

CAPÍTULO 14

SALUD PÚBLICA BUCODENTAL

Javier Cortés Martinicorena

*Práctica privada. Profesor de postgrado de la Universidad de Barcelona.
Vicepresidente de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral*

Juan C. Llodra Calvo

*Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Universidad de Granada.
Presidente de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral*

1. Introducción

Es opinión generalizada que tanto los niveles de salud como los hábitos en relación a la salud bucodental (SBD) están cambiando rápidamente en este país. Esto es efectivamente cierto y en este informe nos apoyaremos en numerosos datos para confirmarlo.

Está mejorando la salud dental y están mejorando los hábitos de consumo, tanto de productos de higiene oral como de servicios dentales. Pero es igualmente cierto que la odontología continúa siendo una asignatura pendiente del sistema sanitario público español (1). Las actuaciones de la administración sanitaria central en este sector en los últimos años han evolucionado a impulsos y, hasta el momento, no han seguido las directrices de una estrategia establecida, que pudiera ser sometida a evaluación.

Algunas reformas en el pasado reciente han posibilitado un cambio que era necesario, como el del curriculum universitario en 1986 o la creación de equipos de SBD que fueron posibles gracias a la reforma de la Atención Primaria; pero todavía no existe en el ámbito estatal una política específica en SBD. Ésta es un área con elementos suficientemente diferenciadores del resto de la actividad sanitaria como para tener una entidad específica que se refleje en el organigrama del Sistema Nacional de Salud (SNS), como sucede en otros países.

Según los datos que aporta la Encuesta Nacional de Salud de 1997 (2), los adultos mayores de 16 años han aumentado sus visitas al dentista respecto a años anteriores, y lo hacen cada vez más por motivos conservadores. Esta tendencia se hace todavía más favorable entre los niños y adolescentes donde el motivo de su última visita fue para revisión en el 64% de los casos, para obturación de una caries en el

20%, mientras que sólo fue del 12% para la extracción de un diente. El 70% recibió estos servicios en un centro privado y el 23% en un centro público.

La higiene dental también está mejorando de forma notable, aunque nuestras cifras de consumo de productos de higiene oral estén todavía por debajo de algunos países de la UE. El crecimiento en el consumo de estos productos está siendo en los últimos años del 3% y 7% anual en dentífricos y cepillos de dientes, y del 16% en enjuagues bucales (Tabla 1) (3).

Tabla 1
Consumo de productos de higiene oral, 1999 *

	Dentífrico grs/año	Cepillos unid/año	Enjuagues ml/año
Dinamarca	450	4	80
Reino Unido	350	1,5	70
España	320	0,8	30
Francia	–	1,2	–
Italia	–	1,1	–

* *Elaboración propia según datos (3).*

2. Niveles de salud dental de la población española

Analizaremos el estado actual en base a los resultados de la última encuesta epidemiológica realizada en el año 2000 (4), financiada por el Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España, para exponer a continuación la evolución 1993-2000.

2.1. Análisis de la caries

En el grupo de 5-6 años cerca del 67% de los sujetos están libres de caries. Este porcentaje desciende al 57% para el grupo de 12 años, al 31% para los adolescentes de 15 años; para los adultos la prevalencia de caries se acerca al 100% (Gráfico 1). En la dentición temporal los niños de 5-6 años presentan una media de afectación de 1,06 (IC-95% 0,75-1,37) con un claro predominio del componente *cd* (cariados) y una asistencia restauradora baja (IR 16%) (IR: Índice de Restauración: dientes obturados entre total de dientes afectados por cien).

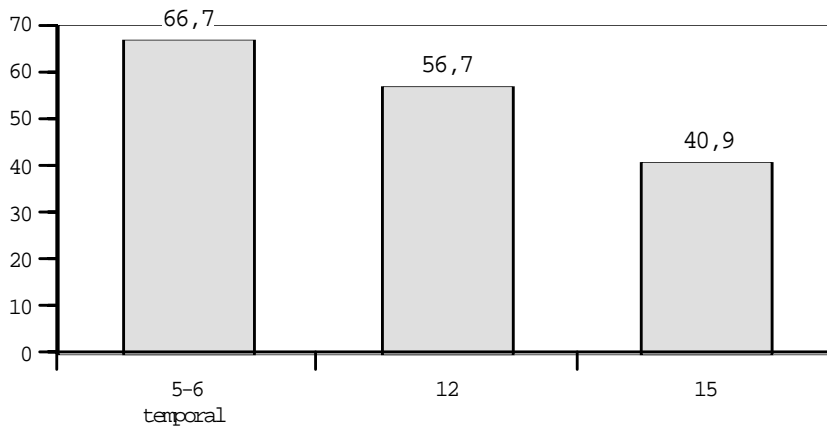


Gráfico 1
Porcentaje de población infantil libre de caries

A la edad de 12 años el CAOD de 1,12 (IC-95% 0,9-1,34) nos sitúa en niveles muy bajos de caries en base a la clasificación de la OMS, siendo mayor entre la clase social baja respecto de la alta (1,26 frente a 0,85; $p < 0,05$) con un IR cercano al 53%. A los 15 años el CAOD asciende a 2,20 (1,87-2,53) con un IR del 55% y a los 35-44 años es de 8,40 (7,62-9,18) con un IR del 49%. En estos dos grupos el IR es significativamente mayor entre la clase social alta ($p < 0,05$) Finalmente, en el grupo de 65-74 años el CAOD se eleva a 18,10 (IC-95% 17,2-19) con un IR prácticamente nulo (6,5%). El componente AD (ausentes) representa el 85,3% de la totalidad del índice CAOD. Para los grupos de 12 y de 15 años cerca del 13-15% de los sujetos del grupo acumula el 50% del total de caries (Gráfico 2 y Gráfico 3).

Es interesante resaltar que en el grupo de 35-44 años la media de dientes presentes es de prácticamente 25 (sobre un máximo de 28), conservando más los dientes los sujetos de la clase social alta y los residentes urbanos con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). La pérdida dental grave (16 ausentes o más) afecta al 2,4% de este grupo y sólo el 0,6% (0-1,2%) es desdentado total. A los 65-74 años la media de dientes presentes es de 12,38 (11,09-13,67), la pérdida dental grave afecta al 50,6% y el porcentaje de desdentados totales es de 23,4% (18,1-28,7).

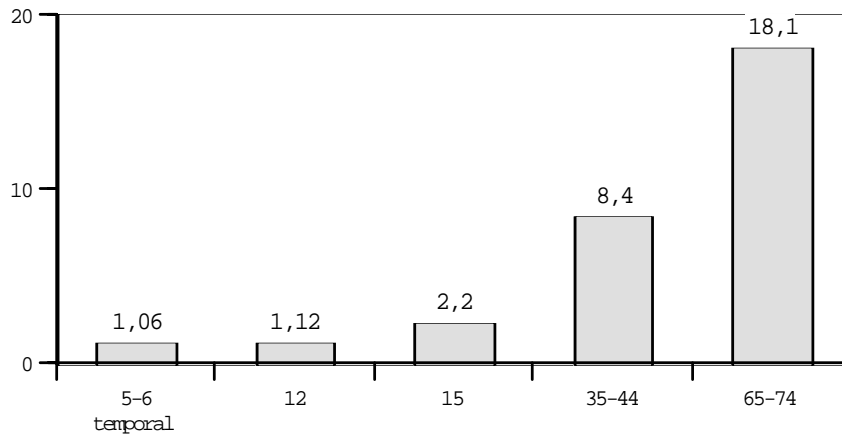


Gráfico 2
Índices de caries (encuesta 2000)

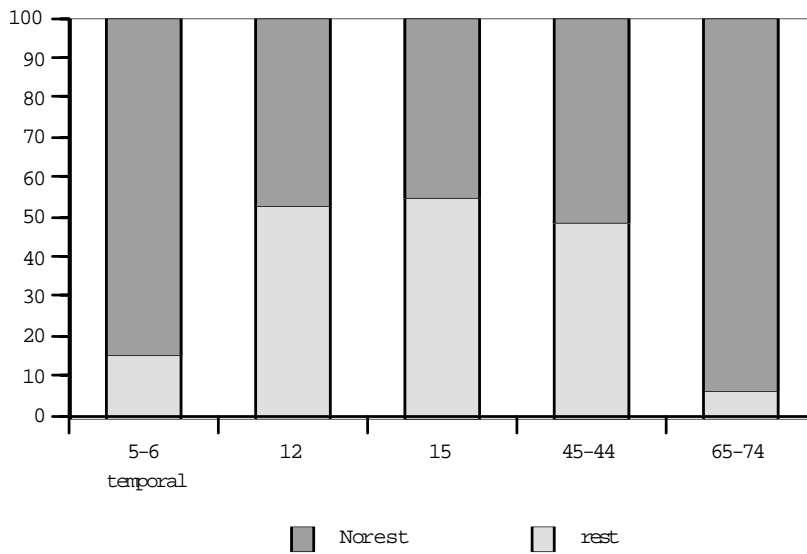


Gráfico 3
Índices de restauración (encuesta 2000)

A la edad de 12 y 15 años las necesidades de tratamiento se corresponden fundamentalmente con restauraciones simples de una superficie. Para los grupos adultos la situación difiere y se observa que las necesidades de restauraciones simples y complejas se solapan, y las de extracción son del 10,3% y 23% respectivamente.

2.2. Análisis de las enfermedades periodontales

La proporción de sujetos sin signos de enfermedad es del 55% a los 15 años, del 19% a los 35-44 años y del 8,7% a los 65-74 años. La prevalencia de cálculo es del 30% para los adolescentes y del 43-44% para los adultos. Cerca del 21% de los adultos jóvenes presentan bolsas periodontales aunque solo en una minoría (4,2%) se diagnostican bolsas profundas. A los 65-74 años la prevalencia de bolsas periodontales asciende al 35%, de los cuales el 9% presentan bolsas profundas (Gráfico 4). En relación a la severidad del proceso, en los adultos alrededor de 3 sextantes de media presencia gingivitis, 2-2,4 cálculo y sólo 0,68-0,95 bolsas poco profundas. La media de sextantes afectados por bolsas profundas es baja en ambas cohortes (0,07-0,12). Es muy importante señalar que a los 65-74 años, cerca de 2 sextantes de media son excluidos (no contienen dientes) (Gráfico 5).

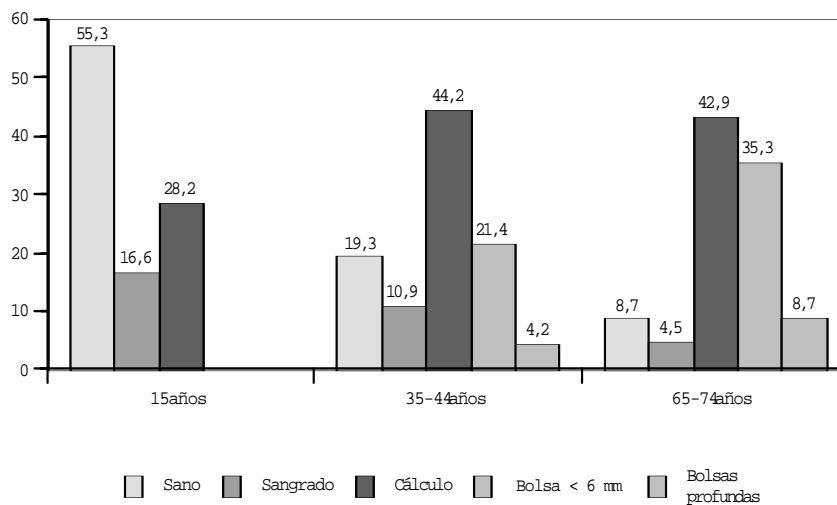


Gráfico 4
Índice Periodontal Comunitario (IPC). Encuesta 2000

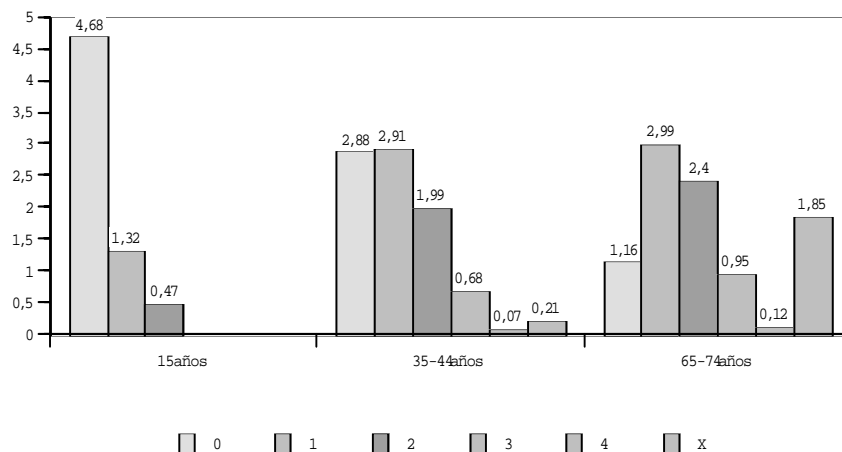


Gráfico 5
Número medio de sextantes en cada código IPC (encuesta 2000)

Sólo una minoría de adultos jóvenes (4,2%) y de ancianos (8,7%) requiere tratamiento periodontal complejo. Es importante señalar que no sólo la prevalencia de los que requieren estos cuidados especializados es baja sino que además son necesarios para un número medio de sextantes que oscila entre 0,07 y 0,12. Ni el nivel social ni el tipo geográfico (urbano, periurbano, rural) intervienen en la prevalencia de los procesos periodontales, como tampoco intervenía en los resultados de la Encuesta de 1993.

2.3. Análisis de la evolución 1993-2000

Con respecto a la prevalencia de caries en dentición temporal, no se aprecian cambios respecto a 1993.

Respecto a la dentición permanente se ha producido una disminución importante en la prevalencia de caries, pasando del 68% (1993) al 43% actual, en el grupo de 12 años. La situación es muy similar para el grupo de 15 años. Los índices CAOD en estas edades se han reducido prácticamente a la mitad.

Entre los adultos jóvenes (35-44 años) no ha habido modificación en la prevalencia de caries, aunque sí se asiste a una disminución de la gravedad del proceso con un

índice CAOD de 8,4 (era de 10,9 en 1993). En el grupo de 65-74 años también se asiste a una disminución significativa del CAOD al pasar de 21,1 en 1993 al 18,1 actual. En ambos casos la disminución del índice CAOD es mucho más discreta.

El índice CAOD a los 12 años nos sitúa en niveles muy bajos según la clasificación de la OMS; para este grupo se ha logrado «bajar» un escalón de gravedad respecto a 1993. Los índices de caries de nuestra población adulta no se corresponden con los que cabría esperar en función de las proyecciones de los índices infantiles, siendo superiores a las previsiones y evidenciando muy probablemente lo que se entiende como *efecto cohorte*.

En la actualidad existe un incremento muy importante de dientes restaurados frente a 1993 en todas las edades, a excepción de la de 65-74 años que permanece con un índice de restauración estabilizado y bajo.

Por lo que se refiere a las enfermedades periodontales, se ha producido una reducción de gingivitis y de presencia de cálculo en las edades jóvenes. En relación a la franja de adultos jóvenes (35-44 años), la prevalencia de bolsas periodontales (moderadas o severas) ha disminuido notablemente (26% actual frente al 49% en 1993). En el grupo de 65-74 años existe una estabilización de la patología periodontal (Gráfico 6).

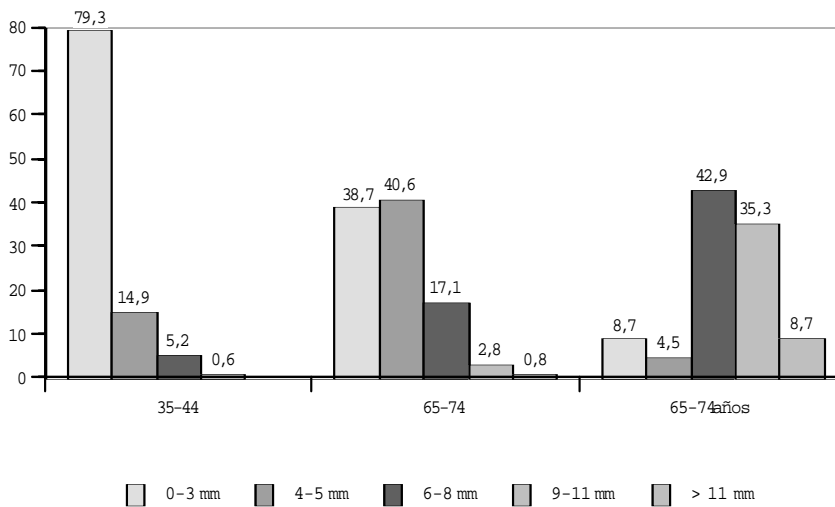


Gráfico 6

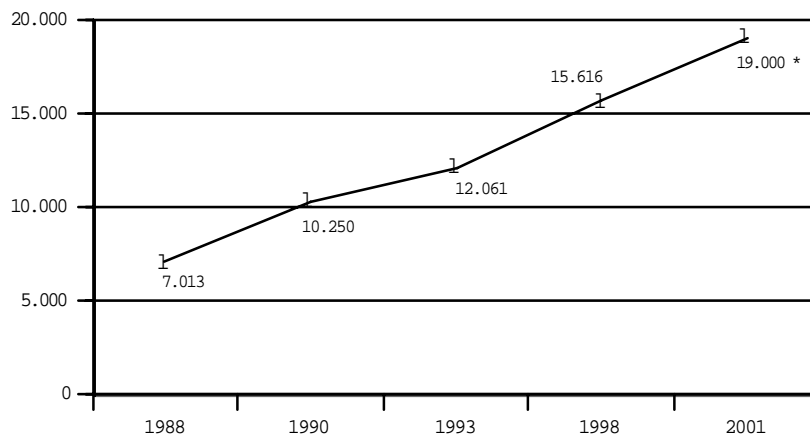
2.4. Grado de cumplimiento de los Objetivos OMS para el año 2000

- a) Objetivo 1: «El 50% de los niños de 5-6 años deben estar libres de caries». Este objetivo está ya rebasado desde 1993, actualmente con un 67% libre de caries.
- b) Objetivo 2: «El índice CAOD a la edad de 12 años no debería sobrepasar la cifra de 3». Este objetivo se halla también rebasado. España se sitúa en la actualidad entre los países con niveles muy bajos de caries para este grupo de edad.
- c) Objetivo 3: «El 85% de los jóvenes de 18 años conservarán todos sus dientes». Si bien la encuesta nacional no incluye a este grupo etario entre la población estudiada, los resultados del grupo anterior (15 años), nos permiten ser optimistas en cuanto al grado de cumplimiento de este objetivo; el 96% conserva actualmente todos sus dientes.
- d) Objetivo 4: «Intentar que el 75% de los adultos de 35-44 años conserven al menos 20 dientes». Objetivo también rebasado. El 91% de los sujetos entre 35-44 años conservan 20 ó más dientes.
- e) Objetivo 5: «Intentar que el 50% de los adultos de 65 ó más años conserven al menos 20 dientes». Menos del 31% de este grupo etario posee al menos 20 dientes. Ello, unido a la elevada cifra de desdentados totales (cerca del 24%), nos revela el profundo grado de incumplimiento de los objetivos de SBD para este sector de nuestra población.
- f) Objetivo 6: «Establecer las bases de un seguimiento». Por primera vez en la historia de la epidemiología bucodental en nuestro país han transcurrido solamente 7 años desde la última encuesta nacional. Sería deseable y aconsejable que las autoridades pertinentes garantizaran unos fondos con periodicidad quinquenal con el propósito de consolidar las bases de un correcto seguimiento y una reevaluación de los objetivos de salud. Asimismo sería muy deseable que fuesen las autoridades sanitarias, y no el Consejo de Odontólogos y Estomatólogos de España, las que tomaran la iniciativa de su ejecución periódica, mostrando así mayor sensibilidad en política sanitaria bucodental y asumiendo las competencias que le son propias en esta materia.

3. Evolución de los servicios y recursos dentales en los últimos años

3.1. Demografía profesional

La mayor parte de la asistencia odontológica a la población se realiza a través del sistema privado –red de clínicas dentales privadas– y las prestaciones del sector público se limitan todavía al diagnóstico y al alivio del dolor mediante la extracción dentaria con carácter general para la población adulta, mientras que para la población infantil y adolescente las prestaciones se han ampliado a programas preventivos y algunas prestaciones de odontología conservadora. El 90% de los recursos humanos en odontología trabaja en el sector privado. La red pública, a pesar de que ha experimentado un enorme crecimiento en los últimos diez años, apenas supone un 10% de todos los profesionales del sector. El número de dentistas trabajando en la red pública para programas de SBD en atención primaria es de 727 (6), a los que habría que añadir los odontólogos de cupo. El número de dentistas colegiados en España en 1998 era de 15.616 y, según estimaciones, esta cifra puede aproximarse actualmente a los 19.000 (Gráfico 7). El crecimiento en la última década se sitúa, en media, en torno al 12% anual. La *ratio* de dentista por habitantes en 1988 era de 1/5.529 y diez años más tarde, en 1998, de 1/2.540 (Tabla 2), con una variación regional muy importante que va, por ejemplo, desde 1/1.716 en Madrid (CA) a 1/5.528 en Teruel (provincia) (7).



* Proyección según estimación.

Gráfico 7
Evolución demográfica profesional

Tabla 2
Índice Dentista por Habitante (IDH)

1988	1990	1993	1998	2001
1/5.529	1/3.785	1/3.269	1/2.540	1/2.105*

* Proyección según estimaciones.

3.2. Curriculum universitario

El curriculum profesional de los dentistas sufrió un drástico cambio a partir de la Ley 10/1986 de 17 de marzo sobre los odontólogos y otras profesiones relacionadas con la salud dental para adecuarse a la normativa de la UE. Hasta entonces, la formación del dentista –estomatólogo– era la de un licenciado en Medicina y Cirugía y posteriormente especialista en Estomatología (2 años más). Esta ley recuperó la figura del odontólogo, creando la Licenciatura de Odontología con 5 años de estudios y una formación curricular asimilable a la del resto de países de la UE. Esta medida se vio complementada con la creación de nuevas facultades de Odontología –hasta entonces sólo existían dos escuelas de Estomatología, en Madrid y Barcelona– en número total de nueve, y una política orientada a la creación a gran velocidad de nuevos recursos humanos. En los últimos años la oferta se ha visto incrementada con la incorporación de tres nuevas facultades privadas, dos en Madrid y una en Barcelona. El número total de nuevos licenciados que salen cada año de nuestras universidades es de aproximadamente 1.000 por año. El sector y las organizaciones profesionales creen que se está llegando a la saturación.

3.3. Políticas en salud bucodental

A pesar de la todavía baja cobertura en odontología de nuestro sistema público, es necesario reconocer que durante estos años se han producido numerosos avances en la oferta de servicios dentales, ello tanto desde la administración central como, sobre todo, desde las distintas administraciones autonómicas, principalmente debido a programas dirigidos a la población infantil y adolescente. Desde mediados de los años ochenta numerosas CCAA han puesto en marcha programas sectoriales de salud bucodental, con esfuerzos aislados en cada una de ellas. Sin embargo en el ámbito nacional todavía hoy se echa en falta una política nacional definida que ofrezca líneas estratégicas globales a seguir. Por ejemplo, no están formulados unos objetivos nacionales ni en términos de salud –el patrón epidemiológico es bien conocido– ni en términos de servicios necesarios para

alcanzar a las necesidades de la población –también identificadas en numerosas encuestas nacionales (8)–.

De la misma manera, tampoco existe un órgano de ámbito nacional orientado como un consejo asesor o como una unidad técnica que lidere las líneas a seguir en salud pública dental. Este papel, que pudo haber representado en algún momento la comisión correspondiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), quedó diluido con el paso del tiempo. En concreto, sólo dos acuerdos en pleno han sido tomados en todos los años de existencia del CISNS respecto a SBD, y fueron en los años 1989 y 1990. A fecha 31 de diciembre de 1999, en la relación de comisiones y grupos del CISNS, ya no figura la de SBD (9).

Así pues, el mayor esfuerzo en estos años ha venido de la mano de diversas CCAA que han puesto en marcha este tipo de mecanismos, lo que ha posibilitado que se desarrollen políticas sanitarias específicas en este área con objetivos y estrategias definidos y que ofrecen al ciudadano prestaciones asistenciales superiores a las que ofrece el Sistema Nacional de Salud en el –hasta hace poco– territorio Insalud. Entre las CCAA que llevan años desarrollando su propia política en SBD cabe mencionar a Andalucía, Canarias, Cantabria, Cataluña, Galicia, Navarra y País Vasco.

3.4. El cambio en los servicios

A comienzos de la década de los años 80 estos servicios se limitaban para todas las edades a la atención al dolor, diagnóstico y extracciones. En lo que se refiere al conjunto del país es a partir del año 1986 cuando el Insalud, a propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo y a la vista de los datos epidemiológicos del año 1984, promueve un programa de salud bucodental enfocado a la prevención de enfermedades dentales y promoción de la salud, con un resultado desigual según las regiones y escaso seguimiento (10).

La reforma de la Atención Primaria iniciada por aquellos años propiciaba la creación de equipos de SBD en los centros de salud y, por tanto, la posibilidad de iniciar actividades preventivas y asistenciales. Diversas CCAA comenzaban a publicar sus propios datos sobre salud dental y se crearon programas regionales enfocados inicialmente a actividades de prevención y promoción de la salud. En algunas regiones comenzaron a organizarse consejos asesores y unidades de planificación o gestión, como en Cataluña, Navarra o País Vasco (Tabla 3).

Tabla 3
Legislación y planificación de servicios de SBD

CCAA	Legislación sobre servicios dentales públicos	Legislación sobre fluoración del agua	Plan de salud bucodental de la Comunidad Autónoma
Andalucía	Decreto 195/1985 de 28 de agosto (BOJA 89, 14.9.85) Decreto 15/2001 de 23 de enero (BOJA 19, 15.2.01)	Decreto 32/1985 (BOJA, 5.2.85)	Programa de SBD Plan de Salud con objetivos en SBD
Aragón	RD 63/1995 DE SNS	No	Programa de SBD
Asturias	RD 63/1995 DE SNS	No	Programa de SBD desde 1994. Cobertura Diferente según Áreas de Salud
Baleares	RD 63/1995 DE SNS	No	Plan de Salud de Baleares con objetivos en SBD
Canarias	Ley 11/1994 de 26 de julio (BOC, 5.8.94)	No	Plan de Salud de Canaria con objetivos en SBD
Cantabria	RD 63/1995 DE SNS	Decreto 60/1991 de 10 de mayo	Programa de SBD de Canarias desde 1997 Plan de SBD de Cantabria Unidades móviles y Centro de referencia
Cataluña	Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), de 1990	No	Plan de Salud de Cataluña con objetivos en SBD
Castilla-La Mancha	RD 63/1995 DE SNS	No	Programa Marco de SBD de Cataluña Plan de Salud de C. La Mancha con objetivos en SBD
Castilla y León	RD 63/1995 DE SNS	No	Programa Dentobús Plan de Salud de C. y León con objetivos en SBD
Ceuta	RD 63/1995 DE SNS	No	Programa de SBD (6-14 años)
Extremadura	RD 63/1995 DE SNS	Decreto 30/1989 de 11 de abril Orden 26 de abril de 1989	Programa de SBD escolar (6-14 años)

Tabla 3 (Continuación)
Legislación y planificación de servicios de SBD

CCAA	Legislación sobre servicios dentales públicos	Legislación sobre fluoración del agua	Plan de salud bucodental de la Comunidad Autónoma
Galicia	Decreto 200/1993 de 29 de julio (DOG 167, 31.8.93)	Decreto 350/1990 de 22 de junio (DOG 129, 3.7.90)	Plan de Salud de Galicia con objetivos en SBD
Madrid	RD 63/1995 DE SNS	No	Cada Área de AP tiene su línea estratégica propia Proyectos municipales
Navarra	Decreto Foral 58/1991 de 7 de febrero (BON 21, 18.2.91) Orden Foral 18 de febrero de 1991 (BON 22, 20.02.91)	No	Plan de Salud de Navarra con objetivos en SBD Plan de SBD de Navarra
Murcia	RD 63/1995 DE SNS	Decreto 86/1990 de 31 de octubre (BORM 14.11.90)	Plan de Salud de Murcia con objetivos en SBD
Comunidad Valenciana	RD 63/1995 DE SNS	No	Plan de Salud de la C. Valenciana con objetivos en SBD
La Rioja	RD 63/1995 DE SNS	No	Programa de SBD de la C. Valenciana
Pais Vasco	Decreto 118/1990 de 24 de abril (BOPV 7.05.90) Orden 2 de mayo de 1990 (BOPV 14.05.90)	Decreto 49/1998 de 1 de marzo Orden 28 de junio de 1988 (BOPV 2.8.88)	Sin datos Programa Dental Infantil; objetivos específicos en SBD
	Orden 3 de mayo de 1990 (BOPV 14.05.90)	Orden 29 de junio de 1988	

El paradigma de los programas preventivos iniciados en aquellos años es el programa de enjuagues fluorados en las escuelas que, de forma independiente y autónoma generalmente, se iniciaron en varias CCAA. La primera en instaurarlo fue Cataluña en el año 1982. La plena transferencia de competencias en materia sanitaria de algunas CCAA desempeñó un papel decisivo en el cambio acaecido en los servicios dentales en la última década (Tabla 4).

De aquellos años al momento actual los servicios dentales públicos han experimentado un enorme crecimiento, pero generalmente referidos a población infantil y adolescente. Hasta el momento sólo dos CCAA –Navarra y País Vasco– han integrado las prestaciones dentales para la población infantil y adolescente en su sistema sanitario como una oferta más de su cartera de servicios. A ellas se debe añadir Andalucía, aunque muy recientemente y sin poder ofrecer, por tanto, datos muy concretos todavía. La población comprendida entre los 6 y los 15 años, en el caso de estas dos CCAA tiene dentista gratuito financiado con fondos públicos mediante un sistema mixto que incluye red pública, pero que básicamente se apoya en la concertación con clínicas privadas.

Por lo demás, y en el conjunto del Estado, el Real Decreto 63/1995 de 20 de enero sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud contempla, por primera vez, prestaciones de odontología restauradora, aunque su aplicación no está todavía extendida (11). Todas las CCAA tienen actualmente servicios de SBD con actividades que son mayoritariamente preventivas y de promoción de la salud; sin embargo, la situación es diferente de una región a otra, y se analiza en el capítulo siguiente.

4. Situación actual de los servicios de salud

Los datos que a continuación se presentan corresponden a la situación a fecha de marzo de 2001 y están extraídos de una monografía editada recientemente por la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO) (6). Comprenden todos los servicios existentes así como la legislación que los apoya.

4.1. Legislación

Sólo unas pocas CCAA tienen legislación propia sobre servicios dentales públicos: Canarias, Cataluña, Galicia, Navarra y País Vasco, si bien sólo estas dos últimas poseen legislación específica propia sobre asistencia sanitaria dental con su propio catálogo de prestaciones (y muy recientemente Andalucía). En el caso de Canarias

Tabla 4
Servicios y recursos humanos (excluidos odontólogos de cupo) de odontología restauradora por programas en AP

CCAA	Odontología restauradora	Edades	Prestaciones	Financiación	Recursos humanos*
Andalucía	Sí (ver Anexo)	7-17 años	Obturación molares permanentes	Autónoma	117 O/E 59 AC
Aragón	Sí	6-14 años	Obturación molares permanentes	Insalud	13 O/E
Asturias	Sí	6-14 años	Obturaciones molares permanentes	Insalud	28 O/E 15 HD 14 AC, t.p.
Baleares	Sí	6-9 años	Obturación 1º molar	Insalud	5 O/E 3 HD 3 AC
Canarias	Sí	6-11 años	Obturaciones simples, de una superficie	Autónoma	35 O/E 8 HD 20 AC
Cantabria	Sí	6-14 años	Obturación 1º molar Ortodoncia preventiva	Autónoma	8 O/E
Cataluña	Sí, pero no generalizado	6-16 años	Obturación molares permanentes	Autónoma	200 O/E 200 AC, t.p.
Castilla-La Mancha	Sí	6-14 años	Obturación molares permanentes	Mixta: Autónoma/Insalud/Ayuntamientos	31 O/E
Castilla y León	Sí	6-14 años	Normas Técnicas Insalud	Mixta: Autónoma/Insalud	35 O/E
Ceuta	No	-	-	Insalud	2 O/E 2 HD 2 AC
Extremadura	No	-	-	Insalud	20 O/E 5 HD 9 AC 6 Enfermeros
Galicia	No	-	-	Autónoma	71 O/E 31 HD
Madrid	No	-	-	Sin datos	85 O/E 53 HD 18 AC 15 ATS
Navarra	Sí	6-15 años	PADI. Todo excepto ortodoncia y restauradora de dentición primaria	Autónoma	7 O/E 1HD 8 AC 174 Clínicas Concertadas (PADI)
Murcia	Sí	6-12 años	Obturación 1º molar	Insalud	17 O/E 17 HD
Comunidad Valenciana	Sí	Sin datos	Obturación simple en molares permanentes	Autónoma	32 O/E 59 HD 25 AC, t.p.
La Rioja	Sí	6-11 años	Obturación simple en molares permanentes	Insalud	3 O/E 3 HD
Pais Vasco	Sí	7-15 años	PADI. Todo excepto ortodoncia y restauradora de dentición primaria	Autónoma	18 O/E 18 AC 450 Clínicas Concertadas (PADI)

* O/E: Odontólogo/Estomatólogo. HD: Higienistas Dental. AC: Auxiliar de Clínica. t.p.: tiempo parcial.

y Cataluña la Ley de Ordenación Sanitaria correspondiente regula algunos aspectos de los servicios dentales, y en el caso de Galicia es el Decreto de Ordenación de la Atención Primaria. El resto de comunidades se rigen por el mencionado RD 63/1995. En lo que se refiere a legislación específica sobre fluoración artificial de aguas de abastecimiento público, seis comunidades la tienen: Andalucía, Extremadura, Cantabria, Galicia, Murcia y País Vasco. Cantabria y Galicia poseen legislación pero no abastecimiento de agua fluorada y, por el contrario, Cataluña no posee legislación propia y sí tiene suministro de agua fluorada en la provincia de Gerona (Tabla 5).

4.2. Planificación y gestión en salud bucodental

Más de la mitad de las CCAA tienen líneas estratégicas propias enmarcadas en un Programa de Salud Bucodental específico para la región y, en una gran mayoría –aun no existiendo un programa específico–, sí se contemplan objetivos específicos en el Plan de Salud correspondiente a la comunidad autónoma. Sólo Ceuta y Madrid no poseen programa ni objetivos estratégicos propios, aunque esta última mantiene un programa educativo de 6 a 14 años que probablemente se halle reflejado en algún marco propio de planificación si bien no se dispone del dato.

Únicamente siete CCAA disponen de una Unidad Técnica específica o de un Consejo Asesor de SBD; éstas son: Andalucía (Consejo Asesor creado en enero de 2001), Canarias, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Navarra y País Vasco. La Comunidad de Madrid ha iniciado recientemente un Grupo de Trabajo conjunto con la Dirección Territorial del Insalud para la planificación de servicios dentales.

4.3. Servicios de odontología restauradora

Actualmente las prestaciones básicas de ámbito nacional vienen establecidas por el Real Decreto 63/1995 de 20 de enero sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del SNS, financiadas por la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad (Cuadro 1). Este Real Decreto reconoce el derecho a las prestaciones en materia de SBD a través de los servicios de atención primaria e introduce, por primera vez, las obturaciones como tratamiento dental reconocido en el sistema sanitario público español.

Tabla 5
Actividades Preventivas Escolares

CCAA	Enjuagues fluorados en la escuela	Cursos	Material educativo en la Escuela	Cursos	Sellados de Fisuras	Edad/molares
Andalucía	Sí desde 1985	E. Primaria	Sí desde 1985	E. Primaria	Sí desde 1986	7-14 años/molares permanentes
Aragón	Sí desde 1988	1º-6º Primaria	Programa Alimarabú e Hincar el diente	Educación Infantil y 1º Primaria	Sí desde 1990	6-14 años/molares permanentes
Asturias	No	-	Sí desde 1997	Infantil y Primaria	Sí desde 1994	6-10 años/ 1º molar permanente
Baleares	Sí	1º-4º Primaria	Sí desde 1994	Sin datos	Sí desde 1994	6-9 años/ 1º molar permanente
Canarias	Existió. Sustituido por fluoración en cubetas	-	Sí desde 1999	1º- 5º Primaria	Sí desde 1990	6-11 años/ 1º molar permanente Sí CAOD>0/cod>1
Cantabria	Sí desde 1990	Sin datos	Sí	Sin datos	Sí desde 1994	6-14 años/ 1º molar permanente
Cataluña	Sí desde 1982	1º Primaria- 2º ESO	Sí desde 1982	1º Primaria- 2º Eso	Sí desde 1985	6-16 años/a criterio del dentista
Castilla-La Mancha	Sí desde 1985	1º Primaria- 2º ESO	Sí desde 1985	1º Primaria- 2º Eso	Sí desde 1989	6-14 años/molares permanentes
Castilla-León	Sí desde 1987	1º Primaria- 2º ESO	Sí desde 1987	1º Primaria- 2º Eso	Sí desde 1988	6-14 años/ molares permanentes
Ceuta	No	-	Sí desde 1990	1º Primaria	Sí desde 1997	6-7 años/ 1º molar permanente
Extremadura	Sí desde 1990	1º Primaria- 2º ESO	Sí desde 1987	1º Primaria- 2º Eso	Sí desde 1992	6-14 años/ 1º molar permanente
Galicia	Sí desde 1996	Infantil y Primaria (6-12 años)	Sí desde 1986	4-12 años	Sí desde 1993	6-14 años/ 1º molar permanente
Madrid	No, escuela aislada desde 1988	1º-5º Primaria	Sí desde 1988	1º Primaria- 2º Eso	Sí desde 1988	6-14 años/ 1º molar permanente
Navarra	Sí desde 1986	1º Primaria- 2º ESO	Sí desde 1987	Infantil- 6º Primaria	Sí desde 1988	Cubierto por PADI/ 6-15 años
Murcia	No	-	Sí desde 1990	Primaria y Secundaria	Sí desde 1997	6-12 años/ 1º molar permanente
C. Valenciana	Sí desde 1986	1º-5º Primaria	Sí desde 1986 ampliado en 1999	1º-5º Primaria	Sí desde 1986	6-14 años/ 1º y 2º molares permanentes
La Rioja	Sí desde 1985	1º-6º Primaria	Sí desde 1992	Infantil- 1º Primaria	Sí desde 1991	6-11 años/ molares permanentes
País Vasco	No	-	Sí desde 1990	Infantil- 1º Primaria	Sí desde 1990	Cubierto por PADI/ 7-15 años

Cuadro 1
RD 63/1995. Salud bucodental

La atención primaria a la salud bucodental comprenderá:

- a) La información y educación en materia de higiene y salud bucodental.
 - b) Las medidas preventivas y asistenciales: aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellados de fisuras u otras, para población infantil, de acuerdo con la financiación y los programas especiales para la salud bucodental de cada año.
 - c) Tratamiento de procesos agudos odontológicos incluida la extracción de piezas dentarias.
 - d) La exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas.
-

Esta oferta de servicios de odontología reparadora, principalmente de tratamiento de la caries dental, es la que evidencia mayores diferencias de una comunidad a otra. País Vasco y Navarra, como ya ha sido mencionado, son por el momento las dos únicas que ofrecen tratamiento dental básico gratuito en dentición permanente, excluyendo los tratamientos de ortodoncia y reparadores de dentición temporal para la población infantil –adolescente (6-15 años)–. Su catálogo de prestaciones ofrece tratamiento reparador para la caries dental, traumatismos y malformaciones, además de tratamientos preventivos.

La financiación es autónoma y la provisión de servicios mixta, con una red pública minoritaria y una red de clínicas privadas concertadas que es la mayoritaria. El sistema de pago al sector concertado es también mixto, por capitación (cantidad fija anual por niño/año) para el tratamiento de caries, y por acto, según tarifa concertada, para el tratamiento de traumatismos y malformaciones. Recientemente Andalucía ha puesto en marcha un programa de similares características.

En el otro extremo Ceuta, Extremadura, Galicia y Madrid no ofrecen ningún tipo de odontología restauradora si bien, de forma aislada, en algunos centros se realizan obturaciones. El resto de CCAA ofrecen servicios de restauradora pero tampoco de forma generalizada como especifican en Cataluña y Comunidad Valenciana y, en cualquier caso, con restricciones en cuanto al tipo de tratamiento y dientes cubiertos (en general obturaciones simples, sólo en molares permanentes). Cantabria ofrece un servicio especial de bus dental para revisiones escolares combinado con un centro de salud de referencia para tratamiento.

Por lo que respecta a los recursos humanos empleados en este tipo de servicios preventivos y reparadores en Atención Primaria (excluidos odontólogos de cupo), existen un total de 1.309 personas entre odontólogos/estomatólogos (727), higienistas dentales (206) y auxiliares de clínica (376), más otras 624 clínicas dentales concertadas (País Vasco y Navarra). Esto significa que más de un millar de profesionales prestan sus servicios de forma total o parcial en los servicios dentales públicos, de odontología preventiva o reparadora y de promoción de la salud.

4.4. Otros servicios y grupos de riesgo

Además de los servicios comentados, existen en algunas CCAA servicios especiales a grupos de riesgo o de especial protección social. Es el caso de Cataluña que tiene integradas prestaciones para personas mayores, o de Navarra, que las tiene para grupos especiales como hemofílicos o disminuidos psíquicos. Las mujeres embarazadas también reciben especial atención en Canarias, Cataluña y Murcia. Castilla-La Mancha dispone del dentobús para zonas rurales. La Comunidad Valenciana hace revisiones sistemáticas de salud dental a los escolares de 1º de primaria. El Ayuntamiento de Madrid dispone de su propia red de servicios dentales preventivos y asistenciales cuya dirección se ubica en el centro La Remonta.

4.5. Promoción de la salud y actividades preventivas

Todas las CCAA ofrecen servicios y actividades de prevención y promoción de la salud dental. En todas ellas existe material educativo escolar específico y propio de educación para la SBD, y esta actividad comenzó su implantación entre mediados y finales de la década de los 80. Igualmente, en todas las CCAA se ofertan selladores de fisuras, si bien existe una gran variabilidad en la cobertura de una región a otra; desde una cobertura máxima en el programa PADI a –en el otro extremo– Castilla y León o Ceuta donde sólo se oferta en primeros molares y niños de 6-7 años.

Los programas de enjuagues fluorados están muy extendidos por todo el país y constituyen la actividad preventiva que más años lleva de implantación, en general desde la segunda mitad de la década de los 80 y algunas desde el comienzo de los 90. No obstante, seis comunidades no realizan enjuagues en las escuelas: Asturias, Canarias (sustituido actualmente por flúor en cubetas en las consultas de AP), Ceuta, Madrid, Murcia y País Vasco (estas dos últimas disponen de agua fluorada que cubre al 24% y 80% de la población respectivamente).

4.6. Plantas de fluoración

Una población aproximada de 4.245.000 personas en todo el estado (lo que equivale al 10,6% de toda la población española) dispone de agua fluorada que se concentran en cinco CCAA: Andalucía, Cataluña, Extremadura, Murcia y País Vasco. La comunidad autónoma que más desarrollado tiene este programa es el País Vasco, donde aproximadamente el 80% de la población bebe agua fluorada. En el caso de Andalucía, donde dos millones de personas disponen de este servicio, las plantas de fluoración se concentran en las provincias de Sevilla, Córdoba y Jaén (Tabla 6).

Tabla 6
Suministro de agua fluorada

CCAA	Municipio	Población
Andalucía	Sevilla, Córdoba, Jaén	2.000.000 Hab.
Murcia	Lorca, Puerto Lumbreras, Águilas, Vega Media, Mazarrón y Municipios del Noroeste	305.000 Hab.
Extremadura	Badajoz	140.000 Hab.
Cataluña	Gerona, Salt, Sarriá de Ter	100.000 Hab.
País Vasco	Vitoria, San Sebastián, Bilbao	1.700.000 Hab.

5. Carencias en la salud pública dental en España. Prioridades y recomendaciones

Las carencias del sistema sanitario público en el área de la SBD en España derivan de la inexistencia de una política sanitaria definida en esta materia. Durante años los servicios asistenciales que son casi exclusivamente privados han evolucionado según la ley de la oferta y la demanda privada. Las actuaciones públicas en este área –en el ámbito nacional– no han sido la consecuencia de una política estratégica definida, sino el resultado de impulsos de las diferentes administraciones.

En consecuencia, no existe un referente nacional en forma de Dirección o Subdirección de Salud Bucodental, o de Consejo Asesor, que trate los temas de la salud dental en sus aspectos de política estratégica, definición de objetivos, identificación de necesidades de atención, control epidemiológico, planificación de servicios, atención a grupos de riesgo, a grupos con necesidades especiales, estrategias

preventivas, recursos humanos, etc.

En lo que respecta a prioridades y recomendaciones, tres son las áreas que definimos como prioritarias para actuar en el próximo futuro como consecuencia de la situación descrita en este documento: organización, promoción y asistencia.

A continuación se exponen nuestras recomendaciones.

5.1. Nivel organizativo

Creación de dos organismos que guíen la política en SBD en el país:

a) Unidad Técnica de Salud Bucodental, con técnicos en Salud Pública Dental, encargada de las acciones propias de planificación y diseño de estrategias como:

- diseñar las líneas estratégicas de acción
- definir objetivos
- realizar evaluaciones epidemiológicas periódicas
- identificar necesidades
- establecer prioridades en políticas
- definir servicios que atiendan a las necesidades

Entre estas acciones sería de la máxima prioridad establecer unos objetivos nacionales de salud, acordes con la situación epidemiológica actual.

b) El trabajo de esta UTSBD debería estar apoyada y contar con el asesoramiento de un consejo asesor o con la colaboración de sociedades científicas o asociaciones profesionales como órganos consultivos para temas específicos, necesarios para la acción planificadora.

5.2. Promoción de la salud

La salud dental es quizás el área sanitaria donde más manifiestamente se observa cómo la prevención y la mejora de los niveles de higiene dental reducen de forma

muy evidente las necesidades de tratamiento y, por consiguiente, reducen el nivel de gasto. Por tanto se hace necesario el diseño de una política nacional que promueva la salud y la higiene dentales.

5.3. Nivel asistencial

Las reformas en materia asistencial deben contemplar de manera prioritaria dos niveles de actuación en el corto y medio plazo:

- Garantizar el acceso gratuito y generalizado a la odontología preventiva y reparadora de la población de 6 a 15 años para la atención a las necesidades actuales y como estrategia de futuro para la consecución de unos buenos niveles de salud dental cuando sean adultos.
- Empezar las reformas necesarias que permitan la disminución de desigualdades en el acceso a los servicios dentales de la población, independientemente de su nivel social y geográfico. La encuesta nacional de SBD 2000 (4) ha revelado importantes diferencias en el estado de salud y las necesidades de tratamiento, por estas dos condiciones.

Bibliografía

1. Cortés Martinicorena J. Salud oral pública en España. ¿Dónde estamos? Editorial. *RCOE* 2000; 5 (6): 609.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud de España 1997*. Madrid: MSC, Dirección General de Salud Pública; 1999.
<http://www.msc.es/salud/epidemiologia>
3. Sanmartín Antelo G. El marketing comercial como agente de educación sanitaria. En: Cortés Martinicorena FJ (ed.). *Educación Sanitaria, una revisión crítica*. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral. Valencia: Ediciones Promolibro; 1999.
4. Llodra Calvo JC, Bravo Pérez M, Cortés Martinicorena FJ. Encuesta de Salud Oral en España (2000). *RCOE* 2002; 7 (Nº especial).
5. Subira C, Ramón-Torrel JM. La salud bucodental de los españoles mayores de 65 años. Impacto en el estado de salud individual. *RCOE* 2000; 5: 613-20.
6. Esparza Díaz F, Cortés Martinicorena FJ. Servicios Públicos de Salud Bucodental en España. *Legislación y cartera de servicios en las CCAA*. Córdoba: Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral; 2001.
7. Noguerol Rodríguez B, Follana Murcia M, Ugarte Ozcoidi M. Demografía de la Profesión Dental Española. *RCOE* 1999; 4 (Nº especial): 17-23.

8. Noguero Rodríguez B, Llodra Calvo JC, Sicilia Felechosa A, Follana Murcia M. *La Salud Bucodental en España 1994*. Madrid: Ediciones Avances; 1995.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. http://www.msc.es/consejo/info_general/actividad.htm
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. *La Salud Bucodental en España*. Estudio asesor realizado por la Oficina Regional Europea de la OMS, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: MSC, Dirección General de Planificación Sanitaria; 1985.
11. Cortés Martinicorena FJ. Salud Bucodental. Nota breve a propósito del Proyecto de Real Decreto sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit* 1995; 9: 59-62.