

**La salud
bucodental en
España:
¿dónde estamos y
hacia dónde vamos?**



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



Contenidos

Sumario

La salud bucodental: una perspectiva mundial	5
Un repaso de la salud bucodental en España	9
La utilización de los servicios bucodentales en España	12
Los hábitos saludables en España	15
Las desigualdades en salud bucodental en España	19
Algunos avances: el Plan de ampliación de la cartera de servicios	21
Los grandes retos	25



Sumario

Una buena salud bucodental es esencial para la salud global y la calidad de vida. Permite llevar a cabo funciones importantes como hablar, sonreír, respirar, comer. La cavidad oral también desempeña un importante papel en la ingestión de nutrientes y en la protección frente a las infecciones microbianas.

En su calidad de portavoz de la profesión dental en España, el Consejo General de Dentistas, junto a la Fundación Dental Española, presenta este documento sobre la salud bucodental en España. En las páginas siguientes encontrarás información sobre los aspectos siguientes:

- La perspectiva mundial de la salud bucodental a escala mundial
- Un repaso de la salud bucodental en España
- La utilización de los servicios de salud bucodental en nuestro país
- Los comportamientos de salud
- Las desigualdades en salud bucodental
- El nuevo Plan de ampliación de la Cartera de servicios
- Los grandes retos

La salud bucodental en España ha sido tradicionalmente la gran olvidada de las prioridades sanitarias. A pesar de ello, las prevalencias de las principales patologías orales, como la caries, enfermedad periodontal y cáncer oral, se sitúan en valores muy similares a los de países de nuestro entorno. Sin embargo, la accesibilidad económica a los cuidados bucodentales es deficiente. Nuestro país se encuentra a la cola de los países europeos en cuanto a financiación pública en salud oral se refiere. Ello se traduce en que el 98% del gasto en cuidado bucodental se corresponde con un desembolso directo del paciente, lo que origina grandes desigualdades.

Recientemente, se ha aprobado el Plan de Ampliación de la Cartera de Servicios en salud bucodental, en un intento de compensar algunos desequilibrios importantes. Son muchos los retos que aún quedan por superar, para poder alcanzar una salud oral óptima y de calidad en España.

En España, la salud bucodental ha sido tradicionalmente la gran olvidada de la Sanidad Pública, lo que ha originado grandes desigualdades.

**La salud bucodental
es un derecho
fundamental de la
persona.**



La salud bucodental: una perspectiva mundial

¿Qué es la salud bucodental?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud bucodental como la ausencia de dolor bucal o fácil, de cáncer oral o faríngeo, de infección o de lesión bucal, de periodontitis, de pérdida dentarias y de otras enfermedades o trastornos.

Según la Federación Dental Internacional (FDI), el concepto de salud bucodental es polifacético e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y expresar emociones mediante expresiones faciales con confianza, sin dolor, así como las enfermedades del complejo craneofacial.

Las patologías bucodentales a escala mundial

En todo el mundo, las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental, la enfermedad periodontal, el cáncer oral, las enfermedades bucodentales infecciosas, las lesiones traumáticas y las lesiones hereditarias. La caries dental está presente en el 60-90% de los niños en edad escolar y en casi todos los adultos del mundo. De hecho, aunque se puede prevenir, la caries dental (en todas sus fases combinadas) es la enfermedad crónica más extendida del planeta y plantea un importante problema de salud pública en todo el mundo.

Se calcula que las enfermedades dentales son la causa de millones de días de absentismo escolar al año y que la caries dental es responsable de un tercio de todas las cirugías ambulatorias realizadas en niños de entre uno y cinco años.

La siguiente tabla (Tabla 1) muestra la prevalencia y la clasificación global de diversos de diversos problemas de salud bucodental y de otro tipo.

Repercusiones económicas de las patologías bucodentales

En todos los países miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), el tratamiento de las enfermedades bucodentales representa una media del 5% del gasto sanitario total. Los costes directos relacionados con las enfermedades bucodentales se han estimado en 298.000 millones de dólares al año, lo que representa una media del 4,6% del gasto sanitario mundial. Los costes indirectos anuales asociados a las enfermedades bucodentales ascienden a 144.000 millones de dólares estadounidenses, equivalentes a las pérdidas económicas asociadas a las diez principales causas de muerte en todo el mundo. El impacto económico de las enfermedades bucodentales anual se estima en unos 442.000 millones de dólares estadounidenses.

Por tanto, la mejora general de la salud bucodental podría traducirse en importantes beneficios económicos, no sólo por la reducción de los costes de tratamiento, sino también por la disminución de las pérdidas de productividad en el mercado laboral.

Tabla 1: Prevalencia de algunas patologías bucodentales y no dentales.

Patologías bucodentales	Prevalencia mundial	Clasificación según su prevalencia
Caries no tratada en diente permanente	35% de la población	1º
Enfermedad periodontal	11% de la población	6º
Pérdida importante de dientes	2 % de la población	36º
Cáncer oral	De 1 a 10 casos por 10.000	
Otras patologías		
Cefaleas	21% de la población	2º
Migraña	15 % de la población	3º
Lumbalgia	9% de la población	9º
Diabetes	8% de la población	-
Asma	5% de la población	-

Áreas prioritarias para mejorar la salud bucodental

Aunque muchas organizaciones internacionales dentales y de salud pública reconocen que la salud bucodental es un derecho humano fundamental, más del 70% de la población mundial (principalmente en países de ingresos bajos y medios escasos) no tiene acceso a una atención bucodental adecuada y asequible. Son varios los factores que contribuyen a una salud bucodental deficiente, entre ellos, la falta de recursos, los hábitos de higiene bucodental, la educación en salud bucodental y la accesibilidad de la atención sanitaria bucodental.

La OMS ha definido áreas prioritarias en las que los países deben centrar sus esfuerzos a la hora de establecer o reforzar programas de salud bucodental. Estas áreas incluyen:

- Uso eficaz de los fluoruros para prevenir la caries dental;
- Mantenimiento de la salud bucodental y prevención de las enfermedades bucodentales mediante una alimentación sana;
- Lucha contra las enfermedades bucodentales relacionadas con el tabaco mediante la participación de los profesionales de la salud bucodental en los programas de deshabituación tabáquica;
- Promover la salud bucodental en las escuelas;
- Mejorar la salud bucodental de las personas mayores mediante la promoción de la salud y la prestación de una atención primaria adaptada a este segmento de la población;

- Integración de la salud bucodental en los programas de salud nacionales y comunitarios;
- Desarrollo de sistemas de salud bucodental y orientación de los servicios hacia la prevención y la promoción de la salud.

La salud bucodental es un importante problema de salud pública en Europa y las enfermedades bucodentales tienen considerables efectos negativos en la calidad de vida de las personas. Los grupos vulnerables y de bajos ingresos reciben atención bucodental con menor frecuencia que la población general, y esta atención se presta, más a menudo, en un contexto de urgencia para aliviar el dolor, que como parte de la atención preventiva.

Los resultados de docenas de programas europeos de salud pública indica que, en lo que respecta a la salud bucodental, resulta rentable invertir en programas sencillos de prevención. Además, no siempre es necesario desarrollar una política completamente nueva o reinventar la rueda para resolver el problema de la mala salud bucodental en Europa.

Existen muchos programas para hacer frente a las desigualdades en la prestación de atención bucodental a los grupos vulnerables, y se están explorando y aplicando continuamente nuevos modelos y enfoques de atención.

La tasa de caries en España ha disminuido considerablemente en los últimos 30 años.



Un repaso de la salud bucodental en España

En 2020, el Consejo General de Dentistas de España publicó la Encuesta epidemiológica sobre salud bucodental en España y el Libro Blanco de la salud oral. Los resultados muestran que, si bien el 87% % de los adultos encuestados opina que hay que ir al dentista al menos 1 vez al año, realmente solo lo hace el 51%. En la población adolescente (12-15 años) el 75% visita al dentista al menos anualmente. Estos datos son esperanzadores y podrían indicar un cambio de actitud generacional.

En España, la tasa de caries ha disminuido considerablemente en los últimos 30 años. En población infantojuvenil. Sin embargo, otros parámetros no han evolucionado de la misma forma. Según los datos de la Encuesta epidemiológica de salud oral 2020:

- el porcentaje de la población adulta que consulta al dentista cada año se encuentra estabilizado en torno al 50%.
- el porcentaje de niños con al menos un diente temporal cariado ha permanecido constante y un tercio de los menores tienen caries.
- el porcentaje de adolescentes con al menos un diente permanente cariado descendió del 60% al 35%.
- el número medio de dientes permanentes cariados, ausentes u obturados a los 12 años ha descendido de 2.3 a 0.6.
- el porcentaje de adultos sin dientes naturales descendió del 23.4 % a 7.3 %.

En general, esta encuesta muestra que la salud bucodental de los españoles ha mejorado en varios aspectos pero quedan áreas importantes por trabajar. He aquí un resumen de los principales resultados:

Indicadores clínicos de salud bucodental en España

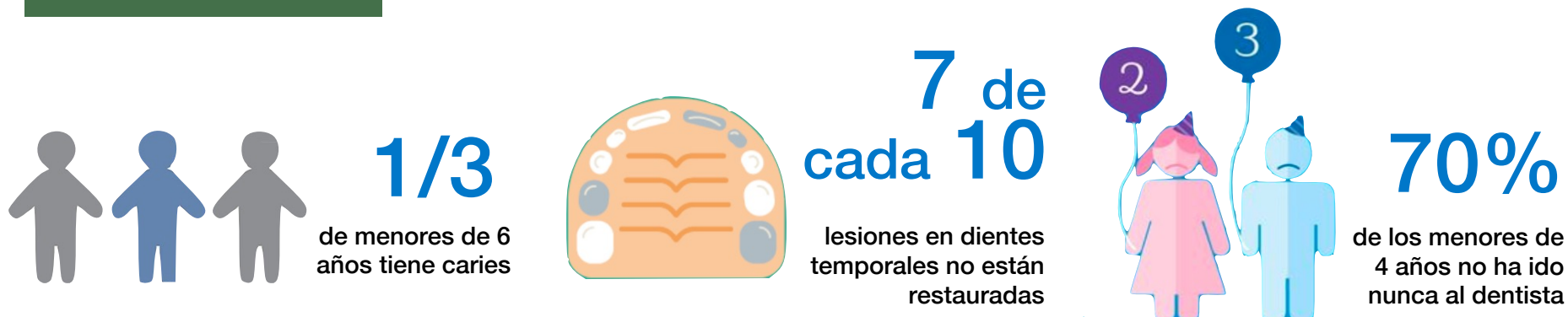
- El 59% de los españoles estiman que su salud bucodental es buena o muy buena.
- El 7.3% no tiene ningún diente natural en boca (edéntulos).
- El 12% de los adolescentes y el 35% de los adultos tienen caries sin tratar.
- El 70-75% de los adultos se cepilla los dientes al menos 2 veces al día.

Necesidades de cuidados

- El 35% de los españoles necesitan de tratamiento dental restaurador.
- El 50% de los adultos de nivel socioeconómico bajo necesitan tratamiento dental frente al 22% de sus homónimos de nivel alto.
- Entre el 41-46% de los adultos necesitan algún tipo de tratamiento de prótesis.
- Entre el 15-20% de los adultos renuncian a su tratamiento dental por motivos financieros.

Un repaso en cifras

Población infantil



Población adulta



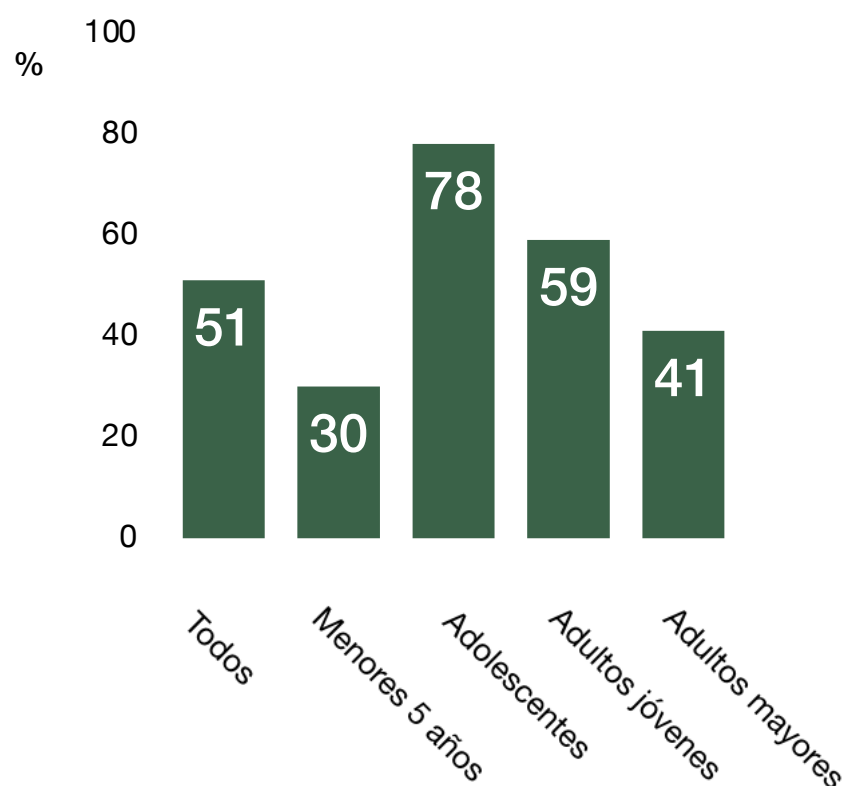
**La utilización de los
servicios de atención
bucodental es de las
más bajas de toda
Europa**



Utilización de los servicios de atención dental en España

Los datos de la Encuesta epidemiológica y del Libro Blanco, ambos de 2020 sobre salud oral, hábitos y uso de los servicios, muestra datos interesantes sobre la frecuentación al dentista. Se desprende que, de manera global, solo el 51% de la población acude al menos 1 vez al año al dentista. Cuando se analizan los datos de manera segmentada por grupos de edad, los extremos (población menor de 5 años y los adultos mayores de 65 años) son los que menor uso hacen de los servicios dentales.

Gráfico 1: Porcentaje de población, por grandes grupos de edad, que acuden al dentista al menos anualmente.



En España, el modelo de financiación de los cuidados orales es eminentemente privado. Los pacientes desembolsan por pago directo, el 98% del total del coste. Esto, unido al gradiente social y educativo, retrae la demanda de asistencia.

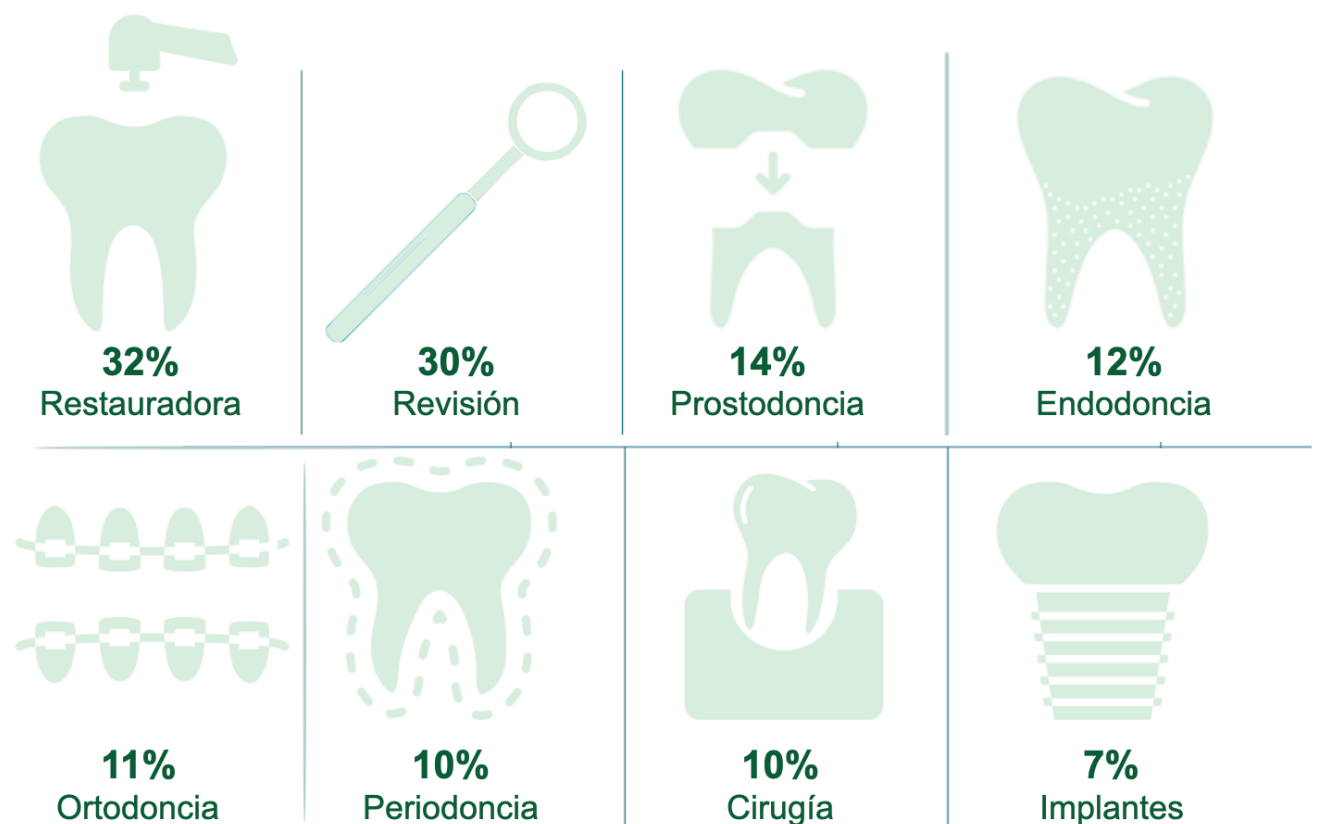
Todos los estudios realizados en nuestro país demuestran que las familias con los ingresos más bajos tienen peor salud bucodental, presentan una mayor tasa de enfermedades no tratadas, consultan menos al dentista y rechazan con más frecuencia los cuidados recomendados debido a los costes. Las investigaciones en otros países demuestran que el acceso a la atención odontológica también puede estar resultando más difícil para las personas de rentas medias.

El perfil de la asistencia dental en España

Los datos del Libro Blanco sobre la Salud Oral en España de 2020 y los del Observatorio para la Salud Oral en España (OSOE) muestran que, globalmente, el 77% de la población que ha visitado al dentista ha acudido a una clínica privada independiente, el 9% visitó una clínica de las denominadas corporativas, el 11% una clínica de aseguradoras y el 3% un dentista público (de la Seguridad Social). En base a la tipología de clínica, el patrón es muy similar al recogido en el estudio de 2015.

En cuanto al perfil de demanda de asistencia, el motivo de la última visita al dentista se representa en el gráfico 2.

Gráfico 2: Perfil de demanda asistencial bucodental.



(*) Nota: la suma supera el 100% porque puede existir más de un motivo de consulta.

Como ya ocurría en 2015, la variable género no interviene en el motivo de la visita. Por el contrario, la edad del encuestado sí guarda relación con los motivos de la consulta. En el colectivo de adultos más jóvenes (18-35 años) los motivos de visita relacionados con la revisión suponen el 40%, mientras que en los adultos mayores solo representa el 20%.

En cuanto al gasto dental, las cifras en España fueron de 4.340 millones (año 2019) de los cuales 4.250 millones (97.9%) se correspondieron con gasto directo.

**La mayoría de las
patologías bucodentales
es prevenible a través
de hábitos saludables**



Los hábitos saludables en España

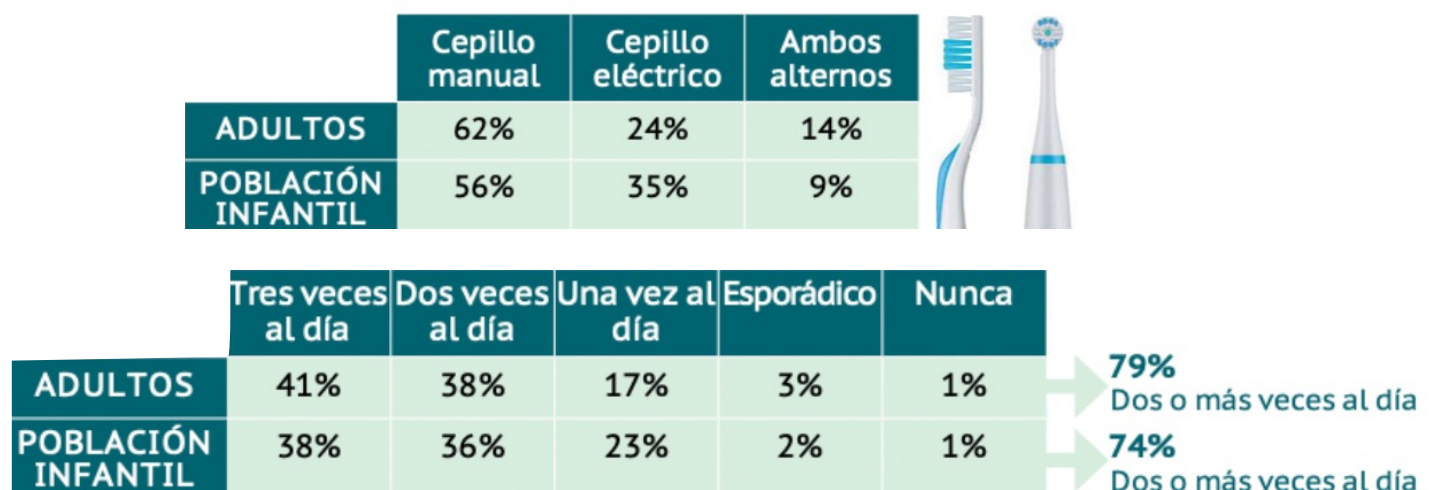
Una adecuada higiene bucodental, utilizando pastas dentífricas fluoradas, limpieza interdental, alimentación saludable, visitas periódicas al dentista y evitando tabaco y alcohol, son claves para alcanzar una óptima salud oral.

La mayoría de las patologías bucodentales son en gran parte prevenibles. Sin embargo, algunas de ellas como la caries y la enfermedad periodontal, continúan teniendo una alta prevalencia.

El cepillado, al menos, 2 veces al día con pasta dentífrica fluorada, acompañado de la higiene interdental, ha mostrado ser uno de los métodos más eficientes en la reducción de la caries y de la enfermedad periodontal.

Hábitos de higiene bucodental

Las pastas fluoradas son la forma más extendida y mejor evaluada para la prevención de la caries. La evidencia de su efecto preventivo frente a la caries, tanto en dentición primaria como permanente, es alta. Su uso, en combinación con el agua o la sal fluorada, es seguro. El cepillado dentario con pasta no fluorada ayuda a mejorar la higiene oral, pero no tiene ningún efecto sobre la prevención de caries. Unos hábitos de cepillado correctos, al menos, dos veces al día e idealmente después de cada comida, ha mostrado ser muy eficaz en la prevención de la enfermedad periodontal. Este cepillado debe acompañarse de la higiene interdental diaria, la cual puede realizarse con seda dental o recurriendo a la utilización de cepillos interdentales. El cepillado puede realizarse con cepillo manual o eléctrico, aunque la evidencia apunta a un mejor control de la placa y la gingivitis con el empleo de los cepillos de tecnología oscilante-rotatoria. El uso de los enjuagues bucales debe reservarse a determinados pacientes y patologías. Por ello, la población no debería usarlos sin la debida prescripción facultativa.



A pesar de todas las campañas e información al respecto, 2 de cada 10 adultos y 1 de cada 4 menores no se cepilla los dientes al menos dos veces al día.

Dieta saludable

Los azúcares son una fuente importante en la ingesta energética diaria, pero su consumo excesivo tiene consecuencias graves. Como parte de una dieta alta en calorías, han sido reconocidos como causa de las principales enfermedades no transmisibles, como la diabetes y la obesidad. La nomenclatura utilizada para los azúcares y edulcorantes es compleja. Los azúcares libres –todos los azúcares añadidos a los alimentos por el fabricante, el cocinero o el consumidor, además de los azúcares naturalmente presentes en la miel, jarabes y jugos de frutas– son la principal causa de la caries en niños y adultos. El consumo de azúcar altera el microbioma bucal, produciendo una disbiosis que favorece el crecimiento de las bacterias cariogénicas. Los episodios repetidos de ingesta de azúcar durante el día aumentan la frecuencia de los ataques ácidos y el riesgo de desarrollar caries. Según el estudio ANIBES, realizado por la Fundación Española de Nutrición, la ingesta media de azúcar es de 71,5 gramos al día, superando casi el triple las recomendaciones de la OMS (28 g/día).

La dieta mediterránea, que incluye el consumo frecuente de frutas y verduras variadas, cereales y pescados, así como el empleo de aceite de oliva en la cocina y un consumo moderado de carnes y productos lácteos, previene el cáncer oral. Específicamente, un alto consumo de frutas y vegetales ha demostrado tener un efecto protector frente a este tipo de cáncer. Ingerir, al menos, una pieza de fruta diaria y/o vegetales ayuda a reducir el riesgo de esta neoplasia en un 50%. Este efecto protector incluye a fumadores y bebedores, dado que este grupo de alimentos puede modular los efectos cancerígenos del alcohol y del tabaco. Este efecto beneficioso se ha demostrado con mayor evidencia para los vegetales verdes, tomates, cítricos y zanahorias.

El azúcar es el factor de riesgo principal para la caries. La reducción de su consumo, como parte de una dieta saludable, promueve una mejor salud bucodental y ayuda a reducir la diabetes, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles.

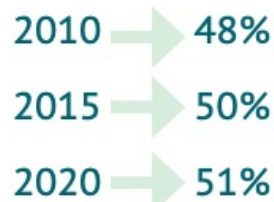


Las revisiones periódicas bucodentales

La caries y la enfermedad periodontal son procesos de evolución lenta, normalmente indoloros en sus inicios y que pasan desapercibidos por el paciente. Solo una exploración clínica y radiológica permiten el adecuado diagnóstico y la implantación del oportuno plan de tratamiento. Del mismo modo, el cáncer oral muchas veces presenta unos signos muy banales que solo una adecuada exploración minuciosa de la cavidad oral permite detectar. Desgraciadamente, en la mayoría de los casos, el retraso del paciente en solicitar ayuda hace que el 70% de los cánceres orales no se detecte en la fase inicial, de mucho mejor pronóstico para la supervivencia. Las revisiones periódicas permiten, además, evaluar no solamente el estado de salud oral, sino también los tratamientos dentales ya realizados. La ausencia de un seguimiento adecuado agrava la salud bucodental y encarece los costes futuros de tratamiento. España es uno de los países de la Unión Europea donde menos se acude al dentista. Solo visita al dentista, al menos, una vez al año la mitad de la población, situando a nuestro país a la cola de los hábitos de revisión periódica europea.

Las revisiones periódicas con el dentista permiten la detección precoz de patologías y reducen el coste de la atención dental. Los intervalos para las mismas dependen del nivel de riesgo y son determinados por el profesional.

VISITA EL ÚLTIMO AÑO

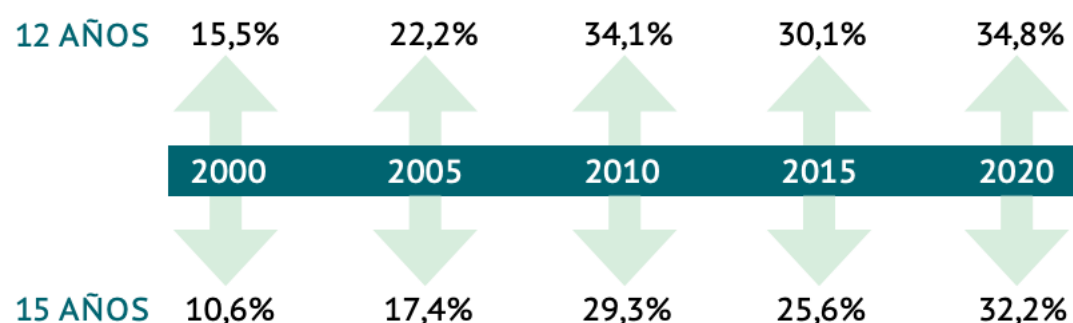


Libro Blanco de la Salud Oral en España, 2020.

La prevención

De entre todas las técnicas disponibles, la utilización de los selladores de fisuras y del flúor tópico profesional (gel o barniz) han sido ampliamente analizadas en la literatura. Los selladores de fisuras son capaces de reducir hasta un 80% la caries. La aplicación de flúor tópico profesional realizada a través de gel tiene una eficacia del 20%, aumentando al 40% cuando se recurre al barniz de flúor. Conocer la evolución de la demanda de prevención en población infantojuvenil es importante para determinar los patrones de asistencia bucodental.

Evolución del % de adolescentes con sellador de fisuras



**Un punto esencial para
mejorar la salud
bucodental es hacer
frente a los
determinantes sociales
de la misma.**



Las desigualdades en salud oral en España

La salud oral se ve alterada por una amplia gama de determinantes sociales que la Organización Mundial de la Salud define como “circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”. A su vez, estos determinantes se ven influenciados por circunstancias socioeconómicas y políticas. La salud oral, al igual que la salud en general, también se caracteriza por presentar un gradiente social. Ejemplos llamativos de las desigualdades son, entre otros, la prevalencia de la caries, los índices de restauración o el porcentaje de adultos mayores desdentados.

Los dentistas, así como las asociaciones dentales profesionales, tienen una importante función en la promoción de políticas que reduzcan las desigualdades de salud en las poblaciones. En España, además de este gradiente social, se sobrepone el “gradiente postal”. A las diferencias socioeconómicas se añaden aquellas derivadas del lugar de nacimiento, debido a las variaciones entre las comunidades autónomas para el abordaje de la salud oral. Los estudios epidemiológicos sobre salud bucodental realizados en España revelan que las diferencias sociales y económicas persisten, tanto en lo referido a las patologías bucodentales como a la accesibilidad a los cuidados.

La mejora de la salud bucodental, al igual que la mejora de la salud general, deben ser disfrutadas por todos en la sociedad. Este digno objetivo es improbable que se alcance, a menos que pongamos a la justicia social en el centro de todas las tomas de decisiones.

Población infantil



Los menores de nivel social bajo presentan **3 veces más caries** que los de nivel alto

El **17%** de los menores acumula el 80% del total de las caries

Los menores extranjeros presentan **2,5 veces** más caries que sus homónimos españoles

Población adulta

■ Alto
■ Bajo



**Avanzando en la
prestación de servicios
de atención bucodental
con financiación
pública.**



Algunos avances: el Plan de ampliación de la cartera de servicios

El 15 de junio de 2022 se aprobó en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, *el Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud*.

Entre sus principales objetivos figuran:

- Homogeneizar las prestaciones de atención de salud bucodental en el territorio nacional, garantizando la equidad en su acceso, independientemente del lugar de residencia.
- Incrementar los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública, con un enfoque fundamentalmente preventivo y priorizando a los siguientes colectivos donde la inversión en salud es manifiesta: infantojuvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas con cáncer, en concreto aquellas personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial.

La Organización colegial de dentistas venía reclamando desde 2015 que se adoptarán medidas eficaces para reducir el gradiente social y los desequilibrios entre las diferentes Comunidades Autónomas. Se elevaron varios informes técnicos al Ministerio de Sanidad. En cuanto a los grupos beneficiarios, han sido recogidas casi todas las sugerencias que en su día se recomendaron. La excepción (no menor) es la del grupo de adultos mayores de bajos recursos, que desgraciadamente, ha quedado fuera del Plan de ampliación, a pesar de nuestra insistencia.

La Organización Colegial venía reclamando desde hace tiempo una ampliación de la cobertura de servicios de atención bucodental con financiación pública, dirigida a aquellos colectivos prioritarios al objeto de contribuir a la reducción del gradiente social y mejorar los niveles de salud bucodental.

Los grupos beneficiarios

Los 4 grandes grupos contemplados en el Plan de ampliación de la cartera de servicios son:

- Población infantojuvenil: de 0 a 14 años
- Mujeres embarazadas
- Personas con discapacidad intelectual $\geq 33\%$ o discapacidad limitante de miembros superiores
- Personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial, así como personas sometidas a tratamiento quimioterápico por tumores de otra región del organismo.

Población infantojuvenil



- a) Revisión periódica del estado de salud oral, que incluirá exploración radiográfica cuando esté indicada.
- b) Determinación del riesgo individual de caries, especialmente en los dos primeros años de vida, para establecer la periodicidad de las revisiones y las medidas preventivas orientadas a reducir ese riesgo.
- c) Tanto en dentición temporal como definitiva:
 - Aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes.
 - Sellados de fosas y fisuras.
 - Tartrectomía.
- d) En la dentición temporal, se aplicarán actuaciones de mínima intervención y medidas tendentes a frenar el proceso de lesión por caries.
- e) Para toda la dentición definitiva se incluyen obturaciones en lesiones que no asocien daño pulpar irreversible producidas por caries, traumatismo o por cualquier enfermedad que afecte a la estructura del diente.
- f) En el caso de lesiones por traumatismo en el grupo incisivo y canino definitivos, se incluyen también:
 - Reubicación y estabilización de los dientes afectados del grupo anterior.
 - Ferulización del grupo anterior y sutura de tejidos blandos, si es necesario.
 - Tratamientos pulpares, si es necesario

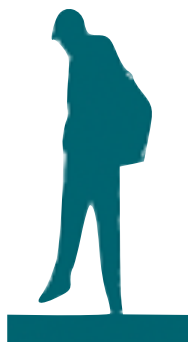
Embarazadas



- a) Consejos para preservar la salud oral del futuro bebé.
- b) Exploración clínica para determinar su estado de salud oral y su riesgo tanto de caries como de enfermedad periodontal.
- c) Cuando esté indicado, tartrectomía y aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes.

Las embarazadas realizarán, al menos, una visita odontológica, preferentemente durante el primer trimestre del embarazo, pudiendo ser derivadas a los equipos o unidades de salud bucodental por el personal sanitario o a demanda de la usuaria.

Personas con discapacidad



A las personas mayores de 14 años con discapacidad intelectual o con una discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores que impidan el correcto autocuidado necesario para alcanzar y mantener una adecuada salud bucodental, se les facilitará, cuando esté indicado por el riesgo que pueda comportar para el desarrollo de enfermedades bucodentales, los tratamientos de odontología conservadora que contempla esta cartera de servicios, al igual que para el conjunto de las demás actuaciones, en el medio más adecuado a sus características individuales.



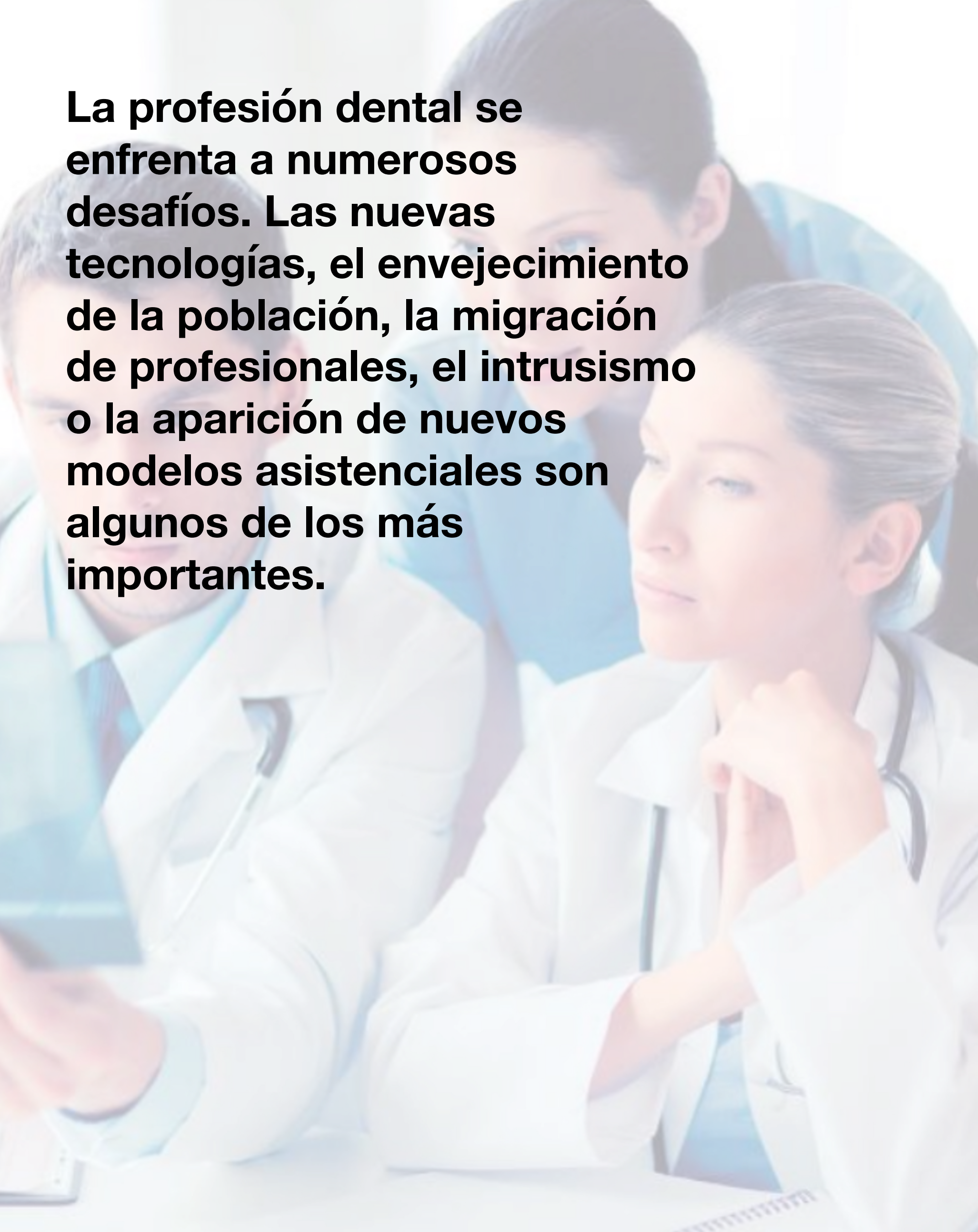
Personas con procesos oncológicos



A las personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial, así como a las personas sometidas a tratamiento quimioterápico por tumores de otra región del organismo, se les ofrecerán las siguientes actuaciones:

- a) Exploración clínica para determinar su estado de salud oral y las necesidades preventivas y terapéuticas que puedan ser necesarias para la prevención de lesiones orales derivadas del tratamiento oncológico de radio o quimioterapia.
- b) Cuando esté indicado, aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes, previa tartrectomía si fuera necesario para que el tratamiento anterior sea efectivo.



A photograph of three medical professionals in white coats. A man on the left is looking at a tablet. A woman in the center is looking at the tablet. A woman on the right is looking to the side with her hand on her chin. The image is semi-transparent with text overlaid.

La profesión dental se enfrenta a numerosos desafíos. Las nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población, la migración de profesionales, el intrusismo o la aparición de nuevos modelos asistenciales son algunos de los más importantes.

Los grandes retos

Es de sobra conocido que la Odontología española viene estando, desde hace décadas, sometida a múltiples retos y amenazas. Basta recordar que España es el país de toda la Unión Europea con mayor crecimiento en el número de dentistas anualmente, o que somos el único país europeo sin reconocimiento de especialidades dentales. Los efectos de la publicidad sanitaria en nuestro campo han motivado la propuesta de una modificación profunda de la Ley de Publicidad Sanitaria, la cual, después de ser aprobada por unanimidad en el Senado, fue rechazada en el Parlamento. Desde el Consejo General de Dentistas de España, junto al resto de los consejos sanitarios, continuaremos insistiendo en esta importante reivindicación. Del mismo modo, se empiezan a ver avances entre todos los partidos políticos en referencia a la necesidad de modificar la Ley de Sociedades Profesionales para permitir un mayor y mejor control de la toma de decisiones de las clínicas dentales, para que recaiga en los dentistas. En el campo del intrusismo, y si bien en estos últimos años los datos parecen apuntar a un descenso de los casos denunciados, las penas continúan siendo poco disuasorias, requiriéndose un cambio legislativo. Otro aspecto relevante es el intento de algunos profesionales de invadir competencias reservadas a los dentistas sin ningún soporte legal. Por otra parte, la movilidad internacional y la migración de los profesionales son parte de nuestras economías interrelacionadas y globalizadas. El movimiento transfronterizo de los dentistas es un fenómeno aceptado, aunque poco cuantificado y estudiado. Esta migración es un tema complejo, tanto para los países de origen como para los países receptores, por lo que debería analizarse con mayor profundidad.

Los puntos débiles

Son varios los puntos débiles que comprometen una salud oral óptima en España, a pesar de los avances que se han ido produciendo. Entre los más urgentes cabe citar:

Baja demanda asistencial, eminentemente en dentición temporal y en adultos mayores

- Los dientes temporales, que son fundamentales para la futura salud de los permanentes, no reciben la atención bucodental adecuada porque persiste la creencia mayoritaria en la población de que, al ser transitorios, no merece la pena invertir en ellos. Solo 3 de cada 10 dientes temporales recibe tratamiento. En este mismo sentido, solo 3 de cada 10 menores en edades preescolar (2-5 años) ha visitado alguna vez al dentista, cuando la recomendación es empezar a hacerlo a partir de que cumpla el primer año de vida.
- En los adultos mayores también se observa una muy baja tasa de tratamientos: solo 2 de cada 10 dientes afectados ha sido restaurado.

La Odontología: olvidada del Sistema Nacional de Salud

- España con un 51% de la población que visita anualmente al dentista, se sitúa en la cola de la UE, solo por delante de Hungría y Rumanía, lejos del 65% promedio de los países europeos, y en el polo opuesto de países como Holanda o Dinamarca donde se alcanza el 85% de visitas anuales.

- España es el país de la UE donde la proporción del gasto directo para el paciente es más elevada (98% del gasto dental recae en el propio bolsillo del paciente, cuando la media en Europa es del 47%).

Persistencia de un gradiente social

Se sabe que la salud oral es extremadamente sensible al gradiente social, de tal manera que las personas de nivel social más desfavorecido, no solamente desarrollan más patología bucodental, sino que además reciben menos atención sanitaria. En nuestro país, la demanda de asistencia es del 70% en las personas de los niveles socioeconómicos altos, pero solo del 35% en los niveles bajos. En Francia, las diferencias son del 80% y 65% respectivamente. Es evidente que el modelo español de asistencia dental, de financiación exclusivamente privada, supone una barrera importante para el acceso a los cuidados bucodentales, que no es compensada como sí lo es por fondos públicos, en países como Francia, Austria, Bélgica o Alemania.

Colectivos urgentes

Desde el Consejo General de Dentistas venimos reclamando desde hace años que se adopten medidas urgentes para determinados colectivos. Siendo conscientes de la limitación de los recursos y de la necesidad de incorporar las medidas de manera gradual, la apuesta del Consejo General ha ido encaminada hacia la priorización de la promoción de la salud y de la prevención en varios colectivos poblacionales. Como ya ha sido previamente comentado, el Plan de ampliación de la cartera de servicios aprobado en 2022 contempla a la población infantojuvenil, embarazadas, personas con discapacidad intelectual y de miembros superiores, así como a pacientes oncológicos del territorio cervicofacial. Deja fuera uno de los colectivos propuestos por el Consejo General, por entender que se trata de una urgencia y una justicia social: los adultos mayores de bajos recursos. Seguiremos insistiendo para que, en cuanto la oportunidad lo permita, puedan también incluirse.

Falta de un análisis riguroso de recursos

Llevar a cabo todas las acciones propuestas en el Plan de ampliación de la cartera de servicios requiere también y, obviamente, de una ampliación de recursos. Por eso es de lamentar que un análisis riguroso no se haya producido paralelamente a la elaboración de las nuevas prestaciones sanitarias. No parece razonable pretender hacer más con los mismos recursos disponibles. Según datos del Ministerio de Sanidad, a nivel nacional se dispone de 1.432 dentistas públicos (datos de 2022). Según fuentes del propio Plan de ampliación, se estima que la población diana subsidiaria de las acciones asciende a cerca de 7.5 millones de personas, siendo objetivo del plan alcanzar una cobertura del 70 %, lo que supone 5.2 millones de personas atendidas. Los cálculos realizados por el grupo de asesores del Plan de ampliación estiman en 45.5 millones de euros el impacto económico del mismo. En definitiva, parece poco realista con los recursos humanos y económicos disponibles, poder cumplir con estas aspiraciones.

Inexistencia de una Unidad central o Servicio Dental Comunitario Nacional

España, con las transferencias autonómicas en materia sanitaria, ha demostrado hasta ahora que ha sido incapaz de evitar las grandes diferencias territoriales en lo que a prestación sanitaria bucodental se refiere. El propio Plan de ampliación incorpora una encuesta realizada a los diferentes responsables sanitarios de las comunidades autónomas al objeto de conocer qué acciones se están llevando a cabo en salud oral. La lectura de los datos solo hace reafirmar que, además del gradiente social (anteriormente comentado), también existe lo que desde el Consejo General venimos denominando “gradiente postal”. Con ello queremos referirnos a las disparidades existentes en la provisión de servicios de atención bucodental, de una Comunidad autónoma a otra. Se hace difícil pensar que, si no existe ningún mecanismo compensatorio, estas diferencias no continúen perpetuándose en los próximos años, o incluso agravándose si el reparto de recursos no tiene en cuenta estos desajustes.

Por todo ello, la creación de una Unidad o Servicio Dental Comunitario podría, entre otros, ayudar a coordinar los esfuerzos. También es necesario y urgente, paralelamente a la implantación del Plan de ampliación, definir claramente los criterios, los protocolos de intervención, los indicadores necesarios para la evaluación.

Sin interferir en la legítima transferencia de competencias que legalmente corresponde a las Comunidades Autónomas, una adecuada visión de conjunto es imprescindible si realmente se pretende mejorar la salud oral de toda la población.





CONSEJO
DENTISTAS
ORGANIZACIÓN COLEGIAL
DE DENTISTAS DE ESPAÑA

Cell Reports Medicine



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



FDE
Fundación Dental Española