

ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LA EQUIDAD EN SALUD. UNA VISIÓN EN SALUD ORAL

coem 
Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y
Estomatólogos de la 1ª Región



ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LA EQUIDAD EN SALUD.

UNA VISIÓN EN SALUD ORAL.

Edita: Fundación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (FCOEM)

ISBN: 978-84-939003-2-8

NIÚMERO DEPÓSITO LEGAL: B-6537-2013

Maquetación e impresión: Flying Monkeys Publicidad

Tirada: 300 ejemplares

Fecha de edición: Marzo 2013.

Las opiniones emitidas en esta publicación son de exclusiva responsabilidad del autor.

Los derechos de explotación de esta obra están amparados por la Ley de Propiedad Intelectual. Ninguna de las partes de la misma puede ser reproducida, almacenada ni transmitida en ninguna forma ni por medio alguno, electrónico, mecánico o de grabación, o cualquier otra forma, sin permiso previo, expreso y por escrito de los titulares del

PRÓLOGO

AUTORA.

Rosario Garcillán: Profesora Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria. Director del Título Propio "Odontología Preventiva: Programas Preventivos, Comunitarios e Individuales. Protocolos". Facultad de Odontología Universidad Complutense de Madrid.

Siguiendo el concepto Aristotélico de igualdad entre iguales, "lo justo y lo equitativo son lo mismo y aunque ambos son buenos, es mejor lo equitativo".

El lugar dónde nacemos nos condicionará a lo largo de nuestra vida, y si pudiéramos elegir lo haríamos en el primer mundo, dónde los deberes y derechos del ciudadano están compensados y nos ofrecen amplias posibilidades de desarrollarnos en una vida plena.

El origen de la desigualdad se basa en procesos sociales, no naturales, y conlleva una disminución en las posibilidades de educación, cultura, trabajo, vivienda, salud... Siempre existen grados de desigualdad, pero se puede aseverar que la pobreza y la deficiente atención en salud van con más frecuencia de la mano.

En el informe económico del Banco Mundial del año 2000 es reseñable que se incluían ya medidas referentes a los servicios de salud, haciendo hincapié en que los progresos tecnológicos alcanzados en medicina se apliquen también en el mundo "en desarrollo".

En este momento de crisis económica, la inequidad es uno de los problemas más relevantes y complejos de nuestra sociedad. La inequidad se define como las diferencias en el estado de salud y la atención recibidas por unos grupos de la población debidas a factores sociales, económicos, culturales y por el diferente acceso, calidad y recursos de los sistemas sanitarios.

Juan Pablo II, en uno de sus viajes por Latinoamérica dijo: "Los pobres no pueden esperar". La OMS ya informó de la necesidad de disminuir mortalidad y morbilidad de los más pobres en su informe de 1999, y a pesar de ello, no se genera cambio social, y no reciben atención sanitaria de forma adecuada.

Los riesgos biológicos y sociales de cada sociedad y cada individuo son distintos, por lo que debemos identificarlos y orientar sus recursos para minimizar las desigualdades.

Los profesionales sanitarios somos testigos impertérritos de las desigualdades en salud y debemos transformarnos en agentes activos del cambio. Según Rawls, todos los bienes sociales como libertad, bienestar, respeto, oportunidad... deben ser repartidos igualmente o a favor de los menos favorecidos. Así que debemos primero definir nuestros valores básicos comunes e intentar que lleguen al mayor número de ciudadanos de forma equitativa.

Las actuaciones dirigidas a controlar las desigualdades en salud intentan erradicar de forma secundaria la pobreza.

En los años 70, se desarrollaron las bases de la Atención Primaria de Salud. En esta estrategia se apostaba por la equidad, la accesibilidad económica y cultural, cooperación multisectorial y la participación de la comunidad en un sistema de salud para toda la población.

La OMS en su informe sobre la salud mundial afirma que la diferencia, entre un sistema sanitario que funciona, y otro que no, se mide en muertes, discapacidades, empobrecimiento y desesperanza.

A pesar del conocimiento del problema, en este siglo XXI, nuestra profesión pone más énfasis en los tratamientos curativos y tecnológicos de la odontología que en programas de promoción y prevención en la comunidad para lograr y mantener la salud oral.

Debemos valorar en nuestros programas de salud distintos indicadores que nos muestren la distribución desigual de la salud y sus factores de riesgo, los diferentes estilos de vida, la calidad de la atención sanitaria... necesitamos un cambio personal de todos los agentes involucrados en los distintos ámbitos sociales.

La formación y educación de todo el personal que compone el equipo de salud debe ser parte de la planificación para favorecer el acceso mayoritario a la salud bucodental.

Nosotros somos una profesión que se dedica a promocionar la salud, prevenir las enfermedades y tratarlas de forma adecuada y accesible para la población con los recursos que contamos. Pero primero tendremos que identificar las necesidades y dentro de ellas, sus prioridades.

Debemos mantener un compromiso de salud con los más vulnerables basado en nuestra formación

científica actualizada, en la evidencia científica, honestidad, nulo protagonismo, y solidaridad.

Pero sobre todo, debemos declarar la SALUD como un bien deseado de gran valor social y avanzar desde aquí hacia la igualdad, con las múltiples propuestas que se abordan en esta guía y bajo el análisis detallado de distintos ángulos de cada profesional que participa en este trabajo.

Finalizo este prólogo, refiriéndome a las palabras de Platón que decía “Donde quiera que se ama el arte de la Medicina se ama también a la humanidad”, y así nos juzgarán no sólo por como tratamos a los que más tienen, sino por cómo lo hacemos a los que tienen poco o nada.

M^a Rosario Garcillán Izquierdo

INTRODUCCIÓN

“Sé el cambio que quieres ver en el Mundo”

Mahatma Gandhi (1869-1948)

El objetivo de la Comisión de Compromiso Social del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la 1ª Región es aportar con esta guía más información que nos ayude a **reflexionar en las desigualdades en salud bucodental**.

Es una realidad indiscutible que la salud oral de nuestra sociedad depende de los profesionales sanitarios que nos dedicamos a ello, tanto odontoestomatólogos, higienistas, protésicos, auxiliares y empresas e instituciones del sector. Somos quienes podemos actuar y disminuir estas inequidades en la población. Los que realmente podríamos desarrollar un sistema de promoción de la salud bucodental que llegara a **todos** y un programa sostenible para mantener al paciente en salud.

Conscientes de la importancia de institucionalizar las actuaciones solidarias del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región y crear un departamento que se encargue de la responsabilidad social corporativa (RSC), se crea la **Comisión de Compromiso Social** destinada a esta labor en el año 2011. Para aunar y gestionar todas estas iniciativas e ir más allá en el compromiso solidario en el año 2012 se constituyó la **Fundación COEM** a través de la cual nuestro compromiso con la sociedad se hace más evidente y nuestra Comisión adquiere una mayor relevancia.

No nos gusta la palabra “solidaridad” para definir el trabajo que realizamos desde esta comisión. La solidaridad es uno de los valores humanos por excelencia. Todos somos de alguna manera solidarios, unos más comprometidos que otros, algunos de forma más desapercibida en su vida diaria y otros con acciones más fuera de lo cotidiano. Especialmente en situaciones difíciles solemos ser solidarios con los más desfavorecidos. La palabra solidaridad ha ganado ciertas connotaciones a lo largo de los últimos años que hacen que no defina bien a una comisión que pretende cumplir con **un compromiso que todos tenemos como profesionales sanitarios**. No se trata de ser “solidarios”, eso ya se da por hecho.

En el caso de la Comisión de Compromiso Social del Colegio se trata de **cumplir con una responsabilidad que tenemos con la sociedad** como únicos profesionales que podemos diagnosticar y tratar la salud oral de las personas. Es responsabilidad de este colectivo que **la salud sea un Derecho**

Universal, ¿qué mejor que informarnos e investigar en este campo? Sólo así podremos actuar para minimizar estas desigualdades adquiriendo el compromiso de trabajar por la igualdad en nuestro campo.

Dentro del plan estratégico de nuestra Comisión, **la sensibilización es uno de nuestros principales objetivos**. Creemos que esta guía es una forma de dejar plasmado datos que nos ayudarán a avanzar en este sentido. Aportando nuestro granito de arena como profesionales de este sector en la reflexión acerca de por qué existen desigualdades tanto en el mundo desarrollado como en los países empobrecidos, ya que estas afectan de forma directa a la salud bucodental.

Queremos agradecer la colaboración desinteresada de los autores de reconocido prestigio que han colaborado con esta guía y sobretodo agradecer muy especialmente a David González Alarcón que ha sido la persona que ha creado y puesto en marcha este proyecto y nos demuestra con su visión, su trabajo y ejemplo que un Mundo más justo es posible.

Gracias a todos los que habéis apoyado nuestro proyecto. No debemos olvidar que juntos somos más fuertes y podremos lograr lo que nos propongamos. Sólo hace falta estar unidos en una misma dirección, hacia **el objetivo común de la igualdad en salud**.

Silvana Escuder Álvarez
Vocal de la Junta de Gobierno y Responsable de la Comisión de Compromiso Social

ÍNDICE

PRÓLOGO.

Dra. Rosario Garcillán Izquierdo.

1.- INTRODUCCIÓN ————— pag 9.

Dra. Silvana Escuder Álvarez (Responsable de la Comisión de Compromiso Social COEM).

2.- CAUSAS Y EFECTOS DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LA SALUD ORAL ————— pag 13.

Dr. César Ernesto Abadía Herrero.

3.- REVISIÓN HISTÓRICA DE LAS POLÍTICAS HACIA LA EQUIDAD EN SALUD. UNA VISIÓN EN SALUD ORAL ————— pag 35.

Dr. David González Alarcón.

Dra. Alicia Masa Otero.

Dra. Julia Sánchez Ituarte.

4.- ESTADO DE LA EQUIDAD EN EL ACCESO A LA SALUD ORAL:

4.1. Equidad y salud oral. Contexto Mundial ————— pag 55.

Dr. Juan Carlos Llodra Calvo.

4.2.- Desigualdades en salud bucal en España. El objetivo de equidad en el acceso a los servicios ————— pag 71.

Dr. F. Javier Cortés Martincorena.

4.3. El PADI del País Vasco. Un sistema asistencial para crecer en salud ————— pag 83.

Dr. Federico Simón Salazar.

4.4. Presente y futuro del programa dental a discapacitados Extremadura. El derecho a la igualdad en salud, en grupos desprotegidos ————— pag 109.

Dr. Jesús Rueda García.

4.5. Recursos Humanos y Odontología. Orientación de los servicios en un marco de equidad ————— pag 127.

Dr. Antonio Castaño Seiquer .

Dr. David Ribas Pérez.

Dra. Laura San Martín Galindo.

CAUSAS Y EFECTOS DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN LA SALUD ORAL

AUTOR

César Ernesto Abadía-Barrero: Odontólogo, Especialista en Patología Oral, Doctor en Antropología Médica. Profesor Asociado de Antropología, Universidad Nacional de Colombia.

Profesor Visitante, Departamento de Salud Global y Medicina Social, Harvard Medical School

Correo: cesarernestoabadia@gmail.com

RESUMEN

Las corrientes críticas desde las ciencias sociales y la medicina social postulan que las desigualdades sociales en salud, es decir, los resultados adversos en salud en individuos o grupos, reflejan la concentración y las relaciones asimétricas de poder en una perspectiva histórica. Para avanzar en la discusión sobre desigualdades sociales y salud oral se propone un marco analítico basado en los conceptos clasismo, racismo, sexismo y heterosexismo y orden colonial/imperial. En un momento histórico en el que la salud oral global toma auge, el texto discute tres áreas de investigación e innovación: 1) Educación y Praxis Odontológica, que pone de relieve la tensión entre el derecho a la salud y el ánimo de lucro que ha estructurado la odontología, principalmente debido a su legado como profesión independiente y liberal. 2) En la parte Tecnología y Desigualdades se debate cómo las industrias biotecnológicas han impuesto innovaciones técnicas, que se han convertido en los protocolos de atención a pesar que no se sustentan en investigaciones ni en resultados clínicos justificables. 3) Al plantear la pregunta ¿para qué sirve la odontología?, se discute la tercera área: El Valor Social de la Salud Oral. En esta se busca adelantar el debate sobre las escasas respuestas que la odontología ha dado a las necesidades en salud de la mayoría de la población.

Se concluye que el desafío es desmarcar el bienestar humano y el componente de salud oral de la ideología impuesta por la profesión odontológica: una praxis liberal e independiente de otras profesiones de la salud y de otros quehaceres relacionados con el bienestar, y un ideal estético-funcional útil a los múltiples mercados que se lucran de la atención en salud oral.

ABSTRACT

Critical perspectives coming from social science and social medicine propose that social inequalities in health, that is, individual or group adverse results in health care, are the result of historical concentrations of power and asymmetric power relationships. In order to advance in the discussion about social inequalities and oral health, an analytical framework based on the concepts classism, racism, sexism and heterosexism, and colonial/imperial order is proposed. At a historical juncture in which global oral health is becoming an important issue, the paper discusses three areas of research and innovation: 1) Education and Dental Praxis, highlights the tension between the right to health care and the for profit interests that have structured the dental profession. This tension arises primarily because of dentistry's legacy as an independent and liberal profession. 2) In Technology and Inequalities, the imposition of technological innovations, which have become treatment protocols in spite of the lack of research or clinical studies that justify them, is discussed. 3) The question, what is dentistry good for?, helps discuss the third area: The Social Value of Oral Health. The aim of this section is to discuss the scant responses that dentistry has offered to the needs of the majority of the population.

In conclusion, the biggest challenge is to derail human wellbeing and its oral health component from the ideology that dentistry has imposed: a liberal praxis that runs independent of other health care professions and of other labor activities related to wellbeing, and an aesthetic-functional ideal that serves multiple markets that profit from oral health care.

PALABRAS CLAVE: Colonialismo, salud global, educación y praxis odontológica, tecnologías en salud, teoría crítica.

KEY WORDS: Colonialism, global health, education and praxis in dentistry, health care technologies, critical theory.

LA CONFUSIÓN DE TÉRMINOS: DIFERENCIAS, DESIGUALDADES E INEQUIDADES

Existen varias miradas sobre la relación desigualdad social y salud. Cuando los datos reportan que ciertas personas enferman más que otras, enfrentan mayores dificultades para recibir atención o, cuando la reciben, los parámetros utilizados en el tratamiento o los resultados obtenidos no son los ideales, surge la pregunta sobre cuáles serán los factores que causan tales diferencias en cuanto a presencia de enfermedades, acceso a los servicios de salud o calidad de la atención. Si se logra identificar que estas diferencias afectan a grupos específicos (sean personas con bajos ingresos, orientaciones sexuales particulares, o pertenecientes a ciertas etnias, razas, sexos, edades o regiones de procedencia) es innegable preguntarnos por los procesos que han originado estas realidades diferentes frente al derecho a la salud y el bienestar que son postulados y ratificados como universales por los distintos países y organismos supranacionales.

Dependiendo de las áreas del conocimiento y sus desarrollos teóricos, los datos discrepantes en salud entre grupos se entienden como diferencias, inequidades o desigualdades. Bajo la perspectiva naturalista, las diferencias se interpretan como inevitables o como rasgos específicos de individuos o grupos particulares. Si bien existen características biológicas distintas entre grupos, el énfasis genético como explicación monocausal de la diferencia humana rápidamente resulta en una línea argumentativa afín al paradigma eugenésico.¹ Otra vertiente naturalista es aquella que se apoya en una racionalidad culturalista para señalar la diferencia humana² y que con estudios sobre “costumbres”, “tradiciones” o “creencias” terminan señalando a ciertos grupos humanos como “inferiores”, ya que no siguen los ideales bajo los cuales los juzgamos. Bajo estas perspectivas se concluye que ciertos grupos humanos simplemente sufren más de ciertas enfermedades, probablemente porque su biología o prácticas culturales son diferentes, y que no buscan atención o se niegan a recibir determinados tratamientos por pertenecer a determinada “cultura”. Es fácil ver como estas perspectivas naturalistas no solo terminan legitimando diferencias sociales, sino que las refuerzan y aumentan al crear parámetros de cuidado diferenciados según los grupos humanos en cuestión.

Otras propuestas analizan tales resultados distintos entre individuos y grupos como fruto de la interacción humana y de los procesos históricos en donde unos grupos sociales ostentan y ejercen poder sobre otros. Las ciencias sociales cuentan con una trayectoria amplia para entender las diferencias humanas y el lugar del poder en ellas, y las ciencias de la salud se han dado a esta tarea más recientemente y han propuesto una forma propia de interpretarla.

Para las ciencias sociales, las diferencias son la esencia de la diversidad y la riqueza humana, pero las perspectivas críticas han desvelado que el poder que ostentan individuos y estructuras sociales transforma la diversidad, generando jerarquías; es decir, debemos poner la mirada en las dinámicas de poder que ocurren en la interacción social y en las dinámicas históricas en donde se desarrolla la vida. Así, de lo que se trata no es de identificar diferencias, sino de entender las construcciones sociales de la diferencia y sus consecuencias, lo que en estas vertientes se denomina desigualdades sociales. Se entiende que desde las primeras organizaciones sociales entre grupos humanos, hasta el actual orden social globalizado, unos grupos han resultado con ventajas significativas sobre los otros, generalmente la mayoría, quienes han sufrido procesos de exterminio, discriminación, explotación, expropiación, opresión y subordinación. Siguiendo a estas propuestas críticas, imposibles de resumir, de lo que se trata es de develar, entender y transgredir las desigualdades sociales a la luz histórica del ordenamiento mundial y sus hegemonías moderna, patriarcal y capitalista, fundamentales en la expansión geográfica de imperios clásicos y actuales³.

Desde las disciplinas de la salud, se han visto importantes desarrollos recientes que se suman a los legados que se hicieron desde la medicina social. Un avance importante para entender los diferenciales en salud entre grupos fue la creación de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud⁴. Esta perspectiva, impulsada principalmente por la epidemiología social anglosajona y liderada por Michael Marmot, reconoce las dinámicas so-

ciales relacionadas con los resultados adversos en salud en ciertos grupos y pone en el debate los aspectos éticos, al considerar que tales diferenciales en salud no obedecen a decisiones individuales sino que son evitables y, por tanto, injustos. Al hablar de determinantes estructurales e intermedios de la salud que pueden ser modificados, se pone en cuestión la “libertad” individual, principio del hombre racional que la ortodoxia económica tanto valora, y al proponer como concepto útil la equidad en salud entre países y dentro de los mismos, se redimensionan los resultados esperados en salud anclados a las metas de desarrollo del milenio con el fin de acabar con tales inequidades.

Uno de los avances más significativos de esta propuesta es enmarcar las causas de las inequidades en salud en la distribución desigual de la riqueza y el poder. Desafortunadamente la mayoría de los planes y programas propuestos para disminuir estas brechas entre grupos a partir de este enfoque no atacan las causas de los diferenciales del poder. Se plantean medidas de redistribución de riquezas, mejoras del ambiente dónde viven las personas o de las condiciones o tasas de empleo y, en general, la mejora de las condiciones de vida y el apoyo a grupos identificados como vulnerables, mediante ejercicios de “empoderamiento” local y programas específicos con gran participación comunitaria. Si bien todas estas medidas son importantes y consiguen resultados innegables, no generan las transformaciones necesarias para solucionar los problemas estructurales de la sociedad que son las que generan las inequidades. Es decir, bajan la fiebre pero no atacan la infección. Esta limitación del abordaje de la CDSS es explicable por ser una comisión de la OMS, que sigue a otros organismos de las Naciones Unidas en su línea de pensamiento moderna y liberal que no cuestiona al orden moderno / capitalista / patriarcal³ sino que lo llama a ser más distributivo y a invertir más en el bienestar. En este sentido, su propuesta de inequidad (definida como diferencias injustas y evitables) se queda en una propuesta liberal-burguesa sobre el poder y la acción social en tanto en las políticas y programas que se desprenden no se nombran ni identifican claramente los procesos históricos de poder como el clasismo, el racismo, la heteronormalización social o la presencia vigente de un pensamiento colonial que favorece el despojo que ocurre en la nueva fase imperial del capitalismo^{5 y 6}.

La Medicina Social Latinoamericana (MS) o la Salud Colectiva Latinoamericana (SCL) -con una trayectoria histórica anclada a los procesos revolucionarios de América Latina a lo largo del siglo XX y revitalizada con el giro geopolítico en el continente de las últimas dos décadas- aborda las desigualdades y la inequidad en salud de una forma diferente y nos ayuda a acercar la trayectoria teórica de las ciencias sociales con la de propuesta de equidad de la CDSS de la OMS, si bien los términos, como veremos, se vuelven más confusos. Según la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), “para la comprensión de la desigualdad es necesario desentrañar la inequidad que la produce. La desigualdad es, más bien, una expresión observable típica y grupal de la inequidad.”⁷. Para ALAMES, la diferencia principal entre la inequidad que asume la comisión y la perspectiva crítica impulsada por la medicina social latinoamericana es la forma como se juzga lo injusto y lo evitable. “Cuando aparece históricamente la inequidad, es decir la apropiación de poder y la concentración del mismo en determinadas clases, en uno de los géneros o en algunas

etnias, entonces la diversidad, en lugar de ser fuente de avance humano, pasa a ser un vehículo de explotación y subordinación. ... Entonces, para la MS Y SCL, no se trata de centrarse o limitarse a las desigualdades sociales en salud (que la CDSS equipara con inequidades) sino que examina la inequidad que les da origen, misma que deberá ser juzgada a partir de la apropiación de poder y de riqueza que la genera y las formas en las que se manifiesta. Así, la MS Y SCL, si bien apoyan el impulso de políticas sociales que reduzcan la desigualdad en salud, y en eso coincide con la CDSS, no limitará su acción a esto, sino que buscará la superación social de la inequidad que las produjo.”⁷

Es decir, que cuando decimos que hay inequidades en salud en términos de raza, etnia, condición económica, sexo, lugar de origen, entre otros, estamos estableciendo un juicio valorativo y todos podemos estar de acuerdo, desde la CDSS hasta la MS y SCL, en que son injustos y evitables. La diferencia radica en que desde la perspectiva de las ciencias sociales críticas y la MS y SCL nos vemos obligados a dar un salto cualitativo en términos del manejo político de los conceptos que usamos para valorar lo injusto y lo evitable. Bajo esta propuesta, en vez de “diferencias por raza” deberíamos utilizar la categoría racismo, en vez de “diferencias entre sexos”, deberíamos utilizar las categorías sexismo y heterosexismo, en vez de utilizar la categoría “diferencias en estatus socio-económico o por nivel de ingresos”, deberíamos utilizar las categorías diferencias por pertenencia de clase y clasismo, y en vez de “diferencias por lugar de procedencia”, deberíamos utilizar las categorías colonialismo e imperialismo. Estas categorías analíticas nos obligan a innovar, no sólo en nuestras propuestas analíticas, sino metodológicas, ya que, por un lado, tales categorías están íntimamente relacionadas (lo que se llama triple inequidad desde la MS y SCL o interseccionalidad desde las ciencias sociales) y, por el otro, las diferencias entre razas, etnias, sexos, clases y lugares de procedencia no nos dejan ver que en los procesos históricos que las producen lo importante es entender la relación dialéctica entre esferas y agentes de poder y grupos subalternos y no solamente sus manifestaciones⁸.

Si bien pueden existir acuerdos sobre lo injusto que son las inequidades en salud que se expresan en individuos y grupos, las respuestas serán diferentes si se piensa que el asunto es de mejorar indicadores (como la comisión) o de lo que se trata es conseguir transformaciones sociales profundas que impidan que unos sigan “acumulando bienestar” a expensas de otros⁹. ALAMES lo expresa nuevamente de forma elocuente: “La fuente primigenia de toda inequidad es la apropiación de poder: la apropiación privada de la riqueza que dio origen a las clases sociales, la apropiación patriarcal del poder y la apropiación por parte de grupos étnicos situados con ventaja estratégica.

I. Es decir, no podemos entender el racismo sin estudiar el mundo blanco y la forma como ha construido la diferencia racial, el sexismo sin estudiar las formas como el orden patriarcal y heteronormativo define posiciones y comportamientos de hombres, mujeres heterosexuales y sexos y sexualidades diversas, el clasismo sin estudiar a los sectores capitalistas en relación con las formas de acumulación y explotación, o el orden colonial y postcolonial sin estudiar los nuevos imperios y sus formas de dominación económica, simbólica y temporoespacial.

II. Con la frase “acumulando bienestar” estoy intentando hacer un juego conceptual. Parto de la idea de Bourdieu de acumulación de capital simbólico como forma de entender la diversidad de asuntos en cuestión (raza, sexo, clase, etc.), pero no coloco acumulación de capitales simbólicos sino de bienestar para señalar su relación con la salud. Siguiendo una perspectiva de análisis marxista, la acumulación se da a expensas de la explotación de otro/a y tal como ocurre en el capitalismo, el exceso de capital no es necesariamente “saludable” sino que su sobreacumulación genera crisis. Algo similar puede pensarse como metáfora en salud ya que, como veremos, el exceso de “bienestar” en salud oral ha llevado a otras patologías del desarrollo.

Esta es la triple inequidad que produce nuestras desigualdades sociales en salud. Las desigualdades en salud en la sociedad actual, son producto de esa triple inequidad que las genera y que acompaña inevitablemente a una sociedad como la capitalista que está regida por la acumulación de la riqueza en un polo, y la explotación, el despojo y la exclusión en el otro polo de la sociedad.”

En resumen, las inequidades en salud que propone la medicina social latinoamericana son similares a las desigualdades sociales propuestas por las ciencias sociales. La diferencia es que en la propuesta de inequidades se asume un juicio valorativo sobre la diferencia ya que se considera “injusta” y se hace un llamado a la acción cuando las plantean como “evitables”. Las ciencias sociales criticarían la idea de colocar el parámetro de la ética y la justicia como centro de la acción política, ya que la valoración de lo justo, como un orden moral para el debate, nos impide ver que la moralidad, la ética y la justicia son construcciones sociales e históricas, es decir no tienen una esencia positiva en sí mismas, y el debate se traslada a una esfera discursiva para ver cuál de las diferentes perspectivas tiene mayor razón, cayendo en la falacia burguesa de la racionalidad máxima como principio de la política. Es decir, desde las ciencias sociales la pregunta no es por definir cuándo y porqué algo es justo/injusto, sino desde dónde se define y cuáles los usos de distintos parámetros de justicia utilizados por las redes de poder. Tenemos que estar alertas que las redes de poder siempre intentarán cooptar nuestros términos y conceptos para tergiversarlos y redefinirlos para ponerlos al servicio de sus intereses. Por esto considero que es mejor continuar utilizando el término “desigualdades sociales en salud”, desde la perspectiva de las ciencias sociales y evitar plantear el debate como un asunto de justicia. Pero una posible salida, independientemente si usemos el término inequidad o desigualdad, es que aclaremos la perspectiva analítica que estamos utilizando de tal forma que sea imposible que nos coopten o malinterpreten. En nuestro caso, por ejemplo, planteemos que nuestro interés se centra en las desigualdades sociales en salud cuyo origen son el clasismo, el sexismo, el racismo y el orden colonial/imperial y, como consecuencia, las propuestas de acción deben estar orientadas a emancipar las sociedades de estos legados históricos. Es este marco analítico y de acción el que pretendemos proponer aquí para el estudio de la salud oral.

DESIGUALDADES SOCIALES Y SALUD ORAL

Cada vez aumenta la evidencia de la importancia de la salud oral para la salud general, como comorbilidad de varias enfermedades crónicas y para conseguir un desarrollo infantil adecuado. Desde mediados del siglo XX y con la OMS a la cabeza, se han creado grupos de trabajo que lideran los estudios y propuestas de intervención en salud oral. Más recientemente, en 2010, la OMS publicó otro informe sobre equidad, determinantes sociales y programas en salud pública. La salud oral se incluye por primera vez entre los 12 programas de alto nivel de prioridad, al cumplir con los criterios de representar carga de enfermedad alta, mostrar grandes disparidades entre poblaciones, afectar desproporcionalmente a ciertos grupos y estar reemergiendo o ser propensos a ser epidémicos⁸.

Las preocupaciones sobre la salud oral incluyen la presencia de enfermedades claramente relacionadas con la pobreza como el Noma; la relación entre factores sociales y “culturales” relacionados con el cáncer oral (principalmente por el consumo de tabaco y otras sustancias cancerígenas en ciertos sectores poblacionales); la gran prevalencia mundial de la caries y la enfermedad periodontal y la pérdida de dientes que ocasionan; las especificidades de manifestaciones orales de enfermedades sistémicas como en el caso del VIH; y las deficiencias en la atención en salud oral por el bajo número de personal calificado en gran parte del mundo. Más que un intento por abarcar la complejidad y magnitud de asuntos que implica la relación salud oral y desigualdades sociales, lo que se pretende en este apartado es utilizar algunos asuntos relevantes para la salud oral para proponer una lectura alternativa desde los paradigmas críticos ya mencionados, que nos permita cuestionar la forma como tradicionalmente hemos abordado la salud oral y nos abra la posibilidad a nuevas preguntas de indagación y estrategias radicales de intervención.

Iniciemos entonces por el Noma (llamado la enfermedad o la cara de la pobreza)⁸ que se reporta en niños de 3 a 5 años en África, Latinoamérica y Asia y el 90% mueren sin haber recibido ningún tipo de atención⁹. No en vano las imágenes que generalmente se incluyen en los textos de Noma son de niños negros y africanos y no porque esta enfermedad tenga un componente genético ligado a la raza o al continente africano, sino porque el Noma es un reflejo del orden racial mundial que impuso el imperialismo clásico, y continúa imponiendo el nuevo imperialismo⁶. Lo más alarmante, desde nuestra perspectiva, además de la inmunodeficiencia por desnutrición que termina, junto con otros factores, produciendo casos de Noma, es que las realidades diferenciadas frente a las posibilidades de vida basadas en el color de la piel fruto del legado colonial siguen marcando la vida de los habitantes de las postcolonias. El Noma, entonces, debe ser redefinida no como la enfermedad de la pobreza sino como una manifestación de la desigualdad global y su legado colonial/racial. En esta medida, y como primera propuesta radical frente al tema pobreza y salud oral, las discusiones sobre Noma deben incluir, mínimamente, la pauperización y expropiación histórica de regiones y las nuevas avanzadas de las industrias capitalistas del agro y de la extracción de recursos naturales que, junto con el avance de políticas neoliberales en países con escasas décadas de vida republicana, amenazan aún más su seguridad y soberanía alimentaria.

CARIES Y DESIGUALDAD SOCIAL: ¿ESPIRAL DE LUCRO-DESTRUCCIÓN A NIVEL MUNDIAL?

Si aplicamos tal perspectiva crítica a la prevalencia y distribución de las enfermedades orales más comunes también nos debe llevar a análisis y planes de acción distintos. Según Duque Naranjo y Mora Díaz¹⁰ si analizamos los mapas de distribución de la caries dental producidos por la OMS y basados en el banco mundial de datos en salud oral se ve que con estas imágenes representacionales de la caries se impone la idea que el índice COPD es un reflejo de la prevalencia de

la enfermedad y se logra ocultar la relación histórica entre caries e industrialización que antes de estos mapas eran discusiones frecuentes.

En efecto, se sabe que las tasas de caries dental en niños y la consecuente tasa de población adulta mayor edéntula son más elevadas en países desarrollados y en algunos grupos con mayor capacidad económica que en países en vía de desarrollo o en algunos sectores de bajos ingresos y que la causa más probable es el aumento en la ingesta de azúcares refinados, principalmente bebidas carbonatadas^{9,11 y 12}. Inclusive se ha llegado hasta a afirmar que las tasas de caries dental “son un buen proxy para medir desarrollo socioeconómico”¹².

Tal como se puede ver en los primeros mapas mundiales producidos por la OMS⁰ la distribución del índice COPD no sigue los parámetros de desigualdad mundial aplicables a otras enfermedades infecciosas (más prevalentes en regiones tropicales y países en desarrollo) ni enfermedades crónicas (más prevalentes en países desarrollados y con gran aumento a escala global). Existe, por el contrario, una prevalencia mayor en Europa y América del Norte, lo cual pareciera sustentar la tesis que a mayor desarrollo económico mayor presencia de caries dental desde la infancia, con tendencia a agravarse en la adultez. Sin embargo, con los mapas producidos posteriormente, la OMS hace un seguimiento a los índices COPD y muestra el descenso de la caries en los países del norte, con lo que parece apoyar la idea que es una nueva victoria de los países industrializados. Tal línea argumentativa sigue el pensamiento desarrollista, que ha sido altamente criticado como una forma ideológica de la avanzada del modelo capitalista/patriarcal/moderno³.

Según Duque Naranjo y Mora Díaz: “¿Habrá un trasfondo político en esta construcción, en la construcción de esta imagen? ¿Hay que industrializarse para reducir la caries?, o en su defecto, dado que esto es muy complejo, ¿deben los países en vías de desarrollo (no industrializados) recibir cooperación técnica y científica, asesoría de los países industrializados que han reducido la caries? ¿Hay que tener determinado modelo económico (economía de mercado) para reducir la caries? Había que refundar este discurso con base en la aritmética, como refiere Barmes, en la estadística, para derrumbar la imagen que se tenía, según la cual la caries dental había surgido como pandemia con la revolución industrial, es decir, que la caries era una enfermedad de la modernidad.”¹⁰

Una posible razón para fomentar tal idea es que “la construcción imaginaria que ha promovido la OMS.. ha tenido una eficacia incuestionable y corre paralela a la eficacia de las campañas publicitarias de productos para el cuidado de los dientes entre el público en general.”¹⁰ La propuesta de la OMS de aplicar la exención de impuestos y aranceles a ciertos productos cosméticos (en donde se ubican las pastas dentífricas) como forma de mejorar la disponibilidad de flúor en distintos países^{13 y 14} resulta “muy sospechosa, ¿por qué un organismo internacional de salud sugiere políticas públicas que benefician a ciertas compañías multinacionales de cosméticos?” cuando se pueden proponer otras propuestas alternativas¹⁵.

Sin embargo, la caries efectivamente se está convirtiendo en una nueva “carga de enfermedad” de los países en vía de desarrollo en la medida en que esfuerzos en países desarrollados han logrado reducir las tasas de la enfermedad y mejorar los índices de salud dental y los países en desarrollo muestran tasas en aumento vertiginoso¹⁰, principalmente por la penetración comercial de productos “alimenticios” con altos índices de azúcares refinados, ante los cuales no se han establecido respuestas puntuales (como regulación de mercados, impuestos o aumento de costos), o estructurales, como prohibición de la comercialización de productos claramente nocivos para la salud. La misma OMS pareciera no reconocer otras posibilidades: “se espera que la incidencia de la caries dental aumente en los países Africanos en desarrollo, particularmente como resultado de un aumento en el consumo de azúcares y exposición inadecuada a fluoruros”⁹.

El manejo diferencial que hace la OMS en sus textos de análisis y recomendaciones entre el mercado y los estados es notable. No solo se propone liberar de impuestos a los productos de grandes transnacionales de cosméticos sino que responsabiliza a las autoridades nacionales a “asegurar la implementación de programas factibles de flúor en sus países”⁹. Y miremos como la propuesta de programas de intervención sigue una lógica de consumo mediante la disminución de precios de las pastas dentales fluoradas y mejoras en la información y el conocimiento a los consumidores. El mismo documento dice: “Las estrategias incluyen impuestos y precios, información de las comidas, políticas de almuerzos escolares y programas nutricionales”⁹. La formulación de medidas en salud pública que protegen los intereses comerciales por parte de la OMS nos obliga a entender este organismo como componente ideológico fundamental de las Naciones Unidas, dentro de un marco político global en la cual los mercados siguen influenciando de forma importante al órgano multilateral más importante, junto con el Banco Mundial, en materia de recomendaciones y seguimiento en salud¹⁷. La importancia ideológica de la OMS se traslada de las esferas de las políticas públicas a los programas de investigación. Por ejemplo, en otro estudio sobre comunidades urbanas en África, se replica la idea del aumento de la prevalencia de la caries por el aumento del consumo de azúcares refinados y el acceso limitado a fluoruros y se propone: “buenas prácticas alimenticias mediante la combinación juiciosa de las comidas disponibles debe ser prominente en la promoción de una salud oral óptima en África”¹². A pesar del excelente trabajo que Enwonwu y colaboradores hacen para mostrar las complejas relaciones entre la nutrición y la salud oral, la discusión sobre el “qué hacer” bajo la perspectiva crítica, en vez de sugerir estrategias de orden individual/comportamental relacionadas con hábitos alimenticios, debe considerar la nutrición como un asunto político en la cual soberanía alimentaria y salud, deben ser pilares del desarrollo de la discusión.

Existe entonces una discusión pendiente sobre un ciclo que liga colonialidad con salud oral y que parece incluir una espiral de “lucro-destrucción”¹¹ que implica la penetración comercial de azúcares refinados en países pobres, el aumento en tasas de enfermedad oral y las nuevas propuestas de

11. Estamos avanzando distintos análisis en esta categoría, ver, 18. Alzate D, Oviedo D, Velosa L, Abadía Barrero CE. Derecho lucro-destrutivo: vivencias de la ideología posneoliberal en salud. In: Abadía Barrero CE, Góngora A, Melo Moreno MA, Platarrueda C, editors. Salud, Normalización y Capitalismo en Colombia. Bogotá: Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Rosario; 2013. En Prensa.

expansión comercial de productos preventivos, como las cremas dentales y, probablemente, del mercado biotecnológico y de materiales dentales que vendrá con el “desarrollo” de la profesión odontológica en esos países. Es incuestionable que la creación de poblaciones consumidoras de azúcares refinadas sin infraestructura en salud está llevando a un aumento de enfermedades orales con baja resolución tanto en países pobres como en población pobre y migrante en países con indicadores de desarrollo humanos medios o altos.

La discusión, entonces, debe abordar tanto la falta de infraestructura en salud como el control o la prohibición de determinadas sustancias alimenticias dañinas (bebidas carbonatadas con azúcares refinados y comidas rápidas), tal como ya aparece en algunas escuelas y colegios de países ricos, principalmente para disminuir la “epidemia” de obesidad y diabetes que presentan sus niños, niñas y adolescentes. Es decir, tenemos una oportunidad magnífica, desde la salud oral, para confrontar las ideas de progreso y desarrollismo, ya que no podemos tener un pensamiento histórico lineal y condenar a poblaciones protegidas de ciertas patologías del desarrollo, por lo menos en magnitud, a sufrir de altos niveles de enfermedad para luego controlarlos mediante propuestas de cambio comportamental individual y penetración comercial de mercados cosméticos y tecnológicos en salud.

Sin embargo, existe todo un esfuerzo desde la OMS por incluir la caries dental, el cáncer oral y la enfermedad periodontal severa dentro de la lógica de ser más prevalentes en poblaciones pobres⁸. Con esta propuesta, sin negar la desigualdad demostrable y en aumento de estas patologías, es lógico pensar en que la discusión política sobre la producción de la enfermedad oral y su afección diferenciada a distintas poblaciones en el mundo se puede poner fácilmente al servicio de la nueva retórica neoliberal que, co-optando el discurso de los derechos humanos, promueve estrategias de libre mercado y ayuda a los pobres (individuos o países) para que puedan comprar en el mercado los servicios en salud que necesiten. “Poblaciones en desventaja tienen menos probabilidades de visitar a un odontólogo si está disponible y generalmente tienen hábitos poco saludables o conocimientos y actitudes en salud oral. Las consecuencias del impacto en la mala salud son notables. La pobre salud oral puede amenazar la seguridad en el trabajo y la productividad económica que a su vez puede exacerbar circunstancias sociales, psicológicas y económicas adversas, que resultan en una espiral negativa que aumenta los daños en salud.”⁸. Lo interesante es que el discurso presentado parece incuestionable y en gran medida todos estaríamos de acuerdo. Un análisis crítico, sin embargo, permite entender como la forma de presentar la relación enfermedad oral/pobreza se desplaza ideológicamente de sus causas estructurales (el orden colonial/imperial) y de sus consecuencias pensadas en perspectiva histórica (la necesidad de emancipar las sociedades de las opresiones impuestas por tal orden) a una moralidad de mercado bajo la cual operan la mayor parte de los programas actuales de “ayuda” y “cooperación internacional”, incluyendo las ayudas económicas de las potencias mundiales y el denominado “filantropocapitalismo”.

La relación nutrición, higiene, hábitos, atención, puede sufrir una transformación fundamental en salud oral si asumimos una perspectiva crítica que rete el conocimiento que hasta ahora hemos construido. El manejo político de estos temas es un poco más claro en las políticas restrictivas

frente al tabaco y alcohol, relacionadas con varias patologías incluyendo el cáncer oral y la enfermedad periodontal. Las sociedades son conscientes de la necesidad de proteger ciertos grupos poblacionales de los efectos deletéreos de estas sustancias y se implementan varias medidas para controlar su comercialización e impacto en la salud. Lógicamente, los asuntos políticos y la moralidad del momento histórico de las sociedades se juntan, y poca gente se manifiesta en contra de las prohibiciones de estas sustancias a menores de edad. Sin embargo, para los adultos, se plantean estrategias diferentes de “control” basadas en reglas de mercado como aumentar el costo o los impuestos de los productos, o la exigencia de pautas publicitarias que expliquen los daños en salud que ocasionan las bebidas alcohólicas y los cigarrillos. La valoración de la “libertad” como esencia de la adultez liberal pareciera no tener discusión, sin embargo diferentes debates políticos y legales rápidamente nos permiten ver como la idea del sujeto libre y tomador consciente de decisiones también se ha construido históricamente. Recordemos que las sustancias adictivas diferentes al alcohol y el cigarrillo, y exceptuando también las que cuentan con patente de medicamentos y hacen parte de la farmacéutica médica aceptada, aún son penalizadas en la mayoría de los países y que la “libertad de portar armas” fomentada por la industria armamentista en Estados Unidos ha llevado a dolorosas masacres y ha traído a la mesa nuevamente el debate político de la “libertad” y “racionalidad” como valores supuestamente incontrovertibles, inclusive en el corazón de esta potencia mundial.

La ideología de mercado en salud nos ha llevado a pensar que la alimentación, los hábitos, la higiene y la búsqueda de atención son asuntos que obedecen al comportamiento individual y que la prestación de servicios en salud oral es un asunto netamente técnico. Debemos, por el contrario, entender que es la relación entre la política y los intereses comerciales a escala global lo que está en juego, es decir, un llamado a entender estos procesos de comercialización y regulación de sustancias y comportamientos como un asunto de economía política.

Lo interesante es que para las patologías orales se nos abre una ruta de discusión, investigación y análisis ya que algunas de ellas (noma, cáncer oral y la enfermedad periodontal, aunque esta última con variaciones poco entendidas) siguen claramente el reflejo de las desigualdades globales entre países pobres y ricos, ya que infecciones, malnutrición e inmunidad deficiente establecen una sinergia compleja en relación con la pobreza². Por otro lado, otras patologías, como la caries dental parecen ser resultado de las “patologías del desarrollo capitalista”, principalmente por la destrucción de procesos alimenticios y la instauración de hábitos de alimentación por parte de compañías con productos ricos en azúcares refinados. Es este escenario complejo el que nos puede permitir una agenda de investigación e intervención novedosa, políticamente comprometida y atenta a las diferencias regionales y al momento histórico que vivimos.

PROPUESTA DE AGENDA DE INVESTIGACIÓN Y ACCIÓN EN SALUD ORAL

Recientemente, la Asociación Internacional de Investigación Dental (IADR por sus siglas en inglés) lanzó una agenda de investigación para abordar las desigualdades orales a nivel global llamada iniciativa IADR-GOHIRA^{®19}. Esta propuesta, cuyo objetivo es reducir, e inclusive eliminar, las disparidades y desigualdades globales en salud oral en una generación, contiene avances importantísimos, en la medida que asume el marco general de los determinantes sociales de la CDSSS de la OMS para la salud oral y la necesidad de pensarla dentro del marco general de la salud humana. En consecuencia, este grupo de trabajo propone avances en investigaciones básica, clínica y de implementación e identifica 3 desafíos importantes: (1) vacíos en conocimiento y, específicamente, foco insuficiente en política social; (2) la separación de la salud oral de la salud general; y (3) inadecuados datos basados en evidencia (incluyendo programas creados a partir de investigaciones, estrategias para producir capacidades, sistemas estandarizados para medir y monitorear, etc.)¹⁹. Hacen un llamado para el trabajo conjunto en programas de investigación coordinados que abarquen múltiples sectores y que piensen en las patologías orales en conjunto, siguiendo el modelo de riesgos comunes. En su plan de acción se consigna el desarrollo de variables de medición para 2014 y una evaluación comprensiva de las variables para 2016 (que se intuye resultará en un nuevo índice global de salud oral), las cuales muy seguramente serán útiles para el seguimiento de distintos programas e iniciativas a futuro.

Desde nuestra perspectiva crítica, saludamos y apoyamos esta agenda, pero queremos hacer un complemento cualitativo, en tanto posicionamos un enfoque radical e introducimos elementos no contemplados, que deberían ser fundamentales en una propuesta de investigación y acción en salud oral.

EDUCACIÓN Y PRAXIS ODONTOLÓGICA

De ser una práctica integrada al ejercicio de médicos, herbolarios, sangradores, barberos y cirujanos dentistas y cuyo aprendizaje se hacía bajo el modelo de preceptorías, la odontología se constituyó en la mayoría de los países del mundo como profesión independiente al separarse de la medicina entre los siglos XIX y XX. Con el auge del conocimiento científico/moderno y el triunfo del paradigma bacteriológico sobre el de la medicina social²⁰, la odontología siguió el modelo de enseñanza en el que se separan entre ciclos básicos y clínicos y, posteriormente adoptó el modelo de la reforma Flexneriana, “que consistía en una fuerte presencia de las asignaturas básicas médicas, un ciclo preclínico y un ciclo clínico en un intento por profesionalizar la enseñanza de la odontología y apalancar su institucionalización como profesión en salud, diferente a la medicina.”²¹.

La educación en odontología, al seguir el modelo flexneriano, privilegia el conocimiento ultraespecializado y técnico sobre la enfermedad y, en gran medida, más que sobre el diagnóstico sobre las formas de rehabilitarlo. La otra faceta que la modernidad trajo a la profesión odontológica

es el establecimiento de su carácter como práctica principalmente liberal, en la cual las y los odontólogos tienen clínicas privadas para la atención convirtiendo su praxis profesional en una mercancía de servicio principalmente de lucro y monopolizada. En otras palabras la praxis de la odontología refleja una tensión “moral” en la que se rescatan los valores de pensarse como una profesión de salud pero cuyo éxito se basa en intereses individuales de empresa¹.

Se entiende, por lo tanto, que los esfuerzos actuales por acompañar las necesidades en salud con la protección de los principios liberales de la profesión terminen en propuestas de “justicia social” de orden contractualista en donde se ofrecen directivas morales a la distribución justa de recursos, a la compensación adecuada de los proveedores de servicios¹¹ y a un rango razonable de servicios. Por otro lado se plantean que otros paradigmas de justicia, como la igualitaria en donde los cuidados se asumen como integrales y universales, son un abordaje utópico que “pierde apoyo en muchos países debido a la preocupación en aumento con la deuda externa”¹¹. La penetración de la ideología de mercado en este tipo de propuestas es evidente porque se sabe que los precios de la salud, como de cualquier mercado, no son inmóviles. Lo que termina pasando con este tipo de propuestas es que se esconden los intereses del capital detrás de la salud en vez de develarlos para poder atacarlos o, por lo menos, controlarlos.

A estas dinámicas entre profesión liberal y mercados relacionados con la terapéutica odontológica, se suma la baja cobertura de odontólogos/as en relación a la población. Por ejemplo, en Africa se reportan tasas de 1:150.000 en comparación con tasas de 1:2.000 para países desarrollados, resultando en que una significativa proporción de niños y adultos no hayan visto nunca a un odontólogo⁹. Existe, entonces, una relación entre bajo uso de servicios según necesidades y escasez de profesionales en países pobres y áreas rurales⁸. Y a esta baja cobertura debemos sumar la fuga de cerebros que afecta de forma importante a profesionales de la salud en países en desarrollo²².

Este escenario inmediatamente suscita un llamado a aumentar el número de profesionales en salud oral por habitante. Si bien esto es importante, varios aspectos merecen reflexión. En cuanto a la necesidad de avanzar en el establecimiento de medidas efectivas de prevención, surge la pregunta si los profesionales de la odontología y el entrenamiento con énfasis técnico-rehabilitador que ofrecen las facultades son los adecuados para conquistar la prevención y reducir las enfermedades orales y su severidad. Probablemente sea claro que una estrategia de salud oral global requiere que el esfuerzo preventivo sea fruto de estrategias y líderes comunitarias y políticas. En este sentido, el saber experto odontológico no parece ser tan crucial y si bien la ausencia de profesionales de la salud oral es preocupante, tal nivel ultraespecializado de conocimiento en terapéutica dental no parece corresponderse con las necesidades de promoción y prevención de la mayoría de la población mundial.

Por otro lado, la gran mayoría de la patología oral puede recibir atención clínica que, no debería

ser pensada como exclusividad de las y los odontólogos. Haciendo eco del grupo de trabajo en desigualdades orales globales sobre enfermedad periodontal, siguiendo el marco conceptual de la comisión de determinantes sociales de la OMS, 'la falta de sistemas de salud oral adecuados y de personal calificado en salud oral, incluyendo higienistas dentales, existe en países en desarrollo con escasos recursos'²³. El tipo de conocimiento y actividades de la terapéutica en salud oral puede desplazarse de un perfil profesional a uno técnico y comunitario. Esfuerzos de este tipo ya existen en salud mental, en donde se han entrenado personas de la comunidad para brindar atención en salud mental con resultados interesantes. Una discusión pendiente, por tanto, es qué tanto del conocimiento especializado amerita un entrenamiento profesional y cuánto de la salud oral puede integrarse al desempeño de profesionales y técnicos de varias áreas de la salud e incluso de otras áreas de la vida social que pueden tener un impacto significativo en mejorar las condiciones de bienestar de las distintas poblaciones. El perfil de higienistas, operatoristas dentales, auxiliares, promotores de salud, debería replantearse y adecuarse a dinámicas locales de trabajo comunitario. Pero también otros profesionales y técnicos de la salud podrían incorporar dentro de su entrenamiento y práctica actividades pensadas como exclusivas del campo odontológico con lo cual no solo se mejora la cobertura sino que se desanda el camino que inició Flexner y ha subdividido los quehaceres en salud, fragmentando la necesaria integralidad del cuidado en salud. Además, sería interesante pensar cómo otro tipo de trabajadores comunitarios y de otros sectores, como la educación, podrían jugar un papel fundamental en la promoción del bienestar, la prevención y, porqué no, el manejo temprano de la enfermedad.

Lo que empieza a discutirse es cómo debe ser el equipo a cargo de la salud oral y si este equipo debe estar a cargo solamente de profesionales y técnicos del área de la salud o si la salud oral debe integrarse a equipos en salud existentes o en formación. Es decir, ¿debe haber un equipo dedicado exclusivamente a la salud oral? Romper con guetos de conocimiento y ejercicio profesional entre la odontología y otras áreas de la salud y entre la salud y otras actividades sociales que trabajan en contacto constante y directo con las comunidades se convierten en una fuente muy rica de oportunidades para redireccionar la salud oral en particular y la salud en general. Un análisis de las dinámicas locales y comunitarias nos puede arrojar ideas interesantes o innovadoras de cómo implementar planes de promoción, prevención e intervención básica, además de construcción de redes políticas en pro del bienestar general. En última instancia lo que se empieza a desprender de este análisis es la posibilidad de repensarnos la odontología como profesión independiente y reintegrar sus conocimientos y actividades al conjunto de prácticas que impactan el bienestar y la vida de los individuos y grupos poblacionales.

TECNOLOGÍAS Y DESIGUALDADES

Koenig ha denominado “imperativo tecnológico” al proceso en el que se fomenta la adopción de nuevas tecnologías médicas como el patrón de cuidado, independiente de que se haya comprobado su eficacia clínica. Estas nuevas tecnologías se convierten en la práctica cotidiana y en el protocolo de atención y los clínicos se sienten obligados moralmente a ofrecerle tales tecnologías a sus pacientes²⁵.

La terapéutica odontológica está caracterizada por la penetración masiva de tecnologías, tanto en equipos como en biomateriales. Un aspecto interesante que salta a la vista es que son pocos los estudios rigurosos que demuestren los beneficios de las nuevas tecnologías o biomateriales antes que su uso se haga masivo; inclusive hay terapéuticas que se han establecido como ideales como resultado de la penetración de los productos comerciales en la práctica de la profesión, pero que no cuentan aún con estudios que permitan evaluar sus resultados de forma comparada con otros tratamientos. Generalmente son las compañías biotecnológicas y de materiales dentales las que terminan ofreciendo la “educación continua” de los profesionales y más que avances en el conocimiento, las conferencias y simposios terminan mostrando ventajas de los productos del momento bajo lógicas químicas, físicas o estéticas, pero no se citan ni mencionan ensayos clínicos o artículos publicados que apoyen los anuncios comerciales, como se supone ocurre con la medicina basada en la evidencia. Más que mejoras en la relación conocimiento/tecnología con resultados en salud, las conferencias de odontología parecen más una vitrina de venta importante de las casas comerciales, cuyos clientes, los profesionales, quieren mantenerse competitivos al ofrecer a sus pacientes la tecnología “de punta”. Las tecnologías y los denominados “avances” ingresan a los mercados a costos elevados y los profesionales se ven obligados a transferir el costo a sus pacientes y a negociar estándares de cuidado diferenciados según los costos y la capacidad de pago del paciente.

Ya habíamos avanzado en señalar que los diferenciales en los parámetros de la atención en salud oral y los costos que produce el manejo comercial de la atención en salud oral perpetúa y afianza desigualdades sociales. Un ejemplo de ello es como el tipo de tratamiento en salud oral generalmente se divide en “tratamiento ideal” (lo que seguiría los parámetros técnicos disponibles) y “mejores prácticas”, con lo que se quiere señalar que son principalmente las condiciones socio-económicas del paciente o de su “entorno” las que dictaminan que tipo de actividades terapéuticas se terminan negociando, ofreciendo e implementando⁵.

Cuando la odontología y su énfasis contemporáneo curativo se valora con los principios de igualdad en la atención formulados por la oficina europea de la OMS (igualdad en el acceso a servicios de salud, uso igual a necesidades iguales y calidad igual para todos), aparece como una práctica bastante inequitativa¹. Las dificultades de atención en odontología, principalmente por costos, se traducen en que la mayoría de las visitas se dan en momentos de emergencia, pero difícilmente las personas inician un plan de tratamiento completo¹. En efecto, hemos postulado que

tal patrón de desigualdad, propia de la odontología como profesión liberal, termina en una lógica terapéutica de cuatro tipos de acciones (urgencias, tratamientos urgentes, rehabilitaciones simples y rehabilitaciones complejas) que liga necesidades clínicas de atención con capacidad de pago, afianzando desigualdades sociales¹⁵.

A escala global, la odontología (entendida como “actividad construida históricamente y de la cual hacen parte sus practicantes (profesionales de la odontología), la población en general, los gobiernos -a través de sus leyes y programas sociales en salud- y los mercados nacionales e internacionales, representados por seguros privados y por compañías farmacéuticas, cosméticas, biotecnológicas y de materiales dentales”¹⁵ termina afianzando patrones regionales de desigualdad en los cuidados en salud oral. Como lo dice Goldie “el foco en la enfermedad dental y su restauración no es viable en la mayoría de los países, principalmente en países de bajos ingresos en donde más del 90% de la caries dental no se trata. Los costos de las restauraciones son elevados y exceden los recursos disponibles para la salud pública esencial de los niños en la mayoría de estos países”.

Tenemos entonces, propuestas que, bajo principios de justicia distributiva, plantean dividir los cuidados en salud en cuidados básicos que mantienen el principio de universalidad y otro tipo de cuidados enteramente susceptibles a las leyes del mercado. La exclusión de otros tipos de tratamiento efectivamente replantea la tensión ética antes expuesta salud versus mercado¹⁶. Sin embargo, el pensamiento neoliberal utiliza los costos elevados de los tratamientos y la necesidad de atención de la población en general para sustentar su postura ética según la cual brindar a todos lo “básico” es cumplir con el derecho fundamental a la salud en momentos en los que es supuestamente imposible brindar cuidados integrales en salud para toda la población²⁷. La lógica comercial bajo estos postulados éticos neoliberales es que pólizas de subsidios brindan a las poblaciones pobres la posibilidad de acceder a cuidados universales en salud, si bien básica, que antes no accedían y que las economías actuales supuestamente no pueden comprar. Estos principios pueden interpretarse como un intento ideológico de reformular los acuerdos sociales sobre el derecho a la salud (principalmente el pacto del estado de bienestar del siglo XX) con el fin de proteger los intereses de mercado, regular las tasas de ganancia y controlar las posibilidades de protesta social²⁸.

En vez de propuestas de aseguramiento individual en salud, como es el gran esfuerzo a escala mundial de transformación de las redes de seguridad social al modelo de mercado, un estudio sobre disparidades entre niños blancos y negros en Brasil muestra que programas de servicios en salud oral comunitarios con mayor gasto per-capita municipal en redes públicas en salud contribuye a reducir las desigualdades sociales al permitir una mejor distribución en los tratamientos restaurativos²⁹. Ideológicamente se ve la tensión entre propuestas neoliberales que pretenden ocultar la desigualdad inherente a los mercados en la salud y propuestas que sustentan la imposibilidad lógica de articular necesidades de lucro del capital con acceso igualitario e integral al conjunto de las poblaciones. Propuestas políticas que ataquen los manejos monopólicos de los costos en salud

y logren tensionar los acuerdos comerciales internacionales se han visto como posible salida para conquistar la universalidad del tratamiento integral en salud oral¹⁵.

En ausencia de una cobertura integral que atienda a las necesidades de las personas cuando deciden acudir a la consulta odontológica, es común que las fallas estructurales (de cobertura técnica pero también de comprensión de la problemática social relacionada con la enfermedad oral) se traduzcan en conflictos al interior de la consulta e incomprensión de las partes en cuestión: profesional y pacientes con rabia y frustrados³⁰. Pero adicionalmente, la falta de profesionales que puedan desarrollar tales procedimientos técnicos y costosos genera profunda preocupación en la salud global. La falta de personal calificado, los costos que representan márgenes de rentabilidad elevadísimo para los monopolios tecnológicos en salud oral y un imperativo tecnológico que aún no ha mostrado resultados claros en bienestar nos invita a una agenda crítica de investigación y acción.

VALOR SOCIAL DE LA SALUD ORAL

El planteamiento que la caries en niños afecta su crecimiento y habilidad para crecer, mientras que en los adultos su preocupación principal es de los efectos personales y sociales de su salud oral¹¹, es otra manifestación de la tensión en la profesión odontológica que se ubica en un intermedio entre los aspectos biológicos de la salud pensada dentro de la lógica de los derechos humanos y las consecuencias sociales que causan la presencia de enfermedades orales y su falta de resolución satisfactoria.

Investigaciones que toman en cuenta las ciencias sociales, sin embargo, nos empiezan a mostrar cómo estos aspectos biológicos y sociales actúan en sincronía y no pueden ser pensados de forma independiente. La relación entre enfermedad, pobreza y estigmatización también ocurren en salud oral y se deben a las huellas permanentes que la salud oral deja en los cuerpos de ciertas poblaciones^{31 y 33}. Personas pobres dentro de sus países o inmigrantes son culpados por la salud oral de sus hijos, pero además de esto, los problemas de salud oral se convierten en una marca visible y duradera en sus cuerpos de las desigualdades sociales, marcas que ocasionan una pérdida de estatus generacional muy difícil de eliminar^{31 y 33}. La discriminación y el señalamiento que enfrentan personas pobres es explicada, en parte, por la percepción que tienen los odontólogos de la pobreza, como un asunto individual y de falta de motivación y capacidades y no como un asunto histórico y estructural³⁰. En los procesos de estigma se juntan desigualdades por pertenencia de clase con raza y género (es decir, una sinergia de rasgos estigmatizantes) y los profesionales de la salud no son ajenos, no tendrían porqué serlo, a reproducir estos parámetros sociales del señalamiento y discriminación social. Tanto en medicina como en odontología, profesionales terminan "inconscientemente" ofreciendo a los pacientes con rasgos estigmatizantes (estudiados principalmente en términos raciales) medidas terapéuticas no óptimas para su atención³⁴. Esto nos debe

motivar a pensar que en estos pacientes, su perspectiva de buscar tratamiento odontológico solo en caso de emergencia³⁴, además de justificable por los costos de los tratamientos, puede ser una estrategia de protección a dinámicas de discriminación por parte de los profesionales de la salud.

Estas investigaciones nos sirven para discutir como el “valor” que se adjudica a la salud oral, a sus secuelas y al acceso a tratamientos son diversos y dependen no solo de la edad y la biología, sino de la posición social y las dinámicas sociales relacionadas, principalmente, con las políticas públicas en atención en salud. El valor, individual y social, que se otorga a la salud oral nos hablará, por un lado, de las construcciones históricas frente a ellas y, por otro lado, de la utilidad de la terapéutica odontológica para mantener o restaurar la salud y el bienestar, es decir, el “valor de uso” de la terapéutica odontológica. En otras palabras ¿para qué sirve la odontología? nos hablará del valor de la enfermedad oral y su terapéutica, bien sea para mejorar la salud y el bienestar o para servir a los intereses comerciales sobre la enfermedad, representados no solo en las y los profesionales que actúan como capitalistas de la salud, sino en las industrias farmacéuticas, biotecnológicas y de biomateriales que definen en gran parte la praxis profesional.

De esto se desprende la tensión entre tratamiento clínico y la promoción y la prevención, ya que a mayores éxitos en medidas de control de la enfermedad mayor disminución en la tasa de ganancia de los sectores capitalistas en odontología. Lo que empieza a verse es la creación de “necesidades” en salud oral que no se ajustan a lo que se considera como patología, pero en las cuales las redes de consumo de las clases con capacidad de pago brinda a la profesión con nuevas oportunidades de rentabilidad, independiente que su valor social haya sido creado y no resulte en mayor bienestar. A parte del ejemplo que viene en mente de la cosmética (o por ejemplo el blanqueamiento dental que ya las industrias lo ofrecen para realizar en casa sin la necesidad de acudir a un profesional), la OMS señala: “la maloclusión no es una enfermedad sino un conjunto de desviaciones dentales que, en algunos casos, pueden influenciar la calidad de vida. No existe evidencia suficiente que el tratamiento ortodóntico mejora la salud y función dental”⁹.

Por tanto, estamos presenciando la creación de necesidades de consumo en salud, amparadas en mitos del capital en odontología en los cuales se plantea que, además del énfasis estético que se ha convertido en un valor social no solo del éxito sino de la posibilidad de acceder a redes sociales y ascender socialmente³¹, se coloca como ideal la aparente importancia que equipara una función masticatoria y fonética con una boca dentada completa en una forma de oclusión determinada. Se sabe que la diversidad de la biología humana también deviene en oclusiones diversas y la ausencia de estudios sobre las consecuencias biológicas de tal diversidad señala la imposición de parámetros propios del mundo occidental que han sido creados, en gran parte, por el énfasis comercial de la odontología. La odontología parece haber impuesto un único ideal de boca saludable, de cuño occidental, pero aún está pendiente responder la pregunta ¿qué tipos de bocas pueden considerarse sanas y promotoras de la salud y el bienestar? La búsqueda de posibles respuestas probablemente nos invite a realizar investigaciones que ligen críticamente la biología con la cultura y el momento histórico que vivimos.

En este sentido se ve que la profesión ha avanzado con respuestas a cierto público que puede comprar sus desarrollos estéticos y, supuestamente funcionales, y que tal público aumenta en la medida que patrones estético corporales del mundo occidental son vistos como ideales o como necesarios para tener éxito en el mundo de la competencia global. Pero lo que asalta es la pregunta crucial sobre la respuesta que la profesión odontológica ha dado a la mayoría de la población del mundo y sus necesidades en salud oral. Por tanto, un desafío sería desmarcar el bienestar humano y el componente de salud oral de las ideas impuestas por la profesión odontológica, de su trayectoria liberal e independiente de otras profesiones de la salud y de otros quehaceres relacionados con el bienestar, y de un ideal estético-funcional útil a los múltiples mercados que se lucran de la atención en salud oral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lewontin RC, Rose S, Kamin LJ. No está en los genes. Racismo, genética e ideología. Barcelona: Romanya/Valls, S.A; 2003 [1984].
2. Briggs CL. Modernity, cultural reasoning, and the institutionalization of social inequality: Racializing death in a Venezuelan cholera epidemic. *Comparative Studies in Society and History*. 2001 Oct; 43 (4): 665- 700.
3. Grosfoguel R. Del final del sistema-mundo capitalista hacia un nuevo sistema-histórico alternativo: la utopística de Immanuel Wallerstein. *Nómadas*. 2006; 25 (Octubre): 44- 52.
4. OMS, Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las Desigualdades Sociales en una Generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS2009.
5. Breilh J, Tillería Y. Aceleración global y despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar Abya Yala; 2009.
6. Harvey D. *The New Imperialism*. New York: Oxford University Press; 2003.
7. Comité Organizador dTldDSdLS. Documento Base. In: ALAMES, editor. Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. México, D.F: ALAMES; 2009. p. 3-13.
8. Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes - the case of oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2011; 39 (6): 481-7.
9. Petersen PE. Challenges to improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Int Dent J*. 2004; 54 (6 Suppl 1): 329- 43.
10. Duque Naranjo C, Mora Díaz II. La representación de la epidemiología de la caries en el mundo a través de mapas. *Universitas Odontológica*. 2012; 31 (66): 41- 50.
11. Dharamsi S, MacEntee MI. Dentistry and distributive justice. *Social Science & Medicine*. 2002; 55 (2): 323- 9.
12. Enwonwu CO, Phillips RS, Ibrahim CD, Danfillo IS. Nutrition and oral health in Africa. *Int Dent J*. 2004; 54 (6 Suppl 1): 344- 51.
13. Petersen PE. *The World Oral Health Report 2003*. Geneva: WHO; 2003.
14. Petersen PE, Lennon M. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2004; 32: 319- 21.
15. Abadía Barrero CE. Pobreza y Desigualdades Sociales: Un Debate Obligatorio en Salud Oral. *Acta Bioethica*. 2006; 12 (1): 9-22.
16. Sarmiento LA. *Sistema Mundo Capitalista. Fábrica de riqueza y miseria*. Bogotá: Desde Abajo; 2004.
17. Navarro V. The world situation and the WHO. *The Lancet*. 2004; 363 (April 17): 1321-23.
18. Alzate D, Oviedo D, Velosa L, Abadía Barrero CE. Derecho lucro- destructivo: vivencias de la ideología posneoliberal en salud. In: Abadía Barrero CE, Góngora A, Melo Moreno MA, Platarueda C, editors. *Salud, Normalización y Capitalismo en Colombia*. Bogotá: Centro de Estudios

- Sociales, Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Rosario; 2013, En Prensa.
19. Sgan-Cohen HD, Evans RW, Whelton H, Villena RS, Macdougall M, Williams DM. IADR Global Oral Health Inequalities Research Agenda (IADR-GOHIRA(R)): A Call to Action. *J Dent Res.* 2013; 24: 24.
 20. Rosen G. A history of Public Health Baltimore: The John Hopkins University Press; 1993 [1958].
 21. Estrada JH, Abadía Barrero CE. *Odontología y Sociedad.* Universitas Odontológica. [Editorial]. 2012; 31 (66):19- 23.
 22. Kasper J, Bajunirwe F. Brain drain in sub-Saharan Africa: contributing factors, potential remedies and the role of academic medical centres. *Arch Dis Child.* 2012; 0:1-7.
 23. Jin LJ, Armitage GC, Klinge B, Lang NP, Tonetti M, Williams RC. Global oral health inequalities: task group--periodontal disease. *Adv Dent Res.* 2011; 23 (2): 221- 6.
 24. Miller G. "Who Needs Psychiatrists?". *Science.* 2012; 335 (16):1294- 8.
 25. Koenig B. The Technological Imperative in Medical Practice: The Social Creation of a "Routine" Treatment. In: Lock M, Gordon D, editors. *Biomedicine Examined.* New York: Kluwer Academic Publishers; 1988. p. 465- 96.
 26. Goldie MP. Global oral health inequities. *International Journal of Dental Hygiene.* 2011; 9 (4) : 239-41.
 27. Frenk J, Gómez-Dantés O. Ideas and Ideals: ethical basis of health reform in Mexico. *Lancet.* [Comment]. 2009; 373: 1406- 8.
 28. Abadía Barrero CE. Neoliberal Justice and the Transformation of the Moral: The Privatization of the Right to Health Care in Colombia. *Medical Anthropology Quarterly.* Submitted (Special Issue on Health Care Reform, 2013).
 29. Antunes JL, Pegoretti T, de Andrade FP, Junqueira SR, Frazao P, Narvai PC. Ethnic disparities in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment in Brazilian children. *Int Dent J.* 2003; 53 (1): 7-12.
 30. Loignon C, Landry A, Allison P, Richard L, Bedos C. How Do Dentists Perceive Poverty and People on Social Assistance? A Qualitative Study Conducted in Montreal, Canada. *Journal of Dental Education.* 2012 May 1, 2012;76(5):545-52.
 31. Horton S, Barker J. Desigualdades corporeizadas: Los efectos duraderos de los sistemas públicos de salud oral basados en el mercado. *Palimpsestvs.* 2007/2008;6:95-103.
 32. Horton S, Barker J. "Stains" on their self-discipline: Public health, hygiene, and the disciplining of undocumented immigrant parents in the nation's internal borderlands. *American Ethnologist.* 2009; 36 (4): 784- 98.
 33. Nations MK, Nuto SdAS. "Tooth worms", poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. *Social Science & Medicine.* 2002; 54 (2): 229- 44.
 34. Gilbert G, Duncan R, Shelton B. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res.* 2003; 38 (6):1843-62.

REVISIÓN HISTÓRICA DE LAS POLÍTICAS HACIA LA EQUIDAD EN SALUD. UNA VISIÓN EN SALUD ORAL

AUTORES:

Dr. David González Alarcón:

Responsable de Formación Vocalía de Compromiso Social Colegio Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región. Madrid

Coordinador General de la Comisión de Odontología Zerca y Lejos O.N.G.D.

Ex profesor Odontología Preventiva y Comunitaria Universidad Europea de Madrid

Profesor colaborador Departamento de Odontología Preventiva y Comunitaria. Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Yaundé I. República de Camerún.

Dra. Alicia Masa Otero

Miembro Vocalía Compromiso Social Colegio Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región. Madrid
Responsable de formación de la Comisión de Odontología de Zerca y Lejos O.N.G.D.

Ex profesora de la facultad de Odontología. Universidad Europea de Madrid

Profesora colaboradora Departamento de Odontología Restauradora de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Yaundé I. República de Camerún.

Dra. Julia Sánchez Ituarte

Miembro Vocalía Compromiso Social Colegio Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región. Madrid
Responsable de evaluación y seguimiento de la Comisión de Odontología Zerca y Lejos O.N.G.D.

Profesora de Odontología Preventiva y Comunitaria. Universidad Europea de Madrid

RESUMEN

Históricamente, el estudio de la universalización de la salud ha ocupado a la salud pública, si bien, es en los últimos 30 años donde se proponen políticas mundiales para intentar obtener la tan ansiada meta de “salud para todos”. El desarrollo histórico de políticas públicas no siempre ha obedecido a parámetros de equidad, existiendo grandes desigualdades tanto en países de renta alta como baja. Durante este capítulo se estudia la evolución histórica al respecto.

Conseguir políticas que acerquen la salud oral de manera equitativa es una compleja ecuación que, aún hoy, presenta grandes dificultades para ser resuelta satisfactoriamente. La brecha entre

las diferentes clases sociales es mayor. No existen modelos basados en la evidencia que nos otorguen conocimiento en el desarrollo de una mayor equidad en materia de salud oral.

Los países de renta alta presentan un sector de la población que no se beneficia de sus políticas sanitarias bucodentales y los países de renta baja no poseen programas adaptados a sus necesidades y que velen por la salud de los más desfavorecidos.

El debate sobre la equidad en salud está hoy más presente que nunca.

ABSTRACT

Universal health care has historically been a concern for national public health authorities, however, it has not been until the last 3 decades that global policies have been proposed in an attempt to achieve the much-desired goal of “health for all”. The implementation of public policies has not always been driven by a vision of equality. There are major inequalities in both high and low-income countries. This chapter deals with the historical evolution in this area.

Achieving policies that allow equal access to oral health care is a complex equation that, even today, presents enormous challenges. The gap between different social classes is greater. There are no evidence-based models that provide us with the knowledge to develop a more equitable oral health care system.

A sector of the population of high-income countries does not benefit from oral health policies and low-income countries do not have programs tailored to their needs and to protect the health of the poor.

The debate on health equity is more prevalent today than ever before.

Palabras clave: Desigualdad en Salud oral, Equidad, Determinantes Sociales, Planificación Sanitaria, Clase Social.

Key words: Inequality in Oral Health, Equity, Social Determining Factors, Health Planning, Social Class.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

La identificación, el análisis, la medición y la descripción de la interrelación entre la salud de las personas y sus condiciones sociales no son acciones novedosas en la investigación sanitaria, si

bien es cierto que se experimentó una profunda revitalización a este respecto en el último cuarto del siglo XX¹.

El nacimiento de la salud pública como doctrina y práctica organizada tiene sus inicios en el siglo XIX, y es en la segunda mitad de este, donde se consolida esta disciplina gracias a dos figuras que fueron determinantes, Edwin Chadwick, en Inglaterra, y Lemuel Shattuck, en Estados Unidos.

En el llamado "Informe Chadwick" de 1847, realizado a petición del gobierno inglés, se destacó la relación entre pobreza y enfermedad, en las grandes ciudades de Gales e Inglaterra. Las recomendaciones apuntaban a la necesidad de mejora del medio y la creación de un cuerpo de médicos dedicados al novedoso concepto de "protección de la salud".

Casi de manera simultánea (Estados Unidos, 1850), el "Informe de la Comisión de Massachusetts", impulsado por Shattuck, es considerado como definitivo en la aparición y consolidación de la salud pública norteamericana.²

Pese a la contundencia de los resultados de ambos informes, en los comienzos del siglo XX disminuyó el interés por relacionar los determinantes sociales y la situación en salud al predominar las teorías individualistas de enfoque biológico, unicausal y unidireccional como determinantes biológicos de la enfermedad.

Paradójicamente, uno de los impulsores de este pensamiento fue el epidemiólogo americano H. Winslow, quien, en 1916 en su obra "The New Public Health", promovía que la nueva salud pública debía orientarse más hacia dimensiones individuales de la salud y la enfermedad, dado el hecho de que las enfermedades son sucesos que afectan a las personas, no a las poblaciones.³

Esta perspectiva reorientó las bases de las políticas públicas en salud, y especialmente la modificación del objeto de la investigación sanitaria, lo cual supuso grandes avances en el campo de la microbiología y contribuyó al abandono temporal de las líneas de investigación destinadas a identificar la relación causa - efecto entre sociedad y enfermedad.

Hasta mediados de la década de los años 70, existió un silencio investigativo sobre ese enfoque social de la salud que fue roto con el Informe Lalonde de 1974⁴ y la Declaración de Alma Ata de 1978 con su esperanzador mensaje de "Salud Para todos en el año 2000"⁵.

Así, el grupo de trabajo sobre desigualdad en salud liderado por Sir Douglas Black y el nacimiento de la Carta de Ottawa (1986), revitalizaron el análisis de las variables sociales de la salud dentro de la investigación sanitaria y reconoció la estructura social y económica como el principal factor determinante de la salud y el bienestar de las poblaciones.

LA DECLARACIÓN DE ALMA ATA Y LA CARTA DE OTTAWA

La declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud (APS) surgió después de dos décadas en las que la medicina había hecho progresos significativos a través de vacunas y quimioterapias contra las enfermedades infecciosas. Sin embargo, las soluciones técnicas no fueron suficientes y el reto de brindar acceso igualitario a los servicios de salud a la población mundial estaba presente. Ésta, evita una visión de la salud basada básicamente en soluciones técnicas, abordándola como un tema social y político. La Declaración es clara en cuanto a que los desarrollos económico y social están entrelazados y que los niveles de salud afectan a ambos.

“La atención primaria de la salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad”.

Fue más allá de la medicina preventiva y curativa contemporánea, e intentó dirigirse hacia las causas subyacentes de la pobreza, el hambre y los problemas de salud de los más necesitados.

Desde algunos sectores se ha querido simplificar su mensaje hasta reducirlo a un cambio organizativo de la sanidad, que intentaba estar más cerca de la población para llevar los servicios allí donde la población vivía.

La propuesta estaba basada en las experiencias sobre formas diferentes de afrontar los problemas de salud en países con limitaciones en los recursos financieros, tecnológicos y humanos, propios de las sociedades más empobrecidas. Se nutrió del estudio de experiencias en las décadas de 1960 y 1970 en países como China, India y algunos de África y América Latina.

En la práctica, este modelo se oponía a que las personas siguieran siendo consideradas como receptores pasivos de actividades puntuales prestadas por sistemas de servicios institucionalizados de atención médica reparadora orientada a enfermedades específicas.

Principios y valores básicos de la APS (Atención Primaria en Salud)

- Atención a la salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente probadas y socialmente aceptables.
- Cobertura y acceso universal a los servicios sanitarios basados en necesidades sanitarias
- Compromiso, participación y autosuficiencia individual y comunitaria.
- Acción sanitaria intersectorial.
- Tecnología apropiada y coste-efectiva, de acuerdo a los recursos disponibles.
- Provisión de servicios sanitarios y promoción de la salud.

La primera conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (Ottawa, 1986), promovida por la Organización Mundial de la Salud, emitió la “Carta de Ottawa” dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”⁶.

Fue una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Donde la gran preocupación era trabajar hacia la verdadera universalización de la salud, teniendo como meta global la Salud Para Todos, la agenda política mundial parecía haber virado hacia un programa basado en el derecho fundamental de la salud de manera equitativa.

Aún así, transcurridos treinta años de estas declaraciones, todavía las poblaciones más pobres o marginadas enferman con más frecuencia que las de mejor posición económica, muriendo prematuramente, padecen enfermedades crónicas y discapacidad a edades más tempranas, poseen una percepción más deteriorada de su salud y tienen menos acceso a los servicios de salud, los cuales, generalmente, son de baja calidad y no responden a sus necesidades.¹

Esta serie de hechos son los que nos llevan a reflexionar sobre la implementación a nivel mundial de los principios expuestos en la Declaración de Alma Ata y ponderados en la Carta de Ottawa.

A mediados de los años 80, existía una meta clara, “Salud para todos en el año 2000”. Pero, de esa naciente doctrina que potenciaba la promoción de la salud y la búsqueda de la equidad en salud como meta global, de ese movimiento de reorientación de la política sanitaria, ¿Cuál fue realmente su desarrollo? ¿Fueron los gobiernos y la propia OMS, capaces de aplicar estos principios? ¿Realmente hubo consenso? ¿Se orientaron todos los esfuerzos en trabajar en las causas de las causas? ¿Cuál ha sido el lugar de la odontología en estas políticas hacia la equidad?

| Principales problemas en la aplicación de la APS |
|---|
| · Recursos inadecuados y énfasis insuficiente en la sostenibilidad. |
| · Expectativas no realistas sobre la APS.WW |
| · Falta de consejo práctico sobre su aplicación. |
| · Falta de evidencia en la cual basar las políticas locales. |
| · Falta de liderazgo e insuficiente compromiso político. |
| · Incapacidad de respuesta frente a las demandas y necesidades de la población. |

La propia OMS enuncia cómo los principales problemas en la aplicación de los principios dictados en la Declaración versan sobre una falta de liderazgo y de compromiso político, entre otras⁷. Veamos las problemáticas en la aplicación de la Atención Primaria en Salud.

“SALUD PARA TODOS PARA EL AÑO 2000”. LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Soluciones técnicas vs Soluciones en Salud.

Los principios promulgados fueron escuchados y, en algunos casos, integrados por países del mundo desarrollado. Pero, la mayoría de los países desarrollados veía la APS como conveniente para países pobres e irrelevante para los países más ricos.

Un año después de la Declaración, el concepto de Atención Primaria en Salud Selectiva (APSS) fue promulgado, y Walsh y Warren propusieron:

*“Hasta que la atención primaria en salud no sea accesible a todos, la implantación de servicios dirigidos hacia las enfermedades más importantes puede ser la medida más efectiva de mejorar la salud del mayor número de gente. El punto crucial es cómo medir la efectividad de las intervenciones médicas”.*⁸

Para Baum esta propuesta *“ha liberado a la Atención Primaria de su compromiso comunitario”*. Esta aproximación tiende a fragmentar a los sistemas de atención a la salud y a retirarlo de una aproximación más amplia, intersectorial y participativa.⁹

Las voces críticas hacia la implementación de una Atención Primaria de Salud Selectiva, han sido numerosas. Desde la perspectiva de un país pobre, Banerji llegó a describir este cambio como “fascismo intelectual”, ya que esta propuesta no sólo simplificó el rol de la Atención Primaria en Salud, sino que modificó radicalmente su orientación. El autor cita los ejemplos de Kerala (India)

y Sri Lanka, regiones que han obtenido muy buenos resultados en salud, a pesar del hecho de que ambas son comunidades de bajos ingresos, y lo hicieron desde la óptica original de Atención Primaria de Salud.¹⁰

Otro suceso crucial de la última década del siglo XX fue la pérdida de posición de liderazgo de la salud pública por la OMS. La publicación del reporte del Banco Mundial "Investing in Health" (Invirtiendo en salud) en 1993, convirtió al Banco en un actor principal. Su prescripción sobre la salud no coincidía con Alma Ata, considerando que las "inversiones" serían lo mejor para la salud de la población y recomendaban soluciones verticales, focalizadas en enfermedades concretas. A finales del siglo XX la ansiada meta dictada unas décadas atrás, "Salud para todos", no fue alcanzada. En algunos países del África subsahariana la expectativa de vida retrocedía, y otros indicadores, como las tasas de vacunación, estaban en declive¹¹, por lo que hubo poco que celebrar en materia de salud en el año 2000.

¿Y... en salud oral?

Una visión en salud oral.

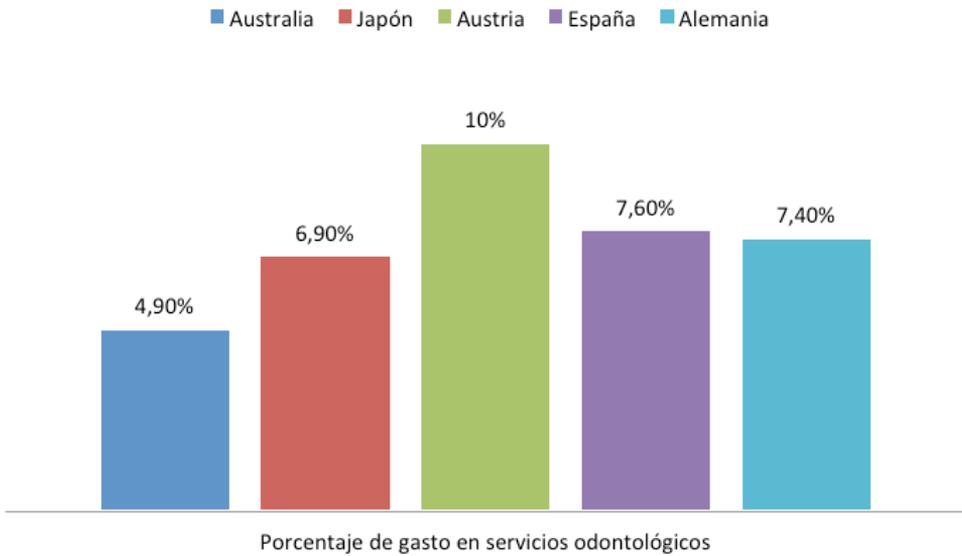
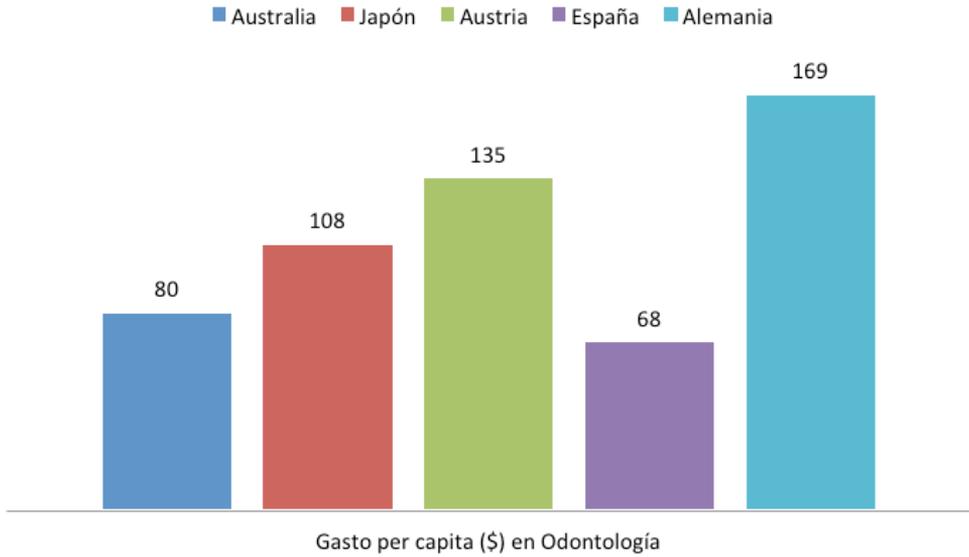
Después de la II Guerra Mundial, la mayoría de los gobiernos de los países industrializados, iniciaron una política social y sanitaria destinada a paliar las desigualdades que ocurrían en salud. Fue el nacimiento del llamado "estado del bienestar" el cual trató de eliminar las diferencias en salud fruto de las desigualdades económicas.

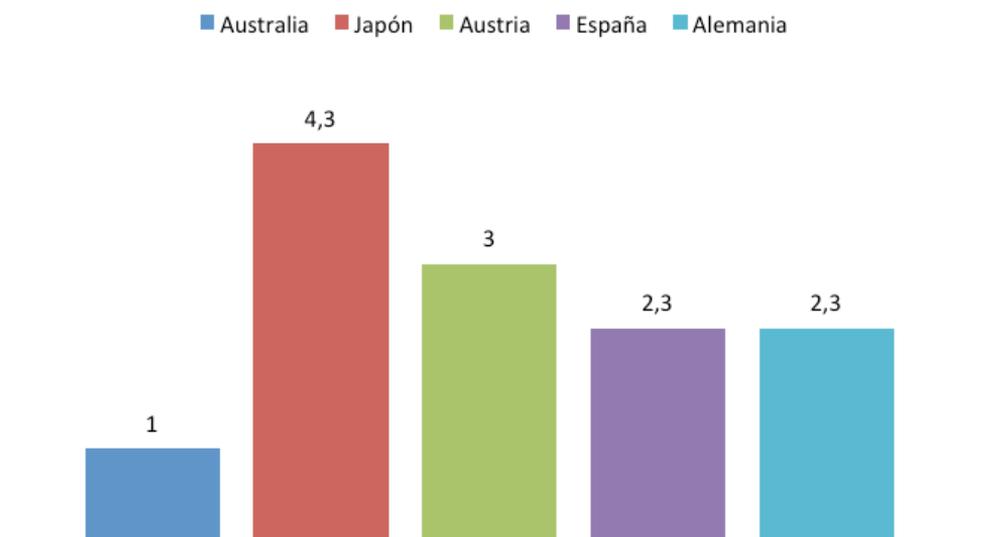
Se aplicaron grandes cantidades de recursos humanos y económicos, focalizados hacia la mejora de la asistencia sanitaria. En odontología, se ampliaron y universalizaron las prestaciones odontológicas y se elevó el número de odontólogos enormemente.

Como consecuencia, el gasto sanitario inició un crecimiento acelerado. El resultado de este enorme esfuerzo, no se correspondió con una mejora de los niveles de salud de la población. La evolución de las enfermedades orales fue realmente un paradigma del fracaso de una política en la que los servicios odontológicos estuvieron enfocados más hacia el tratamiento y la curación que hacia la prevención de la enfermedad.

Esta situación es explicada por autores como Sintonen, el cual, analiza el porcentaje de gasto sanitario en odontología, el coste per cápita de este servicio, la relación dentista/habitante y el nivel de salud oral medido en índice CAOD, a los 12 años de edad.¹²

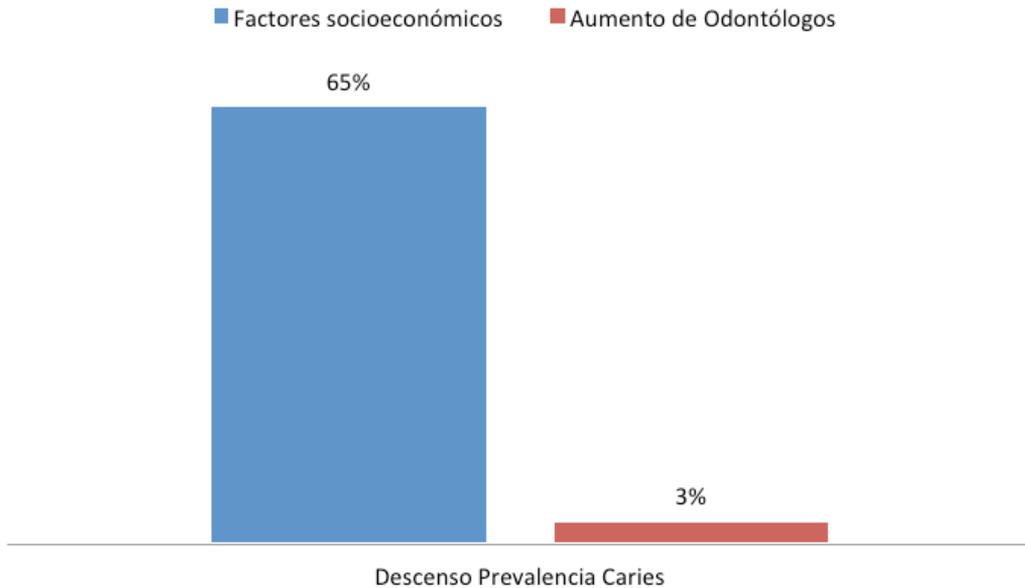
Cuando examina estas variables, encuentra cómo a igual o incluso mayor inversión el CAOD no mejora, incluso no es dependiente de estas inversiones ni del aumento del número de dentistas.





Durante las últimas décadas, este fenómeno ha sido objeto de estudio. Es destacable el análisis que llevaron a cabo Watt y Sheiha³, donde en una revisión sobre desigualdades y salud oral, concluyeron que la actuación de los servicios de odontología son responsables de un 3% de la variación en los cambios experimentados en los niveles de caries. Entre la población de doce años, en dieciocho países industrializados a lo largo de las décadas 1970 y 1980.

Por el contrario, un conjunto de factores socioeconómicos, entre los que se incluyen la amplia utilización de dentífricos fluorados, explicaría un 65% de los cambios.



Por lo que, el incremento de recursos únicamente en los sistemas de atención odontológica tradicionales, tendría un efecto marginal. Sería un vector más y no el más importante hacia la salud oral de las poblaciones.

Entonces, ¿Qué puede explicar estas situaciones?

¿Cómo un país que en cada ciudadano se gasta un 26 % más en salud, tiene cuatro veces más patología?

¿Aumentar la cifra de odontólogos sólo han aumento de un 3 % de la salud de esa población?

Para resolver estas cuestiones debemos retrotraernos una vez más al análisis de *“las causas de las causas”*.

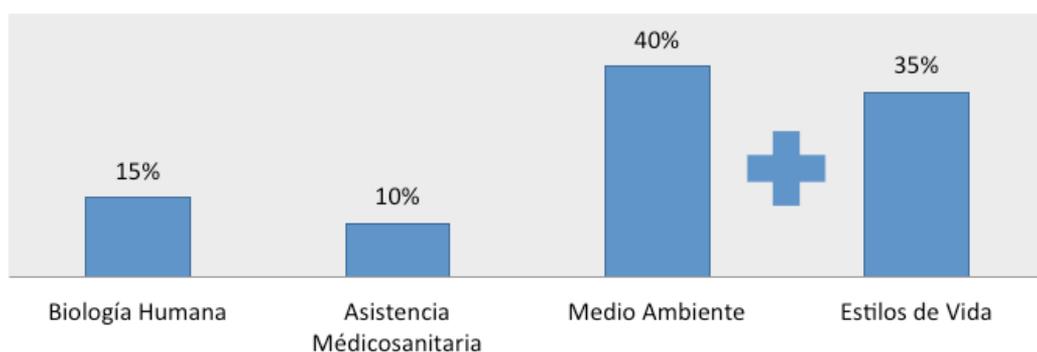
LA SALUD. POLÍTICAS E INVERSIONES EN ODONTOLOGÍA

La salud depende de una serie de factores causales: la biología humana, la asistencia médico sanitaria, el medio ambiente y los estilos de vida. Este hecho quedó más que corroborado en el ya clásico informe Lalonde de 1974.

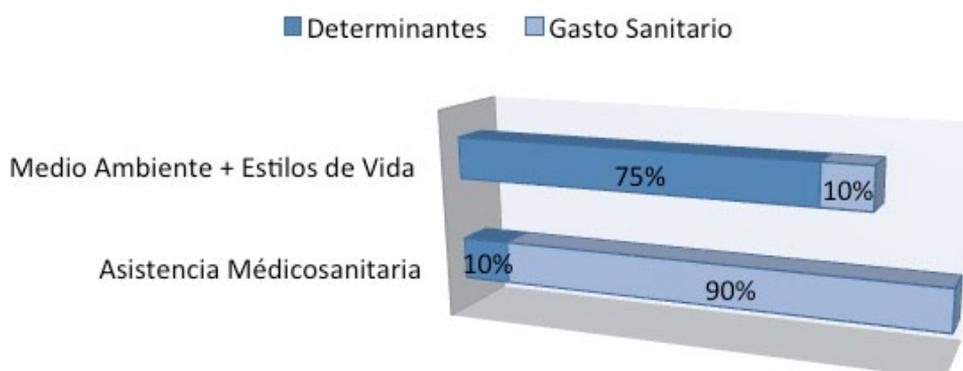
La biología humana, apenas modificable, engloba el 15-20% de las causas asociadas a la mortalidad en los países desarrollados. La asistencia médico sanitaria no alcanza el 15%. El medio ambiente y los estilos de vida, podemos llegar a entenderlos dentro de un mismo factor pues su disociación es, en ocasiones, difícil. Según los estudios, llegan a situar esta asociación como responsable de hasta el 60 y 80% de la mortalidad.¹⁴

Ello enfatiza la importancia de la conducta humana sobre la salud, poniendo de manifiesto la cantidad de enfermedades que podrían evitarse trabajando sobre el medio ambiente y los estilos de vida (Los llamados determinantes sociales o “causas de las causas”).

Determinantes



Sin embargo, cuando se desglosan los gastos sanitarios de un país, de acuerdo con las inversiones presupuestarias destinadas a hacer frente a los grupos de causas, se observa una notable desproporción entre el casi 90% de los recursos económicos relacionados con la salud, que se destinan a la asistencia médico sanitaria, y la mínima parte destinada a los estilos de vida o a la mejora del medio ambiente.



Entonces,

¿El progreso económico no es progreso en SALUD?

El progreso económico es progreso en salud, pero, como veremos a continuación, solo si las inversiones en salud tienen un destino diferente a la ya arcaica política de invertir únicamente en sistemas asistenciales.

“Los países pobres, son pobres, no tienen herramientas económicas para proteger la salud oral”.

Los países pobres, sí tienen herramientas para proteger su salud oral. Deben equilibrar los vectores de inversión y planificación hacia los ya mencionados determinantes de salud.

Varios investigadores sociales, entre los que se encuentra el economista hindú y Premio Nobel de Economía Amartya Sen, reconocen que la relación entre determinados resultados sociales y la salud no pueden explicarse lineal o directamente. El propio Sen ha expresado que, dentro de la literatura especializada, abundan los estudios que muestran conclusiones engañosas a este respecto, llegándose a afirmar que *“el progreso económico es la clave para aumentar la salud y la longevidad”*, lo que parece contradecir el hecho de que, grupos de población en las naciones más ricas como son los afroamericanos en Estados Unidos, tienen menos posibilidades de llegar a una edad avanzada *“que las personas nacidas en economías, inmensamente más pobres, de China o del estado indio de Kerala”*.¹⁵

Esta aparente contradicción, según Sen, no significa que los niveles de ingreso familiar no influyan positivamente en el estado de salud, pero sí demuestra que existen otros factores sociales como la educación, la conducta de las personas, el manejo del gasto público en salud y otros que, conjuntamente, explican las diferencias en salud de las personas.

Así, cuando estos factores son iguales entre los grupos de población, la salud y el progreso económico se refuerzan mutuamente, pero cuando existen diferencias, se pueden obtener ganancias en salud, aún en países muy pobres con una serie de medidas que refuercen dichos determinantes, como son las políticas preventivas o el impulso de la educación básica.

Lo cual nos lleva, cuanto menos, a cuestionar políticas en salud oral si no están ligadas de una visión global e integradora de la salud, liderada mediante unas políticas participativas. Históricamente, la implementación de los sistemas verticales que han conducido a la salud oral, han producido desigualdad en las sociedades más ricas e inaccesibilidad en las regiones más pobres.

Por ello, la reorientación y control del gasto público hacia una odontología transversal activa hacia las comunidades, puede ofrecer alternativas a unos sistemas que convierten al paciente en proveedor de servicios y no en sujeto activo y responsable de su salud.

POLÍTICAS DE FUTURO. LA META DE SALUD PARA TODOS. UNA VISIÓN HACIA LA IGUALDAD

¿Pero entonces los sistemas asistenciales, no son necesarios?

Las enfermedades orales continúan siendo un problema en salud pública dada su alta incidencia y prevalencia mundial, y, al igual que ocurre con el resto de patologías, se concentra en las poblaciones de nivel socioeconómico más bajo. Este hecho no es ni mucho menos ajeno en los países de renta alta, donde el 80% de la patología se concentra sobre el 20% de la población más empobrecida.

Como hemos visto, el tratamiento de las enfermedades orales es extremadamente oneroso en la mayoría de los países industrializados, lo cual crea un balance desfavorable en la equidad en el acceso a esta, y es, además, inaccesible para los llamados países de renta media o baja, donde muchas lesiones quedan sin tratar o su tratamiento único es el quirúrgico.

Esta visión mecanicista de la odontología basada en el tratamiento reparador y paliativo, continúa predominando en gran parte del mundo, asegurando un cuidado de la salud oral a una minoría y sin una visión integral de la salud, lo cual supone una oposición frontal a los principios de Alma Ata.

El aumento de la tecnología y la sofisticación, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las enfermedades, encarece día a día la asistencia médica y odontológica, pero ello no siempre revierte en una mejora en los índices de salud.

Es más, este incremento hacia este tipo de odontología, genera grandes desigualdades en las sociedades de los países de renta alta y no pueden ser implementados satisfactoriamente, en países empobrecidos. Autores como Robert y Sheiham, estiman que sólo el coste del tratamiento de la caries en escolares desde esta atención odontológica representaría, en muchos países pobres, una partida presupuestaria superior a la dedicada a la totalidad a su sanidad infantil⁶.

USO DESIGUAL DE LOS SISTEMAS ASISTENCIALES

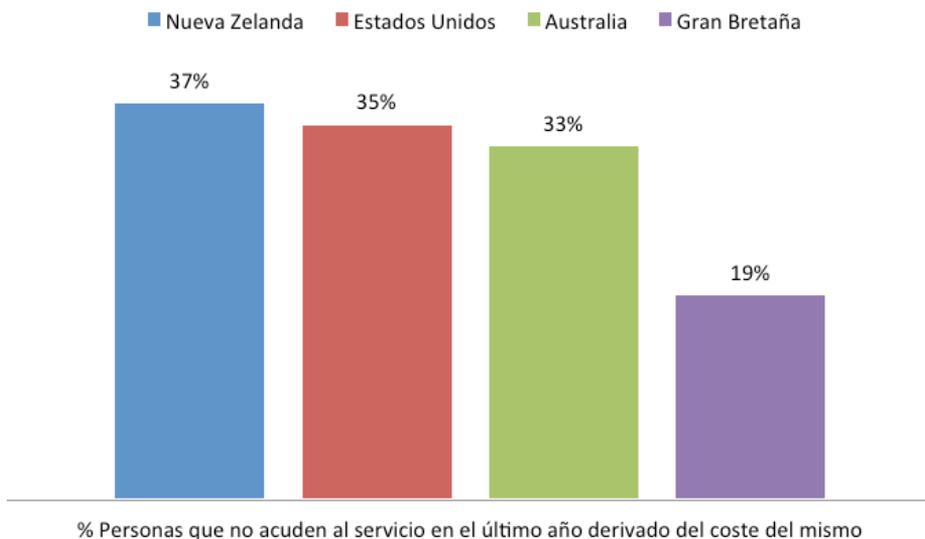
Los servicios odontológicos han demostrado ser eficaces en aliviar los sufrimientos, facilitar la curación de enfermedades y mejorar la calidad de vida de las personas, lo cual es especialmente importante en los servicios odontológicos. Pero hay evidencias de que los servicios sanitarios son utilizados de forma diferente según las distintas clases sociales; a menor nivel socioeconómico menor acceso a los mismos.

¿Por qué está ocurriendo esto?

Las variables que envuelven la utilización de los servicios son múltiples. Como ya describió Anderson, influye, como primera variable la predisposición del individuo a utilizarlos. En segundo lugar las condiciones que faciliten su uso, como por ejemplo la renta, variable de fácil cuantificación, pudiendo incluir hasta un factor más abstracto como la preocupación por la salud. Y, en un tercer bloque, que sería el de necesidad, en donde podríamos encuadrar desde signos clínicos hasta, una vez más, un concepto abstracto como es la propia percepción de la salud.¹⁷

Es importante conocer y tener presentes estas variables, pues es lo que puede determinar si el acceso a nuestros servicios son universales o no.

Existen barreras fáciles de entender en términos de equidad, una de ellas es la renta. Santosh expone como un 37% de los neozelandeses no habían ido al dentista en el último año debido al coste del servicio. Esto se repetiría en un 35% para los estadounidenses, y un 33% en los australianos. Si bien, en los pacientes británicos, la cifra descendía hasta un 19%, y, Gran Bretaña, era el único país de los mencionados donde era incluida la odontología dentro del programa público básico.¹⁸



Lo público puede, como en el caso que describe Santosh, acercar la odontología, pero continúan existiendo una serie de barreras en cuanto a los diferentes servicios odontológicos.

Las consultas en servicios de salud públicos, no necesariamente gratuitos, ofrecen cuidados “básicos”.

La calidad de estos depende de cada programa, los recursos y la política de cada país.

Tratamientos de rehabilitación, ortodoncia y estéticos, con algunas excepciones, no son contemplados en estos servicios. Las personas utilizan servicios privados para terminar con su plan de tratamiento, incluyendo toda clase de rehabilitaciones. Por lo que, los profesionales que practican la odontología en el sector privado, “negocian” con la capacidad de pago de las personas.

Un sistema odontológico será equitativo si es capaz de trabajar sobre las dimensiones o factores que garantizan la utilización de los servicios, y esto sólo se consigue con una visión global del problema, tendiendo hacia una estructura de salud integral donde el programa odontológico permanezca en el seno de políticas activas hacia la salud.

LAS POLÍTICAS MUNDIALES EN SALUD ORAL

Para autores como Cuenca, “solamente el establecimiento de actuaciones coordinadas de promoción de la salud, pueden contribuir a evitar las desigualdades en la salud oral”. Aún hoy, están vigentes las recomendaciones extraídas de la Carta de Ottawa. Todas ellas, hacen mención a un control del medio ambiente, a un refuerzo de la acción comunitaria y hasta una reorientación de los servicios sanitarios.

Pero en la actualidad, ¿Cuál es el papel que tiene la odontología?

Las políticas en salud Oral. Una visión dentro de la Salud.

Cabe destacar el análisis realizado por Benzian y cols¹⁹ durante este análisis, se observa como la meta de Salud Oral Global no es percibida por la propia comunidad odontológica ni por comunidades “externas” como de interés.

Los indicadores de salud oral no están ligados, en gran medida, a indicadores de salud general y existe una ausencia clara de estudios sobre intervenciones efectivas, sobre todo al respecto de coste-efectividad y odontología basada en la evidencia sobre los modelos restauradores y curativos dependientes de la tecnología.

El análisis revela que la prioridad política para la salud oral es bajo y, la priorización para esta aún es menor. Además, el número de actores y actividades en el área de la odontología, es menor comparado con otros sectores de la medicina y la farmacia y en el desarrollo de la política pública internacional.

Esta falta de masa crítica es uno de los aspectos que contribuyen a situar a la salud oral con una muy baja visibilidad en el contexto internacional.

Fruto de ello, encontramos que la salud oral sufre una exclusión en los servicios de atención primaria. Cabe destacar la falta de investigación en sistemas de salud oral descritos para países de ingresos medios y bajos. Siendo un sector pequeño, con diversos intereses, existe una ausencia clara de liderazgos, y no existe una movilización social con impacto significativo.

Esta situación nos lleva al siguiente escenario:

1. Inversión desigual en sistemas asistenciales.
2. Sistemas asistenciales desiguales.
3. Ausencia clara de una política prioritaria efectiva en salud oral de manera global en el contexto mundial.
4. Falta de orientación de recursos humanos destinados a ejercer una odontología para la salud.

PERSPECTIVAS EN SALUD. LA ODONTOLOGÍA GLOBAL HACIA LA SALUD PÚBLICA

Movimiento Salud de los Pueblos.

“Sin embargo, algo de esperanza brilla en el horizonte”. Con esta frase, el Dr. Fran Baun, se refería al nacimiento del movimiento de Salud de los Pueblos como globalización y legado del tan castigado espíritu de Alma Atta.

La Primera Asamblea de Salud de los Pueblos (Saavar Bangladesh 2000), fue el nacimiento de este movimiento y, el hecho de que es un resultado de Alma Ata, queda claro en la cita:

“La salud es un asunto social, económico y político y, sobre todo, un derecho humano fundamental. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia e injusticia son la causa de la enfermedad y la muerte de la gente pobre y marginada. Salud para Todos significa que intereses poderosos deben ser desafiados, que la globalización debe

*ser contradicha y que las prioridades políticas y económicas deben ser retratadas. (Preámbulo de la Declaración de la Salud de los Pueblos)."*²⁰

El documento convoca hacia un sector sanitario basado en la persona y en la Atención Primaria Integral a la Salud. Cada ideal perteneciente a Alma Ata está presente en este documento. El texto expone la necesidad de una transformación radical de la OMS para evitar aproximaciones verticales, de los cuales ha sido también víctima la odontología.

La visión global de este documento es clara, pues relata como factores determinantes sobre la salud, las deudas y el comercio. También hace mención a la importancia de la protección del medio ambiente, algo que Alma Ata no refirió

PERSPECTIVAS HACIA LA EQUIDAD EN SALUD EN EL SIGLO XXI

La medicina y la atención a la salud se vuelven rápidamente una de las industrias globales más grandes. Si bien, los riesgos de esto fueron presagiados en la petición de Alma Ata de "tecnología apropiada que sea asequible", hoy en día la tecnología médica sólo está disponible para personas de países ricos. Los países empobrecidos han tenido que luchar por el acceso a medicamentos, como por ejemplo los antirretrovirales, en tiempos que el VIH está devastando a tantos países, sobre todo en África. Este mismo hecho sucede en la disciplina odontológica, donde existe una gran diferencia en la universalización de los fluoruros. De hecho, son los países de renta alta los únicos que cuentan con experiencias en la autoproducción de los mismos.

Como se expone en el informe sobre la Salud Mundial de la OMS, la industria tiene poco interés en las enfermedades que afectan a la gente pobre y se esfuerza cada vez más en la "mercantilización de la enfermedad"²¹, enfocada a las poblaciones de los países más ricos.

El nacimiento de la comisión de los Determinantes Sociales de la Salud en el año 2005, y que la propia OMS señale la Atención Primaria de Salud como "Más Necesaria que Nunca", así como el comienzo de las relaciones con el MSP (Movimiento Salud de los Pueblos)²² hacen pensar en un sentimiento global hacia la búsqueda de la equidad, si bien el esfuerzo en esta línea debe implicar a todos los actores sociales.

Con respecto a esta situación, los programas odontológicos deben nutrirse de las políticas que sean generadas en el marco de la Atención Primaria de Salud, ya que ofrece un sistema de salud que es más equitativo, tiene mejores resultados en salud²³, es más asequible²⁴, y su implementación efectiva lleva a un sistema de salud mejor coordinado.²⁵

CONCLUSIONES

1. El reto de la equidad en salud oral es una cuestión prioritaria a nivel mundial.
2. Los programas sanitarios basados únicamente en sistemas asistenciales no garantizan la mejora de los niveles de salud ni la equidad en el acceso a esta.
3. Pese al reto de la universalización de la salud y la inclusión de esta en algunos servicios públicos, el reto actual es el desarrollo de un sistema justo en la provisión de servicios enfocado en las personas de menor nivel socioeconómico.
4. Los programas odontológicos públicos, universales y gratuitos son utilizados de manera desigual según la clase social y a menor clase social, menor utilización de estos servicios.
5. Los países de renta alta generalmente no consideran las declaraciones de Alma Ata, ni la más actual Declaración de Salud de los Pueblos, como ejes centrales de sus políticas en salud.
6. Los países de renta baja no poseen sistemas de salud oral adaptados a una planificación sanitaria equilibrada, llegando a ser proveedores de servicios en salud oral destinados a la inequidad.
7. Hay una ausencia clara de investigaciones sobre programas de salud oral que sean equitativos y de fácil implementación en países de renta baja.
8. Hay una ausencia de políticas que estudien la disminución de costes derivados de elementos externos como la industria privada.
9. Existe una continuada adherencia a modelos de recursos humanos, monopolizando el rol del dentista, existiendo una ausencia de políticas hacia la creación de profesionales cuyo rol sea la protección de la salud.
10. Hay una ausencia de instituciones destinadas al estudio, análisis y tutela coordinada desde la óptica de las variables que estudien las inequidades en el acceso a la salud oral, que permita establecer comparativas globales.
11. La prioridad política mundial dada a la salud oral, es baja.
12. En muchos países, existe una falta de atención de la salud oral dentro de modelos de seguridad social y fuera de la atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev Cubana Salud Pública* v.37 n.2 Ciudad de La Habana abr.- jun. 2011. 137- 144.
2. Cuenca E. Odontología comunitaria. Evolución histórica, principios y aplicaciones. En Cuenca E. Baca. P. *Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios Métodos y Aplicaciones*. 3º Ed. Barcelona: Masson; 2005 p 248-61.
3. Babones S. *Social inequality and public health*. Bristol: The policy Press of the University of Bristol; 2009.
4. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: National Ministry of Health and Welfare; 1974.
5. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata URSS, 6- 12 de septiembre de 1978. Serie Salud para todos núm. 1. Ginebra: OMS 1978.
6. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa: World Health Organization/Health and Welfare Canada/Canadian Public Health Association; 1986.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Cambiemos el rumbo de la historia. Ginebra OMS; 2004.
8. Walsh JA and Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*. 1979; 301:967-974.
9. F.Baum ¡Salud para todos ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo veintiuno. *Medicina Social*, Vol 2, número 1. Marzo 2007.
10. Banerji D. A fundamental shift in the approach to international health by WHO, UNICEF and the World Bank: instances of the practice of intellectual fascism and totalitarianism in some Asian countries. In Navarro, V.ed *The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life*. Amityville, New York: Baywood Publishing Company, Inc.
11. WHO UNICEF and World Bank, *State of the World's vaccine immunization*. Geneva: WHO, 2002 p 3.
12. Sintonen H, Linnosmaa I. Economics of dental services. En: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of health economics*, vol 1b. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 1253-96
13. Watt R, Seiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. *Br Dent J*. 1999; 187: 6-12.
14. Ramon Torrel JM. Prevención en Investigación en Odontología y Salud Pública. Métodos de Investigación en Salud Pública. Bases científicas y aplicaciones de la investigación clínica en las enfermedades dentales. Ed Masson 2000. 1-12
15. Sen A. Archivos: Documentación de la 52 Asamblea de la Salud, de O.M.S. (sitio en internet visitado 20 Noviembre 2012). Disponible: <http://www.cies.edu.ni/documentos/red/doc/cap01/salud%20en%20desarrollo.pdf>.
16. Robert Y, Sheiham A. The burden of restorative treatment for children in Third World countries. *Int Dent J*. 2002; 52 1-9.

17. Cuenca E. Odontología comunitaria. Las desigualdades en la salud oral. En Cuenca E. Baca. P. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios Métodos y Aplicaciones. 3^o Ed. Barcelona: Masson; 2005 p263-74.
18. Santosh J, Crampton P, Filoche S. The case of integrating oral health into primary health care. The New Zealand Medical Journal. 21 August 2009, Vol 122. P 43.52.
19. Benzian H, Hodbell M, Holmgren C, Yee R, Monse B, Barnard JT, Helderman WP. Political priority of global oral health: an analysis of reasons for international neglect. International Dental Journal 2011; 61. 124-130.
20. Swasrthya Abhiyan J. Health for All, Now The People's Health Source Book, Chennai; India: AID-India; 2004 p.83.
21. WHO. World Health Report 2005 Make Every Mother and Child Count. Geneva: WHO; 2005.
22. OMS. Informe Sobre la Salud en el Mundo. 2008 La Atención Primaria de Salud más Necesaria que Nunca. Ginebra. OMS 2008.
23. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 2002; 324: 886-891.
24. Shi L, Starfield B, Kennedy B, and Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. The Journal of Family Practice. 1999; 48: (4) 275- 284.
25. Agdestain S, Roemer M I. Good health at a modest price: the fruits of primary care. World Health Forum. 1991; 12 428-31.

EQUIDAD Y SALUD ORAL: CONTEXTO MUNDIAL

AUTORES.

Dr. Juan Carlos Llodra Calvo:

Profesor Titular Odontología Preventiva y Comunitaria (Universidad de Granada). Presidente del Grupo de Trabajo de Salud Pública Oral (FDI). Vicesecretario Consejo General de Colegios de Dentistas de España.

RESUMEN

En el presente capítulo se analiza la influencia que tienen las desigualdades sociales en la salud en general y en la salud oral en particular en un contexto mundial. Repasamos como actúa la desigualdad en las patologías orales, en la accesibilidad a los cuidados y en la distribución del personal sanitario. Se ofrecen al final una serie de reflexiones y de conclusiones a modo de posibles vías para disminuir los efectos que la desigualdad tiene en la salud oral.

ABSTRACT

In this chapter we analyse the influence of inequalities in general health and specifically in oral health. We review the effects of inequality in the oral pathologies, in accessibility for oral care and its influence in the distribution of oral workforce. We conclude with some aspects related with the possible ways for reducing the inequality effect on oral health.

Palabras clave: Salud oral, desigualdad.

Key words: Oral health, inequality.

INTRODUCCIÓN-DESARROLLO

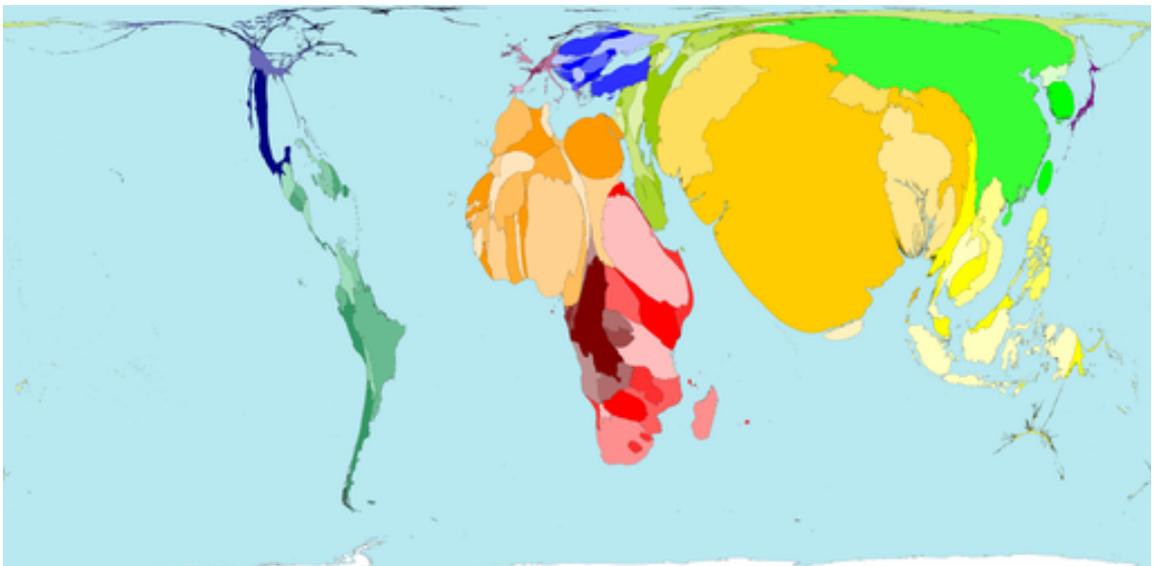
Decía el Presidente de Estados Unidos, John Fitzgerald Kennedy que “*si una sociedad libre no puede ayudar a sus muchos pobres, tampoco podrá salvar a sus pocos ricos.*” En efecto pobreza y desigualdad son determinantes sociales claves en salud. Hoy se sabe que las condiciones generales socio económicas y culturales tienen una clara repercusión en los niveles de salud de las poblaciones. Un trabajo digno, una educación y una asistencia sanitaria garantizada para todos, el derecho a una vivienda o la salubridad de las aguas son claros ejemplos de cómo estas condiciones generales están interrelacionadas con el bienestar de las poblaciones.

DIFERENCIAS SOCIO ECONÓMICAS: UN MUNDO DESIGUAL

La pobreza humana

Más de 1.000 millones de personas en el Mundo viven en la pobreza absoluta (definida por Naciones Unidas como disponer de menos de 1 \$ al día). Podemos observar en el mapa 1 que los continentes africano y asiático concentran la mayor parte de los pobres del mundo.

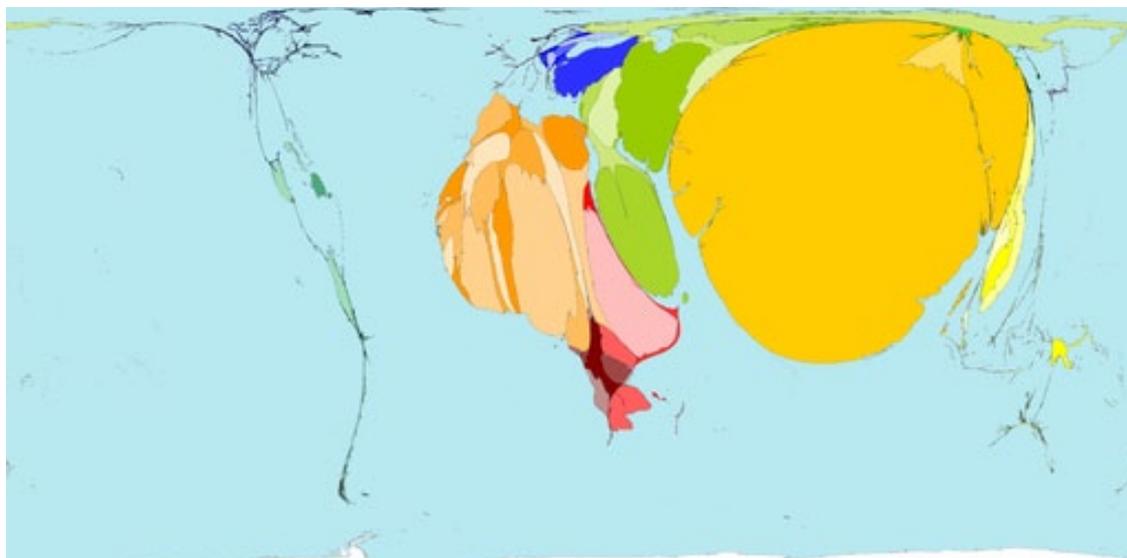
Mapa 1. Distribución de la pobreza en el Mundo.



La escolarización en el Mundo

78 millones de niñas están sin escolarizar en enseñanza primaria en el Mundo. África, Oriente Medio y Asia concentran la mayor parte de analfabetismo infantil (mapa 2).

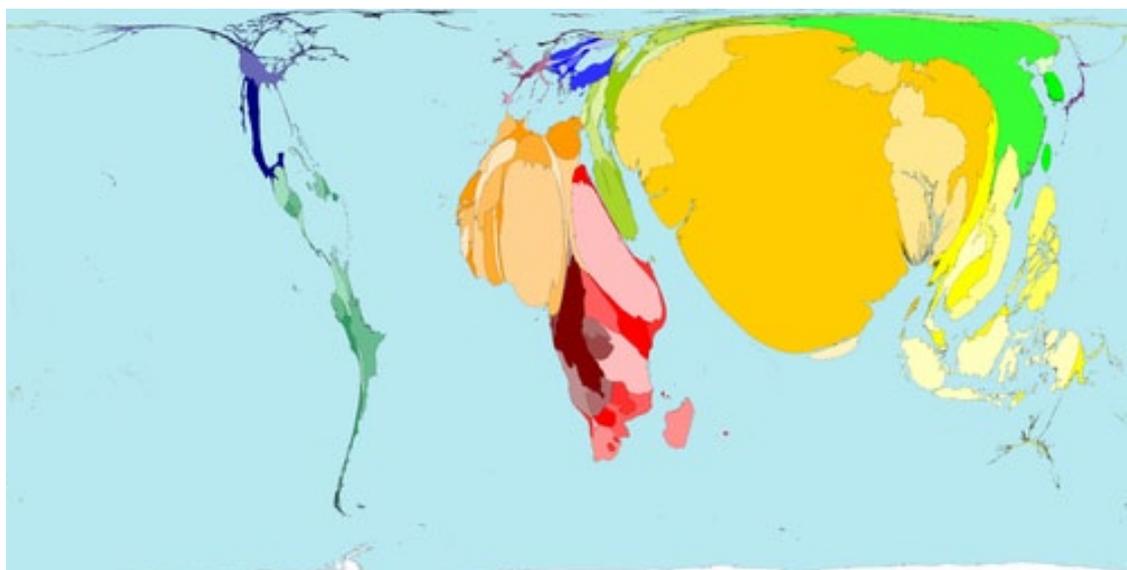
Mapa 2. Niñas sin escolarizar en enseñanza primaria en el Mundo.



La malnutrición infantil en el Mundo

24.000 personas mueren de hambre en el Mundo diariamente (mapa 3)

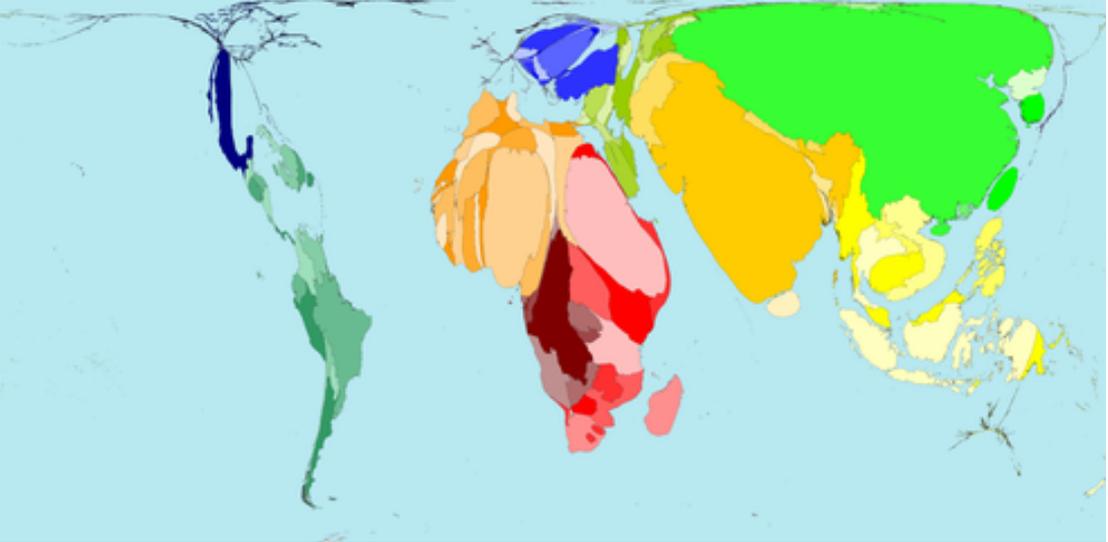
Mapa 3. Malnutrición infantil.



Agua no potable

1.800 millones de personas en el Mundo no tienen acceso al agua potable (mapa 4).

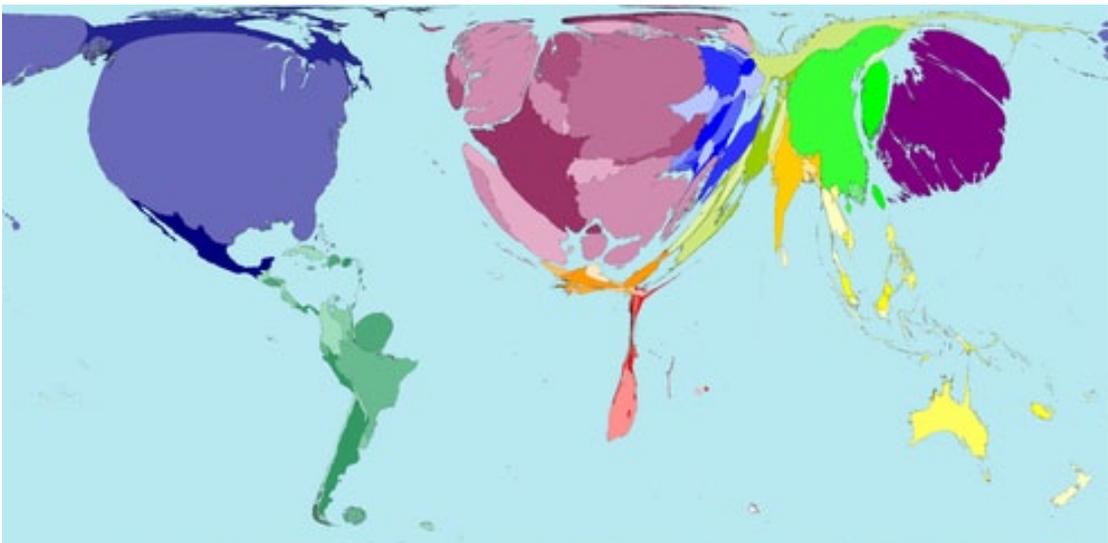
Mapa 4. No accesibilidad al agua potable en el Mundo.



Gasto en Salud Pública en el Mundo

880 millones de personas no tienen acceso a los cuidados sanitarios básicos (mapa 5).

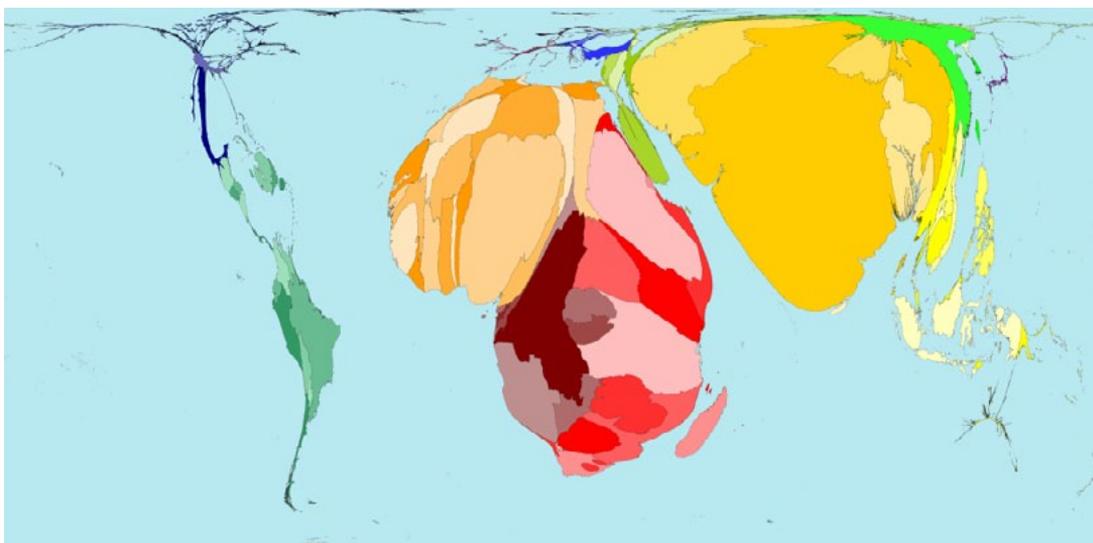
Mapa 5. Acceso a cuidados sanitarios básicos en el Mundo.



Mortalidad materna

Medio millón de mujeres fallecen cada año durante el parto (mapa 6).

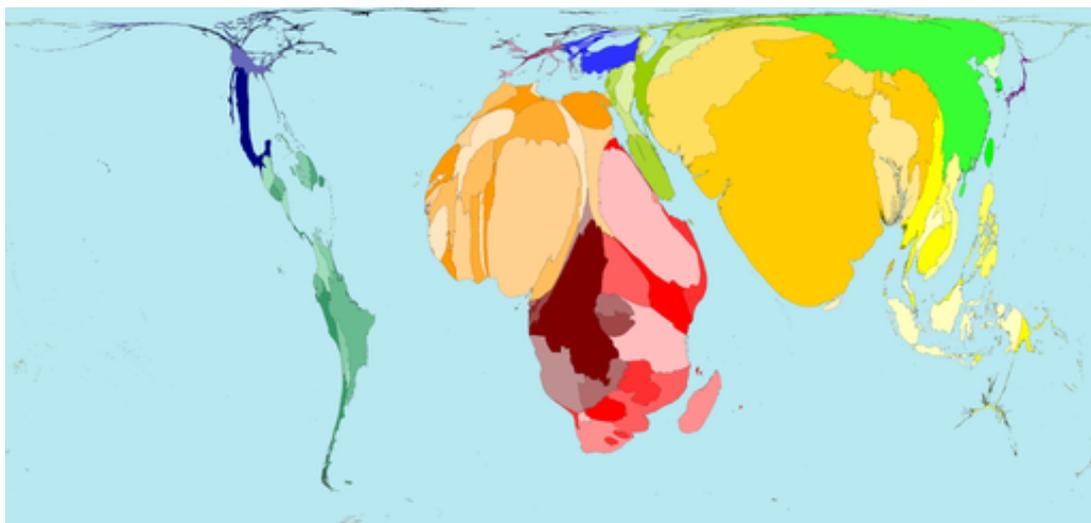
Mapa 6. Mortalidad materna en el Mundo.



Mortalidad infantil

Cada año mueren 10 millones de niñas y niños menores de 1 año en el Mundo. Las cifras entre países ricos y países pobres son radicalmente distintas. Mientras en países como Níger o Mali la tasa de mortalidad infantil es de 110 por cada 1000 nacidos normales, en la mayoría de los países de la UE esta cifra oscila entre 2-4.

Mapa 7. Mortalidad infantil en el Mundo.

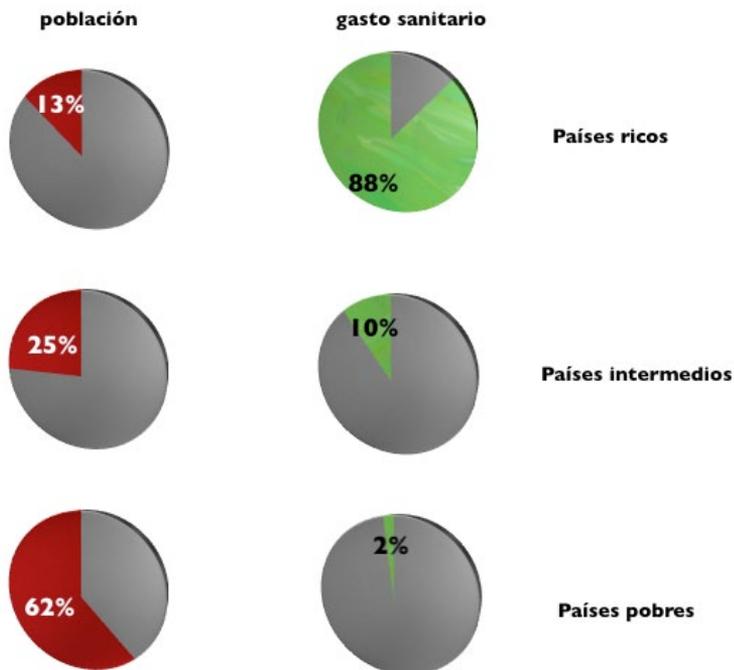


INFLUENCIA EN EL MUNDO DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD

“La brecha en los resultados sanitarios que se observa en la actualidad entre los países es mayor que en cualquier otro momento de nuestra historia reciente”. De esta manera se expresaba la Directora General de la OMS, Margaret Chan, durante la cumbre de la Organización Mundial de la Salud celebrada en 2009. Desde entonces, esta brecha no ha hecho sino que aumentar. En ese mismo sentido Michael Marmot, prestigioso experto en Salud Pública recuerda que “si el mayor determinante de salud es el social, también debe de ser el remedio”¹.

Existe una evidente desproporción entre el gasto sanitario por habitante en función del nivel de riqueza de los países. El 88% del total del gasto sanitario mundial se dedica al 13% de la población mientras que en el otro extremo, al 62% de la población mundial tan solo le corresponde el 2% del gasto sanitario. Es evidente que se trata de una loca ecuación (figura 1).

Figura 1. Población y gasto sanitario mundial.



DESIGUALDADES EN SALUD ORAL

Las patologías orales y la equidad

Está ampliamente demostrada la asociación entre las patologías orales más prevalentes (caries, enfermedades periodontales, cáncer oral) y el nivel socioeconómico y educativo. A peor nivel socioeconómico y más bajo nivel educativo, la prevalencia de las patologías orales citadas, aumenta.

En una revisión muy reciente realizada por el grupo GOHIRA (Global Oral Health Inequalities Research Agenda) de la IADR 2-3, en relación a las desigualdades sociales en la caries dental en el Mundo, se llega a las siguientes conclusiones:

- El nivel global de caries en población infantil ha disminuido significativamente, fundamentalmente por la mejoría social y económica de las poblaciones más desfavorecidas. Sin embargo, la mayoría de la población infantil mundial continua teniendo altos niveles de patología de caries.
- Continúan manteniéndose variaciones importantes en los niveles de caries entre poblaciones con diferentes niveles de desarrollo económico y social.
- La razón de estas diferencias se debe más a los determinantes de nivel poblacional que a los factores individuales.
- Las desigualdades en la salud oral infantil se han convertido en un problema prioritario.
- La experiencia de caries es mayor en las poblaciones con menores niveles de desarrollo económico y social mientras queda más confinada a pequeños subgrupos poblacionales en países desarrollados.
- Los programas poblacionales continúan siendo la principal medida preventiva en todas las poblaciones.

Figura 2. Prevalencia de caries a los 12 años en función de la riqueza del país.



El nivel socioeconómico (NSE) bajo determina no solamente una mayor prevalencia de caries sino un menor grado de atención odontológica (proporción de obturados).

Figura 3. Proporción de caridos, ausentes y obturados, en función del nivel social.



Del mismo modo, el nivel educativo se ha asociado a una mejor o peor calidad de vida oral, utilizando para su medida la prevalencia de edentulismo. En la figura 4 observamos que en niveles educativos bajos casi la mitad de la población se encuentra sin dientes mientras que en niveles educativos altos la prevalencia es del 7%.

Figura 4. Prevalencia de edentulismo en función del nivel educativo.



En relación a las enfermedades periodontales, también se encuentra una clara asociación⁴ a nivel mundial entre el promedio de sextantes afectados (códigos 3 y 4 del CPI) y el nivel de desarrollo socioeconómico de las poblaciones. La afectación promedio de sextantes con enfermedad periodontal moderada o severa es el doble en países de bajo nivel de desarrollo (figura 5) que en los de alto nivel de desarrollo.

Figura 5. Promedio de sextantes en códigos 3+4 CPI en función del nivel de desarrollo del país.

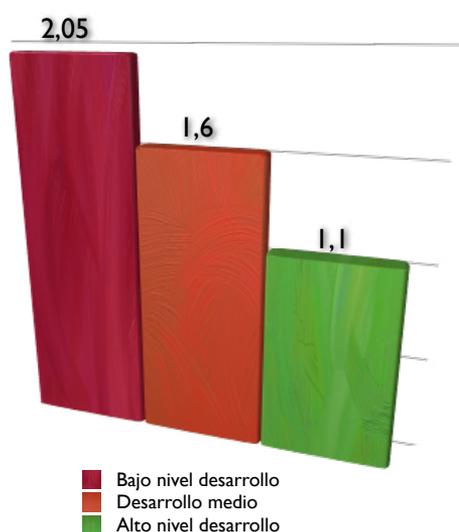
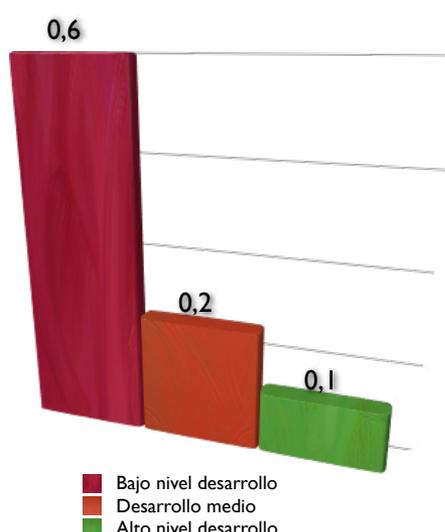


Figura 6. Promedio de sextantes en código 4 CPI en función del nivel de desarrollo del país.

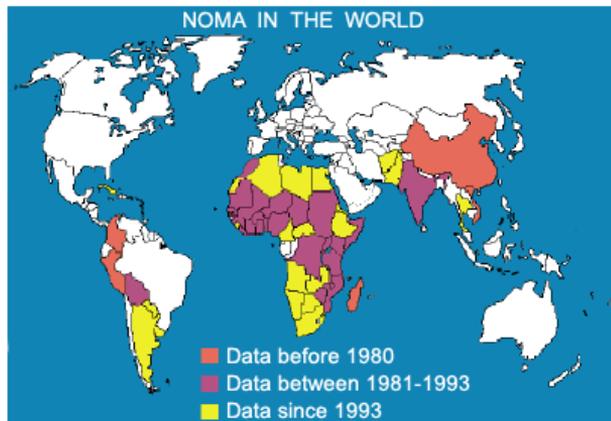


Estas diferencias llegan a ser de 6 veces mayor (figura 6) cuando se considera exclusivamente el promedio de afectación periodontal severa (código 4 del CPI).

Las asociaciones entre bajos recursos y pobre nivel educativo con las patologías orales no solamente se limitan a patologías dentarias sino que incluyen también procesos de mucho mayor gravedad tales como el cáncer oral o el noma. Se observa también que la odd ratio para el cáncer oral en NSE bajos es de cerca de 2.5 lo que significa que el riesgo de padecer un cáncer oral es de dos veces y media mayor en niveles sociales bajos. La perspectiva socioeconómica es muchas veces ignorada a pesar de haberse comprobado que constituye un factor mayor de riesgo en la etiología del cáncer oral. Recientemente estamos asistiendo a un enfoque sobredimensionado de la genética y biología molecular en la epidemiología del cáncer oral, muchas veces dissociado de las circunstancias socioeconómicas en las que vive la gente. Debe de reconocerse de manera más explícita la urgente necesidad de priorizar la prevención y detección precoz en aquellos grupos

diana más desfavorecidos y más sometidos a riesgo ⁵.

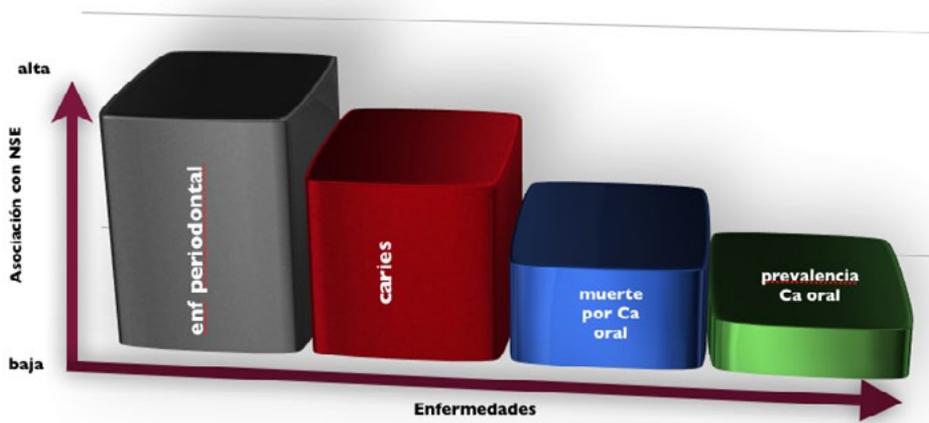
El noma, patología afortunadamente inexistente en España es probablemente el mejor ejemplo de la inequidad en salud oral. Es un tipo de gangrena que destruye las membranas mucosas de la boca y otros tejidos. Se presenta en niños desnutridos que residen en áreas de higiene deficiente. La causa exacta se desconoce, pero puede deberse a bacterias llamadas organismos fusospiroquetósicos. Este trastorno se presenta con mayor frecuencia en niños pequeños, 2 a 5 años de edad, severamente desnutridos ⁶. El tratamiento con antibióticos y una nutrición adecuada detienen el proceso. Los casos detectados desde 1993 se localizan fundamentalmente en África, Asia y algunos países de América Latina.



Courtesy of WHO Noma Program

Por lo tanto, se detectan múltiples asociaciones entre el NSE y las patologías orales ⁷.

Figura 7. Asociación entre NSE y patologías orales.

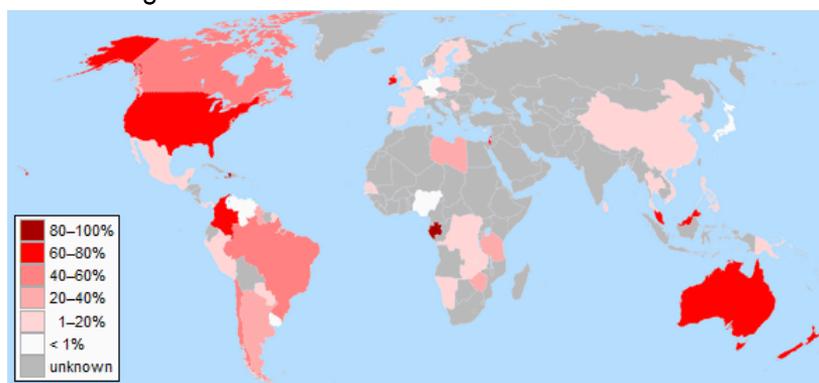


ACCESIBILIDAD AL FLÚOR Y EQUIDAD

Es de sobra conocido que los fluoruros son considerados hoy en día como un factor preventivo indispensable para la prevención de la caries dental. Sin embargo, la accesibilidad a los mismos, como veremos a continuación, también está fuertemente ligada al grado de desarrollo económico de las poblaciones.

En relación a la fluoración de las aguas⁸ se estima que se benefician de ella tan solo 300 millones de habitantes en el Mundo (de los cuales 170 millones se corresponden con estadounidenses). Con alguna excepción, las experiencias de fluoración sistémica de las aguas de bebida han tenido lugar en países considerados como ricos (mapa 8).

Mapa 8. La fluoración de las aguas en el Mundo.



La posibilidad de recurrir a las pastas fluoradas se considera hoy en día un factor clave para una correcta prevención de la caries dental. Desgraciadamente, tampoco en este aspecto existe equidad. El gasto medio por persona y año en pastas fluoradas fue de 7-8 dólares en el continente norteamericano y europeo y de tan solo 0,7-1 dólar en los continentes africano y asiático⁹ (mapa 9).

Mapa 9. El mercado de las pastas fluoradas en el Mundo: gasto medio anual por persona.

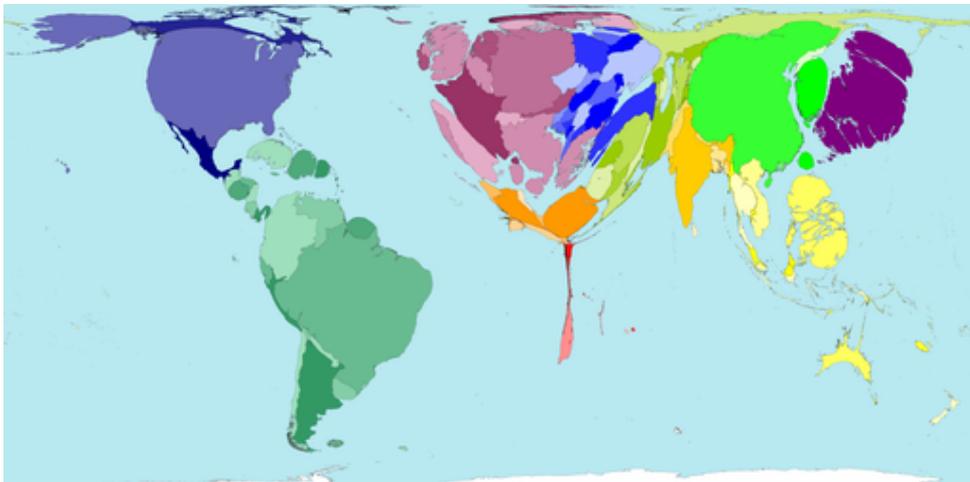


El precio de las pastas fluoradas llega a ser prohibitivo para la economía de determinados países. Un habitante de Zambia requiere el equivalente al salario mensual para su provisión de pasta fluorada anual (su homónimo danés requiere el equivalente a 4 horas de salario).

PERSONAL SANITARIO DE SALUD ORAL Y EQUIDAD

La accesibilidad a los cuidados orales es un factor determinante para una correcta salud. La distribución y proporción del personal sanitario de salud oral varía fuertemente dependiendo de las áreas poblacionales. Es sobre todo el continente africano el que se lleva la peor parte. Países como Guinea Ecuatorial tan solo tienen 1 dentista por cada 100.000 habitantes.

Mapa 10. La distribución de los dentistas en el Mundo.



REFLEXIONES FINALES

Tal y como hemos venido exponiendo anteriormente, asistimos a una loca ecuación en relación a salud oral y equidad: cuanto mayor es el nivel de pobreza y más bajo es el nivel educativo, mayor es la prevalencia de las patologías orales y menor es la accesibilidad a los cuidados. En la figura 8 se resume de manera esquemática los principales componentes de la ecuación.

Figura 8 La loca ecuación de la salud oral y equidad.



- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Mayor prevalencia de caries y lesiones sin tratar. • Mayor prevalencia de enfermedad periodontal. • Más dientes ausentes. • Más cáncer oral. • Mayor consumo de tabaco. • Más "noma". | <ul style="list-style-type: none"> • Menos dientes obturados • Menos visitas al dentista • Menos acceso al flúor • Menos dentistas • Menos tecnología odontológica |
|--|---|

Ante esta situación la odontología como ciencia tiene básicamente dos opciones para enfocar la problemática de la salud oral en los países más desfavorecidos:

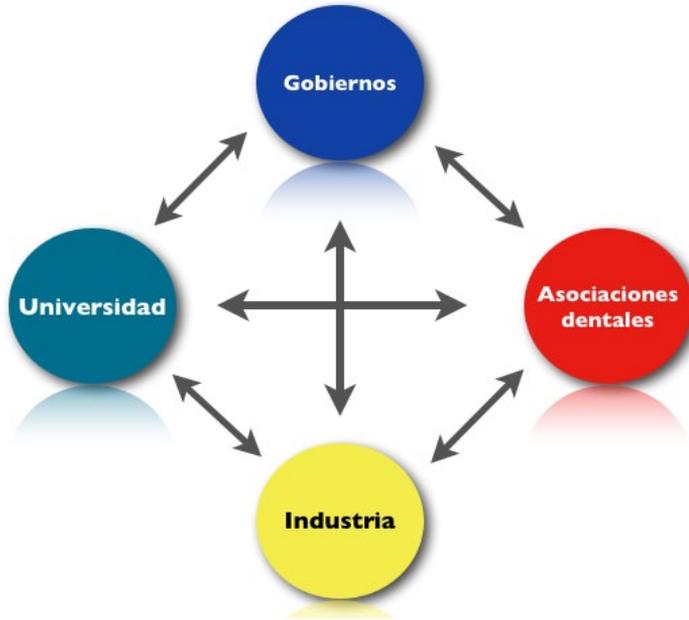
- Ofrecer la misma odontología mecanicista pero rebajando obviamente los niveles tecnológicos que son inviables para las economías de esos países.
- Realizar un enfoque radicalmente diferente, más enfocado a la prevención de los procesos que a su curación.

Desgraciadamente, hasta el presente, el enfoque mayoritario ha consistido en un mal entendido mimetismo de la mal llamada "odontología tecnológica". Es sin embargo esperanzador observar que en algunos países con economía limitada, se está avanzando hacia un enfoque más preventivo e interceptivo, invirtiendo más en evitar la patología que en curarla ¹⁰. De no prosperar en esta línea, llegaremos al absurdo de constatar que se está ofreciendo prevención a los que más tienen y tratamiento de baja calidad a los que menos tienen. En definitiva, estaríamos evitando la patología bucodental en los más favorecidos pero no resolviendo adecuadamente las bolsas de patologías existentes en los menos favorecidos .

¿Qué podemos hacer?

Sin una estrecha colaboración entre los principales actores, no será viable alcanzar un nivel de salud oral aceptable en el Mundo (figura 9).

Figura 9. Los principales actores promotores de salud oral.



Sólo obtendremos una reducción en las desigualdades en salud oral si se implementan políticas efectivas de promoción de salud enfocadas a las principales causas sociales, económicas y medioambientales que son responsables de las patologías orales, y para ello solo cabe un enfoque multisectorial y no exclusivamente sanitario^{11,12,13}.

Continúan siendo válidas las premisas del Acta de Ottawa de 1986¹⁴ en relación a las cinco estrategias principales de promoción de salud. Deben repasarse estas premisas al objeto de analizar las opciones viables que contribuyan a una reducción de las desigualdades en salud oral.

- Creando ambientes de apoyo: reconociendo el impacto del ambiente en los niveles de salud e identificando oportunidades que permitan introducir cambios conducentes a ambientes saludables
- Construyendo una política de salud pública: enfocada al impacto que sobre la salud tienen las políticas públicas de todos los sectores y no exclusivamente del sector sanitario.

- Reforzando la acción comunitaria: incrementando el papel individual y comunitario en la selección de prioridades, en la toma de decisiones, en la planificación e implementación de estrategias encaminadas a alcanzar unos mejores niveles de salud.
- Desarrollando las habilidades y aptitudes personales : yendo más allá de la transmisión de información sanitaria y avanzando hacia el desarrollo de aptitudes personales, sociales y políticas que lleven a acciones de promoción de salud.
- Reorientando los servicios sanitarios: reenfocando el tipo y modalidad de cuidado sanitario y reforzando la responsabilidad de proveer no solamente servicios curativos y clínicos sino también de prevención.

CONCLUSIONES

1. En relación a las principales patologías orales, se evidencia un claro gradiente a nivel mundial, de tal manera que a peor nivel de desarrollo cultural y económico, mayores son los niveles de patologías.
2. El acceso a la prevención en salud oral está claramente desequilibrado a favor de los que se encuentran en una posición económica y cultural más favorecida, llegándose a la paradoja de ofrecer prevención a los que más medios tienen y tratamientos generalmente agresivos a los que menos tienen.
3. Los recursos humanos para salud oral se encuentran muy desigualmente distribuidos, observándose unas claras concentraciones de personal sanitario en aquellas áreas geográficas de mayor desarrollo económico y social, subsistiendo grandes zonas geográficas con enorme escasez de recursos humanos.
4. Las únicas soluciones para empezar a revertir estos graves desequilibrios pasan por potenciar la formación de recursos a nivel local, conjuntamente con una política global de salud que integre a la salud oral dentro del marco de la salud general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marmot M (2010). Fair society, healthy lives - The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post- 2010. London: Marmot Review.
2. Do LG. Distribution of Caries in Children: Variations between and within Populations. *J Dent Res* 2012; 91: 536- 543.
3. Pitts N et al. Global Oral Health Inequalities: Dental Caries Task Group—Research Agenda. *Adv Dent Res* 2011; 23:211- 220.
4. Hobdell MH, Oliveira ER, Bautista R, Myburgh NG, Laloo R, Narendran S, Johnson NW. Oral diseases and socio-economic status (SES). *Br Dent J* 2003; 194: 91- 96.
5. Conway D, Petticrew M, Marlborough H, Berthiller J, Hashibe M, Macpherson L. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: A systematic review and meta-analysis of case-control Studies. *Int J Cancer* 2008; 122: 2811- 2819.
6. Idigbe EO, Enwonwu CO, Falkner WA et al . Living conditions of children at risk for noma: Nigerian experience. *Oral Dis* 1999; 3: 156-162.
7. Locker D: Deprivation and oral health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 161-9.
8. Pizzo G, Piscopo MR, Pizzo I, Giuliana G. Community water fluoridation and caries prevention: a critical review. *Clin Oral Invest* 2007; 11: 189-193.
9. Beaglehole R, Benzian H, Crail J, Mackay J. The Oral Health Atlas, FDI World Dental Federation & Myriad Editions 2009.
10. Baelum V. Dentistry and population approaches for preventing dental diseases. *Journal of Dentistry* 2011; 39S: 9-19.
11. Watt R, Sheiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. *British Dental Journal* 1999; 187: 6-12.
12. Watt R. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 1-1.
13. Sisson KL. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 81- 88.
14. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion* 1. iii-v. Geneva: World Health Organization, 1986.

DESIGUALDADES EN SALUD BUCAL EN ESPAÑA. EL OBJETIVO DE EQUIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS

AUTORES.

F Javier Cortés Martincorena. Pamplona: Estomatólogo. Doctor en Medicina y Cirugía. Ex-profesor de la Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona. Fundador y ex presidente de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO) . Ex responsable del Programa de Salud Bucodental de Navarra. Autor de numerosas encuestas de salud bucodental nacionales y regionales. Premio Dentista del Año 2002.

RESUMEN

Las desigualdades en salud existen a lo largo de todos los países y, dentro de un mismo país, existen desigualdades entre diferentes grupos poblacionales. Algunas desigualdades lo son por razones biológicas, pero otras lo son por razones de tipo social, económico o político. En España, a pesar de que se ha producido una importante mejoría en las últimas décadas, las desigualdades en salud bucal son manifiestas entre Comunidades Autónomas y entre grupos sociales. En cuanto a servicios de salud bucodental, solo la población infantil y juvenil dispone de servicios de atención dental reparadora. Existen diversos modelos y el mapa autonómico muestra una evidente falta de equidad en el acceso a estos servicios entre los habitantes de las diferentes regiones. La tasa de utilización es de baja a moderada. Desconocemos el acceso a los servicios por los grupos sociales más desfavorecidos. Nuestros servicios de atención dental están muy lejos del objetivo de la equidad. El sistema presenta grandes lagunas, no garantiza las mismas prestaciones para todos los habitantes, no está asegurada la financiación y no existen directrices estratégicas que tengan por objetivo la igualdad en salud. Las desigualdades en salud no se podrán corregir solo con acciones individuales sino con políticas sociales.

ABSTRACT

Health inequalities exist between and within countries. Some health disparities are caused by biomedical reasons but some other health differences are caused by social, economic and political factors. In Spain, although a great improvement in oral health in the past decades, inequalities in oral health persist between the different communities and social groups. Dental care is only available for children and adolescents. Three models of delivering care co-exist in our country. Rate of utilization is low to moderate. Any data is available on utilization of dental services, among deprived

population groups. Our dental services are far from the objective of equity. Reducing inequalities in oral health need interventions not only at the individual level, but also encouragin social politics.

Palabras clave: Desigualdades en salud bucal, equidad, servicios dentales

Key words: Oral health inequalities, equity, dental health services

INTRODUCCIÓN

Las desigualdades en salud existen a lo largo de todos los países -desarrollados y no desarrollados- y de todas las culturas y, dentro de un mismo país, existen desigualdades entre diferentes grupos poblacionales.¹ Algunas desigualdades los son por razones biológicas, pero otras lo son por razones de tipo social, económico o político. Es desde este punto de vista desde el que nos interesa analizar los factores, estudiar su incidencia y proponer acciones para el logro de la equidad en salud.

El Informe sobre la Salud en el Mundo situó la equidad como valor central de la renovación de los servicios de atención primaria de salud, al tiempo que reivindicaba la prioridad que deben tener los programas de salud pública para el logro de este objetivo². El logro de la equidad debe ser el núcleo central de todas las intervenciones comunitarias en salud. Siguiendo a Poul Erik Petersen, la equidad en salud es una posición moral.¹

En este contexto, las desigualdades en salud bucal y sus determinantes sociales tienen una importancia relevante como lo muestra el que de las doce áreas de trabajo para la propuesta de acciones identificadas por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008), junto al alcohol, las enfermedades cardiovasculares, la nutrición infantil, la diabetes, la seguridad alimentaria y otras áreas de alta prioridad, una de ellas fuera la salud bucal. Así lo refleja el documento Equity, Social Determinants and Public Health Programmes.³ La salud bucodental cumple los criterios principales para ser considerada como un problema de salud pública por la comisión, a saber: (a) existe una gran carga de enfermedad en la población, (b) presentan grandes diferencias entre -y en el interior de- poblaciones, (c) afectan de forma desproporcionada a determinados grupos de sociales.

DESIGUALDADES EN ESPAÑA

A pesar de que se ha producido una importante mejoría en las últimas décadas, las desigualdades en salud bucal en España son manifiestas. Los indicadores epidemiológicos señalan importantes diferencias entre regiones o Comunidades Autónomas (C.C.AA.), y también entre grupos sociales. Aunque los datos de caries dental por C.C.AA. no están todos actualizados, se observa un cierto gradiente norte-sur, con alguna dispersión, que coincide de alguna manera también con el gradiente de riqueza territorial. Si tomamos la prevalencia de caries, medida por el índice CAOD en niños y jóvenes, las comunidades que presentan una prevalencia claramente por debajo de la media nacional son, en general, comunidades del norte (Cataluña, País Vasco, Navarra) mientras que las que presentan un índice mayor que la media son comunidades del sur (Andalucía, Canarias, Extremadura). La diferencia más acusada la encontramos entre País Vasco, con una prevalencia CAOD a los 12 años del 26,2% y un índice de 0,52, y Canarias con una prevalencia del 51,9% y una media de 1,51, una diferencia que representa, en términos relativos, el doble de afectación por enfermedad (Tabla 1).

Tabla 1. Nivel de caries en España* y diferencial de afectación según nivel socio-económico (NSE)**

| Ámbito | Año | %CAOD >0 | Media CAOD | Diferencial por NSE |
|------------|------|----------|------------|---------------------|
| Andalucía | 2006 | 43,1 | 1,23 | 15,4 |
| Baleares | 2005 | 45,4 | 0,89 | |
| Canarias | 2006 | 51,9 | 1,51 | 22,6 |
| Cataluña | 2006 | 45,8 | 0,73 | |
| Navarra | 2007 | 28,5 | 0,63 | 8,3 |
| País vasco | 2008 | 26,2 | 0,52 | |
| Galicia | 2010 | 33,3 | 0,72 | 6,3 |
| Valencia | 2010 | 37,7 | 0,83 | 12,4 |
| España | 2010 | 45,0 | 1,12 | 22,1 |

*Encuestas de fecha igual o posterior a 2005

**Diferencial en puntos porcentuales entre nivel alto y bajo

El nivel socio-económico (NSE) afecta igualmente a la distribución de caries en España (Tabla 2). La encuesta nacional del año 2010 muestra que el diferencial entre los niveles extremos de la escala social es de 22,1 puntos, aumentado la prevalencia a medida que bajamos en la escala social.⁴

Este hecho se constata en todos los estudios realizados en nuestro país tanto a escala nacional como regional. Y, a pesar del moderado-bajo nivel de caries, la mala noticia estriba en que este diferencial ha aumentado en los últimos años desde los 12,3 puntos diferenciales de la encuesta del año 2000, a los 22,1 actuales.

Otro hecho relevante en relación a los determinantes sociales en la afectación por caries, y que va aparejado al nivel de enfermedad de cada comunidad, es que a mayor prevalencia regional, mayor diferencial por clase social. El diferencial entre los niveles socio-económicos con mayor y menor afectación es de 6,3 puntos en el País Vasco y de 22,6 puntos en Canarias o 15,4 puntos en Andalucía, respectivamente. Sin embargo, este diferencial tiende a mantenerse estable en los últimos años en aquellas comunidades que presentan una menor prevalencia de enfermedad (Tabla 1). En Navarra el diferencial era de 7,8 puntos en 1997 y de 8,3 en 2007.⁵ Otros indicadores muestran igualmente diferencias en salud bucal en preescolares⁶ y en adultos⁷ (Tablas 2 y 4).

Tabla 2. Nivel de caries en España, Andalucía, País Vasco y Valencia, por nivel socio-económico (NSE).

| NSE | España 2000 | España 2010 | Andalucía 2006 | P. Vasco 2008 | Valencia 2010 | España 2010 |
|--------------|-----------------|-------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
| | %CAOD>0 12 años | | | | | %Cod>0 4 años |
| Alto | 36,4 | 29,0 | 30,1 | 21,2 | 28,0 | 17,0 |
| Medio | 39,7 | 42,1 | 37,8 | 28,7 | 36,6 | 19,1 |
| Bajo | 48,7 | 51,1 | 45,5 | 27,5 | 40,4 | 32,8 |
| Diferencial* | 12,3 | 22,1* | | | | 15,8 |

* Diferencial en puntos porcentuales entre nivel alto y bajo entre las encuestas 2000 y 2010.

Tabla 4. Desdentados totales en España por nivel socio-económico.

| NSE | España 2005 |
|-----------------|-------------|
| Edad 65-74 años | |
| Alto | 8,0 |
| Medio | 19,6 |
| Bajo | 16,7 |

*No existen datos de este indicador en la encuesta de 2010.

En relación a los factores sociales, el fenómeno de la inmigración está produciendo cambios en la demografía de este país. En la última década se ha producido un incremento espectacular de la población de origen extranjero pasando de los 1,5 millones en 2001, a los 5,2 millones del año 2011, lo que representa un incremento del 234%. La población de origen extranjero representa actualmente el 11,2% de la población española (con grandes variaciones regionales -del 15% en Cataluña o Valencia, al 3,7% en Galicia).⁸ Este grupo poblacional (muy heterogéneo en su origen y de un nivel socio-económico medio y bajo en general) presenta importantes diferencias de salud con la población de origen español a pesar de que los datos son, todavía hoy, escasos. Sólo la última encuesta nacional del año 2010 y alguna Comunidad Autónoma ha indagado sobre este hecho. Los datos disponibles señalan que la población de origen extranjero presenta un nivel de caries, a los 12 años, entre un 20 y un 80% mayor que la población de origen español^{15,9,10 y 11} (Tabla 3).

Tabla 3. Nivel de caries en España según origen de nacimiento.

| Origen | España 2010 | Valencia 2010 | Navarra 2007 |
|--------------|-----------------|---------------|--------------|
| | %CAOD>0 12 años | | |
| España | 42,3 | 36,8 | 26,7 |
| Extranjero | 55,1 | 44,1 | 48,7 |
| Diferencial* | +30,3 | +19,8 | +82,4 |

*% de diferencia origen Extranjero versus origen España.

DESIGUALDADES EN LOS SERVICIOS

Solo la población infantil y juvenil dispone de servicios de atención dental reparadora. El mapa autonómico de oferta de estos servicios muestra una evidente falta de equidad entre los habitantes de este país. A pesar de los sucesivos decretos habidos desde el año 1995 que establecen y regulan las prestaciones en salud bucodental del Sistema Nacional de Salud (último: RD1030/2006), y que señalan los servicios mínimos comunes a todo el estado, el desarrollo en las diferentes regiones ha sido desigual. La financiación nunca ha estado asegurada y las diferencias entre CC.AA. son importantes. Para terminar de agravar el problema, los recortes en prestaciones sociales como consecuencia de la crisis financiera actual, han traído la retirada de las subvenciones que el Estado concedía a las CC.AA., razón por la cual algunas Comunidades han recortado cobertura de edades y prestaciones. En la actualidad, la financiación depende en exclusiva de las CC.AA. así como el desarrollo de programas de atención dental.

Es cierto que todas la CCAA. ofertan prestaciones de odontología reparadora para población infantil y juvenil (6 a 15 años), pero también lo es que existen diferencias muy importantes en cuanto a la cartera de servicios que ofrecen, la cobertura, la financiación, el soporte legislativo, la red de centros asistenciales y la dotación de recursos en general. De tal manera que niños o adolescentes de la misma edad que viven en poblaciones limítrofes, pero pertenecientes a Comunidades diferentes, no tienen acceso a la misma asistencia dental, ni en las mismas condiciones.¹²

El desarrollo de los programas asistenciales ha dependido de la voluntad política de cada administración autonómica, razón por la cual se han producido desarrollos de diferentes velocidades. Esto ha condicionado que no exista un modelo único -como ocurre, en líneas generales, con la asistencia sanitaria general- sino el desarrollo de diferentes modelos, acordes al impulso político de cada Comunidad Autónoma en el momento de su puesta en marcha.

Así pues, actualmente conviven en España tres modelos de asistencia dental infantil y juvenil que se han ido conformando durante la década de 1990 y primera década de este siglo. Estos son: (a) el modelo denominado PADI (concertación con el sector privado pagado por capitación, centros privados que conviven con centros de la red pública y ambos prestan la misma asistencia), (b) el modelo exclusivamente público (dentistas asalariados de la red de atención primaria) y (c) el denominado modelo mixto (que combina atención primaria en la red pública y derivación a la red privada concertada para la realización de determinados tratamientos)¹³.

Los datos que se disponen sobre utilización y evaluación de cada uno de los sistemas son, todavía hoy, muy escasos. Quienes tienen mejor estructurada esa información son las CCAA. que disponen de un servicio específico de salud bucodental. En algunas de ellas, se puede acceder a la información a través de los informes de actividad en Atención Primaria de sus respectivos servicios de salud.

La tasa de utilización anual de los servicios de atención dental según estos tres modelos varía sustancialmente de una Comunidad a otra. Entre las Comunidades con modelo PADI, la tasa de utilización anual se sitúa entre el 69% de Navarra y 63% del País Vasco, y el 39% de Aragón y 32% de Baleares. En el modelo mixto, Castilla-León tiene una tasa anual del 64%. No se han podido conseguir datos de las CCAA. con modelo público. Algunos datos aislados apuntan a que en las Comunidades con una menor utilización, ya sea de un modelo o de otro, esta tasa puede estar entre el 30 y el 40% (Tabla 5).

Tabla 5. Servicios de salud bucodental en España: modelo, cobertura etaria y tasa de utilización anual (años 2010-2012).

| Ámbito | Modelo | Cobertura | Tasa de utilización |
|----------------------|---------|-----------|---------------------|
| Andalucía | PADI | 6-15 | |
| Aragón | PADI | 6-13 | 39% |
| Asturias | Mixto | 6-15 | |
| Baleares | PADI | 6-13 | 32% |
| Canarias | PADI | 6-13 | |
| Cantabria | Público | 6-14 | |
| Castilla-La Mancha | Mixto | 6-15 | |
| Castilla-León | Mixto | 6-15 | 64% |
| Cataluña | Público | 6-15 | |
| Comunitat Valenciana | Público | | |
| Extremadura | PADI | 6-15 | 60% |
| Galicia | Público | 6-14 | |
| Madrid | Mixto | 6-15 | |
| Murcia | PADI | 6-8 | 56% |
| Navarra | PADI | 6-15 | 69% |
| País Vasco | PADI | 7-15 | 63% |
| Ceuta y Melilla | Público | 7-14 | |

La frecuentación, esto es, el histórico de utilización a lo largo de los años en que tienen derecho, muestra que sólo entre el 6 y el 9% no lo ha utilizado nunca y entre el 27 y el 38% lo utiliza todos los años (100% de los años con derecho). La media de utilización es de un 70% (aprox.) en las Comunidades PADI con mayor índice de utilización.^{14 y 15}

EL LOGRO DE LA EQUIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS

Pero para el logro de la equidad, es necesario conocer cómo se distribuyen los grupos sociales en esas tasas de utilización. Así pues, aun contando con una tasa de utilización bastante alta, como las reseñadas anteriormente para algunas CC.AA., la cuestión relevante es saber si utiliza el servicio quien más necesidades tiene. O dicho de otra manera ¿se benefician del servicio -lo utilizan- las capas de población con más necesidades y menos recursos? Desgraciadamente no tenemos

respuesta precisa a esta pregunta. Los estudios de evaluación realizados hasta la fecha han abordado su grado de desarrollo, actividad realizada, costes, indicadores epidemiológicos, etc., su eficacia en términos globales, pero no tenemos todavía datos que permitan saber su penetración y eficacia en grupos poblacionales específicos. Los datos globales que disponemos indican que, a pesar de la tasa de utilización, las diferencias en salud según la escala social, siguen existiendo. Un reciente análisis llevado a cabo en Navarra (datos pendientes de publicación) parece indicar que las capas de población con más necesidades y menos recursos se benefician del programa menos que las capas sociales más favorecidas.

El acceso a los servicios de salud en condiciones de igualdad efectiva, así como el objetivo de la mejora de salud de la población, están en el ánimo y en el enunciado de cuantos servicios de atención a la salud se desarrollan aquí y en cualquier sistema sanitario público. Sin embargo, sabemos que su impacto sobre el estado de salud de la población es pequeño en comparación con otros determinantes de la salud.¹⁶ El servicio de atención a la salud es uno de ellos pero, sin duda, los determinantes con mayor impacto son los sociales, económicos y políticos.

La oferta de un servicio de salud universal, público y gratuito, no garantiza per se el acceso equitativo de la población. Una vez garantizada la accesibilidad por la oferta pública, universal y gratuita, dotada con suficientes recursos, el acceso real al servicio es sensible a factores sociales que escapan a la mera acción de gestión del servicio. Es de todo punto de vista necesario estudiarlos, comprenderlos, para poner en marcha acciones que garanticen que el objetivo último del servicio se cumpla: equidad y mejora de la salud.

En España, nuestros servicios de atención dental están muy lejos del objetivo de la equidad. El sistema presenta grandes lagunas¹: No garantiza las mismas prestaciones para todos los habitantes². No ofrece igualdad de acceso en las diferentes CCAA³. No tiene en cuenta factores⁵ sociales en la accesibilidad al servicio⁴. No está asegurada la financiación en todas las CCAA. No existe una política clara en la administración central ni en muchas autonomías de cuáles son las metas a conseguir en salud bucodental⁶. No existen directrices estratégicas que tengan por objetivo la igualdad en salud.

REDUCIR DESIGUALDADES EN SALUD

La promoción de la salud se basa, según el modelo imperante en nuestro país, en la naturaleza biomédica de la enfermedad y se centra principalmente en acciones individuales o comunitarias, encaminadas unas a población general y otras a grupos de riesgo. Según este modelo, el comportamiento individual es el elemento central de la estrategia, en lo que denominamos "estilo de vida". Los programas educativos se centran estos principios.

Pero el estilo de vida no es solo una elección individual, está en algún modo determinado o modulado por las condiciones sociales en las que el individuo desarrolla su vida.

Lo que la moderna salud pública nos dice hoy es que si no se atiende a las causas de las causas es decir, a los factores sociales que subyacen en el comportamiento de las personas, el modelo fracasa.¹⁷ La prevención dirigida a los grupos o individuos de riesgo no puede reducir las desigualdades en salud porque si no se atiende a los factores sociales subyacentes, nuevos individuos y nuevos grupos de riesgo aparecerán.

Por lo que a la salud bucodental atañe, ésta se encuentra demasiado aislada administrativa y organizativamente del resto del sistema sanitario. El aislamiento es secular y no afecta exclusivamente a nuestro país, si no a la odontología como ciencia y práctica sanitaria, me atrevería a decir que en el mundo entero.

Por tanto, para reducir desigualdades en salud, no son suficientes las acciones individuales ni las acciones fundamentadas únicamente en los aspectos biomédicos. Basado en la evidencia científica y en la experiencia, el moderno enfoque de la salud pública dice que son necesarias políticas sociales que den oportunidades a las personas de todo el espectro social a desarrollar una vida sana.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS PARA ESPAÑA

1. Las desigualdades en salud bucal existen en España. Las hay según las diferentes regiones, con diferente desarrollo socio-económico, y las hay entre grupos poblacionales por su pertenencia a un nivel social u otro.
2. Las diferencias por nivel socio-económico para el global de España, parecen haberse acentuado en la última década.
3. Sin embargo, estas diferencias tienden a ser menores -aunque persisten-, en aquellas Comunidades con menores índices de caries y mayor desarrollo de servicios.
4. Solo la población de 6 a 15 años tiene derecho a atención dental reparadora, generando una evidente situación de desigualdad con otros grupos de edad; no todas las CC.AA. ofertan el servicio a todas las edades dentro de ese grupo etario.
5. El desarrollo de programas, la dotación presupuestaria y de recursos es tan desigual en las diferentes CC.AA. que producen una evidente falta de equidad entre zonas geográficamente vecinas.
6. La disponibilidad del servicio no asegura la igualdad de acceso a todos los grupos sociales.

PROPUESTAS

1. La salud bucodental debería ser parte integrante con pleno derecho del Sistema Nacional de Salud. Elaborar directrices políticas y estratégicas en este campo, debería ser una prioridad de la administración sanitaria.
2. Estas directrices en salud bucodental deben estar integradas en las de la salud general.
3. Las acciones encaminadas a la mejora de la salud deberían tener en cuenta las diferencias sociales, culturales y económicas que la propia sociedad contiene, ya que la mera oferta de un servicio de salud público no garantiza el logro de los objetivos de equidad y mejora de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes -the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011;39:481-487.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
3. Blas E, Sivansankara Kurup A. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010.
4. Llodra Calvo JC. Encuesta de Salud Oral en España 2010. *RCOE* 2012; 17(1): 13-41.
5. Cortés FJ, Artázcoz J, Rosel E, González P, Asenjo MA, Sáinz de Murieta I y cols. La salud dental de los niños y adolescentes de Navarra, 2007 (4ª edición). *An Sist Sanit Navar* 2009;32(2): 199-215.
6. Bravo Pérez M, Llodra Calvo JC, Cortés Martinicorena FJ, Casals peidró E. Encuesta de Salud Oral de Preescolares en España 2007. *RCOE* 2007; 12(3): 143-168.
7. Bravo Pérez M, Casals Peidró E, Cortés Martinicorena FJ, Llodra Calvo JC. Encuesta de Salud Oral en España 2005. *RCOE* 2006; 11(4):409-456.
8. Instituto Nacional de Estadística (página web en internet). Censo de población y viviendas en 2011. INE. Madrid. Accedido el 15 de enero de 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/censos2011/censos2011.htm>
9. Llodra Calvo JC. Influencia del origen de nacimiento (España versus extranjero) en la Salud Oral de la población infanto-juvenil en España 2010. *RCOE* 2012; 17(1):47-61.
10. Generalitat Valenciana. Estudio de Salud Bucodental Infantil en la Comunitat Valenciana 2010. Consellería de Sanitat. Informes de Salud nº 133. Generalitat; 2012.
11. Almerich-Silla JM, Montiel Company JM. Influence of immigration and other factors on caries in 12 and 15-yr-old children. *Eur J Oral Sci* 2007; 115:378-383.
12. Cortés Martinicorena FJ. Servicios dentales para jóvenes: el inicio de una andadura. *Gac Sanit* 2010;24(3):251-252.
13. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral. SESPO. Servicios públicos de salud bucodental en España. Legislación y cartera de servicios en las CC.AA. 2005 (2ª edición). Barcelona, 2005.
14. Gobierno Vasco. Eusko Jaurlaritz. PADI-2011. Informe anual del desarrollo del Decreto 118/90 sobre asistencia dental a la población infantil de la C.A.P.V. Servicio Dental Comunitario. Osakidetza.
15. Cortés Martinicorena FJ, Bravo Pérez M, Artázcoz J. ¿Quién utiliza el Programa de Atención Dental Infantil (PADI). Patrón de utilización del servicio en Navarra. *RCOE* 2010; 15(2): 127-132.
16. Nadanovsky P, Sheiham a. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and nearly 1980s. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995;23:231-239.
17. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35: 1-11.

EL PADI DEL PAÍS VASCO. UN SISTEMA ASISTENCIAL PARA CRECER EN SALUD

AUTORES.

Dr. Federico Simón Salazar: Médico Estomatólogo. Universidad del País Vasco. Doctor en Medicina. Universidad Complutense de Madrid. MSc. Dental Public Health. London Hospital Medical College-UCL. Diplomado en Dirección de Servicios de Salud. Univs. Deusto-ESADE. Presidente Consejo Asesor de Salud Bucodental de Euskadi. (1989-1991). Presidente Soc. Esp. de Epidemiología y Salud Pública Oral. (2003-2005) Jefe del Servicio Dental Comunitario. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

RESUMEN

Hace dos décadas, en el País Vasco, el 82% de los niños de 14 años tenía caries, una media de 4 lesiones, más de la mitad sin tratar, que afectaba su salud dental en la infancia y en el futuro como adultos. La ausencia de aseguramiento público de la atención dental dificultaba a las familias, sobre todo en los niveles socioeconómicos menos favorecidos, el cuidado profesional de la salud dental de sus hijos.

En respuesta a esta situación el Gobierno Vasco estableció, con el Decreto 118/1990, un sistema de asistencia dental de calidad que asegura a todos los niños, y financia con cargo al Departamento de Sanidad, atención periódica y adecuada en las edades de erupción y maduración post-eruptiva de la dentición permanente: el PADI. La meta del sistema es colaborar a que los niños crezcan sanos.

La asistencia se provee por un amplio cuadro facultativo de dentistas concertados y de Osakidetza/servicio vasco de salud. Los protocolos clínicos y el sistema de pago por capitación para el abono de la atención dispensada por los dentistas concertados, que regulan el PADI, se han mostrado efectivos para promover los cuidados apropiados, manteniendo el coste económico en los parámetros estimados en su planificación.

La asistencia dispensada a lo largo de veinte años, con orientación preventiva y aplicando los tratamientos reparadores necesarios, ha mejorado notablemente la salud dental de nuestros niños y jóvenes en todas las clases sociales. La adaptación del sistema al nuevo escenario epidemiológico requiere afrontar nuevos retos.

ABSTRACT

Two decades ago, in the Basque country, 82% of 14 years old children had cavities, an average of 4 lesions, more than half untreated, affecting their dental health in childhood and in the future as adults. The absence of public insurance for dental care difficult to families, especially in lower socio-economic levels, the professional care of the dental health of their children.

In response to this situation the Basque Government established by Decree 118/1990, a system of quality dental care that ensures all children, and funded from the budget of the Department of Health, regular and adequate assistance along the ages of eruption and post-eruptive maturation of permanent teeth: the PADI. The goal of the system is to help children grow up healthy.

The assistance is provided by a large number of dentists, independent contractors and Osakidetza/ Basque Health Service. Clinical protocols and capitation system for payment of care provided by independent contractors dentists of PADI have proved effective in promoting the proper care, keeping the economic cost estimated parameters as planning.

Assistance given over twenty years, with preventive approach and reparative treatments, has greatly improved the dental health of our children and young people in all social classes. The adaptation of the system to the new epidemiological scenario requires face new challenges.

Palabras clave: PADI, Capitación, Asistencia dental.

Key words: PADI, Capitation, Dental care.

ANTECEDENTES, PROBLEMAS Y NECESIDADES

A finales de los años 80 del siglo XX los problemas de salud dental, especialmente la caries, afectaban a la práctica totalidad de la población del País Vasco. La mayoría de los adultos habían padecido en la infancia y adolescencia dolores de causa dental, infecciones, anestésias, empastes y extracciones. Ser portador de prótesis dentaria removible se asumía como inevitable al llegar a cierta edad tras repetidos tratamientos, pérdida de horas de trabajo, disfrute y calidad de vida. Sin embargo, esta situación era evitable en gran medida aplicando los cuidados dentales preventivos y reparadores apropiados desde la infancia.^{1,2}

El principal impedimento para la generalización de estos cuidados profesionales era la ausencia de aseguramiento público de la asistencia dental. A diferencia de otros países europeos, nuestro

Sistema Nacional de Sanidad (SNS) sólo ofertaba en la práctica la extracción dental como “solución” a las lesiones de caries. El sistema real de asistencia dental de la población del País Vasco, como en el resto del Estado, lo constituía una extensa red de consultas privadas, uniformemente distribuidas y bien equipadas tecnológicamente, donde desarrollaban su actividad profesionales cualificados.³

Los tratamientos dentales en un sistema asistencial exclusivamente privado y basado en el pago por servicio, suponían la mitad del gasto directo en salud de cada familia. Su coste económico era una importante barrera para el acceso a la asistencia dental en todas las edades, incluida la población infantil.³

La carencia de aseguramiento público y su coste en el sector privado dificultaba a las familias, sobre todo en los niveles socioeconómicos menos favorecidos, el cuidado profesional de la salud dental de sus hijos. Los datos indicaban que la mitad de los menores de 15 años no había ido nunca al dentista y que la carga de enfermedad que soportaban los niños era inaceptable para el nivel de desarrollo de nuestra sociedad.³

En 1988, el estudio epidemiológico del Departamento de Sanidad sobre salud dental infantil indicó que el 82% de los niños de 14 años tenía experiencia de caries; un promedio de 4 caries (CAOD=3,98), más de la mitad de ellas sin tratar (IR=38%). La severidad y complejidad de las lesiones, un promedio de 8 superficies (CAOS=8,3), afectaría de forma permanente su salud dental como adultos. La enfermedad que se iniciaba en la infancia estaba en el origen de la mencionada mala salud dental de la población general del País Vasco, en torno a 2,1 millones de ciudadanos.⁴

En este contexto, la transferencia de las competencias en Sanidad a la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y la creación en 1984 de Osakidetza/servicio vasco de salud, posibilitaron plantearse una política dental propia en respuesta a los problemas y necesidades detectadas en la población y a las carencias estructurales heredadas.

UNA POLÍTICA DE SALUD DENTAL PARA EL PAÍS VASCO

La experiencia de los países más avanzados mostraba que los enfoques reparadores de la caries desarrollados bajo diferentes sistemas de aseguramiento y provisión, llevaban invariablemente a ciclos de restauraciones, cada vez más complejas, que se repetían y retroalimentaban, dando como resultado una población adulta edéntula parcial o totalmente, tras haber invertido ingentes cantidades de recursos públicos y privados.⁵

Como es sabido, la erupción de la dentición permanente se produce entre los 6 y los 12 años. A la erupción de cada pieza dental le sigue un período, estimado en dos años, de maduración posteruptiva del esmalte. Es en estos primeros años cuando el riesgo de caries es mayor y su

progresión más rápida. Superada la etapa de erupción y maduración de la dentición permanente sin caries ni acumulación de obturaciones, las posibilidades de una buena salud dental el resto de la vida se incrementan.

La política de salud dental a impulsar en el País Vasco tendría pues un enfoque de promoción de la salud y se orientaría a los más jóvenes. Una estrategia poblacional y posibilista que redujera de forma inmediata la carga de enfermedad dental en los niños y mejorase paulatinamente el escenario epidemiológico en la población general.^{6,7}

Para ello, junto a medidas de prevención individuales y comunitarias, era preciso desarrollar un sistema de asistencia dental para toda la población infantil, orientado a la salud, y que fuera accesible y aceptable para cada familia. La meta de este sistema sería colaborar a que los niños crecieran sanos, evitando que nuevas generaciones de ciudadanos se convirtieran en pacientes crónicos dentales en el futuro.

El Gobierno Vasco estableció como área de intervención prioritaria la salud dental infantil e impulsó dos nuevas acciones de Salud Pública mediante la publicación de sendos decretos: la implantación del esquema de fluorización del agua (Decreto 49/1988) que desde hace dos décadas cubre al 80% de la población; y la creación de un sistema de asistencia básica dental de calidad (Decreto 118/1990) que garantizase a todos los niños los cuidados profesionales necesarios, tanto preventivos como reparadores, a través del Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI).^{8,9}

PLANIFICACIÓN ASISTENCIAL PARA LA SALUD

En el análisis y planificación del sistema asistencial se utilizó metodología **PRECEDE** para ordenar y estructurar los factores (predisponentes, facilitadores y reforzadores) que contribuían a la situación de carencia de cuidados profesionales detectada. Los factores identificados fueron: el desconocimiento en las familias de la importancia de la revisión dental anual en los niños y del potencial de medidas preventivas como los selladores (f. predisponente); la ausencia de “dentista de familia” en contraste con la asignación institucional de pediatra o maestro a cada niño (f. facilitador); el coste económico que cada familia asumía directamente y que dificultaba, sobre todo a las clases sociales menos favorecidas, el acceso a la asistencia dental de sus hijos (f. reforzador).^{10,11}

La metodología **PRECEDE** distingue la “meta” (que los niños crezcan sanos), de los “objetivos generales” (que reciban una asistencia periódica y adecuada) y de los “objetivos específicos” determinados por los factores contribuyentes. La intervención tendría que dar respuesta satisfactoria a cada uno de los tres factores contribuyentes descritos para poder así garantizar asistencia dental periódica y adecuada a todos los niños en edad escolar. La hipótesis de trabajo era que dicha asistencia profesional lograría, en paralelo con otras acciones como la fluoración, la educación para la salud

en el medio escolar y el autocuidado personal, que los niños crecieran sanos.

Figura 1: Cuadro de mando para el análisis, planificación y evaluación del PADI.10.

| ANALISIS | PLANIFICACION | EVALUACION |
|--|--|-------------------|
| PROBLEMA DE SALUD | META | RESULTADO |
| FACTOR DE RIESGO FACTORES CONTRIBUYENTES predisponentes facilitadores reforzadores | OBJETIVO GENERAL OBJETIVOS ESPECIFICOS | IMPACTO |
| | OBJETIVOS OPERATIVOS ACTIVIDADES OPERATIVAS | PROCESO |

Objetivos específicos, generales y meta secuencian la intervención y facilitan su evaluación. El cumplimiento de objetivos específicos y generales mide el “impacto” (efectos a corto plazo); el grado de consecución de la meta mide el “resultado” (efecto a largo plazo). El sistema debería además dotarse de protocolos asistenciales explícitamente orientados a la salud, y de recursos humanos, técnicos, materiales, organizativos y presupuestarios suficientes. Son sus objetivos operativos, que se traducen en acciones administrativas y se evalúan como “proceso”.

Una de las principales dificultades e incertidumbres para incorporar la asistencia dental infantil a las prestaciones aseguradas por la Sanidad del País Vasco, era el poder garantizar en el tiempo su viabilidad económica. En base a las necesidades previstas de atención dental, el Departamento de Sanidad estimó para el ejercicio 1990 un coste asistencial de 30 euros/niño/año.¹²

La previsión de los técnicos del Servicio Dental Comunitario de Osakidetza era que, con las medidas de salud pública establecidas y los cuidados dentales adecuados, los niños atendidos en el PADI crecerían sanos y la necesidad de intervención profesional, y consecuentemente el coste de la asistencia a corto y medio plazo, se mantendría estable. Su expectativa de costes del sistema a largo plazo sería favorable al ir mejorando progresivamente la situación epidemiológica y reducirse la carga asistencial.

DESARROLLO NORMATIVO

El Gobierno Vasco publicó el Decreto 118/1990, de 24 de abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la CAPV, y las órdenes de 2 y 3 de mayo del mismo año para su desarrollo. Decreto y órdenes describen el problema de salud a abordar y el modo de hacerlo; fijan las edades de cobertura; regulan la atención dental asegurada; contemplan la provisión de la asistencia por medios propios y concertados; establecen la financiación del sistema con cargo al presupuesto del Departamento de Sanidad; y asignan a Osakidetza/servicio vasco de salud el desarrollo y gestión del PADI.^{9,13,14}

Osakidetza carecía del dispositivo asistencial necesario para desarrollar con sus propios medios el Decreto 118/1990. Establecida como población diana todos los niños en edad de erupción y maduración posteruptiva de su dentición permanente, 170.000 niños de edades comprendidas entre los 7 y los 15 años, sería necesario dotar al menos 85 nuevas unidades dedicadas específicamente al PADI. La alternativa era concertar una parte de la red de consultas privadas del País Vasco, que se preveía en creciente expansión, y proveer conjuntamente el PADI con los dentistas privados que lo solicitaran.^{10,15}

Finalmente, para la puesta en marcha del PADI, el Departamento de Sanidad estableció un dispositivo mixto público/privado formado por 19 unidades asistenciales de nueva creación en Osakidetza, con dedicación exclusiva al PADI, y la concertación de 60 dentistas privados, del total de 600 colegiados entonces en el País Vasco, que solicitaron incorporarse en aquel primer año al cuadro facultativo.¹⁶

Siguiendo su planificación, la implantación del PADI se realizó de forma incremental. En 1990, primer ejercicio de la implantación, se inició el sistema con los 24.044 niños residentes en el País Vasco que a lo largo del citado ejercicio cumplían 7 años de edad; concretamente el PADI comenzó asegurando su asistencia a los niños nacidos en 1983. Cada año, se incorporaría una nueva cohorte; así en 1991 se incorporaron los niños nacidos en 1984, los que a lo largo del ejercicio cumplían los 7 años y se sumaban a los ya incluidos el año anterior. De esta forma, añadiendo la cohorte que cumplía 7 años cada ejercicio y manteniendo incluidas en el sistema las cohortes

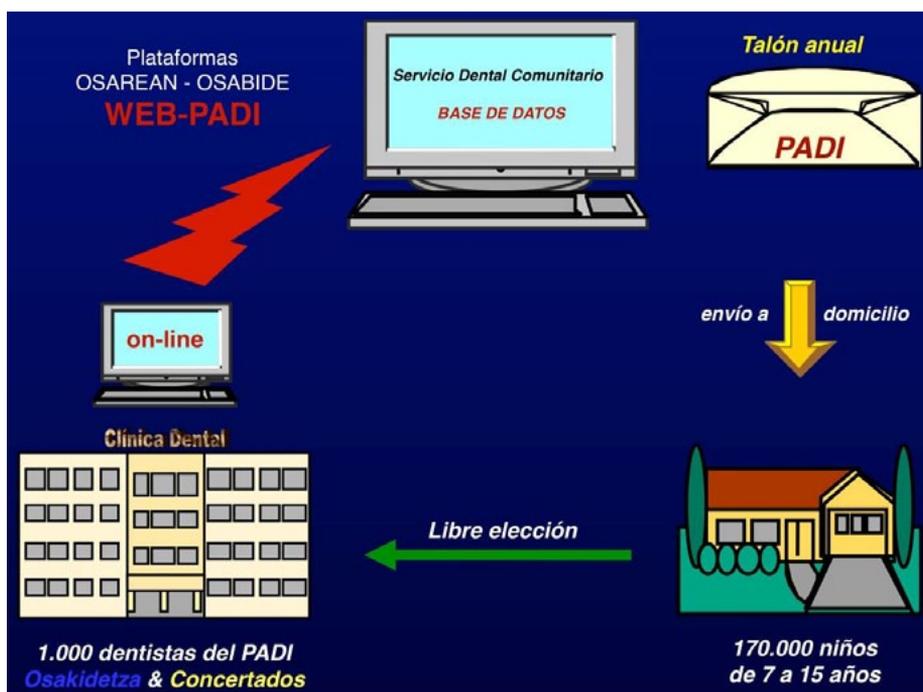
incorporadas en ejercicios previos, se consiguió que en 1998, tras nueve años de desarrollo, los 170.000 niños de 7 a 15 años residentes en el País Vasco tuvieran asegurada asistencia dental.¹⁶

El desarrollo incremental del PADI a lo largo de nueve ejercicios daría la oportunidad de evaluar su adecuación a la meta de salud buscada, su aceptabilidad para los usuarios y profesionales, introducir las mejoras y adaptaciones precisas, e ir incrementando paulatinamente mediante nueva contratación/concertación de dentistas su dispositivo asistencial y su dotación económica, partiendo de una situación donde el SNS carecía siquiera de una partida presupuestaria destinada a cubrir esta necesidad.

PROCEDIMIENTO OPERATIVO

En base a lo dispuesto en el Decreto 118/1990 del Gobierno Vasco y a sus órdenes de desarrollo, el Servicio Dental Comunitario de Osakidetza, estableció los procedimientos operativos para hacer efectiva la asistencia. Dichos procedimientos se vienen utilizando ininterrumpidamente desde el inicio del sistema. Una relación detallada de estos aspectos técnicos está disponible en: <http://eprints.ucm.es/2885/>

Figura 2: Descripción gráfica del procedimiento operativo del PADI.

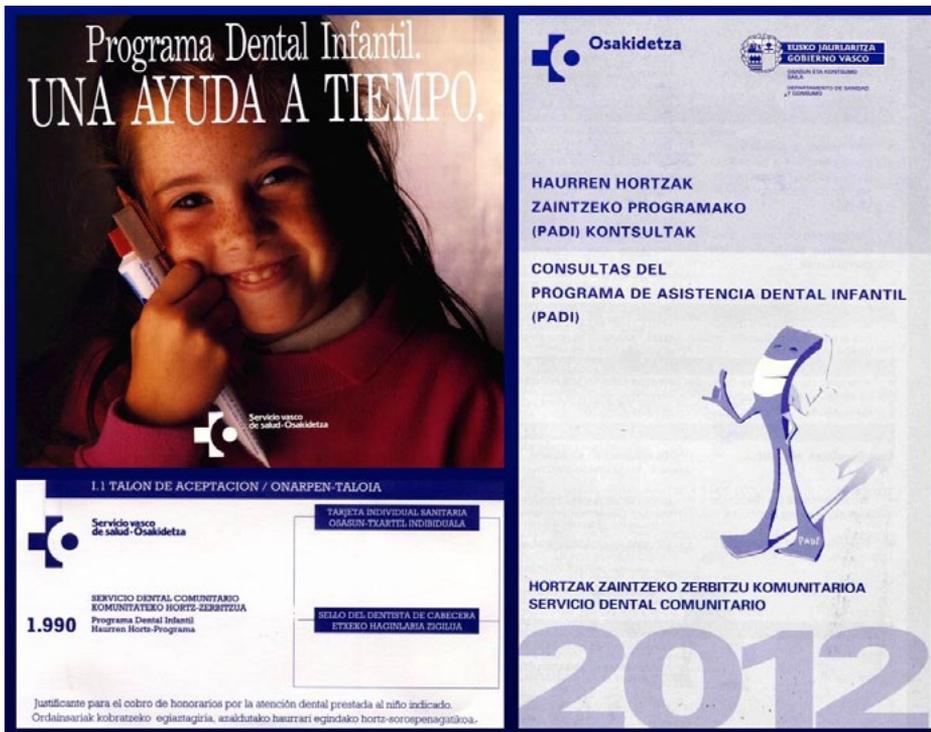


El modelo PADI, sintetizado en 5 puntos, ha sido ampliamente descrito.^{10,16,17,18,19}

- 1º) Financiación pública de la asistencia básica dental a todos los niños de 7 a 15 años.
- 2º) Protocolos clínicos explícitos de atención para garantizar el enfoque preventivo.
- 3º) Cuadro facultativo público/privado al que acudir con total libertad de elección.
- 4º) Talón dental anual personalizado enviado a cada niño para sustanciar la oferta.
- 5º) Sistema mixto de pago por capitación y acto médico, en la asistencia concertada.

La asistencia asegurada se financia mediante un “voucher”, talón dental personalizado, enviado al domicilio familiar del niño a comienzo de año, para el pago de honorarios profesionales. El envío cubre los 3 objetivos específicos: informa a las familias de la necesidad y conveniencia de la asistencia dental de su hijo; oferta un amplio cuadro de dentistas del PADI; y elimina la barrera económica en el acceso a la asistencia. Además, colabora al empoderamiento de la familia al posibilitar su libre elección anual de red asistencial y profesional según su propio criterio de aceptabilidad y satisfacción.

Figura 3: Folleto informativo y talón de 1990. Listado de consultas PADI de 2012.



El 2º punto, los protocolos clínicos del PADI, regulan y especifican a los profesionales y las familias que todos los niños que hayan tenido experiencia de caries en su dentición temporal precisan selladores de fisuras en sus molares permanentes. Asimismo, los niños que, por motivo médico, biológico o social, sean considerados de riesgo, reciben selladores como medida de prevención de la caries en superficies oclusales.

El 5º punto, el cambio desde el sistema de pago por servicio que venía realizando directamente cada usuario en la odontología privada en nuestro medio, a un sistema de pago por capitación, una cantidad fija por niño y año abonada por el Departamento de Sanidad, generó inicialmente fuertes reticencias en la Profesión Dental.¹⁰

Sin embargo, el sistema mixto de pago por capitación y acto médico es un aspecto nuclear del modelo. Una cantidad fija por niño y año cubre las necesidades preventivas y reparadoras de la dentición permanente asegurada en el PADI (Asistencia General), mientras que la atención por traumatismos y malformaciones en incisivos y caninos (Asistencia Adicional) se abona adicionalmente por cada tratamiento realizado.

Este sistema de pago de la asistencia concertada cumple un doble objetivo. En primer lugar refuerza en los profesionales el enfoque preventivo y de promoción de la salud, desincentivando el sobret ratamiento; en segundo término posibilita la elaboración anual del presupuesto con la precisión requerida en la Administración Pública.^{20,21}

En cada ejercicio, la cantidad fijada anualmente como capitación se multiplica por el número de niños que se prevé atender en dicho año y se le suma un porcentaje para la Asistencia Adicional, porcentaje que se ha mantenido durante dos décadas cercano al 5% de la cantidad prevista para Asistencia General. Este sistema de cálculo ha permitido realizar el presupuesto económico anual del PADI sin desviaciones.¹⁶

ACTIVIDAD DEL PADI: PROCESO, IMPACTO Y RESULTADO

En 2012 se han completado 23 años de actividad del PADI. En cada ejercicio se ha enviado el talón dental personalizado a las familias de los niños de su población diana, junto a información pertinente para su utilización y al listado de profesionales elegibles. Además, en octubre de cada año, a comienzo del curso escolar, se ha remitido una carta de recuerdo de la necesidad de utilizar el PADI a todos los niños que a esa fecha no habían acudido aún el PADI. El "proceso" operativo establecido en la programación del sistema se ha venido cumpliendo puntualmente durante estos años.

Al concluir cada ejercicio, el Servicio Dental Comunitario de Osakidetza elabora un informe anual de gestión, con indicadores históricos de **utilización, frecuentación, asistencia dispensada y costes**, que miden el “impacto” del sistema. Datos en extenso, están disponibles en el último informe de gestión publicado: PADI-2011.²²

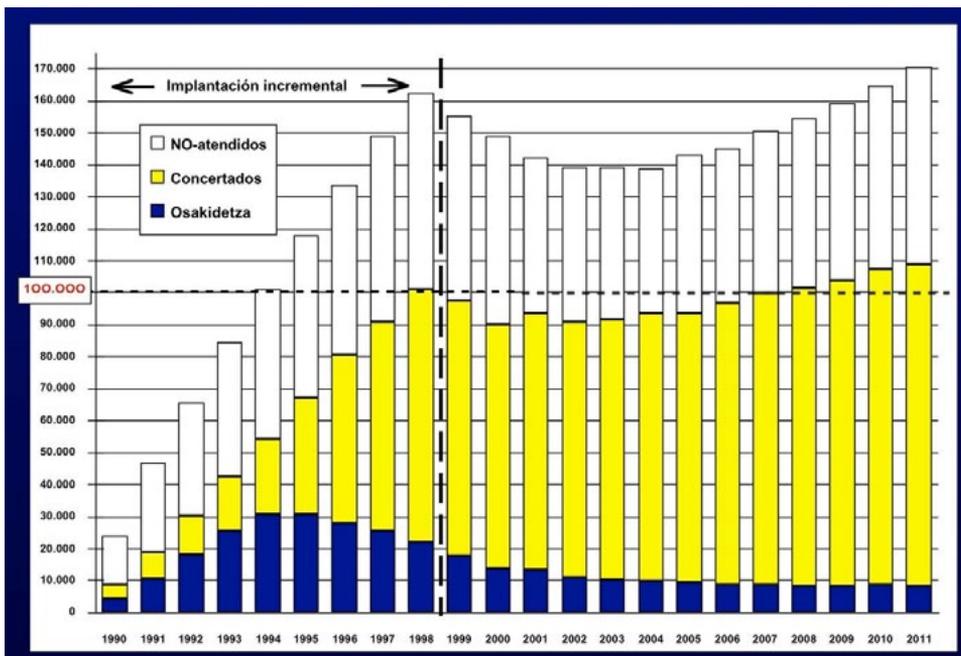
A su vez, el Departamento de Sanidad, partiendo de la situación de base descrita de 1988, realizó en 1998 y 2008, dos nuevos estudios epidemiológicos para valorar el “resultado” de su intervención en términos de **salud y equidad**.^{23,24}

El presente apartado resume de forma gráfica la información más relevante de dos décadas de actividad del PADI.

Utilización.

La Figura 4 muestra la utilización del PADI en cada ejercicio, por red asistencial empleada, y su evolución desde 1990. Distingue la fase de desarrollo incremental (1990-1998) y refleja el efecto de la variación demográfica en la población diana.

Figura 4: Número de niños incluidos en el PADI; por ejercicio y red asistencial.



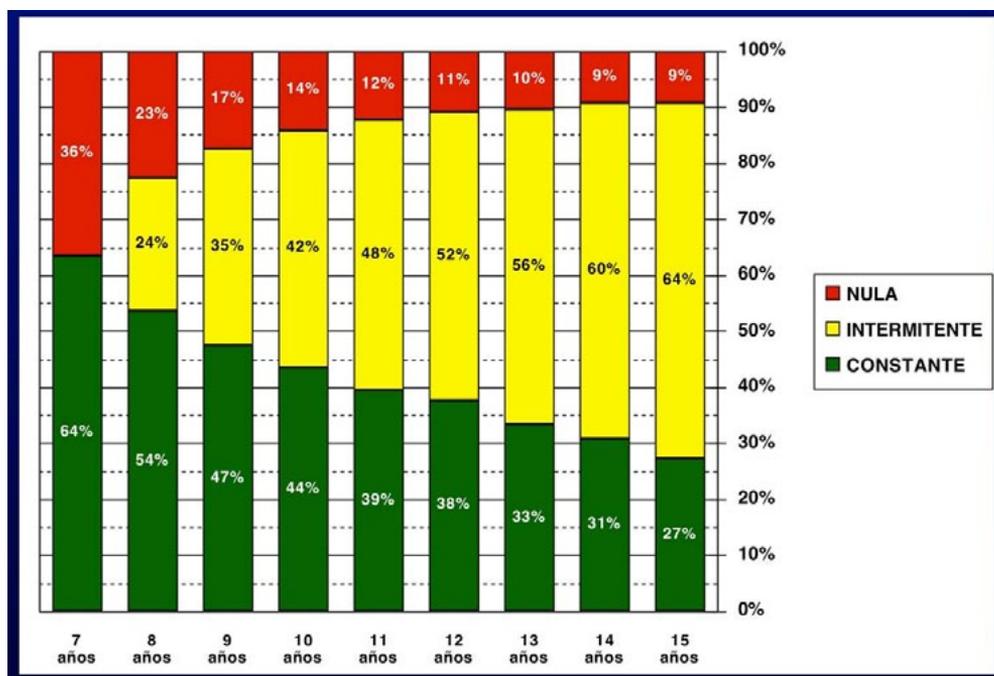
En 2011, el número de niños de 7 a 15 años residentes en la CAPV ascendió a 170.510. De ellos, 108.801 recibieron la atención dental del PADI. Por cada 100 niños con derecho asistencial,

59 fueron atendidos por dentistas concertados, 5 por dentistas de Osakidetza y 36 no utilizaron el sistema. El 92,6% de la atención del PADI en dicho ejercicio se realizó por los dentistas concertados.

Frecuentación.

La frecuentación, patrón de utilización acumulada del sistema en los 9 ejercicios a que tienen derecho los niños desde los 7 y los 15 años, se clasifica en: "constante" aquel en que el niño utiliza el PADI todos los ejercicios en que está incluido; "nula" si nunca ha acudido al PADI; e "intermitente" si lo ha hecho en uno o varios ejercicios de los 9 a que tiene derecho, pero no en todos.

Figura 5: Frecuentación (utilización acumulada) en 2011, por cohortes.

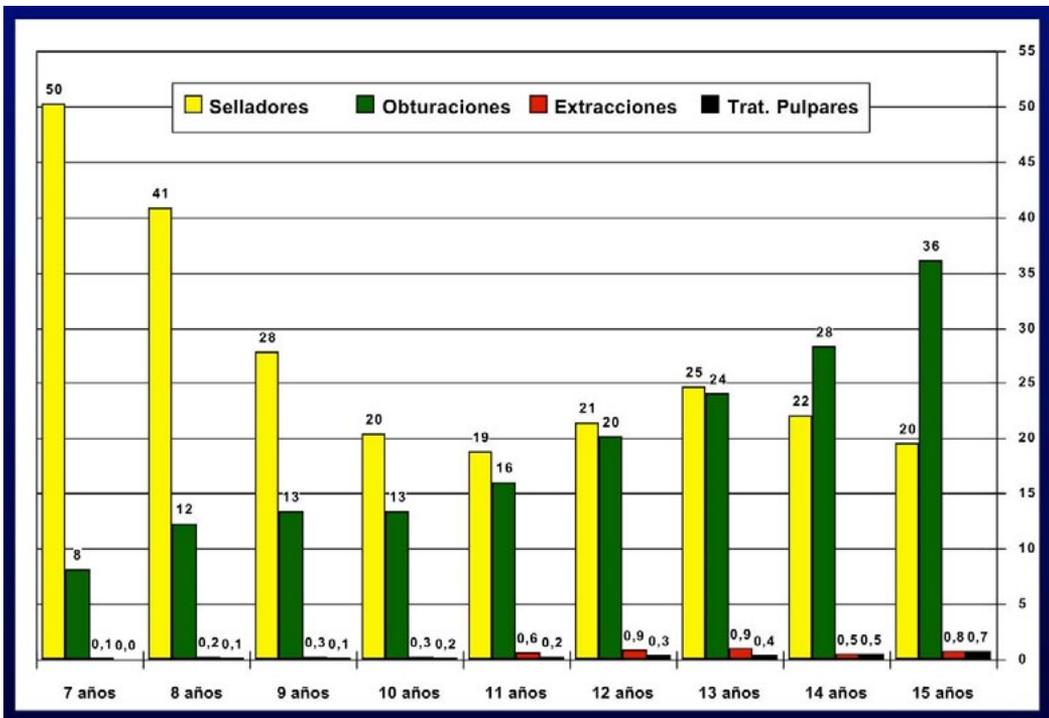


En 2011, en la cohorte saliente, la de los 15 años, algo más de una cuarta parte (27,1%) acudieron a los dentistas del PADI en todos y cada uno de los 9 ejercicios de cobertura. A esa edad, el 90,8% de los niños han utilizado el PADI al menos una vez desde los 7 años. El promedio en ellos (u. constante más u. intermitente) fue de 6,3 ejercicios sobre 9 posibles; la utilización intermitente fue de 5,2 ejercicios sobre 9 posibles.

Asistencia dental dispensada.

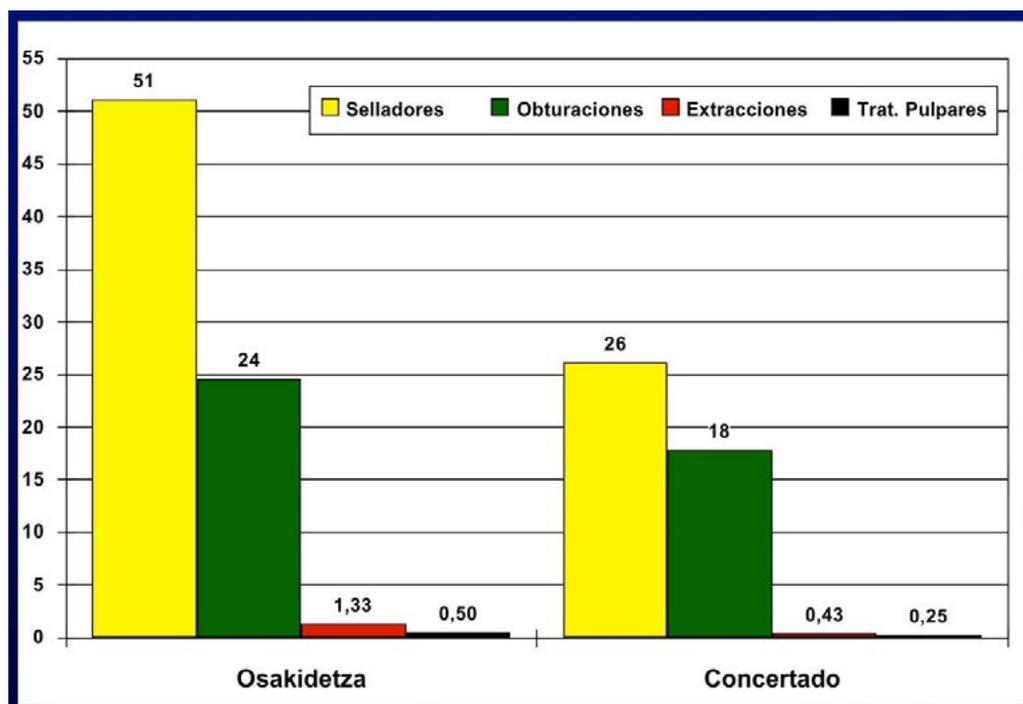
Los perfiles asistenciales dispensados son acordes con la edad de cada cohorte. Así, en 2011, por cada 100 niños de la cohorte de 7 años se realizaron 50 selladores frente a 8 obturaciones. El perfil realizado en los niños más mayores recoge un menor número de selladores que de obturaciones. La necesidad de extracciones y tratamientos pulpares por caries no alcanza 1 por cada 100 niños en ninguna de las edades incluidas.

Figura 6: Asistencia General dispensada por cada 100 niños en 2011; por cohortes.



El perfil realizado en Osakidetza ha reflejado siempre una mayor necesidad de intervención preventiva y reparadora que en el sector concertado, debido a su función de red pública garantista para los niños con mayor complejidad médica y/o social.

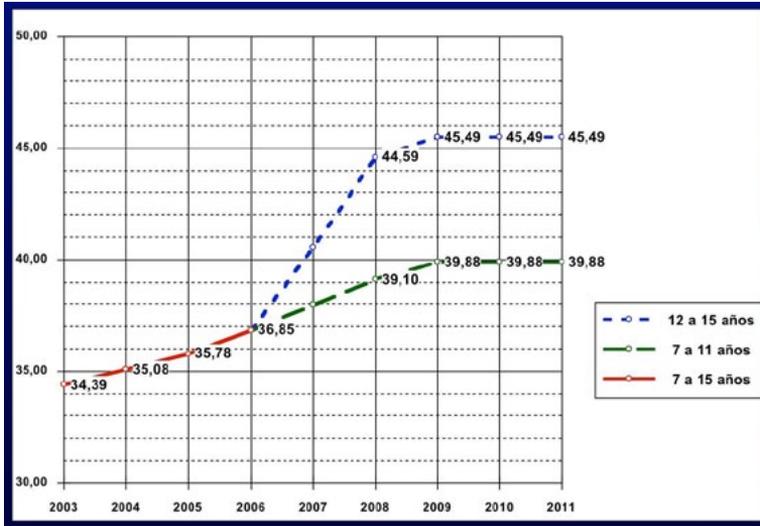
Figura 7: Asistencia General por cada 100 niños en 2011; por red asistencial.



Costes.

En 2011, el PADI atendió 100.760 niños a través de la asistencia concertada. El coste de esta asistencia ascendió a 4.392.040 euros. El 96,6% de esta cantidad, 4.242.419 euros, corresponden al pago por capitación para la Asistencia General que incluye revisiones dentales, selladores de fisuras, obturaciones, extracciones y tratamientos pulpares en dentición permanente; y 149.621 euros, el 3,4%, a la Asistencia Adicional; los tratamientos que fueron necesarios como consecuencia de traumatismos y malformaciones en incisivos y caninos. El coste promedio fue de 43,59 euros/niño/año en el citado ejercicio. La Figura 8 muestra la evolución de los honorarios en la última década para la Asistencia General (capitación) concertada.²²

La Figura 8: Evolución de los honorarios por Asistencia General (capitación), en euros.



Resultados de salud.

Los estudios epidemiológicos de 1988, 1998 y 2008, reflejan una notable mejoría de la salud dental en la primera década (1988-1998) que ha continuado en la segunda década (1998-2008) con una reducción de los índices CAOD, CAOS y el incremento en el porcentaje de niños libres de experiencia de caries (CAO=0).^{4,23,2}

Figura 9: Índice CAOD en los estudios epidemiológicos de 1988, 1998 y 2008.

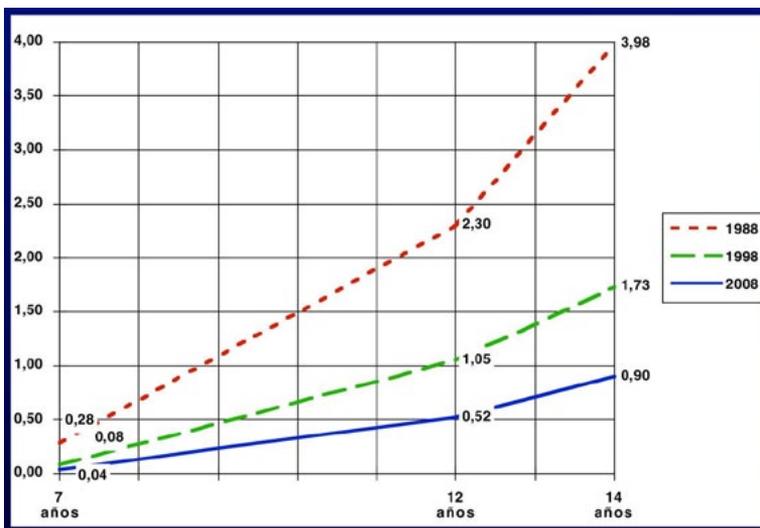


Figura 10: Índice CAOS en los estudios epidemiológicos de 1988, 1998 y 2008.

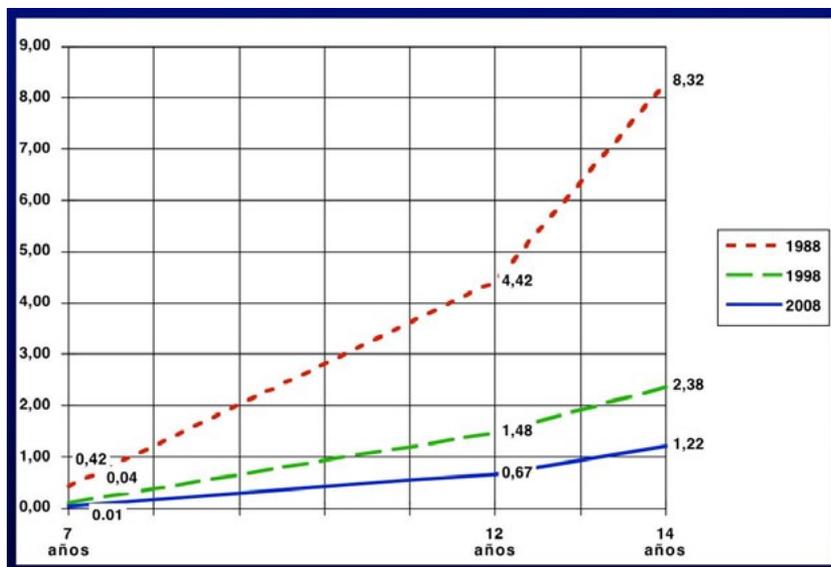


Figura 11: Porcentaje de libres de experiencia de caries (CAO=0) 1988, 1998 y 2008.

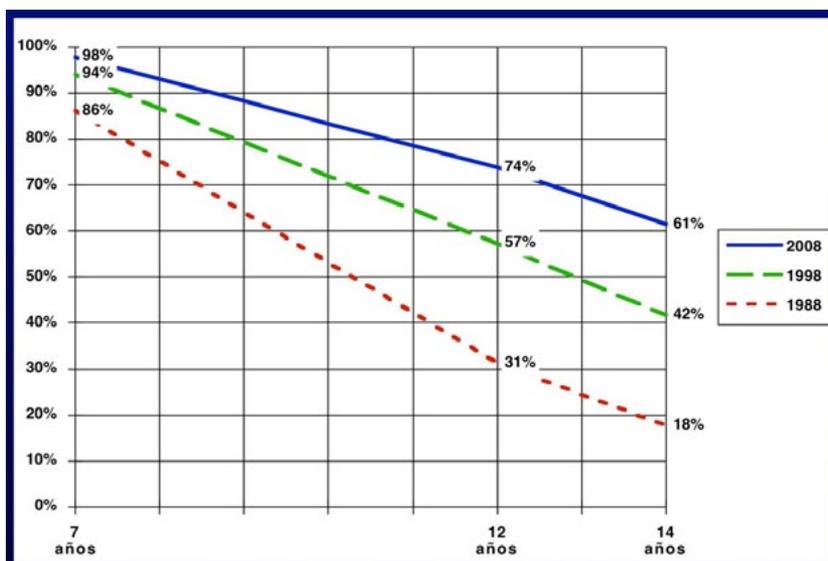


Figura 12: Componentes del índice CAOD, en 1988, 1998 y 2008.

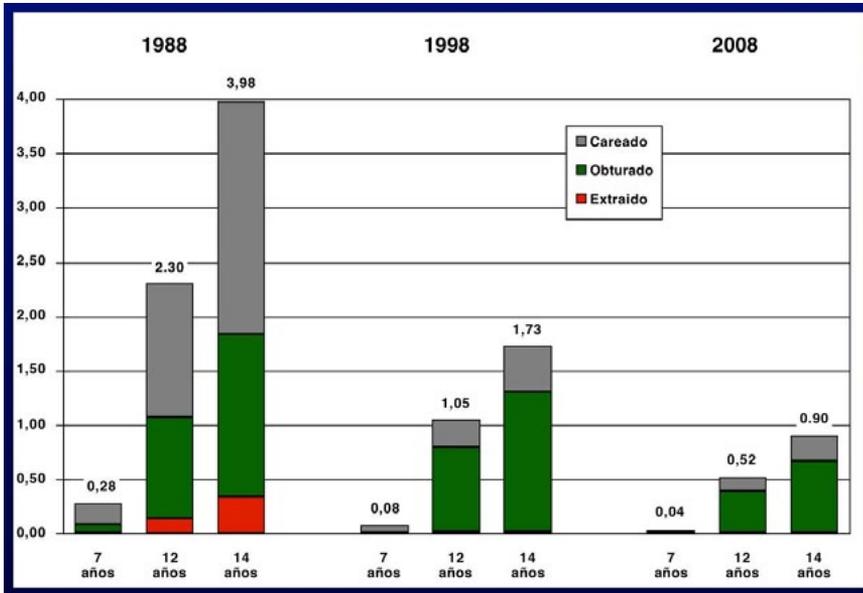
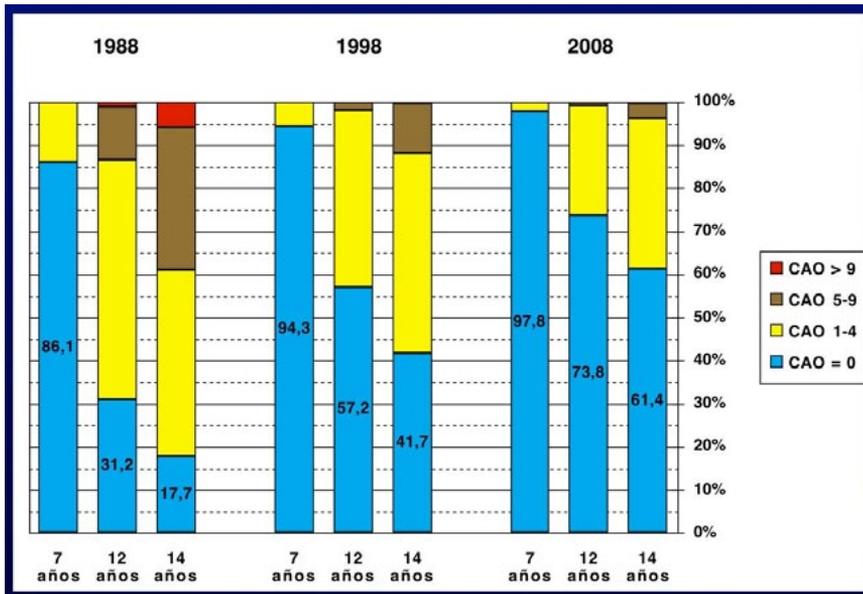


Figura 13: Distribución porcentual de CAOD, en 1988, 1998 y 2008.



La evolución de los componentes del índice CAOD muestra una importante reducción de las caries activas en el período 1988-1998, sin que haya tenido que incrementarse el número de

obturaciones en la población. En 1998, el componente “extraído” fue ya muy bajo. En el período 1998-2008, los tres componentes, “careado”, “obturado” y “extraído”, experimentaron de nuevo una reducción significativa.

También los índices de caries en dentición temporal han mejorado. Si en 1988 solamente un 37% de los niños de 7 años estaban libres de caries en su dentición temporal, en 1998 eran ya el 70%, y en 2008 ascendían al 76%. El índice co ha evolucionado de 2,59 (1988) a 0,99 (1998) y 0,75 (2008).

No obstante, a pesar de la reducción global del problema existente en 1988, continúa apareciendo todavía un porcentaje apreciable de lesiones de caries que no ha recibido tratamiento, 1 de cada 4. Así lo indican en el estudio epidemiológico de 2008 los índices de restauración I.R.=75% a los 12 años e I.R.=72% a los 14 años.

Resultados de equidad.

Los estudios epidemiológicos de 1988, 1998 y 2008, también analizan los resultados en función de la clase social: I-II (Alta), III (Media) y IV-V (Baja). Las figuras del presente apartado muestran, la evolución de los índices comparados por clase social a la edad de 14 años, edad donde los niños han tenido acceso al PADI durante ocho ejercicios.

Figura 14: Índice CAOD a los 14 años en 1988, 1998 y 2008, por clase social.

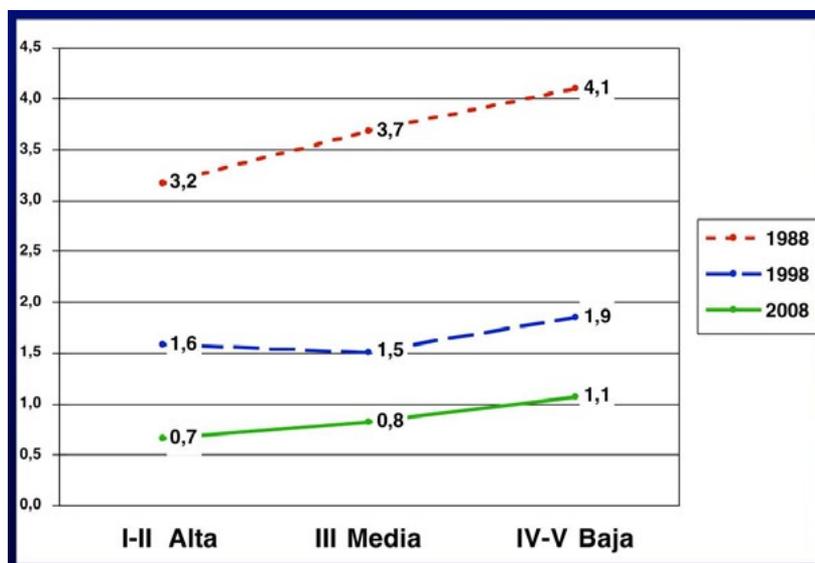


Figura 15: Índice CAOS a los 14 años en 1988, 1998 y 2008, por clase social.

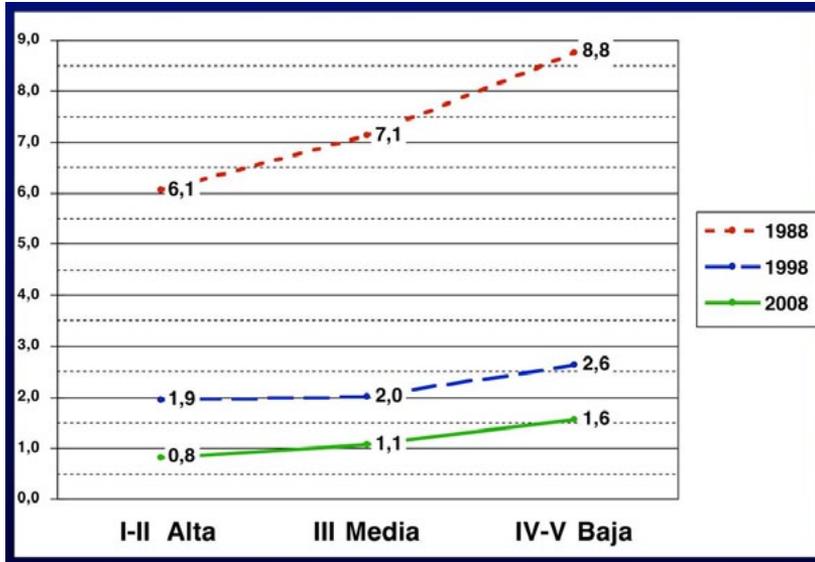


Figura 16: Porcentaje de CAO=0 a los 14 años en 1988, 1998 y 2008, por clase social.

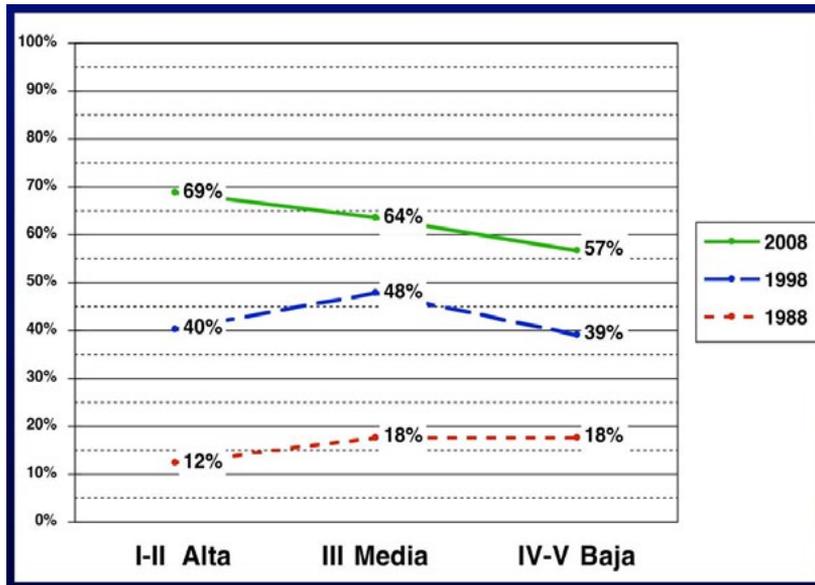


Figura 17: Componentes CAOD a los 14 años en 1988, 1998 y 2008, por clase social.

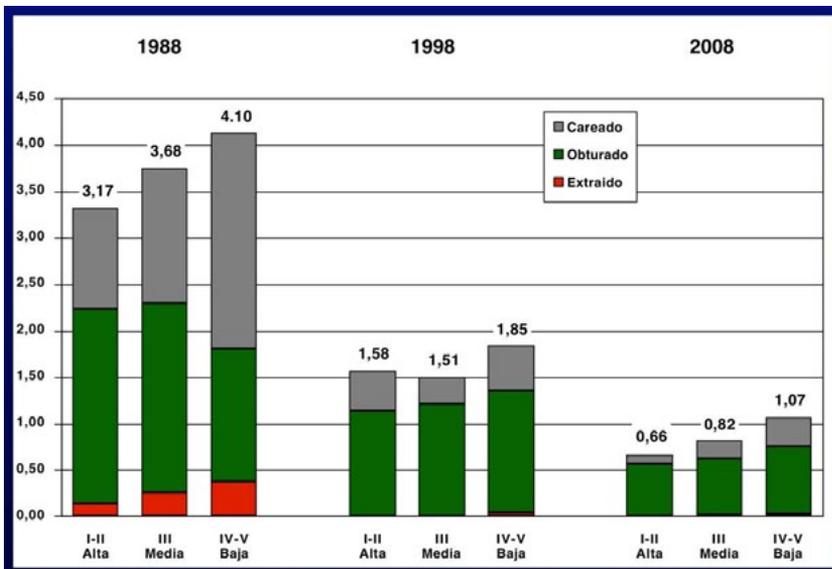
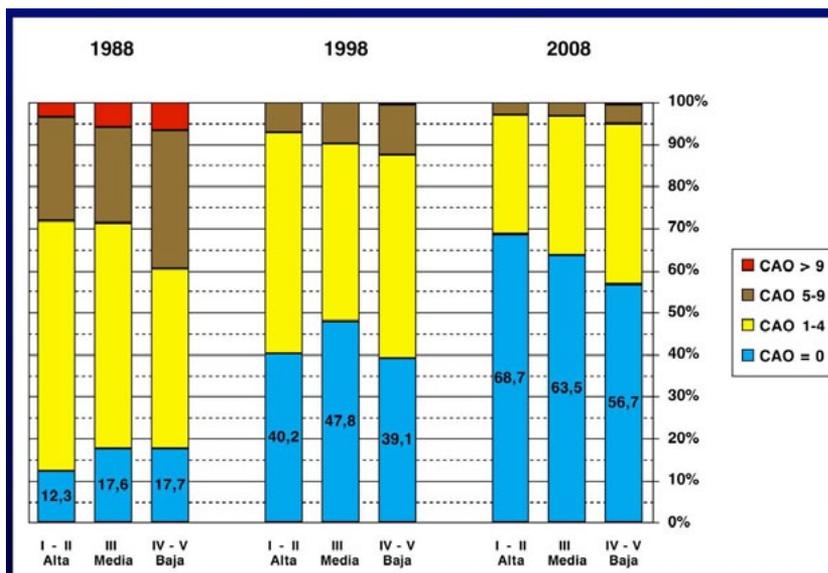


Figura 18: Distribución de CAOD a los 14 años, en 1988, 1998 y 2008, por clase social.



EXPERIENCIA ACUMULADA EN DOS DÉCADAS DE PADI

En cada ejercicio, 2 de cada 3 niños de edades comprendidas entre 7 y 15 años en el País Vasco utilizan el PADI, porcentaje que viene manteniéndose estable, en torno al 65%, durante la última década. Este porcentaje de utilización es algo más bajo en los niños de 14 y 15 años que en las demás edades. La frecuentación media del sistema desde los 7 a los 15 años está siendo de 6,3 ejercicios sobre 9 posibles.²²

La mejora de la adherencia a revisión dental anual respecto a la situación de partida ha sido notable. No obstante, elevar los indicadores de utilización y frecuentación, para conseguir que todos los niños realicen todos los años una revisión dental y reciban los cuidados preventivos y asistenciales necesarios, es objetivo irrenunciable del PADI.

El 93% de los niños atendidos cada año acuden a dentistas concertados, que forman hoy día una extensa red uniformemente distribuida de cerca de un millar de consultas. El sector público aporta una veintena de consultas de odontología en la Atención Primaria de Osakidetza, que atiende al restante 7% de los niños que utilizan cada año el PADI.

Los protocolos clínicos del PADI y el sistema de pago por capitación han demostrado su potencial en la práctica para desarrollar una asistencia adecuada, con enfoque preventivo y dispensando los tratamientos reparadores necesarios. La necesidad de extracciones y tratamientos pulpares se ha mantenido siempre en niveles muy bajos, inferiores a 1 por cada 100 niños, en todas las edades. Es de destacar que la mayor parte de la asistencia dental del PADI, más del 90% como se ha indicado, ha sido provista por dentistas privados concertados.

La asistencia que se dispensa en cada una de las redes, Osakidetza y concertada, muestra un perfil netamente diferenciado. En Osakidetza el número de selladores realizados duplica actualmente al que se realiza en la red concertada. También los niños atendidos por los dentistas de Osakidetza han requerido un mayor número de obturaciones, extracciones y tratamientos pulpares, reflejando la utilización de esta red pública por los usuarios con mayor complejidad médica y social.

La carga asistencial se ha ido reduciendo a lo largo de veinte años, desde una mayor necesidad de intervenciones en los primeros ejercicios de desarrollo del PADI, por la desfavorable epidemiología descrita, hasta la actual situación donde las mejoras de salud obtenidas requieren menos intervención profesional preventiva y reparadora, tal como se había previsto al planificar el sistema.

El último estudio epidemiológico del Departamento de Sanidad, realizado en 2008, indicó que el 61% de los niños de 14 años estaba libres de experiencia de caries (CAOD=0); un promedio de

menos de 1 caries (CAOD=0,9) y una notable reducción de la severidad y complejidad de las lesiones (CAOS=1,2) a esa edad. La mejora se ha producido en todas las clases sociales, aunque persiste un gradiente que relaciona inversamente la salud dental y su adecuada asistencia con la condición social.²⁴

Los cuidados dispensados por los dentistas del PADI son causa directa de la buena salud de nuestros jóvenes de hoy. A ello han contribuido medidas de Salud Pública como la fluoración, y otras a nivel individual, como la implicación de las familias en la higiene dental de sus hijos, cuya aportación porcentual es difícil de discernir.

Los costes económicos estimados para el sistema en su planificación se han mantenido dentro de lo previsto. Si en 1990 se estimó un coste de 30 euros niño/año, dos décadas después, en 2011, el coste no alcanza los 45 euros niño/año. Pocas áreas de la asistencia sanitaria pueden presentar retornos de salud similares con incrementos de costes tan contenidos a lo largo de veinte años.

Paradójicamente, los excelentes resultados en salud obtenidos en dos décadas pueden reducir la prioridad de la política dental en un SNS presionado, con costes crecientes, por el incremento de las enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población.

CONCLUSIONES Y TRES RETOS PARA UN FUTURO INMEDIATO

1. La adecuación de los recursos del PADI al nuevo escenario epidemiológico.

La caries está dejando de ser la enfermedad que hace unos años afectaba a la práctica totalidad de la población infantil del País Vasco. Hoy día, la mayor parte de nuestros niños no han padecido caries, o en todo caso con mucha menos severidad, y las lesiones remanentes se concentran en un reducido sector de la población infantil directamente relacionado con peores condiciones médicas y sociales; los grupos de riesgo.

Continuar aplicando la misma respuesta de enfoque poblacional, imprescindible en su momento y aún válida, sin incorporar nuevas estrategias para estos grupos de riesgo, es inadecuado para resolver las necesidades presentes, e ineficiente en el uso de los recursos que destina la sociedad.

Actualmente, más de 100.000 niños, el 93% de los atendidos cada año en el PADI acuden a dentistas concertados. Esta red, formada por un millar de consultas privadas, ha mostrado efectividad y eficiencia para mantener en salud a la mayor parte de los niños del País Vasco con un coste económico asumible por la comunidad.

El dispositivo concertado es suficiente, accesible y aceptable para nuestra población en edad escolar, pero las características del sistema de capitación, que lo regula y hace posible, no son las más adecuadas para aquellos grupos de riesgo que requieren una dedicación intensiva de recursos específicos.

La drástica disminución del problema dental en el conjunto de la población infantil, ha liberado parte de los recursos disponibles que deberán ser reasignados. El dispositivo asistencial del PADI en Osakidetza, que ha reducido el número de niños atendidos cada año, desde 30.000 a mediados de los noventa a 8.000 durante los últimos ejercicios al incrementarse la oferta concertada, puede garantizar hoy día asistencia apropiada a aquellos grupos que, por motivo médico o social, más lo necesiten.

La reordenación del dispositivo asistencial del PADI en Osakidetza, su dotación, formación, dirección técnica y orientación hacia la promoción de la salud y el cuidado de los grupos de riesgo, complementaría y actualizaría la estrategia poblacional establecida en el País Vasco, garantizando un uso más eficiente y apropiado de los recursos públicos disponibles.

2. La coordinación entre el PADI y la asistencia pediátrica de Osakidetza.

El aseguramiento público de la asistencia dental de los niños a través del PADI complementa eficazmente la asistencia pediátrica de Osakidetza en el País Vasco. Más de la mitad de los dentistas colegiados en la CAPV forman hoy parte de su cuadro facultativo dotando al sistema de excelente accesibilidad y aceptabilidad. El 90% de los niños lo utilizan entre los 7 y los 15 años.

En cada ejercicio, 2 de cada 3 niños en las edades de cobertura acuden al PADI para su revisión dental y recibir los cuidados adecuados de sus dentistas. Sin embargo, la prevención y el tratamiento precoz de las lesiones de caries requieren que todos los niños realicen al menos una revisión dental anual. El hecho de que cada año un tercio de los niños no acudan a revisión dificulta esta orientación a los profesionales.

El PADI fue desarrollado para enfrentar un escenario de alta prevalencia de caries donde los niños soportaban un elevada carga de enfermedad que se evidenciaba a través de molestias, dolor e infecciones. Actualmente, la baja incidencia de la caries en la mayoría de los niños puede reducir la percepción del riesgo en las familias. El sistema deberá desplegar nuevos mecanismos que mejoren la adherencia a la revisión anual.

La incorporación de Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) a Osakidetza, está redefiniendo sus procesos operativos. En 2012, una nueva herramienta informática, WEB-PADI,

ha entrado en producción para la gestión. La interconexión de WEB-PADI con las plataformas Osarean (interacción con usuarios) y Osabide (gestión de la asistencia pediátrica) ofrece nuevas vías para la mejora de la adherencia al PADI.

Por otra parte, el Departamento de Sanidad direcciona, prioriza, incentiva y financia la actividad sanitaria de Osakidetza a través de contratos-programa. La inclusión en dichos contratos-programa del seguimiento del PADI en la actividad programada de pediatría y enfermería pediátrica impulsaría sinergias entre ambos dispositivos asistenciales.

La integración de sistemas informáticos de gestión del PADI y asistencia pediátrica de Osakidetza, unida a la incorporación de objetivos de atención y salud dental en los contratos-programa de pediatría, para los que el PADI aporta estructura asistencial y procedimientos organizativos probados, ofrece nuevas oportunidades de mejora y abrirá camino para la extensión de los cuidados dentales a todas las edades pediátricas.

3. La extensión del aseguramiento dental más allá de la edad escolar.

El PADI incorporó reformas estructurales (aseguramiento, financiación, protocolos, y sistema de pago) a la atención de la población infantil, que posibilitan que nuevas generaciones de ciudadanos, los niños que iniciaron el PADI en 1990 con 7 años ya han cumplido 30 años, tengan hoy día una mejor oportunidad de salud como adultos.

El consenso institucional (Sanidad-Profesión-Usuarios) en el País Vasco para mantener la regulación, el aseguramiento y la financiación pública de la asistencia dental de los niños, por su carácter estratégico, se ha consolidado y fortalecido a lo largo de dos décadas impulsado por los resultados obtenidos.^{25,26,27,28}

Por su parte, el sector dental privado ha experimentado en este tiempo un espectacular aumento de la oferta, un rejuvenecimiento de su fuerza de trabajo y la entrada en escena de nuevos sistemas organizativos, franquicias y empresas, que contratan y dirigen en muchos casos la actividad de nuestros profesionales más jóvenes.

La orientación asistencial de este sector privado determina el tipo de atención dental que recibe la población general. Una deriva economicista del sistema, ajena a cualquier política sanitaria, puede mediatizar negativamente la salud dental y general de la población. Crear condiciones que faciliten la evolución del dispositivo de asistencia dental del País Vasco hacia la salud es tan necesario como difícil, pero resultará imprescindible para su adaptación a las necesidades de los pacientes más jóvenes.

Los 20.000 adolescentes que todos los años salen de la cobertura del PADI, al cumplir los 16 años, han venido utilizando durante nueve ejercicios un sistema de aseguramiento y financiación pública orientado a la salud dental. La continuación de la atención de este colectivo mediante un modelo de aseguramiento desarrollado ad hoc posibilitaría reorientar paulatinamente la asistencia dental hacia una odontología más adecuada para el mantenimiento en salud de nuestra población general.^{17,29,30}

(Algorta, 30 de diciembre de 2012)

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio epidemiológico de salud dental de adultos en la Comunidad Autónoma Vasca (1990). Documentos Técnicos de Salud Pública Dental nº 4. Servicio Vasco de Salud, Vitoria-Gasteiz; 1990.
2. Sheiham A, Plamping D. Bases científicas para la prevención y el tratamiento precoz de enfermedades dentales más comunes. Documentos Técnicos de Salud Pública Dental nº 3. Servicio Vasco de Salud, Vitoria-Gasteiz; 1990.
3. ESCAV- 1986. Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. 1987.
4. Estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil de la Comunidad Autónoma Vasca (1988). Documentos Técnicos de Salud Pública Dental nº 2. Servicio Vasco de Salud, Vitoria-Gasteiz; 1990.
5. Elderton R. Evolution in dental care. Bristol: Clinical Press Limited; 1990.
6. Moss SJ. Growing up cavity free: a parent's guide to prevention. Illinois: Quintessence Publishing Co; 1993.
7. Cowell CR, Sheiham A. Promoting Dental Health. London: King Edward's Hospital Fund for London; 1981.
8. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Decreto 49/1988, de 1 de marzo, sobre fluoración de aguas potables de consumo público. BOPV, núm. 53, págs. 1574-1576, de 16 de Marzo de 1988.
9. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Decreto 118/1990, de 24 de abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOPV, núm. 89, págs. 4117- 4120, de 7 de Mayo de 1990.
10. Simón F. Evaluación de los seis primeros años de desarrollo del Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) de la Comunidad Autónoma del País Vasco (1990-1995) [tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid; 1996.
11. WHO- FDI. Health through oral health. Guidelines for planning and monitoring for oral health care. London: Quintessence Publishing Co; 1989.
12. Simón F. Salud pública dental y presupuesto. Gaceta Dental. 1990; 6: 8.
13. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Orden de 2 de mayo de 1990, del Consejero de Sanidad, por la que se fija el contenido mínimo obligatorio de la asistencia bucodental a los niños incluidos en el Programa Dental Infantil. BOPV, núm. 94, págs. 4512- 4513, de 14 de Mayo de 1990.
14. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Orden de 3 de mayo de 1990, del Consejero de Sanidad, por la que se regulan los requisitos y el procedimiento para el contrato-habilitación de los médicos estomatólogos u odontólogos precisos para el Programa Dental Infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco BOPV, núm. 94, págs. 4513- 4515, de 14 de Mayo de 1990.
15. Simón F. Dental manpower policy for the Basque Country (Spain). [MSc dissertation]. University of London; 1987.

16. Simón F. El PADI del País Vasco. El principio de un modelo para la salud. En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Fundación Odontología Social; 2012. P. 625- 632.
17. Bravo M, Llodra JC. Modelos de provisión y financiación en Odontología. La prestación de servicios odontológicos en España. En: Cuenca E, Baca P. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Barcelona: Masson; 2005. P. 413- 424.
18. Rosell EM. Evaluación del Programa de Asistencia Dental Infantil en Andalucía. Salud oral y calidad de vida [tesis doctoral]. Universidad de Granada; 2009.
19. Erans O. Evolución del Programa de Salud Bucodental Infantil en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia tras 8 años desde su implantación (2003-2010) [tesis doctoral]. Universidad de Murcia; 2011.
20. Coventry P, Holloway PJ, Lennon MA, Mellor AC, Worthington. A trial of capitation system of payment for treatment of children in the General Dental Service. Community Dental Health 1989; 6 (Supl 1):1-63.
21. Schanschieff SG, Shovelton Ds, Toulmin JK. Report of the committee of enquiry into unnecessary dental treatment. Department of Health and Social security. London: Her majesty´s stationery office; 1986.
22. Servicio Dental Comunitario de Osakidetza. PADI-2011. Informe anual del desarrollo del Decreto 118/90, sobre asistencia dental a la población infantil de la C.A.P.V. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; 2012. http://www.osakidetza.euskadi.net/r85pkpubl02/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/espubli/adjuntos/memorias/padi2011.pdf.
23. Segundo estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil de la Comunidad Autónoma Vasca (1998). Documentos Técnicos de Salud Pública Dental nº 5. Servicio Vasco de Salud, Vitoria-Gasteiz; 1998.
24. Tercer estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil de la Comunidad Autónoma Vasca (2008). Documentos Técnicos de Salud Pública Dental nº 5. Servicio Vasco de Salud, Vitoria-Gasteiz; 2010.
25. Freire JM. El Programa Dental de Atención Infantil (PADI) de Navarra y el País Vasco: logros y nuevas metas. An. Sist. Sanit.Navar. 2003; 26 (3): 423- 428.
26. Rioboo R. Nueve años del PADI en el País Vasco. Las cosas bien hechas. Gaceta Dental. 1998; 92: 84
27. Cortés FJ, Simón F. El PADI a examen de sus profesionales. La opinión de los dentistas concertados del País Vasco y Navarra. RECOE 2004; 9 (3): 289- 296.
28. Simón F, Cortés J, Llodra JC, Bravo M. El PADI en el País Vasco y Navarra. Actividad, opinión de sus dentistas y epidemiología (1990-2002). 1ª Ed. Valencia: Promolibro SESPO; 2006.
29. OMS. Elementos esenciales en la formación de personal de salud bucodental: ¿cambio o deterioro?. Serie de informes técnicos. Nº 794. Ginebra; 1990.
30. Simón F. Una nueva odontología para los nuevos pacientes. Gaceta Dental. 1998; 92: 76- 80.

PRESENTE Y FUTURO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL A DISCAPACITADOS EN EXTREMADURA. EL DERECHO A LA IGUALDAD EN SALUD EN GRUPOS DESPROTEGIDOS.

AUTORES.

Dr. Jesús Rueda García: Director Programas Salud Bucodental del Servicio Extremeño de Salud. Presidente de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO).

Dr. Juan Carlos Davú Alted: Estomatólogo. Unidad de Odontología Hospitalaria. Servicio Extremeño de Salud.

Dr. Doroteo Sanguino Salado: Estomatólogo. Unidad de Odontología Hospitalaria. Servicio Extremeño de Salud.

RESUMEN

Nuestro trabajo consiste en el diseño, implantación y seguimiento de un Plan de Atención Dental dirigido al colectivo de personas con discapacidad intelectual residentes en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Realizaremos un estudio epidemiológico previo, siguiendo de manera estricta la metodología de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ que nos permitirá conocer el estado de salud oral de este grupo de población. Nuestros resultados pretenden mostrar tanto los altos índices de patología oral existentes en este grupo de nuestra Comunidad como los bajos niveles de restauración alcanzados.

Tras la implantación del Plan y la aplicación de los diferentes tratamientos previstos, intentaremos reflejar en nuestro trabajo las actuaciones de atención dental realizadas sobre una muestra prevista de 5.000 pacientes con discapacidad intelectual pertenecientes a nuestra Comunidad Autónoma. Detallaremos tanto las actuaciones realizadas a nivel ambulatorio, como los tratamientos aplicados bajo anestesia general en nuestra unidad hospitalaria (Odontología Hospitalaria) del Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz.

SUMMARY

Our work consists of a Plan of Dental Attention directed to collective of people with intellectual disability that inhabit in the autonomous region of Extremadura. We will carry out a prior epidemiological study, continuing in a strict way the methodology of the World Health Organization (WHO) that will permit us to know the state of oral health of this group of population. Our results intend to

show so much the high indices of existing oral pathology in this group of our Community as the low levels of restoration reached.

After the establishment of the Plan and the application of the different processing predicted, we will try to reflect in our work the actions of dental attention carried out on a predicted sample of 5.000 patients with intellectual disability belonging to our autonomous region. We will detail so much the actions carried out to ambulatory level, as the low processing applied general anesthesia in our hospital unit (Odontología Hospitalaria) of the Hospital Perpetuo Socorro of Badajoz.

Palabras clave: Discapacidad Intelectual. Salud Oral. Odontología Hospitalaria.

Key words: intellectual disability. Oral Care. Hospital dentistry.

INTRODUCCIÓN

La atención dental a las personas con discapacidad sigue siendo, aún hoy en día, un auténtico problema de salud pública. Grupos de personas en su mayoría desprotegidas, en el sentido amplio de la palabra, de complicado manejo y con muy difícil acceso a los cuidados dentales.

De manera totalmente diferente, algunos servicios de salud, presionados muchas veces por sus propios profesionales, y siempre desde las asociaciones de la discapacidad, se afanan por dar solución a este problema, en muchos casos, sin conseguirlo. Otros ni siquiera lo intentan.

Tratamos, a lo largo de éste capítulo, de hacer un repaso de la situación actual del tratamiento dental de las personas con discapacidad. Analizaremos la legislación, los datos demográficos y epidemiológicos, el estado de salud oral, el estado de la asistencia ambulatoria y hospitalaria, las prestaciones y los datos asistenciales en nuestro servicio de salud.

Tras el análisis, propondremos, un modelo asistencial diseñado en nuestro Servicio de Salud, que tras 10 años de implantación y seguimiento, se torna, a nuestro juicio, como un modelo de fácil implantación y adecuado para dar solución a esta vieja demanda asistencial, aún sin resolver de manera completa en el Sistema Nacional de Salud.

LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

Los cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en España han traído consigo profundas transformaciones en la pirámide poblacional, entre ellas un proceso de envejecimiento notable. Uno de los posibles efectos es el aumento de las personas con discapacidad, ya que la edad es un factor determinante en la aparición de este fenómeno. Además, el aumento de la longevidad ha coincidido con importantes cambios sociales que han llevado a que instituciones sociales y políticas deban ajustar sus objetivos a la nueva realidad, que demanda más protección social y un apoyo a las personas que se encuentran en situación de dependencia.²

La mayor tasa de discapacidad se da en Galicia (112,9/1000hab.), seguida de Extremadura (109,9). La Rioja presenta la tasa más baja junto con Cantabria (61,6 y 70,0 por mil habitantes respectivamente). El 59,8% de las personas con discapacidad son mujeres. Las tasas de discapacidad, por edades, son ligeramente superiores en los varones hasta los 44 años y a partir de los 45 se invierte la situación, creciendo esta diferencia a medida que aumenta la edad.^{3,4}

Para atender a las necesidades del colectivo de personas con discapacidad, se hace indispensable conocer sus circunstancias: cuántos son, qué limitaciones tienen y con qué severidad, si disponen de ayudas y cuidados. Además, es importante comprender la realidad social y la calidad de vida de estas personas, como su acceso al empleo, a los servicios de salud, el apoyo familiar, la discriminación o las barreras a las que se enfrentan. Nosotros, desde el área que nos ocupa nos propusimos conocer cuál era el estado de salud oral de las personas con discapacidad.⁵

ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

La especificidad de este grupo poblacional tanto en lo que a niveles de patología oral se refiere como a las peculiaridades asistenciales requeridas para su asistencia odontológica, hacen imprescindibles conocer previamente el estado de salud oral de éste colectivo, así como la cuantificación de recursos necesarios para abordar éste programa. La ausencia de datos en éste grupo poblacional no es exclusivo de la CCAA de Extremadura. Tampoco se disponía de datos fiables y representativos para el conjunto del estado en el momento de la puesta en marcha de éste Programa (2002). Fue así como se realizó un estudio epidemiológico que permitió conocer la realidad de la situación.⁶

OBJETIVOS

Objetivos Generales:

Conocer la prevalencia de caries y de enfermedades periodontales en la población con discapacidad intelectual en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Conocer las necesidades de tratamiento.

Cuantificar los recursos necesarios para implantar el Programa de asistencia bucodental dirigido a la población con discapacidad en la CCAA de Extremadura.

Proponer alternativas prioritarias cuantificando en términos de recursos, las diferentes posibilidades programáticas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Teniendo en cuenta los objetivos de este estudio, no coincidentes con una encuesta epidemiológica tradicional, la metodología utilizada es la técnica de muestreo estratificado por grupos de edad. Se eligieron los tamaños muestrales mínimos. Se utilizó la ficha exploratoria preconizada por la OMS (3ª edición del Manual Oral Health Surveys: Basic methods).

a) Prevalencia de caries.

En la tabla 1 se expone el % de la muestra con caries y con caries activas en cada cohorte. En el grupo de 6-20 años, cerca del 52% presentan caries en dentición permanente siendo la prevalencia de caries para los otros dos grupos etarios del 90 y 100% respectivamente.

Tabla 1. Porcentaje de sujetos con caries y con caries activas.

| | CAOD > 0 | | Cariados > 0 | |
|------------|----------|-------|--------------|-------|
| | Nº | % | Nº | % |
| 6-20 años | 150 | 52,63 | 122 | 42,8 |
| 21-45 años | 371 | 90,49 | 273 | 66,58 |
| 46-65 años | 110 | 100 | 76 | 69,09 |

b) Índices de caries e índices de restauración (I.R= 0/CAOD)%

En la tabla 2 se muestran los índices de caries en dentición permanente (CAOD) en los diferentes cohortes. En el grupo de 6-20 años el CAOD es de 2.16 (IC-95% 1.8-2.52), índice con un claro predominio de patología no tratada (componente cariado de 1.42 lo que representa el 66% del total del índice). El componente restaurado solo alcanza el 17.6%. Para el grupo de 21-45 años el índice CAOD es de 7.45 (IC 95% 6.85-8.05) con un equilibrio de los componentes cariados y ausentes y una baja intervención restauradora (I.R. Del 14.6%). Finalmente en el grupo de 46-65 años el CAOD se eleva a 15.08 (IC-95%, 13.5-16.6) con un clarísimo predominio del componente ausente del índice (AD) que representa el 76% del índice global. En este grupo erario la presencia de restauraciones dentarias es un hallazgo prácticamente fortuito (I.R. Del 1.8%).

Tabla 2. Índices de caries (medias).

| | Car | Aus | Obt | I.R. (%) | CAOD | IC-95 % |
|------------|------|-------|------|----------|-------|-----------|
| 6-20 años | 1,42 | 0,36 | 0,38 | 17,59 | 2,16 | 1,8-2,52 |
| 21-45 años | 2,72 | 3,64 | 1,09 | 14,63 | 7,45 | 6,85-8,05 |
| 46-65 años | 3,73 | 11,44 | 0,27 | 1,79 | 15,08 | 13,5-16,6 |

c) Tratamientos restauradores necesarios

En la cohorte joven (6-20 años), la gran mayoría de las necesidades se corresponden con tratamiento conservadores (obturaciones de una superficie y obturaciones complejas) siendo las necesidades de extracción relativamente bajas (el 13% del grupo requiere de, al menos, una extracción). Por el contrario en las otras dos cohortes, si bien permanecen las necesidades restauradoras, la principal necesidad es la de extracciones ya que entre el 44-51% de los adultos requieren de al menos una extracción dentaria.

ANÁLISIS DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

a) Prevalencia de las enfermedades periodontales.

En la tabla 3 se muestran los porcentajes de sujetos en cada código IPC (Índice Periodontal Comunitario) máximo. Observamos que en el grupo de 6-20 años el 34% de la muestra está gingivalmente sana. En los otros dos grupos de edad este porcentaje es del 4-11%, lo cual denota la elevada prevalencia de gingivitis y sarro en este colectivo. La prevalencia de sarro supragingival es del 30%, 65% y 75% respectivamente en las cohortes de 6-20 años, 21-45 años y 46-65 años.

Tabla 3. Índice periodóntico comunitario (IPC). Sólo códigos 0, 1, 2, X.

| EDAD | IPC máximo | % |
|------------|------------|-------|
| 6-20 años | 0 | 34,27 |
| | 1 | 35,69 |
| | 2 | 30,03 |
| 21-45 años | 0 | 11 |
| | 1 | 21,27 |
| | 2 | 65,52 |
| | x | 2,2 |
| 46-65 años | 0 | 3,85 |
| | 1 | 7,69 |
| | 2 | 75 |
| | x | 13,46 |

b) Necesidades de tratamiento periodontal

La tabla 4 muestra que el 65% de los jóvenes y el 83-90% de los adultos requieren de cuidados de preventivos educativos en relación a la higiene bucodental y cepillado supervisado. Además de ello, el 30% del grupo de 6-20 años y el 65-75% de los grupos adultos, necesitan remoción del cálculo supragingival.

Tabla 4. Necesidad de tratamiento periodontal. Porcentaje de sujetos que requieren cuidados.

| Edad | Código TN | % |
|------------|-----------|-------|
| 6-20 años | TN1 | 65,73 |
| | TN2 | 30,03 |
| 21-45 años | TN1 | 89 |
| | TN2 | 65,5 |
| 46-65 años | TN1 | 82,69 |
| | TN2 | 75 |

TN1: Instrucción en higiene oral

TN2: profilaxis/raspado

ANÁLISIS DE LA PATOLOGÍA DE CARIES

Los índices de caries encontrados en los tres grupos etarios analizados deben de ser considerados como índices moderados y similares a los equivalentes para la población no discapacitada intelectualmente. Lo que se detecta es una muy baja intensidad terapéutica tal y como reflejan los índices de restauración extremadamente bajos. Asimismo, tampoco es de extrañar la elevada importancia que en los índices CAOD tienen los componentes AD (dientes ausentes) reflejo de una asistencia dental eminentemente extraccionista en este colectivo.

ANÁLISIS DE LA PATOLOGÍA PERIODONTAL

La presencia de gingivitis y/o sarro en este colectivo es elevada. En efecto la prevalencia de patología gingival, derivada de la falta de cuidados de higiene bucodental (cepillado y otros cuidados elementales) es superior a la población no discapacitada. A estos factores debe de añadirse la alimentación (líquida, o semiblanda) que recibe un % importante de este colectivo y que sin lugar a dudas tiene un efecto en la salud gingival. Finalmente, la medicación a la que se ve sometido un porcentaje importante de discapacitados intelectuales (antidepresivos, psicofarmacos en general) altera la salud gingival tal y como está ampliamente documentado en la literatura.

NUESTRO MODELO

Introducción:

Extremadura es una Comunidad Autónoma española situada en la zona suroeste de la península Ibérica. Está compuesta por las dos provincias más extensas de España: Cáceres y Badajoz. Su capital es Mérida.

La población total de Extremadura es de 1.102.410 hab. de los cuales, el 34% viven en las cinco ciudades más pobladas de la Comunidad.

Decreto y Prestaciones:

El Decreto 74/2003, de 20 de Mayo⁷ regula la asistencia dental a la población con discapacidad intelectual de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Define el colectivo al que va dirigido, todos los discapacitados intelectuales residentes en la Comunidad Autónoma de Extremadura cuya minusvalía sea superior al 33% y esté reconocida por el Servicio Extremeño de Atención a la Dependencia (SEPAD).

Asimismo el citado Decreto incluye el catalogo de prestaciones a las que tienen derecho las personas con discapacidad.

Recursos Humanos:

Para la implantación del programa se crearon 2 Unidades de Atención Odontológica para Pacientes Discapacitados Intelectuales (Unidad PADDI), una por provincia, compuestas, cada una de ellas, por un odontoestomatólogo y un higienista dental, que atienden de forma exclusiva a pacientes con discapacidad intelectual.

Recursos Materiales:

Dotamos 8 Unidades Ambulatorias de Atención Dental a Discapacitados Intelectuales, una por cada área sanitaria, 4 en la provincia de Badajoz (Badajoz, Mérida, Llerena y D. Benito) y 4 en la provincia de Cáceres (Cáceres, Plasencia, Coria y Navalmoral).

Las consultas se realizan dependiendo de la demanda en cada área sanitaria que, lógicamente está en relación con el número de personas discapacitadas de cada área sanitaria. Creamos una Unidad de Odontología Hospitalaria en el Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz, para atención a pacientes bajo anestesia general.



Complejo Hospitalario Perpetuo Socorro Badajoz

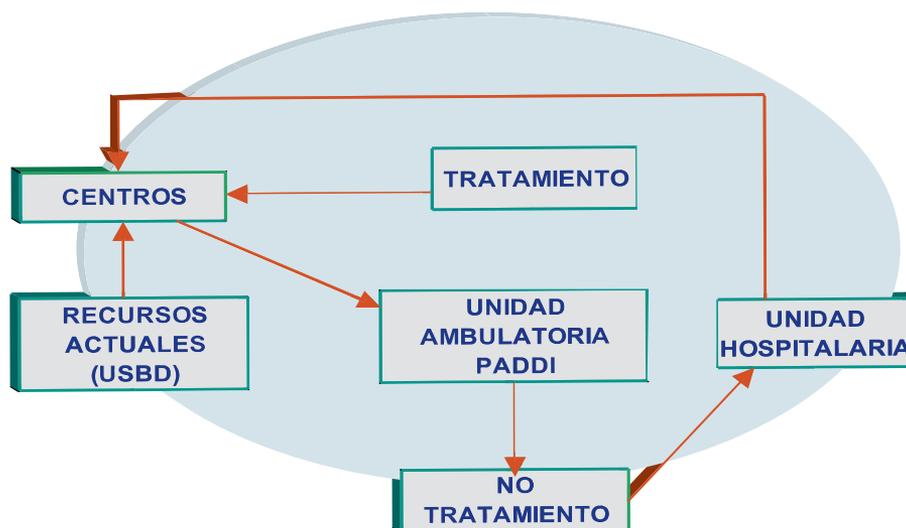
Metodología:

Consideramos fundamental para el éxito del programa las labores de prevención y de educación para la salud. Por ello, intentamos tener una relación estrecha con las Asociaciones y Centros de Discapacitados, debido a que este colectivo de pacientes se encuentra en su mayoría institucionalizado. La relación es tanto con la dirección y trabajadores sociales de los centros, que nos facilitan las tareas administrativas, como con los cuidadores y tutores, ya que de ellos va a depender el mantenimiento y control del estado de salud oral de este colectivo, es decir, el éxito del programa.

Los dentistas de las USBD (Unidades de Salud Bucodental) realizan la captación, la historia clínica y las actividades de educación para la salud en los centros de discapacitados. Las historias son remitidas a estas unidades de atención a pacientes especiales. Desde aquí se procede a citar a los pacientes priorizando (normal, preferente o urgente) según el grado de afectación presente en cada caso.

Los pacientes son reevaluados y valorados nuevamente con el fin de discernir si son susceptibles de ser atendidos ambulatoriamente o de si van a requerir la atención bajo anestesia general, en cuyo caso son derivados al servicio de odontología hospitalaria.

Hay que resaltar que sólo alrededor del 8-10% de los pacientes son derivados al servicio hospitalario.



Manejo hospitalario:

El Servicio de Admisión de la Unidad de Odontología Hospitalaria se encarga de solicitar las pruebas clínicas y la consulta de preanestesia a los hospitales de referencia donde reside el paciente discapacitado.

Una vez que el paciente es considerado apto para anestesia general es citado para la intervención. En el hospital el paciente es reevaluado nuevamente por el anestesista que va a participar en la intervención.

Premedicación:

1-Midazolán Sublingual 0.2-0.3 mgrs/Kg.

2-Canalización vía venosa:

- Antibióticos: Amoxicilina-clavulánico y en caso de alergia Eritromicina Clindamicina.
- Antieméticos: Metoclopramida 0.15mgrs/Kg
- Bloqueantes H2: Ranitidina 0.5 mgrs/Kg
- Analgesia: Ketorolaco 0.5 mgrs/Kg. Metamizol 40 mgrs/Kg

En el quirófano se inicia la anestesia general mediante una técnica de inducción inhalatoria con respiración a volumen corriente con una fracción inspirada (FiAA) de Sevoflurano al 8-6% con un flujo de gas fresco de 10 litros/m de oxígeno al 100% a través de una mascarilla facial.^{8,9}



Una vez conseguida una adecuada profundidad anestésica (valorada por la ausencia de reflejo parpebral), se administra lidocaína 1mg/kg nebulizado para evitar la aparición de laringoespasma y se realiza laringoscopia directa sin empleo de BNM.

Tras realizar intubación se hará la canalización intravenosa cuando no se haya podido hacer en la sala de despertar.

El mantenimiento de la profundidad anestésica se realiza con sevoflurano al 1.5-2.5% con oxígeno-óxido nítrico al 50% en ventilación espontánea con flujo de aire fresco de 10 litros/minuto. Con valores de ETCO₂ (concentración de CO₂ al final de la espiración) entre 34-55 mmHg y de Saturación de O₂ >95%.

Para la educación se suprime el sevoflurano, se aspira con sonda gruesa y se procede a la extubación.

Tras la intervención el paciente pasa a la Unidad de Recuperación Postanestésica donde se controla:

- Frecuencia cardíaca.
- Frecuencia respiratoria.
- Saturación de O₂.

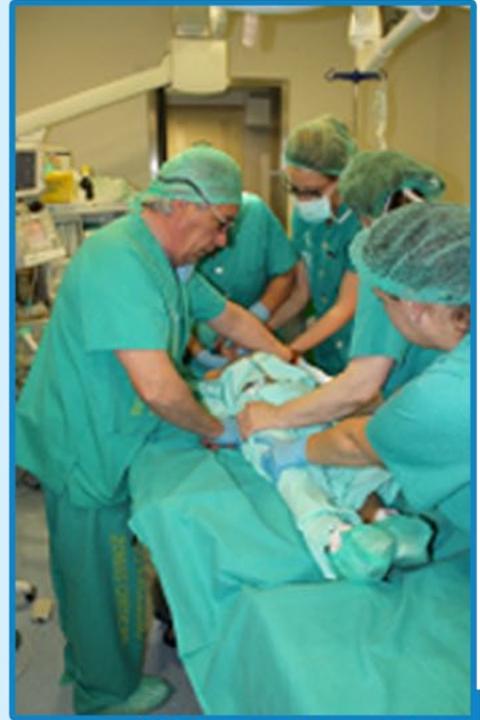


Sala de despertar





Quirófano



Inducción anestésica



Carrito con instrumental



Bis para control del nivel de conciencia durante el acto operatorio

Tabla de Aldrete modificada como criterio de alta hospitalaria.

Escala de Aldrete modificada para CMA adaptado de Marshal y modificado para El. Paddi

| | PUNTUACIÓN |
|--|------------|
| Movilidad espontánea o al ser requerido | |
| 4 extremidades o situación basal | 2 |
| 2 extremidades o situación basal disminuida | 1 |
| 0 extremidades o situación basal muy disminuida | 0 |
| Respiración | |
| Capaz de respirar y toser | 2 |
| Disnea/respiración artificial | 1 |
| Apnea | 0 |
| Circulación (PA preoperatorio) | |
| PA +/- 20 mmHg de su nivel preoperatorio | 2 |
| PA +/- 20 a 50 mmHg de su nivel preoperatorio | 1 |
| PA más de 50 mmHg de su nivel preoperatorio | 0 |
| Consciencia | |
| Despierto | 2 |
| Se despierta al llamarle | 1 |
| No responde | 0 |
| Capacidad de mantener saturación de oxígeno | |
| > 92 % con aire ambiente | 2 |
| Necesidad de oxígeno para mantener saturación > 90 % | 1 |
| Saturación de oxígeno < 90 % a pesar de oxígeno inhalado | 0 |
| Sangrado bucal | |
| Mínimo | 2 |
| Moderado | 1 |
| Severo | 0 |
| Dolor | |
| Ninguno | 2 |
| Moderado | 1 |
| Severo | 0 |
| Náuseas y vómitos | |
| Ninguno/Mínimo | 2 |
| Moderado | 1 |
| Severo | 0 |

Al paciente se le entrega el informe de alta, la medicación, instrucciones postoperatorias, encuesta de satisfacción, instrucciones de higiene oral personalizadas, un teléfono de contacto y cita para la próxima revisión.

Resultados:

| | AÑOS | | | | | | | | | TOTAL |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | |
| Nº Historias | 1.192 | 1.544 | 657 | 533 | 316 | 340 | 268 | 164 | 192 | 5.206 |
| P. Citados | 1.135 | 4.326 | 4.361 | 4.171 | 4.647 | 4.320 | 4.583 | 2.293 | 3.012 | 32.848 |
| P. Atendidos | 1.037 | 4.033 | 4.124 | 3.858 | 4.104 | 3.820 | 4.129 | 2.035 | 2.854 | 2.9994 |
| An. General | 95 | 181 | 162 | 208 | 206 | 173 | 158 | 140 | 163 | 1.486 |
| TRATAMIENTO | | | | | | | | | | |
| Exodoncias | 402 | 1.516 | 1.413 | 990 | 983 | 736 | 645 | 413 | 402 | 7.500 |
| Obturaciones | 397 | 1.751 | 1.365 | 1.221 | 845 | 801 | 869 | 461 | 486 | 8.196 |
| Selladores | 71 | 152 | 104 | 68 | 336 | 375 | 318 | 130 | 321 | 1.875 |
| Endodoncias | 1 | 17 | 74 | 100 | 160 | 141 | 133 | 24 | 42 | 692 |
| EPS | 870 | 3.969 | 4.049 | 3.855 | 4.128 | 3.758 | 4.152 | 2.143 | 2.854 | 29.778 |
| Estudio Rx | 40 | 125 | 124 | 118 | 144 | 154 | 104 | 62 | 102 | 973 |
| Tartrectomía | 366 | 923 | 874 | 785 | 729 | 847 | 825 | 401 | 506 | 6.256 |
| Raspado y alisado | 50 | 68 | 75 | 97 | 104 | 114 | 225 | 214 | 199 | 1.146 |
| Fluor | 75 | 425 | 779 | 879 | 921 | 888 | 909 | 456 | 542 | 5.874 |
| Prótesis | 5 | 278 | 267 | 261 | 175 | 86 | 68 | 58 | 49 | 1.247 |

Se produce un importante cambio en el tipo de tratamiento, pasando (al comienzo de nuestra actividad) de una importante tarea reparadora en los primeros ejercicios (exodoncias restauraciones y prótesis) a una tarea basada, cada vez más en un componente preventivo.

Conclusiones:

- Trato personalizado.
- Desdramatización de la Cirugía.
- Reincorporación precoz del paciente.
- Disminución de la Burocracia.
- Disminución de las Listas de Espera.
- Reducción de Costes en relación a la tradicional (40%).
- Reduce la presión asistencial de algunos servicios (Cirugía Maxilofacial).
- El nivel teórico-práctico y de responsabilidad de los profesionales debe ser alto.
- Implicaciones médico-legales.
- Ofertamos asistencia Odontológica integral al discapacitado intelectual.
- Unidad hospitalaria integrada.
- Costes bajos.
- Recomendamos grupos cerrados de trabajo.
- Modelo fácilmente implantable

A lo largo de estos años se observa una tendencia cambiante, una visualización del problema, no ya de los profesionales, que siempre lo habían hecho, sino también desde los distintos servicios de salud. En estos momentos coexisten iniciativas importantes en distintos servicios de salud con programas para atención dental a este colectivo en unos casos perfectamente implantados, otras en desarrollo.

Propuestas:

Sería deseable, que desde donde corresponde, desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se analizara la situación concreta de las personas con Discapacidad Intelectual en nuestro País y se pudiera definir un modelo asistencial único con el fin de dar respuesta a ésta vieja demanda asistencial.

En éste sentido fue muy loable, el intento del anterior Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de crear grupos de trabajos en distintas Áreas relacionadas con la salud oral, una de ella fue un grupo de trabajo relacionado con las desigualdades en salud oral, se creó en una reunión de los responsables técnicos de Salud bucodental de las distintas comunidades en la Consejería

de Salud del Principado en Oviedo en vísperas del XVIII Congreso de la Sociedad española de Epidemiología y Salud Pública Oral de 2010. Nosotros participamos en este grupo junto con las CCAA de Galicia y País Vasco. Allí nació y allí murió.

Esta magnífica iniciativa del Ilustre Colegio de Dentistas de la Primera Región a través de la Vocalía de Compromiso Social bien pudiera suponer un punto de inflexión que propiciara la constitución de un equipo de trabajo que, con propuestas concretas, se pudiera acercar a los responsables del Ministerio.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Oral Health Surveys: Basic Methods. 4 th edition. World Health Organization. Geneva, 1997.
2. Las personas con discapacidad en España. Observatorio Estatal de la discapacidad. Informe Olivenza 2010.
3. Cifras INE. Boletín informativo. Instituto Nacional de Estadística. Panorama de la discapacidad en España. Octubre. 2009.
4. Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y Dependencia 2008. Instituto Nacional de Estadística.
5. XIII Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Sevilla 4-6 de Marzo/2009.
6. Análisis de Salud Bucodental de la población con discapacidad intelectual de Extremadura. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.
7. Decreto 74/2003 de 20 de mayo sobre asistencia dental a la población con discapacidad intelectual en la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE nº 62. Junta de Extremadura.
8. E. del Cojo, J.P. Macías, A. Asencio, M.D. Torrado, C. Prieto, J. Rueda. Manejo anestésico de la cirugía ambulatoria bucodental en discapacitados. Nuestra aportación. Cir. May. Amb. Vol 14. Nº \$, pp 141-142. 2009
9. Anestesia general en pacientes con discapacidad intelectual sometidos a cirugía dental. M.F. Mirón Rodríguez, F.J. García Miguel, A. Becerra Cayetano, E. del Cojo Pérez, J. Rueda García, F. Gilsanz Rodríguez. Rev. Esp. Anestesiología. Reanim. 2008; 55: 137-143.
10. Domingo V. Criterios de recuperación y alta domiciliaria en Cirugía Ambulatoria. En: Manual de Anestesia Ambulatoria. 1ª Ed. Valencia. Edit. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat, 2004. Pág. 257-278.
11. Kocatas Ersin N, ÖnÇag O, et al. Postoperative morbidities following dental care Ander day-stay general anesthesia in intellectually disabled children. J. Oral Maxillofac Surg 2005; 63: pág 1731-1736.

DESIGUALDADES SOCIALES EN ODONTOLOGÍA. RECURSOS HUMANOS Y ODONTOLOGÍA. ORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN UN MARCO DE EQUIDAD.

AUTORES.

Dr. Antonio Castaño Séiquer: Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria. Universidad de Sevilla. Presidente de la Fundación Odontología Social.

Dr. David Ribas Pérez: Profesor Asociado de Odontopediatría. Universidad de Sevilla. Director del Master de Salud Pública Oral. Universidad de Sevilla.

Dra. Laura San Martín Galindo: Colaboradora en la Harvard School of Dental Medicine. Master en Salud Pública Oral. Universidad de Sevilla.

RESUMEN

A lo largo de la historia de la humanidad con el desarrollo de las ciencias sanitarias de manera empírica se ha podido evidenciar que aquellas poblaciones desfavorecidas socioculturalmente siempre se han visto aquejadas de enfermedades asociadas a sus peores condiciones de vida. El caso de la odontología no es diferente y además la práctica odontológica eminentemente privada y especializada añade elementos que potencian estas diferencias.

La formación de los recursos humanos sanitario-odontológicos ha ido ligada al posterior desarrollo de la profesión para este tipo de actuación privada y la carga en créditos formativos en prevención, promoción de salud oral y salud pública siempre ha sido menor. El desarrollo de profesiones técnicas auxiliares en odontología comunitaria no ha servido para una posterior actuación en odontología comunitaria, sino para efectuar labores técnicas auxiliares de este ejercicio mayoritariamente privado.

Por ello la formación de recursos humanos odontológicos es nuevamente un elemento más que potencia, al centrarse en el ejercicio eminentemente privado puro, las desigualdades en salud de lo cual tenemos ejemplos en todo el mundo.

ABSTRACT

Throughout the history of humanity with the development of health science has been able to empirically demonstrate that those socioculturally disadvantaged populations have always been

suffering from diseases associated with the worst living conditions. The case of dentistry is no different and also eminently private and specialized dental practice adds elements that enhance these differences.

The human resources training, in dentistry has been linked to later development of the profession for such private performance and load training credits in prevention, oral health promotion and public health has always been lower. The development of auxiliary technical professions in community dentistry has not been for a later performance in community dentistry, but to carry out work of this exercise ancillary techniques mostly private.

Thus the formation of dental manpower is again an element that power, to focus on private eminently pure exercise, health inequalities which have examples worldwide.

PALABRAS CLAVE: Odontología Preventiva. Odontología Comunitaria. Desigualdades en salud. Higienistas dentales.

KEY WORDS: Preventive Dentistry. Community Dentistry. Dental Hygienists. Inequalities in Health.

INTRODUCCIÓN Y DESARROLLO

La odontología como actividad existe desde que el hombre se organiza en diferentes entidades grupales. Esto es, ante las algias dentales, alguien experimentado en el grupo, brujo, chamán o anciano sabio de la tribu, busca una solución a esa manifestación de salud menoscabada. La preocupación por el otro, la caridad, es uno de los pilares sobre los que se sustenta el inicio de los cuidados al enfermo y la aparición de la primera figura parecida a un médico es algo que sucede con el hombre de Cro-Magnon. Esta figura es el chamán o hechicero, quien debido a la idea del hombre primitivo de que la enfermedad no se debe a causas naturales, sino sobrenaturales, tenía como objetivo ahuyentar a los malos espíritus que estaban causando la enfermedad.

Al hombre prehistórico ya le aquejaban las enfermedades bucales, de hecho la caries existe muchos miles de años antes de que el hombre aparezca en la tierra, los dinosaurios y los osos de las cavernas tuvieron caries hace cien millones de años. Además de la caries, otros problemas dentarios que afectaron al hombre primitivo fueron las parodontopatías, los traumatismos dentarios debido a la vida violenta de cazadores y a las luchas entre tribus y la atrición dentaria, que se producía porque usaban los dientes como herramientas y porque con frecuencia tomaban alimentos mezclados con arenas.¹



Evidentemente en esa fase el igualitarismo social era marcado y al no existir las clases sociales, no se daban limitaciones o preferencias por estatus social.

En la Edad Antigua, por ejemplo en el antiguo Egipto, la práctica de la medicina estaba muy especializada, dedicándose cada médico a curar ciertas partes del cuerpo; aparece por ello el primer dentista conocido: "Hesi.Re", descrito como el más grande de los médicos que tratan los dientes. Las enfermedades dentarias más frecuentes eran la caries y la abrasión. La caries afectaba sobre todo a las clases acomodadas que tenían una alimentación basada en dulces y miel y la trataban con una mezcla de comino, incienso y cebolla, o colocando el cuerpo abierto de un ratón sobre el diente dolorido. La abrasión afectaba sobre todo a las clases bajas, cuya comida se mezclaba con frecuencia con arena. Ya comienza

a aparecer una diferenciación por clases sociales en cuanto a afecciones fruto del estilo de vida y ni que decir tiene que las clases dirigentes tendrían un acceso al cuidado médico que el pueblo llano no podría conseguir. Este esquema se repite en las grandes civilizaciones griega y romana que centran la historia conocida de la Edad Antigua.²

A partir de la Edad Media y durante la Edad Moderna, ya sí existen diferencias según el origen o pertenencia a un determinado estrato de la pirámide social para acceder a la asistencia odontológica de la época (Cirujanos dentistas, ministrantes, practicantes, barberos sacamuelas, buhoneros...)

A mediados del siglo XIX nace la odontología como disciplina universitaria en EEUU. Desde allí se expande al resto del mundo civilizado. Dado que los titulados que se graduaban cada año nunca superaban las dos o tres decenas, resulta evidente que estos dentistas cualificados atenderían a las capas más favorecidas de la sociedad. Por lo tanto, desde su creación como disciplina universitaria, la odontología tiene un acceso desigual según el escalón social al que pertenezca cada uno de los individuos.

Durante el siglo XIX surgen grandes avances en el mundo de la odontología en EEUU. En 1815 Levi Spear Parmly reinventa y promueve el uso de la seda dental, gracias a que en humanos prehistóricos se habían encontrados vestigios de la misma y de palillos. Auguste Taveau, en 1816, desarrolló la primera amalgama consistente en monedas de plata mezcladas con mercurio. Veinte años después, Charles Goodyear descubre el caucho vulcanizado. Este descubrimiento se convertirá en la base para las prótesis totales, que anteriormente se hacían en oro, porque eran más económicas para el promedio de la población. En 1840 Horace Wells será el primero en demostrar el éxito del óxido nitroso para la sedación, Thomas Morton el uso de la anestesia para la cirugía, y Horace Hayden en colaboración con Chapin Harris, inventa la Odontología moderna al fundar la primera escuela dental del mundo: The Baltimore College of Dental Surgery y el grado DDS o doctor en cirugía dental. Además iniciaron la primera sociedad dental del mundo: The American Society of Dental Surgeons (ASDA) que posteriormente se transformó en la American Dental Association.³



La odontología se va desarrollando y tecnificando y es el propio desarrollo de la odontología el que magnifica estas diferencias entre los distintos escalafones sociales. Al nacer la odontología moderna con una fuerte vinculación a la industria farmacéutica y quirúrgicorehabilitadora y dentro de un entorno tan competitivo y con componentes de mercadotecnia como es el estadounidense, se dan las inevitables servidumbres hacia la hiperproducción, hacia la creación de demanda y el consumo continuado. Así, se crea una estructura de funcionamiento con gran dependencia de la tecnología, muy intervencionista y quizás despreciativa de lo que significa prevención y seguimiento médico del proceso de salud-enfermedad oral. Todo ello hace que el acceso de la población a los tratamientos dentales vaya ligado al coste económico que la hipertecnificación genera.⁴

La barrera económica ha sido y sigue siendo en muchos casos una de las principales causas de la inequidad en salud oral. Pensamos los autores de este capítulo que la potenciación de una conciencia preventiva por parte de la población general desarrollaría una odontología de necesidades mucho menos complejas, menos costosa y mas asequible, lo cual en definitiva ayudaría a equilibrar las diferencias en salud oral que existen y que se acrecientan por no poder ofrecer una solución asequible.⁵

La barrera económica ha sido y sigue siendo en muchos casos una de las principales causas de la inequidad en salud oral. Pensamos los autores de este capítulo que la potenciación de una conciencia preventiva por parte de la población general desarrollaría una odontología de necesidades mucho menos complejas, menos costosa y mas asequible, lo cual en definitiva ayudaría a equilibrar las diferencias en salud oral que existen y que se acrecientan por no poder ofrecer una solución asequible.⁵

El macrosector dental crece día a día y requiere alimentar sus cada vez más complejas estructuras

de producción, distribución y ventas.

La odontología preventiva y comunitaria, disciplina y filosofía que debía atenuar el proceso, tiene un desarrollo limitado durante este tiempo y una parca consideración sobre la generalidad de la profesión. El conjunto de argumentos anteriormente esgrimidos provocan, sin ningún argumento científico que lo justifique, con la estigmatización o estereotipo de la odontología como una parcela de la sanidad elitista, costosa e inasequible para amplios espectros de las distintas sociedades.⁶



A principios del siglo XX, se desarrollan los distintos sistemas de atención sanitaria en el medio europeo (Alemania, Gran Bretaña, España...) Esto significa un avance social considerable en el área sanitaria ya que elimina grandes porcentajes de barreras económicas para el acceso a los servicios de salud por parte de los ciudadanos menos favorecidos. Progresivamente se amplían las coberturas y los beneficiarios, pero se da la circunstancia que la odontología suele ser la beneficiaria de estos programas comunitarios (circunstancia que en muchos casos sigue persistiendo.) En muchos países, la oferta asistencial se reduce a las exodoncias. En el mejor de los casos se cubrirían las necesidades quirúrgicas básicas y sobre alguna del resto de las prestaciones existía una cofinanciación, parcial o total, por parte estatal.⁷

¿FAVORECE LA ODONTOLOGÍA ACTUAL EL HECHO DE QUE EXISTAN DESIGUALDADES?

La odontología en general se practica en clínicas privadas y en menor medida en consultas del sector público, al menos en España, siendo esta una dinámica que se repite en la mayor parte de las sociedades del mundo. ¿Qué respuestas ofrece la odontología a quienes viven en la pobreza? Las consultas en servicios de salud públicos generalmente ofrecen cuidados considerados como básicos (extracciones dentarias, mitigación de dolor...) y su calidad depende de cada programa, de los recursos y de la legislación de cada país. Tratamientos de rehabilitación, implantología, ortodoncia y estéticos, con algunas excepciones, no son contemplados en estos servicios y las personas se ven forzadas a utilizar servicios privados para terminar con su plan de tratamiento, es decir, el consiguiente desembolso económico que ello conlleva.

Los profesionales que practican la odontología en el sector privado negocian con la capacidad de pago de las personas, siendo esto algo que no es tan común en el resto de las especialidades de la medicina.⁵

En odontología un dentista, profesional sanitario, y un paciente no dejan de tener una relación basada en una transacción entre servicios ofertados por uno y el poder adquisitivo del otro para acceder a ellos. De esta forma, la práctica odontológica reproduce e incluso acrecienta las desigualdades sociales de la población: los ciudadanos tienen acceso a servicios según su capacidad de pago. Parafraseando al doctor argentino Hugo Rosetti, a veces se están tan lejos de un tratamiento odontológico como se está de un billete de 100€.⁸

Los factores que deben tenerse en cuenta para la equidad en salud oral son los aspectos socio-económicos, culturales, étnicos, de género, de religión, de lenguaje y discapacidad. Claramente, hay una diferencia con la medicina, ya que se favorece el análisis individual y no los protocolos universales. Parece ser que los protocolos se reconocen como las “mejores prácticas” o el “tratamiento ideal”, pero se acepta que esto sólo es para unos pocos que cumplen con determinadas características que en la mayor parte de las ocasiones incluyen las económicas. Este hecho diferencial entre medicina en general y odontología en particular sucede de forma muy clara en el caso de España donde podemos decir que para cualquier intervención protésica médica el sector público se hace cargo de ello mientras que ello no sucede en el caso de la restauración protésica meramente odontológica.⁹

Parece que la profesión odontológica acepta que sus prácticas tienen que seguir un quehacer liberal, ligado al mercado y a la capacidad de pago individual, y, por tanto, no existe un planteamiento ético sobre las necesidades en salud oral de la población que vive en pobreza o no puede pagar los tratamientos ideales.

El sector público no puede ofertar determinados tratamientos por ser demasiado costosos. Así pues, con la generación de determinadas necesidades y la imposibilidad de proporcionar soluciones podemos decir que la Odontología en general fomenta, acrecienta y no remedia la inequidad.¹⁰

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

Podemos afirmar sin temor a equivocarnos que la prevalencia de enfermedades orales es mayor en personas que viven en la pobreza. El análisis realizado teniendo en cuenta el CAPP del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la pobreza y las desigualdades sociales juegan un papel fundamental en la presencia de enfermedades orales y en la posibilidad de recibir tratamientos. Así, países en vías de desarrollo muestran una incidencia

mucho mayor de cáncer bucofaríngeo, y el Noma, asociado a desnutrición, es casi exclusivo de África y el Sudeste asiático, las regiones más pobres del mundo.¹¹

En Occidente, la caries y la enfermedad periodontal parecen ser un buen predictor de la pobreza en los niños y adultos, ya que el alto consumo de azúcares refinados y medidas higiénicas deficientes son más comunes en la población pobre.^{12y13}

Un estudio realizado a finales de los años 90 en la ciudad de Sevilla que siguió a un grupo de escolares de dos colegios limítrofes de dos barrios de Sevilla (uno público de una barriada marginal y el otro privado de alto estatus económico) encontró que las enfermedades orales no sólo eran más prevalentes en los niños de sectores más pobres, sino que, a edades en las que salían del colegio, ellos presentaban menor desarrollo físico y continuaban presentando mayor presencia de enfermedades orales (caries, enfermedad periodontal y sangrado gingival). Hallazgos como este, que también se han encontrado en estudios similares, señalan que si en el transcurso de la vida las personas mejoran su situación socioeconómica, esos niños que inicialmente fueron pobres, continúan presentando una mayor prevalencia de enfermedad periodontal y caries comparados con aquellos que nunca fueron pobres, lo cual indica que la relación entre la pobreza, salud oral e infancia determina en gran parte la salud y calidad de vida de los adultos.^{14y15}

En las facultades de odontología se ve claramente la disyuntiva. Los departamentos de salud pública, de odontología preventiva y comunitaria (que al igual que en medicina son marginales y reciben menor atención que los departamentos clínicos) se dedican a enseñar acciones de promoción y prevención, generalmente mediante propuestas que incluyen la fluoración de la sal, agua, o pastas dentífricas, las campañas educativas y los selladores de fisuras.⁶

Por el contrario en otras asignaturas con un carácter más clínico se enseñan todas las actividades terapéuticas y enfatizan un plan de tratamiento que sigue las necesidades biológicas orales. Un enfoque clínico centrado en el paciente aislado de la realidad social que lo rodea y que, como tal, influye en él y mediatiza su vida y su salud oral.

Por otro lado, los departamentos de investigación en ciencias básicas biológicas, ven su quehacer investigativo coartado por los intereses de las empresas de materiales dentales y por el énfasis creciente en hacer que los centros educativos (privados y públicos) sólo realicen investigaciones rentables económicamente, lo cual se mide mediante la creación de productos patentables para uso y explotación comercial. Por otro lado podemos decir que también estas investigaciones en muchos casos buscan objetivos académicos o incluso de resultados marginales en cuanto al beneficio que pueden otorgar para el global de la población.⁵

Es decir, ¿se integran las investigaciones clínicas con las realizadas en ciencias básicas biológicas

y sociales? Hay que reseñar que una práctica muy extendida en países latinoamericanos como es la extramuración como parte de la formación necesaria para el futuro odontólogo es denostada por muchos por no entenderla como útil. Se desarrolla en muy contadas ocasiones y muchas veces desde los propios centros universitarios es percibida con recelo. Resulta curioso que experiencias llevadas a cabo, con mucho esfuerzo por parte del grupo de Investigación Salud Pública Oral de la Universidad de Sevilla y con el apoyo de la oficina de Cooperación al desarrollo de la US, han tenido que superar múltiples obstáculos intramuros y como contraste han merecido el aplauso de los centros de odontología comunitaria más prestigiosos del mundo (Harvard, Búfalo, Malmö...) que también realizan programas similares como complemento necesario para sus estudiantes.^{16y17}

Pensamos que la razón de ser principal del odontólogo es mejorar la salud oral del máximo de ciudadanos, si no educamos con criterio social al futuro odontólogo desde la facultad y no se cambian estructuras en la administración sanitaria y de servicios sociales, las desigualdades van a ir en aumento y a perpetuarse. Si estas líneas sirven para despertar conciencias, estará bien empleada y justificará nuestra contribución al libro.

Reflexionemos sobre la siguiente pregunta ¿Estudia la odontología para el bien de la comunidad o para el bien de la odontología? Una investigación o descubrimiento en un campo concreto de la odontología basado en una hiperespecialización de la técnica beneficia en definitiva a un número determinado, marginal de población. Un descubrimiento del mismo rango en el ámbito de la odontología comunitaria tendrá necesariamente una mayor repercusión poblacional.

Si la práctica odontológica se basa en los mercados y privilegia la atención clínica, los profesionales discuten que los odontólogos más exitosos no son necesariamente aquellos con más conocimientos o los que logran reducir índices de morbilidad oral en la población, sino los competentes en la práctica privada y buenos comerciantes y administradores (algunos de ellos administrando las nuevas empresas de salud).

Un odontólogo comunitario con formación en odontología preventiva y salud pública actuará a nivel poblacional disminuyendo de manera global las desigualdades dado que no se hace distinción por motivos económicos del paciente tratado ya que su población diana global abarca la totalidad de individuos. Creemos y volvemos a decir que la formación de recursos humanos odontológicos debe centrarse en estrategias de prevención, educación para la salud y promoción de salud oral. Pero en este punto interviene de forma muy importante una profesión marcadamente comunitaria, la profesión de higienista dental.⁵

HIGIENISTAS DENTALES. ¿PROFESIÓN COMUNITARIA?

Los avances en la investigación odontológica permiten una mejor comprensión de los eventos biopsicosociales, relacionados con los procesos de salud - enfermedad. Sin embargo, no ha existido una correlación en elevar los niveles de salud bucal de la población. Las enfermedades bucales más prevalentes (caries dental, enfermedades gingivo - periodontales y maloclusiones) reconocen a los **estilos de vida y diferencias de desarrollo social** como condicionantes de peso en el desequilibrio del proceso salud - enfermedad.¹⁸

Estas enfermedades no pueden revertirse sólo con procedimientos clínicos, realizados por el odontólogo, sino que se requiere una política sociosanitaria pública decidida, equitativa y de cobertura universal, siendo como es la salud una necesidad básica del individuo, responsabilidad de los poderes públicos en cuanto servidores del bien social, así como del aporte de las ciencias sociales, como las de la comunicación y las del comportamiento, para motivar un cambio de conducta en la población hacia su autocuidado y autorresponsabilidad. El Higienista Dental, formado tanto en el terreno técnico - asistencial como en el campo epidemiológico y de la pedagogía, se constituye en el personal auxiliar de mayor utilidad en el Equipo de Salud Odontológico, para obtener metas de salud y ampliar la cobertura de las mismas.

En España, La ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental, regula las titulaciones profesionales relacionadas con la Odontología y Estomatología. En concreto, sobre la profesión de Higienista Dental se establece que "las medidas preventivas de promoción de la salud y educación sanitaria de la población en esta materia determinan la conveniencia de contar con higienistas dentales que, con una formación profesional de segundo grado, puedan alcanzar de forma efectiva a toda la población y, especialmente, a la población infantil, escolar y de la tercera edad. Sus funciones preventivas y de examen de salud dental se completan con aquellas otras asistenciales que pueden realizar como auxiliares, ayudantes y colaboradores de los facultativos médicos, estomatólogos y odontólogos".

Según lo anterior, y como consecuencia de ello, la citada Ley 10/86 nos dice que:

"Se crea la profesión de higienista dental que, con el correspondiente título de formación profesional de segundo grado que tendrá como atribuciones, en el campo de la promoción de la salud y la educación sanitaria bucodental, la recogida de datos, la realización de exámenes de salud y el consejo de medidas higiénicas y preventivas, individuales o colectivas. Colaborarán también en estudios epidemiológicos."

"Podrán asimismo realizar determinadas funciones técnico - asistenciales como ayudantes y colaboradores de los facultativos médicos y odontólogos".¹⁹

Las tareas que un higienista dental puede realizar quedan definidas por su plan de estudios y como vemos a continuación tienen una muy definida vocación comunitaria:

1. Evaluar el estado de salud bucodental de las personas, detectando mediante exploración e identificando las posibles alteraciones, su etiología y las medidas necesarias para su prevención o corrección, bajo la supervisión del odontólogo o estomatólogo, remitiéndolas, en su caso, al facultativo. Registro del estado de salud no es diagnóstico. El diagnóstico es facultad del odontólogo o estomatólogo.
2. Aplicar técnicas preventivas (selladores de fosas y fisuras, aplicaciones de flúor tópico, detartarajes, control mecánico y químico de la placa bacteriana, asesoramiento dietético y de otro tipo, etc.) y asistenciales (remineralización de caries incipientes, pulido de obturaciones, batido de cementos y material de impresión, impresión y revelado de radiografías, asistencia al facultativo en cualquier actividad clínica). Todo ello bajo indicación y estricta supervisión facultativa.
3. Realizar el control epidemiológico del estado de salud bucodental de la comunidad, dentro de un equipo multidisciplinario, pudiendo participar en la proposición de medidas correctoras.
4. Participar en el diseño y aplicación de programas educativos que potencien los hábitos preventivos e higiénico - sanitarios de la población
5. Prevenir los riesgos laborales de personas e instalaciones.
6. Organizar y gestionar, a su nivel, el trabajo de la unidad/gabinete, gestionando el fichero de pacientes, el pedido, almacenamiento y mantenimiento del instrumental y material necesarios.²⁰

A pesar de que como hemos visto sus funciones están perfectamente delimitadas y claramente definidas tanto por ley como por plan de estudios, no es la actuación comunitaria la que caracteriza a esta profesión en su desarrollo laboral ya que son muy pocas las higienistas dentales (el femenino plural hace referencia a que es una profesión que en el 90% la ejercen mujeres) que ejercen su profesión en el ámbito de la sanidad pública trabajando en su mayoría en el sector privado como asistentes del dentista (en este caso nos hemos decantado por el genérico aunque la demografía profesional de los dentistas discurre hacia una feminización de la profesión.) Tenemos también que analizar una serie de puntos:

· Los países que cuentan con sistemas de protección sanitaria de la población, han introducido tradicionalmente entre sus estrategias, actuaciones preventivas y asistenciales de las enfermedades de la cavidad oral. El enfoque intervencionista sobre las lesiones instauradas, que en principio fue el predominante, ha ido cediendo importancia a favor de

las medidas preventivas y de promoción de la salud, de bajo coste y escasa complejidad. El ciclo de intervenciones, que los enfoques reparadores retroalimentan, ha demostrado ser ineficaz para conseguir un nivel aceptable de salud oral en la población, a pesar del gasto sanitario que ello ha supuesto. Del mismo modo, además del incremento en el gasto sanitario volvemos a reseñar que este enfoque alimenta las desigualdades.

- El empleo de recursos humanos adaptados a este enfoque, requiere la formación de equipos de trabajo en los que las tareas de menor complejidad puedan ser realizadas por personal capacitado para ellas (léase higienista buco-dentales y sus competencias profesionales).

- El equipo de salud bucodental, dirigido por odontólogos y donde se integran higienistas buco-dentales así como personal auxiliar, ha demostrado ser la forma más eficiente de proveer de asistencia dental adecuada a la población. La delegación de tareas según su complejidad y la adecuación de las capacidades de los diferentes tipos de profesionales para acometer las mismas, es la clave de su eficacia.

- Ante programas de atención odontológica comunitaria, como pueden ser los programas tipo PADI (Programa de Asistencia Dental Infantil), al que se han acogido muchas Comunidades Autónomas desde los años finales del siglo XX, han podido evidenciar que un trabajo realizado por este personal puede rentabilizar de manera muy efectiva la tarea del dentista. Al ser programas que bien ejecutados fomentarían la prevención en los niños, rentabilizan de igual manera tanto una clínica privada concertada como una clínica del sector público.¹⁸

Todo lo anterior exige una óptima cualificación profesional de las higienistas buco-dentales, cuya calidad se vería incrementada si su formación se realizara en escuelas anejas a las facultades o centros de formación de los odontólogos, realizando su capacitación teórico-práctica en un ámbito de interacción, tanto entre el alumnado entre sí, como entre el profesorado o equipo docente responsable del aprendizaje de unos y otros.²¹

ALTERNATIVAS AL ALTO COSTO TERAPÉUTICO

La estrategia global para la salud oral de la OMS plantea que los tratamientos tradicionales para las enfermedades orales son muy costosos en los países industrializados e imposibles en la mayoría de países de bajos y medianos ingresos. Frente a los costos en aumento y los recursos limitados, la OMS insiste en la prevención y el control de las enfermedades orales.¹¹

La nueva meta de la estrategia regional de la OPS incluye servicios de salud oral eficaces en función del costo, destinados a eliminar las disparidades en el tratamiento y aumentar el acceso de la población a los servicios²². Sin embargo, no es muy claro cuál es la estrategia planteada, ya que se ha mostrado que ciertas propuestas en salud pública, basadas en análisis “costo-beneficio-efectividad”, no son adecuadas, porque éstas siguen los intereses de los que manejan los mercados de salud para asegurar el mayor margen de lucro posible, no responden a las necesidades en salud de la población y, en vez de aumentar, reducen el acceso a los tratamientos de las poblaciones pobres.²³

Podemos hacer una discusión parecida teniendo en cuenta lo que ocurrió con ocasión de la epidemia del SIDA, de la cual la salud oral podría aprender mucho. El virus de la inmunodeficiencia humana ha sido el más estudiado de la historia. Los tratamientos que inicialmente se desarrollaron para el tratamiento del SIDA eran particularmente costosos y por consiguiente llevaba a una situación en la que los enfermos con pocos recursos económicos no pudieran hacer frente al mismo. Los esfuerzos para el no contagio, los esfuerzos preventivos debían ser la solución.²⁴

Brasil, contrariando esta propuesta, decidió ofrecer tratamiento universal y gratuito a todas las personas que lo necesitaban y mostró, con el tiempo, que no solamente los esfuerzos preventivos se favorecen con el tratamiento, sino que ofrecer procedimientos adecuados hace que las personas sufran de menos enfermedades y menos complicaciones y, por tanto, los sistemas de salud pueden ahorrar costos²⁵.

Mientras la OMS estimaba que Brasil iba a tener 1,2 millones de personas infectadas en el cambio de siglo, a finales de 2001 Brasil, integrando prevención con tratamiento, sólo contaba con 600.000 brasileños infectados, mostrando una reducción del 50% en las estimaciones previstas y un control efectivo de la epidemia.

Con versiones genéricas de las medicinas (por tanto más baratas) y un acceso universal y gratuito a las mismas el ahorro vino por disminuir el número de hospitalizaciones y tratamientos más complejos.²⁵

Un enfoque similar podría aplicarse en la odontología y deslegitimar dos tabúes afianzados en la práctica de la profesión y en las políticas públicas. Los tratamientos odontológicos no deben ser vistos como costosos y la prevención debe siempre ir ligada al tratamiento. Si todas las personas tuviesen acceso a medidas preventivas y a tratamientos adecuados y oportunos, se disminuiría la presencia de enfermedades orales, se evitaría su avance y la aparición de complicaciones más graves y debilitantes, y se disminuiría la necesidad de tratamientos más costosos. Esto es mucho más relevante para el caso de la salud oral, no sólo porque las enfermedades orales más comunes son previsibles, sino porque tratamientos oportunos son mucho más fáciles, controlan y eliminan la enfermedad y evitan complicaciones más graves y tratamientos más complejos.²⁶

EJEMPLOS DE CASOS

Parece evidente que una persona que vive en un medio determinado, urbano o rural pero marginal, con un estatus social bajo, bajo poder adquisitivo y educativo va a presentar unos índices de salud bajos y por el contrario, el ciudadano que vive en medio urbano, universitario y con poder adquisitivo medio-alto, presenta los mejores índices de salud bucodental. Junto a estos dos factores fundamentales, educativo y estatus social, influyen otros como son la pertenencia a etnias sin inserción social satisfactoria, hábitos culturales, población emigrante... que aumentan estas desigualdades en salud.

SUECIA, EL MILAGRO ESCANDINAVO

En los países escandinavos, paradigma del estado del bienestar y la igualdad social, con su larga tradición de programas odontológicos escolares y comunitarios también presentan diferencias en función del origen social. Estas diferencias, son menores que en el resto del mundo. Analizamos a continuación el modelo sueco de atención.

La salud oral de los niños suecos.

Los estudios suecos han demostrado que la aparición de la caries entre los niños de la edad preescolar se ha disminuido en menos de la mitad durante los últimos 20-30 años. Sin embargo, a pesar del hecho de mejorar la salud oral no se sumó a este hecho la disminución de prevalencia de la caries en ciertas partes de Suecia, incluso algunos indicadores muestran que se ha aumentado.

Numerosos estudios suecos han revelado que los niños con ascendencias de fuera del país escandinavo corren un riesgo para desarrollar caries dental mayor que otros niños, sobre todo en las edades de 1-3 años.²⁶

Una relación entre la caries de primera infancia y ascendencia de país no escandinavo fue encontrada en un estudio de Bankel así como entre la caries y otro número de factores como presencia de streptococos mutans y la placa visible, comida nocturna, frecuente consumo de azúcar, el empleo de la madre y el nivel educativo. En estudios de Wennhall, realizados en las áreas de bajo nivel socioeconómico con el dominio de la población no europea, la alta prevalencia de caries fue significativamente asociada con alimentación poco frecuente, gingivitis, presencia de la placa visible y nivel de condición médica bajo. Además, es significativa la diferencia entre el número de niños sin suplementos de flúor ni pasta dental con fluoruro quienes han tenido más problemas de caries que aquellos que tienen consumo de flúor diario.²⁷

Se ha demostrado que la enfermedad periodontal es más común en ciertos grupos de niños y adolescentes inmigrantes. Matsson encontró que el 28% de niños vietnamitas de 4-11 años, comparados con el 5% de niños suecos han tenido pérdida de masa ósea en sus dientes de leche. Con eso Dahlöf mostró que adolescentes inmigrantes con diferentes ascendencias étnicas exhibieron una mayor prevalencia de enfermedad periodontal en comparación con los suecos, además los niños con la ascendencia no escandinava tienen a su vez mayores necesidades de tratamiento ortodóncico.²⁶

En estudios recientes se ha concluido que niños inmigrantes en las sociedades occidentales requieren diferentes medidas de información para fomentar los hábitos relacionados con higiene oral y cuidado dental y el estímulo para ejercitar el control sobre los factores que ponen el riesgo la salud oral. Es obvio que en los países bien desarrollados como Suecia hay grupos de niños en necesidad de una intervención anticipada para prevenir las enfermedades orales. Niños con ascendentes inmigrantes y niños que viven en las comunidades socialmente desfavorecidas necesitan atención especial y los medios preventivos adaptados para los niños y familias con ascendencia multicultural.²⁸

El Sistema Sueco de la Salud Dental - estrategias preventivas

En Suecia, el cuidado dental de los niños fue tradicionalmente un asunto público. El Servicio Odontológico Público (PDS) fue establecido en 1938 con la iniciativa de establecer un sistema de cuidado oral sistemático para niños escolares. Posteriormente el PDS se ocupó de cuidado dental de adultos incluyendo tratamientos especiales. Desde 1974 el PDS se ha hecho cargo en proporcionar un tratamiento dental individual gratuito para los niños de edades de 0 a 19 años.²⁶

Debido a la alta prevalencia de la caries, en 1960 el PDS elabora su estrategia preventiva, previamente introduciendo enjuagues bucales de flúor en las escuelas, enseñando a los niños a cepillarse los dientes con la pasta de flúor y dietas especializadas en reducción de consumo de azúcar. El propósito de dicha estrategia era extenderse entre todos los niños de la población. Casi al mismo tiempo fueron introducidos los programas para los padres de niños pequeños, ofreciendo a ellos la información acerca de la salud dental en el Centro de Salud Infantil (CHC). Durante los años 80, cuando se ha visto una mejora significativa en la salud de los niños, el enfoque de prevención de alto riesgo fue instituido. Eso se ha debido a las necesidades preventivas individuales con el objetivo de que los niños identifiquen cuando tienen el riesgo de aparición de enfermedad. La estrategia "de alto riesgo" ha reemplazado a la estrategia anterior para una mayor efectividad.²⁶

ESPAÑA

La realidad en España, refleja lo expuesto en párrafos anteriores. Una práctica cuasiprivada en su totalidad hasta el año 1980. Un intento de socialización que podemos considerar tangible y de disminución de las diferencias sociales lo constituyen la puesta en marcha de diferentes programas comunitarios infantiles tipo PADI.⁹

Tradicionalmente España ha carecido de esfuerzos estructurados para universalizar la atención odontológica. A lo largo de los últimos ciento treinta años, periodo que coincide con la consolidación como profesión y como entidad universitaria de la odontología, tan solo asistimos a intentos puntuales y voluntariosos como son las publicaciones y proyectos de Tirso Pérez, Pérez Cano o Domínguez Villagrás.

También hay que mencionar los avances legislativos como la creación de los inspectores y subinspectores de odontología escolar en la primera década del siglo XX. Iniciativas loables y adelantadas a su época, que dentro de la inveterada tradición hispana, tuvieron poco o casi-nulo desarrollo.⁷

El que podríamos denominar “periodo estomatológico” (1948-1986) no supuso avance alguno en la odontología comunitaria nacional. La oferta pública se reduce durante esta etapa a tratamientos extraccionistas a demanda y resulta evidente que se perpetúe este modelo “mutilador” y paliativo hasta bien avanzada la década de los ochenta del pasado siglo.

El mencionado desencuentro entre la odontología y la inmensa mayoría del pueblo español conllevó la falta de cultura odontológica, la baja utilización de los servicios dentales, privados y públicos, e incluso la minusvaloración de la sociedad, expresada en aquella desafortunada definición de “... pocos caros y malos” por un ministro de Sanidad de la época.⁷

Los últimos años del siglo XX constituyen un punto de inflexión crucial en el desarrollo de la salud pública oral en España. Asistimos a un triple cambio legislativo, formativo y preventivo-asistencial. La ley 10/1986 se promulga para reactivar la licenciatura de odontología y tiene una base conceptual eminentemente comunitaria tal y como señala su preámbulo justificativo. La creación de la profesión de Higienista Dental con el mismo marco legislativo también se justifica por su realidad social. A partir del año 1980 se multiplica la oferta de Escuelas de Estomatología, pasando de dos (una en Barcelona y otra en Madrid) a nueve (a estas dos anteriores sumamos las de Sevilla, Oviedo, Santiago de Compostela, Valencia, Granada, Bilbao y Murcia.)

Al mismo tiempo asistimos a avances en el área de la odontología comunitaria en Cataluña, País Vasco y Andalucía.

En este momento histórico es importante refrendar la participación activa de la comunidad como elemento favorecedor de los cambios acaecidos. Sin la percepción gubernamental de la demanda social no satisfecha (véase el modelo vasco) o sin cambios legislativos de ámbito nacional o autonómico, el desarrollo de la odontología comunitaria pudiera haber sido otro y quizás hubiese tenido un transcurrir aún más tibio.

La implicación de la profesión ha sido dispar. En contraposición con actitudes positivas y solidarias de grupos de expertos o precursores ha habido y sigue habiendo corrientes desagraciadamente demasiado numerosas que perciben estas iniciativas como claras amenazas para su “status” profesional con una visión miope, egoísta e insolidaria de lo que debe ser el objetivo principal del ejercicio odontológico, la mejora y mantenimiento de la salud oral de la población. Posiblemente una visión excluyente y exclusiva de la práctica dental como un ejercicio privado, asistencialista y reparador provoca estas actitudes. La limitación curricular de la formación universitaria en odontología preventiva y comunitaria es evidente que puede cronificar estos posicionamientos.⁹

Analizando lo expuesto en páginas anteriores podemos concluir que ha existido un esfuerzo generalizado por ofrecer una cobertura preventivo-asistencial a la comunidad priorizando en la infancia en la inmensa mayoría de los programas. Estos programas son en un alto porcentaje programas de capitación, con diversas variaciones sobre el pionero modelo PADI. Existe evidencia epidemiológica de las mejoras generalizadas en el CAOD (12 años) de las distintas Comunidades Autónomas, situándose España en una afortunada realidad de prevalencia de caries a los 12 años, baja o muy baja. La patología cariosa se encuentra concentrada en grupos de riesgo reducidos que pueden encuadrarse entre los denominados como desfavorecidos sociales. El hecho autonómico por otro lado coetáneo de los programas comunitarios orales es evidente que ha tenido y tiene una influencia clara en el tema que nos ocupa, aportándole luces y sombras.⁷

Los primeros avances y su consolidación como programas nacen en contextos autonómicos muy definidos (véase casos cántabro o vasco).

El hecho de haber alcanzado unos índices de caries bajos o muy bajos en España, es un signo de igualdad, y que aparentemente la enfermedad afecta de forma atenuada a la totalidad de la población infantil. Esto no es así ya que pequeños porcentajes de esta población, correspondientes a las capas más marginales de la sociedad, acumulan un elevado porcentaje de la patología. En definitiva, grandes bolsas de enfermedad se concentran entre los excluidos sociales, viniendo a cronificar su estatus de marginalidad y desesperanza. Patrones similares se dan en situaciones simétricas en el resto del mundo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romero M, González J, Castaño A. "Historia de la Odontología" en Castaño A, Doldán J. "Manual de Introducción a la Odontología." Madrid. Ed RIPANO, 2005.
2. Lerman S. Historia de la Odontología. Ed. Mundi. Buenos Aires. 1974.
3. Hoffman W. History of Dentistry. Quintessence publishing Co. Inc. Chicago. 1981.
4. Cuenca E. Las desigualdades den la salud oral. 263-274 en Cuenca E, Baca P. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios métodos y aplicaciones. 3ª edición. Barcelona. Ed. Elsevier. España SL 2005.
5. Ribas D, Castaño A. "Desigualdades en salud oral." En Castaño A, Ribas D. "Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social.Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.
6. Coscolín Fuertes E, Llodra Calvo JC, Bravo Pérez M, et al. Libro blanco. Encuesta poblacional: la salud bucodental en España 2010. Barcelona: Lácer,S.A., 2010.
7. Ribas D, Castaño A, González Sanz A. 20 años de salud pública oral en España. Madrid. Fundación Dental Española, 2001.
8. Peiró R, Álvarez-Dardet C, Plasencia A, Borrell C, Colomer C, Moya C, et al. Rapid apraisal methodology for «health for all» policy formulation analysis. Health Policy. 2002;62:309- 28
9. Ribas Pérez, D. Programas de Odontología Comunitaria en España. El Programa Andaluz y su Percepción por los Profesionales. Tesis Doctoral Universidad de Sevilla. Noviembre 2008.
10. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003. Geneva: WHO: 2003.
11. Carlson P. Tendencias epidemiológicas mundiales de la caries. En Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.
12. Gilbert G, Duncan R, Shelton B. Social determinants of tooth loss. Health Serv Res 2003; 38(6): 1843-1862.
13. Abadia Barrero, César Ernesto. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. Acta bioeth. [online]. 2006, vol.12, n.1 pp. 9-22.
14. Poulton R, Caspi A, Mine B, et al. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life course study. The Lancet 2002; 360: 1640-1645.
15. Galán L, Doldán J, Castaño A. Desigualdades sociales y salud. Salud bucodental y nivel socioeconómico. 21-38 en Castaño A, Doldán J. Lecciones de odontología Social. Ed Abrelabios Montevideo (Uruguay) 2006.
16. Swann B, Nalliah R, Obadan E. Programas de Odontología Social de la Universidad de Harvard (EEUU). En Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social.Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.
17. Muñoz C, Fabiano J. Asistencia y apoyo comunitario en Búfalo (EEUU.) En Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social.Un deber, una necesidad, un reto.

Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.

18. Castro A, Szwarc E. Higienistas dentales. En en Castaño A, Doldán J. "Manual de Introducción a la Odontología." Madrid. Ed RIPANO, 2005.

19. Ley 10/1986.

20. Real Decreto 1595/1994.

21. Castaño Seiquer A. y Fernández Ollero A. Higienistas Dentales: su realidad profesional en España. Rev. Dental Economics. 1997; 3(6): 34-37.

22. OPS. El Progreso en la Salud de la Población. Informe Anual del Director. Washington: OPS; 2000.

23. Petersen PE, Lennon M. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2004; 32: 319-321.

24. Abadia Barrero, César Ernesto. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. Acta bioeth.[online]. 2006, vol.12, n.1 pp. 9-22.

25. Reardon C. AIDS: How Brazil Turned the Tide. Can others emulate its success? Ford Foundation Report 2002; 33(3): 8-13.

26. Wennhall I, El Proyecto Rosengard. Prevención para escolares con carencias sociales. En Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.

27. Wennhall I, Matsson L, Schröder U, Twetman S. Caries prevalence in 3-year-old children living in a low socio-economic multicultural urban area in southern Sweden. Swed Dent J. 2002;26(4):167-72.

28. Sisson KL. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. Community Dent Oral Epidemiol. 2007 Apr;35(2):81-8. Review.



La Junta de Gobierno del COEM, desde la asunción de la responsabilidad que tiene como institución en la mejora de la salud buco-dental de todos los habitantes de la Comunidad de Madrid, constituye en abril de 2012 la Fundación COEM para desarrollar una estrategia de largo recorrido en este sentido. Pretende además que la Fundación COEM sea un espacio de encuentro y participación de todos los sectores de la profesión odontológica, necesariamente implicados y corresponsables de la salud buco-dental.

La Comisión de Compromiso Social del COEM surge como iniciativa de un grupo de colegiados que nos dedicamos a la cooperación al desarrollo y que creemos que el colegio debe asumir un compromiso con la sociedad.

Es a partir de 2011 cuando, por iniciativa de la nueva Junta de Gobierno, se decide incluir dentro la organización del COEM esta nueva Comisión de Compromiso Social para aunar y gestionar todas estas iniciativas e ir más allá en el compromiso solidario.

FINES de la FUNDACIÓN COEM

1 - Promoción de la salud buco-dental de la población.

2 - Fomentar, desarrollar y seguir las iniciativas encaminadas a la consecución de un óptimo nivel asistencial y sanitario de todos los sectores de la población.

3 - Promocionar el nivel científico de los profesionales odonto-estomatólogos mediante el fomento, organización, desarrollo y patrocinio de actividades formativas para dichos profesionales.

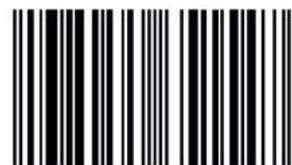
4 - Desarrollo de programas de Odontología Social para los diversos sectores de la población, con especial atención a grupos de población determinados efectuando una función social solidaria a este respecto.

5 - Fomentar la investigación en todas las áreas de la Odontología y Estomatología, mediante la concesión de premios o becas.

Los fines de interés de esta comisión están relacionados con la promoción de la salud oral, con la cooperación al desarrollo, la promoción del voluntariado y la acción social, facilitando la cooperación en el ámbito de la salud bucodental con especial énfasis en los aspectos de formación, transferencia de conocimientos y ayuda técnica con otras agrupaciones con el propósito de mejorar las condiciones de salud de los más desprotegidos y por tanto su calidad de vida.

Buscamos la estabilización y consolidación de programas de odontología comunitaria para permitir una transformación permanente de la situación de la salud oral de las distintas comunidades.

Trabajamos en la defensa del derecho a la salud bucodental de todos, tratando de conseguir un mundo mejor, más equitativo y con menos desigualdades. Es necesario dar a conocer, hacer entender y comprender la realidad de los más necesitados, sensibilizando de esta manera a los profesionales de la salud bucal y a la sociedad en general.



ISBN: 978-84-939003-2-8



Descárgate la versión Online
con este código BIDI

