdo con la Administración su inclusión en el programa para de esta forma lograr el acceso de toda la población a los servicios odontológicos. Para su inclusión deberán reunir una serie de requisitos fijados por el Servicio Vasco de Salud a tal efecto.

En el artículo 3 del decreto se dice que “los padres, tutores o responsables del niño podrán optar a su **libre elección**, por un dentista de cabecera entre cualquiera de los profesionales habilitados por el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza para el PADI.”

El **pago de los servicios prestados** a los profesionales habilitados se establece en el artículo 6 del decreto. Se trata de un sistema mixto de **capitación y pago por acto médico**: “Los profesionales liberales que presten servicios para el PADI, serán retribuidos mediante sistema caputivo para la cobertura de la asistencia prevista en la asistencia dental básica del programa, y por los tratamientos especiales en cada caso en concreto según acto médico.”

Por último en el artículo 6 apartado 2 se especifica que “La cantidad a abonar en el sistema caputivo así como el baremo de honorarios a abonar por los



tratamientos necesarios del grupo incisivo-canino (tratamientos especiales) se determinarán mediante Resolución de la Dirección General del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.”

Para la máxima difusión del programa entre los pacientes usuarios del mismo se gestó la creación de un **talón dental** que de forma anual y con la base de datos existente en el Servicio Vasco de Salud /Osakidetza (base de datos de las tarjetas individuales sanitarias) se enviaría a cada niño para su presentación, en aras de la libre elección del profesional, al dentista de cabecera elegido por el paciente.

La presentación a la Delegación Provincial de Salud por parte del facultativo de dicho talón garantizará el tratamiento del niño por parte del mismo así como el pago por parte de la Administración de la asignación anual previa presentación de una factura donde conste el número de tarjeta individual sanitaria del niño.

A grandes rasgos acabamos de describir el PADI del País Vasco. Este programa pudo surgir en esta Comunidad Autónoma por la ya citada descentralización de competencias sanitarias. Un año después de su ejecución en el País Vasco, la Comunidad Foral de Navarra realizó un programa que aún teniendo alguna característica diferencial vino definido por la misma filosofía y líneas de actuación. (115)

A partir de aquí y sobre todo a raíz de la publicación de los excelentes resultados del programa en base a los estudios epidemiológicos realizados tras 10 años de la implantación de estos programas, el resto de CC.AA. fue realizando

“programas PADI”. Así Andalucía en el año 2001 y posteriormente Extremadura, Castilla-León, Castilla-La Mancha, Murcia, Aragón, Baleares y Canarias han optado por esta opción, aunque cada una con una serie de características distintivas que definen su PADI como propio y diferente. Por otro lado el resto de CCAA o aún no han desarrollado un programa específico de salud bucodental, o han seguido un camino diferente tal y como reflejaremos a lo largo del punto 3.5.

### 3.5. ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA ORAL POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

#### 3.5.1. COMUNIDAD AUTÓNOMA: ANDALUCÍA.



En la Comunidad Autónoma de Andalucía existe un programa específico de salud bucodental con carácter general para toda la comunidad, sin embargo los cambios organizativos constantes acaecidos en la administración sanitaria andaluza, han imposibilitado la implantación de actuaciones con carácter de continuidad.

En **1986** la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía pone en marcha el **Programa de Salud Bucodental**, fijando las líneas de actuación en la fluoración de aguas potables para poblaciones de más de 50000 habitantes, la ampliación de las prestaciones existentes en salud oral (priorizando en medidas preventivas en escolares con un programa de educación para la salud bucodental en las escuelas) y la realización de estudios epidemiológicos de salud oral en la comunidad. (116)(117)

El **Decreto 195/1985, con fecha de 28 de Agosto** y publicado en **Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) N° 89, 14 de Septiembre de 1985**, regula la organización de los Servicios de Atención Primaria de Salud e incluyó por vez primera en la sanidad andaluza los servicios de salud bucodental dentro de los Servicios de Atención Primaria de Salud. (118)

Dentro de las actividades realizadas en la comunidad, se publicó el **Decreto 32/1985 sobre fluoración de aguas potables de consumo público** en el **BOJA**

**5 de Febrero de 1985** estableciendo la obligatoriedad de proceder a la fluorización del agua potable de consumo público por las empresas que abastezcan a una población de más de 50000 habitantes. La **Orden de 25 de Marzo de 1986** desarrolla técnicamente el Decreto anterior y regula los requisitos técnicos. Posteriormente se publicó **la Resolución de la Dirección General de Atención Primaria, de 12 de Mayo de 1986**, estableciendo la obligatoriedad de fluorar las aguas potables de consumo público que distribuye EMASESA. (119)

Existen plantas de fluoración de agua en las provincias de Sevilla, Córdoba y Jaén cubriendo una población cercana a los 2.000.000 de habitantes. Su control y seguimiento es competencia de la Consejería de Salud y la Dirección General de Salud Pública.

La realización de enjuagues fluorados y la distribución de material educativo en las escuelas es una práctica incorporada en algunos Distritos Sanitarios, Ayuntamientos, etc... desde 1985.

A partir del año 1995 fruto de la colaboración entre las Delegaciones Provinciales de Salud y Educación, se desarrolla el proyecto “**Aprende a sonreír**” constituyendo una estrategia de educación para la salud bucodental dirigida a Centros Escolares de Enseñanza Primaria.

En los consultorios dentales públicos se realizan selladores en niños de 7 a 14 años desde el año 1986, en molares permanentes realizando actuaciones de odontología restauradora en molares permanentes en muy contadas ocasiones.

El **II Plan Andaluz de Salud (1998-2001)** menciona una serie de objetivos al respecto de la de Salud Bucodental de la comunidad andaluza, haciendo especial hincapié en la cobertura del 90% de los escolares por las actividades del Programa de Salud Bucodental y en potenciar de manera importante las actividades de educación sanitaria en las escuelas. (117)

Del mismo modo establece una serie de objetivos específicos para el año 2002 (Objetivos 44-47):

- A la edad de 7 años el 90% de los niños andaluces estará libre de caries en su dentición permanente y el 75% en su dentición primaria.
- A los 12 años el CAOD deberá ser igual o menor a 2.
- A la edad de 14 años el 80% de los niños deberá estar libre de problemas de encías.

Tras la realización del IV estudio epidemiológico en escolares de Andalucía en el año 2006 podemos hacer una comparación entre los objetivos que se marcaron y los datos epidemiológicos. Se aprecia que el CAOD a los 12 años es de 1,23 encontrándose por debajo 2 tal y como se había propuesto. (58)

Se ha dictado el **Decreto 15/2001 de 23 de Enero**, por el que se creó el **Consejo Asesor de Salud Bucodental** de Andalucía, publicado en **BOJA N° 19, 15 de Febrero de 2001** con el que se pretende crear un nuevo modelo asistencial en el

área de la salud oral para conseguir mejores resultados de salud bucodental que en el pasado. (120) Este órgano de asesoramiento técnico de la Consejería de Salud ha trabajado en la creación del nuevo **Plan de Atención Infantil de Andalucía (PADIA)** que sigue en cierto modo al PADI del País Vasco expuesto en el punto 3.4 y que será descrito con posterioridad en el punto 4.

La prestación asistencial dental de Andalucía regulada por el decreto 281/2001 de 26 de diciembre, contempla la asistencia bucodental en el Sistema Sanitario Público a personas cuya **discapacidad física o psíquica** incida en la extensión, gravedad o dificultad de su patología oral o su tratamiento. El ámbito de la cobertura son los residentes en Andalucía entre los 6 y los 15 años y contempla la asistencia dental básica y unos tratamientos especiales. (121)

En este sentido el **Decreto 48/2006** incluye el derecho a la atención bucodental a personas con discapacidad severa que precisen de sedación profunda o anestesia general para su exploración o tratamiento dental, sin límite de edad. Ambos decretos regulan la asistencia de las personas con discapacidad con dificultad en ser atendidos con normalidad en gabinete dental. Para ello se han tenido que crear estructuras o unidades de Odontología Hospitalaria especialmente adaptadas para la asistencia dental de estas personas. (122)

### 3.5.2. COMUNIDAD AUTÓNOMA: ARAGÓN.

La Comunidad Autónoma de Aragón venía regida en materia de salud oral por el **Real Decreto 63/1995** sobre ordenación de prestaciones sanitarias al tratarse de una Comunidad del territorio INSALUD, con lo que son la Seguridad Social y los fondos estatales los que financian las acciones de Salud Bucodental. (33) Las transferencias en materias de gestión sanitaria de la Seguridad Social (Competencias del INSALUD) culminaron el 1 de enero de 2002 tras el **Real Decreto 1475/2001 de 27 de Diciembre** sobre traspaso de las funciones y servicios del INSALUD. (25)



Durante el curso escolar 1987/88 la Diputación General de Aragón inicia su **Programa de Salud Bucodental**, dirigido a niños de 1º de Educación General Básica incluyendo de forma sistemática la exploración bucodental en los reconocimientos escolares del Programa de Salud Escolar iniciado por la Diputación General de Aragón. (93)

En el año 1989 se estableció un **Acuerdo para la actuación conjunta de la Diputación General de Aragón y el INSALUD en el “Programa de Salud Bucodental”**. Con este convenio, se pretendía formar equipos de Salud Escolar para realizar reconocimientos, tratamientos preventivos (aplicación de flúor y selladores) y medidas de promoción de salud oral en los colegios aragoneses. (123)

A partir del año 1994 los reconocimientos escolares que venían siendo realizados por los equipos de salud escolar de la DGA, son asumidos en medio rural por los facultativos de las zonas básicas de salud. (93)

A través del citado convenio inicia su funcionamiento la **Unidad de Salud Bucodental de Atención Primaria del INSALUD**, asumiendo esta Unidad la aplicación de tratamientos preventivos de forma incremental año a año desde los seis años sin incluir la obturación del molar.

De forma paralela, en 1991 se pone en marcha el **Programa marco de Área de Atención en Salud Bucodental**, en los equipos de atención primaria constituidos hasta ese momento, dirigido a la población infantil hasta los 14 años. En el mismo año 1991 se elabora el **Programa de Atención al Niño Sano** por los equipos de atención Primaria, en un principio desde el nacimiento hasta los 23 meses, ampliándose la cobertura posteriormente hasta los 14 años.

En 1993 se incorpora al servicio la obturación del molar de los seis años, implicando a los odontólogos del modelo tradicional en las actividades de prevención con la realización de los sellados de fisuras a niños de 6 años, ampliando su cobertura en años sucesivos hasta los 14 años. (93)

El desarrollo en paralelo de los Programas de Atención al Niño Sano, Salud Bucodental y Salud Escolar, de los años precedentes ha facilitado la progresiva incorporación por parte de los equipos de Atención Primaria de las actividades preventivas que en ellos se plantean. Así la exploración oral, administración de flúor y actividades de promoción de salud oral, constituyen actividades



normalizadas en los equipos de atención primaria, articuladas a través de su Cartera de Servicios.

Existe a su vez un Programa de colutorios de flúor en la escuela implantado por el INSALUD desde el año 1998 (Programa de prevención de caries infantil 6-14 años.) En el plano de la educación para la salud bucodental, se reparte en las escuelas a los niños de 6º de Educación Primaria material dental educativo específico dentro del programa “Almarabú” (1987) e “Hincar el diente” (1995) (124)

En lo referente a las actividades meramente asistenciales existentes en materia de Salud Bucodental en la Comunidad de Aragón, como hemos venido diciendo, se realizan selladores de fisuras en los Centros de Salud desde 1990 a niños de 6 a 14 años y únicamente obturaciones simples en molares permanentes en estos mismos niños bajo financiación estatal quedando excluida algún otro tipo de prestación aparte de las clásicas ofertadas por el INSALUD.

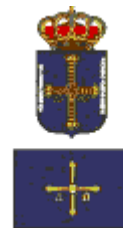
Ya más recientemente y como punto de partida a la implantación de un **programa de atención dental infantil y juvenil** tipo PADI en la comunidad aragonesa se realizó un estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares en el año 2004. (125)

Las características de este programa de atención dental infantil y juvenil aragonés que difieren del PADI vasco que toma como modelo son la cobertura de edad, ya que el plan abarca de manera progresiva a los niños desde los seis a

los diecisiete años (por eso es llamado infantil y juvenil) y por otro lado en su **Orden de 28 de marzo de 2005** del Departamento de Salud y Consumo del gobierno aragonés que regula el plan dental, establece que todos aquellos niños usuarios del programa que en dos años consecutivos de forma voluntaria no usan el talón de consulta anual no podrán optar a la libre elección del profesional. Por lo demás el plan dental sigue en su filosofía de actuación al PADI vasco.

### 3.5.3. COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

La Comunidad Autónoma del Principado de Asturias al igual que la de Aragón, rigió hasta hace bien poco sus actuaciones en materia de salud bucodental por el **Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero**, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, el cual establece las prestaciones en atención primaria de Salud Bucodental financiadas con cargo a la Seguridad Social y fondos estatales adscritos a la sanidad. (33)



Las transferencias en materias de gestión sanitaria de la Seguridad Social (Competencias del INSALUD) culminaron el 1 de enero de 2002 tras el **Real Decreto 1471/2001 de 27 de Diciembre** sobre traspaso de las funciones y servicios del INSALUD. (25)

En el Principado se ha establecido un **Programa de Promoción de la Salud Bucodental** desde el **año 1994** (habida cuenta de los resultados obtenidos por el Estudio Epidemiológico sobre Salud Bucodental en Escolares Asturianos en el año 1992) con la participación de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias, la Dirección Provincial del INSALUD en Asturias, la Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Ciencia en Asturias, la Consejería de Educación, Cultura, Juventud y Deportes del Principado de Asturias y la Escuela de Estomatología de la Universidad de Oviedo. (126)

El Programa propone intervenciones, tanto en el ámbito de la **Atención Primaria** (con el fin de facilitar la accesibilidad de la población al mismo) como en las **Escuelas** (al ser la escolarización obligatoria se garantiza la cobertura total de la población infantil), basadas en la **Promoción de la Salud Bucodental** (higiene oral, medidas de promoción de salud oral control de la alimentación, fluoración de aguas de bebida contemplando además el sellado de fosas y fisuras del primero y segundo molar permanentes e incluso su obturación cuando fuese necesario.)

Dicho programa, ha tenido un irregular grado de cobertura en los diferentes Centros de Salud en función de los recursos de que disponían, así como de las subvenciones recibidas por parte de otras administraciones, según acuerdos con las mismas.

El Programa de Promoción de la Salud Bucodental, viene apoyado principalmente en tres pilares: Un primer pilar lo constituyen los **Centros de Salud** en la triple vertiente (educación para la salud, prevención y curación (restauración) de molares.) Un segundo pilar lo constituye la **Escuela** con medidas de educación para la salud. Y un tercer pilar constituido por **la Familia**.  
(126)

La implantación del programa en las escuelas es generalizada, repartiéndose material dental educativo a niños de Educación Infantil y Primaria desde el año 1997. Si bien no hay programa de enjuagues fluorados como es recomendado, sí

que existe un subprograma de aplicación de cubetas de gel fluorado en consulta para niños que con un especial riesgo de caries.

Desde el año 1994 se vienen realizando en el Principado selladores de fosas y fisuras, a primeros molares permanentes de niños de 6 a 10 años, cubriendo como actividades asistenciales la obturación de molares permanentes hasta la edad de 14 años siendo esta actividad financiada por el INSALUD en sus primeros años.

Mediante un convenio entre la Consejería de Salud del Principado de Asturias y la Facultad de Odontología de la Universidad de Oviedo existe un programa de Atención dental a discapacitados intelectuales.

El reciente impulso de la cofinanciación desde el Ministerio de Sanidad ha hecho que Asturias sí cuente con prestaciones sin tener un plan definitivo. Por tanto en la actualidad las prestaciones a las que los niños asturianos tienen derecho quedan descritas en el **Real Decreto 111/2008** como actividades de salud cofinanciadas y enmarcadas dentro de las actividades propias de la atención primaria de salud. (36)

### 3.5.4. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ISLAS BALEARES.

Tratándose de una región del territorio INSALUD, la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares, se venía rigiendo en materia de salud oral por el **Real Decreto**



**63/1995, de 20 de Enero**, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, el cual establece las prestaciones en atención primaria de Salud Bucodental financiadas con cargo a la Seguridad Social y fondos estatales adscritos a la sanidad. (33) Las transferencias en materias de gestión sanitaria de la Seguridad Social (Competencias del INSALUD) culminaron el 1 de enero de 2002 tras el **Real Decreto 1478/2001 de 27 de Diciembre** sobre traspaso de las funciones y servicios del INSALUD. (25)

Desde la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, y con la colaboración de algunos estomatólogos, se ha impulsado un **Plan de salud Bucodental** cuyo principal objetivo es disminuir la incidencia de enfermedades bucodentales y especialmente de caries en la población infantil adscrita a los distintos centros de salud. (127)

El Programa estuvo en fase de pilotaje desde el año 1994 en tres centros de salud, con buenos resultados, decidiéndose posteriormente su aplicación en la Comunidad. Hay que resaltar que no se trataba de un programa “a demanda”, sino que cuando un niño acude a revisión a su pediatra o enfermero de pediatría, el equipo de Atención Primaria, además de realizarle las exploraciones habituales, incluyen la exploración bucal con espejo y sonda. Es este profesional

(debidamente entrenado y calibrado con anterioridad por un odontólogo) quien determina si el niño cumple o no los criterios de inclusión en el programa. Así si observa que tiene caries, surcos profundos, maloclusiones o enfermedad periodontal, derivará al niño para que reciba consejos sobre higiene y alimentación, para aplicaciones tópicas de flúor, para sellados de fisuras, obturaciones o a odontólogos privados según el caso.

Las prestaciones ofertadas por el Plan de Salud Bucodental de las Islas Baleares, se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Educación para la higiene oral, a cargo sobre todo de higienistas con presentación de diapositivas y demás material didáctico lo cual viene realizándose desde el año 1994 con el reparto de material dental educativo en las escuelas
- Potenciar la prevención de la caries en los Programas de Salud Escolar a través de un programa de enjuagues fluorados que desde el año 1994 viene realizándose para niños de 1º a 4º de Educación Primaria.
- Selladores de fisuras en molares permanentes para niños de 6 a 9 años.
- Obturaciones en molares permanentes para niños de 6 a 9 años.
- Las directrices a seguir en el ámbito bucodental, no estaban encuadradas en ningún programa específico, sino en un epígrafe dentro del Plan de Salud de las Islas Baleares. (127)(128)(91)

En las Islas Baleares desde la transferencia de las competencias acontecida en el año 2002 se ha trabajado mucho más en el ámbito de la salud bucodental. Así y

como punto de partida para un programa tipo PADI en la comunidad insular se realizó un estudio epidemiológico de salud bucodental en el año 2005.

El programa PADI balear viene regido por el **Decreto 87/2005 de 29 de julio de 2005** de gestión de la prestación sanitaria en materia de salud bucodental a la población de entre 6 y 15 años de las Islas Baleares. Las características de libre elección de profesional por parte de los usuarios mediante un talón de asistencia, la asistencia dental básica y los tratamientos especiales siguen las mismas directrices que las del PADI vasco. (129)



### 3.5.5. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ISLAS CANARIAS.

Al contrario de lo que sucede en las comunidades precedentes la Comunidad Autónoma de las Islas Canarias tiene transferida las competencias sanitarias desde el año



1994, dejando desde ese momento de formar parte del territorio INSALUD. Es por tanto el **Servicio Canario de Salud** de la Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias el organismo rector de las competencias sanitarias. Ya no es el Real Decreto que citábamos el que rige las actuaciones sino la **Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias 11/1994 de 26 de julio**, (publicada en el **Boletín Oficial de Canarias Viernes 5 Agosto de 1994.**) Esta ley contempla tanto la prevención como la promoción de la salud bucodental como actividad a realizar desde la Salud Pública. Del mismo modo examina las actividades asistenciales enfatizando en actividades preventivas aunque sin detallar adecuadamente las prestaciones: “....atención bucodental, con especial atención a la prevención. Podrán incorporarse dentro de los límites presupuestarios, el resto de las prestaciones asistenciales”. (130)

Existe desde el año 1994 un **Programa de Salud Bucodental** que se aplica en las consultas dentales de los centros de salud. Dicho programa, definía los objetivos a alcanzar para el período 1997- 2001, diferenciando por un lado objetivos de reducción de riesgo, de formación y educación para la salud y de necesidades de información. (131)

### **Objetivos generales del Programa:**

- Se reducirá la prevalencia de caries en la dentición temporal de los niños de 7 años al 35% (nivel base 1991 = 46.23%).
- Se reducirá el nivel de prevalencia de caries al 45% en la dentición permanente de los escolares de 12 años (nivel base 1991 = 58.88%).
- Se reducirá el índice CAOD a 1.50 y el nivel de CD al 60% con respecto al componente CAOD (nivel base CAOD 1991 = 1.87% y nivel base CD/CAOD 1991 = 71.1%).
- Se reducirá al 35% el nivel de prevalencia del índice periodontal (CPITN) en los niños de 7 años (nivel base 1991 = 44.33%).
- Se reducirá al menos al 50% la prevalencia de los índices periodontales (CPITN) en los niños de 12 años (nivel base 1991 = 59.65%).

### **Objetivos específicos**

- Objetivos de reducción de riesgos
- Objetivos de mejora en la oferta de servicio
- Objetivos de formación y educación para la salud
- Objetivos de necesidades de información

Desde 1997 el Programa es común para toda Canarias. Cada una de las siete islas es un Área de Salud. Dado que el programa se inició en el 87-88 (en la época del INSALUD) en las islas mayores (Tenerife y Gran Canaria) con un programa diferente para cada provincia y luego se ha ido extendiendo a las otras islas. En algunas islas menores como El Hierro y La Palma su aplicación es actualmente más limitada. (131)

Se trata de una información bastante amplia y centra muchas de sus actuaciones en las aguas de bebida ya que muchos municipios presentan concentraciones de flúor de modo natural en el agua de abasto superiores a 1,5 p.p.m., cifra considerada como recomendable a no superar en las conclusiones del II Estudio Epidemiológico de Salud Bucodental infantil de Canarias de 1998, dada la elevada prevalencia de fluorosis en la Comunidad. (78)

Por otra parte, en otras zonas existen plantas desaladoras del agua de mar que proporcionan agua de bebida que por su mal sabor, no es consumida por la población con lo que existe un consumo elevado de agua embotellada en estas islas en particular. Por este motivo no ha habido una implantación de programa de enjuagues fluorados en las Islas sino que hay aplicación profesional de cubetas de flúor para niños con características de riesgo.

El trabajo que se realiza en las escuelas es amplio existiendo un Protocolo de Salud Bucodental donde se presentan actividades educativas a desarrollar e incluye material de apoyo dirigido a niños de primero a tercero de primaria por un lado y a los de cuarto y quinto de primaria por otro con folletos de información sanitaria sobre salud bucodental para niños de primaria y otros para alumnos de secundaria e incluso adultos.

En lo que respecta a actividades asistenciales existentes dentro del Programa de Salud Bucodental de Canarias, desde el año 1990 se vienen aplicando selladores de fisuras para niños de 6-7 años, también en los niños de otros cursos hasta

quinto curso de primaria que no se hayan incorporado antes al programa y cumplan los criterios descritos por el programa. Cuando fuera necesario el programa también contempla la obturación de primeros molares permanentes a estas mismas edades.

Existe asimismo un subprograma de atención bucodental para la embarazada, que cubre, aparte de las extracciones y la educación sanitaria como en todos los adultos, tartrectomías, aplicación de gel de flúor y recomendaciones para el cuidado del futuro bebé. (131)(124)

Muy recientemente desde la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud se publicó en el **Boletín Oficial de Canarias la Resolución de 11 de febrero de 2008** por la que se establece el programa de atención sanitaria bucodental a la población infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias. (132)

Un programa tipo PADI se había implantado a inicios del año 2007 con aplicación, en principio, en los Centros de Salud canarios. Para la implantación de la segunda fase se ha contado con la colaboración del Colegio Oficial de Odontólogos de Canarias para la inclusión de dentistas privados habilitados. Finalmente mediante la publicación de la citada resolución ha quedado establecido el PADI canario.

El PADI canario presenta una asistencia dental básica similar a la del PADI vasco con la diferencia de la inclusión de la endodoncia como tratamiento especial.

### 3.5.6. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA.



El Programa de Salud Bucodental Cántabro presenta una serie de características distintivas respecto al resto de programas instaurados en España a pesar de estar incluida la comunidad en territorio INSALUD y puede ser considerado por su contenido, actividades y estrategia de trabajo pionero en nuestro país. Además del **Real Decreto 63/1995** sobre ordenación de prestaciones sanitarias, el Gobierno de Cantabria publicó en al Boletín Oficial de Cantabria (**30 de Mayo de 1990 BOC Extra 12, Art. 5.2.9 y Anexo**) el **Plan de Salud Bucodental de Cantabria** fundamentado en una planificación integrada de los servicios, destacando los aspectos educativos y preventivos sobre los asistenciales, tomando como prioridad de actuación al sector escolar. (33) (133)

Su línea de abordaje son los escolares de primero, segundo y tercero de primaria, que serán reconocidos para un diagnóstico precoz, informando a los padres del resultado y prestando tratamientos gratuitos a los niños tanto preventivos como de odontología conservadora e incluso ortodoncia en casos muy determinados.

En 1989 el Gobierno de Cantabria puso en marcha el **Programa de Salud Bucodental**, como programa social para la prestación de cuidados educativos, preventivos y asistenciales a los escolares de la Comunidad Autónoma de Cantabria, teniendo como objetivo la mejora de la salud y el desarrollo de las actividades educativas y preventivas con carácter universal, y actuando sobre la patología bucodental sin que la situación económica de las familias constituya una limitación para el acceso al programa.

El **Decreto 8/1990, de 9 de marzo**, de modificación parcial del Decreto 74/1989, de 13 de octubre, sobre estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, creó el Centro de Salud Bucodental Infantil con la finalidad de implantar un ambicioso programa social, cuyo objeto era la planificación, la evaluación y el desarrollo de la salud bucodental regional. (134)

Existe para la realización del programa un **Centro** específico de **Salud Bucodental Infantil** situado en la localidad de **Liencres**, unidad técnica que planifica y desarrolla las actividades educativas (de promoción de la salud en el propio sector escolar por ser más receptivo y alcanzable), preventivas, asistenciales, docentes e investigadoras en toda la región. (133)

Además el programa está dotado de una serie de unidades móviles informatizadas y completamente dotadas como consultorios odontológicos, con los recursos humanos y materiales necesarios para efectuar reconocimientos en cada una de las escuelas de la comunidad.

Existe asimismo legislación específica sobre fluoración de aguas potables en la comunidad cántabra por el **Decreto 60/91 de 10 de mayo sobre fluoración de las aguas de consumo público**, el cual establece la obligatoriedad de las empresas abastecedoras de fluorar las aguas de los municipios de más de 25.000 habitantes, no habiéndose sin embargo desarrollado tal actividad.(135)

El Centro de Salud Bucodental Infantil de Cantabria, controla todas las actividades que se realizan en la región. A través de las Unidades Móviles se llevan a cabo exámenes de reconocimiento a los niños en sus escuelas,

estableciendo las necesidades de atención que tendrán los mismos. Del mismo modo realizan y promueven los enjuagues fluorados a todos los niños hasta la edad de 14 años (actividad que se lleva realizando desde el año 1985.) (133)

Estas autoaplicaciones de flúor serán posteriormente controladas por el maestro y tendrán una periodicidad semanal.

Posteriormente y una vez puestos en contacto con los padres informándoles de las necesidades de sus hijos, todos aquellos niños que quieran podrán ser atendidos en el Centro de Salud Bucodental Infantil de Liencres.

El Programa realiza actividades de educación para la Salud (existiendo una sala de educación bucodental para niños en el mismo Centro de Salud Bucodental, así como material dental educativo a repartir en las escuelas.)

El mismo centro viene realizando selladores de fisuras desde la implantación del programa en el año 1989 a primeros molares definitivos en los niños de Primaria y Secundaria.

Del mismo modo realiza toda una serie de actividades asistenciales como un **Programa incremental de odontología conservadora** que basa su actuación en la realización de obturaciones de molares permanentes en los niños, de modo que captan a los niños a la edad de 6 años. A esta edad el niño necesita menos cuidados asistenciales y es más fácil mantenerlo en salud. Con posterioridad es



sometido a exámenes periódicos lo que permite con un esfuerzo racionalmente orientado disminuir las necesidades acumuladas al final de la etapa escolar.

Dentro de las actividades asistenciales existe un **Programa de Ortodoncia**, regulado por la **orden de 3 de octubre de 2001**, del acceso al tratamiento de ortodoncia del Centro de Salud Bucodental Infantil de Cantabria cuyo objetivo genérico es disminuir la incidencia de las anomalías más graves mediante la detección precoz de la maloclusión en los primeros cursos. El Programa no es sólo de carácter preventivo sino que incluso aplica tratamientos de ortodoncia a grupos social y clínicamente prioritarios (tutelados y clases menos favorecidas, paladares fisurados y anomalías dentomaxilares graves) (136)

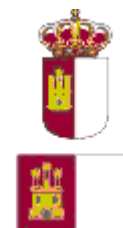
De la misma forma dentro del centro hospitalario de Liencres existe un programa de tratamiento odontológico, bajo anestesia general, a pacientes que por su disminución física y/o psíquica, sea imposible tratarlos de otra manera.

Ya en las consultas de Atención Primaria de los centros de salud, además de todas las prestaciones que se definían por el RD 63/1995, existe cobertura a embarazadas con revisiones periódicas, tartrectomías y educación para su futuro bebé.

Las transferencias en materias de gestión sanitaria de la Seguridad Social (Competencias del INSALUD) culminaron el 1 de enero de 2002 tras el **Real Decreto 1472/2001 de 27 de Diciembre** sobre traspaso de las funciones y servicios del INSALUD. (25)

### 3.5.7. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA.

La Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha hasta hace relativamente poco tiempo no presentaba legislación específica en materia de salud bucodental, habiendo seguido



hasta el año 2004 el **Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero**, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. (33) Las transferencias en materia de gestión sanitaria de la Seguridad Social (Competencias del INSALUD) culminaron el 1 de enero de 2002 tras el **Real Decreto 1476/2001 de 27 de Diciembre** sobre traspaso de las funciones y servicios del INSALUD. (25)

Desde ese momento fue clara la intención de la Consejería de Sanidad de Castilla La Mancha de impulsar la creación de un programa específico de Salud Bucodental similar al PADI que se acababa de implantar en la vecina comunidad de Andalucía.

Siguiendo con el transcurso y la evolución de la salud pública oral en Castilla-La Mancha, en el año 1992 se realizó un estudio epidemiológico de Salud Bucodental en la Comunidad Autónoma si bien a pesar de que los resultados mostraban una clara necesidad de implantación de un programa definido de salud oral, no existía una clara definición del mismo, con unos objetivos que se contemplaban en el Plan de Salud de Castilla- La Mancha. (81)

Se comenzó con un subprograma de colutorios fluorados en las escuelas dentro del **Programa marco de salud escolar** de la Junta de Castilla-La Mancha desde

el curso académico 1986/87 actualizado en el curso 1992/93 que sirvió de referencia a los equipos de atención primaria y que tenía como objetivo la exploración oral de los niños así como la aplicación de enjuagues fluorados de forma quincenal para alumnos de 6 a 14 años. (137)

Dentro de este mismo programa marco de salud escolar, se encontraba el llamado **Programa Dentobús** dotado de una Unidad Móvil que realizaba: Diagnóstico de problemas de salud bucodental y necesidades de tratamiento, sellado de surcos y fisuras del primer molar, aplicación del flúor tópico y actividades de educación para la salud. Dada la gran dispersión de población que existe en la comunidad manchega este programa fue de gran valía en esta región, además ayuda a suplir las carencias existentes en cuanto a la dotación de equipos dentales en determinados centros de salud ya que para la totalidad de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha tan solo existían un total de 25 unidades dentales instalados en los distintos centros de salud hasta finales de los años 90. (137)

Todas las escuelas estaban dotadas de material educativo dental específico habiéndose proporcionado a los centros docentes de arcadas dentarias y cepillos para explicar la técnica del cepillado desde el año 1985.

Existen poblaciones en las cuales el agua contiene concentraciones adecuadas de flúor (áreas de Cuenca y Toledo) a pesar de no haber legislación específica en cuanto a la fluoración de aguas de consumo público.

En lo que respecta a las actividades que se vienen realizando en la Comunidad de Castilla La Mancha, desde el año 1989 se aplican selladores a los primeros molares permanentes hasta la edad de 14 años, realizando la obturación cuando sea necesaria tan sólo del primer molar permanente.

A finales del año 2004 mediante la publicación del **Decreto 273/2004 de 9 de noviembre** sobre la prestación de la atención dental a la población de Castilla-La Mancha con edades de entre 6 y 15 años se aprueba el **Programa de Atención infanto-juvenil (PADI) de la comunidad manchega**. (138)

Anteriormente a esta fecha y como paso previo a la implementación del programa, se realizó en el año 2004 un estudio epidemiológico de salud bucodental entre los escolares manchegos. (82)

A pesar de implantarse de forma gradual desde el año 2005 para la edad de 6 años y definir una asistencia dental básica y unos tratamientos especiales iguales en esencia al del resto de programas, difiere del estos en que establece en su artículo 9 el derecho de los pacientes con discapacidad física o psíquica y de los pacientes con fisura palatina a tratamientos de ortodoncia de forma gratuita.

En su artículo 11 se dice que las Unidades de Salud Bucodental ejecutarán el programa en su atención dental básica así como las revisiones y que serán los dentistas del sector público los que derivarán e indicarán los tratamientos especiales a los dentistas habilitados del sector privado.

En el artículo 12 del citado decreto 273/2004 se establece que los dentistas del sector privado serán los encargados de realizar los tratamientos especiales y los tratamientos de ortodoncia siempre que estén capacitados para ello.

Un posterior **decreto 34/2006** de modificación del anterior establece en su artículo 1 la inclusión de todas las personas con discapacidad sin límite de edad para los tratamientos dentales y de ortodoncia. Del mismo modo dictamina la baremación de las discapacidades para ser incluidos dentro de estas prestaciones.

(139)

### 3.5.8. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN.

La Comunidad Autónoma de Castilla y León, pertenecía al territorio regido por INSALUD al igual que la región castellana precedente. Por tanto ha sido el **Real Decreto**



**63/1995, de 20 de Enero**, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, el que establece las prestaciones en atención primaria de Salud Bucodental. (33) Las transferencias en materias de gestión sanitaria de la Seguridad Social (Competencias del INSALUD) culminaron el 1 de enero de 2002 tras el **Real Decreto 1480/2001 de 27 de Diciembre** sobre traspaso de las funciones y servicios del INSALUD. (25)

Con el objetivo de reducir la incidencia de caries y enfermedades periodontales en la población de Castilla y León, en 1987 se puso en marcha el **Programa de Salud Bucodental**, dirigido a escolares de 6 a 14 años de edad. (140)

En este año de inicio del programa, las actividades el mismo fueron dirigidas a alumnos de 1º y 2º de Educación General Básica, incorporando en cursos sucesivos de forma incremental a los alumnos que comenzaban el E.G.B.

En la actualidad, con la adaptación de los cursos escolares a la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE), se incluye en el Programa a todos los niños de Primaria y de E.S.O. Niños de 6 a 14 años que para el año 2007 tendrán que haber mejorado su salud bucodental mediante las actividades preventivas, educativas y de promoción de salud que el programa realiza.

El Programa se ofrece a todos los Centros Escolares (públicos y privados) de zonas urbanas y rurales de la Comunidad castellanoleonés. Sus actividades son:

**Educación para la Salud:** Con promoción de hábitos y comportamientos sanos en los niños, constituyendo una estrategia tanto de promoción de salud (cepillado, alimentación, dieta no cariogénica) como de prevención de enfermedad.

**Enjuagues con solución de flúor:** De forma semanal durante al menos 20 semanas a lo largo del curso escolar aconsejando a los padres su continuidad en el periodo vacacional.

En cuanto a las actividades asistenciales llevadas a cabo en el programa, fue en el año 1988 cuando comenzaron a realizarse selladores a primeros y segundos molares de los niños cubiertos por el programa realizando la obturación cuando fuera necesaria. (140)

La comunidad autónoma de Castilla y León no ha optado por realizar un programa exclusivamente infantil. A finales del año 2003 publicó el **decreto 142/2003 de 18 de diciembre** por el que regulaba las prestaciones de salud bucodental del Sistema de Salud de Castilla y León. (141) De manera que establece para la población general una serie de medidas. El contenido básico de la atención bucodental destinado a la población en general, comprende:

- Medidas de información y educación para la salud.
- Exploración y revisión de la cavidad bucal.
- Tratamiento de los procesos agudos odontológicos, (procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones de la mucosa oral.)

Por otra parte establece toda una serie de contenidos específicos para los siguientes subgrupos poblacionales:

- Mujeres embarazadas.
- Ancianos mayores de 75 años.
- Personas con discapacidad.

Todos ellos atendidos en la red de centros sanitarios públicos sean estos centros de salud o centros hospitalarios para cuando sean necesarios los tratamientos bajo anestesia general.

- Niños de 6 a 14 años en un programa tipo PADI pero desarrollado en su asistencia dental básica en los centros de salud, dejando los tratamientos especiales para los dentistas privados debidamente habilitados de forma similar a lo que ocurre en el PADI manchego. La asistencia dental básica y los tratamientos especiales del PADI siguen las mismas directrices del programa PADI vasco original así como su carácter incremental. (141)



### 3.5.9. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

En la Comunidad de Cataluña, existe una legislación específica desde el año 1990 sobre servicios dentales públicos, quedando encuadrada dentro de la **Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC.)** (142)



El **Servei Català de Salut (SCS)** coordinará las intervenciones dirigidas contra la caries dental y la planificación de los servicios asistenciales. La citada LOSC recoge un definido **Programa de Salud Bucodental** del Servicio Autonómico de Salud que se desarrolla en las áreas básicas de salud catalanas y que incluye toda una serie de actividades de promoción de salud (fluoraciones tópicas, sellados de fisuras, profilaxis dentales) a llevar a cabo en las consultas de Atención Primaria tras el análisis de los resultados obtenidos por los estudios epidemiológicos de salud oral en Cataluña.

Ya comentamos que se trata de una comunidad pionera desde el año 1982 en cuanto a la implantación de enjuagues fluorados con fluoruro sódico al 0,2% en las escuelas así como en cuanto a la dotación de material educativo específico dental en estos colegios siguiendo las directrices del Departamento de Salud Pública de la Generalitat de Cataluña. (32)

El programa catalán dentro de sus actividades, realiza revisiones periódicas a escolares cada dos años desde los 6 a 14 años. La educación sanitaria se realiza

en estos exámenes de salud escolar o bien en los centros de atención primaria en los niños sometidos a revisión.

Las actividades asistenciales van dirigidas a grupos de alto riesgo (más de 4 caries) y se centran en la enseñanza de higiene oral, fluoraciones tópicas con carácter bianual, sellado de fisuras en molares definitivos con obturación de los mismos si lo considerara necesario el profesional.

El **Plan de Salud de Cataluña** establece tanto objetivos generales como objetivos operativos en materia de salud bucodental e incluye la figura del odontólogo como un miembro más del equipo de Atención Primaria en Cataluña. (143)

Como **objetivos generales** marca que el 50% de los escolares de 12 años estén libres de caries, el 75% de los de 6 años y que el CAOD a los 12 años sea menor o igual a 2.

Dentro de los **objetivos operativos** destacamos el objetivo 257 (sellado de fisuras de 1º y 2º molar permanente en un 60% de los escolares), objetivo 260 (revisión bucodental del 90% de embarazadas) y el objetivo 261 (el 50% de las ciudades de mas de 50000 habitantes dispongan de agua fluorada.)(143)

Resulta interesante el hecho de que unos objetivos bien definidos y planteados con claridad dentro de un programa como el catalán, permiten una evaluación periódica, al marcar una fecha límite para la consecución de resultados. El análisis evaluativo de la eficacia, efectividad y eficiencia del programa quedan reflejados dentro del programa de salud dental de Cataluña.

Dentro de las actividades descritas por el Programa destaca la fluoración de aguas de consumo público para las poblaciones de más de 50000 habitantes. Sin embargo y a pesar de no contar con legislación específica sobre fluoración de aguas potables, existen en la comunidad poblaciones que tienen su agua fluorada de forma artificial.

El programa catalán también tiene un subprograma específico dirigido a embarazadas que abarca desde controles periódicos y medidas preventivas (cubetas de flúor, profilaxis dental) hasta tratamientos más complejos en función de los recursos disponibles.

Del mismo modo también existe un programa de atención a disminuidos físicos y psíquicos desde 1986 que incluye cepillado dental diario y uso de colutorios de clorhexidina y flúor.

La tercera edad dispone de un programa de atención a mayores de 60 años con criterios marcadamente sociales para todos aquellos ancianos con pensiones no contributivas. Estas personas pueden recibir un tratamiento dental completo (restaurativo y protésico) sin coste alguno para el usuario.

Asimismo determinados pacientes con problemas médicos específicos como los pacientes con hemofilia disponen de un programa específico y protocolizado en cuanto a su atención odontológica.

Los servicios de salud bucodental en Cataluña se prestan a través de la red de odontólogos de atención primaria, ubicados en centros de atención primaria y conformados por un dentista y un auxiliar (hay centros con más de un equipo.)

Este personal forma parte integrante del equipo de atención primaria, estando considerados los odontólogos no como especialistas sino como profesionales de primaria de acceso directo.

El funcionamiento de los servicios de odontología se realizan mayoritariamente en los centros de atención primaria, aunque son los mismo odontólogos los que realizan diversas actividades de salud comunitaria en los colegios (charlas educativas, revisiones escolares, promoción del programa de enjuagues...)

La captación de los pacientes infantiles tiene lugar en estas revisiones así como de derivaciones de consultas de pediatría. Los escolares de alto riesgo detectados, reciben medidas preventivas individualizadas (flúor y sellado de fisuras) como medidas de prevención.

El Plan de Salud de ámbito autonómico es el documento de referencia para las actuaciones que se realizan en los centros dentales de atención primaria. (144)

Existen coberturas especificadas en el Plan de Salud de Cataluña:

- **Tercera Edad:** Para mayores de 60 años con pensiones no contributivas.
- **Programa de atención para pacientes con coagulopatías congénitas:** en ámbito hospitalario con actividades preventivas, restauradoras y quirúrgicas.
- **Programa de atención dental a pacientes seropositivos.**
- **Asistencia odontológica a internos en centros penitenciarios y de menores y jóvenes en centros educativos de Cataluña.**

**Los objetivos generales del actual plan son (comparativa 2000 y 2010)**

<b>OBJETIVO 2000</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>OBJETIVO 2010</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
<b>Al menos el 75% de los escolares de 6 años libre de caries</b>	Libres de caries 1983:	<b>Al menos el 80% de los escolares de 6 años libres de caries</b>	Indicador (IND): Prevalencia de escolares de 6 años libres de caries
	39%		
	Libres de caries 1991:		
	54%		
	Libres de caries 1997:		
	70,2%		
<b>Al menos el 50% de los escolares de 12 años libre de caries</b>	Libres de caries 1983:	<b>Al menos el 60% de los escolares de 6 años libres de caries</b>	Indicador (IND): Prevalencia de escolares de 6 años libres de caries
	14%		
	Libres de caries 1991:		
	38%		
	Libres de caries 1997:		
	53,4%		
<b>El índice CAOD en los escolares de 12 años sea inferior a 2</b>	CAOD 1983: 1,92 CAOD 1991: 1,6 CAOD 1997: 0,9	<b>El CAOD a los 12 años se debe mantener en niveles muy bajos según criterio OMS</b>	IND: Índice CAOD en niños de 12 años
<b>No se estableció objetivo sobre el índice de Restauración</b>	IR: 12% IR: 35% IR: 44,4%	<b>El IR a los 12 años debe situarse por encima del 65%</b>	IND: Índice de restauración en los escolares de 12 años

### 3.5.10. CIUDADES AUTÓNOMAS (CEUTA Y MELILLA.)



Las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla se rigen por el **Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero**, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. (33)



En estas Ciudades Autónomas no ha habido transferencia de competencias y es el **Instituto Nacional de Gestión Sanitaria** el que a partir del 2 de agosto de 2002 se encarga de las competencias sanitarias en los territorios españoles del norte de África. (22)

No existe un programa definido de salud bucodental en las ciudades si bien desde el año 1990 vienen realizándose enjuagues fluorados en las escuelas ceutíes para escolares de 6 años. (33)

Las actividades asistenciales realizadas en los centros de salud se centran en la aplicación de selladores de fisuras a primeros molares permanentes de niños de primero de primaria (6-7 años) desde el año 1997 ya que las obturaciones de estos molares no queda cubierta por la sanidad pública en las ciudades. (124)

Recientemente mediante la firma del convenio para cumplir el **Real Decreto 111/2008** entre el Ministerio de Sanidad e INGESA, se puso en marcha la cofinanciación del plan de salud bucodental con las prestaciones recogidas en este real decreto. (36)

### 3.5.11. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA.

La Comunidad Autónoma de Extremadura tardó mucho tiempo en tener legislación específica sobre servicios públicos de atención odontológica y todo ello aconteció tras la transferencia de competencias sanitarias de 1 de enero de



2002. Por tanto ha venido rigiéndose por el **Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero**, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, que establece las prestaciones en atención primaria de Salud Bucodental financiadas con cargo a la Seguridad Social y fondos estatales adscritos a la sanidad. (33)

Las transferencias en materias de gestión sanitaria de la Seguridad Social (Competencias del INSALUD) culminaron el 1 de enero de 2002 tras el **Real Decreto 1477/2001 de 27 de Diciembre** sobre traspaso de las funciones y servicios del INSALUD. (25)

La Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, nos presentaba en un principio dentro del programa de Salud Escolar, un **Subprograma de Salud Bucodental Escolar** que se venía llevando a cabo desde el curso 1985/86, con actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades bucodentales en la población infantil. De inicio a los 6 años y presentaba un carácter incremental hasta dar cobertura a la totalidad de los escolares de 6 hasta 14 años, implicando en el mismo a la totalidad de sanitarios y docentes de la Comunidad Autónoma. (145)

Dependientes de la Dirección Territorial del INSALUD, las **Unidades de Salud Bucodental** llevaban a cabo, entre otras, las actividades correspondientes al **Programa de Prevención de la Caries Infantil**, dirigido a la población entre 6 y 14 años. Estas actividades que se comenzaron a realizar en el año 1992, se centraban en la aplicación de selladores de fosas y fisuras a molares permanentes de niños de 6 a 14 años no realizándose ningún tipo de odontología restauradora. Desde el año 1989 en que se publicara el **Decreto número 30, de 11 de abril de 1989**, sobre fluoración de aguas potables de consumo público y posteriormente la **Orden de 26 de abril de 1989**, sobre fluoración de aguas potables de consumo público existe obligatoriedad de fluoración de aguas en la Comunidad. (146) Sin embargo hasta la fecha, sólo en Badajoz capital hay fluoración de aguas.

Las actividades citadas anteriormente realizadas en las escuelas sobre promoción y prevención de salud oral, se centran en un programa de enjuagues fluorados desde el año 1990 (seis a catorce años) habiéndose dotado de material educativo específico sobre salud dental a las escuelas desde el año 1987.

El Subprograma también destaca determinadas “Medidas de apoyo” a realizar como la Formación Continuada de los profesionales de salud, así como programas formativos y de investigación para la determinación del flúor en las aguas de bebida y también la evaluación de los resultados de las unidades de salud bucodental en investigación epidemiológica.



La Consejería de Sanidad y Consumo, a través de la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, ha creado el Consejo Asesor en Salud Bucodental con la intención de hacer un análisis de la situación, para una vez conocidos los resultados, priorizar las necesidades y poner en marcha un adecuado programa.

En el año 2001 se realizó el I estudio epidemiológico de salud bucodental en Extremadura como análisis de la situación antepuesto al programa de atención dental infantil que se quería hacer tipo PADI. (96)

EL **PADIEX** (Programa de atención dental Infantil de Extremadura) quedo reglamentado mediante el **Decreto 195/2004 de 29 de diciembre** sobre asistencia dental infantil de la Comunidad Autónoma de Extremadura. (147) Regula la asistencia dental de modo similar al PADI para los niños extremeños de 6 a 14 años. De manera incremental establece una asistencia dental básica, el tratamiento dental de urgencia y los tratamientos especiales a los que tiene derecho los infantes de la comunidad.

La principal novedad respecto a los programas del mismo tipo radica en que el tratamiento pulpar queda establecido como tratamiento especial, teniendo que ser abonado de forma individual por tratamiento al no estar incluido en la asistencia dental básica.

La comunidad de Extremadura ha sido pionera en realizar un estudio epidemiológico para los discapacitados intelectuales. Se hizo como punto de partida para la creación de un programa de atención dental para la población con discapacidad intelectual (**PADDI**), programa que quedó regulado por el decreto 74/2003 de 20 de mayo. (148)

De cobertura casi global, el PADDI incluye, para todos los discapacitados intelectuales con una minusvalía superior al 33%, el tratamiento bajo anestesia general e incluso tratamientos protésicos si estos fueran necesarios.

### 3.5.12. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA.

La Comunidad Autónoma de Galicia, para la ordenación de sus servicios dentales públicos sigue el **Decreto 200/1993, de 29 de Julio**, por el que se aprueba la ordenación de la Atención Primaria (DOG num. 167, de 31 de agosto de 1993). (149)



La Comunidad tiene un programa específico autonómico de salud bucodental cuyas directrices vienen planteadas en el plan de salud de Galicia.

A pesar de la existencia de un decreto específico sobre fluoración de aguas para la comunidad gallega, (el **decreto 350/1990, de 22 de Junio, sobre fluoración de las aguas potables de consumo público - DOG nº 129, de 3 de Julio de 1990-**), no existe ninguna población con agua fluorada en la región. (150)

El Programa gallego comenzó como un **Subprograma de salud bucodental** en dentro del **Programa de promoción de salud** en la escuela con el reparto de material específico sobre prevención de enfermedades bucodentales (flúor, cepillos, materiales didácticos...) en las escuelas en el curso académico 1986/87. (151)

Ya con identidad propia el **Programa gallego de Salud Bucodental** en la Escuela, iniciado en al año 1997, cuenta con material didáctico dirigido a profesionales y alumnos dentro de la guía “A experiencia de educar para a saúde na escola”, así como con material específico para realizar los enjuagues de flúor. Los enjuagues fluorados comenzaron a aplicarse en los colegios gallegos a partir del curso académico 1996/97, para niños de Educación Primaria en forma de enjuagues de fluoruro sódico al 0,2% con periodicidad semanal. (151)

Las actividades realizadas en los centros de salud gallegos encuadradas dentro de su programa de salud bucodental, se centran en la aplicación de selladores de fisuras en molares permanentes 1º y 2º de niños de 6 a 14 años, no cubriendo el programa la obturación del mismo.

Existe un convenio específico entre la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Galicia, SERGAS (Servicio Gallego de Salud) y la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago para la atención odontológica de pacientes especiales con retraso mental y discapacidad física importante; en los tutelados cubre el 100% de la atención odontológica y en el resto, las prestaciones no recogidas en el Real Decreto son sufragadas por la familia o el tutor legal.

Asimismo se elaboró un convenio entre la Junta de Galicia, la Consejería de Familia y la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago para la atención odontológica a menores “Programa de Asistencia Odontológica completa a menores en situación de tutela”. (151)(124)

Por otro lado también se desarrolla desde el año **2002 el Programa de Salud Bucodental en Atención Primaria**, aumentando entonces las prestaciones a las siguientes (152):

-Cirugía oral: aquella que no pueda llevarse a cabo en las unidades bucodentales de primaria por su complejidad o por los requisitos especiales que conlleve, se realizará en los servicios de cirugía maxilofacial.

-Actividades *preventivas*:

a) Embarazadas:

- exploración preventiva de la cavidad oral
- educación para la salud bucodental.

b) Población infantil (6 a 14 años):

- información y educación en materia de higiene y salud bucodental.
- revisiones preventivas periódicas de la cavidad oral.
- diagnóstico de maloclusiones dentales.
- aplicación profesional de flúor tópico.
- sellado de surcos y fisuras en dentición permanente.

La **ley 7/2003 de 9 de diciembre** de ordenación sanitaria de Galicia establece en su artículo 99 de atención a la salud bucodental dentro de los servicios sanitarios de Atención Primaria las siguientes prestaciones (153):

1. La información y educación en materia de higiene y salud bucodental.
2. Las medidas preventivas y asistenciales: aplicación de flúor tópico, obturaciones, diagnóstico de maloclusión, sellado de fisuras u otras, para la población infantil de acuerdo con la financiación de los programas especiales para la salud bucodental.
3. Tratamiento de procesos agudos odontológicos, incluida la extracción de piezas dentarias.
4. La exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas.

### 3.5.13. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.



La Comunidad de Madrid aún no poseía en principio las transferencias del sistema asistencial público, por lo que existía una separación entre la asistencia sanitaria y la actuación en Salud Pública. Por lo tanto y en lo que a Salud Bucodental se refiere, en Madrid se ha venido cumpliendo lo indicado en el **Real Decreto 63/1995** sobre prestaciones sanitarias y, en cuanto a actuaciones desde Atención Primaria, lo que se indica en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del extinto INSALUD. (33) Las transferencias en materias de gestión sanitaria de la Seguridad Social (Competencias del INSALUD) culminaron el 1 de enero de 2002 tras el **Real Decreto 1479/2001 de 27 de Diciembre** sobre traspaso de las funciones y servicios del INSALUD. (25)

Las 11 Áreas de Atención Primaria que componen la Comunidad de Madrid tienen líneas propias específicas, tanto en cobertura de sus servicios a la población como en algunos de sus contenidos (tartrectomías, cirugía oral ambulatoria, obturaciones, etc.), coexistiendo prestaciones sanitarias de promoción y prevención de salud oral por parte de la comunidad, ayuntamientos, Ministerio (INSALUD), colegios, facultades de odontología y asociaciones profesionales. (154)

Existe un centro de salud bucodental que depende del Ayuntamiento de Madrid y que ofrece atención bucodental a niños/as **entre los 6 y los 14 años** que consiste en: exploración completa con detección de alteraciones, enseñanza de

cepillado y control de placa bacteriana, aplicación de cubetas de flúor semestrales y selladores de fosas y fisuras en molares definitivos, además de las revisiones periódicas, control de dieta y orientación terapéutica.

La Comunidad de Madrid proporciona desde el año 1988 material educativo a las escuelas para niños de 6 a 14 años. En la Comunidad no existe un programa de enjuagues bucales fluorados definido si bien en algunas escuelas aisladas se vienen realizando desde el año 1998 a niños de Educación Primaria. En cualquier caso, todas las Áreas de Salud de la Comunidad proporcionan flúor en sus centros de salud a los usuarios del Programa bien sea en forma de comprimidos, colutorios, cepillado con gel, cubetas de flúor o en forma de barniz.

Desde el año 1988 los centros de salud de la comunidad vienen aplicando selladores de fisuras en los primeros molares permanentes para niños de 6 a 14 años de forma generalizada en la comunidad si bien en cuanto a la obturación de los mismos la situación varía ya que tan sólo algunas áreas sanitarias las realizan (Áreas I, III, IV, VI, VII, IX, XI).

No existe cobertura específica para embarazadas ni ancianos. Sin embargo, algunas de las áreas sanitarias de Madrid trabajan en programas al respecto.

(154)

La descoordinación existente en la Comunidad queda patente por el hecho de que algunos ayuntamientos como Madrid, Majadahonda, Getafe, Las Rozas y

Torrejón de Ardoz tienen su propio programa de salud bucodental. Otros Ayuntamientos subvencionan Proyectos de Salud Bucodental como Aranjuez, Brunete, Collado Villalba, Coslada, Hoyo de Manzanares, Paracuellos del Jarama, Pinto, Valdemoro o Torreloaños.

Tras la transferencia de las competencias ha habido diversos intentos de implantar programas de atención dental infantil tipo PADI. La iniciativa política en muchas ocasiones no ha fructificado en la creación del programa. Parece ser que es inminente el programa PADI en Madrid no habiendo hasta la fecha confirmación oficial del mismo en forma de legislación. (155)

La Comunidad de Madrid, en sus programas sociales, tiene presupuestadas ayudas para la colocación de prótesis dentales a personas mayores en clínicas privadas (cheque sanitario). El Ayuntamiento también cubre un número determinado de prótesis dentales al año. En ambos casos, previo cumplimiento de algún requisito económico/ social por parte de los mayores.

Aunque se han desarrollado algunos estudios parciales sobre la salud oral de los madrileños, se hace necesario un estudio más reciente para dar datos más precisos sobre patología y necesidades de tratamiento, porque al fenómeno del envejecimiento de la población, se une el de la inmigración.

(155)



### 3.5.14. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGION DE MURCIA.

Al igual que en la comunidad precedente la comunidad de Murcia no presentaba legislación específica, habiendo seguido el **Real Decreto 63/1995, de 20 de enero**. (33) Las transferencias en materias de gestión sanitaria de la Seguridad Social (Competencias del INSALUD) culminaron el 1 de enero de 2002 tras el **Real Decreto 1474/2001 de 27 de Diciembre** sobre traspaso de las funciones y servicios del INSALUD. (25)



El Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia establece una serie de objetivos en Salud Bucodental. Entre ellos destaca la obligatoriedad de la fluoración de aguas potables de consumo público dictada por el **Decreto nº 86/1990 de 31 de Octubre (Boletín Oficial de la Región de Murcia de 14 de noviembre de 1990)**. Existiendo una planta de fluoración en la localidad de Lorca que abastece Lorca, Puerto Lumbreras y Águilas (75.000 habitantes); otra en Letur (Albacete) que abastece 20 municipios del Noroeste murciano, de la Vega Media y Mazarrón (230.000 habitantes) cubriendo en total, un 24% de la población de la Región de Murcia con agua fluorada. (156)

Las Comunidad murciana no ha centrado el uso de flúor en enjuagues en las escuelas limitando su actuación al reparto de material educativo en las escuelas, tarea que viene realizándose desde al año 1990 para los cursos de Educación Primaria y Secundaria desde los 6 a los 14 años.

Los centros de Salud vienen realizando selladores de fisuras desde el año 1997 para primeros molares definitivos desde los 6 a los 12 años realizándose la obturación de dichos molares cuando fuera necesaria bajo financiación del INSALUD. (124)

En el año 2002 se establecieron las bases legales para la implantación de un programa tipo PADI en la región murciana. La **Orden de 27 de diciembre de 2002 de la Consejería de Sanidad y Consumo**, determinó los criterios de gestión de la prestación sanitaria buco-dental destinados a la población infantil de la Región de Murcia. (157)

Como en otras CC.AA la inclusión de la endodoncia como tratamiento especial es una de las características que difieren del PADI original. Por lo demás sigue punto por punto lo establecido en el programa vasco.

### 3.5.15. COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA.



La Comunidad Foral de Navarra dicta en el año 1991 el **Decreto Foral 58/ 1991, de 7 de Febrero, sobre asistencia dental a la población Infantil** de Navarra. Con una **Orden Foral de 18 de Febrero de 1991**, del Consejero de Salud, por la que se desarrolla el Programa de Asistencia Dental Infantil a semejanza del que en el año anterior se había realizado en el País Vasco. El Programa pretende cubrir desde sus inicios y tras los resultados proporcionados por el estudio epidemiológico de salud oral del año 1987 las necesidades de atención bucodental de la población infantil navarra. Un punto importante del programa es que entre los objetivos en Salud Bucodental del Plan de Salud de Navarra destacan la asistencia odontológica a grupos de población con necesidades específicas (ancianos, toxicómanos, etc).  
(158)

Las actuaciones de prevención de caries centradas en la utilización del flúor se han venido realizando en la comunidad con la aplicación de enjuagues fluorados con periodicidad semanal en las escuelas desde el año 1985 para niños de 6 a 15 años, no teniendo en cuenta la posibilidad de fluorar las aguas de consumo público como sí ocurre en la Comunidad Vasca, contando con la colaboración voluntaria del profesorado para la realización de los enjuagues.

La promoción de salud llevada a cabo en las escuelas lleva realizándose desde el año 1987. Consiste en el apoyo a los centros a base de material educativo diverso para profesores, padres y alumnos, así como de material de higiene oral.

Además se realiza un apoyo metodológico sobre la implantación y continuidad de estas actividades.

La comunidad navarra ha llevado a cabo un programa similar al del País Vasco con una amplia cartera de servicios en la que se realizan todo tipo de tratamientos a los niños de 6 a 15 años en sus molares permanentes dentro del programa PADI (desde selladores hasta endodoncias) excluyendo tratamientos ortodóncicos o de piezas temporales. (159)

El Servicio navarro de Salud/ Osasunbidea también se encarga del tratamiento bucodental de embarazadas (Revisión y tartrectomía), así como de pacientes de la 3ª edad (les cubre el tratamiento protésico en colaboración con la Consejería de Bienestar Social.)

El tratamiento bucodental de disminuidos psíquicos también es cubierto por la sanidad Navarra con un reintegro del gasto generado al paciente en cuestión.

En cuanto a los recursos humanos empleados en el programa, además de los odontólogos de los Equipos de Atención Primaria, hay que añadir los concertados que suponen un 63% de la masa colegial. Estos odontólogos realizan actividades del Programa navarro de Asistencia Dental Infantil en su propia consulta privada mediante un sistema de pago por capitación. (111)

Mediante **decreto foral 67/2003 de 7 de abril** se modificó la asistencia dental infantil ampliando la cobertura hasta los 18 años para los jóvenes navarros de

manera que ya en el año 2006 la cobertura del PADI navarro abarcó de 6 a 18 años. (160)

### 3.5.16. COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO.

El Programa Bucodental de la Comunidad Autónoma Vasca ha sido la base que ha guiado la estructuración de programas similares en muchas otras CC.AA.



Este programa rige sus directrices a través del **Decreto 118/1990 de 24 de Abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco** publicado en el **Boletín Oficial del País Vasco nº 89, de 7 de Mayo de 1990**. (113)

El desarrollo del decreto viene dado por la **Orden de 2 de Mayo de 1990**, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se fija el contenido mínimo obligatorio de la asistencia bucodental a los niños incluidos en el Programa Dental Infantil publicada en el **Boletín Oficial del País Vasco nº 94, de 14 de Mayo de 1990**. (114)

Del mismo modo la **Orden de 3 de Mayo de 1990**, del Consejero de Sanidad y Consumo, regula los requisitos y el procedimiento para el contrato-habilitación de los médicos estomatólogos u odontólogos precisos para el Programa Dental Infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco publicada en el mismo Boletín. (114)

Existe una amplia legislación acerca de la fluoración de aguas potables:

Así tenemos el **Decreto 49/1988, de 1 de Marzo de 1988**, sobre fluoración de aguas potables de consumo público con **Orden de 28 de Junio de 1988** (Boletín Oficial del País Vasco de 2 de Agosto de 1988) del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se desarrolla el Decreto anterior. (161)

Y una **Orden de 29 de Junio de 1988**, del Departamento de Sanidad y Consumo, por la que se convocan ayudas económicas a empresas y entidades abastecedoras y/o distribuidoras de agua potable de consumo público para la instalación de plantas de fluoración y almacenamiento. (162)

Con esta detallada legislación, no ha ocurrido como en otras Comunidades Autónomas ya que aproximadamente el 80% de la población de El País Vasco recibe agua fluorada. (115)

Es por ello por lo que no han considerado necesario el aporte de flúor en forma de enjuagues fluorados en las escuelas. La implantación del Programa en las escuelas vascas ha sido en forma de material educativo dental específico educación Infantil y Primaria desde el año 1990.

El Programa PADI del País Vasco ya fue explicado ampliamente en el punto 3.4.

### 3.5.17. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA.

La Comunidad Autónoma de La Rioja, pertenece a las comunidades que se denominaron como territorio INSALUD y ha sido por tanto el **Real Decreto 63/1995, de 20 de enero**, sobre ordenación de prestaciones



sanitarias del Sistema Nacional de Salud, el que ha establecido las prestaciones en atención primaria de Salud Bucodental financiadas con cargo a la Seguridad Social y fondos estatales adscritos a la sanidad (33) hasta que las transferencias en materias de gestión sanitaria de la Seguridad Social (Competencias del INSALUD) culminaron el 1 de enero de 2002. Con el **Real Decreto 1473/2001 de 27 de Diciembre** sobre traspaso de las funciones y servicios del INSALUD la comunidad riojana tiene competencias sanitarias propias. (25)

En el año 1985 comenzaron a implantarse los enjuagues bucales con periodicidad semanal en las escuelas riojanas para niños de educación primaria.

Es en el año 1992 cuando comienza a repartirse en los colegios material específico de salud bucodental (material didáctico, cepillo de dientes cada tres meses para cada niño) dentro del **Programa de Salud Bucodental Infantil** de La Rioja, promovido por el Gobierno Autonómico y por el INSALUD.

En los cinco centros de salud de la Comunidad Autónoma, se realiza una revisión anual a niños comprendidos entre 6 y 10 años, pretendiéndose en un futuro próximo extenderse hasta los doce años.



Las actividades llevadas a cabo en estos centros de salud riojanos se centran en la aplicación de sellantes de fisuras en molares permanentes de niños de 6 a 11 años desde el año 1991.

La obturación de los mismos queda reflejada en su catálogo de prestaciones como obturaciones simples en molares permanentes con financiación por parte del INSALUD. (124)

La comentada transferencia de competencias hacia la Comunidad riojana nos hace ver un futuro esperanzador y pleno de incógnitas en una Comunidad Autónoma en la que hay mucho trabajo por realizar partiendo de la necesidad de una encuesta epidemiológica a nivel regional.

La reciente edición del Decreto 111/2008 de cofinanciación de prestaciones ha supuesto para los niños riojanos de seis años la inclusión en una serie de actividades pese a la inexistencia de programas específicos de atención dental infantil como tales. (36)

### 3.5.18. COMUNIDAD VALENCIANA.

El **Programa de Salud Bucodental en la Comunidad**

**Valenciana** abarca a todos los niños desde el nacimiento

hasta los 14 años, formando parte del Programa de supervisión de Salud Infantil y de la mujer. A tal fin se estableció un protocolo pediátrico de salud bucodental destinado a las consultas de pediatría de Atención Primaria de salud. (163)



Este programa de salud bucodental en la comunidad valenciana del servicio de salud infantil y de la mujer agrupa las actividades que se llevan a cabo en los ámbitos sanitario (centros de salud, unidades odontológicas), docente y comunitario.

La atención integral de la salud infantil abarca la promoción de salud (educación para la salud), la prevención (detección precoz de riesgos, colutorios fluorados) y la atención específica de riesgos (sellados de fisuras...)

Como objetivo general del programa el programa se marca el mejorar el estado de salud bucodental a través de actividades de:

- Promoción de salud.
- Prevención de caries y enfermedad periodontal.
- Atención sanitaria.

El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana contempla algunos objetivos en materia de Salud Bucodental (prevalencia de caries a los 6 años inferior al 30%, índice CAOD a los 12 años menor de 2) a alcanzar en el año 2004. (164)

Desde el curso académico 1986/87 se estableció un programa de enjuagues fluorados con periodicidad semanal en la escuela para niños de Educación Primaria existiendo material educativo específico dental en las escuelas desde 1986, actualizado y ampliado en 1999 con Guías del profesorado, folletos para padres de alumnos y material didáctico para los escolares del primer ciclo de Primaria.

El trabajo que se viene realizando desde el año 1986 en los centros de salud de la Comunidad Valenciana, se centra en la aplicación de selladores de fosas y fisuras en molares permanentes (primero y segundo molar), para niños de 6 a 14 años no realizando ningún tipo de odontología restauradora.

Además de las actividades de educación sanitaria y colutorios fluorados semanales en los centros escolares, se realiza la revisión de la cavidad oral de los niños de 1º de Primaria.

Se han realizado varios estudios epidemiológicos en la Comunidad Valenciana (1987, 1998, 2004) acerca del estado de caries en la población infantil como reflejamos anteriormente en este mismo documento. (62)(64)(65)

**PROGRAMAS DE SALUD BUCODENTALES Y SISTEMAS DE ATENCIÓN  
EN ESPAÑA (CUADRO RESUMEN.)**

<b>COMUNIDAD AUTÓNOMA</b>	<b>PROGRAMAS PARA LA POBLACIÓN INFANTIL Y JUVENIL</b>	<b>MODELO Y AÑO DE COMIENZO</b>	<b>POBLACIÓN ADULTA</b>	<b>LEGISLACIÓN</b>
<b>ANDALUCÍA</b>	Prestación asistencial a la población de 6 a 15 años.	PADI 2002	Programa de atención a embarazadas. (Actividades preventivas.)	DECRETO 195/1985 de Atención Primaria de Salud.
	Programa de atención a discapacitados			Decreto 32/1985 fluoración de aguas potables.
	Programa de Promoción de la salud Bucodental en el ámbito escolar "Aprende a sonreír"			Decreto 15/2001 Consejo Asesor.  Decreto 281/2001 PADIA.
<b>ARAGÓN</b>	Programa de Salud Bucodental (1989)	PADI 2005	Programa de Atención a embarazadas	Orden de 28 de marzo de 2005 de PADI aragonés
	Programa de Atención			

	Dental infantil y juvenil de 6 a 17 años.			
<b>ASTURIAS</b>	Programa de Promoción de la Salud Bucodental en Asturias (Actividades preventivas y restauradoras.)		Programa de atención a discapacitados intelectuales.  Programa de atención a embarazadas	Real Decreto 63/1995  Decreto 111/2008
<b>BALEARES</b>	Programa de atención bucodental a la población infantil de 6 a 15 años	PADI 2005		Decreto 87/2005 de 29 de julio. PADI Balear
<b>CANARIAS</b>	Programa de Salud bucodental (1994)  Programa de atención dental infantil de 6 a 15 años.	PADI 2008	Programa de atención bucodental a embarazadas.	Boletín oficial de Canarias. Resolución del Servicio Canario de Salud de 11 de febrero de 2008.

<b>CANTABRIA</b>	<p>Plan de salud bucodental infantil de Cantabria de 6 a 14 años.</p> <p>Programa de ortodoncia.</p> <p>Programa de discapacitados.</p>		<p>Programa de atención a embarazadas (preventivo y restaurador)</p>	<p>Decreto 8/1990 de 9 de marzo centro de Liencres.</p> <p>Decreto 60/91 fluoración de aguas.</p> <p>Orden 3 de octubre de 2001 Ortodoncia.</p>
<b>CASTILLA LA MANCHA</b>	<p>Programa marco de salud escolar. 1992/93.</p> <p>Programa Dentobús.</p> <p>Programa de atención dental infanto-juvenil de 6 a 15 años.</p>	<p>PADI MIXTO 2005 (PÚBLICO-PRIVADO)</p>	<p>Programa discapacitados.</p>	<p>Decreto 273/2004 PADI.</p> <p>Decreto 34/2006 modificación del anterior.</p>
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	<p>Programa de salud bucodental.</p>	<p>PADI MIXTO 2004</p>	<p>Programa para tercera edad (&gt; 75 años),</p>	<p>Decreto 142/2003 de 18 de diciembre PADI y resto de programas.</p>

	1987  Programa de atención dental de 6 a 14 años.		embarazadas y discapacitados.	
<b>CATALUÑA</b>	Programa de salud bucodental. 1990.  Programa de enjuagues fluorados en las escuelas 1982.		Plan de salud de Cataluña  Tercera edad, coagulopatías seropositivos, centros penitenciarios y gestantes.	Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña 1990.
<b>CEUTA Y MELILLA</b>				DEPENDIENTES DE INGESA.
<b>EXTREMADURA</b>	Programa de salud bucodental escolar (1985/86)  Programa de	PADI 2005	Programa de atención dental a la población con discapacidad intelectual. (PADDI)	Decreto 30/1989 fluoración aguas.  Decreto 195/2004 PADIEX  Decreto 72/2003

	atención dental infantil 6 15 años			PADDI.
<b>GALICIA</b>	Programa gallego de salud bucodental en escuelas desde 1997 y en Atención Primaria desde 2002.		Programa para embarazadas	Ley de Ordenación Sanitaria de Galicia 7/2003
<b>MADRID</b>		PADI PREVISTO PARA 2008	Programas varios	Real Decreto 63/1995
<b>MURCIA</b>	Programa de Atención Dental Infantil 6 a 14 años.	PADI 2003		Decreto 86/1990 fluoración de aguas.  Orden 27 de marzo de 2002 PADI
<b>NAVARRA</b>	Programa de asistencia dental infanto-juvenil 6-18 años	PADI 1991	Programas para embarazadas, disminuidos psíquicos.	Decreto 58/1991 PADI.  Decreto 67/2003 PADI 18 años.
<b>LA RIOJA</b>	Programa de salud bucodental infantil 1992.			Real Decreto 63/1995.  Decreto 111/2008



	(6 a 16 años)			
<b>COMUNIDAD VALENCIANA</b>	<p>Programa de salud bucodental infantil 0-14 años.</p> <p>Programa de enjuagues fluorados en escuelas (1986/87)</p>			<p>Plan de Salud Comunidad Valenciana</p>
<b>PAÍS VASCO</b>	<p>Programa asistencial a la población de 6 a 15 años.</p>	PADI 1990		<p>Decreto 49/1988 fluoración de aguas.</p> <p>Decreto 118/1990 de 24 de Abril del PADI.</p> <p>Orden 2 de mayo de 1990.</p>

#### 4. EL PLAN DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL DE ANDALUCÍA.

El discurrir de la salud pública oral en Andalucía ha tenido una lenta evolución desde el año 1986 en que fueron transferidas las competencias en materia de salud desde la Administración central a la Junta de Andalucía y se puso en marcha un Programa específico de Salud Bucodental en el que se fijaron las siguientes líneas de actuación:

- Fluoración de las aguas de abastecimiento público (en poblaciones de más de 50.000 habitantes).
- Ampliación de las prestaciones en materia de salud dental, empezando por los escolares y priorizando medidas preventivas para disminuir la caries.
- Establecimiento de un programa de educación para la salud bucodental con especial incidencia en los centros educativos.
- Realización de estudios epidemiológicos para conocer la salud oral de los andaluces.

Si bien en un principio la desorganización era el punto más destacable de las dispares actividades que se realizaban en los centros de salud del Servicio Andaluz de Salud, poco a poco se han ido unificando criterios para una mayor equidad y cohesión de las actividades programáticas en lo que a salud oral se refiere. (124)

Tomando como base las experiencias del Plan de Atención Dental Infantil del País Vasco y de Navarra que dio unos excelentes resultados en la década de los 90 mediante Decreto 281/2001 se pone en marcha un ambicioso programa de salud bucodental dirigido a la población infantil. En concreto, el decreto regula

la prestación de asistencia dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía y toma en un principio el nombre de PADIA (Plan de Atención Dental Infantil de Andalucía.) (121)

El decreto toma como base el artículo 43 de la Constitución española que reconoce el derecho a la salud y otorga la competencia de la organización y tutela de la salud pública a los poderes públicos. (20)

El Estatuto de Autonomía para Andalucía confiere a la comunidad competencia en materia de sanidad e higiene, competencias transferidas desde la Administración Central desde 1985. (165)

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud contempla como medidas de salud oral toda una serie de prestaciones que ya fueron descritas con anterioridad. Tomando como referencia este Real Decreto 63/95 y en desarrollo del mismo se establece este plan de atención dental infantil con las siguientes características:

- Financiación Pública.
- Provisión Mixta.
- Implantación Progresiva.

La ley 2/1998 de 15 de junio de Salud de Andalucía en su título V considera el Plan de Salud como el marco de referencia y el instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud en el ámbito de Andalucía.

Así el II plan Andaluz de Salud establece objetivos concretos en salud bucodental potenciando las actividades de promoción de salud, preventivas y asistenciales de la población entre 6 y 15 años. (117)

Mediante Decreto 15/2001 de 23 de enero se crea un órgano de asesoramiento técnico de la Conserjería de Salud (Consejo asesor encargado del establecimiento de un programa de salud bucodental infantil) generando el decreto 281/2001 de regulación del PADIA. (120)

En este decreto 281/2001 se exponen las características del PADIA (121):

Se pretende garantizar asistencia dental básica y tratamientos especiales a las personas entre 6 y 15 años protegidas por el Sistema sanitario Público andaluz residentes en la Comunidad Autónoma de Andalucía, implantándose de forma progresiva o incremental, comenzando el 1 de enero del año en el que se cumplen los 6 años y finalizando el 31 de diciembre del año en el que cumplen los 15 años.

La asistencia dental básica comprende una **revisión anual**, con instrucción en normas de higiene, exploración de tejidos duros y blandos, reconocimiento de dentición permanente... Asimismo comprende el **sellado de fosas y fisuras** en piezas permanentes, la **obturación** de piezas definitivas si esta es necesaria o incluso la **exodoncia o tratamiento pulpar** de la pieza definitiva afecta a criterio del profesional mediante consentimiento formulado por escrito de los padres o tutores. (121)

Las tartrectomías y la exodoncia de piezas temporales también se recogen como asistencia dental básica no así el resto de tratamientos en dientes deciduos.

El decreto recoge asimismo una serie de **tratamientos especiales**, como son los trastornos del grupo incisivo-canino a causa de malformaciones y/o traumatismos previa conformidad expresa e individualizada por parte del titular

de la Delegación Provincial de Salud correspondiente, mediante la presentación de un informe clínico del dentista de cabecera, justificando la necesidad del tratamiento.

Quedan excluidos de manera expresa los tratamientos de ortodoncia con excepciones (fisura palatina, labio leporino o malformaciones esqueléticas) y los tratamientos por traumatismo del grupo incisivo-canino cuando exista un tercero obligado a responder por dicho tratamiento. También se excluyen de manera expresa los tratamientos reparadores en la dentición temporal.

El Sistema Sanitario Público atenderá a personas con **discapacidades físicas o psíquicas** no solo en los casos citados anteriormente sino incluso en los casos de maloclusiones severas precisando de tratamiento ortodóncicos, determinándose los criterios de atención por parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El Decreto cita la creación del “**dentista de cabecera**” como un dentista responsable de la salud buco-dental de todo aquel individuo incluido dentro del ámbito de aplicación de esta norma. Se tratará de un dentista perteneciente al Sistema Sanitario Público de Andalucía o del sector privado habilitado al efecto.

Anualmente los padres, tutores o responsables de las personas afectadas por este decreto, podrán elegir un dentista de cabecera (**libre elección**) entre cualquiera de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía o entre aquellos otros dentistas privados que a tal efecto hayan sido habilitados. Dicha habilitación se llevará a cabo en base a una serie de requisitos administrativos dictados por la Consejería de Salud.

El sistema de retribución de los profesionales privados habilitados como dentistas de cabecera, será mediante sistema capitativo (pago por paciente) para la cobertura de la asistencia dental básica y por tratamiento realizado para los casos de tratamientos especiales en base a un baremo determinado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Andalucía, por tanto, adopta el sistema de capitación para dar cobertura bucodental a los escolares. El *sistema capitativo* se basa en el pago al personal médico de una cantidad por paciente de una lista asignada. El principal problema suele ser la concentración de usuarios que utilizan el servicio con mucha frecuencia en algunas listas y las dificultades para cambio de médico. El usuario que conoce el sistema liberal se siente menos libre con la capitación. Sin embargo, el sistema permite controlar mejor el gasto sanitario a través del pago capitativo, y permite una correcta vigilancia de la salud comunitaria por un período mínimo de un año. (121)

La prestación de la asistencia dental básica comenzó con los niños nacidos en los años 1995 y 1996 en el año 2002 proyectándose que el programa se incrementaría año a año en cualquier caso al menos para los niños que cumplan los seis años de edad. Del mismo modo el titular de la Consejería de Salud, podría actualizar los contenidos de las distintas formas de asistencia dental previstas en el Decreto 281/2001, adaptándolos a las innovaciones técnicas o científicas y a las circunstancias objetivas que la experiencia aconseje mediante las disposiciones oportunas que pueda dictar a tal efecto. Lo que supuso que en Andalucía se trabajó en el año 2002 con las cohortes de 6-7 años con un total de 156.699 niños. Por último, el total de niños de 6 a 15 años cubiertos por el programa será en el 2009 de 766.442 niños según las estimaciones. (121)

Sin embargo al año siguiente, la **Orden de 26 de diciembre de 2002**, estableció para el año 2003 la población con derecho a la prestación asistencial dental básica y a los tratamientos especiales para los niños nacidos en los años 1994, 1995, 1996 y 1997. Así rompiendo con la filosofía del programa la Consejería de Salud extendió en un año por arriba y otro por abajo los individuos afectados por el decreto. Si el programa era incremental debían haberse aumentado las cohortes etarias de los que en el año 2003 hubieran cumplido los 6 años, sin embargo se añadió también los nacidos en el año 1994 que cumplían 9 años en el 2003. (166)

El decreto 281/2001 de 26 de diciembre se regula por la **Orden de 19 de marzo de 2002**, estableciéndose las condiciones esenciales de contratación de los servicios y fijando asimismo las tarifas. (167)

Dicha orden dispone como tratamientos especiales los siguientes:

- a) Apicoformación.
- b) Corona completa de metal noble-porcelana.
- c) Corona completa de porcelana.
- d) Corona provisional de acrílico.
- e) Endodoncia.
- f) Extracción de un supernumerario.
- g) Ferulización del grupo anterior.
- h) Gran reconstrucción. Se entiende como tal los siguientes tratamientos:
  - 1. Por traumatismo: La reconstrucción de una fractura de más de 1/3 de corona que ha requerido tratamiento endodóntico.

2. Por malformación: Reconstrucción completa de la corona con material estético.

i) Muñón metálico colado unirradicular.

j) Perno prefabricado intrarradicular.

k) Mantenedor de espacio.

l) Reconstrucción.

Se considerará como tal la reconstrucción, en el grupo anterior permanente, de lesiones debidas a traumatismos o malformaciones, excepto las incluidas en el apartado «gran reconstrucción».

m) Recubrimiento pulpar directo.

n) Reimplante dentario.

o) Sutura de tejidos blandos (se exceptúan las incluidas en alguno de los tratamientos anteriores).

Esta misma Orden constata que las personas afectadas por el decreto con discapacidades, serán atendidas por el personal del Servicio Andaluz de Salud y de las Empresas Públicas hospitalarias adscritas a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, no pudiendo ser objeto de contratación la asistencia dental de dichas personas con consultas o clínicas dentales privadas. (167)

La citada Orden precisa como tratamientos excluidos las exploraciones radiológicas y otros medios de diagnósticos aplicables a tratamientos excluidos en dicho precepto, así como cualquier intervención previa o necesaria para la realización de los mismos, tales como exodoncias, incluidas las intraóseas, para la realización de ortodoncia.



El PADA expone una serie de derechos y obligaciones para los dentistas de cabecera (tanto habilitados como contratados) como para los pacientes. (167)

Estos **derechos y obligaciones de los dentistas de cabecera** serán:

- a) A las **prestaciones económicas** establecidas en la Orden.
- b) A facilitar la mayor **flexibilidad horaria** posible en función de la organización de la consulta para favorecer la accesibilidad de los ciudadanos.
- c) A que, cuándo por las circunstancias del proceso dental sea necesario la administración de tratamientos farmacológicos, **remitan a los pacientes a su médico de cabecera** con un informe donde hagan constar, además del proceso clínico, los fármacos por principios activos.
- d) Deberá facilitar al usuario o representante legal informe correspondiente a la **asistencia recibida una vez finalizado cada proceso clínico**. Asimismo, bien personalmente o remitiéndolo a su domicilio habitual, copia por duplicado ejemplar de la historia clínica, en el caso en que lo soliciten o por cambio de dentista de cabecera, con objeto de dar continuidad al proceso asistencial dental y mantener los antecedentes clínicos del mismo.
- e) **No podrán rehusar a ningún paciente**. No obstante, podrán poner en conocimiento de la Delegación Provincial de Salud la concurrencia de

alguna de las siguientes circunstancias, quien, tras valorarlas, podrá autorizarles expresamente la denegación de la prestación de los servicios:

- Cuando el paciente **no acude de manera reiterada** y sin avisar a la cita concertada.

- Cuando, por motivo de no haber acudido periódicamente a la revisión dental anual, el paciente presenta un **nivel de patología dental más acusado**. En estos casos, la Delegación Provincial de Salud correspondiente, una vez valorada las circunstancias, podrá derivar al paciente a los profesionales del Servicio Andaluz de Salud.

f) A **participar en los cursos de formación continuada** que se determinen por la Consejería de Salud, según el artículo 7 del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre.

g) A que, en su caso, en las consultas o clínicas dentales con más de un dentista se hará constar, en el Talonario de Asistencia Dental Anual, los **datos del dentista de cabecera elegido** por el paciente.

h) Enviar a la Delegación Provincial de Salud correspondiente el informe clínico, acompañado de estudio radiológico cuándo sea necesario para el diagnóstico y tratamiento, por el que se propone la realización de cada tratamiento especial del artículo 3 del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre.

- i) A **atender en tiempo y forma**, a las demandas de procedimiento e información de la Delegación Provincial de Salud correspondiente.
- j) A **respetar la intimidad y a no discriminar en el acceso** y en la atención a los pacientes con cobertura pública, en relación a sus clientes privados.
- k) A **no ocasionar un perjuicio para la salud** del beneficiario o a la Administración, como consecuencia de la asistencia o de la no asistencia sanitaria.
- l) A **cumplir las normas básicas de calidad del proceso asistencial dental** que sean establecidas por la Consejería de Salud.

Por su parte los **pacientes** en virtud del **artículo 6** de la citada **orden** tendrán de igual forma una serie de **derechos y obligaciones** (167):

- a) A la **libre elección**, dentro del año natural y antes del mes de diciembre, de un dentista de cabecera, entre los dentistas del Servicio Andaluz de Salud o los dentistas privados habilitados por la Delegación Provincial de Salud correspondiente, mediante la presentación, al dentista de cabecera elegido, del Talón de Asistencia Dental Anual remitido por la Consejería de Salud. Esta elección tiene validez para todo el año al que corresponda el Talón de Asistencia Dental Anual, salvo por resolución expresa de la Delegación Provincial de Salud correspondiente.
- b) A la **igualdad en la atención**, sin más diferencias que las inherentes a la naturaleza propia del proceso asistencial.

- c) A **acudir a la consulta** o clínica dental de su dentista de cabecera cuantas veces lo necesiten a lo largo del año. En casos de urgencia, y por ausencia reglada de su dentista de cabecera, deberá acudir a los servicios de atención continuada o de urgencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
  
- d) A la **revisión anual y al tratamiento preventivo o conservador**, con consentimiento formulado por escrito de los padres o tutores en las exploraciones radiológicas intraorales para el reconocimiento de la dentición permanente y en los tratamientos pulpares y exodoncias en piezas permanentes.
  
- e) A los **tratamientos especiales**, previa conformidad expresa e individualizada de la Delegación Provincial de Salud correspondiente.
  
- f) A **acudir a las citas concertadas** con su dentista de cabecera.
  
- g) Los padres o tutores del paciente deberán **colaborar en las pautas de tratamiento** a seguir.

Para la habilitación de los dentistas privados debían cumplir los siguientes **requisitos** según el artículo 7 con Anexo I de esta Orden (167):

- a) Poseer la titulación de odontólogo o de estomatólogo que posibilite su actuación profesional de acuerdo a la normativa vigente.
- b) Estar colegiado en el Colegio profesional correspondiente.
- c) La consulta o clínica dental en la que vayan a prestar la asistencia dental del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, ha de disponer de:

- i. Autorización administrativa de funcionamiento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- ii. Reunir, además de los requisitos exigidos en el Decreto 416/1994, de 25 de octubre, por el que se establecen las condiciones y requisitos técnicos de instalación y funcionamiento de las consultas y clínicas dentales y laboratorios de prótesis dental, lo siguiente:
  1. Un aparato de ultrasonidos para tartrectomías.
  2. Una lámpara de polimerización, con una sola función, regulación de baja tensión con temporizador, lámpara para 120 W y conexión a la red de 220 V. Equipo de radiodiagnóstico para la realización de radiografías intraorales.
  3. Un vibrador para amalgama de plata.
- d) Participar en los cursos de formación continuada de contenido específico que sean organizados por la Consejería de Salud sobre la prestación asistencial dental establecida en el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre.

Por otro lado para la **contratación de los dentistas privados** según el artículo 8 deberá tenerse en cuenta lo siguiente (167):

- a) La contratación de dentistas privados habilitados como dentistas de cabecera será por **concurso público y abierto**. Excepcionalmente, y de acuerdo al artículo 159.2 del Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, se podrá contratar dentistas de cabeceras

directamente, siempre y cuándo cumplan los requisitos exigidos para los contratados por concurso público y abierto.

- b) Al igual que en el apartado anterior, se podrá contratar con consultas o clínicas dentales con **más de un dentista privado**, siempre que los odontólogos o estomatólogos, propuestos para la prestación asistencial dental, estén habilitados.
- c) La **duración del contrato** será de un año a partir del día siguiente al de su formalización.
- d) El contrato podrá **prorrogarse** por acuerdo expreso de las partes, por períodos anuales y hasta un máximo de cinco años, incluidas las prórrogas.
- e) Vencido el período de vigencia del contrato o el de cualquiera de sus prórrogas, o cuando se produzca cualquier otra causa de extinción del contrato, el contratista podrá ser obligado a continuar prestando el servicio, por razones de interés público y por un **máximo de un año**.
- f) Las consultas o clínicas dentales deben estar **ubicadas en el territorio de la Comunidad Autónoma Andaluza**.

Para el **abono de las retribuciones de las prestaciones de la asistencia dental** se considerará lo escrito en el **artículo 9** de la citada orden (167):

- a) Por el sistema de capitación conforme a la tarifa anual.
- b) Por unidad para los tratamientos especiales, según las tarifas.

Estos abonos serán efectuados por la Delegación Provincial de Salud correspondiente. Cuando la Delegación Provincial de Salud determine un cambio de dentista de cabecera, dentro del año natural de la prestación, ésta

resolverá si al primero se le detrae la retribución por capitación que haya recibido por el paciente.

Los dentistas de cabecera habilitados y contratados y las consultas o clínicas dentales contratadas facturarán mensualmente la actividad realizada en el mes anterior a la fecha de emisión de la factura. En el mes de diciembre, del año natural de la prestación asistencial dental, sólo serán facturados los tratamientos especiales realizados hasta el 10 diciembre debiéndose entregar la factura en la Delegación Provincial de Salud correspondiente antes del día 15 de dicho mes.

La Consejería de Salud desarrollará, de acuerdo al artículo 5.2 del Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, un Sistema de Información de Prestación Asistencial Dental (SIPAD) para la evaluación y seguimiento de la eficacia, eficiencia y calidad de la asistencia de las personas comprendidas en el ámbito de su aplicación. (121)

La Consejería de Salud velará por la calidad de las prestaciones asistenciales dentales contempladas en el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, y en la presente Orden, tanto de la asistencia dental básica como de los tratamientos especiales, verificándose, en su caso, a través de la Inspección Sanitaria de la Junta de Andalucía, el cumplimiento de las normas básicas de calidad del proceso asistencial dental, así como la correspondencia de éste con los tratamientos especiales autorizados y con el contenido de la cobertura de la asistencia dental básica.

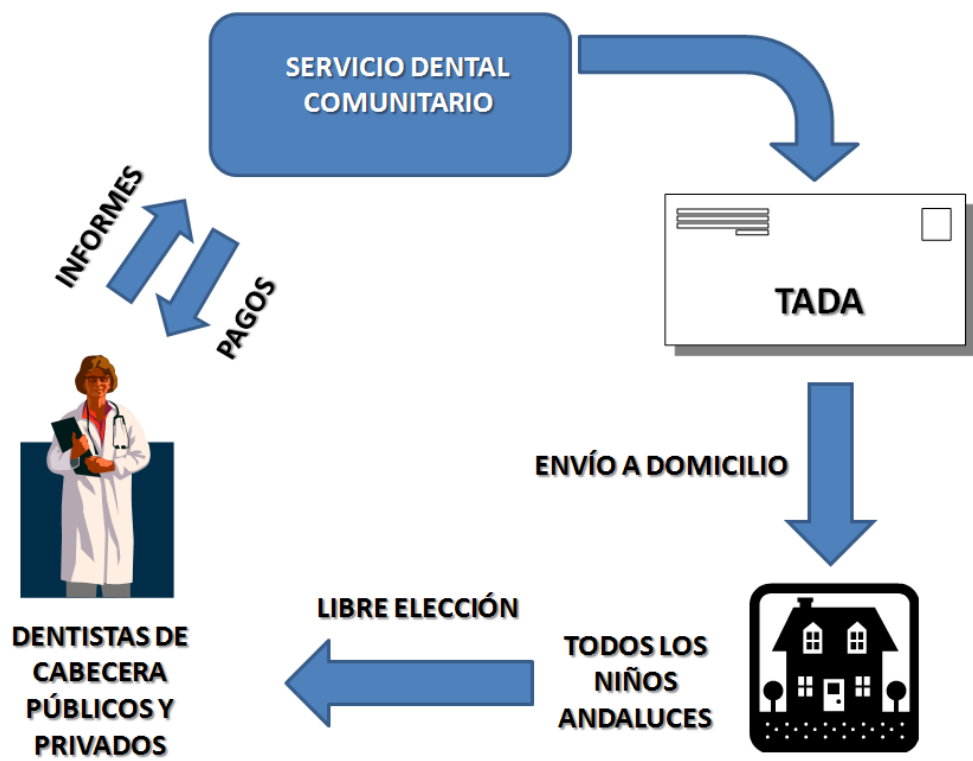
El incumplimiento por el dentista de cabecera habilitado y/o contratado, directamente o a través de una consulta o clínica dental, de las obligaciones que se le establecen y de los requisitos para la habilitación en los artículos 5 y 7 de esta Orden, puede dar lugar a la revocación de la habilitación otorgada y/o a la resolución del contrato, quedándose fijado en el artículo 13 de la orden tal afirmación. (167)

Mucho más recientemente mediante **Orden de 30 de octubre de 2006** se volvió a abrir nueva mesa de contratación para el concierto con consultas de clínicas dentales privadas, por procedimiento abierto y mediante concurso público, de los servicios de asistencia dental a la población comprendida entre 6 y 15 años de edad. El principal cambio acaecido para la apertura de un nuevo contrato entre las clínicas privadas y la administración sanitaria andaluza ha sido el de la **facturación telemática**, exigiéndose requisitos de conexión a través de internet y de equipamiento (ordenador personal y cámara fotográfica digital) para el procesamiento y gestión de las facturas y de los tratamientos especiales. Para evitar problemas de seguridad es necesario disponer de un Certificado digital expedido por la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre. (168)

El Sistema de Información de Prestación Asistencial Dental (SIPAD) es la aplicación informática que permite la gestión de la prestación, teniéndose acceso mediante la introducción del número TADA en el sistema a la Historia Clínica del paciente, solicitud de tratamientos especiales y gestión de facturas.



DIAGRAMA ORGANIZATIVO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL DE ANDALUCÍA(PADA).



# **INVESTIGACIÓN**

## **5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **5.1 JUSTIFICACIÓN.**

Andalucía, como nacionalidad histórica y en el ejercicio del derecho de autonomía que reconoce la Constitución Española del año 1978, se constituye en comunidad autónoma en el marco de la unidad de la nación española y conforme al artículo 2 de la Constitución. (20)

El Estatuto de Autonomía para Andalucía admitido en su última reforma por las Cortes Generales en sesión plenaria celebrada el día 20 de diciembre de 2006 y sometido a referéndum y aprobado con fecha 18 de febrero de 2007 garantiza el derecho constitucional previsto en el artículo 43 de la Constitución Española a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal. (165)

Este estatuto en sus artículos 13.21 y 20.1, confiere a la Comunidad Autónoma de Andalucía competencia exclusiva en materia de sanidad e higiene, sin perjuicio de lo que establece el artículo 149.1.16ª de la Constitución, así como el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior. (165)

La organización, el funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios se asumen como competencias exclusivas en el artículo 55 del Estatuto de Autonomía de Andalucía.

Por tanto la descentralización administrativa del Estado por medio de la transferencia de las competencias en el ámbito de la sanidad ha originado que Andalucía cuente con programas de salud en diversos aspectos sanitarios con características propias y diferenciadoras.

El II Plan Andaluz de Salud contenía objetivos concretos en materia de salud bucodental y para su consecución la Consejería de Salud potenció las actividades de promoción de la salud, preventivas y asistenciales en la población comprendida entre los 6 y 15 años. (117)

Bajo este marco legal, el Programa de Atención Dental Infantil de Andalucía (PADA) surge en el año 2002 mediante el Decreto 281/2001 para dar cobertura sanitaria bucodental a los niños andaluces comprendidos entre 6 y 15 años. (121)

Para todo programa de salud es exigible una evaluación del mismo que, al menos, debería ser quinquenal incluyendo: estudios epidemiológicos de estado de salud, grado de satisfacción de los pacientes (usuarios externos), grado de percepción de los profesionales (usuarios internos) y grado de utilización de los servicios.

Se pretende con el presente trabajo analizar la implementación de este programa y conocer el punto de vista de los profesionales que en él participan tras haber transcurrido varios años desde su comienzo. Tiempo suficiente para poder analizar con cierto rigor los puntos débiles y fuertes del programa así como el grado de satisfacción de los profesionales implicados en él.

## 5.2 PROBLEMA Y OBJETIVOS.

La investigación pretende dar respuesta a una pregunta genérica que hipotéticamente se pudiera plantear cualquier profesional o entidad que quisiera conocer el funcionamiento del Plan Dental Infantil de Andalucía:

*¿Cuál es la opinión de los profesionales acerca del funcionamiento del PADA?*

Para dar respuesta a esta pregunta se ha realizado, como marco teórico de la cuestión, una descripción de la situación de la salud pública oral en España y del programa PADA. Para esta última ilustración nos basaremos, tras haber expuesto la legislación que lo regula, en la información obtenida directamente del contexto de los profesionales que intervienen en el programa PADA, centrándonos en la experiencia de los mismos en este sentido. El **propósito de la investigación** podría quedar expresado de la siguiente forma:

*Conseguir descripciones ágiles, casi de tipo periodístico, que narren con detalle y profundidad las características del desarrollo del programa PADA en la provincia de Sevilla desde el punto de vista de los profesionales implicados.*

De acuerdo con este propósito general podemos definir el **problema de la investigación** que sería:

*“Describir la implementación que se viene haciendo del Plan de Atención Dental Infantil de Andalucía, analizando las perspectivas de los profesionales acerca del mismo.”*

Los **objetivos** de la investigación son los siguientes:

**Objetivos Generales:**

- Conocer la percepción de los profesionales acerca del programa PADA.
- Proporcionar los resultados de la investigación a las autoridades sanitarias para la optimización del programa PADA.

**Objetivos específicos:**

- Conocer el grado de satisfacción de los dentistas implicados en el programa PADA.
- Establecer el grado de accesibilidad al programa PADA tanto de los profesionales como de los niños encuadrados en el mismo.
- Determinar el grado de información recibida y percibida por los odontólogos y estomatólogos participantes en el programa PADA.
- Conocer el grado de percepción de la rentabilidad del programa PADA por parte de los profesionales en él implicados.
- Estipular el grado de calidad de la gestión administrativa del PADA en base a las opiniones de los dentistas.
- Fijar el grado de cobertura (amplitud) de los servicios ofertados por el PADA.
- Identificar posibles diferencias entre el impacto que sobre la atención bucodental tiene el PADA en la red de salud pública y en las consultas privadas.

Como puede deducirse de estos objetivos, el enfoque es predominantemente inductivo, no existiendo hipótesis previas que deban ser confirmadas y que condicionen el proceso a desarrollar. En lugar de ello, sólo partimos de una hipótesis motivadora o generatriz, en tanto que su función no es condicionar las fases ulteriores del estudio, sino más bien sugerir un punto de inicio sobre el que generar descripciones exhaustivas. Dicha hipótesis generatriz queda formulada en los siguientes términos:

*El Plan de Atención Dental Infantil de Andalucía (PADA), ha supuesto un cambio en la forma de tratar a los pacientes al corresponderse con un sistema mixto (público-privado) de capitación (pago por paciente), frente a los modelos tradicionales de atención tanto públicos como privados de forma exclusiva. Del mismo modo ha generado por sus fases de implantación y desarrollo reacciones de diversa índole entre los profesionales que han debido adaptarse a los cambios de forma rápida.*

Teniendo en cuenta los objetivos formulados y la hipótesis que sirve como guía al estudio, se han planteado una serie de temas o aspectos concretos sobre los que se centra la descripción de la opinión de los profesionales. A modo de variables a estudiar, estos aspectos serían los siguientes:

a) Información:

1. Información recibida por los profesionales.
2. Información recibida por los pacientes.
3. Burocracia (gestión de la información.)

b) Tratamientos

1. Asistencia dental básica
2. Tratamientos especiales

c) Beneficios

1. Económicos.

2. Indirectos.

d) Evaluación.



### 5.3 ENFOQUE METODOLÓGICO.

Para el desarrollo de este trabajo se ha adoptado un diseño de investigación en el que se combinan metodologías cuantitativas y cualitativas. Concretamente, se ha seguido una estrategia de **integración metodológica**, recurriendo a métodos de encuesta y a entrevistas grupales. Con el uso de ambos tipos de procedimientos, se ha pretendido llegar a conclusiones convergentes, que se vigorizan mutuamente y permiten incrementar nuestra confianza en la validez de los resultados. Las técnicas que se han utilizado son las siguientes:

- Como procedimiento cuantitativo, en este trabajo se han empleado los **métodos de encuesta**, que implican el planteamiento de una serie de cuestiones a un colectivo amplio de sujetos, cuyas opiniones, puntos de vista o experiencias interesa conocer. En concreto se ha empleado un cuestionario administrado a una muestra representativa de profesionales participantes en el PADA en la provincia de Sevilla. (ANEXO I)
- Entre los procedimientos cualitativos, se ha recurrido a la formación de **grupos de discusión** entre profesionales a través de las cuales es posible profundizar en las experiencias y los puntos de vista de los sujetos que participan en los contextos estudiados. Concretamente se han elegido profesionales del sector público, privados concertados con y sin experiencia para evaluar el desarrollo del PADA en la provincia de Sevilla.

#### 5.4 POBLACIÓN ESTUDIADA Y SELECCIÓN DE SUJETOS.

La **población objeto de estudio** engloba a la totalidad de dentistas de la provincia de Sevilla que lleven a cabo en sus consultas la prestación asistencial infantil del programa PADA. En concreto y según los datos publicados hay cuarenta y un dentistas que trabajan en los Centros de Salud de la red asistencial pública andaluza en la provincia de Sevilla que llevan a cabo el programa PADA y doscientos cincuenta y seis dentistas privados que han concertado la habilitación de sus clínicas para llevar en ellas las acciones del PADA. (169)

Para la captación o **selección de los sujetos** que respondieron al **cuestionario** se accedió a ellos a través de los cursos de formación que el PADA realiza anualmente y a los que es de obligado cumplimiento la asistencia.

Se obtuvieron un total de 132 encuestas en los cursos realizados.

Se prefirió este sistema de captación frente a la llamada telefónica a las consultas de los profesionales o el envío de las mismas por correo ordinario. De esta manera nos asegurábamos que serían los propios profesionales los que respondieran al mismo.

La **selección de los sujetos** que formaron parte de los **grupos de discusión** en las dos sesiones que se llevaron a cabo, se realizó de una forma dirigida, escogiendo a ocho profesionales para cada grupo con y sin experiencia, del sector público y del sector privado, especialistas en ortodoncia y odontopediatría o no, que trabajaran en la capital o en la provincia de Sevilla tratando de abarcar

de este modo las diferentes opiniones que pudiéramos encontrar en función de las variables que valorábamos en un principio.

## 5.5 RECOGIDA DE DATOS.

La recogida de información acerca de las opiniones de los profesionales sobre el PADA se ha apoyado en las técnicas anteriormente expuestas y que han permitido acceder al punto de vista de los diferentes participantes en este programa asistencial infantil. Los procedimientos utilizados durante el trabajo de campo han sido los siguientes:

### a) **Cuestionario:**

El cuestionario empleado en el estudio se ha dirigido a los profesionales inscritos en el PADA de la provincia de Sevilla. El cuestionario facilita la recogida de información de colectivos amplios, planteando por escrito una serie de preguntas acerca del tema objeto de estudio. Es posiblemente la técnica más utilizada en la investigación social, permitiendo obtener las opiniones de un elevado número de sujetos con un relativo bajo coste. Tenía como propósito recoger opiniones de los profesionales sobre el PADA. Un ejemplar del mismo está en el ANEXO I.

La muestra invitada a responder al mismo constituida por todos los profesionales del PADA de la provincia de Sevilla asistentes a los cursos de formación organizado por la Delegación Provincial del PADA en Sevilla en noviembre del año 2005. A fin de garantizar un porcentaje alto de respuestas, el cuestionario fue administrado a través de un encuestador que realizó una aplicación colectiva del mismo, acudiendo al aula en el que se encuentran los dentistas distribuyendo

el cuestionario y esperando a que fuera respondido para recogerlo de nuevo. El total de respuestas obtenidas ascendió a 132.

**b) Grupos de discusión:**

Se trata de una estrategia dirigida a la producción de un discurso a través de la discusión mantenida por un grupo de entre ocho y doce sujetos que son reunidos durante una hora y media o dos horas para debatir acerca de un tema propuesto por el moderador. La idea de base es que los sujetos se muestran más predispuestos a revelar sus opiniones y experiencias cuando se sienten entre iguales. Dado el clima permisivo y no directivo en que se desarrolla la discusión de grupo, los participantes en la misma expresan preocupaciones, opiniones, experiencias y actitudes de manera libre, sin limitaciones impuestas por las preconcepciones del científico, como puede ocurrir en cuestionarios o entrevistas. (170)

En el presente estudio se planteó la celebración de dos grupos de discusión. En su composición se ha asegurado la homogeneidad, que se encuentra entre los rasgos que definen a esta técnica. Precisamente el sentirse entre sujetos de la misma “clase” hace que los participantes se encuentran cómodos en el grupo y crea el contexto adecuado para que se discutan abiertamente los temas planteados. Sin embargo, un grupo estrictamente homogéneo produciría un discurso pobre y redundante. De ahí que junto al criterio básico de homogeneidad en la composición, hayamos introducido cierta heterogeneidad que favorezca la generación del discurso. Así, se buscaron profesionales de distinta edad y

experiencia profesional y de diferentes contextos (sector público o privado y desarrollo de su labor profesional en el ámbito rural o urbano.) (171)

Ambos grupos de discusión se celebraron en el mes de mayo de 2008. Al convocar las reuniones, los sujetos participantes fueron informados de que asistirían a una reunión en la que se debatirían temas relacionados con el PADA. En este momento se eludió precisar con mayor detalle el tema de la discusión, tratando de evitar que los participantes acudieran a la reunión con posturas u opiniones prefabricadas.

Una vez reunidos los sujetos que fueron convocados, se planteó el tema sobre el que se discutiría. Junto al tema general, el moderador contaba con un listado de aspectos que podrían ser sugeridos en caso de que la discusión se agotara o que el tiempo de la reunión se acabara sin que hubieran sido abordados. Estos aspectos coinciden con las dimensiones fundamentales consideradas en el estudio.

El papel del investigador como moderador del grupo fue el de plantear el tema y catalizar la producción del discurso deshaciendo bloqueos y procurando que se mantuviera dentro del tema planteado. Las discusiones ocuparon un espacio en torno a hora y media. Fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas textualmente, a fin de proceder a su análisis. (La transcripción de estos grupos está disponible en los ANEXOS II y III.)

## **5.6 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS.**

Como resultado de la utilización de los procedimientos de recogida de los datos mencionados en el apartado anterior, se acumularon dos tipos de información: datos cualitativos y datos numéricos. Los datos cualitativos serán en este caso las transcripciones de los discursos de grupo. Los datos numéricos proceden de parte de las preguntas incluidas en los cuestionarios dirigidos a los dentistas, que se plantearon a modo de escalas en las que los sujetos expresan respuestas que son codificables numéricamente y susceptibles de tratamiento cuantitativo.

La información cuantitativa, expresada en forma de números, ha sido analizada mediante tratamiento estadístico. Un análisis descriptivo básico (frecuencias, porcentajes y medias) y algunos estudios comparativos en función de variables relevantes se han llevado a cabo. Para la realización de estos análisis hemos recurrido al paquete estadístico SPSS, en su última versión 14.0 con licencia de la Universidad de Sevilla.

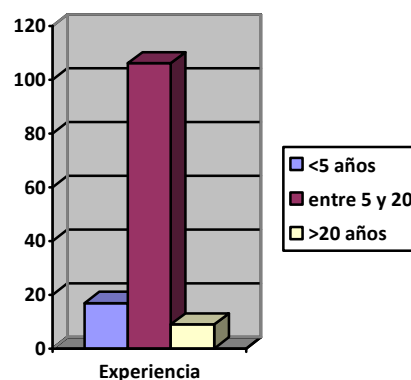
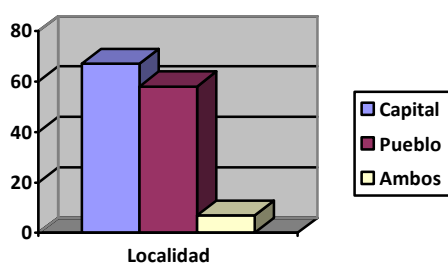
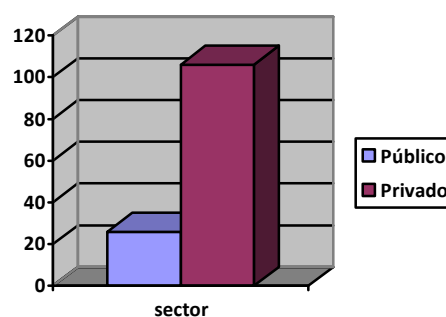
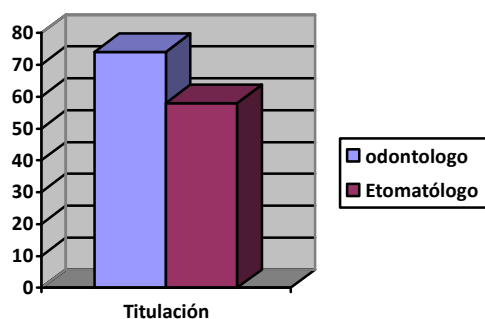
Como producto del análisis de datos cualitativos se ha generado un informe narrativo, conteniendo una descripción copiosa, abundante en detalles, sobre la opinión de los profesionales acerca del PADA. En este informe se han integrado los resultados del análisis cuantitativo, que vienen a confirmar o complementar los hallazgos a los que llegamos desde la metodología cualitativa que juega un papel fundamental en este estudio.

## 6. RESULTADOS.

El cuestionario fue respondido finalmente por un total de 132 profesionales que, como hemos dicho con anterioridad fueron captados en varios de los cursos de formación que son de obligado cumplimiento dentro de los derechos y obligaciones de los dentistas adscritos al PADA.

Se encontraron los siguientes resultados: Por titulación de los 132 profesionales, 74 eran odontólogos y 58 estomatólogos. Por sector en el que trabajan 26 lo hacían en el sector público y 106 en el privado. Por localidad de trabajo 67 trabajaban en la capital sevillana, 58 en los pueblos y 7 en ambos contextos.

Y por último en cuanto a la experiencia profesional 17 dentistas tenían menos experiencia de 5 años, 106 entre 5 y 20 años de trabajo como dentista y 9 con más de 20 años de experiencia profesional. Todo ello lo podemos ver de forma gráfica a continuación.





## **6.1. Descripción de las opiniones sobre el PADA.**

En este punto se expone un análisis de las opiniones obtenidas en base a los datos del cuestionario y se amplía la información ofreciendo testimonios de los grupos de discusión para así establecer en una síntesis los principales resultados a los que hemos llegado en virtud a este análisis.

Las preguntas de la encuesta se han agrupado en función a los temas de los que, siguiendo el decreto 281/2001 de creación del programa de atención dental infantil de Andalucía (PADA), hemos querido obtener las opiniones de los facultativos y que se corresponden con las variables que se han expuesto anteriormente. En concreto se trata de los siguientes temas:

- Información recibida por los dentistas (preguntas 1 y 12.)
- Trámites burocráticos para la contratación y desarrollo del PADA (preguntas 2, 3 10 y 20.)
- Asistencia Dental Básica (preguntas 4, 7 y 22.)
- Tratamientos especiales (preguntas 5, 6 y 9.)
- Sector público y sector privado (dentistas concertados) (preguntas 8 y 11.)
- Información recibida por los pacientes (preguntas 13 y 14.)
- Beneficios para la consulta del PADA (preguntas 15, 16 y 17.)
- Factores económicos (preguntas 18 y 19.)
- Evaluación del PADA (preguntas 21, 23, 24 y 25.)

En la tabla 4 y la figura 15 podemos ver la totalidad de las preguntas agrupadas por temáticas y los valores de las medias de las respuestas obtenidas en cada una de las preguntas.

De forma global las opiniones de los dentistas encuestados sobre los enunciados en los que se trata de englobar una opinión general sobre el programa son **medio-bajas** (valores por debajo de tres en la mayoría de los casos) considerando las opiniones con un valor mínimo de uno y un valor máximo de cinco.

Las mayores puntuaciones han sido para la **pregunta número 7**, para la **número 6** y para la **número 11**. En todos estos casos el valor de la media ha sido superior al cuatro con lo que podemos concluir que la mayoría de los encuestados está de acuerdo con lo afirmado en dichas preguntas. De forma mayoritaria los dentistas consideran que con el PADA puede haber subtratamiento en dientes permanentes (4,11 de media sobre un máximo de 5) y que al no ser la endodoncia un tratamiento especial, puede haber un aumento de exodoncias de dientes permanentes de forma prematura a causa del PADA (4,43 de media.) Del mismo modo, de forma mayoritaria, los dentistas que respondieron están a favor de la derivación de los pacientes problemáticos al sector público (4,12 de media.)

Analizando por grupos las medias de las preguntas podemos decir que las opiniones más positivas hacen referencia al grupo de cuestiones que versa sobre los beneficios que el PADA ha generado para la consulta (**ítems 15, 16 y 17**) con unas medias que superan el valor medio de tres en cada uno de los casos (3,39 para la pregunta 15; 3,47 para la 16 y 3,58 para la pregunta número 17.)

Valores muy bajos en las medias que indican una opinión desfavorable con respecto a lo preguntado (por debajo de una puntuación de 2) se han dado en siete de las veinticinco cuestiones sometidas a análisis.

Podemos afirmar que los profesionales encuestados no consideraron fáciles los trámites burocráticos de ingreso en el PADA (**ítem 3** con un 1,7 de media) ni operativo el programa informático SIWACKS para la gestión informática del programa PADA (**ítem 20** con una media de 1,69.)

Ligado con lo que se contestaba en la pregunta número 6 los encuestados contestan de forma negativa esta vez a la **pregunta número 5** logrando una puntuación de 1,34 de media al respecto la no inclusión de la endodoncia como tratamiento especial. Los encuestados no están de acuerdo con la no inclusión de la endodoncia como tratamiento especial.

La información recibida por los pacientes también recibe una valoración negativa por parte de los profesionales (**ítem 14** con 1,78 de media.)

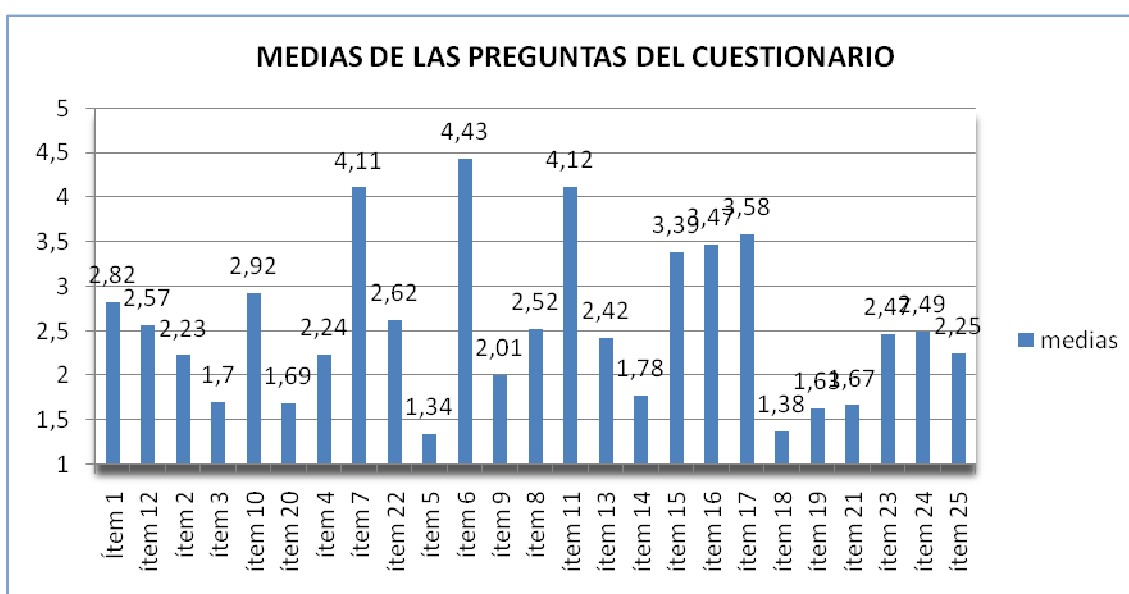
El grupo de preguntas que notoriamente recibe la evaluación más baja sin lugar a dudas es el referido a la cuestión económica del programa dental infantil (**ítems 18 y 19**). Las puntuaciones de las respuestas nos dan las medias de valores más bajos tanto para la cuantía monetaria percibida por paciente tratado (1,38 de media) como por los tratamientos especiales (1,68.)

La última pregunta a la que los encuestados respondieron de forma notoriamente negativa hace referencia a la evaluación del PADA (**ítem 21**) de manera que podemos afirmar de las respuestas obtenidas que los dentistas encuestados no estiman que la Administración someta al PADA a una correcta evaluación (1,67 de media.)

<b><u>ENUNCIADO DE LA PREGUNTA</u></b>		<b>MEDIA DE LAS OPINIONES (mínimo 1 máximo 5)</b>
		(X)
<b>Información</b>	<b>i1</b> He recibido suficiente información (PADA) antes de ser contratado/ habilitado	<b>2.82</b>
	<b>i12</b> Conozco ampliamente mis derechos y obligaciones como profesional con relación al PADA	<b>2.57</b>
<b>Burocracia</b>	<b>i2</b> El PADA ha cumplido con los plazos de inicio, puesta en marcha, y desarrollo del mismo tal y como se había anunciado.	<b>2.23</b>
	<b>i3</b> Los trámites burocráticos para la contratación al PADA resultaron fáciles de seguir.	<b>1.7</b>
	<b>i10</b> La Delegación Provincial ha aceptado los informes que he presentado por los tratamientos especiales tal y como se indica en el Decreto.	<b>2.92</b>
	<b>i20</b> El programa informático de gestión de los pacientes-usuarios del programa funciona correctamente.	<b>1.69</b>
<b>Asistencia dental básica</b>	<b>i4</b> Estoy de acuerdo con la asistencia dental básica ofertada por el PADA (sin tener en cuenta la parte económica.)	<b>2.24</b>
	<b>i7</b> Considero que el PADA hace que pueda haber subtratamiento en piezas permanentes.	<b>4.11</b>
	<b>i22</b> El tipo de prestaciones que cubre el PADA me parece suficiente.	<b>2.62</b>
<b>Tratamientos especiales</b>	<b>i5</b> Veo adecuado no incluir la endodoncia como tratamiento especial.	<b>1.34</b>
	<b>i6</b> Considero que lo reseñado en la pregunta nº 5 puede causar un aumento desmesurado de las exodoncias prematuras de dientes permanentes.	<b>4.43</b>
	<b>i9</b> Estoy de acuerdo con los tratamientos especiales ofertados por el PADA (sin mencionar la cuestión económica.)	<b>2.01</b>
<b>Público vs Privado</b>	<b>i8</b> Considero mejor tratados a los usuarios del PADA en el sector público que en clínicas privadas concertadas.	<b>2.52</b>
	<b>i11</b> Considero adecuado que determinados pacientes (problemáticos, discapacitados...) sean tratados dentro del Sistema Sanitario Público.	<b>4.12</b>
<b>Información pacientes</b>	<b>i13</b> He sido informado/a ampliamente sobre los derechos y obligaciones del paciente con relación al PADA	<b>2.42</b>
	<b>i14</b> Los pacientes han sido informados por la Administración sobre sus derechos y obligaciones con relación al PADA.	<b>1.78</b>
<b>Beneficios para la consulta</b>	<b>i15</b> Los pacientes han mejorado con el PADA su acceso (tanto geográfico como social) al odontólogo.	<b>3.39</b>
	<b>i16</b> El PADA tiene como beneficio indirecto el tratamiento de familiares del niño tratado.	<b>3.47</b>
	<b>i17</b> El PADA ha hecho aumentar los pacientes en mi consulta.	<b>3.58</b>

<b>Economía</b>	<b>i18</b> Las retribuciones económicas por paciente tratado me parecen correctas.	<b>1.38</b>
	<b>i19</b> Las retribuciones económicas por tratamientos especiales, me parecen correctas.	<b>1.63</b>
<b>Evaluación</b>	<b>i21</b> El PADA está sometido a una correcta evaluación por parte de la Administración.	<b>1.67</b>
	<b>i23</b> Considero que el PADA está manteniendo eficazmente la salud bucodental de los usuarios pacientes	<b>2.47</b>
	<b>i24</b> En general, estoy satisfecho/a con el PADA puesto en marcha por el Servicio Andaluz de Salud.	<b>2.49</b>
	<b>i25</b> Recomendaría la participación en el PADA a otros compañeros.	<b>2.25</b>

**Tabla 4 con la totalidad de preguntas del cuestionario, agrupadas por temática con las medias de las respuestas obtenidas**



**Figura 15. Diagrama de barras de las medias para cada uno de los ítems preguntados en el cuestionario.**

### **6.1.1. Información General de los profesionales sobre el Programa.**

En este primer punto se encuesta sobre la información recibida del Programa de Atención Dental Infantil de Andalucía. Se ha dividido la recepción de la información por parte de los profesionales y, en un segundo punto a estudiar que expondremos con posterioridad, por parte de los pacientes desde el punto de vista de los profesionales.

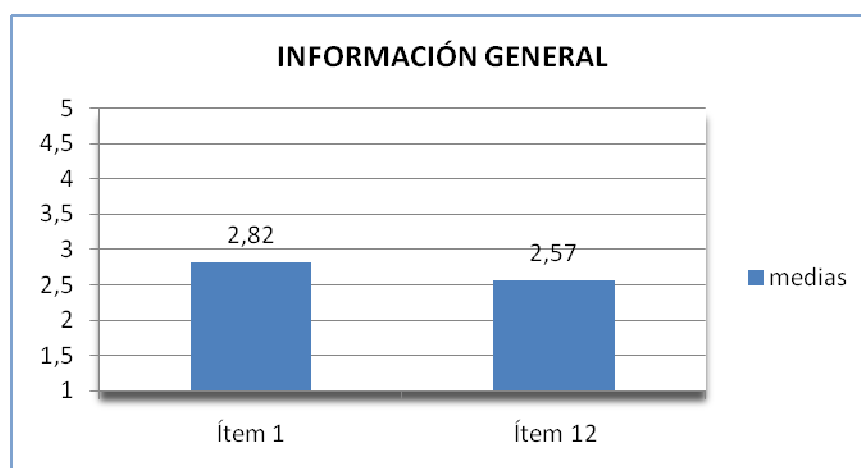
Durante la génesis, estructuración y puesta en marcha del programa dental infantil (donde por primera vez en la historia de la salud pública oral en Andalucía se creó mediante el Decreto 15/2001 de 23 de enero un Consejo Asesor de Salud Bucodental de forma expresa para la estructuración del PADA) fue extensa y diversa la información que entre los profesionales iba circulando acerca de la inminente creación del programa. Muchas veces la información era equívoca y no suficientemente bien contrastada. Determinados anuncios en prensa especializada anunciaban una fecha de inicio que no llegaba a producirse, una asistencia dental básica diferente de la que llegó a ofrecerse o incluso desde la Administración se planteaban edades de inicio y finalización de la prestación diferentes. (172) (173) En un programa de estas características donde existe un sistema de financiación mixto, los profesionales que van a participar en el mismo deben recibir de forma clara y precisa toda la información relevante al programa. Es por ello por lo que en el cuestionario se ha querido preguntar de forma directa por la información que recibieron cuando se inició el programa y acerca de su conocimiento sobre los derechos y obligaciones por haber contratado (en el caso de ser dentistas concertados) o por estar incluidos (en los dentistas del sector público) en el programa dental infantil.

Los resultados que se obtuvieron de la encuesta quedan reflejados en la tabla 5 y nos muestran una distribución por porcentajes al respecto de las dos preguntas del cuestionario donde se requiere la respuesta acerca del tema de la información recibida acerca del PADA, así como la media ( $X$ ) del resultado de la encuesta.

En la figura 16 también observamos una comparativa de las medias de los resultados obtenidos acerca de estos dos ítems del cuestionario.

ITEM	Porcentajes					X
	1	2	3	4	5	
í1 He recibido suficiente información (PADA) antes de ser contratado/ habilitado	11.4	36.4	37.1	14.4	0.8	2.82
í12 Conozco ampliamente mis derechos y obligaciones como profesional con relación al PADA	16.9	26.2	23.8	24.6	8.5	2.57

**Tabla 5. Frecuencias y medias para los ítems relativos a información General sobre el PADA**



**Figura 16: Diagrama de barras para las medias en los ítems relativos a información general sobre el PADA.**

De los resultados obtenidos acerca de la información recibida del programa antes de ser contratados o habilitados, los dentistas manifiestan no haber sido muy bien informados al inicio del programa. Los mayores porcentajes de respuestas tienen valor dos o tres (36,4% y 37,1% respectivamente) constatándose tan sólo un porcentaje ínfimo (0.8%) que se muestra completamente de acuerdo con la sentencia del **ítem 1**. Esta aseveración queda asimismo reafirmada por la información obtenida en los grupos de discusión. Así, ha habido profesionales que han subrayado la cantidad de requisitos exigidos a la hora de formalizar la vinculación al programa, si bien se desconocían las razones y la finalidad de este tipo de trámites. Concretamente, los participantes se expresaron en los términos siguientes:

*“...en cuanto a la contratación se pidieron muchísimos papeles y uno no sabía bien por qué y para qué pero siempre el personal de la Junta intentaba facilitar el trabajo para hacerlo efectivo...”* (Grupo de discusión 1)

Se ha llegado a afirmar el desconocimiento sobre el programa en el momento de la contratación, a pesar de los esfuerzos realizados para clarificar los términos del mismo por medio de consultas realizadas a los responsables administrativos del mismo. La falta de información ha podido llevar a tomar decisiones poco fundamentadas, de las que incluso ahora algunos se muestran arrepentidos.

*“... me di de alta con muchas dudas no sabía nada ni en qué consistía el programa realmente, llamaba y hablaba mucho con Delegación y bueno ya estoy dentro pero no me tendría que haber metido...”*(Grupo de discusión 2)



La poca información proveniente de fuentes oficiales se ha visto suplida en ocasiones con el recurso de consultar a compañeros que trabajan con planes similares en otros contextos autonómicos. Esta idea queda reflejada en la siguiente cita textual, en la que es subrayada nuevamente la falta de información, y además, se expresa uno de los motivos que podrían haber llevado a una buena parte de los profesionales del sector privado a participar en el PADA a pesar de no conocer exactamente en qué iba a consistir esa participación.

*“... yo entré porque un compañero del País Vasco me dijo que a él le resultaba rentable y que el programa que iban a hacer aquí era el mismo. Le pregunté a este compañero si le habían pedido tantos papeles y me dijo que sí. Yo no lo tenía nada claro pero si entré fue porque creía que iba a ser una fuente de entrada de pacientes, aunque como no sabía perfectamente de qué iba podría haber sido cualquier cosa...”* (Grupo de discusión 2)

Con todo lo expuesto se corroboran los datos del cuestionario: no había mucha información sobre el PADA entre los profesionales antes de su puesta en marcha.

Con respecto a la **pregunta número 12** de la encuesta, sobre el conocimiento de los derechos y obligaciones de los profesionales, tenemos una polarización en las respuestas. Por un lado tenemos un porcentaje del 16.9% de respuestas catalogadas como muy en desacuerdo y un 26,2 % en desacuerdo y por otro lado en la misma pregunta hay un porcentaje de profesionales que dicen poseer un gran conocimiento de sus derechos y obligaciones, constatándose un 8.5 % de dentistas que están muy de acuerdo con que han recibido mucha información al respecto y un 24,6% que dice estar de acuerdo con tal aseveración.

### **6.1.2. Trámites burocráticos de funcionamiento del PADA.**

El segundo punto se refiere a los trámites burocráticos que hacen referencia a permisos, licencias y contratación para permitir que los dentistas accedieran a entrar al Programa.

En un programa de las características del que estamos sometiendo a análisis, con una participación mixta de administración autonómica y entidades privadas, desde un punto de vista legal es importante y absolutamente necesario el cumplimiento de toda una serie de reglamentación jurídica a la hora de establecer contratos que vinculen durante un tiempo determinado a ambas partes. Es por ello por lo que el PADA solicitó desde su inicio una serie de requisitos necesarios para la contratación. Así eran necesarios (orden 19 de marzo de 2002) (167):

- Poseer la titulación de odontólogo o de estomatólogo que posibilitara su actuación profesional de acuerdo a la normativa vigente.
- Estar colegiado en el Colegio profesional correspondiente.
- La consulta debía disponer de:
  - Autorización administrativa de funcionamiento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
  - Reunir, además de los requisitos exigidos en el Decreto 416/1994, de 25 de octubre, por el que se establecen las condiciones y requisitos técnicos de instalación y funcionamiento de las consultas y clínicas dentales y laboratorios de prótesis dental, lo siguiente:
    - Un aparato de ultrasonidos para tartrectomías.

- Una lámpara de polimerización, con una sola función, regulación de baja tensión con temporizador, lámpara para 120 W y conexión a la red de 220 V.
- Equipo de radiodiagnóstico para la realización de radiografías intraorales.
- Un vibrador para amalgama de plata.

El inicio del programa, tras la publicación del citado decreto 281/2001 se llevó a cabo de forma programada, abriéndose una mesa de contratación en el que se solicitaba la citada documentación necesaria para la habilitación de los dentistas privados y el inicio del desarrollo de las actividades.

El programa tiene un carácter incremental de manera que año tras año se aumenta en una cohorte de edad y se lleva a cabo la incorporación de los niños nacidos en un determinado año. Citando textualmente el decreto 281/2001 (121) *“El titular de la Consejería de Salud determinará mediante Orden los grupos de edad que se incorporan anualmente a la garantía de la prestación reconocida en el mismo, incluyéndose, **en cualquier caso**, los niños que cumplan seis años.”*

En el año 2003 la incorporación fue de los niños de 6 y 9 años y nacidos entre 1994 y 1997, de manera que de forma unilateral la administración aumentó en dos años las cohortes de edad incluidas en el programa, y no de forma incremental como se creía esperar. (166)

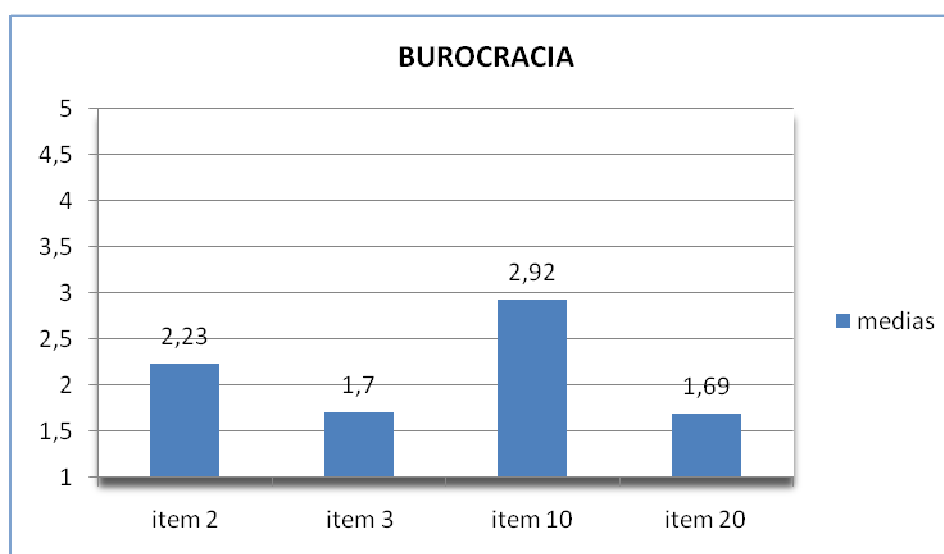
Otro punto que se ha sometido a análisis en cuanto a aspectos burocráticos ha sido el de la comunicación con la Delegación Provincial. Todos los tratamientos especiales deben contar con una aprobación previa por parte de la misma tras la

presentación de un detallado informe acerca de la necesidad de dicho tratamiento catalogado como especial por no estar dentro de la asistencia dental básica.

El último tema que ha sido sujeto de estudio en el cuestionario acerca de los trámites de burocracia que genera un programa de las características del PADA ha sido el de la gestión informática del mismo. Desde la contratación se pedía que todas las clínicas que concertaran con la Administración debían tener un ordenador personal para la gestión de los pacientes así como para la gestión económica y el cobro de las facturas a presentar a la delegación provincial. Para ello se creó un programa informático (SIWACKS) que en diferentes versiones se ha ido utilizando para realizar dicha gestión. En un principio y para dar registro oficial a las facturas que se presentaban, había que personarse físicamente en la entrega de las facturas para que fueran convenientemente selladas. Recientemente este programa se ha sustituido por un programa de gestión a través de internet (SIPAD), sin embargo dado que la encuesta se realizó en el año 2005 y que el inicio del programa telemático fue en el año 2007, no se ha podido precisar a través de la encuesta la repercusión que este último ha tenido, centrándonos tan solo por tanto en lo que a esta pregunta se refiere en el programa SIWACKS en sus distintas versiones. (168)

ITEM	Porcentajes					X
	1	2	3	4	5	
<b>i2</b> El PADA ha cumplido con los plazos de inicio, puesta en marcha, y desarrollo del mismo tal y como se había anunciado.	19.7	50.0	13.6	12.9	0.8	2.23
<b>i3</b> Los trámites burocráticos para la contratación al PADA resultaron fáciles de seguir.	40.9	43.9	9.1	1.5	0	1.7
<b>i10</b> La Delegación Provincial ha aceptado los informes que he presentado por los tratamientos especiales tal y como se indica en el Decreto.	15.8	16.5	34.4	21.2	9.8	2.92
<b>i20</b> El programa informático de gestión de los pacientes-usuarios del programa funciona correctamente.	40.2	43.2	10.6	0	0	1.69

**Tabla 6. Frecuencias y medias para los ítems relativos a burocracia sobre el PADA**



**Figura 17: Diagrama de barras para las medias en los ítems relativos a burocracia sobre el PADA.**

De las respuestas obtenidas en la primera pregunta de este segundo bloque que corresponde al **ítem 2** del cuestionario destaca que casi las dos terceras partes de las respuestas se muestran en desacuerdo (50%) o muy en desacuerdo (19.7%) al respecto del cumplimiento de plazos y posterior desarrollo propuestos en un principio por la Administración. Ya hemos dicho con anterioridad que en el año 2003 la incorporación fue de los niños de 6 y 9 años y nacidos entre 1994 y 1997

y no de forma incremental en un año con el consiguiente descontento por parte de los profesionales adscritos al programa.

Ello queda reflejado en los datos obtenidos por los grupos de discusión. Así hay profesionales que se posicionaron en contra de la inclusión de niños de nueve años cuando parecía que el programa aumentaría año a año con los niños de seis años de edad y sobre todo era patente el descontento ante la imposibilidad de realizar acciones en contra de esta medida:

*“...empezando porque en el segundo año del PADI aumentaron las cohortes de edad y metieron a los niños de nueve años. Se supone que se partió de una situación epidemiológica y que el programa iba a ser incremental, pero metieron a dos años así por la cara y nos tuvimos que aguantar.”*(Grupo de discusión 2)

*“...La administración, vamos la Junta de Andalucía lo sabe y por eso mismo pagan solo 36 € por año y meten los niños que les da la gana y por eso aumentaron los años propuestos en el segundo año...”* (Grupo de discusión 2)

Con lo que nos reafirmamos en la aseveración de que, desde el punto de vista de los profesionales encuestados, el programa durante su desarrollo no cumplió con lo que en principio había expuesto y el malestar que entre ellos causó este hecho.

Al respecto de la **pregunta número 3**, las respuestas también nos reflejan un amplio porcentaje de más del 80% de contestaciones de muy en desacuerdo (40.9%) o en desacuerdo (43.9%). De las mismas se puede extrapolar la idea de que los trámites burocráticos a la hora de la contratación no fueron demasiado fáciles. Todo ello se apoya en lo reflejado por los grupos de discusión. Algunos

facultativos hablaban de la complicación de la inscripción al programa así como para la nueva rúbrica que tuvo lugar años más tarde:

*“...pues al principio para la contratación fueron un coñazo, todo bastante complicado para adscribirse al PADI y después con la prórroga también hubo problemas...” (Grupo de discusión 1)*

El hecho de que desde un punto de vista legal se generen trámites de tipo burocrático en aras de cumplir la legislación es comprendido por los profesionales a pesar de que ello conllevara la pérdida de días de consulta.

*“...sí pero para la contratación leyendo el decreto pues había que perder dos o tres días o mañanas para el papeleo pero es como todo, como la apertura de una clínica o algo así, que siempre la administración trabaja de esta manera.”(Grupo de discusión 1)*

Hay sentencias que reflejan la falta de hábito entre los dentistas para la realización de trámites burocráticos y el consiguiente descontento que ello genera, tanto al inicio del programa como para la nueva concesión que hubo que realizar tiempo después.

*“...Yo es que en cuestiones de papeleo siempre lo hago todo con mi asesor y como para esto había que presentarse personalmente, pues me resultó bastante pesado al inicio y con la prórroga igual... ¿para qué presentar los papeles nuevamente?”(Grupo de discusión 2)*

En lo referente a la comunicación con la Delegación Provincial y la gestión de los tratamientos especiales (**ítem 10**), las respuestas no son tan notoriamente negativas, reflejando una centralidad en las mismas. Así el 34.4% de las respuestas tienen un valor de tres con alrededor de un 30% de profesionales que

apoyan la gestión de la Delegación Provincial en este sentido. A pesar de ello el 35% restante muestra su desagrado en este mismo aspecto.

En los grupos de discusión hemos visto reflejada también esta polaridad centrándose las quejas en torno al tema por el desplazamiento en persona a la Delegación Provincial. El hecho de tener que acudir a la Delegación Provincial para la presentación de los informes fuera únicamente en “horarios de oficina” y que se tuviera que hacer personalmente para dentistas que no residían en Sevilla capital fue tema de debate:

*“... y había que volver a ir a Delegación en pleno centro de Sevilla con la consiguiente pérdida de tiempo porque otra cosa es su horario de funcionario que coincidía con el horario de consultas, quizás para un dentista de la ciudad no le suponga tanto pero para un dentista de un pueblo de Sevilla que se tuviera que desplazar “x” kilómetros aparcar, etc. etc. para que le digan que no es correcta la factura por un mero dato...” (Grupo de discusión2)*

Los problemas de tráfico a la hora de personarse en la Delegación para pasar por registro las facturas y los tratamientos especiales y las dificultades de encontrar aparcamiento en una zona céntrica y comercial de Sevilla suponían un verdadero problema para determinados profesionales:

*“...Antes había que facturar en Delegación de Sanidad perder la mañana y lo peor es que como había que pasarlo por registro había que ir a Luis Montoto, en Nervión sin sitio para aparcar...” (Grupo de discusión 1)*

Otras veces las quejas vienen por el choque que acontece entre la burocracia y el tratamiento urgente:

*“... ahora sí, los pagan pero es que tú tienes que realizar el tratamiento y esperar a que te lo autoricen...” (Grupo de discusión 2)*



El hecho de que todo tratamiento del grupo incisivo-canino catalogado como tratamiento especial necesitara de un visado para su realización por parte de una Delegación Provincial que trabaja con “horarios de oficina” y que a veces ese tratamiento fuese de urgencia no pudiendo tratarse de forma inmediata con la autorización correspondientemente visada y sellada generaba el consiguiente descontento:

*“...si te llega un niño con un traumatismo le dices... No espérate que no te lo puedo tratar hasta que me lo autorice la Delegación Provincial, si coincide con puente, fin de semana o lo que sea el niño se queda con un traumatismo que se debe tratar de forma inmediata pues cuatro o cinco días sin tratar. Eso por una parte porque si se lo haces te la juegas a que por un tramite burocrático no te lo paguen entonces ¿en qué quedamos?”(Grupo de discusión 2)*

Por último y reflejando del mismo modo un alto porcentaje de respuestas de carácter negativo analizaremos el **ítem 20** que hace referencia al programa informático proporcionado por la Junta de Andalucía. No hay ninguna respuesta que se muestre plenamente de acuerdo con el buen funcionamiento del programa SIWACKS, y como sucedió con la pregunta número 3, más del 80% de los encuestados se muestra en desacuerdo (43.2%) o muy en desacuerdo (40.2%) con la afirmación de una buena operatividad del programa SIWACKS.

En los grupos de discusión se hizo patente la inoperatividad del programa y nuevamente el tema del desplazamiento a la Delegación Provincial para la gestión de las facturas al tener que pasar por el debido registro administrativo fue objeto de un marcado descontento:

*“...Sí, además el SIWACKS ese era un programa que a mí nunca me funcionó y cuando parecía que ya lo iba a hacer pues se cambió, menos mal que este desde el principio ha funcionado bien. Yo llevaba siempre las facturas hechas a mano (bueno a ordenador pero no con el programa) y bueno perdías la mañana.” (Grupo de discusión 2)*

### 6.1.3. Asistencia Dental Básica.

En el programa de Atención dental de Andalucía se establecen de forma clara toda una serie de prestaciones asistenciales que se han definido como Asistencia Dental Básica. (121) (167) Esta asistencia comprende:

- Una **revisión anual** cuyo contenido mínimo será el siguiente:
  - Se instruirá al niño, y a los padres o tutores, en normas de higiene bucodental.
  - Exploración de los tejidos duros y blandos de la cavidad oral.
  - Reconocimiento de la dentición permanente (utilizando sonda de exploración, espejo plano y el material necesario), incluyendo todas las fosas y fisuras existentes en el esmalte. En caso de duda razonable se realizará una exploración radiológica intraoral, previo consentimiento formulado por escrito de los padres o tutores.
  - El dentista de cabecera realizará un seguimiento singularizado de aquellos niños con una especial predisposición
- **Sellado de fisuras o fosas en las piezas permanentes.**
- **Obturaciones en piezas permanentes.**
- **Tratamientos pulpares y exodoncias en piezas permanentes.**

En los casos de lesiones pulpares irreversibles en piezas permanentes, el dentista podrá optar, por realizar el tratamiento pulpar o extraer la pieza afectada. La decisión deberá basarse en lo que estime como el mayor beneficio para el niño, y tras consentimiento formulado por escrito de los padres o tutores.
- **Exodoncias** en piezas temporales.

- **Asistencia dental** a los niños, por el dentista de cabecera, cuantas veces lo necesiten para la atención a cualquier urgencia dental, y recibir los **cuidados y tratamientos precisos en toda la dentición permanente**, mediante la **realización de los procedimientos diagnósticos, preventivos y terapéuticos que se estimen necesarios**.
- **Tartrectomías**. Cuando se detecte cálculo y/o pigmentaciones extrínsecas en dentición permanente.

La filosofía de los programas de capitación se basa en la potenciación de estrategias de prevención de salud oral así como de educación sanitaria. Ello implica un cambio importante en el marco de actuación relegando el rol fundamentalmente intervencionista del odontólogo tradicional.

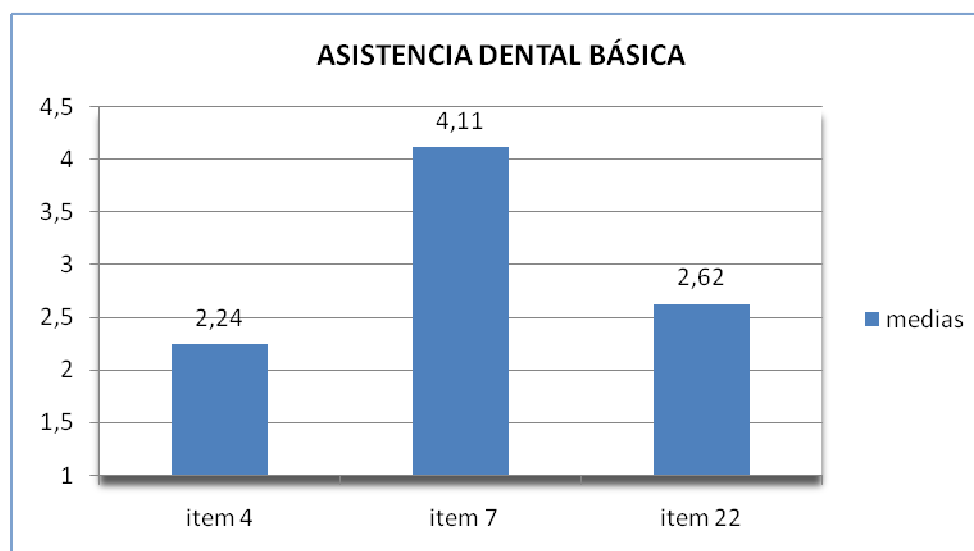
También puede conllevar en una perversa desviación de la correcta deontología profesional al subtratamiento con la consiguiente mala praxis por omisión.

Del mismo modo la metamorfosis del ejercicio profesional puede ser asumida de forma más dificultosa por parte de los usuarios (pacientes) que pueden tener problemas para procesar asistencias odontológicas basadas en el diagnóstico precoz y a las estrategias orientativas y motivadoras por encima de la práctica puramente quirúrgica.

En la encuesta hemos querido tratar este controvertido punto preguntando acerca de la posibilidad de generar **subtratamientos** por parte de un programa con estas características.

ITEM	Porcentajes					X
	1	2	3	4	5	
<b>i4</b> Estoy de acuerdo con la asistencia dental básica ofertada por el PADA (sin tener en cuenta la parte económica.)	<b>31.8</b>	<b>29.5</b>	<b>22.7</b>	<b>12.9</b>	<b>2.3</b>	<b>2.24</b>
<b>i7</b> Considero que el PADA hace que pueda haber subtratamiento en piezas permanentes.	<b>0</b>	<b>6.1</b>	<b>12.1</b>	<b>47.0</b>	<b>34.8</b>	<b>4.11</b>
<b>i22</b> El tipo de prestaciones que cubre el PADA me parece suficiente.	<b>8.3</b>	<b>33.3</b>	<b>40.2</b>	<b>12.1</b>	<b>0.8</b>	<b>2.62</b>

**Tabla 7. Frecuencias y medias para los ítems relativos a Asistencia Dental Básica en el PADA**



**Figura 18: Diagrama de barras para las medias en los ítems relativos a Asistencia Dental Básica en el PADA.**

El análisis de los resultados de las respuestas de las opiniones de los profesionales con respecto al **ítem 4** nos muestra que más de la mitad de los encuestados aparece con valores uno o dos (31.8% y 29.5% respectivamente), lo cual refleja que una amplia mayoría de los profesionales se posicionan de forma negativa frente a la asistencia dental básica que el PADA oferta.

Los grupos focales reflejan esta tendencia negativa. Hay dentistas que opinan que el programa no debe ser solo de atención a dentición permanente. Se comenta que la causa de esta no inclusión pudiera deberse a que el programa PADA tiene un marcado carácter político.

*“...Yo volviendo a lo de antes quiero decir que el PADI nace por una iniciativa política y no se ha contado en ningún momento con gerentes sanitarios que hayan podido respaldar el hecho de que cubrir un diente permanente no tiene necesariamente mayor importancia que cubrir un diente deciduo.”(Grupo de discusión 1)*

La inclusión del tratamiento de la dentición temporal en el programa es fundamentada por los dentistas de los grupos focales y analizada desde el punto de vista de los pacientes y profesionales públicos y privados. Se considera que a los pacientes hay que educarlos y enseñarles que la dentición temporal es importante pero al no ser incluido en la prestación básica estos le restan importancia y prefieren no tener que pagar por ello y no realizarle tratamiento alguno a sus hijos en dientes deciduos. Por otro lado los dentistas que trabajan en el sector público considerarían la inclusión por la importancia que sí tienen en el correcto desarrollo de la dentición definitiva. No por no pensar que ello no es importante sino por cuestiones económicas se dice que los dentistas del sector privado estarían a favor de la no inclusión de la dentición temporal en el programa (al menos como asistencia dental básica) pudiendo incluirse como tratamientos especiales.

*“...Para mí la asistencia dental básica es insuficiente porque no se por qué no sé incluyen los dientes deciduos y es que las cosas se están analizando desde distintos puntos de vista:*

- *Por un lado están los pacientes. Para ellos los dientes de leche si no se incluyen se les está diciendo que no son importantes y si les quieres hacer un tratamiento en ellos los mismos padres no están convencidos de ello.*
- *Desde un punto de vista médico en un programa que se dice que da cobertura sanitaria odontológica a los niños, deberían de incluirse porque son importantes (este podría ser el punto de vista del dentista público)*
- *Y por otro lado desde el punto de vista del dentista privado, no creo que les convenga porque está claro que por el mismo precio debería de tratar esos dientes temporales entonces o que los metan como tratamiento especial o que paguen más la asignación anual de niño/año.”(grupo de discusión 2)*

El hecho de que la dentición temporal no sea incluida dentro del tratamiento de los niños adscritos al PADA genera como es lógico opiniones en contra e incluso situaciones de impotencia al no poder tratar a niños con patología severa en dentición temporal (por ejemplo, el llamado síndrome del biberón):

*“...Otro defecto por ejemplo son las prestaciones que tiene el PADI, lo que es el ceñirse solo a las piezas permanentes cuando te llega un niño con caries del biberón afectando a toda la dentición temporal. No tiene ningún sentido. No estamos haciendo nada. Yo he hecho un máster de salud pública y tenemos que intentar llevar a ese niño a la salud y lo único que nos permiten es llevar a la salud a los cuatro molares permanentes que tiene en boca. No tiene ningún sentido...” (Grupo de discusión 1)*

Con respecto al **ítem 7** más de las dos terceras partes de los profesionales a quienes se preguntó sobre la posibilidad de subtratamiento en las piezas

dentarias tratadas en el PADA se mostró de acuerdo con la afirmación, un 47% como de acuerdo y un 34.8% como muy de acuerdo con la sentencia.

Determinados profesionales comentaron la probabilidad de generar subtratamiento o de que quedaran caries sin tratar en un programa como este en el que se abona no por acto médico sino por paciente que se ha visto en consulta independientemente del tratamiento que se le haya efectuado. Del mismo modo se habló de que podría haber profesionales que por “cubrir su conciencia” o para contentar a los padres realizaran algún tipo de tratamiento aunque en realidad no se les hiciera nada por necesidad:

*“...eso es porque el plan fomenta el subtratamiento porque al dentista le pagan lo mismo por el talón y una vez recibido pues se olvidan del niño hasta el año siguiente. Les pone flúor si acaso para que no te protesten los padres y para su casa...”* (Grupo de discusión 1)

El subtratamiento que se ha hecho patente en la experiencia citada por algún profesional en los grupos de discusión lleva a veces al desconocimiento de un estado real de la salud bucodental por parte de los padres. Estos piensan que al llevar al dentista a su niño ya está curado y a salvo de enfermedad dental gracias al programa y a veces constatan con el cambio de profesional que esto no es del todo cierto:

*“...Pero también te digo que yo he visto a niños que me llegan del privado con caries sin tratar, verdaderos agujeros a veces y las madres creen que sus niños no tiene nada y que están bien...”* (Grupo de discusión 1)



Por último hay un posicionamiento más centralizado en lo que respecta a la **pregunta número 22**. Las respuestas de los dentistas sobre si el tipo de prestaciones es suficiente muestran una mayoría de respuestas con valor tres (40.2%) aunque con una ligera tendencia hacia valores más negativos (33.3% de respuestas en desacuerdo y un 8.3% muy en desacuerdo.)

#### 6.1.4. Tratamientos especiales.

Además de la Asistencia Dental Básica en el programa quedan establecidos una serie de tratamientos que no quedan incluidos en esta asistencia primaria que son los llamados Tratamientos Especiales (121) (167). Como tratamientos especiales tenemos:

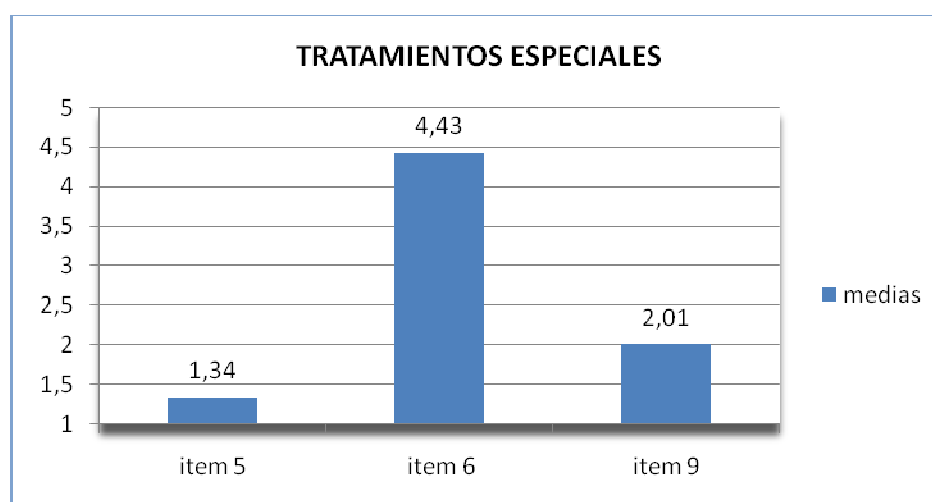
- Los trastornos del **grupo incisivo-canino** a causa de malformaciones y/o traumatismos. Estos tratamientos requerirán la conformidad expresa e individualizada del titular de la Delegación Provincial de Salud correspondiente, previa presentación de un informe clínico del dentista de cabecera, donde se justifique la necesidad del tratamiento.
- Quedan excluidos los tratamientos especiales siguientes:
  - Los tratamientos por traumatismo del grupo incisivo canino cuando exista un tercero obligado a responder de dicho tratamiento.
  - Los tratamientos de ortodoncia.
  - Los tratamientos reparadores en dentición temporal.

Quizás el punto mas controvertido en lo que respecta a tratamientos especiales sea el de la inclusión de la endodoncia o no como tal. El grado de complejidad del mismo frente al otro tratamiento de elección ante una pieza dentaria con dicha indicación (exodoncia), la “elección del tratamiento por el profesional”, el hecho de que en otras CC.AA. sí que sea considerado como tratamiento especial así como el menor coste económico de la exodoncia nos hace plantearnos como lo hacíamos anteriormente (dado que el pago por parte de la

Administración es el mismo ante ambas elecciones terapéuticas) si los profesionales tenderán a realizar la extracción en lugar del tratamiento de conductos por resultar más barato y menos complejo.

ITEM	Porcentajes					X
	1	2	3	4	5	
<b>i5</b> Veo adecuado no incluir la endodoncia como tratamiento especial.	71.2	23.5	5.3	0	0	1.34
<b>i6</b> Considero que lo reseñado en la pregunta n° 5 puede causar un aumento desmesurado de las exodoncias prematuras de dientes permanentes.	0	0	6.8	43.2	50	4.43
<b>i9</b> Estoy de acuerdo con los tratamientos especiales ofertados por el PADA (sin mencionar la cuestión económica.)	40.9	28.8	19.7	7.6	2.3	2.01

**Tabla 8. Frecuencias y medias para los ítems relativos a Tratamientos Especiales en el PADA**



**Figura 19: Diagrama de barras para las medias en los ítems relativos a Tratamientos Especiales sobre el PADA.**

El cuestionario refleja al respecto de la **pregunta número 5** que la práctica totalidad de los encuestados no está de acuerdo con que la endodoncia no sea un tratamiento catalogado como especial (71.2% muy en desacuerdo y 23.5% en

desacuerdo con el ítem 5.) En los grupos focales extrajimos opiniones que avalan lo que acabamos de exponer. Así un facultativo expresaba esta misma idea comentando que en una consulta dental es más difícil hacer un tratamiento de conductos que una extracción pues el pago por la Administración es el mismo se haga lo que se haga.

*“...Yo creo que el principal problema de la asistencia dental básica está en el tema de las endodoncias porque si te pagan lo mismo por endodoncia que por extracción pues tienes que ser sor Ángela de la Cruz para hacerle la endodoncia...”* (Grupo de discusión 2)

Por este motivo hay profesionales que preferirían que la totalidad de la asistencia dental básica fuera llevada a cabo en los centros de la asistencia sanitaria pública derivándose los tratamientos especiales a dentistas privados concertados:

*“...el programa se tendría que hacer solo en el dentista publico, solo en los centros de salud la asistencia dental básica digo y los tratamientos especiales en el dentista privado pagados aparte incluyendo las endodoncias como tratamiento especial.”*(Grupo de discusión 2)

Aunque el tema económico será tratado con posterioridad más profundamente, el hecho de la inclusión de la endodoncia como tratamiento especial con un pago por la misma aparte de la cuantía abonada como asistencia dental básica, haría, según la opinión de los profesionales incluidos en los grupos de discusión, que más doctores se inclinaran a la realización de este tratamiento en lugar de la extracción dentaria.

*“...Dan muy poco dinero por niño y no consideran por ejemplo la endodoncia como tratamiento especial. Con un dinero aparte para*

*este tratamiento. Si no, ni en el sistema privado ni en el sistema público, nadie se mete a hacer una endodoncia y prefieren hacerle una extracción al niño...”*

Ligado a esto, el **ítem 6** muestra de manera lógica un porcentaje similar de dentistas que expresan que al no ser la endodoncia un tratamiento especial, las extracciones dentales prematuras de piezas dentarias aumentarán de forma importante (43.2% de acuerdo y 50% muy de acuerdo.)

Este controvertido tema fue objeto de un agitado debate en los dos días de encuentro entre los profesionales de los *focus groups*. Como se ha expuesto anteriormente, el decreto 281/2001 deja en manos del profesional la elección de extracción o endodoncia de la pieza afecta de caries según su criterio médico. (121) Los profesionales muestran su preocupación y declaran como seguro el aumento de extracciones dentales por este motivo, dando por sentado que así se verá reflejado en los estudios evaluativos:

*“...Por otro lado el tema de las extracciones o endodoncias a elección del profesional tal y como dice el decreto del PADI que aunque creo que está ya hablado como dijo la primera compañera eso de dejarlo en manos del dentista la elección... yo creo que si hacen un estudio en Andalucía habrán aumentado las extracciones de los seis pero muchísimo seguro...” (Grupo de discusión 2)*

La mayor complejidad del tratamiento endodóntico que incluso a veces en un niño con dientes sin desarrollo radicular completo lleva a la necesidad de realizar una apicoformación (tratamiento que aunque está incluido como tratamiento especial, es más costoso y complicado) se ha debatido en los grupos

de discusión, volviéndose a la idea de que fuera el sector público el que cubriera dicha necesidad:

*“... ¿qué haces? la exodoncia en quince minutos está hecha. La endodoncia en dos o tres citas y la apicoformación en dos o tres meses. Pues es mas fácil la exodoncia y te pagan lo mismo. Creo que debería ser incluido como tratamiento especial y no esa elección del profesional o bien que las hicieran en determinados centros de salud pero públicos y así se salvarían muchas muelas, pero no creo que deban asumirlas los dentistas privados porque se terminarán perdiendo muchas muelas.”*(Grupo de discusión 2)

La preocupación por este hecho queda patente en muchas de las declaraciones de los facultativos llegándose a afirmar que los niños no se están atendiendo de forma adecuada con el programa en este aspecto en concreto y de forma explícita que prefieren extraer la pieza dentaria a hacer la endodoncia porque no les van a pagar por ello.

*“...tampoco pueden hacerle endodoncias a veces se hacen subtratamientos, tratamientos innecesarios se les saca también la muela en lugar de endodonciarla y al final los que se llevan la parte mala son los niños...”* (Grupo de discusión 1)

*“...No lo veo bien porque dependiendo de la carga laboral de un dentista privado puede hacer pasar a los niños de forma rápida para ganar dinero y no le conviene muchas veces hacer un tratamiento endodóntico sino sacar el diente porque le van a pagar lo mismo...”*(Grupo de discusión 1)

Por último expresamos los porcentajes de las respuestas de los profesionales en lo que respecta al **ítem 9** solo un tercio de los mismos se muestra con valores positivos o medios sobre los tratamientos especiales que el PADA oferta (19.7%

con valor 3, 7.6% de acuerdo y solo un 2.3 % muy de acuerdo con la afirmación de estar de acuerdo con los tratamientos especiales ofertados por el PADA.)

El hecho de incluir como tratamiento especial solo a lo que acontece en el grupo incisivo-canino generó cierta polémica en los grupos de discusión entre los profesionales. No entendiendo bien los profesionales por qué es considerado tratamiento especial un golpe que afecte al diente y no así una caries cuando el tratamiento en ambos casos sería el mismo:

*“...De una caries te pasa la endodoncia y de un traumatismo lo consideran tratamiento especial. No sé que diferencia hay si es el mismo tratamiento.” (Grupo de discusión 1)*

Tampoco aciertan a comprender los dentistas por qué es el grupo incisivo-canino el privilegiado de ser considerado como tratamiento especial y no así el resto de la dentición. La mayor repercusión estética de este grupo dentario sería la causa lógica esgrimida, a pesar de que es la funcionalidad lo que según las opiniones debería tener mayor importancia.

*“...Si un niño necesita una endodoncia en un incisivo por estética en un molar también la necesita para comer. Se necesita en cualquier parte eso es de lógica. Por lo que creo que habría que cubrirlo todo.” (Grupo de discusión 1)*

### **6.1.5. Sector Público versus Dentistas Concertados (Sector Privado).**

En el programa PADA los profesionales que intervienen en el mismo pueden ser dentistas de Atención Primaria de los centros de salud con dotación para ello contratados por el Servicio Andaluz de Salud, o del sector privado (los llamados dentistas concertados), no pudiendo los primeros realizar la concertación de los servicios del PADA en sus consultas privadas si es que las tuvieran. (121)

Los servicios ofertados tanto por los profesionales públicos como por los privados son exactamente iguales, con la única diferencia que los dentistas privados pueden realizar al niño el resto de tratamientos que no cubre el programa (tratamientos en dentición temporal, tratamientos de ortodoncia...) pudiendo, por tanto, realizar un tratamiento de forma integral al niño. En la encuesta hemos querido preguntar a los profesionales si consideran mejor tratados a los niños en las consultas privadas o en las públicas.

Por otro lado aquellos niños que faltan repetidamente a sus citas y acuden a la consulta con gran cantidad de patología (ausencia de cepillado, grandes caries... unidas a faltas repetidas a sus citas y asistencia dental solo en casos de urgencia) pueden ser rechazados por las consultas privadas para ser tratados en el sector público previo informe presentado en delegación provincial. Lo mismo ocurre en el caso de pacientes que presenten algún tipo de discapacidad psíquica o física que dificulte o incluso imposibilite su tratamiento de forma convencional. También se derivarán para su tratamiento en el sector público.



Los porcentajes de las respuestas a estas preguntas y la comparativa de las medias quedan expuestas a continuación en la tabla 9 y la figura 20.

ITEM	Porcentajes					X
	1	2	3	4	5	
<b>i8</b> Considero mejor tratados a los usuarios del PADA en el sector público que en clínicas privadas concertadas.	42.4	9.1	22.7	6.1	19.7	2.52
<b>i11</b> Considero adecuado que determinados pacientes (problemáticos, discapacitados...) sean tratados dentro del Sistema Sanitario Público.	4.5	0	8.3	53	34.1	4.12

Tabla 9. Frecuencias y medias para los ítems relativos a Asistencia pública vs privada en el PADA

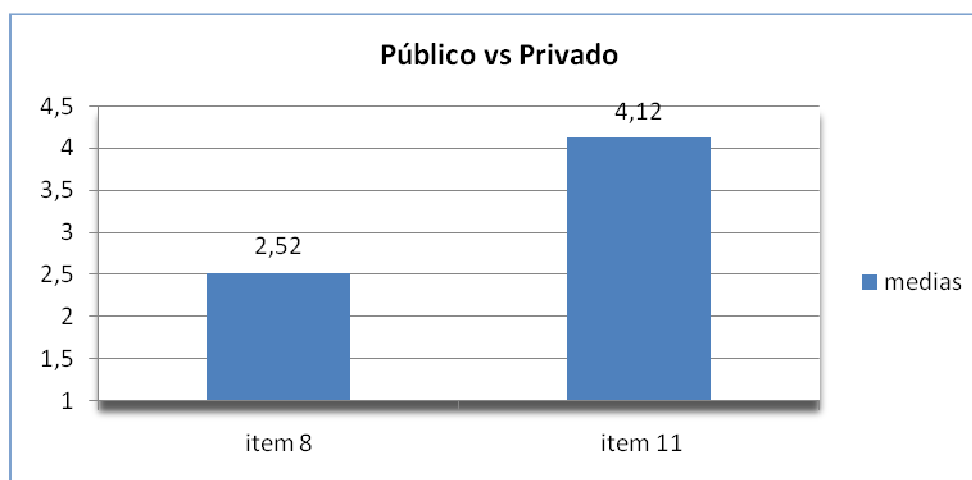


Figura 20: Diagrama de barras para las medias en los ítems relativos a Asistencia pública vs privada en el PADA.

Del análisis de las respuestas de la **pregunta número 8** los encuestados muestran una polarización en sus respuestas. Un 51.5% no considera que los pacientes están mejor tratados en el sector público (valoraciones 1 y 2 del cuestionario) por un 25.8% de profesionales que sí valoran mejor tratados a los

pacientes en el sector público (valoraciones 4 y 5 de la encuesta.) También hay un amplio porcentaje de dentistas que se sitúa en valores centrales en cuanto a esta afirmación (22.7% de valor 3), por lo que no podemos ser totalmente concluyentes en esta afirmación y habrá que realizar un análisis más profundo de este ítem 8.

Este tema fue tratado de forma amplia en los grupos focales y surgió un intenso debate del que exponemos a continuación algunos extractos representativos. La presión económica en los dentistas privados y el tratamiento integral en los niños fueron los temas que se tocaron a este respecto. Así se ha comentado que el hecho de tener un sueldo fijo en el caso de los profesionales que trabajan en la sanidad pública y no tener que “ganarse” a sus pacientes podría ser causa de un peor trato a los mismos. Del mismo modo hay opiniones que muestran que tratamientos excluidos de la sanidad pública como es la ortodoncia, al poder ser ejercida por dentistas privados que tengan concertado el PADA, harán que sus pacientes puedan ser tratados por el mismo profesional de forma integral.

*“...El trato es mejor en la privada porque en la pública te da igual no les tienes que caer bien ni ganarte su confianza. Tienes tu sueldo fijo seguro y no te importa tener más o menos pacientes. ¿Por qué un dentista de la pública si tiene la consulta llena se queja y si tiene la consulta privada llena se vanagloria de ello? Además en la pública el tratamiento al niño no puede ser íntegro porque no puedes hacerle la ortodoncia.” (Grupo de discusión 1)*

Otros profesionales en cambio piensan que al no tener presión económica los pacientes que se manejaran en el sector público estarían mejor tratados, ya que a todo niño que necesite un tiempo determinado para ser tratado de forma correcta

se les puede dedicar su tiempo sin pensar en que les es más o menos rentable desde el punto de vista económico.

*“...Yo creo que según mi experiencia en los centros de salud es que la forma de tratar a un niño en un centro de salud es la forma ideal... les das el tiempo que les haga falta. No vas con la presión de querer ganar dinero...” (Grupo de discusión 1)*

*“...Pues yo como dije anteriormente para el paciente creo que va a estar mejor tratado en el público porque no tienen la presión económica por detrás de tener que hacer caja al final del día con lo cual sin esa presión se les da mejor servicio...” (Grupo de discusión 2)*

Pero como se ha comentado el hecho de poder realizar una cobertura de tratamiento global con lo que cubre el PADA en forma de asistencia dental básica o tratamientos especiales unidos a tratamientos en dentición decidua o tratamientos de ortodoncia excluidos de forma expresa en la asistencia sanitaria pública, hace pensar a otro grupo importante de profesionales que sería en la red de dentistas concertados donde los niños tratados recibirían un mejor trato.

*“...Pues yo no estoy de acuerdo, para mí es en el privado donde mejor se tratan a los niños porque se les puede dar una cobertura global...en el único sitio donde se les puede tratar globalmente y que se les hagan todos sus tratamientos es en el privado. Una vez que el niño se acostumbra a su dentista pues sigue yendo a él para todo no hacerle en el centro de salud solo la asistencia dental básica de sus dientes permanentes y los deciduos que vaya al privado pues no el niño a veces es muy difícil de tratar, porque llora y patalea y si se le doma por así decirlo se le puede hacer todo su tratamiento completo en el privado que ya está acostumbrado a ello...” (Grupo de discusión 2)*

Además al tratarse de pacientes infantiles, mucho más sensibles al cambio del profesional por las características especiales que su trato puede derivar, el hecho de ser atendidos siempre por el mismo profesional puede ser una ventaja para los mismos.

*“...Solo lo que les cubre como nos dicen los pacientes. Lo demás hágaselo en el privado. Para el paciente que los vea siempre el mismo dentista siempre va a ser mucho mejor...” (Grupo de discusión 1)*

*“...Lo bueno del privado es que se les puede hacer el tratamiento de forma integral. Les puedes hacer la pulpotomía, el mantenedor, la corona... cosa que en el público tú te tienes que ceñir a lo que les puedes hacer según norma. La asistencia dental básica y los tratamientos especiales pero poco más...” (Grupo de discusión 1)*

En lo relativo al **ítem 11**, casi todos los profesionales se muestran de acuerdo con que determinados pacientes problemáticos puedan ser derivados de forma directa para ser tratados dentro del sector público (53% de respuestas de acuerdo y 34.1% muy de acuerdo con esta afirmación.)

La odontología conlleva el tratamiento de una de las enfermedades más comunes en el ser humano (la caries), pero del mismo modo se trata de una dolencia fácilmente prevenible. La prevención de la caries se realiza de modo eficaz con la adquisición del hábito de cepillado con pastas fluoradas y con un tratamiento precoz de la misma, mediante revisiones periódicas se pueden evitar de forma muy sencilla grandes problemas dentarios. Ante esta evidencia, el programa PADA fomenta las revisiones periódicas dentro de su asistencia dental básica y

abre la posibilidad de derivación al sector público de aquellos pacientes que no acuden a sus revisiones. Los dentistas conocen la posibilidad de esta derivación:

*“...es muy fácil ejercer la prevención de enfermedades orales y si alguien te llega por un problema social porque no se lava los dientes porque “pasa tres kilos” de hacerlo no los niños sino sus padres. Si te llega año tras año con grandes caries y recidivas y todo lo que les has hecho mal, pues la responsabilidad ahí es del paciente y uno no se lo tiene que comer, para eso están los centros de salud...”*  
(Grupo de discusión 2)

Sin embargo y a pesar de esa posibilidad de derivación piensan que sus pacientes se pueden sentir molestos si se les dice que no se les trata por no acudir a sus revisiones y que ni ellos ni sus familias querrán tratarse en su clínica por este motivo.

*“...Pero me llegan pacientes de un año a otro con la boca fatal y tengo que volver a tratarlos, no hay forma de penalizar a estos niños porque creo que aunque te puedes negar y que los vea el centro de salud, no quieres perder el paciente y a sus familiares porque les puede sentar mal...”* (Grupo de discusión 2)

La posibilidad de ser penalizados tal y como ocurre en otros contextos de nuestro entorno en la Unión Europea han sido comentados como una posible solución al problema para intentar hacer a los pacientes corresponsables de su salud bucodental. (173)

*“...tienes que venir a tus revisiones, si usted falta no me hago responsable de lo que le pueda pasar y me lo tienen que pagar o me niego a tratarlos. Es que hay que penalizar al que no va a sus revisiones. tal y como estudié en el máster de salud pública, hay países de Europa donde esto se hace, al que no acude a sus revisiones pues se le penaliza y es lo que hay que hacer, no puedes asumir tú*

*como clínica privada la irresponsabilidad de la gente...” (Grupo de discusión 2)*

#### **6.1.6. Información recibida por los pacientes (punto de vista de los profesionales.)**

El siguiente punto a tratar es el relativo a la información recibida por los pacientes. Lógicamente se expone la percepción que tienen los dentistas de la información que tienen las familias usuarias.

Se pretende evaluar en este punto si la administración autonómica usando sus canales de información ha hecho llegar a las familias de los niños usuarios del programa la información relativa al programa PADA. Del mismo modo se ha preguntado acerca de la información recibida por los profesionales sobre los derechos y obligaciones de los pacientes usuarios. La orden de 19 de marzo de 2002 que desarrolla el decreto 281/2001 de 26 de diciembre para regular la prestación asistencial dental infantil expresa de forma clara los **derechos y obligaciones del paciente** y estos son (167):

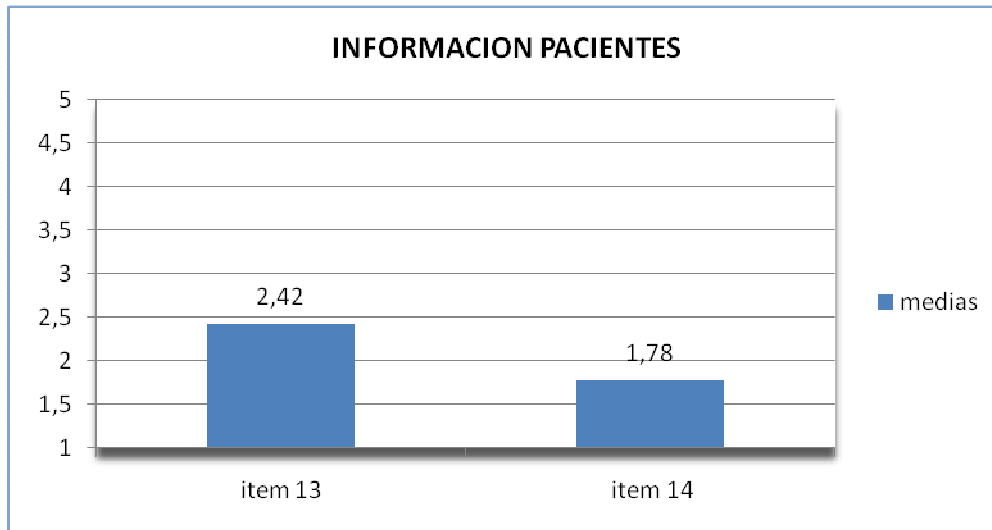
- La **libre elección**, dentro del año natural y antes del mes de diciembre, de un dentista de cabecera, entre los dentistas del Servicio Andaluz de Salud o los dentistas privados habilitados por la Delegación Provincial de Salud correspondiente, mediante la presentación, al dentista de cabecera elegido, del Talón de Asistencia Dental Anual remitido por la Consejería de Salud. Esta elección tiene validez para todo el año al que corresponda el Talón de Asistencia Dental Anual, salvo por resolución expresa de la Delegación Provincial de Salud correspondiente.
- La **igualdad en la atención**, sin más diferencias que las inherentes a la naturaleza propia del proceso asistencial.

- **Acudir a la consulta** o clínica dental de su dentista de cabecera cuantas veces lo necesiten a lo largo del año. En casos de urgencia, y por ausencia reglada de su dentista de cabecera, deberá acudir a los servicios de atención continuada o de urgencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- **Revisión anual y al tratamiento preventivo o conservador**, con consentimiento formulado por escrito de los padres o tutores en las exploraciones radiológicas intraorales para el reconocimiento de la dentición permanente y en los tratamientos pulpares y exodoncias en piezas permanentes.
- **Tratamientos especiales**, previa conformidad expresa e individualizada de la Delegación Provincial de Salud correspondiente.
- **Acudir a las citas** concertadas con su dentista de cabecera.

ITEM	Porcentajes					X
	1	2	3	4	5	
<b>i13</b> He sido informado/a ampliamente sobre los derechos y obligaciones del paciente con relación al PADA	15.9	39.4	29.5	12.9	0.8	2.42
<b>i14</b> Los pacientes han sido informados por la Administración sobre sus derechos y obligaciones con relación al PADA.	39.4	45.5	10.6	2.3	0.8	1.78

**Tabla 10. Frecuencias y medias para los ítems relativos a Información recibida por los pacientes en el PADA**





**Figura 21: Diagrama de barras para las medias en los ítems relativos a Información recibida por los pacientes sobre el PADA.**

En lo relativo a la información recibida por los pacientes, en la **pregunta número 13** las respuestas dadas por los encuestados nos muestran que tan solo un 13.7% (12.9% de acuerdo y 0.8% muy de acuerdo) de las mismas reflejan valores positivos con respecto a que los profesionales han sido informados ampliamente sobre los derechos y obligaciones del paciente.

Con respecto al controvertido **ítem 14** las respuestas sobre si la Administración ha informado a los usuarios sobre el programa, son claramente negativas, habiendo un 39.4% de profesionales muy en desacuerdo y un 45.5% en desacuerdo sobre una buena difusión de la información del programa a las familias de los niños sevillanos. La controversia que genera el tema quedó reflejada en las exposiciones de los grupos de discusión. Se ha dicho en ellos que la Administración tiene una oportunidad magnífica de difundir el programa a través de las clínicas de los pediatras dado que es sabido que los padres llevan a

sus hijos a las consultas de pediatría de forma metódica para el control del niño sano y en estas se podría comunicar la existencia del programa de manera directa:

*“...Respecto a lo anterior de la difusión de la información del PADI. Sabemos que el niño va al pediatra desde los cero años ¿por qué no se les deriva desde los cero años al paciente? ¿Y por qué no saben muchos padres que desde los seis hay un plan dental?”  
(Grupo de discusión 1)*

La información acerca de la asistencia dental básica es muchas veces insuficiente para los padres y llena de frustración en determinados casos a los padres de los niños tratados al creer que la dentición temporal está incluida también dentro de la asistencia dental básica:

*“...Las madres llegan y quieren que se les haga algo al niño y cuando se va solo con flúor porque no se les puede hacer nada y su niño con cuatro caries en temporales pues como se creen que todo es gratis y que les tienes que hacer algo y que eso no es nada pues se sienten defraudadas y es que otra cosa que pasa es que hay muy poca información para los pacientes.” (Grupo de discusión 2)*

El programa con el envío del talón de asistencia dental (TADA) adjunta una guía con información detallada sobre el programa PADA y con los dentistas de la provincia a los que pueden acudir los niños, habiendo libre elección por parte de los pacientes. Los dentistas que se incluyeron en los grupos de discusión, se quejan de que tras varios años de existencia del programa haya falta de información de los pacientes a pesar del envío de esta información en el TADA, siendo ellos mismos en muchas ocasiones quienes deben informar detalladamente del funcionamiento del PADA:

*“... es que después de seis años que ya lleva el programa, aún nos siguen llegando pacientes que no saben lo que es el programa, lo que entra, lo que no... yo se lo explico siempre a los pacientes pero no se si les mandan la carta y no se la leen o que...” (Grupo de discusión 2)*

Es por este motivo por el que los dentistas expusieron la necesidad de llegar a los pacientes por otro tipo de vías tales como medios de comunicación de masas (prensa, radio, televisión...) o bien como se dijo anteriormente mediante la captación del niño por parte de pediatras, ginecólogos o matronas del Servicio Andaluz de Salud.

*“... Por ello habría que buscar otro tipo de información para los padres en forma de medios de comunicación de masas... utilización de las matronas, pediatras, ginecólogos... también un punto importante para que el plan se conociera más...” (Grupo de discusión 1)*

La falta de información para los pacientes acerca del programa lleva a veces a hacer funcionar un equívoco boca a boca. Los dentistas se quejan de que hay usuarios que creen que al ser un programa público solamente puede llevarse a cabo en los centros de salud de la Junta de Andalucía.

*“...A mí lo que me ha pasado es que me llegan pacientes pensando que solo los pueden ver en el centro de salud, que se han enterado por una amiga que yo veo a los niños del PADI a los niños con el talón como dicen las madres pero se lo creen porque va el niño de su amiga que si no dicen que en el privado no se ve lo del talón...” (Grupo de discusión 2)*

Recientemente desde el Ministerio de Sanidad, tal y como se expuso al principio de este texto, mediante el Real Decreto 111/2008 se cofinanció el programa al

50% para la totalidad del Estado Español (36). Este hecho anunciado a bombo y platillo por parte de la Administración Central, llevó a gran confusión a los pacientes quienes de forma inequívoca llegaron a pensar en algún caso tal y como nos comentan los dentistas del grupo de discusión 2 que el programa iba a ser gratuito en su totalidad para los pacientes.

*“...Sí, hay muy poca información para los pacientes y mira que ya lleva tiempo el programa porque al principio era mortal y además cuando Bernat Soria, el ministro de sanidad dijo lo de sanidad bucodental gratis para toda España para todos los niños otra vez la vuelta a explicarlo, a mí una madre llegó a decirme que no trataba a su hija hasta el año que viene porque iba a ser gratis todo...” (Grupo de discusión 2)*

### **6.1.7. Aspectos económicos del programa.**

Este asunto tiene especial importancia en las consultas privadas no teniendo repercusión alguna de forma directa en las consultas del sector público.

Toda consulta dental privada es una empresa de servicios en un mercado altamente competitivo. En el PADA el pago lo realiza la Administración Autonómica previa presentación de una factura detallada en la que han de constar los pacientes tratados en el último mes con los talones de asistencia dental (TADA) de manera que se abona una cantidad fija por paciente tratado al año. Si un paciente es tratado varias veces en un mismo año con tratamientos incluidos dentro de la asistencia dental básica, el abono será el mismo que si es tratado solamente una vez aunque tan solo sea para una mera revisión dental siguiendo la filosofía de capitación o pago por paciente.

La cuantía abonada fue en principio de 30.65€ para posteriormente ir aumentando hasta que en el último año 2008 ha sido de 36€ por niño/año.

Es sabido que otras CC.AA. abonan una mayor cuantía por paciente (Extremadura, Murcia, País Vasco o Navarra) entrando en ello una serie de factores de difícil análisis por nuestra parte.

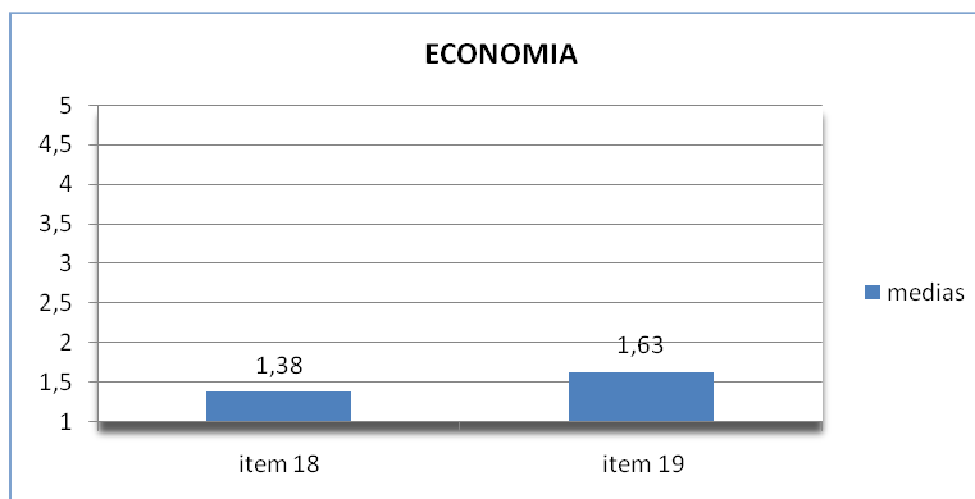
Por otro lado los tratamientos especiales se abonan aparte en otra factura de forma mensual en un pago por tratamiento especial efectuado al paciente.

El importe de cada tratamiento especial queda reflejado a continuación:

- Apicoformación (por sesión): 30 €.
- Corona completa de metal noble-porcelana: 175 €.
- Corona completa de porcelana: 192 €.
- Corona provisional de acrílico: 30 €.
- Endodoncia: 60 €.
- Extracción de un supernumerario: 30 €.
- Ferulización del grupo anterior: 48 €.
- Gran reconstrucción: 52 €.
- Muñón metálico colado unirradicular: 60 €.
- Perno prefabricado intrarradicular: 18 €.
- Mantenedor de espacio: 78 €.
- Reconstrucción: 41 €.
- Recubrimiento pulpar directo: 22 €.
- Reimplante dentario: 61 €.
- Sutura de tejidos blandos (se exceptúan las incluidas en alguno de los tratamientos anteriores): 30 €.

ITEM	Porcentajes					X
	1	2	3	4	5	
<b>i18</b> Las retribuciones económicas por paciente tratado me parecen correctas.	62.9	33.3	2.3	0	0	1.38
<b>i19</b> Las retribuciones económicas por tratamientos especiales, me parecen correctas.	47	39.4	9.8	0.8	0	1.63

**Tabla 11. Frecuencias y medias para los ítems relativos a aspectos económicos en el PADA**



**Figura 22: Diagrama de barras para las medias en los ítems relativos a aspectos económicos en el PADA.**

El examen de los resultados para el grupo de aspectos económicos lo comenzamos con el **ítem 18**. La práctica totalidad de los dentistas encuestados no están de acuerdo con la cantidad de dinero aportado por paciente tratado en el PADA (62.9% muy en desacuerdo y 33.3% en desacuerdo.) Esta aseveración queda reafirmada por la información obtenida de los grupos de discusión. De forma general las quejas se centran en la escasa cantidad de dinero aportada por niño al año.

*“...Yo pienso lo mismo. Es una buena iniciativa pero le falta muchísimo por desarrollarlo. Dan muy poco dinero por niño y no consideran...” (Grupo de discusión 1)*

El hecho de la libre elección de dentista por parte del paciente es un dato a favor del programa pero por otro lado puede echar por tierra el trabajo realizado por el dentista en muchos casos. Los profesionales se quejaron en los días de trabajo en grupo de que si a un niño que se sigue año tras año se le mantiene en salud la cuantía abonada podría ser suficiente pero el niño que le llega al dentista por primera vez con más edad y mayor patología no es cubierto desde un punto de vista económico por la cuantía abonada anualmente.

*“...Luego también es poca la asignación que se le da al dentista como pago por paciente y si bien te llega un niño pequeñito que tú lo puedes ver sano y mantener en salud está bien pero realmente como cada año va cambiando el talón. Este año voy aquí, el año que viene allá. Te puede llegar no el niño que tú has mantenido en salud sino un niño mayor con más patología...” (Grupo de discusión 1)*

La circunstancia de que en el contexto privado la consulta debe funcionar económicamente hace dudar, en función de alguna opinión vertida, de la idoneidad del PADA para tratar a los pacientes correctamente. Si no se gana dinero con el programa ello revertirá en un mal tratamiento al paciente para tratar de rentabilizar económicamente su consulta privada.

*“...Con muchos errores, partiendo desde el punto de vista empresarial porque el ético a todos los profesionales se les debe suponer. Es muy importante tener al trabajador contento y un profesional que llega a casa frustrado a nivel económico es un profesional que está también frustrado a nivel profesional. Entonces*



*no trata bien a ese paciente porque no gana dinero con él...” (Grupo de discusión 1)*

Por otra parte, también se han observado quejas en referencia a la escasa asignación anual porque no puede cubrir los materiales necesarios para el mantenimiento correcto de la salud del niño.

*“...pero para el dentista que le pagan una miseria no cubre ni gastos de nada pues no... ¡para el dentista son 30 € de nada por Dios...! Si entre anestesia y materiales no da para mas...” (Grupo de discusión 2)*

En los grupos focales también ha surgido el tema de la mayor cuantía abonada en otras comunidades autónomas que en Andalucía. Los dentistas no entienden por qué en otros contextos autonómicos con incluso menor patología de partida y ante un sistema de atención prácticamente igual se abona por parte de la administración autonómica mayor asignación niño/año:

*“...En otras comunidades autónomas pagan más y no sé porque aquí pagan menos si hay mas patología, pero quizás sea porque sean comunidades forales o con otro tipo de fiscalidad porque son Navarra y el País Vasco, pero el hecho es que se ha copiado un sistema pero se ha empeorado en lugar de analizar sus fallos e intentar solventarlos...” (Grupo de discusión 2)*

Hay profesionales que cuentan su experiencia en otros contextos autonómicos y que incluso llegan a afirmar que en determinadas circunstancias hay consultas que funcionan solo con el programa dental infantil.

*“...Hemos estado en Extremadura y hemos visto el plan allí con una asignación mucho mas alta, una cobertura mas alta y se trata un grandísimo porcentaje de niños en el privado derivado por los*

*públicos. Hay dentistas privados en Extremadura que solo viven del PADI porque pueden vivir de eso porque les pagan todo lo que le hacen el problema de aquí es que no lo hacen.”(Grupo de discusión 1)*

Con respecto a las retribuciones económicas percibidas por tratamientos especiales efectuado también observamos un claro posicionamiento por parte de los facultativos encuestados en contra de la cuantía abonada por la Administración por los mismos, lo cual queda reflejado en la **pregunta número 19**. De su análisis observamos que el 47% está muy en desacuerdo con la cuantía abonada, y el 39.4% en desacuerdo.

### **6.1.8. Beneficios para la consulta privada.**

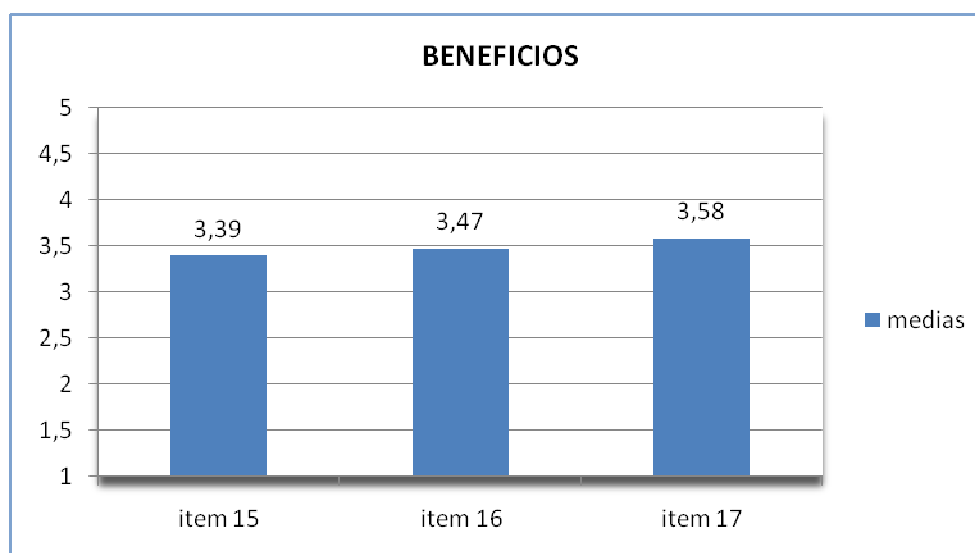
En el momento de la contratación del PADA muchas consultas privadas se preguntaban si el mismo les resultaría rentable económicamente o no. Aparte de la cuestión económica directa que acabamos de tratar había que tener en cuenta los **beneficios indirectos** que un programa de estas características conllevaba. No hay que pensar que todo el profesional privado acude al PADA por un tema de conciencia social dado que las consultas privadas se comportan de forma similar a la de cualquier otra empresa de cualquier otro sector económico con la circunstancia añadida del sector sanitario privado en un mercado altamente competitivo.

Es por ello por lo que se ha preguntado en el cuestionario si las consultas han sufrido un aumento de pacientes de forma global a causa del PADA, así como si como beneficios indirectos se tratan a los familiares de los niños adscritos al programa (padres, madres, hermanos...)

Por otra parte en este mismo rango de preguntas se ha sondeado la opinión de los profesionales acerca de su percepción sobre si los pacientes acuden más a la consulta dental, por ser un programa público, sin costo alguno para ellos.

ITEM	Porcentajes					X
	1	2	3	4	5	
<b>i15</b> Los pacientes han mejorado con el PADA su acceso (tanto geográfico como social) al odontólogo.	2.3	22.7	22	40.9	12.1	3.39
<b>i16</b> El PADA tiene como beneficio indirecto el tratamiento de familiares del niño tratado.	6.8	9.8	33.3	25.8	22.0	3.47
<b>i17</b> El PADA ha hecho aumentar los pacientes en mi consulta.	4.5	5.3	37.1	34.1	18.9	3.58

**Tabla 12. Frecuencias y medias para los ítems relativos a Beneficios para la consulta en el PADA**



**Figura 23: Diagrama de barras para las medias en los ítems relativos a Beneficios para la consulta en el PADA.**

Los datos de la encuesta de opinión reflejan con respecto al **ítem 15** sobre si los pacientes han mejorado su acceso al odontólogo por la adscripción al PADA y los profesionales consideran que sí en un 53% de las respuestas (40.9% de acuerdo y 12.1 muy de acuerdo) y contestan de manera negativa en un 25% (2.3% muy en desacuerdo y 22.7% en desacuerdo) de las réplicas.

En los grupos de discusión hubo dentistas que trabajan en el ámbito rural y que comentaron que con el PADA los pacientes acuden a su consulta dental, cosa

que anteriormente no hacían, por resultarles, gracias al programa, gratis el tratamiento dental. Como es de suponer ello ha supuesto un salto cualitativo importante para los pacientes quienes para casos de urgencia ya no se tienen que desplazar de su localidad para ser atendidos por el sistema sanitario público.

*“...Creo que ha acercado a muchos niños a la consulta. Yo por ejemplo trabajo en una consulta en el medio rural y los niños de mi pueblo antes, para ser tratados en la sanidad pública, aunque fuera tan solo una extracción, tenían que viajar quince kilómetros hasta su centro de salud y ahora los veo yo en la consulta en su mismo pueblo y en muchas ocasiones sin costo alguno para ellos por lo que ha supuesto un salto cualitativo importante para ellos...”*  
(Grupo de discusión 1)

Es por ello por lo que los profesionales con la instauración en el programa dental infantil han socializado sus consultas al abrir las mismas a un tipo de público que por cuestiones económicas no podía acceder a las mismas. Esta afirmación queda patente en la siguiente cita textual que transcribimos del grupo de discusión 2:

*“...y creo que el PADI se puede considerar como una oportunidad de trabajo o de ofrecer servicios para un colectivo que de otra forma no podría acceder a nuestras consultas privadas (por un problema de acceso por su economía). De hecho yo que llevo con el PADI en mi consulta desde que comenzó, creo que ha abierto mi consulta un poco a la sociedad...”* (Grupo de discusión 2)

Muchos dentistas refieren haberse apuntado al programa PADA para aumentar el número de usuarios en su consulta dental y con ello hacerla más rentable económicamente. Han creído que con ello los pacientes acudirían más a la

clínica dental y evitarían en cierto modo la competencia de otras clínicas cercanas.

*“...creo que todo el que se ha apuntado al PADI lo ha hecho para aumentar en número de pacientes en su consulta y para ganar más dinero...” (Grupo de discusión 2)*

En lo que respecta al **ítem 16**, casi la mitad de los facultativos aseveran que con el PADA hay un beneficio indirecto para la consulta por el tratamiento de familiares del niño tratado (25.8% y 22% de respuestas con valor cuatro y cinco respectivamente.) Aunque no todas las respuestas siguen esta tónica habiendo en torno a un 15% de respuestas que no están de acuerdo con tal afirmación.

Se ha llegado a afirmar que hay tratamientos que crea el PADA de forma indirecta como tratamientos de ortodoncia o tratamientos de hermanos o familiares directos no adscritos al programa que permanecen en la consulta por la existencia del mismo y que si el dentista se diera de baja del plan dental podrían perderse e irse a otra consulta:

*“...tengo muchos pacientes con tratamiento de ortodoncia del PADI y tengo muchos familiares que creo que se irían si me diera de baja...” (Grupo de discusión 2)*

Por otra parte la rentabilidad económica que se genera con el programa por sí mismo o en base a los tratamientos de ortodoncia o de familiares que indirectamente produce también se ha comentado, e incluso la futura posibilidad de que el niño no abandone la consulta una vez terminada su fase de inclusión en el programa:

*“...Como ventaja del PADI es que si el niño va con asiduidad y a sus revisiones sí que se hace caja, se hace dinero, además entran familiares u ortodoncia con lo cual el bolsillo va a aumentar. Por otro lado el niño después de los quince años se quedará...” (Grupo de discusión 1)*

Sin embargo como se ha expuesto al principio no todas las opiniones siguen la misma tónica puesto que hay dentistas que dicen que es difícil el cambio de profesional y que solo van al dentista del PADI los niños porque a las familias les resulta más rentable económicamente:

*“...al niño se puede llevar porque el dentista está acogido al PADI pero su familia sigue yendo al dentista de toda la vida, eso normalmente cambiar la fidelidad hacia otro profesional sanitario en algunas especialidades medicas como la odontología es bastante difícil...” (Grupo de discusión 1)*

El cambio acaecido en España en cuanto a la forma de ejercicio profesional en la dentistería (con la multiplicación exponencial de dentistas, consultas dentales, aparición de franquicias, cadenas de consultas...) se refleja en las opiniones vertidas por los profesionales quienes aseveran que hoy en día no hay tanta fidelidad al dentista como ocurría antiguamente y que la elección se basa más en cuestiones económicas, de cercanía al domicilio o de confianza.

*“...Yo creo que el punto medio es la norma. Los familiares es raro que se cambien. Tienes que ser muy bueno para poderte llevar a la familia. Sí es verdad que con las franquicias tipo VITALDENT el dentista va cambiando pero también la mentalidad es distinta en los pueblos que en las ciudades. Yo que trabajo en un pueblo veo que la gente quiere que lo trate su dentista de siempre. Estar guiado por su dentista de confianza...” (Grupo de discusión 1)*

*“...Yo creo que realmente existía mas fidelidad al dentista de lo que hay ahora. Sobre todo porque antes era un profesional con su clínica de toda la vida y siempre iba a estar ahí. Ahora con el tema de las policlínicas, las franquicias... hay una rotación de profesionales muy importante y uno no va al dentista que quiere sino al que le toca porque dentro de seis meses ya hay otro dentista y entonces la fidelidad al dentista propio no está tan arraigada...” (Grupo de discusión 1)*

Por último en la **pregunta número 17** se interroga sobre si el PADA ha hecho aumentar los pacientes en la consulta y las respuestas obtenidas nos revelan que en muy pocos casos se está en desacuerdo con tal afirmación (tan solo un 4.5% está muy en desacuerdo y un 5.3% en desacuerdo con la sentencia.)

En muchas ocasiones la consulta se ha convertido en un punto de referencia de tratamiento dental infantil. En un marco el actual en el que están en pleno debate las especialidades en odontología, muchas consultas adscritas al PADA se han especializado en odontología infantil. Si a ello unimos que la consulta oferta tratamientos ortodóncicos, la captación de pacientes por parte del programa para la consulta resulta evidente:

*“... a mí me resulta rentable porque hago ortodoncia y porque me trae muchos niños a la consulta... la gente me trae a sus niños porque soy el dentista que trata a los niños” (Grupo de discusión 2)*

Por otra parte el programa ha servido para generar una necesidad de atención dental en los niños. En la revisión de programas de salud pública oral en España, hemos visto la práctica ineficacia de los programas hasta la última parte de la



década de los noventa para mejorar el estado de salud bucodental de la población infantil. El PADA ha servido para que los padres lleven a sus hijos a la consulta dental para revisar su estado de dentición, algo que no ocurría con anterioridad y veremos si ello se traduce en una mejora de la salud oral de la comunidad andaluza.

*“...en general me parece una buena medida porque creo que antes los niños no acudían a la consulta más que cuando tenían algún problema, las madres llevaban a sus niños por dolor, o por infección o porque sus dientes le salían torcidos y ahora cuando les llega el talón del PADI se han incentivado las revisiones. Las madres ya los llevan como un control de niño sano y eso se ve en las madres jóvenes, que llevan a su niño para que los veamos por si hay algún problema para detectarlo precozmente no como antes...” (Grupo de discusión 2)*

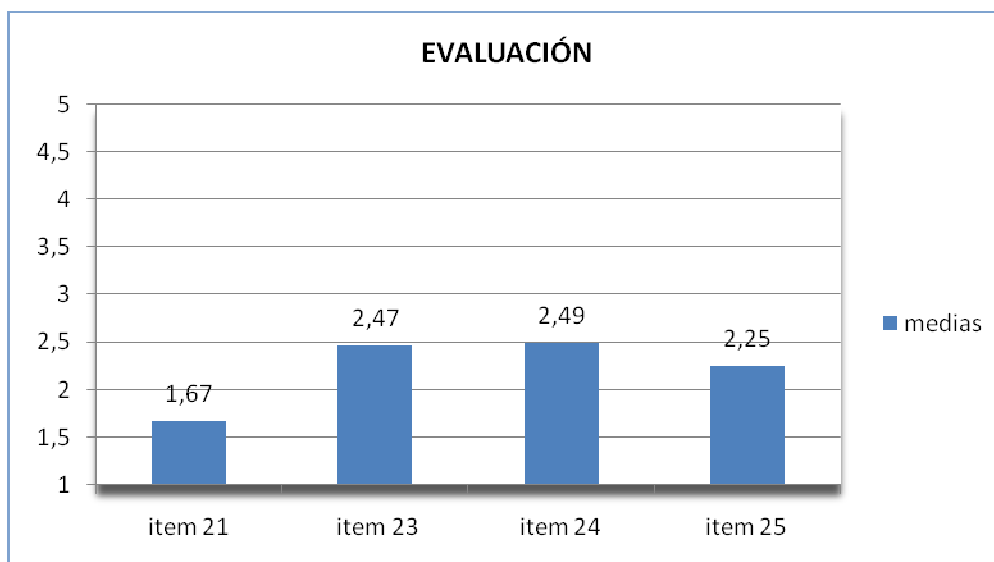
### 6.1.9. Evaluación del Programa de Atención Dental Infantil de Andalucía.

El último punto valorado fue el de la evaluación del programa. Es sabido que todo programa debe ser sometido a una correcta evaluación de manera que con ello se analice su correcto funcionamiento y así realizar las acciones oportunas encaminadas a mejorar los aspectos que no marchan según lo previsto.

Se quiere saber si los profesionales conocen de la existencia de algún tipo de evaluación del PADA por parte de la Administración autonómica. Del mismo modo se ha preguntado en el cuestionario como puntos finales por una valoración global del programa así como si recomendarían tras su experiencia en el mismo a sus compañeros a participar en él o no.

ITEM	Porcentajes					X
	1	2	3	4	5	
<b>i21</b> El PADA está sometido a una correcta evaluación por parte de la Administración.	43.2	28	8.3	3.8	0	1.67
<b>i23</b> Considero que el PADA está manteniendo eficazmente la salud bucodental de los usuarios pacientes	23.5	31.8	18.9	15.9	6.1	2.47
<b>i24</b> En general, estoy satisfecho/a con el PADA puesto en marcha por el Servicio Andaluz de Salud.	23.5	27.3	27.3	11.4	6.8	2.49
<b>i25</b> Recomendaría la participación en el PADA a otros compañeros.	31.8	23.5	28	10.6	2.3	2.25

**Tabla 13. Frecuencias y medias para los ítems relativos a Evaluación del PADA**



**Figura 24: Diagrama de barras para las medias en los ítems relativos a la evaluación del PADA.**

El análisis de los resultados de las respuestas de las opiniones de los profesionales al respecto de la evaluación del programa PADA muestra con respecto a la **pregunta número 21** la existencia de un amplio número de ellos que no contestaron la misma. Este hecho unido a que un amplio número de dentistas se posicionan de forma negativa frente a la aseveración de si el PADA está siendo sometido a una correcta evaluación (43.2% y 28% de respuesta con valor 1 y 2 respectivamente) se concluye que según los dentistas no hay una buena evaluación del PADA por parte de la Administración autonómica. Todo ello queda apoyado por lo que se dijo en los grupos de discusión. Cuando se les preguntó de forma directa al respecto sus respuestas fueron negativas en la totalidad de los casos, habiendo quien afirma categóricamente la inexistencia de evaluación. Hemos preferido por la rotundidad de las respuestas transcribir textualmente el momento en el que fue hecha la pregunta en ambos grupos de discusión y las respuestas de los intervinientes:

**“...Ahora ya lo ultimo. ¿Que conocéis acerca de si se hace alguna evaluación por parte de la Administración?”**

*Yo no lo conozco.*

*Ni idea.*

*No lo sé.*

*Parece ser que hay evaluación interna pero desde luego a nosotros no se nos ha informado.*

*Puede que con las facturas que se entregan tengan índices de utilización pero no hay encuestas, ni foros de debate como este en el que se vean los problemas de los profesionales o de los usuarios... Desde luego a los profesionales no se les pregunta nada. Solo quieren que el plan siga para adelante como política que es.*

*Sí, sí parece ser que se reunió un comité de expertos a hablar creo que era un consejo asesor pero eso fue al principio no sé si después lo han vuelto a hacer.*

*Se hacen conferencias cursos, pero plan de calidad etc... yo lo desconozco...” (Grupo de discusión 1)*

**“...Ya para terminar... ¿sabéis si esta sometido a evaluación el PADI o no?”**

*Pues lo hemos venido diciendo y nadie ha rebatido la idea, creo que no hay ningún tipo de evaluación por parte de la Junta y si la hay no la conocemos.*

*Yo creo que si la hubiera habido se habrían corregido los errores y creo que tenemos los mismos errores y fallos desde el principio, así que no, no la hay.*

*No, creo que no la hay.*

*Si la hubiera debe ser una evaluación externa y no mediatizada políticamente es que a lo mejor la ha habido y ha demostrado que el programa no es bueno pero no la quieren sacar a la luz, ese tipo de cosas sabemos que pasan se queda el informe a nivel interno y no se dice nada...” (grupo de discusión 2)*

Por lo manifestado, los dentistas no conocen si se está realizando algún tipo de evaluación del Programa Dental Infantil Andaluz por parte de la administración autonómica. Hay índices de utilización en base a las facturas entregadas y por los datos recogidos del programa informático que gestiona el programa, pero de las respuestas obtenidas tanto en el cuestionario como en los grupos de discusión podemos afirmar de forma tajante que los profesionales desconocen de forma clara si existe o no evaluación del PADA.

En lo referente al **ítem 23**, hay mayor disparidad de criterios y aunque hay un amplio porcentaje de dentistas que no considera que el PADA está manteniendo eficazmente la salud bucodental de los niños (23.5% muy en desacuerdo y 31.8% en desacuerdo), también observamos un porcentaje importante de profesionales que opina de manera favorable al respecto (15.9% de acuerdo y 6.1% muy de acuerdo.) En los grupos focales se comentó que el plan funcionará siempre que se fomente la prevención con el mismo y que sea en el seno familiar donde se lleva a cabo dicha labor.

*“...Yo creo que todo plan necesita unas revisiones, análisis de resultados y ver exactamente si se pueden mejorar. La educación para la salud empieza por los padres desde el principio que hay que enseñarles a cepillarse... y toda la salud no solo los dientes funcionara mejor...” (Grupo de discusión 1)*

Opiniones vertidas hablan de un programa PADA bueno desde el punto de vista teórico, en cierto modo idílico aunque con determinados errores por resolver como cuestiones económicas, de evaluación... Aconsejan la autoevaluación por los profesionales y no por los estamentos políticos.

*“...El programa sigue siendo bueno, utópico pero con defectos que hay que resolver. Infraestructuras, salarios, criterios unificados y que sea en continua evaluación y revisión. No analizado por los políticos sino por los dentistas, con la participación de la sociedad...” (Grupo de discusión 1)*

La promoción de la salud, el trabajar por la salud y no para la enfermedad y la prevención de las patologías bucodentales son consideradas necesarias por los profesionales sanitarios. Por otra parte se ha comentado que la cobertura bucodental pública debería abarcar desde el nacimiento para poder trabajar con el niño antes de que se instaure cualquier tipo de patología dentaria.

*“...Si el PADI es publico debe abarcar desde los 0 años si no la prevención temprana no existe y no trabajamos para la salud sino para la enfermedad, para las caries que ya existen. Si trabajamos no en las secuelas sino en prevención también todo sería más barato y muchos de los problemas que hay de endodoncias no existirían porque los dientes no llegarían a necesitarlas...” (Grupo de discusión 1)*

En otro orden de cosas, se ha considerado al PADA como el mejor programa bucodental existente porque no hay ni ha habido ningún otro tipo de actuación desde el sector público en Andalucía en este sentido, por lo que a pesar de los errores señalados, nos queda aún un largo camino por recorrer.

*“...Para mí el PADI como programa es mejor que lo que había (porque no había nada) solo estaba el tratamiento mitigante del dolor, extracciones dentales y como eso como punto de partida hay que tomárselo pienso yo...” (Grupo de discusión 2)*

El grado de satisfacción general del PADA se pregunta en el **ítem 24** y nos manifiesta que más del 50% de los dentistas encuestados no está satisfecho con el PADA (23.5% muy en desacuerdo y 27.3% en desacuerdo) existiendo asimismo en torno al 20% de profesionales que sí se posicionan de forma positiva en cuanto a su grado de satisfacción con el programa (11.4 de acuerdo y 6.8 muy de acuerdo.)

En cuanto a la valoración global del programa se indagó en la **pregunta número 25** sobre si se recomendaría el PADA a otros compañeros. Las respuestas, muy ligadas con el ítem 24 nos muestran que el 55.3% de los facultativos no lo haría (31.8% y 23.5% de respuestas con valor 1 y 2 respectivamente) mientras que tan solo un 12.9% sí animaría a sus compañeros de profesión a incluir su consulta dentro del PADA (10.6% de acuerdo y 2.3% muy de acuerdo.)

Para la evaluación del grado de satisfacción con el programa se debe contar desde el punto de vista de los profesionales con una valoración por parte de los integrantes del mismo, siendo los profesionales activos tanto públicos como privados los que influyan en la toma de decisiones al respecto.

*“...Para mí hay que hacer evaluaciones periódicas y actuar en consecuencia. Si hay deficiencias pues solventarlas y por otro lado contar con las opiniones profesionales privados o públicos no la decisión del gestor que esta arriba y que cuando hace la inspección todo funciona perfectamente porque ya todo esta preparado para ello. Que cuenten con los profesionales que saben todas las deficiencias...” (Grupo de discusión 1)*

Como evaluación final de las opiniones presentadas, hay dentistas que creen bueno el programa como estrategia de captación de pacientes para su clínica privada a pesar de los problemas existentes que deben ir solucionándose tanto para pacientes como para dentistas.

*“...Yo digo lo del principio que es bueno para el paciente pero sigo en él porque así traigo mas pacientes de mi pueblo que de otra forma se irían es bueno en cuanto a la captación de pacientes. Y los fallos que tiene pues habría que ver como resolverlos en lugar de quejarse tanto...” (Grupo de discusión 2)*

Algún encuestado valoró la positiva estrategia de mercadotecnia que ha supuesto la implantación del PADA al ofrecer a los niños tratados una forma de atención bucodental gratuita por primera vez de forma casi integral en Andalucía.

*“...Para mí el PADI, yo que trabajo en el sector público en un centro de salud desde hace 15 años ha sido una forma muy inteligente de los políticos de decir a la gente que los niños iban a tener dentista gratis...” (Grupo de discusión 2)*

La controversia que genera el tema ha provocado que determinados profesionales cuestionen de forma importante su seguimiento o no en el programa, dado que no se conocen sistemas de corrección de errores.

*“...Yo después de lo que hemos dicho aquí estoy más convencido de borrar me del PADI, porque veo que los problemas que yo tengo se repiten en mis compañeros y el hecho de que no sepamos si se están intentando corregir para mí es frustrante...” (Grupo de discusión 2)*



A pesar de muchas opiniones negativas al respecto del programa, hay compañeros que se preguntan por qué, a pesar de ello, sigue habiendo muchas consultas dentales privadas que siguen ofertando el programa PADA.

*“...Pues yo decir que no sé porqué seguimos en el PADI si funciona tan mal pero todos los que estamos aquí seguimos en él, será que nos es rentable económicamente...” (Grupo de discusión 2)*

## **6.2. Estudio diferencial de las opiniones sobre el PADA.**

Además del estudio meramente descriptivo de las opiniones de los profesionales implicados en el PADA, a la hora de realizar el análisis se expone un estudio diferencial en función de las variables que propusimos a la hora de realizar el cuestionario. Estas variables fueron los años de ejercicio profesional (que cuantificamos en tres posibilidades; menos de 5 años, entre 5 y 20 ó más de 20 años), el sector público o privado en el que trabajaban, el ámbito rural o urbano en el que desarrollaban su ejercicio profesional y la titulación para ejercer la profesión, pudiendo ser esta médico especialista en estomatología u odontólogo. Ha resultado mucho más difícil este análisis en los grupos de discusión por tratarse de entrevistas grupales en las que para la expresión plena de sus opiniones se tenía que garantizar su anonimato. Por ello no aparecen citas textuales de los grupos focales en este punto.

### **6.2.1. Diferencias en función de los años de ejercicio profesional.**

Para explorar las diferencias observadas en las opiniones de los profesionales en función de su antigüedad en el ejercicio de la profesión, se parte del cálculo de las medias obtenidas en cada ítem por los encuestados que poseen menos de 5 años de experiencia, entre 5 y 20 años de experiencia y más de 20 años.

Además, se ha llevado a cabo una comparación de medias recurriendo al análisis de la varianza. En la tabla 14 se muestran los valores alcanzados por las medias en cada uno de los grupos de profesionales considerados según su experiencia, así como los valores del estadístico de contraste F y el grado de significación (p) asociado al mismo. Sólo se han incluido en dicha tabla los ítems en los que hemos encontrado diferencias significativas con  $\alpha = 0.05$ . Es decir, contamos

con una confianza de al menos el 95% para rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias, en los casos en que  $p$  es inferior a 0,05.

Se ha considerado la experiencia como una variable importante a tener en cuenta para valorar las diferencias que pudiéramos encontrar entre los profesionales encuestados. Los profesionales con más de 20 años de ejercicio, en su mayoría estomatólogos instaurados en sus consultas tendrán, a priori, una visión notoriamente distinta de la profesión que la de los odontólogos (veinteañeros en su mayoría) recién licenciados con menos de cinco años de experiencia y el grueso de la profesión situado entre ambos años de ejercicio.

Ítem	< 5 años	5-20 años	> 20 años	F	p
	Media	Media	Media		
<b>i1</b> He recibido suficiente información (PADA) antes de ser contratado/ habilitado	2.76	2.59	1.89	3,102	,048
<b>i12</b> Conozco ampliamente mis derechos y obligaciones como profesional con relación al PADA.	2.06	2.91	3.11	4,018	,020
<b>i2</b> El PADA ha cumplido con los plazos de inicio, puesta en marcha, y desarrollo del mismo tal y como se había anunciado.	1.73	2.35	1.50	5,681	,004
<b>i10</b> La Delegación Provincial ha aceptado los informes que he presentado por los tratamientos especiales tal y como se indica en el Decreto.	2.00	2.79	1.78	4,498	,013
<b>i7</b> Considero que el PADA hace que pueda haber subtratamiento en piezas permanentes.	3.53	4.18	4.33	5,024	,008

**Tabla 14: Medias en función de los años de ejercicio y análisis de la varianza**

Las diferencias significativas se registran únicamente en ítems relativos a la información, burocracia y tratamiento. En el caso de la información (**ítems 1 y 12**), los profesionales con menos experiencia tienen mejor opinión acerca de la información recibida al inicio del programa según se recoge en la tabla de medias al respecto del ítem 1. En cambio, las opiniones sobre los derechos y obligaciones como profesional en relación al PADA, mejoran a medida que se incrementa la experiencia.

En lo que respecta al bloque de burocracia, los **ítems 2 y 10** nos muestran del mismo modo diferencias significativas al respecto con un valor de p inferior al 0.05. Los dentistas con experiencia entre 5 y 20 años son los que muestran una mejor valoración de estas dos preguntas del cuestionario. De aquí se puede extrapolar la afirmación de que este grupo de profesionales se muestra menos en desacuerdo con lo preguntado en ambas cuestiones. Sus contestaciones reflejan valores ligeramente mayores en el ítem 2 a los profesionales de menor experiencia mostrándose claramente diferentes frente a los profesionales de más edad. Así podemos concluir que a pesar de estar en desacuerdo con que el PADA ha cumplido con los plazos que tenía previsto no están tan en desacuerdo como el resto de compañeros de otros grupos.

En el mismo sentido se sitúan en la **pregunta número 12** estando estos profesionales de entre 5 y 20 años de experiencia laboral más de acuerdo con la labor de la delegación provincial en cuanto a la gestión de los tratamientos especiales.

Con respecto a la última pregunta evaluada con diferencia estadísticamente significativa (**item7**), son los facultativos con mayor experiencia profesional los que están mas de acuerdo con la aseveración de que el programa PADA puede provocar subtratamiento en los pacientes tratados.

### **6.2.2. Diferencias en función del ámbito de desarrollo del ejercicio profesional (rural, urbano o ambos.)**

Para evaluar las diferencias en función del ámbito profesional de trabajo, se realizó el cálculo de las medias relativas a cada ítem para los encuestados que trabajen en el ámbito rural, el ámbito urbano de forma exclusiva o bien en ambos ámbitos de forma simultánea. El análisis se obtiene con la misma metodología y es presentado con el mismo formato que en el punto 6.2.1.

El ejercicio de la profesión de dentista no tiene por qué ser distinto en principio si este se desarrolla en la capital o en los pueblos. Sin embargo el tipo de pacientes que acuden a la consulta sí va a ser distinto con lo cual la forma de afrontar los problemas puede dar lugar a diferentes opiniones, por lo que se ha incorporado esta variable al cuestionario.

Ítem	Capital	Pueblo	Ambos	F	p
	Media	Media	Media		
<b>i2</b> El PADA ha cumplido con los plazos de inicio, puesta en marcha, y desarrollo del mismo tal y como se había anunciado.	2.00	2.50	2.00	4.654	.011
<b>i6</b> Considero que lo reseñado en la pregunta nº 5 puede causar un aumento desmesurado de las exodoncias prematuras de dientes permanentes.	4.30	4.59	4.43	3.471	.034
<b>i7</b> Considero que el PADA hace que pueda haber subtratamiento en piezas permanentes.	3.84	4.43	4.00	8.791	.000
<b>i13</b> He sido informado/a ampliamente sobre los derechos y obligaciones del paciente con relación al PADA.	2.80	2.05	2.00	12.32	.000
<b>i15</b> Los pacientes han mejorado con el PADA su acceso (tanto geográfico como social) al odontólogo.	2.88	3.96	3.57	22.72	.000
<b>i16</b> El PADA tiene como beneficio indirecto el tratamiento de familiares del niño tratado.	3.73	3.20	3.14	3.656	.029
<b>i21</b> El PADA está sometido a una correcta evaluación por parte de la Administración.	1.48	2.00	1.20	6.454	.002

**Tabla 15: Medias en función de la ubicación del ejercicio profesional y análisis de la varianza**

Las diferencias significativas se han registrado en una cantidad importante de preguntas (siete de las veinticinco del cuestionario.)

La primera pregunta en la que se obtienen diferencias significativas es la **número 2**. En ella se interroga sobre el cumplimiento de plazos del PADA y son los dentistas que trabajan en la capital los que se muestran más escépticos con la Administración a este respecto. A pesar de ello los valores de los dentistas del medio rural tampoco son muy positivos.

En las **preguntas números 6 y 7** son los profesionales de medio rural los que reflejan mayores valores de aquiescencia con lo cuestionado. De ello se puede decir que por sus respuestas consideran que está habiendo subtratamiento en los

pacientes tratados por el PADA y que por esta misma razón va a haber un aumento importante de extracciones prematuras por no ser incluida la endodoncia como tratamiento especial.

Al respecto del **ítem 13**, parece que hay mayor información en cuanto a derechos y obligaciones por parte dentistas de la capital frente a los del medio rural por sus mejores resultados.

Quizás y como podría ser de prever en lo que respecta al **ítem 15** son los dentistas que trabajan en el ámbito rural o en ambos los que muestran mayor puntuación. Son estos profesionales los que han notado un mejor acceso de los pacientes a las consultas con la puesta en marcha del programa.

Por otro lado, en lo que concierne a la **pregunta numero 16** son los dentistas de la capital los que tienen una opinión mas favorable acerca de que con el PADA hay beneficios indirectos como el tratamiento de familiares del niño tratado.

Al respecto de la evaluación (**ítem 21**) siendo negativos, los valores de las respuestas de los dentistas de ámbito rural son más positivos que las de los dentistas capitalinos, considerando en ambos casos su desconocimiento sobre la existencia de evaluación sobre el PADA.



### **6.2.3. Diferencias en función del sector en que trabajan los profesionales encuestados (público o privado.)**

Una de las variables que creíamos a priori que iba a presentar una mayor cantidad de diferencias era la del sector en el que trabajaban, pudiendo ser este público o privado, dado que en el PADA puede haber dentistas que ejerzan en un centro de salud del Servicio Andaluz de Salud o en una clínica privada concertada con la administración autonómica.

En las observaciones de las diferencias en los dos grupos que acabamos de exponer se ha utilizado el análisis de la varianza (ANOVA), lo cual es posible cuando la variable independiente da lugar a más de dos grupos.

Sin embargo, para el análisis de las variables que se evalúan a continuación y que dan lugar a dos grupos -es el caso de la titulación (odontólogo/estomatólogo) o el sector (público/privado)- habrá que realizar una comparación de medias mediante la prueba T. Para ello se comenzó por calcular las puntuaciones medias logradas en cada ítem por los profesionales de cada colectivo.

Con posterioridad se realizó un contraste estadístico para determinar si las diferencias observadas resultan significativas. Se ha aplicado la prueba T para el contraste de medias, utilizando el estadístico adecuado en cada caso, según se cumpla o no el supuesto de homoscedasticidad de varianzas. En la tabla 16, se recogen los resultados de la prueba mostrando el valor de T y el grado de significación asociado al mismo. Para los ítems en los que se registra un valor p inferior a  $\alpha=0,05$ , puede rechazarse la hipótesis nula de igualdad de medias, permitiendo en consecuencia afirmar que con un 95% de confianza existen

diferencias significativas entre las medias alcanzadas en ese ítem por profesionales del sector público o del sector privado.

Dada la gran cantidad de ítems en los que se han encontrado diferencias en lo que respecta al sector en que trabajan los profesionales (público o privado), se ha preferido agrupar los mismos para una más clara presentación de los datos en función al grupo de preguntas que hemos realizado en el punto 6.1. Es por ello por lo que no aparecen en orden numérico sino agrupados en función de lo que se ha querido cuestionar.

		Público	Privado	T	P
		Media	Media		
INFORMACION	i1 He recibido suficiente información (PADA) antes de ser contratado/ habilitado	3.23	2.41	4.478	.000
	i12 Conozco ampliamente mis derechos y obligaciones como profesional con relación al PADA	4.31	2.44	13.421	.000
BUROCRACIA	i2 El PADA ha cumplido con los plazos de inicio, puesta en marcha, y desarrollo del mismo tal y como se había anunciado.	3.23	1.97	5.858	.000
	i3 Los trámites burocráticos para la contratación al PADA resultaron fáciles de seguir.	2.09	1.61	2.296	.030
	i10 La Delegación Provincial ha aceptado los informes que he presentado por los tratamientos especiales tal y como se indica en el Decreto.	4.00	2.27	8.139	.000
	i20 El programa informático de gestión de los pacientes-usuarios del programa funciona correctamente.	1.92	1.62	2.070	.041
ASISTENCIA DENTAL BÁSICA	i4 Estoy de acuerdo con la asistencia dental básica ofertada por el PADA (sin tener en cuenta la parte económica.)	3.46	1.93	7.521	.000
	i7 Considero que el PADA hace que pueda haber subtratamiento en piezas permanentes.	4.42	4.03	2.177	.031
	i22 El tipo de prestaciones que cubre el PADA me parece suficiente.	3.23	2.45	4.447	.000
TTOS. ESPECIALES	i6 Considero que lo reseñado en la pregunta nº 5 puede causar un aumento desmesurado de las exodoncias prematuras de dientes permanentes.	4.65	4.38	2.434	.019
	i9 Estoy de acuerdo con los tratamientos especiales ofertados por el PADA (sin mencionar la cuestión económica.)	3.23	1.70	7.974	.000
	i8 Considero mejor tratados a los usuarios del PADA en el sector público que en clínicas privadas concertadas.	4.73	1.93	13.972	.000
	i13 He sido informado/a ampliamente sobre los derechos y obligaciones del paciente con relación al PADA	3.08	2.26	4.221	.000
	i17 El PADA ha hecho aumentar los pacientes en mi consulta.	4.31	3.40	6.254	.000
ECO NOMÍA	i18 Las retribuciones económicas por paciente tratado me parecen correctas.	1.79	1.29	4.424	.000
	i19 Las retribuciones económicas por tratamientos especiales, me parecen correctas.	2.23	1.51	5.527	.000
EVALUACIÓN	i21 El PADA está sometido a una correcta evaluación por parte de la Administración.	2.38	1.45	4.699	.000
	i23 Considero que el PADA está manteniendo eficazmente la salud bucodental de los usuarios pacientes	3.15	2.30	2.719	.011
	i24 En general, estoy satisfecho/a con el PADA puesto en marcha por el Servicio Andaluz de Salud.	3.42	2.25	3.741	.001
	i25 Recomendaría la participación en el PADA a otros compañeros.	2.88	2.09	3.108	.001

En todas las preguntas en las que ha habido diferencias significativas de acuerdo con los resultados obtenidos por la prueba T, los dentistas públicos obtienen valores más altos de medias que los privados. Las mayores distancias se dan en las **preguntas números 12** (Conocimiento de sus derechos y obligaciones con una diferencia de 1,86 puntos en las medias), **10** (Informes de tratamientos especiales con una diferencia de 1,73), **4** (asistencia dental básica con 1,53 de diferencia), **9** (tratamientos especiales ofertados con una diferencia de 1,53) y **8** (con una diferencia de 2,80 puntos en las medias.)

Como era de prever la **pregunta número 8** que hace referencia a la opinión del trato en el sector público o privado refleja la mayor diferencia considerando los dentistas públicos un mejor trato a los pacientes en el sector en el que ellos trabajan.

#### **6.2.4. Diferencias en función de la titulación profesional (médico estomatólogo u odontólogo.)**

La última variable que se ha sometido a análisis ha sido el de la titulación del profesional. Para ejercer la profesión de dentista en España en la actualidad se puede haber llegado a ello tras haber realizado la especialidad médica de estomatología o bien siendo licenciado en odontología. Por otro lado en nuestro país existe un gran número de profesionales que tienen el título de odontólogo habiendo obtenido su titulación en el extranjero. Estos últimos se incluyen como odontólogos.

Para analizar las posibles diferencias en función del título que ostenta el profesional (odontólogo o estomatólogo), se ha comenzado por calcular las puntuaciones medias logradas en cada ítem por los profesionales de cada colectivo.

Una vez descritas las diferencias, se ha llevado a cabo un contraste estadístico para determinar si las diferencias observadas resultan significativas. Se ha aplicado la prueba T para el contraste de medias, utilizando el estadístico adecuado en cada caso, según se cumpla o no el supuesto de homoscedasticidad de varianzas. En la tabla 17, se recogen los resultados de la prueba mostrando el valor de T de comparación de medias para pruebas independientes y el grado de significación asociado al mismo. Para los ítems en los que se registra un valor p inferior a  $\alpha=0,05$ , puede rechazarse la hipótesis nula de igualdad de medias, permitiendo en consecuencia afirmar que con un 95% de confianza existen diferencias significativas entre las medias alcanzadas en ese ítem por odontólogos y estomatólogos.

	Odontólogo	Estomatólogo	T	p
	Media	Media		
<b>i7</b> Considero que el PADA hace que pueda haber subtratamiento en piezas permanentes.	3.96	4.29	-2.301	.023
<b>i8</b> Considero mejor tratados a los usuarios del PADA en el sector público que en clínicas privadas concertadas.	2.23	2.88	-2.425	.017
<b>i12</b> Conozco ampliamente mis derechos y obligaciones como profesional con relación al PADA	2.60	3.09	-2.300	.023
<b>i14</b> Los pacientes han sido informados por la Administración sobre sus derechos y obligaciones con relación al PADA.	1.63	1.96	-2.443	.016
<b>i23</b> Considero que el PADA está manteniendo eficazmente la salud bucodental de los usuarios pacientes	2.10	2.95	-4.093	.000
<b>i24</b> En general, estoy satisfecho/a con el PADA puesto en marcha por el Servicio Andaluz de Salud.	2.28	2.75	-2.241	.027
<b>i25</b> Recomendaría la participación en el PADA a otros compañeros.	2.06	2.50	-2.283	.024

**Tabla 17. Comparación de medias y Prueba T para la comparación de medias en función de la titulación de los profesionales.**

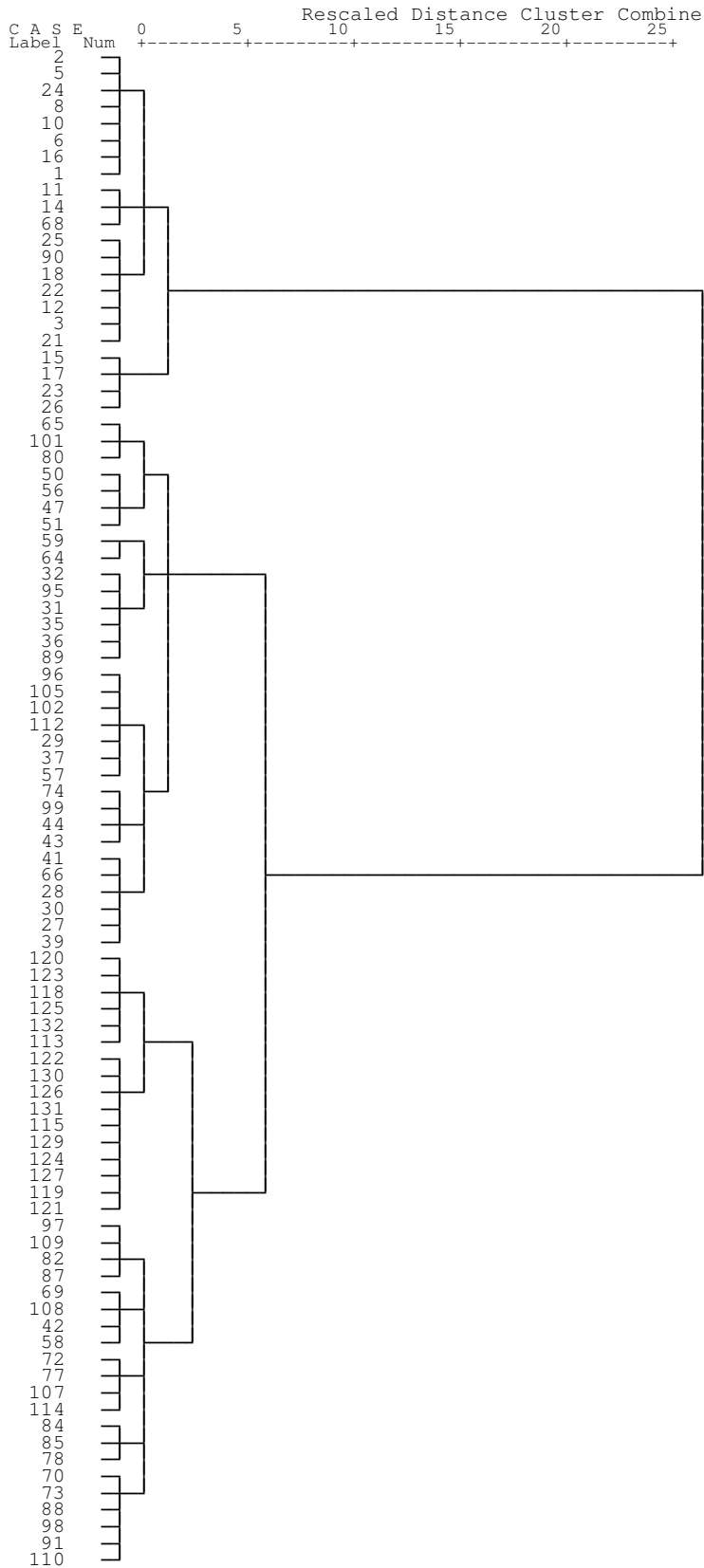
En la tabla 17 se muestran las medias y desviaciones típicas correspondientes, revelando en general puntuaciones más altas en el caso de los estomatólogos que entre los odontólogos. En particular, las mayores distancias se registran en el **ítem 23** (0,85 puntos de diferencia) y en el **ítem 8** (0,65), que hacen referencia a la efectividad del mantenimiento de la salud de los pacientes por parte del PADA, donde los estomatólogos son más positivos y con respecto a que los pacientes del sector público son mejor tratados en el mismo que en sector privado. El hecho de que haya más estomatólogos que odontólogos en este sector unido a lo que hemos apreciado en el punto 6.2.3 respecto a esta misma aseveración confirma lo reflejado en esta pregunta.

### 6.3. Tipología de profesionales según su posicionamiento ante el PADA.

Con el fin de identificar distintos posicionamientos ante el PADA, se ha llevado a cabo una clasificación de los profesionales que han respondido al Cuestionario de Opinión, recurriendo para ello a la técnica del análisis de conglomerados. Se ha tomado a los 25 ítems del cuestionario como punto de partida para la clasificación. El procedimiento seguido ha consistido en una clasificación jerárquica ascendente, definiendo las distancias entre individuos como distancias euclídeas al cuadrado y utilizando para la agregación **el método de Ward**. Este método maneja el concepto de inercia o varianza, para estimar los clusters que deben ser agregados en cada paso, tratando de minimizar la inercia intraclases y maximizar la inercia interclases. Las sucesivas agregaciones entre elementos y/o clases pueden representarse mediante un diagrama en forma de árbol, que recibe la denominación de **dendograma**.

El dendograma obtenido para la clasificación (ver figura 25), muestra la existencia de dos o tres grupos de profesionales. Se ha preferido la solución de tres grupos, dado que generan colectivos de tamaño similar (ver tablas 18 y 19), consiguiendo una diferenciación intergrupos aceptable.

Para este análisis solo se han podido considerar a los 91 individuos que respondieron a la totalidad de las encuestas de los 132 profesionales que se sometieron a la misma. En el grupo 1 encontramos a 22 individuos, en el grupo 2 a 32 profesionales quedando los 37 restantes incluidos en el grupo 3.



**Figura 25: Dendrograma para la clasificación de profesionales en función de sus opiniones (distancia euclídea al cuadrado y método de Ward).**



En el análisis demográfico del mismo (tablas 18 y 19) se concluye que el grupo 1 trabaja prácticamente en su totalidad (90,9%) en el sector público, algo más fuera de la capital (59,1%) y son en su mayoría estomatólogos con una experiencia profesional entre 5 y 20 años. Podríamos denominar a este grupo **Estomatólogos del sector público.**

En cuanto al grupo 2 la totalidad de individuos encuestados trabajan en el sector privado, más en el sector rural que en el ámbito de la capital o en ambos (59,4% frente a 31,3 y 9,4 % respectivamente), siendo en una amplia mayoría odontólogos (78,1%) de una experiencia media (81,3% de entre 5 y 20 años de experiencia profesional.) Este grupo podría denominarse **Odontólogos del sector privado del ámbito rural.**

El tercer grupo lo comprenden dentistas que trabajan en su totalidad en el sector privado, aunque en su mayoría en la capital (78,4% solo en la capital sumados al 5,4% que lo hacen en la capital y en pueblos). Se trata de un grupo formado indistintamente por odontólogos o estomatólogos (en torno al 50% en ambos) y fundamentalmente con poca experiencia (24,5% de menos experiencia de 5 años). Llamaremos a este grupo **Dentistas de la capital.**

	Frecuencia	Porcentaje	Sector		Población		
			Público	Privado	Capital	Pueblo	Ambos
Grupo 1	22	24,2%	90.9%	9.1%	40.9%	59.1%	0%
Grupo 2	32	35,2%	0%	100%	31.3%	59.4%	9.4%
Grupo 3	37	40,7%	0%	100%	78.4%	16.2%	5.4%

**Tabla 18. Descripción demográfica de los grupos obtenidos por el análisis de conglomerados**

	Frecuencia	Porcentaje	Título		Años (%)		
			Odontólogo	Estomatólogo	<5	5-20	>20
Grupo1	22	24,2%	27.3%	72.7%	0%	100%	0%
Grupo2	32	35,2%	78.1%	21.9%	12.5%	81.3%	6.3%
Grupo3	37	40,7%	54.1%	45.9%	24.3%	67.6%	8.1%

**Tabla 19. Descripción demográfica de los grupos obtenidos por el análisis de conglomerados**

	Ítem	Ward Method		
		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
		Media	Media	Media
Información	i1 He recibido suficiente información (PADA) antes de ser contratado/ habilitado	3.45	2.38	2.43
	i12 Conozco ampliamente mis derechos y obligaciones como profesional con relación al PADA	4.32	2.41	2.46
Burocracia	i2 El PADA ha cumplido con los plazos de inicio, puesta en marcha, y desarrollo del mismo tal y como se había anunciado.	3.50	2.19	1.78
	i3 Los trámites burocráticos para la contratación al PADA resultaron fáciles de seguir.	2.09	1.75	1.51
	i10 La Delegación Provincial ha aceptado los informes que he presentado por los tratamientos especiales tal y como se indica en el Decreto.	4.18	2.19	2.24
	i20 El programa informático de gestión de los pacientes-usuarios del programa funciona correctamente.	1.95	1.47	1.89
Asistencia dental básica	i4 Estoy de acuerdo con la asistencia dental básica ofertada por el PADA (sin tener en cuenta la parte económica.)	3.73	1.69	2.19
	i7 Considero que el PADA hace que pueda haber subtratamiento en piezas permanentes.	4.41	4.38	3.59
	i22 El tipo de prestaciones que cubre el PADA me parece suficiente.	3.36	2.78	2.22
Tratamientos especiales	i5 Veo adecuado no incluir la endodoncia como tratamiento especial.	1.45	1.13	1.41
	i6 Considero que lo reseñado en la pregunta nº 5 puede causar un aumento desmesurado de las exodoncias prematuras de dientes permanentes.	4.82	4.59	4.22
	i9 Estoy de acuerdo con los tratamientos especiales ofertados por el PADA (sin mencionar la cuestión económica.)	3.45	1.75	1.54
Público vs Privado	i8 Considero mejor tratados a los usuarios del PADA en el sector público que en clínicas privadas concertadas.	4.82	2.41	1.70
	i11 Considero adecuado que determinados pacientes (problemáticos, discapacitados...) sean tratados dentro del Sistema Sanitario Público.	4.09	4.03	4.16

Información pacientes	i13 He sido informado/a ampliamente sobre los derechos y obligaciones del paciente con relación al PADA	3.18	2.00	2.54
	i14 Los pacientes han sido informados por la Administración sobre sus derechos y obligaciones con relación al PADA.	2.14	1.53	1.97
Beneficios para la consulta	i15 Los pacientes han mejorado con el PADA su acceso (tanto geográfico como social) al odontólogo.	3.45	3.69	2.84
	i16 El PADA tiene como beneficio indirecto el tratamiento de familiares del niño tratado.	3.32	3.47	3.59
	i17 El PADA ha hecho aumentar los pacientes en mi consulta.	4.32	3.31	3.43
Economía	i18 Las retribuciones económicas por paciente tratado me parecen correctas.	1.91	1.22	1.38
	i19 Las retribuciones económicas por tratamientos especiales, me parecen correctas.	2.27	1.47	1.51
Evaluación	i21 El PADA está sometido a una correcta evaluación por parte de la Administración.	2.32	1.53	1.32
	i23 Considero que el PADA está manteniendo eficazmente la salud bucodental de los usuarios pacientes	3.36	1.66	2.97
	i24 En general, estoy satisfecho/a con el PADA puesto en marcha por el Servicio Andaluz de Salud.	3.55	1.66	2.78
	i25 Recomendaría la participación en el PADA a otros compañeros.	3.18	1.28	2.84

**Tabla 20. Comparación de medias para los grupos definidos por el Método de Ward.**

En cuanto a las opiniones de los tres grupos identificados, se observa que el primero de ellos se muestra como norma general con valores más positivos. Por ello podemos afirmar que el grupo de **Estomatólogos del sector público** muestra un mayor grado de aquiescencia con lo preguntado acerca del PADA en el cuestionario. Y de ello se puede decir que su opinión es más favorable al respecto del programa dental infantil que las de los otros dos grupos encontrados. Tan solo en una pregunta (**ítem 16**) las respuestas de los grupos 2 y 3 son más favorables que las de este grupo. Vendría a corroborar la lógica puesto

que se podría pensar que los beneficios indirectos se han de notar más si es que se dieran en las consultas privadas.

Los grupos 2 y 3 muestran respuestas mucho más similares. El grupo denominado de **Odontólogos del sector privado del ámbito rural**, difiere de forma importante en las medias de las respuestas obtenidas respecto a los **Dentistas de la capital** en las preguntas 2 (pregunta sobre plazos y desarrollo del programa) donde estos odontólogos tienen una opinión más favorable al respecto que los capitalinos con 0,41 puntos de diferencia en las medias de ambos grupos.

Lo mismo ocurre en el grupo de preguntas sobre la asistencia dental básica (**preguntas 4, 7 y 22**) donde hay una diferencia importante entre ambos grupos.

En los ítems 8 (consideración de mejor tratamiento en el sector público) y 15 (mejora en el acceso de los pacientes a la consulta) también nos encontramos con opiniones más favorables del grupo 2 con respecto al grupo 3.

Por último de las respuestas obtenidas en lo que respecta al grupo de preguntas de la evaluación en las que se aprecian diferencias importantes (**ítems 23, 24 y 25**) las opiniones son más favorables en este sentido en el grupo 3 y más cercanas en este caso a las del grupo 1.

## 7. DISCUSIÓN.

La cuestión básica que se planteó de forma inicial en nuestro trabajo sobre la aportación a la Odontología española de los programas PADI y su percepción por parte de los profesionales en él implicados, no puede tener una respuesta sencilla. Ha supuesto un cambio en el ejercicio odontológico y se trata de una nueva filosofía de trabajo con limitaciones en aspectos de prestaciones, calidad y control evaluativo.

En un principio, esta nueva oferta asistencial para la población infantil fue ampliamente cuestionada fundamentalmente por las transformaciones que implicaba tanto en el trabajo diario como en la actitud de los pacientes usuarios del programa, además de implicar una mayor dependencia de la Administración Sanitaria.

A lo largo de la historia de la prevención de afecciones bucodentales, siempre se han citado dos grandes causas en la disminución de la patología oral, casi siempre centrada de forma fundamental en la caries, sobre todo infantil y adolescente. La primera, el consumo de productos dentales remineralizantes (fundamentalmente flúor en forma de sales). La segunda, la implementación mediante la política sanitaria de programas de prevención bucodental.

El aumento de la cultura preventiva en el colectivo profesional, la mayor sensibilidad de la población hacia la salud dental, modificando estilo de vida y hábitos perjudiciales, y la concienciación de las autoridades sanitarias de la

importancia en la prevención de las afecciones bucodentales, también son responsables de la mejora de la salud oral en la ciudadanía.

Es conocido que en esta gran mejora tienen mucho de responsables los cambios en el medio ambiente-entorno (desarrollo, educación, alimentación, colaboración intersectorial e interprofesional, mejora de la promoción de la salud...) junto con la mejora de recursos tanto materiales como humanos (selladores, restauraciones preventivas de resina, flúor, controles de placa, diagnóstico de riesgo, formación continuada...) Parafraseando a Simón Katz, “es mejor cerrar el grifo que recoger el agua.” (175)

Todos los programas infantiles han desarrollado actividades de información, aplicación de flúor, selladores de fosas y fisuras e incluso obturaciones centrando en las acciones de prevención su principal objetivo. Con el tiempo se han ido añadiendo prestaciones. Otras posibilidades quedaron en el camino y quizás se retomen o se implanten de forma razonada junto con el desarrollo de investigación y protocolización adecuadas (materno-infantil, especiales, crónicos...) Pero a pesar de las críticas políticas, económicas, de oportunismo, de carácter odontopediátrico... ha sido claro el avance de la accesibilidad de la ciudadanía a prestaciones antes no alcanzadas (fueran sentidas o no) que los programas PADI han ocasionado. (176)

A pesar de ello hay que decir que, en lo que a odontología se refiere, el sistema sanitario tiene unos límites claros marcados por la cuantía económica que generarían determinados tratamientos dentales.

Los programas PADI ofrecen al ciudadano más prestaciones que antes de su implantación. Por otro lado otorgan a la población beneficiaria la posibilidad de seguir con su dentista de cabecera o de elegir al profesional que mejor estimen. Además, permiten que el sistema público pueda dirigir su mirada si es necesario a grupos más desfavorecidos que difícilmente tendrían accesibilidad y equidad. En definitiva, han supuesto una nueva era de atención bucodental para la población infantil con una innegable mejora en el acceso poblacional a la asistencia sanitaria en lo que a salud oral se refiere. (17)

Los argumentos conceptuales expuestos están avalados por la evidencia científica pero la cuestión es saber si son percibidos, interiorizados y puestos en valor por el sector profesional. En definitiva hemos pretendido conocer en el presente trabajo de investigación qué piensan los dentistas sobre el PADA, qué limitaciones le encuentran, qué proponen para mejorarlo y cuál es el grado de satisfacción que les produce.

### **Información.**

Una optimización de los canales informativos dentro de un proyecto permite el correcto desarrollo del mismo, la reevaluación y la implicación de los recursos humanos en su desarrollo.

Dentro de los criterios actuales de calidad, la fluidez de información se considera básica para el desarrollo estratégico de cualquier empresa. (110) El programa que nos ocupa reúne una serie de características: Gran cobertura poblacional,



importante desarrollo geográfico, su carácter novedoso etc... Todas ellas le obligan a crear vías de información veraces y exhaustivas. Según la investigación recopilada el grado de satisfacción de los profesionales es escaso en este tema no solo para la contratación de los servicios sino también, en una restringida comunicación con la Administración Sanitaria, para incorporar las actualizaciones en cuanto a la facturación de tratamientos. En nuestro trabajo los dentistas manifestaron de forma mayoritaria no estar bien informados al inicio de la prestación. (73.5% de los encuestados) (**Ver citas textuales pág. 216.**) En definitiva el programa adolece de un sistema de retroalimentación que podría paliar errores así como mantener a sus usuarios internos plenamente conscientes de la situación de su entorno y de los cambios que acontecen en el programa.

Como ejemplo cabe destacar el hecho de que en el año 2003 la incorporación a la prestación asistencial fue de los niños de seis y nueve años y nacidos entre 1994 y 1997 y no de forma incremental en un año con el consiguiente descontento por parte de los profesionales adscritos al programa.(166) Sin embargo y haciendo referencia a lo expresado de forma literal en el Decreto 281/2001, *“El titular de la Consejería de Salud determinará mediante Orden los grupos de edad que se incorporan anualmente a la garantía de la prestación reconocida en el mismo, incluyéndose, **en cualquier caso**, los niños que cumplan seis años.”* Es decir, se actuó conforme a la ley aunque dicha acción no fuera consensuada con los profesionales y se tomara de forma unilateral por parte de la Administración. Con todo ello y por las declaraciones efectuadas por los profesionales que intervinieron en nuestros grupos de discusión podemos concluir que el desconocimiento de esta posibilidad es total por parte de los

dentistas (**ver sentencias pág. 222**). Por otro lado también hay que reseñar que se trata de una posibilidad que tan solo se da en el caso de Andalucía, no estableciéndose esta salvedad en ninguna otra comunidad con programa PADI. (En la actualidad las CCAA con programa PADI son, además de Andalucía, País Vasco, Navarra, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Murcia, Baleares, Extremadura, Aragón y las Islas Canarias.)

Los dentistas encuestados reflejan la importancia de la información proporcionada por la Administración, así como del trato y de la fluidez de la comunicación con las entidades que gestionan el programa tanto en la encuesta como en los grupos focales. (**Ver citas textuales pág. 224 y 225.**)

Pocos meses tras la implantación del PADI en las Comunidades Autónomas del País Vasco (1990) y Navarra (1991), los Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de Vizcaya, Guipúzcoa y Navarra llevaron a cabo, de forma separada y con cuestionarios distintos, una encuesta de opinión entre sus colegiados para conocer su opinión respecto del programa, y sobre diversas cuestiones colegiales. (177) (178) En 1993, tres años después, el Colegio de Vizcaya realizó una nueva encuesta entre sus colegiados, con un cuestionario basado en el utilizado anteriormente en Navarra. (179)

En 2003, y con una experiencia sobre el funcionamiento del PADI superior a diez años en ambas Comunidades, el Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, a través de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO), encargó a la empresa de estudios

de opinión y de mercado, CIES S.L. (Pamplona), una encuesta para conocer el grado de satisfacción de los profesionales adscritos al PADI en el País Vasco y Navarra. (180)

Estas encuestas realizadas en El País Vasco y Navarra reflejan unos valores similares a los de nuestra muestra en los aspectos tratados. Así en la encuesta del año 2003 en el País Vasco y Navarra, el grado de satisfacción al respecto de la información recibida, el trato y la fluidez de comunicación con la Administración Sanitaria, los datos tenían una media en cada uno de los ítems de 6,0 en el País Vasco y 7,5 en Navarra en una escala de 0 a 10. En los datos de nuestra encuesta (con una escala de 1 a 5) muestran una media de 2,82 en cuanto a la información recibida, de 2,92 en cuanto a la comunicación con la Administración Sanitaria. Caben plantearse varias cuestiones ante estos dos puntos ¿Es consciente la Consejería de Salud de estos hechos? ¿Se considera la Consejería de Salud capacitada para informar y formar al personal adscrito al programa? ¿El órgano gestor sanitario andaluz está preocupado por esta circunstancia? ¿Son los profesionales receptivos y están concienciados de la importancia de la información?

### **Evaluación.**

En esta línea es significativo que la práctica totalidad de los encuestados ignoren si existe algún tipo de ejercicio evaluativo del PADA, (lo que demostraría la carencia de los canales de información) y que además supongan que, caso de existir algún mecanismo evaluador, este no trascienda de los ámbitos de la Consejería y que, por supuesto, no llegue a los usuarios internos del programa

que son los dentistas. Los datos del cuestionario nos muestran una media de 1,67 acerca de una correcta evaluación del PADA por parte de la Administración, además de lo reflejado en los focus groups que es tremendamente llamativo. **(Ver citas textuales pág. 268.)**

Por otra parte a la hora de evaluar la información recibida por los pacientes en base a los resultados obtenidos por la encuesta y corroborados por los focus groups nos damos cuenta de que el programa carece de un adecuado canal de información para los potenciales pacientes usuarios del programa (Los profesionales encuestados muestran una media de 1,78 a la pregunta de la información de los pacientes.) **(Ver citas textuales pág. 250 y 251.)** Se han señalado diferentes posibilidades de captación de pacientes (*mass media*, pediatras, ginecólogos...) tal y como ocurre en otros programas de otras CCAA. Por ejemplo el programa balear en sus inicios derivaba los pacientes a la consulta dental desde la consulta pediátrica de Atención Primaria. De esta manera los pacientes tendrían conocimiento del mismo y podrían disfrutar de él.

La existencia de grupos marginales de población que por motivos socioculturales no puedan acceder a la asistencia sanitaria bucodental a pesar de su cobertura universal se ha tratado de forma importante en las encuestas realizadas. La difícil tarea de informar a este tipo de colectivos necesitaría de un abordaje por parte de profesionales especializados en un equipo multidisciplinario (trabajadores sociales, enfermeros, médicos de Atención Primaria...) en aras de lograr una equidad en el acceso a los servicios de salud.

(181)

Desde la Administración se ha tratado de intentar paliar la situación de estos grupos marginales donde son diversos los factores que impiden una correcta utilización del TADA (bajo nivel sociocultural, población sin residencia fija o itinerante...) Para ello en la actualidad se puede obtener directamente el TADA en los centros de salud previa presentación de la cartilla sanitaria del niño ante la posibilidad de no haberlo recibido en su domicilio. Creemos que estos grupos poblacionales con mayor concentración de problemas bucodentales (de hecho una de las conclusiones del III estudio epidemiológico andaluz era que el 16% de la población de 12 años acumula el 50% del total de las caries de este grupo de edad correspondiéndose con el nivel de estudios y ocupación de padres más desfavorecidos) (57) deberían ser tratados de forma especial en aras de una equidad en el acceso a los servicios sanitarios.

Otro punto que no queda recogido de forma correcta por los programas tipo PADI es el de la participación de la población beneficiaria en el programa sanitario. Algunos de los primeros debates con relación al término “**calidad de la atención**” se dieron en programas de planificación familiar y salud reproductiva. Ciertas audiencias involucradas en la ejecución y evaluación de estos programas realizaron un trabajo pionero en cuanto a establecer la necesidad de incluir la voz de la paciente en el proceso de valoración de la calidad en la prestación de servicios. Los enfoques participativos han producido un marco de referencia que cuestiona la relación tradicional médico-paciente y que tiene consecuencias en la definición y componentes de la dimensión calidad de la atención (182)

Birch y cols, siguiendo el marco de referencia para el estudio de la calidad de los servicios de salud establecido por Donabedian en 1980, establecen que deben considerarse tres grandes dimensiones de calidad: la calidad médica o profesional que es vista como la atención óptima en salud dados los conocimientos biomédicos actuales, la calidad desde el punto de vista del cliente/usuario en la que se valora tanto la forma en que el servicio es brindado como los resultados de esa atención y, la calidad gerencial que incorpora factores como el uso más apropiado de los recursos tanto humanos como no humanos. (183)

Una mayor participación por parte de la población beneficiaria se ha planteado en nuestros grupos de discusión de la forma que se acaba de exponer (**ver cita textual pág. 270**) Se ha aconsejado que todos estos parámetros de calidad evaluativa deberían tenerse en cuenta a la hora de evaluar la calidad de la atención en el PADA.

### **Beneficios.**

Tradicionalmente es difícil encontrar opiniones satisfactorias en cuanto a la remuneración recibida por cualquier tipo de asalariado y/o profesional. La opinión al respecto de los honorarios de este tipo de programas no constituye una excepción. Los resultados obtenidos en este sentido tanto en nuestro cuestionario como en los grupos de discusión vienen a confirmar esta aseveración. Los peores resultados de nuestra encuesta han sido con respecto al tema económico con unas medias de 1,38 para la asignación anual y de 1,63 para

el pago por tratamiento especial. (**Ver citas textuales pág. 256 y 257.**) Del mismo modo en las encuestas de las comunidades navarra y vasca se obtienen también resultados negativos al respecto a pesar de que los profesionales reciben una mayor cuantía tanto por asignación anual como por tratamientos especiales expresando la insatisfacción de los dentistas por las retribuciones recibidas. Sin embargo con el aumento de la retribución anual que se ha ido ofreciendo a los profesionales, la opinión al respecto ha mejorado ligeramente. En un principio en las encuestas iniciales la opinión era notoriamente negativa de un 87% en Navarra en 1991 y de un 81% en Vizcaya en 1994 pasando a la encuesta del año 2003 a un porcentaje de dentistas que suspendían la cuantía de la retribución del 56% en el País Vasco y del 39% en Navarra. Los honorarios en Navarra han superado a los del País Vasco ya desde su puesta en marcha, existiendo dos tarifas de capitación según la edad de los niños. En 2003 fueron de 39,61 euros (de 6 a 10 años) y de 44,00 euros (de 11 a 15 años), frente a una única tarifa de capitación en el País Vasco que para el mismo año 2003 fue de 34,39 euros (de 7 a 15 años.) (177) (178) (179) (180)

Por el contrario en Andalucía tan solo han aumentado de 30,65€ en 2003 a 36€ en 2008 no existiendo esa doble tarifa de capitación que existe en la comunidad navarra. Sí es necesario señalar el hecho de difícil explicación y que se vivencia como un agravio comparativo (**ver cita textual pág. 257**) de que en comunidades autónomas vecinas y con realidades socioeconómicas muy similares (como Extremadura y Murcia) los profesionales se vean más favorecidos por las retribuciones recibidas. (La retribución en Murcia comenzó siendo de 50€ niño/año en el primer año de implantación.) (147) (156)

Existe una marcada controversia al respecto de los beneficios indirectos que aportan los programas PADI. Hay quien cree que influyen positivamente en cuanto a la fidelización y captación de pacientes y otros manifiestan su escepticismo sobre estos potenciales beneficios. Los datos numéricos de nuestra encuesta son más positivos que los del resto de preguntas con un 3,39 de media para el mejor acceso geográfico y social al dentista, un 3,47 de tratamiento de familiares y un 3,58 de aumento de pacientes en la consulta. Las discrepancias se manifiestan de forma muy clara en nuestra encuesta grupal (**ver citas textuales págs. 261-264.**) y se obtienen datos muy similares en las otras encuestas realizadas. Así en Navarra y el País Vasco el 43% de los dentistas encuestados se mostraban satisfechos con el PADI porque fidelizaba a sus pacientes, un 27% afirma que aumentaba gracias al programa el número de pacientes, y un 7% cree que perdería pacientes si se borrara del PADI. Solamente un 6% de los profesionales cree que es rentable económicamente para sus consultas. (180)

Analizando las respuestas recogidas en el cuestionario se puede interpretar que el profesional se incorpora al PADI con criterios de seguridad empresarial y apertura de nuevas líneas de mercado más que con una clara filosofía preventivista y social. La fidelización al programa puede venir marcada por el temor a la disminución de la demanda de asistencia odontológica en su consulta y a la posibilidad de quedar en un posicionamiento inferior en el mercado de oferta de servicios odontológicos. Este modelo de actuación se ve influenciado por la metamorfosis del mercado de la realidad laboral en el sector odontológico con un aumento radical de los recursos humanos junto con una lógica



disminución franca de la ratio de demanda de servicios odontológicos /dentista.  
(155) (184)

La innegable mejora en la accesibilidad de los pacientes tanto desde un punto de vista geográfico (al tener una consulta con cobertura pública cerca de su domicilio) como socioeconómica (al poder acceder de forma gratuita a determinadas prestaciones) proporcionada por el PADA ha ocasionado un aumento en el número de pacientes en las clínicas dentales tanto públicas como privadas tal y como recogemos en la encuesta grupal (**ver cita textual pág. 261.**) Resultados que también reflejan el aumento de pacientes en las consultas gracias a los programas PADI se han visto en otras CCAA. La utilización de los talones de asistencia dental se ha duplicado desde el inicio del programa en las comunidades vasca y navarra. En 2003, dos de cada tres niños del País Vasco (69,50%) y Navarra (65,78%) acudieron a los dentistas del PADI. El incremento ha sido más constante en Navarra, que continúa creciendo de forma consistente, superando al País Vasco donde la progresión inicial se encuentra estancada en los últimos años. (176) (185) En la comunidad murciana, la población diana estaba constituida por 71.743 niños, de los que 37.486 fueron atendidos por los dentistas adscritos al Programa en el año 2006 (5.962 por dentistas de las Unidades de Salud Bucodental (USB) y 31.524 en consultas de dentistas privados) con una cobertura del 52,2%.(186)

Del mismo modo la captación de pacientes de forma indirecta (familiares no incluidos en el programa...) así como la contratación de servicios no ofertados por el programa (ortodoncia, tratamientos en dentición temporal...) podría ser un

nuevo punto a favor para la concertación del PADI por parte de dentistas privados. (**Ver cita textual pág. 262.**) En la encuesta del año 2003 realizada por el Consejo de Odontólogos y Estomatólogos de España para el País Vasco y Navarra, casi la mitad de los encuestados (45%) expresan que los programas PADI han aumentado el volumen de negocio de sus consultas privadas por proporcionar pacientes de forma indirecta. (180)

## **Tratamientos.**

### **Tratamientos en dentición temporal**

Todo avance en la cartera de servicios de una determinada especialidad sanitaria va a tener el freno de las limitaciones económicas que provocan en muchas ocasiones una delimitación de las prestaciones con una oferta menor que la que tendría lugar en una situación ideal. La implementación de programas PADI en España ha permitido una evidente ampliación de la cobertura asistencial en salud bucodental. La universalización de las prestaciones en determinadas cohortes etarias implica un elevado costo económico que deberían asumir las administraciones sanitarias correspondientes. Por ello, en un ejercicio de realismo y buscando criterios de viabilidad se aplican estrategias de priorización terapéutica, incluyendo y excluyendo determinados tratamientos. Consideran mayor la importancia para la salud de la dentición permanente frente a la de la dentición decidua mas esta estrategia asistencial se enfrenta de manera directa con los criterios de prevención, de diagnóstico precoz y de tratamiento integral del niño.

Esta controversia se manifiesta en los focus groups realizados (**ver cita textual pág. 231**) donde algunos profesionales han manifestado su disconformidad con la no inclusión del tratamiento de la dentición temporal o al menos su inclusión como tratamiento especial para una cobertura global del niño.

La realidad epidemiológica andaluza confirma los temores y anhelos expuestos por los profesionales respecto a la ampliación de la cobertura asistencial. Según datos de la encuesta epidemiológica en España en preescolares de 2007 (187) se aprecia de forma clara para la población preescolar de 3 y 4 años de edad evidenciando una prevalencia de caries es del 17.4% en el grupo de 3 años aumentando al 26.2% en el grupo de 4 años. (58)

Por otro lado en esta misma encuesta nacional se observa una muy clara asociación entre el nivel socioeconómico y la patología. Así a los 3 años, los preescolares de niveles sociales bajos presentan cuatro veces más caries que sus homónimos de nivel alto o medioalto. Estas diferencias se mantienen en el grupo de 4 años aunque con menor magnitud (doble de patología en niveles sociales bajos). (187). La mayor accesibilidad al dentista lograda por el PADI tal y como se ha reflejado en los focus groups (**ver cita textual pág. 261**) serviría para hacer que estas evidentes diferencias fueran minimizándose. Este aumento de accesibilidad para grupos marginales también se ha destacado en las otras encuestas similares realizadas en las comunidades norteñas. Se ha llegado a afirmar que la clásica asociación entre mayor nivel de caries y nivel socioeconómico bajo tiende a desaparecer tras más de diez años de instauración de programas PADI en el País Vasco y Navarra. (180)

En un contexto de plétora profesional y disminución de las cargas de trabajo por dentista, es necesario potenciar la inyección de dinero público en la Odontología. La existencia de programas odontológicos dirigidos a escolares puede conllevar un cambio positivo de actitud hacia la Odontología de estos futuros adultos, con incremento de las visitas odontológicas. (184)

Sin embargo, ante la hipotética situación de un niño que acude a la consulta de un dentista del sector público con la totalidad de la dentición temporal afectada de caries, dicho niño se encuentra con la imposibilidad por parte del profesional de tratar su patología debiendo derivarlo a un dentista del mercado libre para que tratara de forma completa su patología. Si a esta situación de enfermedad grave concurre la circunstancia de una situación económica familiar que impidiera su tratamiento nos encontramos con la preocupante situación de un niño con una afectación importante en su salud bucodental que no puede tratarse de forma adecuada (solo se le podrían realizar extracciones dentales) con la cobertura actual del PADA. Es por ello por lo que, dado que resultaría inviable económicamente incluir el tratamiento convencional de la dentición temporal, se han planteado desde diversas instancias (OMS, OPS...) la prestación de terapias alternativas como aplicación de cariostáticos o la realización del llamado tratamiento restaurador atraumático (ART) para el tratamiento de la dentición temporal en aquellos casos en los que el paciente no pudiera hacer frente al costo económico que supondría el tratamiento integral de su dentición decidua. (188)

(189)

Por otro lado el hecho de que el preescolar pertenezca a una familia española o sea extranjero, tiene una clara importancia. Los preescolares extranjeros presentan una prevalencia entre dos y dos coma cinco veces mayor que los preescolares españoles. Estas asociaciones entre nivel social y procedencia cultural del preescolar han sido descritas en otros estudios en preescolares europeos, llegándose a idénticas conclusiones. (187) El hecho de que haya aumentado de forma importante el número de hijos de inmigrantes vendría a elevar el grado de complejidad de la hipotética ampliación de prestaciones, ya que estos tienen un porcentaje mayor de patología que la población de origen autóctono. En este sentido se manifestaron los participantes de los focus groups corroborando lo que acabamos de exponer. **(Ver cita textual pág. 349)**

En la línea de lo expuesto, hay que señalar las acciones pioneras para este grupo etario promovidas en la Comunidad Valenciana donde el programa de salud bucodental materno-infantil pone en práctica estrategias preventivas. Los resultados de los grupos focales apostaron manifiestamente por la extensión de la asistencia a esta dupla materno-infantil con la atención integral infantil desde recién nacido. (155) Además la inclusión de la madre como “multiplicadora de salud” en programas preventivos de salud bucodental serviría de canalización de información y captación del paciente infantil desde su inicio de vida. En Andalucía el programa “Aprende a sonreír” se viene aplicando desde el año 2002 en las escuelas para niños de 3 a 12 años. (117)

La mayor parte de los programas tipo PADI como el andaluz tienen una cobertura de 6 a 15 años, sin embargo no hay un consenso general sobre la edad

de inicio ni sobre la edad de terminación del mismo. En los grupos de discusión realizados se preguntaban los dentistas que qué se hacía con los pacientes a la edad de terminación de su tratamiento (**ver cita textual pág. 270**) Otros programas han aumentado la edad de finalización del mismo (los programas PADI de Navarra y Aragón amplían la cobertura de 6 a 18 años.) (125) (159) así como ya acabamos de decir que hay programas que comienzan con anterioridad (163). Otros programas de capitación consultados como el programa de asistencia dental de Quebec (Canadá) (190) tienen también una cobertura infantil (integral para niños menores de 10 años) abandonándola cuando el individuo alcanza su mayoría de edad. Pensamos que es utópica una cobertura global para toda la población en todas las edades teniendo en cuenta la realidad epidemiológica actual. Sin embargo dado el efecto cohorte que se producirá para la población que habrá adquirido, gracias al programa PADI, una serie de hábitos en salud oral somos optimistas al respecto de una futura cobertura más amplia en cuanto a la edad cubierta por este tipo de programas. No obstante habrá que valorar la experiencia de otros países europeos en este mismo sentido para no disparar el gasto sanitario en cuanto a cobertura bucodental se refiere. (173)

En este sentido y a pesar de que hay CCAA que incluyen el tratamiento ortodóncico en su programa (136) amén de determinadas situaciones especiales que hacen del tratamiento ortodóncico como de importancia fundamental para el desarrollo vital de muchas personas con diversas anomalías, (fisurados, discapacitados...) (122) (139) nuestro grupo de Investigación considera que no debe incluirse el tratamiento ortodóncico en la cartera de servicios de ningún

programa de salud pública aún cuando fuera de provisión mixta público-privada.

(5)

### **Asistencia dental básica-Tratamientos especiales.**

Un punto especialmente polémico y que provoca insatisfacción generalizada entre los encuestados es el referente a la no inclusión de la endodoncia como tratamiento especial (el 71,2% de los encuestados está muy en desacuerdo con la no inclusión de la endodoncia como tratamiento especial.) Los profesionales son especialmente críticos con este hecho y ven la posibilidad de que aumenten exponencialmente las extracciones de primeros molares entre nuestros infantes (el 93,2% de los encuestados creen que aumentan las endodoncias por esta causa.) Este hecho ya había sido advertido por algunos autores (191) Comparativamente se observa que muchos programas similares de nueva implantación han intentado paliar este efecto (programa aragonés y canario) (159) y, por consiguiente, tienen incorporada la endodoncia como tratamiento especial con lo cual una remuneración específica de pago por acto médico y no pago por capitación para el tratamiento de conductos.

Apreciamos de forma notoria como la desigualdad existente entre las CCAA es importante si bien a raíz de las transferencias de competencias y con la citada ley de cohesión unido a una tendencia por parte de la Administración Central de eliminar desigualdades, estas se van haciendo cada vez menores. (192)

### **Marco de actuación.**

La puesta en marcha por parte de la Administración Sanitaria de un programa de capitación, con la participación de dentistas del sector privado, busca lo siguiente:

Mayor accesibilidad, compromiso de la profesión con el programa, posibilidad de tratamiento integral en el sector privado y potenciación de estrategias preventivas y educativas por la vía de los hechos (se prima el no intervencionismo frente a los programas de pago por acto médico donde se potencian los tratamientos quirúrgicos.)

El hecho de que participen en el programa profesionales privados que se agrupan en torno a una organización profesional colegial ha hecho que en determinadas CCAA los colegios profesionales participen en la gestión del mismo obteniendo por ello importantes ventajas para sus profesionales (como ejemplo, el programa murciano como hemos citado obtuvo importantes ventajas económicas para sus colegiados) (157) frente a las CCAA donde así no ha ocurrido. Este hecho fue debatido en la encuesta de Navarra del año 1994 donde la mayor parte de los dentistas encuestados preferían que la supervisión de los planes de asistencia dental se realizara por el Colegio de forma exclusiva (27,1%) o conjuntamente por la Organización colegial junto con la Administración Sanitaria (54,9%) (179) En nuestros resultados de los grupos de discusión se hicieron la pregunta retórica de porqué los colegios profesionales andaluces no participaban en el mismo dado que es la Administración Sanitaria autonómica la encargada de realizar dicha gestión de forma exclusiva. (121)

Por otro lado las limitaciones asistenciales (asistencia dental básica limitada), la precariedad de la retribución económica y la complejidad administrativa son amenazas para la viabilidad del proyecto a lo largo del tiempo en el consultorio privado. Estos factores expuestos llevan a opiniones dispares e incluso



enfrentadas respecto a cual es el ámbito de actuación ideal para desarrollar este tipo de programas y también sobre qué tipo de actuaciones se deben desarrollar en el sector público y cuales en el privado. Hay profesionales que consideran a los pacientes mejor tratados en el sector público y viceversa mostrando una polarización en las respuestas de la encuesta. **(Ver citas textuales págs. 242-244)** Estos hechos no han sido analizados en otras encuestas con lo cual no podemos comprar resultados.

Existen otras CCAA que han apostado desde un principio por la dualidad de modelo de atención público-privada. En Castilla y León y Castilla-La Mancha la asistencia dental básica es ofertada en las clínicas de atención públicas y los tratamientos especiales son derivados por los dentistas públicos para que los hagan los profesionales del sector privado que han concertado este servicio. (138)(141) En este mismo sentido algunos profesionales se han manifestado cuando realizamos los grupos de discusión sobre la idoneidad de que el programa se realizara en su asistencia dental básica en los centros de salud. **(Ver cita textual pág. 243.)**

Por otra parte todos los programas PADI al tratarse de programas con una asistencia mixta público-privada, establecen las vías de derivación al sector público de aquellos pacientes con dificultad de tratamiento en el sector privado (discapacitados psíquicos o físicos, pacientes problemáticos...) dado que se quiere mantener la cobertura universal. Los dentistas encuestados se han mostrado mayoritariamente a favor de ello (un 87,1% de los profesionales considera adecuado derivar a los pacientes al sector público) a pesar de que en

muchas ocasiones ello implicara una serie de riesgos de pérdida de sus pacientes. **(Ver citas textuales págs. 245 y 246.)** En otras CCAA con una reciente instauración del programa PADI como la aragonesa (125) se ha establecido desde un principio la posibilidad de penalizar al paciente y eliminar la posibilidad de libre elección de profesional ante falta de compromiso con el programa, debiendo ser derivado para su tratamiento al sector público.

El tratamiento en los programas PADI de los pacientes discapacitados se ha abordado de forma muy distinta dependiendo de la Comunidad Autónoma en la que el paciente fije su residencia. En Andalucía el decreto 48/2006 de atención bucodental a personas con discapacidad severa (122) desarrolla su tratamiento bucodental en el sector público. Los profesionales sevillanos que accedieron a responder la encuesta y a participar en los grupos de discusión se manifestaron a favor de esta derivación de pacientes. **(Ver citas textuales págs. 245 y 246.)** En otras CCAA el trato a la población con discapacidad se ha tratado de forma diferente. Así, en Extremadura se les ha creado un programa con características y denominación propias (Programa de atención dental para personas con discapacidad intelectual PADDI) con cobertura integral y derivación hospitalaria y con tratamiento bajo anestesia general cuando así sea necesario. (148) En Castilla La Mancha y Castilla y León, también se recoge la posibilidad de tratar a estos colectivos como cobertura asistencial dentro del marco de los programas de atención bucodental. (139) (141)

### **Valoración Global.**

En general los profesionales sevillanos consideran el plan como conveniente o necesario. De las opiniones vertidas en los grupos de discusión se acepta como

importante el cambio acaecido en la sanidad pública oral por medio del programa dental infantil. (**Ver citas textuales pág. 270**) En este mismo sentido se manifiestan los colegiados navarros y vascos. Algo más de la mitad de los colegiados (56,4%) considera conveniente o necesario la existencia de un plan de salud bucodental infantil y algo más de un tercio de ellos (36,1%) se manifiesta escéptico. En concreto, respecto del plan propuesto por el Gobierno de Navarra, de nuevo, algo más de un tercio (36,1%) se manifiesta escéptico y el 50% lo rechaza.(180)

La calificación global del programa no ha sido preguntada de forma explícita, no obstante más de la mitad de los encuestados no recomienda el programa a sus compañeros con lo que podemos concluir que el grado de satisfacción al respecto es medio-bajo. De hecho tan solo un 20% de los encuestados se muestra satisfecho con el programa. Sin embargo también ha sido expuesto que el número de dentistas que abandonan el programa no es demasiado elevado (**ver cita textual pág. 273**) por lo que podemos encontrar con la situación de un profesional que ante la falta de interrelación con la Administración y debido a la ausencia de encontrar un foro en el que expresar sus quejas de forma imperativa, los grupos de discusión hayan servido para manifestarse de manera vehemente a pesar de que la cruda realidad les obligue a pertenecer a una cota de mercado que no quieren perder por resultarles cuanto menos ligeramente rentable.

En Navarra y el País Vasco sigue predominando una opinión negativa sobre el PADI y hay un porcentaje importante de escépticos (26,5%). Aparece un 15,5% de profesionales que lo consideran bueno o excelente cuando, en 1990, sólo el

3,8% tenía ésa opinión. La puntuación media de satisfacción es de 5,9 sobre 10.  
(180)

### **Recomendaciones finales.**

Sería necesario completar los programas de atención dental a la población infantil y juvenil -iniciados ya por algunas CCAA- con un enfoque preventivo y asistencial, instrumentos que, además de dar asistencia en salud, potencian la educación sanitaria, ayudando así a crear una nueva cultura de fomento del autocuidado entre la población más joven.

- Debería continuar el fomento en la población, infantil y adulta de la utilización de dentífricos fluorados, por su probado efecto reductor de la caries.

- Deberían dedicarse recursos para realizar campañas educativas de prevención sobre las enfermedades periodontales y el cáncer oral a través de los medios de comunicación, dirigidas a la población adulta.

- El tratamiento de los problemas urgentes debería estar totalmente accesible en las diferentes zonas geográficas.

- Debería legislarse una política de incentivos económicos a los grupos de población de bajo nivel adquisitivo, no restrictiva de la libre elección de profesional, para poder recibir una atención bucodental conservadora, incluidas las prótesis.

Quizás sea en este campo en el que más novedades están ocurriendo. Varias CC.AA. han incorporado programas comunitarios, Sin lugar a dudas quedan

muchas preguntas sin responder, muchas carencias sin suplir, muchos colectivos de diversa índole (minusválidos, tercera edad, embarazadas, etc...) sin ser atendidos adecuadamente de forma general.

## 8. CONCLUSIONES.

1. Los dentistas sevillanos perciben el programa de atención dental (PADA) como un programa necesario, útil, mal retribuido, con limitaciones asistenciales y caracterizado por sus marcadas carencias informativas y evaluativas.
2. Solo un quinto de los encuestados/entrevistados manifiestan un grado de satisfacción suficiente respecto al PADA.
3. Los encuestados encuentran excesivas barreras de acceso al PADA por parte de los usuarios debido a las limitaciones informativas.
4. Los profesionales perciben un escaso gradiente de información hacia ellos dificultando su incorporación y permanencia en el Proyecto.
5. Los dentistas sevillanos adscritos al PADA se consideran mal retribuidos y comparativamente peor tratados en el área económica que otros compañeros de otros puntos de España.
6. Los profesionales encuestados consideran que la gestión administrativa de la Consejería de Salud en lo que respecta al PADA es farragosa, distante y de difícil accesibilidad. Manifiestan de forma mayoritaria que estos aspectos negativos están mejorando en las últimas etapas.

7. Los odontólogos y estomatólogos muestran su preocupación al respecto de la atención a grupos de riesgo social.
8. La mayoría de los encuestados preferiría una cobertura asistencial más amplia del Programa.
9. Los dentistas del sector público consideran mejor tratados a los pacientes en los Centros de Salud de la Red Sanitaria Pública.
10. Los encuestados consideran que el PADA ha sido un elemento positivo para la salud oral fundamentalmente por su carácter pionero e innovador.

## 9. BIBLIOGRAFIA

1. Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud número 2, pág. 100. Nueva York, 19-22 de junio de 1946.
2. Piédrola G y cols: Medicina preventiva y salud pública (Décima edición) Barcelona, Masson Salvat, 2001.
3. Armijo R: Epidemiología (Primera edición.) Vol II. Editorial Intermédica, 1979.
4. Gutiérrez Pérez JL, Infante Cossío P, Guerrero C, Hellmann J. Análisis actual de la Cirugía Bucal y la Cirugía Maxilofacial en España: Aspectos conceptuales y asistenciales. En Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid Ed. Ripano;2005.p.193-201.
5. Ribas Pérez D, Castaño Séiquer A, González Sanz A. 20 años de salud pública oral en España. Madrid: Fundación Dental Española, 2002.
6. Henderson D. La salud pública más allá del año 2000. En OPS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, (D.C.): Organización Panamericana de la Salud (Publicación Científica nº 540), 1992:97-98.
7. Jenicek, M. Epidemiología: La lógica de la medicina moderna. Barcelona, Ed. Masson. 1996.
8. La crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el debate. Organización Paramericana de la Salud. N°540, 1992.
9. Atención Primaria de Salud. Alma-Ata 1978. OMS- UNICEF. 1978.
10. Limits to Medicine. Medical Nemesis: The expropriation of Health. Ivan Illich. 1976.
11. Mckeown T, Lowe C. R. Introducción a la medicina social. (Cuarta edición) Madrid, Siglo XXI editores1981.



12. Navarro V. The underdevelopment of health or the health of underdevelopment: an analysis of the distribution of human health resources in Latin America. *Politics and Society* 4 (spring). 1974.
13. Navarro V., and A.P.Ruderman (eds) Health and socioeconomic development. *Int J. Health Serv*, special issue I (August). 1971.
14. Doldán J, Castaño A, Barboza L, Malave M. La Odontología y el concepto de Salud- Enfermedad. En Castaño A, Doldán J. *Manual de Introducción a la Odontología*. Madrid Ed. Ripano;2005.p.39-46.
15. National Institute of Health. Conclusiones de la conferencia de consenso y desarrollo del Instituto Nacional de Salud. 26-28 de marzo de 2001.
16. Satcher, D: El primer informe del cirujano general sobre salud oral encuentra disparidades profundas entre la población a nivel nacional (EE.UU.) *News of the National Institute of Dental and Craniofacial Research*. 25 de mayo de 2000.
17. González Sanz A, Represa JC, editores. *La odontología para la comunidad y el dentista de Atención Primaria*. Madrid; 2003.
18. Ley General de Sanidad. (Ley 14/1986, de 25 de abril.)
19. Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (Ley 16/2003, de 28 de mayo.)
20. Constitución Española de 1978.
21. Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.
22. Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, sobre modificación y desarrollo de la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo.

23. Cuenca E, Manau C, Serra LI: Manual de odontología preventiva y comunitaria. Barcelona. Editorial Masson, 1999.
24. Cuenca E, Álvarez MT: Evolución de la salud bucodental en España en los últimos 20 años. *Archiv. de Odontoestomat. Prev. y Com.*, 1991; 3:33-39.
25. Boletín Oficial del Estado de 27/12/2001 (Reales Decretos de Transferencias): 1471/2001 Principado de Asturias, 1472/2001 Comunidad Autónoma de Cantabria, 1473/2001 Comunidad Autónoma de la Rioja, 1474/2001 Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 1475/2001 Comunidad Autónoma de Aragón, 1476/2001 Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, 1477/2001 Comunidad Autónoma de Extremadura, 1478/2001 Comunidad Autónoma de las Illes Balears, 1479/2001 Comunidad de Madrid, 1480/2001 Comunidad de Castilla y León.
26. Möller I, Marthaler TM: Informe de la visita realizada a España del 28 de agosto al 5 de septiembre de 1985. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional Europea.
27. Gimeno de Sande A, Sánchez B, Vieñes J, Gómez F, Mariño F: Estudio epidemiológico de la caries dental y patología bucal en España. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1971; 45:361-433.
28. Noguerol B, Follana M, Llodra J, Sicilia A. Estudio continuado de las necesidades de atención dental de la población española. *Revista del Consejo de Odontólogos y Estomatólogos de España*, mayo 1993 423: 47-54.
29. Cuenca E: La encuesta de la OMS sobre la salud bucal en España. Una aproximación personal. *Archivos de Odontoestomatología*, 1986; 2: 15-22.
30. Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental.

31. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Acuerdos adoptados en sesión plenaria. Abril 1987-marzo 1990. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990:90-91.
32. Gili M, Cuenca E, Bellet A: Resultados de la encuesta preliminar de caries dental en la población escolar del Priorat, Ribera del Ebro (segunda parte). Ann Med. Barcelona, 1984;3 :76-80.
33. Boletín Oficial del Estado número 35 de 10/02/95. Real Decreto 63/1995 de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
34. Boletín Oficial del Estado número 222 de 16/9/2006. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
35. Salud bucodental: la controversia por el aumento de las prestaciones en Atención Primaria. [editorial]. Rev Economía de la Salud 2003;146-148.
36. Boletín Oficial del Estado número 31 de 5/2/2008. Real Decreto 111/2008, de 1 de febrero, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas para la promoción de actividades para la salud bucodental infantil durante el año 2008.
37. Izquierdo T y Pinilla J. Oral Care Habits of the Spanish. 2º Congreso EADPH. Septiembre 25-26, 1998. Santander. Resumen publicado en Community Dental Health 15:219.
38. Cortés Martinicorena J, Llodra Calvo JC: El sistema de Salud en España. Salud pública bucodental. Informe SESPAS 2002. La salud y el sistema sanitario en España.

39. ANECA. Libro Blanco. Titulo de Grado en Odontología. Madrid. Universidad Complutense de Madrid, 2004.
40. World Health Organization. Oral Health Surveys. Basic Methods. 4<sup>th</sup> edition. Geneva: WHO, 1997.
41. Gestal JJ, Cuenca E, Smyth E: Caries y enfermedades periodontales en Piédrola Gil, G. y cols: Medicina Preventiva y Salud Pública (novena edición.) Barcelona, Ed. Masson Salvat, 1991.
42. Sanz M. (editor). 1º workshop ibérico de placa bacteriana e higiene bucodental. Madrid: Ed. Ergon, 2003.
43. Brathall D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-years-old. Int. Dent. J. 2000;50:378-84.
44. Nishi M, Bratthall D, Stjernsward J. How to calculate the Significant Caries Index (SiC Index). Malmo: WHO Collaborating Center. Faculty of Odontology. University of Malmo, Sweden. Disponible en:  
<http://www.whocollab.od.mah.se/expl/significant.pdf>.
45. Sicilia A, Cobo J, Noguerol B, y cols: Prevalencia de caries en los niños y jóvenes escolares españoles de 7-12 y 15-19 años. Avances en Odontoestomatología, 1990; 6:323-330.
46. Noguerol B, Llodra JC, Sicilia A, Follana M: La salud bucodental en España 1994. Antecedentes y perspectivas de futuro. Ediciones avances médico dentales, 1995.
47. Llodra-Calvo JC, Bravo Pérez M, Cortés Martinicorena J: Encuesta de salud oral en España (2000). RCOE, 2002; 7:19-63.
48. Bravo Pérez M, Casals Peidró E, Cortés Martinicorena FJ, Llodra Calvo JC. Encuesta de salud oral en España 2005. RCOE 2006;11:409-456.

49. Noguerol B, Sicilia A: ¿Está disminuyendo la caries dental en España? Rev. Act. Odontoestomat. Española, 1990; 398:71-75.
50. Vargas F, Robledo T, Espiga I, Hernández R: Evaluación de la salud bucodental en España. Archivos de Odontoestomat Prev y Com, 1991;10:175-185.
51. Magnusson, BO. Odontopediatría. Enfoque sistemático. Barcelona: Ed. Salvat, 1985.
52. Cuenca E, Canela J, Salleras Ll: Prevalencia de caries dental en la población escolar de Cataluña. Salut Catalunya, 1988; 2:60-63.
53. Cuenca E, Batalla J, Manau C, Taberner JL, Salleras Ll: Encuesta de prevalencia de caries entre los escolares de Cataluña, primera parte. Archivos Odontoestomat Prev. y Com., 1992; 4:1-6
54. Cuenca E, Casals E, Martínez Lisán, Manau C, Salleras Ll: Encuesta epidemiológica de caries entre los escolares de Cataluña, 1997. Archivos Odontoestomat Prev y Com, 1997; 13 (Supl 2):765-772.
55. Dirección General de Atención Sanitaria de la Consejería de Salud. Estudio epidemiológico de salud dental en escolares andaluces. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, 1985.
56. Dirección General de Salud Pública y Participación. Estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares andaluces, 1985-1995. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 1996.
57. Dirección General de Salud Pública y Participación III Estudio epidemiológico en escolares andaluces 2001. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2002.
58. Dirección General de Salud Pública y Participación IV Estudio epidemiológico en escolares andaluces 2006. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007.

59. Cortés F, Abad FJ: Estudio epidemiológico de salud bucodental de la población escolar de Navarra de 9 a 14 años de edad (1987). Archivos Odontoestomat Prev y Com, 1989; 2:60-63.
60. Cortés F, Doria A, Martínez I, Asenjo MA, Sáinz de Murrieta, Cuenca E: Prevalencia de caries dental entre la población infantil de Navarra, 1997. Archivos Odontoestomat Prev y Com, 1998;14 (11):640-646.
61. Cortés J y cols. Encuesta Epidemiológica de Salud Dental de los escolares de Navarra 2002. Fundación Miguel Servet. 2003 Pamplona.
62. Zuriaga O, Ibáñez J: La salud bucodental en la Comunidad Valenciana. Encuesta de prevalencia en población infantil. Valencia: Consejería de Sanidad y Consumo. Serie A (9), 1987.
63. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. Estudio de salud bucodental en escolares de municipios seleccionados. Informes de Salud número 18;1992.
64. Almerich JM, Zurriaga Llorens O, Martínez Beneito y cols: Estudio de salud bucodental en la Comunidad Valenciana 1998. Valencia: Dirección General de Salud Pública, 1999.
65. Almerich JM, Montiel JM y cols. Estudio de salud bucodental infantil en la Comunidad Valenciana 2004. Valencia, Direcció General de Salut Pública. Conselleria de Sanitat i Consum, 2005.
66. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Dirección General de Salud Pública. Estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil en la Comunidad Autónoma Vasca. Vitoria: Servicio Central de publicaciones. Documentos Técnicos de Salud Pública Dental, serie B, número 2, 1990.

67. González de Galdeano L, Llodra Calvo JC, Arteagoitia Axpe JM y cols: Segundo estudio epidemiológico de la salud bucodental de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1998.
68. Bravo, M. Age-Period-Cohort analysis of dentist use in Spain from 1987 to 1997. An analysis from the Spanish National Health Surveys. Eur J Oral Sci 2001;109:149-154.
69. Pellón Ortega M: Plan Regional de Salud Bucodental de Cantabria. Rev. Informativa Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la XVII Región, dic 1990.
70. Ruiz de Temiño A: Resultados del Programa de Salud Bucodental Infantil de Cantabria [documento interno del centro] Centro de Salud Bucodental de Liencres, 1991.
71. Decreto 8/1990, de 9 de marzo, de modificación parcial del Decreto 74/1989, de 13 de octubre, sobre estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, de creación del Centro de Salud Bucodental Infantil.
72. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Encuesta de salud bucodental en escolares de la Región de Murcia. Murcia, Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud. Serie Informes 6, 1990.
73. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. II Encuesta de salud bucodental en escolares de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud, 1997.
74. García Camba J, Oñorbe de Torre M: La salud bucodental de la población infantil en la comunidad de Madrid. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid. Madrid 1992.

75. Ayerbe MC, Caballero M, Jara A, Sanz FJ: Estudio de la caries dental en escolares de una zona urbana de la Comunidad de Madrid. *Medifam* 1997;4(7): 226-232.
76. De la Flor J: Salud bucodental de la población infantil de Vicálvaro (Madrid), 1999. [Disponible en: Profesión Dental en [www.coem.org](http://www.coem.org).][Consulta en Enero2006]
77. Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias. La Salud Bucodental de los Escolares Canarios. Canarias, Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, 1991.
78. Gómez Santos, G y cols. II Estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil en Canarias, 1998. Serie Epidemiológica. Servicio Canario de Salud, 2000.
79. Gómez Santos, G y cols. Estudio epidemiológico de la salud oral de los adultos 2002. Serie Epidemiológica. Servicio Canario de Salud, 2004.
80. Gómez Santos, G y cols. III Estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil en Canarias, 2006. Serie Epidemiológica. Servicio Canario de Salud, 2008.
81. Junta de Comunidad de Castilla La Mancha. Encuesta de salud bucodental en escolares de Castilla-La Mancha. Dirección General de Salud Pública, 1992.
82. Llodra JC, Bravo M y cols. Encuesta de salud bucodental en escolares. Castilla La Mancha 2004. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla-La Mancha. 2005.
83. Álvarez Arenal A, Álvarez Riesgo J: Estudio epidemiológico sobre salud bucodental en escolares asturianos. Dirección Regional de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Oviedo, 1994.



84. De Anitua Miñón A: Estudio epidemiológico sobre salud bucodental en escolares de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León. Valladolid, 1995.
85. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. II Estudio epidemiológico de la salud bucodental de los escolares de Castilla y León. Valladolid, 2000.
86. Domínguez M, Rodríguez M, Facel H, Gestal JJ: Estudio epidemiológico de la caries dental en los escolares de Santiago. Rev San Hig, 1970 15-38.
87. Guías de Saúde Pública. Serie III: Programa Galego de Saúde Bucodental. Informa do curso escolar 1999-2000. Santiago de Compostela: Conselleria de Sanidades, 2001.
88. Lorenzo V, Smyth E, Hervada X, Fernández R, Alonso J, Amigo M y cols: La salud bucodental en los escolares gallegos. Rev Esp. de Salud Pública, 1998; 72:539-546.
89. Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa Galego de Saúde Bucodental en Atención Primaria. Consellería de Sanidade. SERGAS; 2002.
90. Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares. Chequeo a la salud balear. Revista del Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares. Número 30.
91. Mir Ramonell R: Revisión de la prevalencia de caries en los escolares de colegios públicos de Palma. Campaña de prevención de caries dental 1996/97/98 y evaluación de la intervención. Revista de la Reial Academia de Medicina de les Illes Balears. Disponible en [www.ramcib.caib.es/revision.html](http://www.ramcib.caib.es/revision.html)
92. Pérez J. Memoria 2005. Gerencia d'Atenció Primaria de Mallorca. Govern de les Illes Balears. Atenció Primaria de Mallorca., 2005.

93. Programa de Área de Atención en Salud Bucodental. Gerencia de Atención Primaria. Zaragoza, junio 1997.
94. Abad JM, Alcalde M. Encuesta de salud bucodental en escolares en Aragón 04. Departamento de Educación, Cultura y Deporte. Zaragoza, 2004.
95. Plan de Salud de Extremadura 2001-2004. Consejería de Sanidad y Consumo. Mérida, marzo de 2001.
96. Llodra JC. Estudio epidemiológico de salud bucodental en la Comunidad Autónoma de Extremadura 2001. Junta de Extremadura.2002
97. Llodra JC. Análisis del estado de salud bucodental de la población con discapacidad psíquica en la Comunidad Autónoma de Extremadura 2002. Junta de Extremadura 2003.
98. Vigo M, Velasco E; Asistencia odontológica a pacientes psiquiátricos y discapacitados psíquicos y físicos. 606-615 en: Bullón P, Machuca G; La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos. Laboratorios Normon, Madrid 1996.
99. Sicilia A, Cobo J, Noguero B y cols: Necesidades de tratamiento periodontal en la población escolar española. Avances en Odontoest. 1990; 6:311-318.
100. Objetivos de Salud Oral para España 2015 (escolares). Propuesta de SESPO. [Disponible en <http://www.infomed.es/sespo/index.asp>.] [Consulta Abril 2008.]
101. Casals E. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. RCOE 2005;10 (4):389-401.
102. Áreas prioritarias dictadas por la OMS para la obtención de objetivos para el año 2020. [Disponible en [www.fdiworlddental.org](http://www.fdiworlddental.org)] [Consulta Enero 2008.]
103. Objetivos de Salud Oral para España 2020 (adultos). Propuesta de SESPO. [Disponible en <http://www.infomed.es/sespo/index.asp>.] [Consulta Abril 2008.]

104. Ministerio de Sanidad y Consumo. Criterios generales para la elaboración de un programa de salud bucodental. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud. Madrid, mayo 1993.
105. Informe de Comité de Expertos de la OMS. Métodos y programas de prevención de las enfermedades bucodentales. Ginebra, OMS. Serie de informes técnicos 713, 1984.
106. Manau C: Epidemiología oral y odontología preventiva: Revisión de la literatura 1989. Arch Odontoest, 1990; 6: 92-106.
107. Ministerio de Sanidad y Consumo. Criterios mínimos de promoción y prevención en salud bucodental. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Planes y Programas de prevención. Madrid, junio 1992.
108. Sheiham A: Changing Trends in Dental Caries. Int Dent J, 1984; 13: 142-147.
109. Arrow, K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. The American Economic Review 1963; 5: 941-973.
110. Peiró S, Marín M, Ridaó M. Calidad asistencial en odontología: Conceptos, métodos y técnicas. Ed. Promolibro, Valencia, 2007.
111. Freire J.M. El Programa de Atención Dental Infantil (PADI) de Navarra y El País Vasco: logros y nuevas metas. Anales del sistema sanitario de Navarra. 2003. 26(3):423-428.
112. Pineault R, Daveluy C, Carole Daveluy. La planificación sanitaria: Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona, Masson, 1987.
113. Boletín Oficial del País Vasco número 89, de 7 de mayo de 1990. Decreto 118/1990, de 24 de abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la comunidad autónoma del País Vasco.

114. Boletín Oficial del País Vasco número 94, de 14 de mayo de 1990. Orden de 3 de mayo de 1990.
115. Simón F: Evaluación de los seis primeros años de desarrollo del PADI en la Comunidad Autónoma del País Vasco. (1990-1995) Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
116. Servicio Andaluz de Salud. Plan Estratégico. Cartera de servicios de atención primaria 2000.
117. Junta de Andalucía. Memoria de la Prestación Asistencial Dental a la población de 6 a 15 años de Andalucía 2005. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud 2007.
118. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) número 89, 14 de septiembre de 1985, decreto 195/1985, con fecha de 28 de agosto.
119. BOJA 5 de febrero de 1985. Decreto 32/1985 sobre fluoración de aguas potables de consumo público.
120. BOJA número 19, 15 de febrero de 2001, decreto 15/2001 de 23 de enero.
121. Decreto 281/2001 de 26 de diciembre para la regulación de la prestación dental a la población de 6-15 años en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
122. Decreto 48/2006 de atención bucodental a personas con discapacidad severa en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
123. Acuerdo para la actuación conjunta de la Diputación General de Aragón y el INSALUD en el Programa de Salud Bucodental. Diputación General de Aragón, Zaragoza 1988.
124. Esparza Díaz F, Cortés J: Servicios públicos de Salud Bucodental en España. Legislación y cartera de servicios en las comunidades autónomas 2001. SESPO. 2002.

125. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad y Consumo. Atención Bucodental infantil y juvenil. Departamento de Salud y Consumo, Zaragoza. 2007.
126. Programa de promoción de la salud bucodental de Asturias 1994. Plan de Salud para Asturias. Oviedo, 1995.
127. Quintana JM: La odontología en la seguridad social. Sanitat, octubre 1996: 9-10.
128. INSALUD Baleares. Programa de Salut Bucodental. Atenció Primària, 1994.
129. Decreto 87/2005 de 29 de julio de 2005 de gestión de la prestación sanitaria en materia de salud bucodental a la población de entre 6 y 15 años de las Islas Baleares.
130. Boletín Oficial de Canarias viernes 5 Agosto de 1994. Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias 11/1994, 26 de julio.
131. Gómez Santos G: Programa de salud bucodental de Canarias 2000. [Disponible en [www.scs.rcanaria.es](http://www.scs.rcanaria.es).] [Consulta Agosto 2005]
132. Boletín Oficial de Canarias, lunes 3 de marzo de 2008. Resolución de 11 de febrero de 2008 por la que se establece el programa de atención sanitaria bucodental a la población infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias.
133. Pellón Ortega M: Programa de salud bucodental de Cantabria. Rev Act Odontoestomat. Esp, 55,1 (31-40), 1995.
134. Decreto 8/1990, de 9 de marzo, de modificación parcial del Decreto 74/1989, de 13 de octubre, sobre estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de creación del Centro de Salud Bucodental Infantil.
135. Decreto 60/91 de 10 de mayo sobre fluoración de las aguas de consumo público en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

136. Orden de 3 de octubre de 2001, del acceso al tratamiento de ortodoncia del Centro de Salud Bucodental Infantil de Cantabria.
137. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla-La Mancha. Programa marco de Salud Escolar, 1992.
138. Decreto 273/2004 de 9 de noviembre sobre la prestación de la atención dental a la población de Castilla-La Mancha con edades de entre 6 y 15 años.
139. Decreto 34/2006 de modificación del Decreto 273/2004 de 9 de noviembre.
140. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León. Programa de Salud Bucodental. Valladolid, 1998.
141. Decreto 142/2003 de 18 de diciembre por el que se regulan las prestaciones de salud bucodental del Sistema de Salud de Castilla y León.
142. Conselleria de Sanitat i Consum. Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña 1990.
143. Genralitat de Catalunya. Departament de Sanitat y Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya. Barcelona, 1995.
144. Cuenca E, Gómez A, Casals E, Subirá C. L'Odontología a Catalunya 2002. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña, COEC, Barcelona, 2002.
145. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Salud de Extremadura 2001-2004. Mérida marzo 2001.
146. Decreto número 30, de 11 de abril de 1989, sobre fluoración de aguas potables de consumo público de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
147. Decreto 195/2004 de 29 de diciembre sobre asistencia dental infantil de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

148. Decreto 74/2003 de 20 de mayo de creación del programa de atención dental para la población con discapacidad intelectual (PADDI.)
149. Diario Oficial de Galicia (DOG) número 167, de 31 de agosto de 1993. Decreto 200/1993, de 29 de julio.
150. DOG número 129, de 3 de julio de 1990. Decreto 350/1990, de 22 de junio, sobre fluoración de las aguas potables de consumo público
151. Programa galego de saúde bucodental na scola. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio de Actuacions Preventivas.
152. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Plan de Saúde de Galicia 1998-2001. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servicios Sociais; 1998.
153. Guías de Saúde Pública. Serie III: Programa Galego de Saúde Bucodental. Informe do curso escolar 1999-2000. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 2001.
154. González Sanz y cols: Programa de Salud Bucodental, segunda edición. INSALUD (Área 4 de Atención Primaria.) Madrid, 1995.
155. Universidad Rey Juan Carlos. Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región. Análisis del sector en España en El libro blanco de la Odontología en la Comunidad de Madrid. Madrid, 2007, p. 15-36.
156. Boletín Oficial de la Región de Murcia de 14 de noviembre de 1990. Decreto 86/1990 de 31 de octubre.
157. Orden de 27 de diciembre de 2002 de la Consejería de Sanidad y Consumo, de gestión de la prestación sanitaria buco-dental para la población infantil de la Región de Murcia.

158. Decreto foral 58/1991, de 7 de febrero, sobre asistencia dental a la población infantil de la comunidad foral de Navarra.
159. Cortés F.J., Ramón J.M., Cuenca E.. Doce años de Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) en Navarra (1991-2002): Utilización e indicadores de salud. Anales Sis San Navarra. [periódico en Internet]. 2003 Dic [citado 2008 Sep 14]; 26(3): 373-382.
160. Decreto foral 67/2003 de 7 de abril se modificó la asistencia dental infantil ampliando la cobertura hasta los 18 años
161. Decreto 49/1988, de 1 de marzo de 1988, sobre fluoración de aguas potables de consumo público en la Comunidad Autónoma del País Vasco.
162. Orden de 29 de junio de 1988 del Departamento de Sanidad y Consumo por la que se convocan ayudas económicas a empresas y entidades abastecedoras y/o distribuidoras de agua potable de consumo.
163. Llena MC, Auxina V: Análisis de las actividades en la consulta de odontología preventiva del Área VIII de Salud de la Comunidad Valenciana.
164. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2001-2004) Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.
165. Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. Noviembre 2006.
166. Orden de 26 de diciembre de 2002, de establecimiento para el año 2003 de la población con derecho a la prestación asistencial dental.
167. Orden de 19 de marzo de 2002 que regula el decreto 281/2001 de 26 de diciembre y establece las condiciones esenciales de contratación.
168. Orden de 30 de octubre de 2006 de contratación de la prestación dental infantil de Andalucía.



169. Listado de dentistas adscritos al PADA. [Disponible en <http://juntadeandalucia.es/salud/contenidos/ciudadano/atenciondental.>][Consulta en mayo 2008]
170. Flick, U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid, Ed. Morata.2004
171. Ibáñez, J.Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. En García Ferrando, M.; Ibáñez, J. y Alvira, F. (Comps.) El análisis de la realidad social. Métodos, técnicas de investigación. 1986. Madrid, Ed. Alianza Universidad 569-581.
172. Andalucía también cubrirá la atención bucodental de niños. [recorte de prensa] Diario Médico, Jueves 17 de mayo de 2001.
173. Hassall DC y Holloway PJ : Levels of restorative care under capitation. British Dental Journal 1998; 184:348-350.
174. Referencia del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía de aprobación de la creación del Consejo Asesor de Salud Bucodental de Andalucía. Sevilla, 23 de enero de 2001.
175. Katz, S, et.al., Odontología Preventiva en Acción, 3ª edición, México, Ed. Médica Panamericana, 1983.
176. Cortés-Martinicorena FJ, Simón-Salazar F. El PADI a examen de sus profesionales. La opinión de los dentistas concertados del País Vasco y Navarra RCOE 2004; 9(3):289-296.
177. Colegios Oficiales de Odontostomatólogos de Vizcaya y Guipúzcoa. Encuesta Plan de Salud Bucodental. Funcionamiento de Colegios profesionales. Colegios Oficiales de Odontostomatólogos de Vizcaya y Guipúzcoa. Bilbao, 1990

178. COENA. Temas y Cuestiones Colegiales y Profesionales (Febrero – Abril 1992). Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra. Pamplona, 1992.
179. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Vizcaya. Encuesta 1994. Colegio oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Vizcaya. Bilbao, 1994.
180. SESPO. El PADI del País Vasco y Navarra. (1990-2002). Actividad, opinión profesional y epidemiología. Valencia, Promolibro, 2004.
181. J. Doldán, A. Castaño: Lecciones de Odontología Social. Ed. Abrelabios, Montevideo, 2006.
182. Bruce, J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. *Studies in Family Planning*, 1990; vol 21, no. 2.
183. Birch, K.; Field, S. & Scrivens, E. (2000). *Quality in General Practice*. Abingdon, Oxon, Inglaterra: Radcliffe Medical Press.
184. Bravo M. Private dental visits per dentist in Spain from 1987 to 1997. An analysis from the Spanish National Health Interview Surveys. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2002; 30:321-328.
185. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Servicio Navarro de Salud / Osasunbidea. Memoria de actividad 2000-2002. [Disponible en URL: <http://www.cfnavarra.es/salud> ][Consulta en Mayo 2008]
186. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Evaluación del Programa de salud bucodental infantil de Murcia 2006. Dirección General de Salud Pública, Murcia. 2007.
187. Bravo Pérez M, Llodra Calvo JC, Cortés Martinicorena J, Casals Peidró E. Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007. RCOE. [en Internet].

- 2007 Sep [visto en abril 2008]; 12(3): 143-168. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
188. Llodra JC, Rodríguez A. Efficacy of silver diamine fluoride for caries reduction in primary teeth and first permanent molars of schoolchildren: 36 month. Clinical trial. J. Dent. Res. 6 (721-724) 2005.
189. Frencken, JE y cols. Manual for the Atraumatic Restorative Treatment Approach to control Dental Caries. 3ed Ed WHO Collaborating Centre for oral Health Services Research, 1997.
190. Régie de l'assurance de maladie. Quebec (Canadá). Dental Services. 2007.
191. Doldán J, Castaño A, González A. La prevención. Un concepto clave para la Odontología. En Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid Ed. Ripano; 2005. p.109-111.
192. González B, Urbanos R, Ortega P. Oferta pública y privada de servicios sanitarios por Comunidades Autónomas. Gac. Sanit. 18. (supl. 1) Barcelona Mayo 2004.

**10. ANEXOS.**

## ANEXO 1

# CUESTIONARIO DE OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE EL PLAN DE ATENCIÓN DENTAL DE ANDALUCÍA

## (PADA)

Le pedimos que dedique unos momentos a completar este cuestionario. El tiempo aproximado que necesitará para hacerlo es tan sólo de cuatro minutos. Agradecemos de antemano su colaboración, puesto que su opinión es fundamental para hacer una valoración sobre la atención dental que está recibiendo la población infantil. Recuerde que esta encuesta es anónima.

**Años de ejercicio profesional:**  menos de 5 años  5-20 años  más de 20 años

**Titulación del profesional:**  Odontólogo  Médico estomatólogo

**Sector profesional donde desarrolla el PADA:**  Público  Privado

**Localidad donde desarrolla el PADA:**  Sevilla capital  Pueblo de Sevilla  Ambos

Lea las siguientes afirmaciones y puntúelas marcando un número de 1 a 5 según el grado que se corresponda con sus opiniones y experiencias, rodeándolas con un círculo o tachándolas según prefiera.

① 2 3 4 5

~~1~~ 2 3 4 5

Donde 5 indica muy de acuerdo y 1 muy en desacuerdo

1. He recibido suficiente información sobre el Plan de Atención Dental Infantil de Andalucía (PADA) antes de ser contratado/ habilitado por el Servicio Andaluz de Salud	1	2	3	4	5
2. El PADA ha cumplido con los plazos de inicio, puesta en marcha, y desarrollo del mismo tal y como se había anunciado.	1	2	3	4	5
3. Los trámites burocráticos para la contratación al PADA resultaron fáciles de seguir.	1	2	3	4	5
4. Estoy de acuerdo con la asistencia dental básica ofertada por el PADA (sin tener en cuenta la parte económica.)	1	2	3	4	5
5. Veo adecuado no incluir la endodoncia como tratamiento especial.	1	2	3	4	5
6. Considero que lo reseñado en la pregunta nº 5 puede causar un aumento desmesurado de las exodoncias prematuras de dientes permanentes.	1	2	3	4	5
7. Considero que el PADA hace que pueda haber subtratamiento en piezas permanentes.	1	2	3	4	5
8. Considero mejor tratados a los usuarios del PADA en el sector público que en clínicas privadas concertadas.	1	2	3	4	5
9. Estoy de acuerdo con los tratamientos especiales ofertados por el PADA (sin mencionar la cuestión económica.)	1	2	3	4	5

10. La Delegación Provincial ha aceptado los informes que he presentado por los tratamientos especiales tal y como se indica en el Decreto.	1	2	3	4	5
11. Considero adecuado que determinados pacientes (problemáticos, discapacitados...) sean tratados dentro del Sistema Sanitario Público.	1	2	3	4	5
12. Conozco ampliamente mis derechos y obligaciones como profesional con relación al PADA.	1	2	3	4	5
13. He sido informado/a ampliamente sobre los derechos y obligaciones del paciente con relación al PADA.	1	2	3	4	5
14. Los pacientes han sido informados por la Administración sobre sus derechos y obligaciones con relación al PADA.	1	2	3	4	5
15. Los pacientes han mejorado con el PADA su acceso ( tanto geográfico como social) al odontólogo.	1	2	3	4	5
16. El PADA tiene como beneficio indirecto el tratamiento de familiares del niño tratado.	1	2	3	4	5
17. El PADA ha hecho aumentar los pacientes en mi consulta.	1	2	3	4	5
18. Las retribuciones económicas por paciente tratado me parecen correctas.	1	2	3	4	5

19. Las retribuciones económicas por tratamientos especiales, me parecen correctas.	1	2	3	4	5
20. El programa informático de gestión de los pacientes-usuarios del programa funciona correctamente.	1	2	3	4	5
21. El PADA está sometido a una correcta evaluación por parte de la Administración.	1	2	3	4	5
22. El tipo de prestaciones que cubre el PADA me parece suficiente.	1	2	3	4	5
23. Considero que el PADA está manteniendo eficazmente la salud bucodental de los usuarios pacientes.	1	2	3	4	5
24. En general, estoy satisfecho/a con el PADA puesto en marcha por el Servicio Andaluz de Salud.	1	2	3	4	5
25. Recomendaría la participación en el PADA a otros compañeros.	1	2	3	4	5

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



## ANEXO 2

### TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO DE DISCUSIÓN SÁBADO 17 DE MAYO DE 2008

“Como saben en Andalucía como en la gran mayoría de las Comunidades Autónomas de España se viene desarrollando el Plan de Atención Dental Infantil. El propósito del trabajo es el de recabar información por parte de profesionales implicados de forma directa o ajenos al programa para obtener una información acerca de la opinión de los profesionales de la salud bucodental sobre el PAD (PLAN DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL DE ANDALUCÍA.)

Concretamente, en la reunión que hoy celebramos hemos convocado a profesionales de diferentes contextos, y nos interesa conocer vuestras opiniones sobre el PAD. El tema que os propongo es:

¿Cuál sería vuestra opinión general sobre el PAD?

Yo voy a utilizar esta grabadora únicamente con la finalidad de registrar lo que digáis sin tener que tomar notas constantemente durante la reunión.

Bien, si os parece, para comenzar podéis intervenir una vez cada uno diciendo qué opináis sobre el PAD. Cuando haya acabado la ronda de opiniones, podéis ir pidiendo turnos de palabra libremente para añadir más opiniones o para responder a lo que hayan dicho otros. Empezamos.”

- *Bueno mi opinión del PADI es que dado que nace con un origen político no lo podemos considerar un buen plan.*

*Nace en el País Vasco a la pregunta de qué le hace falta a la sociedad y dicen que demandan servicios odontológicos pero es una falsedad porque no se atienden a los niños como debieran es mas una ocasión política para ganar votos y confianza mas que salir de la organización o estructura sanitaria del país.*

*Se hace en una región en otras no por lo que veo que es un fallo que no haya unidad a nivel nacional. Después como sabéis todos es un sistema de capitación y entonces hay infratratamientos o sobreatamientos. No lo veo bien porque dependiendo de la carga laboral de un dentista privado puede hacer pasar a los niños de forma rápida para ganar dinero y no le conviene muchas veces hacer un tratamiento endodóntico sino sacar el diente porque le van a pagar lo mismo entonces no hace nada por lo que lo veo una falsedad. Una cosa son las necesidades sentidas por la sociedad y otra lo que estima la ciencia odontológica y no esta compensado porque les dan una cosa que no se les debería dar.*

- *Yo creo que el PADI es una buena iniciativa pero que realmente no están cumpliendo los objetivos que de él se esperaban. Si se hiciera un estudio, muchos niños no están recibiendo el talón y demandan asistencia, con lo que es una cosa que no se está cumpliendo. Creo que es una cosa que se hizo con buen fin pero debe mejorar mucho. Mucha gente lo desconoce a pacientes me refiero. Hay niños que te llegan con muchas caries en la boca y ya se les ha pasado la edad que les cubre. No se están cumpliendo los objetivos...*
- *Yo pienso lo mismo. Es una buena iniciativa pero le falta muchísimo por desarrollarlo. Dan muy poco dinero por niño y no consideran por ejemplo la endodoncia como tratamiento especial. Con un dinero aparte para este tratamiento si no ni en el sistema privado ni en el sistema público, nadie se mete a hacer una endodoncia y prefieren hacerle una extracción al niño. Y sobre todo que después de los 15 años, tienen la boca en perfecto estado y a partir de ahí ya se deja al niño sin control ni nada con lo que todo lo que has hecho ya no se mantiene ni sirve para nada.*
- *Yo igual, estoy de acuerdo en que es una buena iniciativa pero realmente las personas que más se podrían aprovechar de ello que es la gente menos favorecida que es quien realmente más lo necesita son precisamente la gente a quienes menos les llegan los talones. No saben donde tienen que ir, si pueden ir a cualquier dentista o solo al centro de salud. Luego también es poca la asignación que se le da al dentista como pago por paciente y si bien te llega un niño pequeñito que tú lo puedes ver sano y mantener en salud esta bien pero realmente como cada año va cambiando el talón. Este año voy aquí el año que viene allá, te pueden llegar unos niños con 12 años y gran patología en la boca y tu dices... ¿qué hago? me pongo a hacerle endodoncias ahora... juega la moralidad de cada uno si me conviene o no. Lo veo, lo mando a otro sitio, le hago extracciones.*
- *Yo no tengo mucha experiencia con el PADI, pero creo que es una buena forma de introducir a niños, padres y familiares en la salud bucodental y que por lo menos conozcan que se les pueden realizar una serie de tratamientos y que se corta a una edad, la de 15 años pero al menos se introducen en el conocimiento de ir al dentista.*
- *Yo conozco el PADI desde el sector público. Entonces creo que el principal problema en Andalucía es que la saturación que hay para los dentistas privados es muy poca. Los tratamientos que pueden hacer que son mucho más costosos no los hacen y empiezan a*

*derivarlos a los dentistas de cabecera (públicos). ¿Qué pasa? Que hay muy pocos dentistas de cabecera públicos. Tienen muchísimo trabajo y tampoco pueden hacerle endodoncias a veces se hacen subtratamientos, tratamientos innecesarios se les saca también la muela en lugar de endodonciarla y al final los que se llevan la parte mala son los niños.*

*Hemos estado en Extremadura y hemos visto el plan allí con una asignación mucho mas alta, una cobertura mas alta y se trata un grandísimo porcentaje de niños en el privado derivado por los públicos. Hay dentistas privados en Extremadura que solo viven del PADI porque pueden vivir de eso porque les pagan todo lo que le hacen el problema de aquí es que no lo hacen. O le sacan la muela o los mandan al centro de salud, y en el centro de salud hay un dentista por cada 3-4 pueblos y no tienen tiempo. Tienen todos los pacientes de demanda, los niños del PADI y no les da tiempo. Entonces no funciona tan bien como debiera.*

- *Mi experiencia con el PADI es breve en el público y en el privado. En el ámbito público aparte de que muchas veces no tienen tiempo y demás, hay ambulatorios que no tienen medios para hacer endodoncias por lo que lo mandan al dentista privado. en el privado se hacen y es una muy buena iniciativa todos los tratamientos que cubren pero es incoherente que se pague la misma asignación a un niño que no necesite muchos tratamientos y que no hay que dedicarle tiempo y que solo necesite selladores frente a un niño que necesite muchos tratamientos y que te va a ocupar mucho tiempo, más esfuerzo, más material y entonces se percibe eso. Para mí la idea es muy buena pero tiene también alguna deficiencia en ese sentido.*

- *Después de todo lo que se ha dicho tampoco se puede aportar mucho en exceso. Como casi todos los programas de la sanidad publica y más concretamente la andaluza, lo que es el diseño de las nuevas prestaciones en algún campo, la parte teórica la verdad es que es muy atractiva siempre son ampliaciones, eso a nivel público está con una acogida tremenda siempre hay quien lo toma como una medalla política en momentos de lanzamiento o en momentos muy concretos de ampliación pero luego la concordancia entre las prestaciones que se están ofertando y los recursos que se ponen para prestar esa atención pues ahí es donde esta la gran diferencia. Entonces si tú analizas el plan (que muy poca gente se para a analizar todo lo que contempla el plan) pues podemos considerarlo muy interesante pero el problema es que la realidad es otra muy distinta. Entonces entramos en personas que probablemente los que más lo necesiten son los que no se ven ni*

*siquiera porque no les llega el talón porque no tienen domicilio específico más el desconocimiento de los padres o el colectivo social al que pertenezca pues hace que no tengan la iniciativa los padres de llevarlo. con lo cual la captación del niño que es el que mas lo necesita pues a veces no se puede conseguir. Del seguimiento a largo plazo digo lo mismo tu haces una cobertura pero viendo al niño una vez al año que es lo “lógico” y lo barato que es mantener al niño en salud. Eso no es lo típico, lo típico es niño con patología que hay que verlo más de una vez con una asignación monetaria muy pequeña y uno hace lo que puede y lo que se puede hacer muchas veces es extracción y poco mas. Entonces el seguimiento de ese niño muchas veces no se consigue a pesar de que le llegue el talón.*

*La discrepancia que yo veo que es muy idealista para conseguirla en un futuro, como no pongamos medios como se esta haciendo ahora es difícil de conseguir. Las derivaciones de pública a privada se podrán hacer dependiendo de la opinión personal del odontólogo lo cual es muy subjetivo. Yo sí, yo no a este que sé que lo va a tratar bien. El otro no lo mando... se pueden generar también conflictos a nivel profesional.*

- *No tengo relación personal con el PADI pero sí opinión de primera mano. Mi padre esta trabajando en el PADI y sé de los problemas que tiene en el día a día. Realmente yo creo que el PADI es un buen sistema para abarcar lo que es la salud oral de los niños pero también tiene muchos defectos y que hoy es una utopía en Andalucía. Con muchos errores, partiendo desde el punto de vista empresarial porque el ético a todos los profesionales se les debe suponer. Es muy importante tener al trabajador contento y un profesional que llega a casa frustrado a nivel económico es un profesional que está también frustrado a nivel profesional. Entonces no trata bien a ese paciente. En segundo lugar también muchas consultas no tienen equipamiento para atender a niños. Hay que entender que también hay muchos niños discapacitados y el mismo tratamiento a niños que ya de por sí son pacientes especiales y si ya requieren otras medidas especiales pues ya no estamos bien preparados. Es un plan que está muy bien pero que tiene muchos defectos a su vez.*

- *Poco cabe ya más de añadir. Por la parte privada el gran problema desde mi punto de vista es la asignación económica que para todo tipo de tratamiento que se debería de hacer incluyendo las endodoncias que raro es el profesional que las hace las coronas... prótesis... el de privado tiene dos opciones. Si les llega un niño que tiene poquitas cosas que hacerse con sus cinco años y*

*lo coge poco a poco y si viene a todas sus revisiones pues si le interesa tenerlo. Si se trata por otro lado de un paciente que llega más mayor con muchas caries, pues normalmente según la experiencia que tengo en las clínicas privadas se les deriva y se les dice que allí no se les puede tratar y lo derivan o les hacen extracciones. En el sector público todo es mucho más tranquilo porque se le intenta dar un tratamiento personalizado a cada paciente se citan a los pacientes poco a poco por lo que si un niño te llega con doce caries pues habrá que darles doce citas y si hay muchos pacientes de ese tipo se les tratará lo mejor que se pueda, depende del profesional que esté en ese centro de salud pues decidirá si hace exodoncias y quitarse a ese niño o ir de forma más pausada y crear mucha demanda y una larga lista de espera con lo cual la idea es muy buena éticamente pero a la hora de llevarla a cabo no está saliendo bien, yo personalmente no considero que sea una cosa que este bien, estaría bien si los resultados fueran positivos. En el sector privado cada vez hay menos profesionales que se quieran dedicar a llevar este proyecto para adelante.*

- ***¿De todo lo que se ha opinado alguien quiere añadir algo más? ¿o replicar a algo que se haya dicho?***
- *A lo último que ha aportado es verdad que muchos que han pertenecido al PADI se han quitado, pero también cabe la posibilidad de ampliar con más frecuencia la opción de apuntarse gente. El PADI en su momento tú lo podías ver como una forma de captación de nuevos clientes entonces hay profesionales sobre todo al principio jóvenes empresarios emprendedores pero que a la hora de captar pacientes, el SAS solo ha hecho una ampliación a los x años para que te puedan meter en el cuadro médico para que puedas ejercer como dentista para el PADI y de eso se entera la gente que se entera y poco más. El tema es... habrá alguien a quien no le interese que entren más dentistas por todo lo que se ha hablado, pero a lo mejor hay otros que de igual forma que cogen una compañía para captar el cliente aunque no le compense en principio económicamente, la compañía te aporta, pienso que podrían abrir nuevas oportunidades para abrir la lista para que nuevas clínicas pudieran apuntarse e incluir más profesionales con mayor frecuencia. A lo mejor no hace falta que sea anual pero con más frecuencia de la actual. Hay a quien no le importa dedicarse a lo mejor un poco más de tiempo para ver el resultado a medio-largo plazo a nivel empresarial, con o cual puede haber quizás aquí una deficiencia. Quizás una persona joven con una formación mayor en preventiva y comunitaria como estamos saliendo ahora*

*que no todos los profesionales han tenido esa formación en su momento, podría aportar más a esa clase de pacientes o a esa clase de niños, para poder mantenerlos en salud. Hay muchos profesionales que se apuntan al PADI y ni siquiera los atienden, tienen a otro compañero para atenderlos y ellos no se pringan en ese trabajo porque su tiempo es más valioso y pueden sacarle más partido dedicándose a otras cosas que ver a un chiquillo. Para mí sería una deficiencia del SAS. Darle la oportunidad a otros profesionales que dijeran. Mira yo me voy a implicar aunque solo sea por unos años y ver si me sale rentable o no y los niños se beneficiarían de gente más joven con más formación que los profesionales antiguos en salud oral comunitaria e infantil también y podría ser un aporte más el hecho de que abrieran con más frecuencia la oportunidad a otra gente a apuntarse porque al fin y al cabo a ellos les da igual quien les pague.*

- *Yo quisiera decir una cosa al respecto de lo que acaban de decir. Que es una nueva oportunidad para los dentistas que terminan la carrera pero los establecidos con estabilidad económica y no entran dentro del programa como va a entrar los dentistas que acaban de salir.*
- *Yo lo entiendo por el reclamo de poder captar al niño y ala familia del niño al entorno. Cuando una acepta trabajar con una compañía y con lo que le ofrece a compañía, no la acepta por lo que la misma le pague porque la limpieza de la compañía a veces ni te las paga ni las radiografías y mucho menos en el mejor de los casos, pero si no tienes esa compañía la familia completa no te acude porque ellos van a donde esta su cuadro medico. Entonces a nivel de captación de pacientes, del niño y del entorno podría ser un reclamo para la gente joven a quienes no les importa tanto el dedicar una hora a un chiquillo, porque cuando sales estas mas ilusionado normalmente en trabajar que en ganar dinero, pero un recién egresado se conforma con 1000-1500 al mes y eso que es un sueldo medio normal o por encima para un dentista afincado en su consulta le supone muy poco dinero. A nosotros nos ofertan como fijo mensual 2000 € y tú lo cogieras sin pensar durante varios años después de terminar la carrera. Porque valoras más el trabajar que el ganar dinero al principio. Podría ser una opción para nuevos profesionales porque podrías aportar más en la parte de salud bucal comunitaria.*
- *Ahora mismo no creo que en Sevilla haya dentistas que te den 2000€ por cubrir el PADI.*

- *Te he puesto un ejemplo simplemente. es una idea que se lanza.*
- *Yo es que creo que lo que estas diciendo es muy bonito pero no es real. Que los que estamos aquí lo pensemos que queremos trabajar y aprender si, la mayoría, pero yo terminé hace poco tengo compañeros se como están trabajando, como trabaja la gente y no es así. Hay muchos que están metidos en el PADI y nos lo dicen, yo no hago una endodoncia, le saco la muela o lo mando al dentista del seguro y es así porque no es rentable. y ni 2000 ni 1500 no lo es.*
- *Cuando siempre dices lo de captar la familia, sí, eso es muy bonito pero en mi experiencia la familia lleva a su hijo al dentista del PADI pero la familia se queda en su dentista de siempre. casi todo el mundo lo hace porque es raro, siempre hay excepciones, en todos lados pero la familia es muy raro que cambie, pero también es que te interese llevarlo porque si tú te llevas a un niño del PADI que tiene la boca fatal no te merece la pena. No se puede comparar con por ejemplo una compañía porque en esta lo que menos vale son las cosas mínimas, una limpieza de boca o una radiografía pero suben sus honorarios en prótesis o cosas importantes, y eso es lo que tu no le puedes hacer al niño. Entonces yo creo que se cambia justo lo contrario, por otro lado si la gente joven es la que debe encargarse de eso, entonces es como un vitaldent de los niños, que los que no tenemos ni idea, que tratemos a los niños. Porque después cuando tengamos más ya no querremos tratar a los niños.*
- *Yo veo que una gran idea del PADI partía de la creación de una necesidad en los niños. En ese aspecto sí me parece positivo por generar una necesidad a largo plazo cuando el niño termine su periodo PADI, pero si se va creando una necesidad en la sociedad de asistencia odontológica que ahora mismo no la hay. se va cambiando de mentalidad poco a poco pero ahora mismo el PADI tiene muchos defectos y que se tienen que resolver y de hecho hay muchos dentistas que no se acogen, creo que cada vez menos. ¿qué porcentaje de dentistas hay ahora mismo en el PADI? muy pocos.*
- *No al revés es que se quitan del PADI. cada vez más porque no les es rentable.*
- *Otro defecto por ejemplo son las prestaciones que tiene el PADI, lo que es el ceñirse solo a las piezas permanentes cuando te llega un*

*niño con caries del biberón afectando a toda la dentición temporal. No tiene ningún sentido. no estamos haciendo nada. yo he hecho un máster de salud pública y tenemos que intentar llevar a esenio a la salud y lo único que nos permiten es llevar a la salud a los 4 molares permanentes que tiene en boca. no tiene ningún sentido.*

- *En los dientes deciduos sí que se hacen tratamientos. Se hacen extracciones. con lo cual les quitas un problema pero es lógico, les creas otro. Problemas de pérdida de espacio, falta de masticación... lo único que se cubren son extracciones.*
- *Pero lo pero además yo pienso es que estas personas que van con su talón del PADI y les dices lo que les cubre y lo que no y lo que tienen que pagar. si llevan talón y lo usan es porque no tienen generalmente muchos recursos y no pueden permitirse hacerle 7 pulpectomias al niño.*
- *Yo veo que es incoherente lo que dices porque si estamos diciendo que con lo que dan por talón los dentistas no quieren hacer endodoncias. ¿Entonces que quieres que entren también los deciduos y se hagan pulpos y pulpectomías en temporales por el mismo dinero? Entonces no lo entiendo si realmente sale demasiado caro. porque cuando los temporales realmente es lo que tu cobras aparte.*
- *Perdón pero creo que aquí se esta divagando porque es que se pregunta por el PADI y pienso que hay que posicionarse en una opción u otra. aquí se esta divagando. y creo que el PADI es una memez y una falacia y hay que empezar desde los 0 años igual que cuando a un niño lo ve el médico no le dice que su sistema inmunológico es inmaduro y no lo voy a ver hasta que se le pueda tratar y sea ya maduro. por eso al niño hay que atenderlo desde los 0 años y educar a los padres. no hay dinero, se entiende pero igual que si un árbol se planta mal y con el viento se cae, los escasos cimientos del PADI harán que se caiga por su propio peso. esta hecho desde un punto de vista político y no sanitario, entonces es un acumulo de despropósitos bárbaros. si el plan fuera un éxito estarían la mayoría de los profesionales y no lo están. por eso creo que hay que posicionarse en contra del PADI porque esta mal hecho desde el principio. los profesionales no están contentos. la población se siente engañada ya que no les hacen los tratamientos que debieran hacerles porque se les trata en 10-15 minutos y luego venga fuera otro niño. y aquí estamos divagando, si por suerte o por desgracia la odontología en España ha nacido fuera de la*



*cobertura de la seguridad social, pues habrá que afrontarlo, cambiar de gobierno u otro momento.*

- *Pues yo creo que tiene razón este último compañero. el PADI se creo para que los niños con mayor patología y los que no tenían nada se compensaran, pero también los que mas acceden son los niños inmigrantes que son los que tienen peor boca. Entonces es un despropósito. por otro lado están los tratamientos, si lo que te va a llegar es una endodoncia y no te la cubre, pues todo el mundo optará por la extracción.*
- ***Me gustaría también que habláramos sobre la asistencia dental básica y los tratamientos especiales, ¿qué os parecen?***
- *Pues otra contradicción. De una caries te pasa la endodoncia y de un traumatismo lo consideran tratamiento especial. No sé que diferencia hay si es el mismo tratamiento.*
- *Si un niño necesita una endodoncia en un incisivo por estética en un molar también la necesita para comer. se necesita en cualquier parte eso es de lógica. por lo que creo que habría que cubrirlo todo.*
- *A mí me parece incoherente que si un niño ha tenido la mala suerte de caerse en el recreo y tiene una fractura, es tratamiento especial pero si no se cepilla los dientes y tiene caries pues entonces si.*
- *Si todas las endodoncias entraran como tratamientos especiales y se pagaran aparte entonces si que habría muchos más dentistas dentro del plan. Puedo hablar del de Extremadura que sí lo hace y allí se puede hacer de todo y además la tramitación es de un día para otro. te llega un niño que necesita endodoncia con perno muñón colado y corona y de un día para otro el tratamiento está autorizado.*
- *Yo volviendo a lo de antes quiero decir que el PADI nace por una iniciativa política y no se ha contado en ningún momento con gerentes sanitarios que hayan podido respaldar el hecho de que cubrir un diente permanente no tiene necesariamente mayor importancia que cubrir un diente deciduo. Aparte se sabe desde pregrado que la prevención de la salud oral en un niño es muy importante a nivel de espacio, masticación... Por lo que creo que a reevaluación del PADI si es que se hace debería contar con la presencia de profesionales sanitarios odontológicos.*

- *Creo que también hay que concienciar mucho a la gente de que el niño aunque crean que esté sano hay que llevarlo a las consultas dentales porque muchas veces llegan cuando ya hay problemas. si coges al niño desde pequeñito y lo ves... una vez al año a sus revisiones acude solo por el hecho de ir y concienciarse es lo mas importante a los padres también, hacerles notar la importancia para que luego no se haga el problema mayor. en cuanto a los tratamientos que habría que cubrir y que no, pienso que se debería hacer mas hincapié en un traumatismo puntual que en un niño con historia de caries y con una larga tendencia a le enfermedad dental.*
- *Otra cosa que quería destacar que no se ha hablado es la diferencia de precios que tienen los tratamientos especiales y la asistencia dental básica en nuestra comunidad autónoma frente a otras comunidades de España, aquí se paga mucho menos y el coste beneficio es bastante notable. no hay sentido en esa diferencia de precios.*
- *Lo de empezar desde 0 años... hay que darle la importancia a la salud oral, la misma que a otras patologías y eso nunca se ha hecho. si somos capaces de ponerle al niño vacunas en el 0 mes, 2, 4 y 6 hasta los 14 años. algunas se ponen en el centro de salud otras en los colegios... con lo cual el seguimiento en salud oral de la misma forma tendría una repercusión clara en el niño creando hábitos que se podrían mantener. pasa igual que con el niño que tiene ortodoncia. unas de las cosas que consigue es que al igual que alinea logra buena oclusión etc... habitualmente mantiene el hábito del cepillado con lo que es una cosa que se logra habitualmente con la ortodoncia porque se ha llevado 2-3 años a base de mantener los hábitos de cepillado del niño. cuando este niño sea adulto no le costara trabajo porque ya forma parte de sus hábitos el mantenimiento de la salud oral. a largo plazo con el PADI si se mantendría por el mero hecho repetitivo de ver la evolución de los niños.*
- *Respecto a lo anterior de la difusión de la información del PADI. sabemos que el niño va al pediatra desde los cero años ¿por qué no se les deriva desde los cero años al paciente? ¿y porque no saben muchos padres que desde los seis hay un plan dental? podrían ser los mismos médicos que ven a los niños en sus revisiones de niño sano los que les dijeran a los padres que hay un plan infantil de salud oral. o el pediatra con un simple espejo que*

viera que hay caries y derivara los niños para el PADI. Un sistema de captación que no creo que se haga porque no forma parte de su cometido de forma explícita. por ello habría que buscar otro tipo de información para los padres en forma de medios de comunicación de masas... utilización de las matronas pediatras, ginecólogos... también un punto importante para que el plan se conociera mas.

- **Qué opináis de los tramites burocráticos que implica el PADI ¿conocéis algo?**
- *Es que eso depende del SAS, el envío de los talones. Eso no es labor de los dentistas, si acaso del dentista público cuando va a los colegios preguntar si les llega a todo el mundo el talón decirlo a los profesores porque no va a ir casa por casa preguntándolo.*
- *A mí esa labor me la hace mi enfermera. Quizás debería ser ella la que contestara. Pero vamos suelen pagar... algo tarde pero pagan.*
- *Pues a mí hay talones que me han entregado y no me han pagado porque me los dieron a final de año y van y dicen que en el mes de diciembre no te los van a pagar. Después te dicen que es algo que está contemplado en el decreto... entonces qué le dices al niño ¿que no lo tratas porque en el decreto pone eso? Otra vez más juegan con nosotros.*
- *En cuanto a la contratación se piden muchísimos papeles pero siempre el personal de la junta intenta facilitar el trabajo para hacerlo efectivo. Otra cosa es el cobro de talones de la factura mensual, antes tenia que ir personal de la consulta o el mismo dentista y perder la mañana para poder entregar la factura, ahora con el programa informático la cosa ha cambiado y los tramites son mejores, aunque eso si suelen pagar con bastante demora, pero pagan.*
- *Ahora al hacerlo por internet ahora ha mejorado la cosa. además al rellenarse la ficha tenemos la posibilidad de tener el historial medico del niño. Con eso la mejora ha sido muy grande porque antes que si faltaba tal papel o que si a la factura le faltaba tal dato... y había que volver a ir a delegación en pleno centro de Sevilla con el consiguiente pérdida de tiempo porque otra cosa es su horario de funcionario que coincidía con el horario de consultas, quizás para un dentista de la ciudad no le suponga tanto pero para un dentista de un pueblo de Sevilla que se tuviera que*

*desplazar x kilómetros aparcar, etc. etc. para que le digan que no es correcta la factura por un mero dato pues menos mal que ya ha cambiado la cosa.*

- ***Hay un tema que se ha tocado pero que me gustaría volver a tratar y es el de los beneficios indirectos que puede traer el PADI.***
- *Yo diría que como antes como idea esta bien pero luego no es real al niño se puede llevar porque el dentista esta acogido al PADI pero su familia sigue yendo al dentista de toda la vida, eso normalmente cambiar la fidelidad hacia otro profesional sanitario en algunas especialidades medicas como la odontología es bastante difícil, en el caso de la odontología eso ocurre. es muy raro que un paciente cambie de dentista si le ha ido bien con ese. el hecho de tener confianza en un dentista puede hacer que no cambien. si al niño s le atiende poco, mal etc... será difícil hacer que toda su familia vaya a esa consulta porque la prestación que esta viendo en ese niño no le genera confianza para tratarse ellos mismos. si en cambio ven un buen tratamiento (porque cambiaran las prestaciones por ejemplo) creo que toda la familia iría con el niño a ese dentista aunque ellos no fueran del PADI.*
- *Yo creo que realmente existía mas fidelidad al dentista de lo que hay ahora. sobre todo porque antes era un profesional con su clínica de toda la vida y siempre iba a estar ahí. ahora con el tema de las policlinicas, las franquicias... hay una rotación de profesionales muy importante y uno no va al dentista que quiere sino al que le toca porque dentro de 6 meses ya hay otro dentista y entonces la fidelidad al dentista propio no esta tan arraigada. creo que el sistema al que estamos llegando es más bien ese. entonces quizás se busca otras facilidades, como la cercanía a casa, antes no le importaba a uno el hecho de desplazarse hasta el centro para ir al dentista pero ahora con la saturación del mercado se buscan otras variables de facilidad de distancia y a veces esta tu dentista o no. con este sistema si que se capta al niño y el hecho de que sea siempre el mismo dentista de cabecera puede hacer que el niño y su familia que lo acompaña se queden en el dentista.*
- *Como ventaja del PADI es que si el niño va con asiduidad y a sus revisiones si que se hace caja, se hace dinero, además podrían entrar familiares o ortodoncia con lo cual el bolsillo va a aumentar. por otro lado el niño después de los 15 años se quedara.*

- *Aparte el boca a boca como siempre va a funcionar y por tanto si respetas a tu clientela y haces bien las cosas eso va hacer aumentar tu clientela y por tanto mas beneficios.*
- *Yo creo que el punto medio es la norma. los familiares es raro que se cambien. tienes que ser muy bueno para poderte llevar a la familia. si es verdad que con las franquicias tipo vitaldent el dentista va cambiando pero también la mentalidad es distinta en los pueblos que en las ciudades. yo que trabajo en un pueblo veo que la gente quiere que lo trate su dentista de siempre. estar guiado por su dentista de confianza.*
- *Yo creo que es muy importante hacer buenos tratamientos pero también el trato al paciente, porque lo que rige que un paciente vaya a una clínica o a otra son los precios y por otro lado el trato que reciba es decir. el típico dentista superbueno pero que no es simpático, el paciente deja de ir porque aunque recibe buen servicio no quiere que se les trate mal porque paga o se le dedique poco tiempo, que no se les oiga etc. con el PADI si se consigue eso de lo que hablamos porque es barato para el paciente porque no debe pagar y por otro lado en cuanto al trato si se le dedica al niño el tiempo que necesita si puede el resto de la familia confiar en ti como dentista habitual.*
- *Por otro lado los pacientes que van a un dentista de pueblo en mi experiencia cuando ya adquieren confianza en ti esos pacientes y sus familias van ya a ti de por vida. en ellos el PADI el triunfo del PADI esta en los pueblos porque un profesional con PADI vera a todos los niños pero que se olvide de sus padres que irán a su dentista de siempre.*
- *No se puede generalizar eso depende del pueblo. en mi pueblo hay un dentista y no todos los niños van allí porque es el que tiene PADI. lo llevan a otro lado.*
- ***Otro tema... ¿qué tratamiento les da el PADI a los pacientes que acuden al sector público y a los que acuden al sector privado concertado?***
- *El trato es mejor en la privada porque en la publica te da igual no les tienes que caer bien ni ganarte su confianza. Tienes tu sueldo fijo seguro y no te importa tener más o menos pacientes. ¿por que un dentista de la pública si tiene la consulta llena se queja y si tiene la consulta privada llena se vanagloria de ello? Además en la*

*pública el tratamiento al niño no puede ser íntegro porque no puedes hacerle la ortodoncia.*

- *Es que un dentista de la pública puede no tratar a niños pero también trabajar en su consulta privada. Todo lo que pueda hacer te lo hago aquí y lo que no pueda te lo hago en mi clínica.*
- *Yo creo que según mi experiencia en los centros de salud es que la forma de tratar a un niño en un centro de salud es la forma ideal. Para eso tienes que tener a muchos dentistas en los centros de salud. les das el tiempo que les haga falta. No vas con la presión de querer ganar dinero.*
- *El problema es la gran cantidad de niños y los pocos profesionales que hay en el sector público con lo que se generan unas listas de espera enormes. hay que poner más dentistas.*
- *Si los niños tienen un trato en el centro de salud es por paciencia. Se les explica y si el niño no quiere pues que sean los padres los que los conciencien. hasta donde se pueda y no se les hace un maltrato y tanto el tipo de asistencia como los materiales que están en los centros de salud son muy buenos.*
- *Pues yo creo que eso es una generalización que tú estas diciendo por la situación que tú has vivido.*
- *No yo he pasado por muchos.*
- *Yo creo que no. que en un centro de salud se entra a las 10 se va uno a las 12, se echa sus dos horitas y se van a su consulta privada que es lo que les deja dinero.*
- *Eso era antes con los de cupo, ya no es así porque ahora están jerarquizados.*
- *En el centro de salud a ti te da igual estar dos horas con el niño que en la clínica privada donde quieres estar como mucho 10 minutos, porque vas a cobrar lo mismo a final del día. Aparte de que en el público cuantos más niños ves tú tienes incentivos al final del mes, con lo que los tratas mucho mejor.*
- *En el sector privado tienes la tensión todos los días de hacer caja, si me dices que en el público se ven muy bien a los niños porque no tienes ese estrés sería lo ideal según dices porque los niños son pacientes con unas peculiaridades especiales en el ámbito*

*odontológico, ya que su trato es radicalmente distinto en una especialidad claramente invasiva de tratamientos en muchos casos cruentos y con la posibilidad de ser dolorosos.*

- *En contra de lo que se ha dicho no creo que en todos los centros de salud los dentistas sean los mejores ni todas las clínicas privadas son los peores dentistas. desde mi experiencia hemos al no tener presión media jornada se usan para pacientes normales y la otra media para pacientes del PADI. y si son tres niños en tres horas se les ve tranquilamente y se les hace lo que necesiten.*
- *El trato de mis compañeros del sector público creo que en general es muy bueno. Así lo pienso yo.*
- *Simplemente no es que sean mejores los dentistas sino que se les puede dedicar más tiempo.*
- *Lo bueno del privado es que se les puede hacer el tratamiento de forma integral. les puedes hacer la pulpotomía el mantenedor, la corona cosa que en el público tú te tienes que ceñir a lo que les puedes hacer según norma la asistencia dental básica y los tratamientos especiales pero poco más. Solo lo que les cubre como nos dicen los pacientes. lo demás hágaselo en el privado. para el paciente que los vea siempre el mismo dentista siempre va a ser mucho mejor.*
- *Yo lo que he visto es que me derivan a veces endodoncias y les dicen a los pacientes que no tienen medios con lo cual si no los tienen no los pueden hacer.*
- *Pues hay obligación de que los tengan. todos los centros de salud deben tener dotación para hacer endodoncias.*
- *Ya pero otra cosa es la realidad y a mi me mandan las endodoncias para que yo las haga. y yo que creo en el PADI, las hago.*
- *Pero eso son problemas de infraestructura, a mi me pasa que me quede sin turbina y si se rompe una muela no tengo turbina para quitarla y la tengo que derivar al maxilofacial.*
- *Endodoncias hacen pocas pero las hacen.*

- *Una pregunta quiero hacer. ¿que tipo de tratamientos hacéis en el sector público los que trabajáis allí. pulpotomías, pulpectomías... que tratamientos?*
- *Yo no puedo hacer pulpo ni pulpectomías porque no entran en el PADI, yo hago lo que entra en la asistencia entonces la derivo al privado.*
- *Pero el problema esta ahí en como se planteó el plan que no entran desde el principio porque los deciduos no entran, solo la extracción. y i encima no hay infraestructura pues entonces peor.*
- *En Extremadura que estuve yo trabajando allí hay cosas mejores que aquí un trato quizás mas personalizado porque es una comunidad más pequeña, pero es una copia intentando mejorar este plan, por tanto de base tiene los mismos fallos.*
- *También es verdad que el trato no es perfecto en un centro de salud. también se hacen extracciones y no se les transmite toda la verdad a los pacientes. pero eso pasa en todo. pero también digo que si hubiera mas dentistas en la sanidad pública, al estar concienciados si se daría mejor trato, pero al haber pocos, las listas de espera son largas y no se puede tratar a todos de forma correcta a pesar de que hay mas concienciación de los dentistas de llevar el programa de forma correcta hacia adelante. pero no tienen tiempo suficiente.*
- *Yo vuelvo a lo mismo hay centros de salud en los que he estado que no tienen todo el material adecuado para hacer un tratamiento endodóntico, pero tienen mucho tiempo, se le explica al paciente si se lo quiere salvar o no pero necesito mucho mas tiempo para hacerle la endodoncia, con lo cual la lista de espera va aumentando y así progresivamente tu lo quieres hacer pero no puedes.*
- *Yo creo que aumentando el número de dentistas en el público el tratamiento a los pacientes se mejoraría bastante.*
- ***Ahora ya lo ultimo. que conocéis acerca de si se hace alguna evaluación por parte de la administración.***
- *Yo no lo conozco.*
- *Ni idea.*



- *No lo sé.*
- *Parece ser que hay evaluación interna pero desde luego a nosotros no se nos ha informado.*
- *Puede que con las facturas que se entregan tengan índices de utilización pero no hay encuestas, ni foros de debate como este en el que se vean los problemas de los profesionales o de los usuarios... desde luego a los profesionales no se les pregunta nada. solo quieren que el plan siga para adelante como política que es.*
- *Sí sí parece ser que se reunió un comité de expertos a hablar creo que era un consejo asesor pero eso fue al principio no se si después lo han vuelto a hacer.*
- *Se hacen conferencias cursos, pero plan de calidad etc. ... yo lo desconozco*
- ***Pues resumiendo algo mas que se os ocurra o un último turno de conclusiones mejor.***
- *Diría para terminar que estas actuaciones hay que hacerlas desde la salud y no desde la política. y que se hagan de forma ética consciente y bien y no a parches o a prueba y error y si se hace así pues que se corrijan los fallos sometidos a evaluación.*
- *El PADI es buena iniciativa pero se ha pensado son otros objetivos no como un programa de salud y que falla la organización en la captación en los tratamientos propuestos...*
- *Aparte de esto que necesita más información para pacientes, ampliar los tratamientos y ampliar el rango de edad que cubra.*
- *Yo también lo veo como una buena iniciativa en general pero con muchos fallos por resolver e intentar mejorarlo en cuanto ala captación y el mantenimiento de la salud desde muy pequeños para conseguir adultos que estén concienciados con su salud oral.*
- *Para mi es una buena idea pero debe solucionar las deficiencias que tiene*
- *Si el PADI es publico debe abarcar desde los 0 años si no la prevención temprana no existe y no trabajamos para la salud sino para la enfermedad, para las caries que ya existen. si trabajamos*

*no en las secuelas sino en prevención también todo sería más barato y muchos de los problemas que hay de endodencias no existirían porque los dientes no llegarían a necesitarlas.*

- *Yo creo que todo plan necesita unas revisiones, análisis de resultados y ver exactamente si se pueden mejorar. la educación para a salud empieza por los padres desde el principio que hay que enseñarles a cepillarse... y toda la salud no solo los dientes funcionara mejor.*
- *Para mi hay que hacer evaluaciones periódicas y actuar en consecuencia. si hay deficiencias pues solventarlas y por otro lado contar con las opiniones profesionales privados o públicos no la decisión del gestor que esta arriba y que cuando hace la inspección todo funciona perfectamente porque ya todo esta preparado para ello. que cuenten con los profesionales que saben todas las deficiencias.*
- *El programa sigue siendo bueno utópico pero con defectos que hay que resolver. infraestructuras, salarios criterios unificados y que sea en continua evaluación y revisión. no analizado por los políticos sino por los dentistas*
- *Aunque la idea nació como política y la odontología sea siempre lo último en la sanidad publica, hay que intentar mejorar en sistema viendo lo que ya se ha hecho con el PADI en otras comunidades autónomas*

### ANEXO 3

## TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO DE DISCUSIÓN SÁBADO 31 DE MAYO DE 2008

**“Como saben en Andalucía como en la gran mayoría de las Comunidades Autónomas de España se viene desarrollando el Plan de Atención Dental Infantil. El propósito del trabajo es el de recabar información por parte de profesionales implicados de forma directa o ajenos al programa para obtener una información acerca de la opinión de los profesionales de la salud bucodental sobre el PAD (PLAN DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL DE ANDALUCÍA.)**

**Concretamente, en la reunión que hoy celebramos hemos convocado a profesionales de diferentes contextos, y nos interesa conocer vuestras opiniones sobre el PAD. El tema que os propongo es:**

**¿Cuál sería vuestra opinión general sobre el PAD?**

**Yo voy a utilizar esta grabadora únicamente con la finalidad de registrar lo que digáis sin tener que tomar notas constantemente durante la reunión.**

**Bien, si os parece, para comenzar podéis intervenir una vez cada uno diciendo qué opináis sobre el PAD. Cuando haya acabado la ronda de opiniones, podéis ir pidiendo turnos de palabra libremente para añadir más opiniones o para responder a lo que hayan dicho otros. Empezamos.”**

- *Buenos días, yo entré en el PADI porque hice un máster de odontopediatría y en la época de iniciarse el PADI acababa de abrir la consulta y por tanto iba a poder tratar a más niños en mi recién abierta consulta privada. en general me parece una buena medida porque creo que antes los niños no acudían a la consulta más que cuando tenían algún problema, las madres llevaban a sus niños por dolor, o por infección o porque sus dientes le salían torcidos y ahora cuando les llega el talón del PADI se han incentivado las revisiones. las madres ya los llevan como un control de niño sano y eso se ve en las madres jóvenes, que llevan a su niño para que los veamos por si hay algún problema para detectarlo precozmente no como antes que a veces cuando se iba ya el problema estaba instaurado y no había mas remedio que tratar el problema. a grandes rasgos es un buen programa pero la realidad es otra cosa porque es en el día a día cuando aparecen los problemas. a mi me resulta rentable porque hago ortodoncia y porque me trae muchos niños a la consulta pero por otra parte hay veces que pienso en quitarme del programa porque me llegan niños tratados de otro sitio (mal tratados), con tratamientos de baja calidad y bueno no les voy a decir que no los veo, me los*

*tengo que comer con papas y rehacerle tratamientos, con lo que no me llega un niño ya tratado como niño sano sino con mayor patología, por culpa de otro compañero que no lo ha tratado éticamente o correctamente o porque el niño bueno sus padres no han estado encima de él y no se ha lavado los dientes y entonces su boca es una pena. se supone que el plan fomenta la prevención o al menos así es como nos lo vendieron y en muchas ocasiones el dentista lo que hace es hacerle cuatro cosas para justificarse ante los padres pero no les hace lo básico en odontología preventiva que es la enseñanza de cepillado la fluoración o los selladores y por otro lado creo que dentro del plan ya que se dice que es preventivo debería haber una parte que se hiciera no en las consultas sino no se en colegios o en los centros de salud pero dirigidos hacia todos los niños de forma que de manera global a todos los niños les enseñaran técnicas de cepillado etc.... para así fomentar esa prevención que nos vendieron cuando se inició el programa porque sino de otra forma nos encontramos con los problemas en la consulta y claro una vez que te llegan pues hay que solucionarlos. así que como iniciativa, bien pero no se si esta sometido a evaluaciones por lo que no se si se están corrigiendo los errores. a mi particularmente no me han preguntado nunca y no se si por tanto se están haciendo bien las cosas en ese sentido si se esta evaluando el programa para corregir los errores.*

- *Para mí el PADI como programa es mejor que lo que había (porque no había nada) solo estaba el tratamiento mitigante del dolor, extracciones dentales y como eso como punto de partida hay que tomárselo pienso yo.*

*Creo que ha acercado a muchos niños a la consulta. Yo por ejemplo trabajo en una consulta en el medio rural y los niños de mi pueblo antes, para ser tratados en la sanidad pública aunque fuera tan solo una extracción, tenían que viajar 15 kilómetros hasta su centro de salud y ahora los veo yo en la consulta en su mismo pueblo en muchas ocasiones sin costo alguno para ellos por lo que ha supuesto un salto cualitativo importante para ellos.*

*Por otra parte creo que ha hecho aumentar los niños en mi consulta. Sin embargo se deben mejorar muchas cosas por parte del SAS, el servicio andaluz de salud (la administración.) Empezando porque en el segundo año del PADI aumentaron las cohortes de edad y metieron a los niños de ocho años. Se supone que se partió de una situación epidemiológica y que el programa iba a ser incremental, pero metieron a dos años así por la cara y nos tuvimos que aguantar. Creo que se juega totalmente y de forma descarada con los dentistas porque saben que poca gente se va a borrar del programa, así que hacemos lo que ellos quieren muchas veces. Por no decir siempre.*

- *Yo creo que los dentistas en general somos unos privilegiados. si miramos la actual situación de crisis, o en general a nuestro entorno, nuestra familia etc... todos nosotros (en general en nuestro gremio) tenemos una buena situación económica, nuestro coche, puesto de trabajo, bien remunerado y creo que el PADI se puede considerar como una oportunidad de trabajo o de ofrecer servicios para un colectivo que de otra forma no podría acceder a nuestras consultas privadas (por un problema de acceso por su economía). de hecho yo que llevo con el PADI en mi consulta desde que comenzó, creo que ha abierto mi consulta un poco a la sociedad. Veo a gente que no venía. en general el plan es bueno pero también he de decir que como todo tiene sus fallos que supongo que analizaremos con posterioridad.*
- *Pues yo no estoy de acuerdo con lo que acaba de decir la compañera. en una consulta privada no se debe tratar a la gente gratis. nadie da nada a cambio de nada y creo que todo el que se ha apuntado al PADI lo ha hecho para aumentar en número de pacientes en su consulta y para ganar más dinero. yo tengo el PADI y para mí todo son problemas. Si no me quito es porque tengo muchos pacientes con tratamiento de ortodoncia del PADI y tengo muchos familiares que creo que se irían si me diera de baja. Lo puse en mi consulta de igual manera que podría haber puesto un seguro dental, para atraer pacientes a mi consulta.*

*Pero me llegan pacientes de un año a otro con la boca fatal y tengo que volver a tratarlos, no hay forma de penalizar a estos niños porque creo que aunque te puedes negar y que los vea el centro de salud, no quieres perder el paciente y a sus familiares porque les puede sentar mal. Por otro lado a mí el centro de salud también me manda pacientes para que yo les haga las endodoncias, que creo que no lo debería de hacer. En fin para mí en definitiva el PADI es un camelo pero yo estoy en el metido, porque es que creo que se esta jugando con los dentistas, ya que hay muchos dentistas que están fuera y que quieren entrar, que están dispuestos a entrar. Si nos pusiéramos de frente, nos plantáramos y dijéramos que no entrábamos en el PADI nos aumentarían seguro la asignación anual por niño y por tratamientos especiales y seguro que nos pagarían más. Pero volvemos a lo de siempre que nuestra especialidad es de muy poco compañerismo de alta competitividad entre los profesionales y muy individualizada. Cada uno está metido en sus cuatro paredes, en su cubículo y en su mundo y no hay comunicación entre compañeros cada uno nos quejamos pero no hay unión entre nosotros para luchar y por eso pasan estas cosas.*

*La administración, vamos la junta de Andalucía lo sabe y por eso mismo pagan solo 36 € por año y meten los niños que les da la gana y por eso aumentaron los años propuestos en el segundo año como ha*

*dicho la compañera. En otras comunidades autónomas pagan mas y no sé porque aquí pagan menos si hay mas patología, pero quizás sea porque sean comunidades forales o con otro tipo de fiscalidad porque son Navarra y el País Vasco, pero el hecho es que se ha copiado un sistema pero se ha empeorado en lugar de analizar sus fallos e intentar solventarlos.*

*Yo entré porque un compañero del país vasco me dijo que a el le resultaba rentable y que el programa que iban a hacer aquí era el mismo. Le pregunté a este compañero si le habían pedido tantos papeles y me dijo que sí. Yo no lo tenía nada claro pero si entré fue porque creía que iba a ser una fuente de entrada de pacientes, aunque como no sabía perfectamente de qué iba podría haber sido cualquier cosa. Pero desde luego seguro que funciona aquí mucho peor. Por lo pronto pagan bastante menos.*

- *Para mí el PADI, yo que trabajo en el sector público en un centro de salud desde hace 15 años ha sido una forma muy inteligente de los políticos de decir a la gente que los niños iban a tener dentista gratis y eso como siempre pasa con los políticos no es verdad. porque empieza con los niños de 5-6 años cuando tendrían que empezar con programas de embarazadas no voy al niño desde el nacimiento sino incluso cuando la madre esta embarazada, después un seguimiento con el niño pequeño igual que en el programa de niño sano y de esta forma sería un programa mucho mas preventivo y mucho menos intervencionista.*

*Por otro lado cuando el niño te llega con muchas caries a los 5-6 años ya es o extracción o derivarlos al privado porque en el centro de salud a un niño con esa edad que tiene todo en dentición decidua no se le puede hacer nada y es un programa por otro lado que deberían de hacer las higienistas que les enseñaran a los niños a lavarse los dientes y en el colegio con fluoraciones y no como está hecho que es muy intervencionista. Las madres llegan y quieren que se les haga algo al niño y cuando se va solo con flúor porque no se les puede hacer nada y sus niño con 4 caries en temporales pues como se creen que todo es gratis y que les tienes que hacer algo y que eso no es nada pues se sienten defraudadas y es que otra cosa que pasa es que hay muy poca información para los pacientes.*

*En general el programa tiene muchos errores que las cosas no se hacen así porque somos los dentistas de a pie los dentistas públicos los que damos la cara y tenemos que hacer ver a la gente que los políticos les dan para sus hijos salud bucodental gratuita y niños con 6 años y caries en sus temporales no los puedes tratar, no les puedes hacer nada y eso no es ni ético ni justo ni es salud, porque trabajamos en un centro de salud es que es algo que no pasa en ninguna otra especialidad, que nos llega alguien con cualquier otra infección y*

*veamos como siempre se les va a tratar , ¿por qué en odontología tiene que ser diferente?*

- *Yo creo que ya todo esta dicho y que poco mas puedo añadir pero vamos que yo aunque estoy en el PADI no sé por qué estoy. me di de alta con muchas dudas y bueno ya estoy dentro pero no me tendría que haber metido.*

*El plan para los niños es bueno porque es gratis pero no por otra cosa. Les haces los empastes gratis y se van a su casa, estupendo pero para el dentista que le pagan una miseria no cubre ni gastos de nada pues no. pero en cuanto a ese niño le dices a la madre que tiene dos caries que tiene que pagar te ponen mala cara poca gente se las hace y para el dentista son 33 € de nada por dios... si entre anestesia y materiales no da para mas. Vamos que no se por qué sigo, pero aquí estoy.*

*jajajajajajajajajaja (risas generalizadas)*

- ***De lo dicho hasta ahora y en primera instancia... ¿alguien quiere decir algo más?***
- *Sí yo, sobre lo que ha dicho el compañero acerca de la información de los pacientes. Es que después de 6 años que ya lleva el programa, aún nos siguen llegando pacientes que no saben lo que es el programa, lo que entra, lo que no... yo se lo explico siempre a los pacientes pero no se si les mandan la carta y no se la leen o que, pero cuando les dices.. esto sí entra... esto no te dicen pues le hace usted solo lo que entra y esas pequeñas caries al final se convierten en pulpectomías y entonces hay que extraer y después pues no se le trata al niño como hay que hacerlo, es que volvemos a lo de siempre. somos nosotros los que explicamos el programa por falta de información de los padres y creo que debería de haber otra forma no se pero falta información.*
- *Es que nosotros como parte interesada nos enteramos y en los anuncios solo se quedan con que la atención es gratis pero no lo explican bien o no se quieren enterar los padres.*
- *Es que es eso es que los pacientes se quieren enterar de lo que les conviene por si cuela, pero claro en el momento de la verdad se les dejan las cosas claras y ahí viene el conflicto. Cuando tu les dices a los padres lo que tienen que pagar, el presupuesto de pulpectomías, mantenedores de espacio, ortodoncias interceptivas, pues ya te dicen pero bueno... ¿esto es lo de dentista gratis? y claro comienzan a exigir, pero yo lo tengo bien clarito, mis enfermeras les dicen antes de*

*empezar lo que entra y lo que no y que el que quiera que se quede y el que no que se vaya a otro además también hago lo que hacen los concesionarios de coches. tienes que venir a tus revisiones, si usted falta no me hago responsable de lo que le pueda pasar y me lo tienen que pagar o me niego a tratarlos. es que hay que penalizar al que no va a sus revisiones. tal y como estudié en el máster de salud pública, hay países de Europa donde esto se hace, al que no acude a sus revisiones pues se le penaliza y es lo que hay que hacer, no puedes asumir tú como clínica privada la irresponsabilidad de la gente. si lo hace el sector público no es nuestro problema, pero es como los fumadores... ¿estará demostrado que el tabaco es malo no? pues alaaa la gente a seguir fumando y luego con cincuenta años te entra cáncer de pulmón y alaaa todos los españoles te tienen que pagar tu tratamiento de cáncer... yo eso no lo veo justo la verdad. lo mismo pasa en la boca, es muy fácil ejercer la prevención de enfermedades orales y si alguien te llega por un problema social porque no se lava los dientes porque "pasa tres kilos" de hacerlo no los niños sino sus padres si te llega año tras año con grandes caries y recidivas y todo lo que les has hecho mal, pues la responsabilidad ahí es del paciente y uno no se lo tiene que comer, para eso están los centros de salud y a mí el delegado provincial, Emilio Lledó que todos lo conocemos me dijo que tenía todo el derecho a negarme a tratarlo, que hiciera un informe que se lo mandara y que ya lo absorbería el Centro de Salud, que es por la mañana y no puede ir el niño... pues que falte al colegio que se lo hubiera pensado antes, aparte de que me parece que ya hay centros de salud que abren por la tarde pero bueno eso es otro problema. Pero yendo a lo que íbamos al principio no hay información para los pacientes y eso no puede ser, porque a veces parecemos discos rayados diciendo una y otra vez esto si entra, estos no... y bueno que ya llevamos tiempo que lo deben de saber los pacientes.*

- *Sí, hay muy poca información para los pacientes y mira que ya lleva tiempo el programa porque al principio era mortal y además cuando Bernat Soria, el ministro de sanidad dijo lo de sanidad bucodental gratis para toda España para todos los niños otra vez la vuelta a explicarlo, a mí una madre llegó a decirme que no trataba a su hija hasta el año que viene porque iba a ser gratis todo. Cuando yo se lo expliqué no se lo creía y ya desistí y le dije que hiciera lo que quisiera, la verdad no se si ha vuelto a la consulta o no porque no quiero hablar mas con esa madre.*



- *A mí lo que me ha pasado es que me llegan pacientes pensando que solo los pueden ver en el centro de salud, que se han enterado por una amiga que yo veo a los niños del PADI a los niños con el talón como dicen las madres pero se lo creen porque va el niño de su amiga que si no dicen que en el privado no se ve lo del talón.*
- ***¿Qué me decís de la asistencia dental básica y los tratamientos especiales? ¿os parecen adecuados habría que aumentarlos?***
- *Yo creo que el principal problema de la asistencia dental básica está en el tema de las endodoncias porque si te pagan lo mismo por endodoncia que por extracción pues tienes que ser sor Ángela de la Cruz para hacerle la endodoncia porque a un niño con una gran caries en un molar permanente que muchas veces el tratamiento es complejo una apicoformación, que es un tratamiento complicado... ¿qué haces? la exodoncia en 15 minutos esta hecha la endodoncia en 2, 3 citas y la apicoformación en 2-3 meses. pues es mas fácil la exodoncia y te pagan lo mismo. creo que debería ser incluido como tratamiento especial y no esa elección del profesional o bien que las hicieran en determinados centros de salud pero públicos y así se salvarían muchas muelas, pero no creo que deban asumirlas los dentistas privados porque se terminarán perdiendo muchas muelas.*
- *Estoy de acuerdo con lo que ha dicho la compañera, porque además a mí el Centro de Salud me las manda para que yo las haga porque dice que no tienen limas ni gutapercha ni nada... no me lo creo de hecho yo he llamado a delegación y dicen que no es verdad, que todos los centros de salud están dotados para hacer endodoncias... ¿en que quedamos entonces? por otro lado los tratamientos especiales, ahora si los pagan pero es que tu tienes que realizar el tratamiento y esperar a que te lo autoricen... si te llega un niño con un traumatismo le dices... no espérate que no te lo puedo tratar hasta que me lo autorice la delegación provincial, si coincide con puente, fin de semana o lo que sea el niño se queda con un traumatismo que se debe tratar de forma inmediata pues 4 5 días sin tratar. Eso por una parte porque si se lo haces te la juegas a que por un tramite burocrático no te lo paguen entonces ¿en qué quedamos? Es que no somos una ONG que me parece muy bien lo que dijo antes ella pero a mi me aprietan de todos lados para que pague y no puede ser esto. Que porque faltaba un dato de yo no se que una factura de abril me la pagaron en diciembre. Ahora ha mejorado con internet pero vamos que es un engorro.*

- *Para mí la asistencia dental básica es insuficiente porque no se incluye los dientes deciduos y es que las cosas se están analizando desde distintos puntos de vista:*
  - *por un lado están los pacientes. para ellos los dientes de leche si no se incluyen se les está diciendo que no son importantes y si les quieres hacer un tratamiento en ellos los mismos padres no están convencidos de ello.*
  - *desde un punto de vista médico en un programa que se dice que da cobertura sanitaria odontológica a los niños, deberían de incluirse porque son importantes ( este podría ser el punto de vista del dentista público)*
  - *y por otro lado desde el punto de vista del dentista privado, no creo que les convenga porque está claro que por el mismo precio debería de tratar esos dientes temporales entonces o que los metan como tratamiento especial o que paguen más la asignación anual de niño/año.*

*Por otro lado el tema de las extracciones o endodoncias a elección del profesional tal y como dice el decreto del PADI que aunque creo que ya se ha hablado como dijo la primera compañera eso de dejarlo en manos del dentista la elección... yo creo que si hacen un estudio en Andalucía habrán aumentado las extracciones de los seis pero muchísimo seguro.*

- *Por lo que dices yo creo que el programa se tendría que hacer solo en el dentista público, solo en los centros de salud la asistencia dental básica digo y los tratamientos especiales en el dentista privado pagados aparte incluyendo las endodoncias como tratamiento especial. Y que sea el dentista público el que los derive aunque sea después el paciente el que elija ese dentista privado, así ya no habría ese aumento de extracciones. En cuanto a lo de los tratamientos en deciduos pues sí, la cobertura debería de ser completa pero es que en odontología los recursos económicos son limitados y el gasto sanitario sería enorme, yo creo que sería inviable económicamente.*
- *Pues para mí en el público se da peor servicio que en el dentista privado empezando porque solo van por la mañana y el niño tendría que perder colegio, pero es que además tienes tu sueldo fijo haces lo que quieras te da igual si el niño llora o no porque te van a pagar lo mismo realices el tratamiento que realices y haces tratamiento de buena calidad o no. no tienes la presión económica. Seguro que si tienes la consulta pública llena de gente estas hasta los mismísimos y si es tu consulta privada estas muy contento porque generas mucho más dinero para ti y eso no puede ser, ya que sé que no es así.*

- *No no eso no es verdad, todo el mundo que trabaja en el público esta convencido de su trabajo y además es que esta sometido a un jefe de servicio que vigila tus datos y si lo estas haciendo bien o no el numero de pacientes que ves, además también te incentivan en función del numero de niños que ves.*
- *Pero esos datos... ¿se pueden arreglar un poco no? que me lo han dicho que lo hacen*
- *Bueno jejeje yo no lo hago yo te digo que yo no lo hago ni mis compañeros de centros de salud que tampoco lo hacen. ya no se si otros lo hacen ahí no voy a entrar. Pero también te digo que yo he visto a niños que me llegan del privado con caries sin tratar, verdaderos agujeros a veces y las madres creen que sus niños no tiene nada y que están bien y eso es porque el plan fomenta el subtratamiento porque al dentista le pagan lo mismo por el talón y una vez recibido pues se olvidan del niño hasta el año siguiente. les pone flúor si acaso y para su casa. eso en el público no pasa, porque hay inspecciones.*
- ***¿Qué me decís de los trámites burocráticos?***
- *Pues al principio para la contratación fueron un coñazo bastante complicados para adscribirse al PADI y después con la prórroga también hubo problemas pero menos mal que ya con la gestión de las factura a través de internet todo va mucho mejor porque es que otra cosa es el tema de las facturas. Antes había que facturar en delegación de Sanidad perder la mañana después te faltaba un papel y lo peor es que como había que pasarlo por registro había que ir a Luis Montoto. Ahora con la firma digital la verdad es que esta mucho mejor.*
- *Sí, además el SIWACS ese era un programa que a mí nunca me funcionó y cuando parecía que ya lo iba a hacer pues se cambió, menos mal que este desde el principio ha funcionado bien. yo llevaba siempre las facturas hechas a mano (bueno a ordenador pero no con el programa) y bueno perdías la mañana.*
- *Y las facturas por tratamientos especiales... a mí me las devolvían casi siempre si pero para la contratación leyendo el decreto pues había que perder dos o tres días mañanas par el papeleo pero es como todo, como la apertura de una clínica o algo así que siempre la administración trabaja así.*

- *Ya pero es un coñazo.*
- *Yo es que en cuestiones de papeleo siempre lo hago todo con mi asesor y como para esto había que presentarse personalmente, pues me resultó bastante pesado al inicio y con la prórroga igual... ¿para qué presentar los papeles nuevamente?*
- ***Ya hemos hablado algo de la diferencia entre el sector público y el sector privado. dos preguntas al respecto ¿dónde consideráis que los pacientes están mejor tratados? y ¿los profesionales del público creéis que están mas contentos o menos que los privados con el PADI?***
- *Pues yo como dije anteriormente para el paciente creo que va a estar mejor tratado en el público porque no tienen la presión económica por detrás de tener que hacer caja al final del día con lo cual sin esa presión se les da mejor servicio, si os habéis fijado uno de los principales problemas del que hemos hablado es el de la asignación anual que es verdad que es muy baja solo 30 euros al año por niño. pues claro en el público no se tiene esa presión y se le hace al niño lo que se le debe hacer. pero claro si se hace en el público no debe haber estas largas listas de espera que tenemos, por lo que habría que aumentar el número de dentistas públicos en Sevilla que somos muy pocos y haber prácticamente uno por cada centro de salud porque es que hay dentistas que abarcan varios pueblos y pueblos que no son pequeños precisamente y eso habría que revisarlo porque no puede ser. que estuviera incluido el dentista dentro del equipo básico de todo centro de salud.*
- *Pues yo no estoy de acuerdo, para mí es en el privado donde mejor se tratan a los niños porque se les puede dar una cobertura global. tenemos que tener en cuenta que tratar a un niño es muy difícil eso todos lo sabemos y en el único sitio donde se les puede tratar globalmente y que se les hagan todos sus tratamientos es en el privado. una vez que el niño se acostumbra a su dentista pues sigue yendo a el para todo no hacerle en el centro de salud solo la asistencia dental básica de sus dientes permanentes y los deciduos que vaya al privado pues no el niño a veces es muy difícil de tratar, porque llora y patalea y si se le doma por así decirlo se le puede hacer todo su tratamiento completo en el privado que ya esta acostumbrado a ello.*

- *Aparte de que en el privado no se, pero yo creo que se les da mejor trato, porque es por la tarde o puede serlo no en el publico que se les ve solo por la mañana y tienen que perder colegio. pero es que otra cosa es que los dentistas del sector publico les da igual si tienen muchos o pocos pacientes porque les pagan lo mismo al final del mes y en el privado es distinto, prefieren ver a mas niños pero creo que tantos unos como los otros intentan darle el mejor trato porque en definitiva funciona el boca a boca y eso hace que irán mas niños a tu consulta que es lo que quiere el privado eso le da igual al publico que si tiene menos niños porque dicen que los trata y lloran pues le da lo mismo porque tiene su sueldecito.*
- *Yo quisiera decir en cuanto a lo que ha preguntado que si los dentistas del publico o del privado están contentos con el PADI... yo creo que el dentista publico se tiene que aguantar si les ponen el programa PADI o no porque si no les pondrán otra cosa para trabajar, programa de embarazadas para personas mayores o extracciones de otro tipo o lo que sea. pero los privados tienen libertad si les gusta el programa se acogen a el y si no pues se borran y ya esta. que si están contentos o no los del privado a pesar de esa libertad, pues creo que no mucho pero porque nos quejamos por todo porque el programa no funciona bien como venimos diciendo y no se si se están corrigiendo los fallos y ahí esta el problema.*
- ***Ya para terminar... sabéis si esta sometido a evaluación el PADI o no***
- *Pues lo hemos venido diciendo y nadie ha rebatido la idea, creo que no hay ningún tipo de evaluación por parte de la administración y si la hay no la conocemos.*
- *Yo creo que si la hubiera habido se habrían corregido los errores y creo que tenemos los mismos errores y falso desde el principio, así que no, no la hay.*
- *No, creo que no la hay.*
- *Si la hubiera debe ser una evaluación externa y no mediatizada políticamente es que a lo mejor la ha habido y ha demostrado que el programa no es bueno pero no la quieren sacar ala luz, ese tipo de cosas sabemos que pasan se queda el informa a nivel interno y no se dice nada.*

- *Muy bien ya para terminar si queréis decir algo que no se haya dicho o un resumen final.*
- *Pues yo decir que no se porque seguimos en el PADI si funciona tan mal pero todos los que estamos aquí seguimos en el, será que nos es rentable económicamente.*
- *Yo digo lo del principio que es bueno para el paciente pero sigo en el porque así traigo mas pacientes de mi pueblo que de otra forma se irían es bueno en cuanto a la captación de pacientes. y los fallos que tiene pues habría que ver como resolverlos en lugar de quejarse tanto.*
- *Para mi el PADI sigue siendo una oportunidad de trabajar por la sociedad a modo de ONG y es algo en lo que también tenemos que pensar.*
- *Yo después de lo que hemos dicho aquí estoy mas convencido de borrar me del PADI, porque veo que los problemas que yo tengo se repiten en mis compañeros y el hecho de que no sepamos si se están intentando corregir para mi es frustrante.*
- *Yo apoyo el PADI publico por así decirlo porque creo que es donde se brindaría mejor servicio a la población*
- *Yo no tengo nada más que decir.*