

Acciones para incrementar el uso de la Prestación Dental Infantil en Andalucía

Expósito Delgado AJ*, Martos Cobo EG**, San Martín Galindo L***, Bravo Pérez M****

RESUMEN

Fundamento: la prestación dental en la población de 6 a 15 años de edad en Andalucía presenta un índice de utilización anual descendiente en los últimos 4 años. Este estudio tiene como objetivo generar propuestas para incrementar la tasa de utilización de la prestación dental infantil mediante la constitución de un grupo de expertos en gestión bucodental.

Material y método: se ha utilizado la Técnica de Grupo Nominal, método de consenso en investigación cualitativa que ha reunido a un grupo de 8 expertos en la materia, uno por cada provincia andaluza, para exponer sus ideas de forma estructurada ante una pregunta. La interacción entre los expertos ha permitido priorizar las recomendaciones a través de rondas de discusión y votación final.

Resultados: las ideas prioritarias fueron: 1. Fomentar la difusión e información de la prestación dental infantil, 2. Penalizar a la población con necesidad de tratamiento restaurador con ausencia de demanda previa, 3. Incentivar al profesional según captación anual de usuarios, 4. Incrementar la red asistencial y 5. Auditorías en actuaciones profesionales.

Conclusiones: para evitar que los resultados del uso de la prestación dental infantil en Andalucía puede comprometer la continuidad de la acción preventiva, son necesarias acciones de perfeccionamiento o reorientación del programa.

PALABRAS CLAVE: asistencia dental, uso, técnica de grupo nominal.

ABSTRACT

Background: the dental benefit in the population from 6 to 15 years of age in Andalusia presents a descendant annual utilization rate in the past four years. This study has objective to generate proposals to increase the utilization rate of the child dental benefit through the creation of a group of experts in management oral.

Methods: the Technique of Nominal Group, method of consensus in qualitative research that has brought together a group of 8 experts, one for each province of Andalusia, to present their ideas in a structured way the question has used. Interaction between experts has made it possible to prioritize the recommendations through rounds of discussion and voting end.

Results: priority ideas were: 1. Promote the diffusion and the child dental benefit information, 2. Penalize the population in need of restorative treatment without prior demand, 3. Encourage professional according to annual recruitment of users, 4. Increase the healthcare network, 5. Audits on actions professionals.

Conclusions: to avoid that the continuity of preventive action can compromise the results of the use of the infant dental provision in Andalusia, actions are needed for upgrading and reorientation of the programme.

KEYWORDS: dental health services, utilization, nominal group technique.

INTRODUCCIÓN

La implementación de la Prestación Asistencial Dental Infantil (PADI) ha supuesto un gran impulso en la atención bucodental del Sistema Sanitario Público español, teniendo desde su inicio la finalidad de lograr una salud oral óptima en futuras generaciones¹. El balance entre los recursos destinados al PADI y sus resultados, suelen alterarse por recursos no asistenciales, externos a la propia actividad sanitaria, tales como factores sociales, económicos y culturales², es por ello, que no toda la totalidad de mejora de salud oral en la población pueda ser atribuida a estos planes³.

*Licenciado en Odontología por la Universidad de Granada.

**Licenciada en Odontología por la Universidad de Granada.

***Doctora en Odontología (Mención Europea) por la Universidad de Sevilla.

****Catedrático de Odontología Preventiva y Comunitaria. Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Correspondencia: Antonio Javier Exposito Delgado. Unidad de Gestión Clínica Bucodental de Jaén-Jaén Sur. Centro de Salud Virgen de la Capilla. C/ Arquitecto Berges nº 10. 23007 Jaén.

Correo electrónico: anexde@me.com

La utilización de los servicios asistenciales de salud oral en España, eminentemente en el sector privado, se han frenado por limitaciones financieras ante la crisis^{4,5}. Los españoles se sitúan en las últimas posiciones respecto a las visitas al dentista durante el último año, en comparación con el resto de países miembros de la Unión Europea, tan solo el 43 % afirma haber acudido a la consulta dental durante el último año, porcentaje muy por debajo de la media europea (57 %)⁶. Respecto a la población infantil, a pesar de la puesta en marcha de los programas de salud bucodental infantil con prestaciones gratuitas, al analizar el índice de utilización constante (porcentaje de personas atendidas respecto al total de niños y niñas con derecho a la prestación), se encuentra unas tasas de utilización de los programas que oscilan entre el 32,5 %⁷ y el 66 %⁸.

El PADI en Andalucía se instaura en el año 2002, regulado por el Decreto 281/2001 de 26 de diciembre⁹, 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,

TABLA 1

COMPARACIÓN DE PERSONAS ASIGNADAS EN PADI ANDALUCÍA DURANTE EL PERIODO 2012 AL 2014

Provincia	Personas asignadas									Porcentaje de utilización		
	Sector público			Sector privado contratado			Total			2012	2013	2014
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014			
Almería	5.491	4.623	4.720	19.675	18.899	20.007	25.166	23.522	24.727	35,3 %	32,0 %	30,0 %
Cádiz	11.497	12.137	11.186	29.521	26.185	27.843	41.018	38.322	39.029	31,1 %	28,0 %	28,0 %
Córdoba	4.012	3.260	2.848	29.154	30.362	29.721	33.166	33.622	32.569	40,6 %	40,2 %	38,7 %
Granada	6.040	6.432	5.899	30.370	32.305	32.722	36.410	38.737	38.621	38,0 %	39,3 %	38,7 %
Huelva	5.862	5.429	4.876	10.059	11.909	12.775	15.921	17.338	17.651	29,5 %	30,9 %	31,3 %
Jaén	4.171	4.097	3.859	27.574	28.722	28.178	31.745	32.819	32.037	46,9 %	47,4 %	46,7 %
Málaga	14.028	13.281	12.386	28.558	29.956	31.116	42.586	43.237	43.502	26,1 %	25,0 %	24,3 %
Sevilla	10.928	11.514	9.534	58.187	62.313	64.971	69.115	73.827	74.505	32,8 %	34,4 %	33,5 %
Total	62.029	60.773	55.308	233.098	240.651	247.333	295.127	301.424	302.641	33,7 %	33,3 %	32,5 %

Fuente: Informe de la prestación asistencial dental que establece el Derecho 281/2001. Diciembre de 2014. Dirección General de Planificación y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

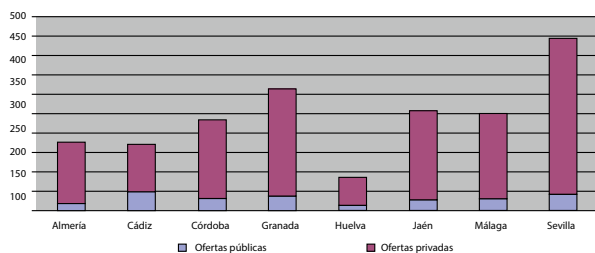


FIGURA 1. Oferta de red asistencial andaluza 2014 (nº de dentistas públicos/privados concertados).

Fuente: Informe de la prestación asistencial dental que establece el Decreto 281/2001. Diciembre 2014. Elaborado por la Dirección General de Planificación y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.

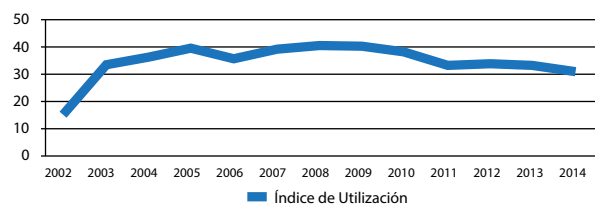


FIGURA 2. Evolución del Índice de Utilización PADI Andalucía.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos publicados en las Memorias Estadísticas Anuales de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.

realizándose su implantación mediante cohortes de edades progresivas¹⁰. La prestación se garantiza tanto por los dentistas del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) como por los del sector privado, contratado mediante concurso público cada 5 años.

La red asistencial ha experimentado un gran crecimiento desde el inicio del PADI, tanto en el número de dentistas

públicos asalariados, como en el de clínicas privadas concertadas (Figura 1). El aumento de la red privada concertada refleja que el PADI ha sido aprovechado como oportunidad de negocio para este sector, ante la disminución de la demanda asistencial y el incremento del número de colegiados que ha provocado la proliferación masiva de números de clínicas dentales^{3,11}. A pesar de ello, la tasa de utilización del programa en Andalucía está estancada casi desde sus inicios en torno al 35 % (Figura 2) y refleja una tendencia descendente en los últimos 3 años⁷ (Tabla 1).

Los cambios producidos en la asistencia bucodental en Andalucía en estos 13 años, así como en el resto de las CC.AA. que incorporaron el modelo PADI como provisión de servicios dentales para niños y adolescentes, han supuesto un enorme avance en la asistencia pública bucodental³. No obstante, la prueba de que existe un acceso real a un servicio es su uso y no solo la existencia de la infraestructura. Los informes sobre los índices de utilización anual justifican la necesidad de hacer frente a medidas integrales que permitan optimizar el uso del PADI, incorporando a aquellos usuarios que probablemente más lo necesitan y menos lo usen. Es ineludible abordar un análisis serio y profundo de las habilidades para explotar el uso de las prestaciones bucodentales en la población infantil, siendo necesario potenciar los PADI con un enfoque preventivo y asistencial, instrumentos que además de dar asistencia en salud, potencian la educación sanitaria, ayudando así a crear una nueva filosofía de cuidado bucodental entre la población más joven.

A este respecto se planifica este estudio cualitativo, contando con representantes expertos que puedan ser capaces de resolver este problema complejo. Se pretende conocer las opiniones sobre el uso del PADI en Andalucía mediante la elaboración de un grupo de expertos en gestión bucodental

Tabla 2

IDEAS GENERADAS EN LA PRIMERA ETAPA DE LA TGN EN ORDEN DECRECIENTE DE FRECUENCIA DE APARICIÓN

IDEA		n: número de veces mencionada
1	Fomentar la difusión del programa de prestación dental infantil de Andalucía mediante información desde los centros escolares y divulgación a través de los diferentes medios de comunicación.	8
2	Incentivar al profesional según la captación anual de usuarios con derecho a la prestación dental infantil.	6
3	Penalizar a los niños con derecho a prestación dental que no hayan demandado asistencia bucodental anualmente, así como incentivar a los usuarios que sí acuden a sus visitas de tratamiento o revisión.	5
4	Auditorías para evaluar las actuaciones profesionales en los usuarios de la prestación dental infantil tanto en centros públicos como privados concertados.	3
5	Incrementar el número de profesionales para aumentar la oferta de red asistencial público/privada.	3
6	Revisar a los escolares en los centros educativos en dos cohortes de edad: a los 6 y 9 años, emitiéndose a los padres el correspondiente informe de salud bucodental de sus hijos.	2
7	Modificar la captación selectiva de TADA de los dentistas concertados para asignarse o rechazar a un niño según su rentabilidad económica determinada por la ausencia o presencia de patología múltiple bucodental del niño.	2
8	Coordinar con educadores y trabajadores sociales de los centros de salud, colegios, asociaciones para incorporar a la población de exclusión social.	2
9	Aumentar la cobertura de la prestación dental en población infantil a edades más precoces.	1
10	Incorporar los profesionales técnicos superiores de higiene bucodental en los centros públicos de Andalucía.	1
11	Unificar los criterios provinciales en protocolos, informes y gestión de la prestación dental infantil.	1
12	Incorporar a profesionales odontopediatras para la prestación dental infantil.	1
13	Facilitar el horario de accesibilidad del usuario compatible con la jornada escolar, aumentando la oferta de citas en horario de tarde.	1
14	Coordinar a nivel provincial el programa de prestación dental infantil público/privado a través de profesionales odontoestomatólogos.	1

Fuente: elaboración propia a partir de ideas generadas en la fase de conducción.

y generar propuestas o líneas de acción que incrementen la tasa de utilización del PADI en Andalucía mediante el consenso del equipo constituido.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Para la realización del presente estudio de investigación se ha diseñado la Técnica de Grupo Nominal (TGN) desarrollada por Delbec y Van de Ven¹². La TGN es método de consenso en investigación cualitativa que consiste en reunir a un grupo de expertos en la materia para exponer sus ideas de forma estructurada ante una pregunta. La interacción entre los expertos permite profundizar en el tema cuestionado, priorizándose las propuestas o recomendaciones a través de rondas de discusión¹².

Muestra

Como criterio de inclusión para la selección de los participantes en el estudio se han considerado 3 colectivos con un grado de conocimiento ponderado sobre el PADI de Andalucía: docentes o investigadores, directores de Unidades de Gestión Clínica Bucodental del Servicio Andaluz de Salud y odontoestomatólogos de Atención Primaria o privados concertados del Servicio de Salud Público Andaluz (SSPA), con el fin de obtener información desde las diferentes perspectivas de los profesionales.

El muestreo ha respondido a criterios lógicos intencionales, los elementos que determinaron la idoneidad del experto fue la especialidad, su experiencia, el nivel de conocimiento y el grado de compromiso con el PADI. La muestra heterogénea final fue constituida por ocho expertos, uno por cada provincia andaluza. La invitación a los expertos se realizó por correo electrónico y, posteriormente, su confirmación por vía telefónica. El único incentivo con objeto de estimular y favorecer la cooperación de los seleccionados fue la entrega del informe total del trabajo realizado.

Procedimiento

La reunión se organizó en función de las tareas que el grupo demandó, y tuvo una duración aproximada de dos horas y treinta minutos. Se desarrolló en la Fundación Valentín de Madariaga de Sevilla, el 15 de mayo de 2015, a las 17 horas, en una aula con las condiciones ambientales idóneas. Las mesas de trabajo se dispusieron en forma circular, el investigador se colocó dentro del grupo como uno más. La TGN fue desarrollada en cuatro fases:

- **Fase de presentación:** el coordinador inició la presentación indicando la institución de la que procede. Se expuso una breve justificación de la sesión sobre el grado de utilización del PADI en Andalucía y se informó sobre los medios

TABLA 3

RESULTADOS DE LA PRIORIZACIÓN

IDEA	Seleccionada por expertos %	Puntuación final
1	87,5 %	28
3	75 %	23
2	75 %	17
5	37,5 %	10
6	25 %	8
9	25 %	7
7	37,5 %	6
10	25 %	6
11	37,5 %	4
12	12,5 %	3
13	12,5 %	3
4	25 %	2
8	12,5 %	2
14	12,5 %	1

Fuente: elaboración propia a partir de las ideas generadas en la fase de cierre.

técnicos y los aparatos de registro que se iban a utilizar: grabadora y un metaplan. Seguidamente se formuló la pregunta en voz alta: "¿qué medidas o líneas de acción cree usted que habría que adoptar para incrementar la utilización de la Prestación Asistencial Dental Infantil en Andalucía?". Tras ello se inició la primera ronda de posicionamiento inicial de los expertos.

- **Fase de exploración:** el objetivo de esta fase fue componer un mapa de pensamiento grupal con despersonalización de las ideas. Se dejó 5 minutos para que anotasen de forma individual al menos 3 ideas o acciones que considerasen pertinentes como respuestas a la pregunta de investigación. Posteriormente se realizaron rondas sucesivas en las que cada uno de los participantes expusieron todas sus estrategias al resto de los miembros. Todas las ideas generadas quedaron exhibidas en el papelógrafo, clasificadas según el experto.
- **Fase de conducción:** implicó un proceso de clarificación de ideas en común. Se invitó a los expertos a explicar sus respuestas en los casos que había duda. Con el consenso del grupo se realizó la fusión de ideas similares, en un intento de síntesis. Primero, se analizó el contenido, organizando y tratando el volumen de información recogida, codificándola por números y reduciéndola a categorías teóricas, hasta obtener una lista más manejable de 14 propuestas.
- **Fase de cierre:** comprendió la valoración de las propuestas resultantes, recapitulando todos los elementos discursivos. Cada participante eligió las cinco propuestas que consideraba más importante y las puntuó del 1 al 5 en orden decreciente de importancia, es decir, valoró con 5 a la que consideraban más adecuada hasta llegar a puntuar la que consideraban menos importante con un 1.

RESULTADOS

El análisis se realizó en dos partes:

1. En primer lugar se evaluó la lista de ideas generadas en la fase de conducción atendiendo a su frecuencia de aparición según mención de los miembros del grupo (Tabla 2).
2. En segundo lugar, se exploró la priorización de las propuestas en la fase de cierre, clasificándose según puntuación asignada por los expertos y atendiendo al porcentaje de expertos que han apoyado la idea en cuestión (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La utilidad de la Técnica de Grupo Nominal (TGN) como instrumento de investigación cualitativa en estudios de salud ha sido demostrada¹². No obstante, el presente estudio podría limitarse por la parcialidad de representatividad de la muestra, pero en base a los objetivos, no se busca número de representantes, sino que conozcan el tema abordado. La credibilidad de la información pudo ser contrastada por los expertos en la fase de conducción de la TGN, con el fin de corregir las distorsiones perceptivas y prejuicios. El investigador aceptó el criterio de reflexividad. La TGN emplea un marco de investigación abierto y de aparente fragilidad, puesto que las respuestas y la discusión de los expertos no se encuentran canalizados por el investigador, como pueda ocurrir con un cuestionario estandarizado. Esta técnica se convierte más que como un fin, como un punto de partida para explorar la realidad social del uso del PADI, y lo que quizás es más importante, su intervención efectiva. Respecto a la validez externa se acepta que, a menudo, las estructuras de significado descubierto en un grupo, no son comparables con las de otro, porque son específicas y propias de ese grupo, en esas circunstancias, o porque el segundo grupo pueda estar mal escogido y no le son aplicables las conclusiones obtenidas en el primero¹³. Este hecho limita la confiabilidad de esta investigación cualitativa, debido a la imposibilidad de reproducir el mismo estudio y con los mismos acuerdos en tiempos o situaciones diferentes.

Respecto a los aspectos éticos, los expertos accedieron por propia voluntad a la participación en este estudio, cediendo su consentimiento al aceptar su colaboración. Se emitió un documento de consentimiento informado que asegurase la necesidad de respeto entre expertos y la confidencialidad de sus decisiones autónomas. El uso de grabadora durante la reunión requirió la aceptación de todo el grupo nominal. El investigador y el grupo nominal de expertos no tienen conflicto de intereses respecto a los resultados de esta investigación.

En consonancia con otros estudios cualitativos^{2,14}, los participantes expertos en este grupo, consideran la necesidad de explorar nuevas vías de difusión de información de las prestaciones dentales en la población de 6 a 15 años de Andalucía, se afirma que el programa es poco conocido por padres, por profesionales facultativos sanitarios y por personal de gestión y servicios del Servicio de Salud

Público Andaluz (SSPA). Hasta 2010, el SSPA utilizaba instrumentos de información parecidos a los del País Vasco⁸, remitiendo a cada comienzo de ejercicio, la oferta asistencial del programa de atención bucodental a todos los hogares de su población diana. Se recibían los talones de asistencia dental personalizado de cada niño para el abono de la asistencia, junto a un amplio cuadro facultativo al que acudir⁸. Sin embargo, el estudio de Romero et al.¹⁵ sobre la satisfacción de los usuarios del Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) en Andalucía, proponía el uso de la misma tarjeta sanitaria para tener la prestación dental, de esa forma se evitarían los problemas en la recepción del Talón de Asistencia Dental Anual (TADA) en los domicilios, puesto que una mayoría de los usuarios que no recibían el TADA no volvían a solicitarlo. Esta medida, además de un ahorro para la Administración, sería bien aceptada por los padres. El SSPA la puso en vigencia el 1 de enero de 2011, de manera que la Junta simplifica el acceso a este derecho asistencial y sustituyó el talón TADA que se enviaba cada año a los domicilios de los ciudadanos¹⁵. En el grupo nominal se discutió que esta medida ha favorecido la falta de información a los padres. No recibir en sus domicilios información sobre la oferta asistencial dental de sus hijos facilita que ignoren la existencia del programa preventivo. Según los expertos, algunos padres al no recibir el talón de asistencia dental en sus domicilios ni haber sido informados del cambio de operativa asistencial, consideraron que este programa podría haber sido cesado, de forma similar que otros recortes sanitarios acontecidos en los últimos años como consecuencia de la crisis económica.

Al igual que en otros estudios, se apuntaba la realización de tutorías informativas a través de colegios con los padres de los niños que iban a recibir el TADA por primera vez para concienciarlos, informarlos y solventar sus dudas sobre la prestación dental. Además, es en los colegios donde se encuentran el grupo mayor y más homogéneo para la captación de usuarios potenciales de necesidades de tratamiento bucodental y que quizá no lo haya demandado. Mediante un exploración oral ágil, con finalidad de cribado de los niños con posibles problemas o riesgo de salud bucodental, el odontólogo o higienista dental cumplimentaría unas hojas informativas individualizadas para cada uno de los niños, que incluyese instrucciones para los padres y su posterior remisión a su dentista de cabecera. Por ello, la simple emisión de informes de salud bucodental por parte de los odontoestomatólogos que revisan en los centros educativos a los escolares de primero de Educación Primaria, es otra acción que contribuiría al incremento del uso del PADI influenciado por la potenciación de conocimiento hacia los padres de las necesidades de tratamientos de sus hijos, esta propuesta es acorde al protocolo que siguen otras CC.AA. españolas¹⁶ y otros países europeos¹⁷. Por otro lado, otros autores han considerado como factor de uso de los servicios, el tiempo desde que se instauró el programa de salud bucodental, parece que los planes de

carácter preventivo necesitan un periodo de tiempo para que la población diana se cubra en su totalidad, para que se conozca el programa, se confíe en él y se perciban las ventajas de la prevención y cambien las actitudes¹⁸. Al analizar las comunidades pioneras de implantación del PADI (Navarra y País Vasco) reflejan un mayor uso del PADI^{2,15}, su modelo asistencial desde hace 25 años, explicaría gran parte de la variabilidad observada entre comunidades autónomas en relación a su uso. Sin embargo, el estudio de Barriuso en 2011, muestra que a pesar de que este modelo esté vigente e incluso consolidado, el gradiente socioeconómico sigue presente y casi no se modifica².

La segunda idea priorizada en el análisis de resultados, argumenta que es frecuente la presencia de caries en estadios muy avanzados en niños que no han acudido nunca o durante varios años a su dentista de cabecera. Estas caries pueden requerir un tratamiento más complejo y costoso como es la endodoncia del diente e incluso no encontrar la viabilidad para ser conservado y tener que proceder a realizar la exodoncia, quedando como secuela la ausencia dentaria. Según los participantes, si existiese una penalización a usuarios que no han demandado la prestación dental durante el año y que presentan necesidades de tratamiento como una obturación dental, un tratamiento pulpar o exodoncia, estimularía la voluntad de los padres para acudir a la citas de revisión anual de los niños con edad de cobertura. La penalización podría consistir en un copago de la necesidad de tratamiento bucodental por parte del usuario no demandante. Por el contrario, aquellos usuarios que cumplen sus régimen de visitas bucodentales periódicas, deberían de ser incentivados para reforzar su motivación intrínseca, estos incentivos no necesariamente deben ser financieros. El programa PADI tiene orientado el uso de los recursos para la prevención, con el fin de planificar más el futuro cuidado oral. El resultado de esta política se traduciría en un incremento de las visitas de revisión con finalidad eminentemente preventiva y de promoción de salud bucodental y menos recursos utilizados en el tratamiento de enfermedades dentales y sus secuelas, por lo que se contribuye a la reducción de gastos¹⁹. Desde el punto de vista del investigador, el ciudadano actualmente, lejos de la presión de una necesidad sanitaria bucodental personal, careciendo de tiempo, medios e información suficiente sobre la existencia de la prestación, un copago ocasionaría posiblemente más retrasos en la utilización de los servicios, y en consecuencia podría originar unos costos asistenciales superiores por llevar a que se aborden los problemas en un estadio más avanzado, además declinaría hacia la exclusión social.

Respecto a la idea de incentivar al profesional según la captación anual de usuarios es corroborada por algunos autores, los cuáles admiten que los recursos humanos son el elemento esencial de la prestación de un servicio²⁰. Actualmente, los costos del personal son predominantes en el gasto de los servicios de salud y la escasez actual de profesionales de salud en

determinadas provincias es una amenaza real y directa para el mantenimiento de la prestación dental infantil y para el desarrollo de estos servicios sanitarios. Es sugerido por algunos de los miembros del grupo la idea de incorporar la categoría profesional de Técnico Superior en Higiene Bucodental en las Unidades de Salud Bucodental (USBBD) de Atención Primaria del SAS, teniendo en cuenta que la actividad prioritaria de las USBBD es la prevención y promoción de la salud en la población infantil de 6 a 15 años, el papel a desarrollar por las higienistas dentales es clave. En el marco de su función asistencial está: practicar la educación y promoción sanitaria de forma individual y colectiva, controlar las medidas de prevención que los pacientes realicen, realizar intervenciones directas para prevenir las enfermedades bucodentales y trabajar conjuntamente con el odontólogo en intervenciones dentales complejas, siendo por ello el eje fundamental para el desarrollo de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud²¹. En definitiva, esta fue otra de las líneas de mejoras identificadas en el análisis de situación, y que manifiesta la inequidad entre las USBBD públicas de España, ya que comunidades autónomas como Madrid, Castilla La Mancha o Murcia, entre otras²², incorporaron esta categoría profesional por su papel predominante en actividades docentes dirigidas no solo a la población, sino a los propios integrantes del Centro de Salud, mediante el desarrollo de sesiones docentes claves para unificar criterios de actuación y compartir el conocimiento. Al fomentar el conocimiento en toda la comunidad sanitaria pública, según los expertos de este estudio, influirían eficientemente en el aumento de usuarios en la USBBD. Al mismo tiempo, aunque no es objeto de este estudio, se contribuiría a favorecer la equidad entre los perfiles profesionales de las CC.AA. al incluir esta categoría profesional en el SAS.

Adicionalmente se ha propuesto en la reunión de consenso la incorporación de odontoestomatólogos especializados en Odontopediatría. Se fundamentan en que este profesional certificado ha seguido una formación postgraduada para la provisión de los cuidados orales y tratamientos del colectivo infantil desde su nacimiento hasta el paso a adulto, incluyendo a los niños con necesidades especiales. Los pacientes tienden a reducir sus niveles de ansiedad y experimentar menos miedo con la edad y a medida que se visita al dentista periódicamente, siempre que no existan experiencias negativas. Concienciar a la población adulta de la importancia de la prevención en la salud oral de los escolares de 0 a 15 años, y superar sus propios miedos, eliminaría este tipo de limitación psicológica. Por ello, profesionales formados y especializados en el control de la conducta y la ansiedad, que optimicen la comunicación con el paciente y los padres, ya sean odontopediatras como higienistas dentales, lograría posiblemente un aumento de la demanda del PADI.

La calidad de un sistema sanitario no deber ser medida únicamente por la existencia de unas infraestructuras o equipos sofisticados, sino por la evitación de las complicaciones

en salud. Un futuro razonable en incentivos para la calidad pasaría por evolucionar hacia medidas indicativas de resultados finales empezando por las que señalan buen control de enfermedades crónicas, en este estudio en cuestión el control de enfermedades bucodentales, mediante un trabajo continuado que tenga en cuenta hacia donde se va y cuáles son las medidas que deben tomarse para garantizarlo.

Los incentivos, financieros y no financieros, son un instrumento que las Administraciones pueden utilizar para desarrollar y sostener unos recursos humanos con las capacidades y experiencia necesarias para dispensar los cuidados requeridos, pero en general, la literatura indica que no hay un enfoque sencillo para crear incentivos y su capacidad para lograr los resultados depende de una serie de elementos contextuales²⁵. Esto exige no solo voluntad política y un trabajo arduo y sostenido, sino también que todos los profesionales reconozcan el compromiso, las capacidades y los beneficios para la salud bucodental. La aplicación de un conjunto de incentivos eficaces representa una inversión mediante la cual el personal pueda protegerse, fomentarse y desarrollarse. No se apuesta por incentivos exclusivamente financieros, es más motivador la posibilidad de disponer de flexibilidad horaria o establecer jornadas de descanso²⁵. Según Ortún, conviene huir de la idea simplista del incentivo como forma de combatir la aversión al esfuerzo y al riesgo, sería necesario tener presente la motivación intrínseca (las preferencias de las personas por el trabajo, la búsqueda de la aprobación social, la reciprocidad...)²⁴.

Los incentivos por capitación ha sido identificado en diferentes estudios y se ha demostrado que la calidad del tratamiento proporcionado puede ser reducido¹⁹. Los dentistas reciben una cuota fija por paciente bajo supervisión, sus recompensas financieras se correlacionan positivamente con el número de pacientes. El incentivo económico es minimizar el tiempo empleado por paciente con el fin de maximizar el panel de los pacientes. Eso puede dar lugar a enfermedades dentales sin tratar. Otro punto débil es que los dentistas tienen menos tiempo para la prevención, para dar consejos o para la realización de procedimientos preventivos como sellado de fisuras¹⁹. En cuanto a las recomendaciones de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), en 2012, los programas de pago por desempeño han de ser sometidos a una profunda revisión, para conocer si en realidad se desarrollan y registran adecuadamente, explorando la frecuencia de evaluación de los indicadores, el desarrollo de las auditorías profesionales, la independencia de los evaluadores y los mecanismos de revisión, así como la validez y fiabilidad del conjunto. Los expertos del grupo nominal durante la fase de exploración estaban en consonancia con lo anteriormente recomendado por SESPAS, admitiendo la necesidad de realizar auditorías de las actuaciones profesionales en los usuarios de la prestación dental tanto en centros públicos como en privados, no exclusivamente para evaluar su rendimientos profesional, sino para vigilar el seguimiento de los usuarios con necesidades de tratamiento bucodental, constatando un

NSK

CREATE IT.

Surgic Pro⁺

Micromotor para Implantología



- POTENTE
- SEGURO
- PRECISO

2.990€*
5.748€*

3.990€*
7.620€*

4.490€*
8.530€*

Surgic Pro

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003587**

- Incluye Contra-Ángulo SG20
- Sin Luz · Reducción 20:1

Surgic Pro **LED**

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003586**

- Incluye Contra-Ángulo X-SG20L
- Con Luz · Reducción 20:1

Surgic Pro⁺ **LED**

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003585**

- Incluye Contra-Ángulo X-DSG20L
- Con Luz · Reducción 20:1 · Desmontable
- Almacenamiento de datos · USB

REGALO: 2º Contra-Ángulo del mismo modelo
+ Pieza de Mano



- Pieza de Mano SGS-ES
- Sin Luz · Velocidad Directa 1:1



- Pieza de Mano X-SG65
- Sin Luz · Velocidad Directa 1:1



- Pieza de Mano X-SG65L
- Con Luz · Velocidad Directa 1:1

NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

Módena, 43 · El Soho-Európolis · 28232 Las Rozas de Madrid · tel: +34 91 626 61 28 · fax: +34 91 626 61 32 · e-mail: info@nsk-spain.es

* Los precios no incluyen IVA · Oferta válida hasta el 31 de julio de 2017

tiempo mínimo desde la fecha de servicio para poder auditar las formas de consentimiento del paciente, el histórico de tratamientos procesados al usuario, notas clínicas sobre los dientes que se relaciona con un servicio, cualesquiera de otros documentos pertinentes, tales como facturas o los recibos que muestran que los servicios reclamados fueron prestados.

La realidad social, revelada en la reunión de expertos, señalaba situaciones de actuaciones profesionales no éticas, donde los odontoestomatólogos realizan un seguimiento sesgado de los niños asignados, realizando únicamente tratamientos preventivos o de promoción de salud e ignorando las necesidades de Odontología conservadora, que en el caso de los profesionales concertados por el SSPA pueden resultarles en algunas ocasiones de escasa rentabilidad económica. Es por ello, que otra de las líneas de actuación de los resultados de este estudio, refleja la necesidad de modificar la captación selectiva de TADA de los dentistas concertados, para evitar que ningún usuario pueda sufrir discriminación por el hecho de presentar patología oral múltiple, y para evitar el colapso en los servicios de Odontología públicos con este tipo de pacientes, dada que la red asistencial pública es considerablemente inferior a la privada, y se estaría limitando la accesibilidad de los usuarios que más requieren de prestación dental. Otro de los limitantes en el sector público, generado en el grupo de expertos, sería la necesidad de compatibilizar el uso del PADI con el horario escolar o laboral de los padres, esto es, se precisa de una flexibilidad horaria por parte de los usuarios en la selección de citas, priorizando la oferta de citación en jornada de tarde. Es frecuente que la decisión, de escoger un tipo de servicio PADI público o privado se tome una vez tenida en cuenta la oferta disponible, tanto en términos de servicios como del conocimiento emocional que la experiencia ha aportado a los individuos, así como valorando las prioridades de la vida cotidiana. En estas prioridades, el factor tiempo ha surgido en el contexto como un importante determinante de las acciones. El conocimiento de la oferta de los servicios y las experiencias previas, así como la situación de los padres o niños, modulan el tipo de demanda.

En cuanto al argumento generado de incrementar las cohortes de cobertura a edades más precoces, es acorde al sistema nórdico de prestación dental²⁶. A diferencia de la dentición permanente, es en la dentición primaria temprana donde la progresión de la caries es más rápida y la existencia de lesiones de caries de dientes deciduos es un reconocido predictor de desarrollo de futuras caries. Por ello, el mapeo epidemiológico de la caries en los niños más pequeños debe ser prioritario. Los exámenes de salud oral llevados a cabo en los países escandinavos a estas edades son considerados análisis adicionales costo-beneficio y el equilibrio de costos contra los beneficios tiene que ser evaluado. El registro de estos datos permite planificar de un modo más preciso el futuro cuidado oral y orientar el uso de los recursos para la prevención. El resultado de esta política se traduce en menos recursos

utilizados en el tratamiento de enfermedades dentales y sus secuelas, por lo que se contribuye a la reducción de gastos²⁶. Por ende, la planificación de la atención bucodental debería incluir a niños menores de 6 años de edad, sobre todo los de grupos de alto riesgo de caries que podrían ser fácilmente reclutados a través del programa de salud bucodental de educación infantil existente "Sonrisitas" del SSPA. Los padres deberían ser invitados a completar un cuestionario sobre su actitud frente a la salud dental y sus rutinas de cuidado para los dientes de sus hijos al igual que lo hacen en el proyecto nórdico de salud bucodental.

En último lugar, los integrantes de la reunión mostraban insatisfacción respecto al déficit de equidad interprovincial en cuanto al establecimiento y la actualización de protocolos y guías clínicas en el PADI. La mayoría de las provincias no disponen de un coordinador provincial odontoestomatólogo o específico de PADI que gestione cuestiones administrativas y clínicas que surgen en el día a día de la prestación. Estas gestiones son demandadas tanto por los componentes de la red asistencial público-privada, como por los usuarios, que en muchas ocasiones se encuentran desorientados ante complicaciones que puedan darse en la asistencia dental. Las auditorías propuestas anteriormente podrían ser competencia de este coordinador del PADI, velando así por la excelencia en la calidad y en el acceso de la prestación dental.

Las ideas propuestas por los "expertos" de este estudio pueden evitar que los resultados del uso del PADI comprometan la continuidad de la acción preventiva del programa por déficit de usuarios demandantes. Las instituciones públicas competentes deberían de instaurar acciones de perfeccionamiento o reorientación de la prestación, que traduciría unos mayores índices de utilización, incorporando a más usuarios que probablemente más lo necesitan y menos lo usen. La crisis económica puede configurarse como un elemento de oportunidad para la implementación de estas nuevas propuestas, promoviendo el "benchmarking"²⁵, esto implicaría aprender de las buenas prácticas que se están haciendo en otros programas de salud bucodental para motivar o incentivar al personal y adaptarla según las circunstancias y características propias de los odontoestomatólogos del SSPA.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses por parte de los autores de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a los Dres. Javier Clavero González, Francisco Javier Pascual Codeso, Antonio Manuel Blanco Hungría, Álvaro Melado Pagador, Lourdes Galán Marín, Carlos María Fernández Ortega y Leticia Marchena Rodríguez por sus aportaciones en este grupo nominal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cortés Martinicorena FJ. *Los servicios dentales para jóvenes en España. ¿dónde estamos y a dónde queremos ir?* En: SESPO (ed.) Las nuevas prestaciones y los

- nuevos retos de la salud oral en España. Jornada de Invierno de SESPO. Barcelona 2008. p. 33-48.
2. Barriuso Lapresa L, Sanz Barbero B. Análisis multinivel del uso de servicios de salud bucodental por población infanto juvenil. *Gac Sanit* 2011;25(5):391-396.
 3. Bravo M. *Discusión conjunta de los hallazgos*. En: Simón F (ed.) El PADI en el País Vasco y Navarra. Actividad, opinión de sus dentistas y epidemiología (1990-2002). Valencia: Promolibro S.L; 2005. P. 95-100.
 4. Parry J, Humphreys G. Health amid a financial crisis: a complex diagnosis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009; 87(1): 4-5.
 5. Consejo General de Colegios de Dentistas de España. *La salud bucodental en España. Encuesta poblacional*. Madrid: Edicomplet; 2010.
 6. Dirección General de la Salud y los Consumidores de la Comisión Europea. Eurobarometer on Oral Health. February 2010.
 7. Dirección General de Planificación y Ordenación Farmacéutica de la Conserjería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. *Informe de la prestación asistencial dental que establece el Decreto 281/2001*. 2014 diciembre.
 8. Simón Salazar F, Aguirre Urizar JM. 25 años del PADI en el País Vasco (1990-2014)”. *RCOE* 2015; 20(3): 165-178.
 9. 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. *BOJA* 2001; 150: (20) 885-86.
 10. Orden de 19 de marzo de 2002 por la que se desarrolla el 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, y se establecen las condiciones esenciales de contratación de los servicios y se fijan sus tarifas. *BOJA* 2002; (36) de 26 de marzo de 2002.
 11. Pinilla Domínguez J. *La economía de los servicios de atención bucodental en España*. Cuadernos Económicos de ICE (67): 135-160.
 12. Van de Ven AH, Delbecq AL. Nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *American Journal of Public Health and the Nations Health* 1972; 62: 337-342.
 13. Martínez Miguélez, M. *Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa*. Paradigma, Maracay, v. 27, n. 2, dic. 2006. [Consultado el 8/2/2015]. Disponible en <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512006000200002&lng=es&nrm=iso>.
 14. Jerkovic K, Binnekade JM, Van der Kruk JJ, et al. Differences in oral health behaviour between children from high and children from low SES schools in The Netherlands. *Community Dent Health* 2009; 26: 110-5.
 15. Romero Rodríguez AV, Rosel Gallardo EM, 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. *RCOE* 2012, Julio; 3(17): 169- 172.
 16. Protocolo de actividades de Salud Bucodental en centros educativos de la Comunidad Valenciana. [Consultado el 31/05/2015]. Disponible en: http://www.cece.gva.es/eva/docs/innovacion/Protocolo_SBD_08.pdf
 17. Ministry of Social Affairs and Health. Child and Family Policy in Finland. *Layout and printing: Juvenes Print*. Finnish University Print Ltd, Tampere, Finland 2013.
 18. Pinilla J, González B. Equity in children’s utilization of dental services: effect of a children’s dental care programme. *Community Dent Health* 2006; 23: 152-7.
 19. Woods N. The role of payments systems in influencing oral health care provision. *OA Dentistry* 2013 Aug 01; 1(1): 2.
 20. Adams O, Hicks V. *Pay and non-pay incentives, performance and motivation Global Health Workforce Strategy Group*. WHO, Geneva. 2001.
 21. R.D. 769/2014 de 12 de septiembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Higiene Bucodental y se fijan sus enseñanzas mínimas. *BOE* 2014. 241: 79: 186-252.
 22. MSC Instituto de Información Sanitaria. *Subcomisión de Sistemas de Información del SNS*. [Consultado el 27/05/2015]. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/ATENCION_A_LA_SALUD_BUCODENTAL.pdf
 23. Marquez Rodríguez JA, Navarro Lizaranzu, M, Cruz Rodríguez D, Gil Flores. ¿Por qué se le tiene miedo al dentista?: Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la Sanidad Pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales. *RCOE*. 2004, 2(9):165-174.
 24. Ortún Rubio V. Mejor (servicio) siempre es más (salud). *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80:1-4.
 25. Eirea Eirasa C, Ortún Rubiob V. Incentivos financieros en la mejora de la calidad asistencial. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit* 2012; 26(S): 102-106.
 26. Skeie M, Klock KS. Scandinavian systems monitoring the oral health in children and adolescents; an evaluation of their quality and utility in the light of modern perspectives of caries management. *BMC Oral Health* 2014; 14: 43.