

¿Conocen los usuarios el Plan Andaluz Dental infantil (PADI)?

Alfonso García-Palma¹, Eva Reyes-Gilabert², Juan Martínez de Mandojana³, Juan Antonio Márquez Rodríguez⁴, Javier Pascual Codeso⁵ y Luis Gabriel Luque-Romero⁶.

RESUMEN

El Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) en Andalucía se ha constituido, desde hace más de 15 años, como un plan para mejorar la salud bucodental de los niños de 6 a 15 años, a partir del decreto 281/2001 y actualizado recientemente por el decreto 521/2019.

Sin embargo, los datos actuales de uso de esta prestación dental en la provincia de Sevilla son muy bajos (33,6%), posiblemente debido a la falta de campañas publicitarias y envío de talones de asistencia dental desde el año 2010, que constituían un recordatorio importante para que los padres ejercieran su derecho a la prestación.

El objetivo del presente trabajo es valorar el grado de conocimiento de los padres andaluces en relación al PADI mediante una encuesta anónima donde se evalúan los aspectos más importantes del citado programa (revisiones, exodoncias, tartrectomías, etc.). El estudio revela que el grado de conocimiento general de la existencia del PADI es bajo (36,5%), siendo las revisiones (28,7%) y las obturaciones (21,6%) las más conocidas.

Según los resultados obtenidos sería necesario realizar campañas de información de la prestación dental infantil en Sevilla, así como repetir el estudio en el resto de provincias de la Comunidad de Andalucía, para mejorar el grado de conocimiento del PADI y a su vez potenciar la asistencia dental en la población general.

PALABRAS CLAVE: Prestaciones, PADI, salud bucodental, caries, asistencia dental, infancia.

ABSTRACT

The Childhood Dental Care Program (PADI) in Andalusia is built, from the last fifteen years, as a Plan for improving the Oral-dental Health to the toddler between 6 until 15 years old, from the law 281/2001 recently up to date Royal Law 521/2019.

Nonetheless, the current data of using this dental benefit in Andalusia are very low (33,6%), likely due a lack of advertising campaign and lack of health dental assistance check since 2010, it made an important remembrance for their parents exercise rights of this benefits.

The aim of the present topic is assess the parent knowledge degree in (PADI) relationship through anonymous poll where are evaluated the most important aspects (review, extraction, tartar removal...).

The study reveal that the general knowledge degree of the PADI existence is low (36,5%), being the reviews (28,7%) and the obturations (21,6%) the most known.

Throughout these results should be necessary make information campaign about the Dental Childhood benefits in Seville, likewise repeat the study in all Andalusia Community, for improving the PADI knowledge and at the same time maximize the Dental Health Assistance in general population.

KEY WORDS: Benefits, PADI, oral health, cavities, dental assistance, childhood.

¹ Dr. Alfonso García Palma. Licenciado en Odontología y Diplomado en Enfermería por la Universidad de Sevilla. Director UGC Salud Bucodental Distrito Sanitario Aljarafe y Sevilla Norte. Práctica pública exclusiva.

² Dra. Eva Reyes Gilabert. Licenciada en Odontología en la Universidad de Sevilla. Práctica pública exclusiva en UGC Salud Bucodental del Distrito Sanitario Aljarafe.

³ Dr. Juan Martínez de Mandojana. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada. Odontólogo por la UNLP de Buenos Aires (Argentina) y Doctor por la Universidad de Granada.

⁴ Dr. Juan Antonio Márquez Rodríguez. Licenciado en Odontología por la Universidad de Sevilla. Director de UGC Intercentros de Huelva Costa y Condado Campiña. Práctica pública exclusiva.

⁵ Dr. Javier Pascual Codeso. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla. Doctorado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Sevilla. Doctorado en Odontología por la Universidad Iberoamericana. Especialista en Estomatología. Director UGC Salud Bucodental del Área Sanitaria Jerez. Práctica pública exclusiva.

⁶ Dr. Luis Gabriel Luque-Romero. Unidad de Investigación del Distrito

Sanitario Aljarafe y Sevilla Norte. Departamento de Citología e Histología Normal y Patológica. Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla. ORCID: 0000-0002-7818-2380.

Correspondencia:

Alfonso García Palma

Correo electrónico: alfonso.garcia.palma.sspa@juntadeandalucia.es

INTRODUCCIÓN

El Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) tiene el objetivo de lograr una óptima salud bucodental en la población infantil y por tanto en la población general. Este programa tuvo su origen en el País Vasco y Navarra en la década de los 90 y desde allí se expandió al resto de estado de manera progresiva aunque heterogénea. La siguiente comunidad en incorporarse fue Andalucía (año 2002), en la que el decreto 281/2001 (actualizado

recientemente por el decreto 521/2019) garantiza la asistencia dental básica y los tratamientos especiales a todas las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público residentes en la Comunidad Autónoma Andaluza (SSPA), tanto en centros sanitarios públicos como en clínicas privadas concertadas^{1,2}. Aunque en su redacción se garantiza una cobertura inédita hasta la fecha, y a pesar de las mejoras ocurridas en el SSPA en los últimos 15 años, entre las que destacan la ampliación de la cartera de servicios y del número de centros en los que se presta, nos encontramos que los datos actuales de uso de esta prestación son muy bajos en torno al 35%³.

Al principio de la implementación del PADI en Andalucía, las campañas publicitarias y el envío de “talones de asistencia dental” o TADA constituían un recordatorio importante para que los padres ejercieran su derecho a la prestación. El abandono de estas estrategias ha redundado en un descenso de los conocimientos que demuestran los progenitores sobre el PADI así como en una disminución de la tasa de niños y niñas atendidas en el citado programa, pudiendo derivar a medio plazo en una pérdida de salud oral de los niños pertenecientes a estas cohortes⁴.

TABLA 1. Porcentaje de utilización del PADA por la población diana. Fuente: informe de la prestación asistencial dental que establece el Derecho 281/2001. D.G. de Planificación y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Provincia	2012	2013	2014	2018
Almería	35,3	32,0	30,0	29,2
Cádiz	31,1	28,0	28,0	24,2
Córdoba	40,6	40,2	38,7	36,8
Granada	38,0	39,3	38,7	36,7
Huelva	29,5	30,9	31,3	30,2
Jaén	46,9	47,4	46,7	43,7
Málaga	26,1	25,0	24,3	24,5
Sevilla	32,8	34,4	33,5	33,6
Andalucía	33,7	33,3	32,5	31,1

La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde un porcentaje relevante del gasto sanitario público está relacionado con la salud bucodental⁵. Según Escobar-Paucar et al, existe evidencia de que la enfermedad no tratada trae consigo consecuencias biológicas bien reconocidas pero también repercute en la esfera psicosocial del niño a través de restricciones en sus actividades diarias, absentismo escolar y la exposición a situaciones traumáticas en sus primeras experiencias odontológicas, con consecuencias a largo plazo sobre su adecuado desarrollo y calidad de vida⁶. Existe una clara relación entre los conocimientos y prácticas de cuidado bucal de los progenitores y la frecuencia de caries dental en sus hijas e hijos. Por ello, la instrucción y el

control efectivo de prácticas y hábitos de autocuidado en los primeros años de vida, con supervisión y acompañamiento de los progenitores puede mejorar la salud bucodental de la población infantil y adulta^{6,7}.

Aunque la prevalencia de caries en nuestro medio no es alta, si es una enfermedad de carácter universal y de la que existe suficiente evidencia sobre la eficacia de los tratamientos preventivos para las caries en la infancia entre los que destacan la aplicación de flúor y selladores⁸. Existen diversos programas de prevención de las enfermedades orales tanto a nivel nacional como de la Comunidad Andaluza (PADA). Actualmente, la cobertura de estos programas no llega a alcanzar el 100%. Según nuestra experiencia profesional, el bajo nivel de conocimiento que tienen los progenitores sobre la existencia del citado programa, su cartera de servicio y sus objetivos; pueden estar asociados a este déficit de cobertura. Por todo ello, nos planteamos realizar este estudio descriptivo para determinar el grado de conocimiento que tiene la población con hijos en edad infantil sobre el Plan de Salud Bucodental Infantil de Andalucía (PADA) mediante una encuesta anónima autocumplimentada.

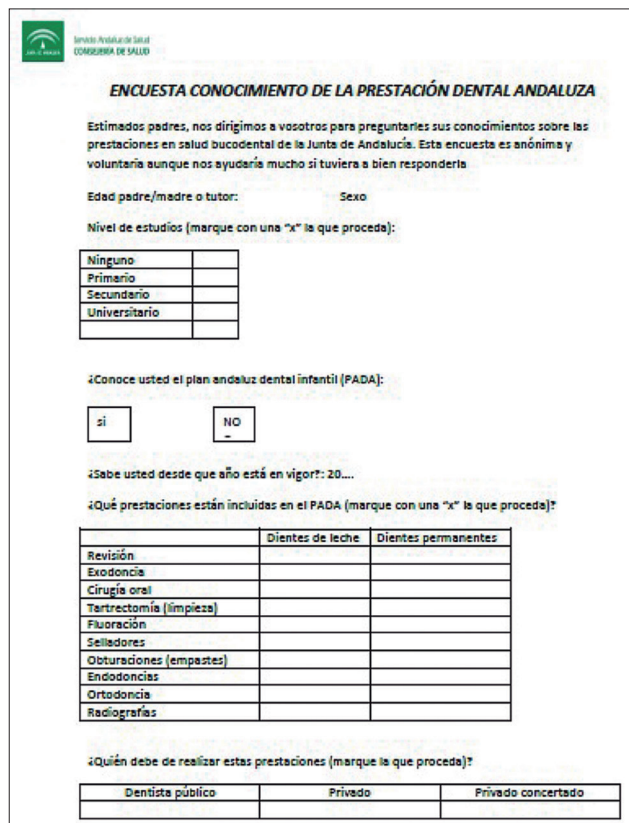
MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal mediante encuesta anónima autocumplimentada y diseñada ad-hoc (Imagen 1). Se realizó en cuatro provincias de la comunidad autónoma: Cádiz, Granada, Huelva y Sevilla, y se invitó a participar a todos los progenitores de niñas y niños aprovechando las revisiones escolares de los niños de 1º de primaria. Se les proporcionó el cuestionario, que pudieron rellenar en sus domicilios y que luego entregaron a los dentistas que colaboraron con el estudio y realizaban a su vez las revisiones escolares. Los padres que cumplieran los criterios de selección, y que hubieran dado su consentimiento para participar en este estudio mediante la cumplimentación del cuestionario, se consideraron aptos para participar en el estudio los progenitores o tutores legales que tuvieran 18 o más años y que no presentaran antecedentes de alteración cognitiva o intelectual que les impidiese la interpretación correcta de la encuesta.

Se hizo un muestreo consecutivo con el fin de lograr el tamaño muestral que se calculó teniendo en cuenta que, según la *Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario Público Andaluz* (BDU), la población de niñas y niños, de 6-15 años de edad, asignados al DSASN en 2019 eran 81.559 que, de manera empírica, se asumía que el 50% de los progenitores tenían conocimientos completos y correctos sobre el PADA; y se aceptó un nivel de confianza del 95% y un error beta del 5%. Con estos datos, el tamaño muestral mínimo debía alcanzar las 383 encuestas pero, con el fin de evitar sesgos por pérdida de información, realizamos muchas más llegando a las 1.352.

Se consideró como variable del resultado el grado de conocimiento, que era una variable cuantitativa de escala calculada mediante la suma de los resultados de las preguntas de conocimiento del test. Por otro lado, consideramos como variables explicativas la edad de los progenitores, su sexo y el nivel de estudios de los mismos.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables usando los parámetros que mejor se adecuaban a la naturaleza y características de las mismas. Además, se desarrolló un análisis bivariado inferencial con las técnicas adecuadas para cada asociación. Así, para comparar variables cualitativas se usó el test de la ji-cuadrado o el test de Fisher (en tablas 2x2 poco pobladas). Para analizar asociaciones entre variables cualitativas y cuantitativas se usaron los test de la t de Student o ANOVA (múltiples categorías) con comparaciones múltiples de Bonferroni. En el caso de que las variables no siguiesen una distribución normal, se realizaron técnicas paralelas a las anteriores: U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis. Se analizaron los niveles de correlación entre variables cuantitativas mediante el test Rho de Spearman. Para ello utilizamos los paquetes estadístico IBM SPSS 22.0 y EPIDAT 3.1 y 4.1, según el tipo de análisis, considerando todos los contrastes a dos colas y un nivel de significación estadística del 5%.



ENCUESTA CONOCIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DENTAL ANDALUZA

Estimados padres, nos dirigimos a vosotros para preguntaros sus conocimientos sobre las prestaciones en salud bucodental de la Junta de Andalucía. Esta encuesta es anónima y voluntaria aunque nos ayudaría mucho si tuvierais a bien responderla

Edad padre/madre o tutor: _____ Sexo _____

Nivel de estudios (marque con una "x" la que proceda):

Ninguno	<input type="checkbox"/>
Primario	<input type="checkbox"/>
Secundario	<input type="checkbox"/>
Universitario	<input type="checkbox"/>

¿Conoce usted el plan andaluz dental infantil (PADA):

SI NO

¿Sabe usted desde que año está en vigor?: 20....

¿Qué prestaciones están incluidas en el PADA (marque con una "x" la que proceda)?

	Dientes de leche	Dientes permanentes
Revisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exodoncia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tartrectomía (limpieza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selladores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obturaciones (empastes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endodoncias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortodoncia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Quién debe de realizar estas prestaciones (marque la que proceda)?

	Dentista público	Privado	Privado concertado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

imagen 1. Encuesta del conocimiento de la prestación dental andaluza.

Variable	Global N= 1352	Mujer 1172 (86.7%)	Hombre 180 (13.3%)	valor p
Edad, • •(DS) (IC95%)	38.3 (5.3) (38.0;38.6)	37.9 (5.2) (37.5;38.2)	41.1 (4.8) (40.4;41.9)	0,0005
Provincia, N (%)				0,145
Cádiz	248 (18.3)	222 (18.9)	26 (14.4)	
Huelva	306 (22.6)	270 (23.0)	36 (20.0)	
Sevilla	798 (59.0)	680 (58.0)	118 (65.6)	
Nivel de estudios, N (%)				0,625
Sin estudios	20 (1.5)	17 (1.5)	3 (1.7)	
Enseñanza primaria	252 (18.6)	215 (18.3)	37 (20.6)	
Enseñanza secundaria	604 (44.7)	531 (45.3)	73 (40.6)	
Enseñanza universitaria	476 (35.2)	409 (34.9)	67 (37.2)	
Conoce la existencia del PADA, N (%)	493 (36.5)	430 (36.7)	63 (35.0)	0,661
Conoce el año de entrada en vigor del PADA, N (%)	94 (7.0)	87 (7.4)	7 (3.9)	0,083

TABLA 2. Distribución de variables sociodemográficas según conocimiento del PADA.

Variable, N (%)	Global N= 1352	Mujer 1172 (86.7%)	Hombre 180 (13.3%)	valor p
Nivel de conocimientos				0,702
Deficiente (<5 puntos)	1234 (91.3)	1067 (91.0)	167 (92.8)	
Aceptable (5-7.5 puntos)	111 (8.2)	98 (8.4)	13 (7.2)	
Óptimo (>7.5 puntos)	7 (0.5)	7 (0.6)	0 (0.0)	

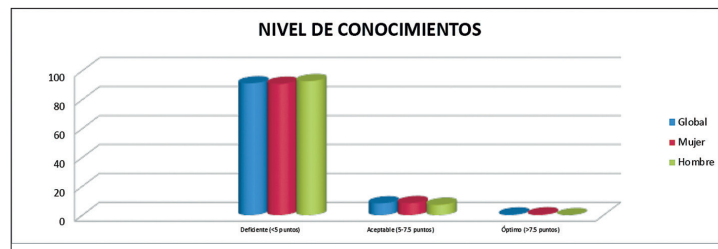
TABLA 3.

RESULTADOS

Se analizaron las 1352 encuestas. El 86,7% de las cuales fueron contestadas por mujeres. La edad mediana (P25-P75) de los progenitores fue de 38.3 (36-42) años. Del total 493 (36,5%) decían conocer el PADA. La distribución de variables sociodemográficas según conocimiento del PADA se expresa en la *tabla 2*.

Para definir el grado de conocimiento sobre el PADA (*Tabla 3* y *Gráfica 1*), hemos considerado como:

- Deficiente menor de 5 puntos (menos de 7 respuestas correctas), la gran mayoría el 91.3% de la población encuestada.
- Aceptable entre 5 y 7.5 puntos (de 7 a 10.5 respuestas correctas), fueron tan solo el 8.2% de la población encuestada.
- Óptimo mayor de 7.5 puntos (más de 10.5 respuestas correctas), fueron tan solo el 0.5%.



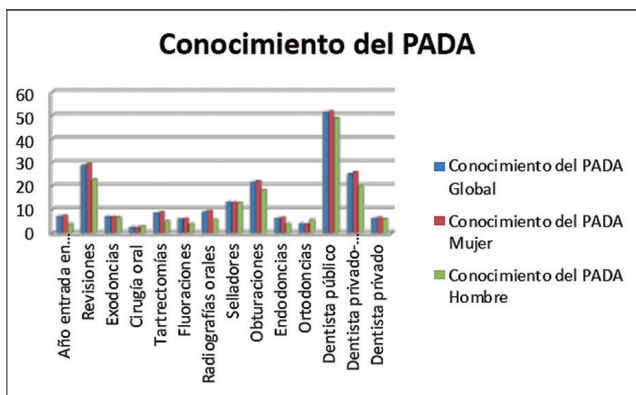
GRÁFICA 1. Nivel de conocimientos.

Por otro lado, hicimos el análisis de las diferentes cuestiones de forma individualizada obteniendo (*tabla 4*).

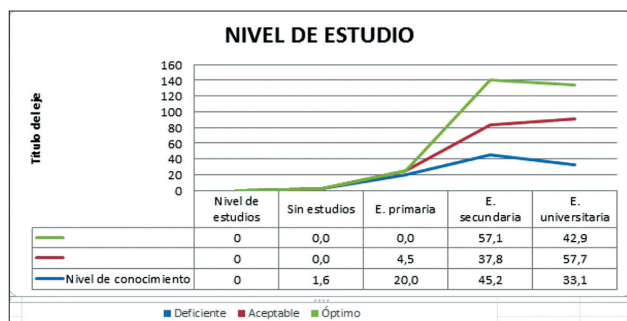
Como podemos observar, el grado de desconocimiento es muy alto, tan solo estando más o menos claro que el dentista público es el que lo realiza (51.4%), e incluso

Variable, N (%)	Global N= 1352	Mujer 1172 (86.7%)	Hombre 180 (13.3%)	valor p
Conoce el año de entrada en vigor del PADA	94 (7.0)	87 (7.4)	7 (3.9)	0,083
Revisiones	388 (28.7)	347 (29.6)	41 (22.8)	0,059
Exodoncias	93 (6.9)	81 (6.9)	12 (6.7)	0,904
Cirugía oral	33 (2.4)	28 (2.4)	5 (2.8)	0,753
Tartrectomías	113 (8.4)	104 (8.9)	9 (5.0)	0,800
Fluoraciones	79 (5.8)	72 (6.1)	7 (3.9)	0,230
Radiografías orales	121 (8.9)	111 (9.5)	10 (5.6)	0,087
Selladores	177 (13.1)	154 (13.1)	23 (12.8)	0,893
Obturaciones	292 (21.6)	259 (22.1)	33 (18.3)	0,253
Endodoncias	83 (6.1)	76 (6.5)	7 (3.9)	0,177
Ortodoncias	53 (3.9)	43 (3.7)	10 (5.6)	0,225
Dentista público	695 (51.4)	607 (51.8)	88 (48.9)	0,468
Dentista privado-concertado	339 (25.1)	303 (25.9)	36 (20.0)	0,092
Dentista privado	82 (6.1)	76 (6.5)	6 (3.3)	0,099

TABLA 4. Gráficamente lo podríamos representar (Gráfica 2):



GRÁFICA 2. Conocimiento del PADA.



GRÁFICA 3. Nivel de estudio.

prestaciones que podrían ser muy atractivas a priori, como las obturaciones, son muy desconocidas (21.6%), solo superado en conocimiento por las revisiones en el 28.7% de los encuestados.

Del mismo modo se analizaron las diferencias de conocimiento del PADA entre los distintos niveles de estudios (gráfico 3). Como se puede observar en la gráfica, a medida que aumenta el nivel de estudio de los

progenitores, sus porcentajes de acierto aumentan.

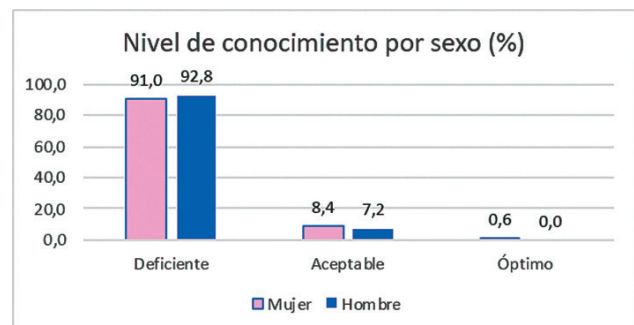
No se encontraron diferencias con significación estadística entre el grado de conocimiento sobre el PADA y el sexo (Gráfica 4) de los mismos.

En cuanto a la provincia de residencia (Gráfica 5).

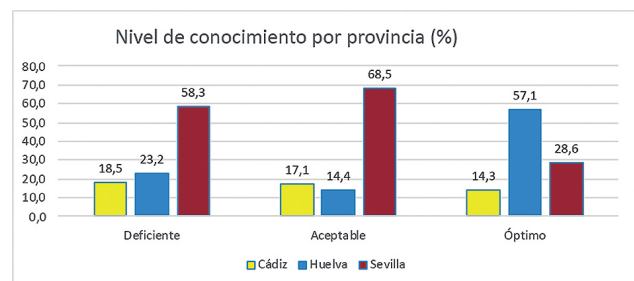
DISCUSIÓN

La hipótesis de partida de este trabajo: “la población del DSASN desconoce las características de la prestación”, nacida de manera empírica de la práctica clínica diaria ha quedado demostrada por los resultados de este trabajo; de tal manera que más de la mitad de los encuestados afirmaban desconocer la existencia del PADA.

Los resultados de nuestro estudio pueden estar limitados debido a que no se aleatorizaron la Unidades en las que se aplicaron las encuestas y por tanto puede haber



GRÁFICA 4. Nivel de conocimiento por sexo.



GRÁFICA 5. Nivel de conocimiento por provincia.

segmentos de la población que no estén adecuadamente representados. Además no se exploraron de manera exhaustiva variables sociodemográficas que pueden modificar el efecto.

El grado de conocimiento mediano sobre el PADA de todos los progenitores encuestados fue deficiente (2 puntos sobre 14), siendo estadísticamente superior entre los

que referían conocer el PADA y los que no ($p=0,0005$). Además, se ha encontrado asociación entre este parámetro la población de residencia y el nivel educativo de los progenitores; siendo los progenitores con estudios universitarios los que presentan una mayor puntuación en el cuestionario de conocimientos que se diseñó *ad-hoc* para este estudio. En cuanto a las poblaciones estudiadas, fue Sevilla, la de mayor nivel socio-económico, la que tenía menos conocimientos de esta prestación, probablemente porque con mayor frecuencia utilizan la Odontología privada.

Según un estudio publicado recientemente en España por Cubero et al en escolares de educación infantil, la prevalencia de caries en los alumnos de primer curso (3 años) es del 46,0%, en los de segundo curso (4 años) es del 40,5% y en los del tercer curso (5 años) del 77,3% para los dientes temporales y del 20,8 para los definitivos⁹. Según Bravo et al en la Encuesta de salud oral en España de 2015, la prevalencia de caries en la población de 5-6 años ($cod/CAOD>0$) era del 31,5% para la dentición temporal y del 2,4% para la definitiva; en la población de 12 años del 33,3% y en la de 15 años del 43,2%, siendo más altas estas proporciones en los estratos de menor nivel socio-educativo y en la población extranjera⁸.

Los programas preventivos de salud bucodental que se llevan a cabo en el ámbito escolar parecen no alcanzar el objetivo de difusión del PADA. Según Barriuso y Sanz, la prevalencia de utilización de los servicios de salud bucodental en los niños de 6-15 años de edad en España es baja (60,3%)¹⁰. Probablemente la falta de conocimientos sobre este programa influye en el uso que realizan las familias andaluzas del mismo, hasta el punto que en el año 2018, sólo el 31,0% de la población diana hizo uso del PADA en Andalucía, y sólo el 33,6% de la misma en la provincia de Sevilla³. Estos resultados están en consonancia con el grado de conocimiento establecidos en los resultados de nuestra investigación, en la que sólo el 41,1% refería tener conocimiento sobre la existencia de este Programa. Por lo tanto, entendemos que si se quiere potenciar la asistencia dental y sus beneficios, es necesario incrementar el conocimiento de la misma.

Aprovechar el espacio escolar para informar a los progenitores de la existencia del PADA y concienciarlos de la importancia de la odontología preventiva y solventar sus dudas sobre la prestación dental incrementaría, según Expósito et al, el uso de la misma⁴. Utilizar este mismo espacio para informar sobre la cartera de servicios del PADA, los profesionales autorizados para dar esta prestación, las edades de aplicación y otra información relevante, incrementarían el conocimiento de los mismos y por tanto una mayor adherencia a esta prestación. Para hacer una correcta campaña de promoción de la Salud hay que tener en cuenta cuatro principios:

1. Los receptores de la educación para la salud (EPS) no son pasivos.
2. La EpS no consiste únicamente en la transmisión de información científica, sino que se trata de una intervención en los conocimientos, valores y comportamientos de los individuos.
3. Estas intervenciones forman parte de la dinámica cultural.
4. Hay que modificar la actitud de los profesionales de la salud que creen que los conocimientos, valores y estilos de vida de la población representan un obstáculo en la intervención educativa¹¹.

En el estudio de Expósito et al, algunos progenitores proponían utilizar medidas de penalización, como el exigir un copago a los progenitores que no hicieran un uso correcto del PADA y medidas de incentivación a los que acudieran con sus hijos a todas las visitas pertinentes con el fin de reforzar su motivación intrínseca⁴. También proponen en este mismo estudio medidas incentivadoras a los profesionales y la incorporación de la figura del Técnico Superior en Higiene Bucodental en la Unidades de Salud Bucodental⁴.

Los resultados de nuestro estudio no parecen estar de acuerdo con las conclusiones de autores que defienden que en las comunidades con mayor tradición del PADA, la adherencia al programa es mayor^{10,12,13}. Probablemente, esto pueda deberse al abandono de los talones de invitación a participar en el PADA¹².

La promoción de los modos de vida saludable es una preocupación de los sistemas sanitarios que se esfuerzan por ofertar medidas de promoción y prevención de la salud. La población está interesada en recibir información veraz sobre estos temas y los medios de comunicación están ávidos de presentar información que promueva la salud y el bienestar de su público¹⁴. En la actualidad, podemos decir que estamos en un momento favorable para la promoción de la salud y de los estilos de vida saludables, por lo que podemos aprovechar esta coyuntura social para implementar campañas actualizadas de promoción del PADA.

De acuerdo con Azofeifa¹⁵, el Sistema Nacional de Salud debería hacer una mayor esfuerzo para garantizar la implementación de programas escolares en salud oral de calidad en todas las comunidades autónomas y evaluar el alcance de los mismos tanto en su grado de implementación como en sus resultados en salud. Como dicen Llena et al, se hace necesario mejorar la equidad en la atención bucodental estableciendo una adecuada razón entre el número de profesionales y la población a atender, favoreciendo procedimientos de colaboración interprofesional para mejorar la accesibilidad y continuidad, especialmente en los grupos más desfavorecidos; incorporar la figura del técnico en Higiene Bucodental a los distintos equipos de salud bucodental; disminuir

la variabilidad en la asistencia prestada por las distintas comunidades que incluya desde el embarazo, hasta los 15 años; disponer de sistemas de registro unificados que permitan la evaluación periódica tanto de los indicadores de los indicadores de actividad como de los resultados en salud y crear unidades de gestión específicas de salud bucodental dentro de las estructuras organizativas de las consejerías de sanidad de las diferentes comunidades autónomas¹⁶.

El que una población de forma tan generalizada desconozca un capítulo tan importante de la cartera de servicios preventiva y de promoción de la salud del Servicio Sanitario Público, obliga a plantearse si habría que volver a la instauración de campañas de difusión a través de los recursos locales sociales y sanitarios, de las redes sociales y de los *mass media* con el fin de mejorar la accesibilidad y fidelización a la asistencia odontológica. Con ello, cabría esperar una mejora de la calidad de la salud bucodental de nuestra población infantil y por tanto de la adulta.

CONCLUSIONES

En materia del PADI, la población está muy desinformada en general, solo la conocen el 41% y tan solo el 11% conoce sus contenidos. Sería necesario la implementación de campañas de promoción del PADA, basadas en redes sociales, para fomentar el uso de este derecho. Incluso creemos que podría ser muy relevante la formación de las embarazadas en materia de sus derechos del PADI, de tal forma que, llegada la edad de que los hijos hagan uso de la prestación, redundaría en beneficio para la salud oral de los niños.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La normativa ética del trabajo está sujeta a las premisas de Helsinki y posteriores, para este tipo de estudio y las normas de Buenas Prácticas de la *International Conference on Harmonization*. Los investigadores garantizarán el mantenimiento del anonimato de los pacientes cuyos datos clínicos se incluyan en el análisis. En todo momento se asegurará la confidencialidad de los datos de los participantes siguiendo las recomendaciones del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

La encuesta fue anónima y el mero hecho de rellenarla conllevaba la aceptación de participar en este proyecto. Como el fin de esta encuesta es conocer el nivel de conocimiento de los progenitores sobre el PADA, con fines de mejorar la calidad del servicio y no se manejan datos de carácter personal que permitan identificar las muestras,

no se considera necesario la solicitud del consentimiento informado aunque, de todas formas, los investigadores del estudio mantendrán el anonimato del progenitor y especialmente del niño o niña correspondiente.

Los datos obtenidos solo se utilizarán para este estudio. El proyecto se presentó para su evaluación al Comité de Biótica de la Investigación de los hospitales Virgen Macarena y Virgen del Rocío. Obteniendo la aprobación del mismo.

BIBLIOGRAFÍA


1. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Decreto 521/2019, de 23 de julio, por el que se regula la prestación de la asistencia dental a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía. [Internet]. Andalucía, España; 2019 p. 41-59. Available from: https://juntadeandalucia.es/boja/2019/145/BOJA19-145-00019-11582-01_00159855.pdf
2. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regula la prestación asistencial dental a la población de 6a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Andalucía. España; 2001 p. 20885-6.
3. Informe de la prestación asistencial dental que establece el Decreto 281/2001 Diciembre de 2018. 1st ed. Vol. 00. Sevilla, España: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2019.
4. Expósito Delgado A, Martos Cobo E, San Martín Galindo L, Bravo Pérez M. Acciones para incrementar el uso de la Prestación Dental Infantil en Andalucía. *RCOE*. 2017;22(1):33-41.
5. Padilla Loredó S, Cerón Argüelles J. Cultural, economic, historical, political, and social determinants of oral health. *Medwave*. 2012;12(07):e5452-e5452.
6. Escobar-Paucar G, Ramírez Puerta GS, Franco Cortés AM, Tamayo Posada AM, Castro Aguirre JF. Experiencia de caries dental en niños de 1- 5 años de bajos ingresos. Medellín. Colombia. *CES Odontol* [Internet]. 2009 Feb 4;22(1):21-8. Available from: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/504/606>
7. Franco AM, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *CES Odontol* Vol 17, Núm 1 [Internet]. Available from: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/461/261>
8. Bravo Pérez M, Almerich Silla J, Ausina Márquez V, Avilés Gutiérrez P, Blanco González J, Canorea Díaz E, et al. 10. Encuesta de salud oral en España 2015. *RCOE*. 2016;21:8-48.
9. Cubero Santos A, Lorigo Cano I, González Huéscar A, Ferrer García MÁ, Carrasco Z, Ambel Sánchez JL. Prevalencia de caries dental en escolares de educación infantil de una zona de salud con nivel socioeconómico bajo. *Rev Pediatría Atención Primaria*. 2019;21(82):e47-59.
10. Barriuso Lapresa L, Sanz Barbero B. Análisis multinivel del uso de servicios de salud bucodental por población infanto-juvenil. *Gac Sanit*. 2011;25(5):391-6.
11. Inocente-Díaz ME, Pachas-Barrionuevo F de M. Educación para la Salud en Odontología. *Rev Estomatol Hered* [Internet]. 2012;22(4):232-73. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/4215/421539373008.pdf>.
12. Romero Rodríguez A, Rosel Gallardo E, Bravo Pérez M. Satisfacción

- de los usuarios con el PADIA (Plan de Atención Dental Infantil en Andalucía). Propuesta de mejoras por un grupo nominal de padres de usuarios. , 2012, vol. 17, no 3, p. 169-172. RCOE Rev del Ilus Cons Gen Colegios Odontólogos y Estomatólogos España [Internet]. 2012;17(3):169–72. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6289548>
13. Pinilla J, González B. Equity in children's utilization of dental services: effect of a children's dental care programme. Community Dent Health [Internet]. 2006;23(3):152—157. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/16995563>
14. Coe GA. Comunicación y promoción de la salud. Chasqui [Internet]. 1998 [cited 2019 Sep 30];63:26–9. Available from: [https://revistachas-](https://revistachasqui.org/index.php/chasqui/article/view/1217/1246%0A%0A%0A)

- qui.org/index.php/chasqui/article/view/1217/1246%0A%0A%0A
15. Azofeifa Ujueta A. Políticas y programas determinan el status de la salud oral Una comparación transnacional entre Costa Rica, Dinamarca y España. Rev Científica Odontológica. 2010;6(1):7–13.
16. Llena Puy C, Blanco González J, Llamas Ortuño M, Rodríguez Alonso E, Sainz Ruiz C, Tarragó Gil R. La atención bucodental en comunidades autónomas con modelos público o mixto en España. RCOE. 2018;23(1):246–54.

ANEXO

ANEXO I. Encuesta de conocimientos de los progenitores de niños y niñas sobre el Plan de Atención Dental de Andalucía.

 **Servicio Andaluz de Salud**
COMISSARIA DE SALUD

ENCUESTA CONOCIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DENTAL ANDALUZA

Estimados padres, nos dirigimos a vosotros para preguntarles sus conocimientos sobre las prestaciones en salud bucodental de la Junta de Andalucía. Esta encuesta es anónima y voluntaria aunque nos ayudaría mucho si tuvierais bien responderla

Edad padre/madre o tutor: _____ Sexo _____

Nivel de estudios (marque con una "x" la que proceda):

Ninguno	<input type="checkbox"/>
Primario	<input type="checkbox"/>
Secundario	<input type="checkbox"/>
Universitario	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

¿Conoce usted el plan andaluz dental infantil (PADA):

SI NO

¿Sabe usted desde que año está en vigor?: 20....

¿Qué prestaciones están incluidas en el PADA (marque con una "x" la que proceda)?

	Dientes de leche	Dientes permanentes
Revisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exodoncia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tartrectomía (limpieza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selladores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obturaciones (empastes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endodoncias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortodoncia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Quién debe de realizar estas prestaciones (marque la que proceda)?

Dentista público	Privado	Privado concertado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>