

El Programa Dental de Atención Infantil (PADI) de Navarra y del País Vasco: logros y nuevas metas

The Infant Oral Care Program (PADI) of Navarra and the Basque Country: achievements and new goals

J.M. Freire¹

RESUMEN

Este trabajo analiza brevemente los resultados del Programa de Atención Dental Infantil (PADI) del País Vasco (1990) y Navarra (1991) dirigido a niños de 6 a 15 años. A los 12 años, la ausencia de caries pasó en el País Vasco del 31 % en 1988 al 57 % en 1998, siendo del 58 % en Navarra (1997); el número de caries se redujo en Navarra en un 64 %, y un 54% en el País Vasco, y el índice de restauración fue del 81 % en Navarra y del 73 % en el País Vasco (era 17 % en 1988). Se destaca la importancia de una buena evaluación de estos programas y las oportunidades que abre el análisis comparado entre las comunidades autónomas españolas, para analizar la contribución de factores que son distintos, y valorar el impacto de los programas en las desigualdades sociales en salud. Los resultados del PADI superan los objetivos iniciales de los Planes de Salud de Navarra (1991) y del País Vasco (1990) y avalan la adopción de estos programas por parte de comunidades autónomas españolas. El desarrollo de estos programas plantea nuevos objetivos en la política de salud dental de Navarra y del País Vasco y, sobre todo, obliga a reflexionar sobre la necesidad de que España incluya la salud pública dental en su política de salud y de que el Sistema Nacional de Salud en su conjunto incluya los servicios dentales dentro de sus prestaciones.

Palabras clave. Salud pública dental. Navarra. País Vasco Política de salud. Planes de salud. Desigualdades.

ABSTRACT

This paper briefly analyses the results of the Infant Dental Care Program (PADI) of the Basque Country (1990) and Navarra (1991), aimed at children aged from 6 and 15 years. At the age 12, the lack of caries rose from 31% in 1988 to 57% in 1998 in the Basque Country, while it was 58% in Navarra (1997); the number of caries fell in Navarra by some 64% and by some 54% in the Basque Country, and the index of restoration was 81% in Navarra and 73% in the Basque Country (it was 17% in 1988). Emphasis is placed on the importance of a good evaluation of these programs and the opportunities that are opened up by the comparative analysis between Spanish autonomous communities for analysing the contribution of factors that are different, and for evaluating the impact of the programs on social inequalities in health. The results of the PADI exceed the initial aims of the Health Plans of Navarra (1991) and of the Basque Country (1990), and endorse the adoption of these programs by the Spanish autonomous communities. The development of these programs raises new objectives in dental health policy in Navarra and the Basque Country and, above all, makes it necessary to reflect on the need for Spain to include public dental health in its health policy and for the National Health System as a whole to include dental services within its services.

Key words. Public dental health. Navarra. Basque Country. Health policy. Health plans. Inequalities.

An. Sist. Sanit. Navar. 2003; 26 (3): 423-428.

1. Consultor Sanitario. Ex-consejero de Sanidad. Gobierno Vasco. 1987-91.

Aceptado para su publicación el 30 de septiembre de 2003.

Correspondencia

E-mail: jose_manuel_freire@post.harvard.edu

INTRODUCCIÓN

En 1991 Navarra se puso en marcha el Programa de Atención Dental Infantil (PADI)¹ para garantizar atención dental a los niños entre 6 y 15 años. Un año antes este mismo programa se había implantado en el País Vasco², dentro de un plan de mejora de la salud bucodental de la población. Es importante señalar que el PADI fue compartido entre dos comunidades en el marco de un amplio acuerdo de colaboración sanitaria firmado en 1988 entre los Departamentos de Salud de ambos Gobiernos³. Transcurridos más de doce años, la evaluación del PADI en Navarra que publica este mismo número de ANALES⁴, muestra unos resultados que son motivo de satisfacción y orgullo para Navarra y su Gobierno, al tiempo que ofrecen una excelente ocasión para la reflexión, el análisis y la discusión de nuevas metas en salud pública dental.

La sanidad española en su conjunto presta escasa atención a la salud bucodental, a pesar de que ésta es parte esencial de la salud y calidad de vida a lo largo de toda la vida. Por ello no es de extrañar que en la encuesta de salud de 1987 del País Vasco la patología dental apareciera como uno de los principales problemas percibidos por la población. Al mismo tiempo es bien sabido que la patología dental más frecuente, la caries, que sigue siendo la enfermedad crónica más frecuente en los niños⁵, es hoy perfectamente prevenible. De estas realidades, del conocimiento de las experiencias mundiales más exitosas en salud dental y de la colaboración entre las autoridades sanitarias y los técnicos del País Vasco y Navarra surgió el PADI.

RESULTADOS TRAS LA PUESTA EN MARCHA DEL PADI

Es un hecho que en un periodo de diez años Navarra y el País Vasco han obtenido resultados en la salud dental de su población infantil que pueden ser considerados excepcionales. La evaluación rigurosa de estos programas es posible porque en ambas comunidades se realizaron encuestas de salud dental antes de su puesta en marcha: en Navarra en 1968⁶, 1971⁷, 1987 y 1988 y en el País Vasco en 1988, y ha habi-

do un seguimiento posterior, metodológicamente riguroso, con sucesivas encuestas periódicas de salud dental infantil⁸.

Como ejemplo de los logros atribuibles al PADI valga citar únicamente tres indicadores referidos a niños de 12 años, edad para la que existen comparaciones internacionales más homogéneas: variación en el porcentaje de niños libres de caries a esa edad, en el número de caries y en las caries tratadas. El porcentaje de niños de 12 años libres de caries en 1997 en Navarra fue del 57,8%, siendo del 57,2% en el País Vasco en 1998, cuando era del 31,2% en 1988. Por comparación, en 1994 (año más próximo del que se disponen datos) en el conjunto de España sólo estaban libres de caries el 31,5% de los escolares de esta edad. Incluso internacionalmente, los datos de la OMS⁹ muestran que las cifras vasco-navarras se sitúan entre las mejores del mundo para ese grupo de edad, siendo los porcentajes de niños libres de caries el 43% en Suecia, el 49% en Dinamarca, el 55% en Australia, 53% en el Reino Unido.

Por otro lado, el número de caries a los 12 años experimentó en Navarra una reducción estimada desde el comienzo del PADI del 64%, constatándose en 1997 un índice CAO de 0,90 que equivale a menos de una carie por niño examinado. Este índice en el País Vasco en 1998 era 1,05, cuando en 1988 era 2,3, lo que implica una reducción superior al 50%. Como término comparativo, en el conjunto de España el índice CAO era 2,3, mientras que era 1,6 en Suecia, 1,3 en Dinamarca, 1,1 en Australia y 1,4 en el Reino Unido (datos de 1994)¹⁰. Por cierto, la encuesta más reciente en Navarra, de 2002, muestra un índice CAO de 0,74.

Otro indicador significativo es la evolución del índice de restauración (el porcentaje de caries tratadas del total de CAO), que fue del 81,1% en Navarra en 1997, y del 73,3% en el País Vasco en 1998, mientras que era del 42,17% en 1988.

Estos resultados cumplen y sobrepasan los objetivos de salud dental infantil fijados en los Planes de Salud de Navarra¹¹ y del País Vasco¹² de principios de los años 90. Estos logros son un motivo de satisfacción para ambas comunidades y deben ser

celebrados porque suponen un no pequeño avance en salud y calidad de vida y deben dar pie a dos reflexiones importantes. En primer lugar la importancia de la evaluación de los programas, incluyendo inexcusablemente en ella la evaluación comparada de los mismos para mejorar su equidad, su efectividad y calidad y, no en último lugar, su eficiencia. En segundo lugar, lo necesario e inaplazable de avanzar más allá de la salud dental infantil, incluyendo plenamente la salud dental dentro de las competencias y del campo de acción de las autoridades sanitarias, como sucede en todos los demás países desarrollados, dado el desarrollo socioeconómico y sanitario de nuestro país.

Todas las políticas públicas deben incluir en su diseño su propia evaluación, pero ésta es particularmente importante en los programas de salud pública por la complejidad de las causas que afectan a la salud, la dificultad de medir resultados e impacto, y la importancia de los recursos. Los PADI vasco y navarro incluyeron en su diseño elementos de evaluación sistemática, como la información generada por el propio programa y, sobre todo, la encuesta de salud dental inicial y las encuestas periódicas sucesivas que han sido los instrumentos básicos utilizados para el seguimiento y evaluación de los programas. Hecho esto, resulta ahora imprescindible ampliar el horizonte del análisis aprovechando la ventaja de poder comparar programas, lo que constituye otro instrumento de evaluación de excepcional importancia. Así, aunque los PADI del País Vasco y Navarra son muy similares, existen aspectos diferenciales cuyo análisis comparado es de gran utilidad potencial para basar futuras políticas en la evidencia empírica, aportando datos sobre las ventajas comparativas de unas u otras opciones. De este modo también la política de salud dental, y no sólo la práctica profesional, podrá basarse en la mejor evidencia disponible. Por ejemplo, sería de gran interés documentar las posibles ventajas comparativas (en eficiencia, efectividad y equidad) de algunas diferencias existentes entre los dos programas: sistemas de contratación y pago a los dentistas, la figura del "dentista de cabecera", políticas acti-

vas de captación para el programa (% de niños cubiertos), sistemas de información, etc. Obviamente, en este análisis es imprescindible tener en cuenta otros elementos con impacto específico en la salud dental y por lo tanto en los resultados de los programas, como son la fluoración de agua potable, campañas generales de educación dental, etc.

En este sentido, quizá el elemento de mayor interés para el análisis comparado de políticas dentales entre Navarra y el País Vasco sea el impacto en la salud dental de la población de la distinta política seguida en ambas comunidades en relación a la fluoración del agua, una medida de salud pública cuyo papel positivo en la prevención de la caries es bien conocido¹³. En el País Vasco, desde 1988, se ha promovido la fluoración del agua de consumo¹⁴ de modo que actualmente cubre aproximadamente un 70% de la población –por comparación en los EE.UU. es el 66%, –con el objetivo de que alcanzar al 75% en 2010¹⁵. En este sentido es importante señalar que la fluoración del agua tiene un impacto especialmente relevante en la superación de las desigualdades sociales en la prevención de la caries¹⁶.

Precisamente, otro elemento de gran interés es la comparación de las desigualdades sociales en salud dental en las distintas comunidades autónomas (CCAA). El PADI, además de haber reducido sustancialmente la carga de enfermedad dental a decenas de miles de niños para toda la vida, tiene otro logro cuya importancia merece ser destacada: disminución de las desigualdades sociales en la salud dental en la población infantil. Así se constata en las encuestas de salud dental del País Vasco de 1988 y 1998, que intencionadamente incorporan en su diseño la posibilidad de análisis por grupos socioeconómicos. En ellas se muestra que si bien persisten diferencias sociales en la prevalencia de caries en la dentición temporal, "no se observa ninguna diferencia significativa en función de clase social en ninguno de los grupos erarios analizados"¹⁷ en la dentición permanente, que es la atendida en el PADI. Aunque el trabajo publicado en este número de ANALES que evalúa el PADI de Navarra no hace referencia alguna a

este importantísimo aspecto de los resultados, es razonable asumir que sean similares a los obtenidos en el País Vasco. No obstante, dado que la superación de las desigualdades sociales en salud es un objetivo prioritario y compartido de toda política sanitaria, particularmente en ambas comunidades, sería deseable que también en Navarra se pudiera realizar este tipo de evaluación, ya que las desigualdades sociales en salud dental responden a un complejo entramado causal¹⁸ cuyo conocimiento es esencial para mejorar eficazmente y con equidad el nivel de salud dental de toda la población.

La previsible generalización de los PADI a toda España, con la incorporación de Andalucía¹⁹ y Murcia²⁰, abre una perspectiva de gran interés para la evaluación comparada de estos programas y de sus resultados en la salud dental de la población, y del intercambio de experiencias. En este sentido, difícilmente podrá ser obviado por otras CCAA, pero especialmente por el País Vasco, el referente que supone la reciente decisión de Navarra²¹ de ampliar la cobertura del PADI hasta los 18 años (en Suecia 19), una vez logrados los objetivos de 1991 para su cobertura poblacional.

Es necesario avanzar más allá de la salud dental infantil, incluyendo plenamente la salud dental dentro de las competencias y del campo de acción de las autoridades sanitarias. España es una excepción entre los países más desarrollados por el escaso peso que la salud dental tiene en la política de salud y en el sistema sanitario, del que se podría decir que está organizado como si los ciudadanos españoles no tuvieran boca que cuidar. ¿Qué administraciones sanitarias españolas tienen alguna unidad específica dotada de expertos en salud pública dental? No la había en el antiguo INSALUD, no existe en el Ministerio de Sanidad, ni tampoco en la mayoría de las Consejerías de Salud de las CCAA. El nivel de desarrollo socioeconómico y sanitario de España, (y especialmente Navarra y el País Vasco por la perspectiva y experiencia de sus políticas dentales durante los últimos años), hace ya inaplazable ampliar el campo de acción de la salud pública dental a toda la socie-

dad y a todos los ámbitos, más allá de la atención y promoción dental dirigida exclusivamente a niños y escolares y de los servicios tradicionales en la estructura manual de salud español, centrados únicamente en la atención a urgencias y extracciones.

Incluir plenamente la salud dental en el sistema sanitario español implicaría, al menos en un primer momento, no tanto la ampliación de la cobertura pública de servicios dentales a otros colectivos (que sin duda es necesario plantear: por ejemplo, a mujeres embarazadas, a discapacitados, ancianos, etc.), como una nueva aproximación más proactiva a la información sobre el estado de la salud dental de toda la población. Disponer de esta información es esencial para diseñar estrategias de protección y promoción de la salud dental, de regulación y monitorización de la práctica profesional y de los seguros dentales privados, junto con avances en la cobertura del aseguramiento dental público –posiblemente con estrategias similares al PADI–. La información es también esencial para motivar y concienciar sobre la necesidad de abordar los problemas de salud dental, y lograr los apoyos de todo tipo que son precisos para desarrollar políticas activas de prevención y promoción de la salud dental, de calidad y de aumento de la equidad en el acceso a estos servicios.

Una observación inicial es que no es posible emprender este nuevo rumbo en la política dental española sin que el Ministerio de Sanidad y todas las Consejerías de las CCAA dispongan de unidades diferenciadas de expertos en salud pública dental, como por ejemplo existen en el Reino Unido²². Descendiendo más al detalle, hay que partir de reconocer que la salud dental –aunque esté ubicada con Atención Primaria en programas presupuestarios y esquemas conceptuales– es un campo sanitario y profesional específico, claramente diferenciado de la Medicina de Familia y de todas las demás especialidades médicas (regulación, financiación-aseguramiento, provisión, ordenación profesional, etc.).

Para todo ello, como sucedió con el comienzo del PADI, se necesita muy en pri-

mer lugar voluntad política de llevarlo a cabo y de basarlo en la mejor evidencia científica, teniendo en cuenta los recursos disponibles y circunstancias de partida. Las bases legales existen y únicamente falta la iniciativa y el liderazgo para ponerlo en marcha. Sería deseable que fuera una iniciativa para toda España, promovida por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, pero nada impide que comunidades autónomas más emprendedoras tomen la iniciativa. De hecho, que esto pueda ocurrir es una gran ventaja potencial de la existencia de las CCAA, ya que es posible aprender de la experiencia de otros, e incluso generar procesos de emulación y "benchmarking", también en la mejora de la salud y de la calidad de vida de las respectivas poblaciones. Para ello un referente de gran interés son los EE.UU. donde a través del CDC²³ es posible seguir y comparar las políticas y resultados de salud dental en el conjunto del país y en cada uno de los Estados y donde el plan de salud Healthpeople 2010²⁴ tiene todo un completísimo capítulo dedicado a salud dental. Una vez más, como fue el caso del PADI, no se trata de inventar nada nuevo, pero sí de responder a necesidades de salud de la población, aprendiendo de las experiencias de los países de los que se es obligado aprender. Ello es necesario para no quedarse atrás y para progresar, pero fundamentalmente para responder al compromiso que deben tener lo poderes públicos con la salud y con la justicia social.

BIBLIOGRAFÍA

- Decreto Foral 58/1991, de 7 de febrero (aprobación del Programa de Asistencia Dental de la Población Infantil). Orden Foral, de 18 de febrero de 1991 del Consejero de Salud (Desarrollo del Programa).
- Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. Decreto 118/1990, de 24 de abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la CAPV. BOPV, núm. 89 (págs. 4117-4120), de 7 de mayo de 1990. Orden de 2 de mayo de 1990, del Consejero de Sanidad, por la que se fija el contenido obligatorio mínimo del PADI. Orden 3 de mayo de 1990, por la que se regulan los requisitos y procedimientos para el contrato-habilitación de odontólogos para el PADI. Ambas Órdenes en BOPV, núm. 94 (págs. 4512-4515), de 14 de mayo de 1990.
- Convenio de Colaboración Sanitaria entre la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra. Boletín O. del País Vasco (BOPV), núm. 124, págs. 4263-4265, de 29 de Junio 1989. En el marco de este Convenio se intercambiaron programas que contribuyeron notablemente a algunos de los logros sanitarios más notables en salud pública de ambas Comunidades.
- CORTÉS FJ, RAMÓN JM, CUENCA E. Doce Años de Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) en Navarra (1991-2002). Utilización e indicadores de salud. An Sist Sanit Navar 2003; 26:
- Plan de Salud EE.UU.: healthypeople.gov/Document/HTML/Volume2/21Oral.htm.
- CLAVERO J, IJALBA E, SATUE J, VIÑES RUEDA JJ. Epidemiología de la caries dentales en Pamplona (1967-1968). Rev Sanid Hig Publica 1968; 42: 383-399.
- GIMENO DE SANDE A, FERNÁNDEZ MURIAS BS, VIÑES RUEDA JJ, GÓMEZ POMAR F, MARINO AGUIAR F. Estudio epidemiológico de la caries dental y la patología oral en España. Bol Inf Dent 1972; 32: 25-68.
- Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESP) en Internet: <http://www.infomed.es/sespo-bd>.
- WHO. Dental caries levels at 12 years. Geneva: World Health Organization, 1997.
- WHO Collaborating Centre, Malmö University, Sweden, WHO Oral Health Country-Area Profile Programme (CAPP), <http://www.whocollab.odont.lu.se/index.html>.
- Gobierno de Navarra: Resultados en salud diez años después. Estado de situación de los objetivos formulados en el Plan de Salud de 1991. (55 Kb) y Resumen de los esfuerzos desarrollados (278 Kb). <http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/>.
- Gobierno Vasco. Política de Salud para Euskadi-2000. Departamento de Sanidad y Consumo, Vitoria 1990.
- REEVES TG. Status and strategic plans for fluoridation: Centers for Disease Control and Prevention perspective. J Public Health Dent 1996; 56: 242-245; y <http://www.cdc.gov/OralHealth/topics/fluoridation.htm>.
- Gobierno Vasco. Decreto 49/1988, de 1 de marzo, sobre fluoración de aguas potables de consumo público (BOPV núm. 53, 16 de marzo de 1988).

15. Populations Receiving Optimally Fluoridated Public Drinking Water — United States, 2000. MMWR, February 22, 2002; 51: 144-147. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5107a2.htm>
16. BURT BA. Fluoridation and social equity. J Public Health Dent 2002 Fall; 62: 195-200.
17. Departamento de Sanidad. Segundo Estudio Epidemiológico de la Salud Buco-dental en la CAPV. Población Escolar Infantil 1998. Documentos Técnicos de Salud Pública. Serie B, no.5. Gobierno Vasco, Vitoria, 1998; 30-31.
18. Watt R, Sheiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. Br Dent J 1999; 187: 6-12.
19. Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regula la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Orden de 7 de mayo por la que se aprueba Pliego-Tipo de Cláusulas Administrativas Particulares para el concierto con consultas de clínicas dentales, por procedimiento abierto y mediante concurso, de los servicios de asistencia dental a la población comprendida entre 6 y 15 años de edad.
20. Orden de 27 de diciembre de 2002 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se determinan los criterios de gestión de la prestación sanitaria buco-dental destinada la población infantil de la Región de Murcia. BORM 17 de Enero de 2003 Núm. 13/2003 (pág. 8199).
21. DECRETO FORAL 69/2003, de 7 de abril, por el que se modifica el Programa de Atención Dental a la población Infantil y Juvenil. BON Núm.54, 30 de abril de 2003.
22. Departamento de Salud, Reino Unido, Chief Dental Officer: <http://www.doh.gov.uk/dental/>
23. CDC, Salud Dental: <http://www.cdc.gov/OralHealth/>
24. Plan de Salud EE.UU., Salud Dental: <http://www.healthypeople.gov/Document/HTML/Volume2/21Oral.htm>