

Artículo de opinión

Servicios dentales para jóvenes: el inicio de una andadura

Dental care for young people: the beginning of a new era

F. Javier Cortés Martinicorena

Clinical Dental, Pamplona, Navarra, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de octubre de 2009

Aceptado el 17 de diciembre de 2009

On-line el 5 de marzo de 2010

Los servicios dentales para jóvenes (incluidos niños y adolescentes), al igual que el conocimiento que se tiene de su nivel de salud y sus necesidades de tratamiento, viven en España unos años de desarrollo expansivo. Desde hace aproximadamente 20 años se suceden estudios epidemiológicos nacionales y de ámbito regional que nos informan, con alto grado de detalle, del nivel de salud dental, del tratamiento recibido y de las necesidades de este sector de la población¹. Adelantándose al estado, diversas comunidades autónomas (CC.AA.) han promulgado decretos que incluyen tratamientos dentales para jóvenes, han diseñado diversos modelos de provisión y han asegurado su financiación. De este modo, algunos tratamientos dentales (de momento solo para dentición permanente) han empezado a incorporarse a nuestro sistema sanitario público desde hace algunos años². El Ministerio de Sanidad y Política Social, reconociendo el avance producido por algunas CC.AA., ha reaccionado un poco tarde con la publicación de sucesivos decretos (años 2008 y 2009) que regulan la concesión directa de subvenciones a las comunidades para estos tratamientos, de tal manera que las que todavía no lo habían hecho ven en esa financiación parcial una oportunidad para poner en marcha sus propios programas. Recientemente, el Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos (CGCOE) ha presentado a este ministerio una propuesta de plan preventivo para dentición temporal, debido a que esta dentición está fuera de las prestaciones que cubre la sanidad pública. Todo se está moviendo, y los servicios dentales, que han sido los grandes ausentes de nuestro Sistema Nacional de Salud, empiezan a tener presencia.

En estas circunstancias, la profesión dental vive la controversia sobre los distintos modelos de provisión que se han ido desarrollando durante estos años (que son 3: público puro, público mixto y modelo concertado) y sobre cuál de ellos es el idóneo para satisfacer las necesidades de cada comunidad. Muchas ya lo tienen en marcha (algunas, como Navarra y el País Vasco, desde hace casi 20 años), otras están actualmente en este proceso, y las restantes deberán elegir en los próximos años el que mejor se acomode a su situación. La novedad más importante en este campo se produjo cuando, en los años 1990–1991, Navarra y el País Vasco publicaron sus respectivos decretos por los que regulaban la asistencia dental a la población infantil, amparando

así prestaciones inexistentes hasta entonces en el sistema sanitario público español. Aquellos programas, al igual que los recientes decretos del Ministerio de Sanidad y Política Social que mencionaré más adelante, tenían y tienen un carácter preventivo y asistencial, con especial énfasis en las actividades de promoción de la salud. La otra novedad importante, que supuso una notable conmoción en el colectivo profesional en su época, fue el sistema de provisión elegido: concertación con el sector privado y pago de servicios mediante un sistema de capitación. Es el denominado PADI, siglas del Programa de Asistencia Dental Infantil iniciado en el País Vasco (1990) y Navarra (1991). Posteriormente, ya a partir de 2002 y en años sucesivos, otras comunidades como Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Extremadura y Murcia iniciaron programas siguiendo este modelo. Las 2 Castillas implantaron en los años 2003 y 2004 un modelo mixto, que es público en primera instancia, pero que deriva al sector privado concertado determinados tratamientos que no puede ofertar el sistema público. Por último, el resto de las CC.AA., o bien mantienen un modelo exclusivamente público o no disponen de servicios dentales plenamente implantados para jóvenes³.

Cada uno de los 3 modelos tiene ventajas e inconvenientes, pero los tres pueden ser eficaces, y que logren sus objetivos va a depender de una correcta planificación, una financiación asegurada y una buena gestión. Quien así lo haga tendrá éxito. Y aunque no haya sido la razón de su existencia, la convivencia de los 3 modelos va a permitir un ejercicio de extraordinario valor en los próximos años, como es el de estudiar la eficiencia de cada uno de ellos. El tiempo lo dirá, pero ya las primeras evaluaciones de los PADI navarro y vasco han mostrado buenos resultados tanto en términos de reducción de caries como de necesidades cubiertas (tratamiento dental)⁴. Otro efecto positivo del programa ha sido el aumento de las visitas periódicas al dentista, aunque, como señala García Gómez, no haya conseguido totalmente su objetivo ya que un parte de la población sigue sin acceder a estos servicios⁵.

En el conjunto de España el panorama es algo confuso, porque a la existencia de estos diferentes modelos se añade que las coberturas y prestaciones son también diferentes según las CC.AA., y lo que es más importante, la financiación todavía no está asegurada en muchas de ellas³. La autonomía en materia sanitaria y la falta de autoridad de un organismo coordinador estatal han permitido este desarrollo desigual, como también ocurre en otras áreas de la sanidad, produciendo una situación de falta de equidad entre los ciudadanos de las diferentes regiones⁶.

Correo electrónico: jrcortes@infomed.es

En realidad, la atención bucodental no es ajena a los problemas que vive la sanidad en España, con un desarrollo desigual por comunidades en niveles de salud, funcionamiento y recursos de los servicios sanitarios⁷. Además, la reciente publicación del decreto que regula la concesión de ayudas a las CC.AA. para la financiación de estos servicios dentales (RD 1464/2009, de 18 de septiembre de 2009–BOE Num. 243), aporta todavía más confusión. Ocurre que el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo inició en el año 2008 la concesión de estas ayudas directas a lo que debía ser un programa incremental que, iniciado con la financiación de tratamientos dentales para los niños de 7 y 8 años, llevara en los años siguientes a la cobertura total hasta los 15 años, tal y como establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el propio decreto mencionado. Pues bien, el decreto de este año se olvida de los niños que tuvieron cobertura el año pasado (que en 2009 tienen 8 y 9 años) y da financiación solo para los de 7 y 10 años. Difícil de entender. En realidad, lo que aporta el ministerio es una ayuda a los servicios autonómicos de salud para la financiación de sus programas, que se concreta en 22,5 euros por niño atendido y año, lo que viene a suponer aproximadamente el 50% del coste de la atención. ¿Pero qué ocurre en las CC.AA. en las que el programa no existía hasta ahora, o en aquellas en las que por ser reciente no han llegado todavía a la cobertura de los niños de 10 años? Según este decreto, las CC.AA. solo podrán recibir ese dinero si justifican la asistencia dental a las edades referidas en el decreto. ¿Cómo se explica a las familias que su hijo tenía cubierto un tratamiento dental el año pasado pero este año no? Y otra consideración, ¿cómo admite la administración sanitaria que 2 jóvenes que vivan en comunidades vecinas, una con programa y la otra no, uno tenga cubierto su tratamiento dental y su vecino no? Porque esta situación se está dando a día de hoy.

Los tratamientos dentales son caros, implican gran cantidad de recursos humanos y materiales, y consumen más tiempo que otros servicios de salud. Su funcionamiento difiere bastante del de un servicio médico general de atención primaria. En general son servicios integrales y pueden proveer, en una misma visita y servicio, de diagnóstico, radiología, anestesia y tratamiento, ya que en su mayoría son tratamientos quirúrgicos (la operatoria dental es una disciplina quirúrgica); es decir, consumen bastante más tiempo que una visita médica estándar. Ello obliga, o por lo menos aconseja, que los programas se implanten según un modelo incremental: se empieza por una cohorte (por tanto, con un año de corte: todos los nacidos a partir del año...) y en los años siguientes se van asegurando recursos y financiación para una nueva cohorte de entrada (en este caso, los de 7 años) además de para las que ya están en el programa, hasta completarlo. Así, el inicio de esta nueva prestación lleva en sí una condena: todos los nacidos anteriormente a la implantación del nuevo servicio quedan fuera de cobertura. A primera vista puede parecer injusto,

pero me temo que es insoslayable porque en algún momento hay que empezar. Añadir una prestación como la que nos ocupa a la cartera de servicios sanitarios aconseja hacerlo de esta manera. Saltarse cohortes no es correcto ni, muchas veces, técnicamente viable.

Desde hace tiempo, la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO) viene poniendo en evidencia estas lagunas en los servicios dentales, así como la falta de unas directrices políticas estatales para la salud oral². En su defecto, esta sociedad científica y también alguna otra entidad como el mencionado CGCOE, pretenden cubrir este hueco. Recientemente se ha dado un pequeño paso con la publicación de los Objetivos de Salud Oral para España⁸, sobre los que esta sociedad ha trabajado y sobre los que el Consejo también lo hace actualmente, y debemos esperar que ambos esfuerzos confluyan en la adopción de unos objetivos de ámbito nacional que puedan ser presentados y asumidos por la administración central. Igualmente, el trabajo sinérgico de estas 2 organizaciones ha permitido llevar a cabo las encuestas nacionales de salud oral desde el año 2000, aportando el CGCOE la financiación y la SESPO la dirección técnica⁹.

Así las cosas, es necesario mirar todo esto con perspectiva. Estamos en el inicio de un proceso que ha comenzado por lo más básico (dentición permanente; cobertura 7–15 años), que poco a poco va desarrollándose y amplía prestaciones (discapacitados; cobertura hasta los 18 años en algunas CC.AA.), y que debe evaluar los resultados y redefinir estrategias si fuera necesario. Creo que es llegada la hora de que las diferentes administraciones sanitarias, a través del organismo pertinente, consensúen las directrices en salud oral respecto a objetivos de salud, estrategias y financiación de servicios dentales.

Bibliografía

1. Banco de datos epidemiológicos SESPO. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral. Disponible en: <http://www.infomed.es/sespo%2Dbd/>.
2. Casals Peidró E, Cuenca Sala E, Almerich Silla JM, et al. Las nuevas prestaciones y los nuevos retos de la salud oral en España, 1.ª ed. Barcelona: SESPO; 2008.
3. Cortés Martinicorena FJ, Cerviño Ferradanes S, Casals Peidró E. Servicios públicos de salud bucodental en España. Legislación y cartera de servicios en las CCAA 2005. 2.ª ed. Madrid: SESPO; 2005.
4. Cortés FJ, Artázcoz J, Rosel E, et al. La salud dental de los niños y adolescentes de Navarra. 2007. 4.ª ed. An Sist Sanit Navar. 2009;32:199–215.
5. García Gómez P. Evaluación de un programa de atención dental público. PADI en el País Vasco. *Ekonomiaz*. 2005;60:62–89.
6. Sánchez-Bayle M. Para coordinar las políticas de salud entre comunidades autónomas y para evitar desigualdades no valen soluciones de compromiso. *Salud* 2000. 2006;109:3–17.
7. Gispert R, Torné MM, Arán Barés M. La efectividad del sistema sanitario en España. *Gac Sanit*. 2006;20:117–26.
8. Bravo M, Cortés FJ, Casals E, et al. Basic oral health goals for Spain 2015/2020. *Int Dent J*. 2009;29:78–82.
9. Bravo-Pérez M, Casals-Peidro E, Cortés-Martinicorena FJ, et al. Encuesta de Salud Oral en España 2005. *Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España (RCOE)*. 2006;11:409–56.