

**ORGANIZACIÓN COLEGIAL
DE LA ODONTOLOGÍA Y LA ESTOMATOLOGÍA ESPAÑOLAS**

DECLARACIÓN

**POSICIÓN OFICIAL DEL CONSEJO GENERAL SOBRE EL PLAN DE SALUD
BUCODENTAL DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**

A propuesta del Comité ejecutivo, y del Consejo Interautonómico, la Asamblea General del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, en la primera sesión de su reunión de 14 y 15 de diciembre, ha aprobado por unanimidad la siguiente Declaración, que se adopta como acuerdo AA32/2007:

Madrid, a 15 de diciembre de 2007.

Doy fe. [El Secretario General]: Francisco Rodríguez Lozano

**Declaración de Posición oficial del Consejo General sobre el Plan de Salud
Bucodental del Ministerio de Sanidad y Consumo**

1. Los dentistas estamos absolutamente a favor de la inclusión de prestaciones odontológicas por parte del sistema público. Como facultativos sanitarios que somos, afirmamos que es bueno y deseable que el Sistema Nacional de Sanidad NO siga marginando a la Odontología, históricamente relegada de la sanidad pública.
2. Desde el Consejo General hemos instado al Ministerio de Sanidad, con reiteración, la inclusión de prestaciones odontológicas financiadas con dinero público, y hemos ofrecido asesoramiento técnico (no político) sobre las prioridades epidemiológicas y criterios de costo-beneficio y de eficiencia, para su implementación. Estas prestaciones que desde hace años venimos sugiriendo, aparte de las infantiles, cubren:
 - (i) A los discapacitados (especialmente, los psíquicos), no sólo porque tienen más patología debido a sus deficiencias psicomotoras, sino, sobre todo, porque algunos necesitan ser atendidos bajo sedación o anestesia general, lo que requiere instalaciones especiales y aumenta considerablemente los costes.
 - (ii) A los pacientes con enfermedades sistémicas (no odontológicas) de grave repercusión dental, como el Síndrome de Sjögren (en la que los pacientes no descuidados con su higiene oral requieren continuas obturaciones de sus caries, desencadenadas por la deficiencia de saliva).
 - (iii) A lo ancianos en situaciones económicas difíciles, pues es una injusticia social que muchos de ellos, al disfrutar solamente de pensiones no contributivas y pese a haber también contribuido a forjar el estado de bienestar, no puedan sufragar

los costes de unas prótesis adecuadas, lo que, por mala masticación, provoca una adaptación inadecuada de su dieta y un incremento de obesidad (distrofia farinácea), diabetes mellitus e hiperlipemias, aparte de los consabidos problemas digestivos, y alteraciones psico-sociales (pérdida de la autoestima, dificultad para las relaciones interpersonales y depresión).

3. Sería deseable un catálogo completo de prestaciones odontológicas públicas, aunque sabemos que por el momento no es posible por limitaciones financieras. Sin embargo, la causa de esta imposibilidad presupuestaria no es la carestía de los dentistas, sino la falta de cuidado personal de la boca y la escasa cultura preventiva de la ciudadanía española. La Odontología no es más cara que el resto de la Medicina, sino, muy por el contrario, más barata que la mayor parte de las especialidades médicas. El problema es que hay mucha patología abandonada a su suerte y en estado avanzado, que es la costosa y de peor pronóstico.

4. Es posible poder llegar a financiar con dinero público las necesidades odontológicas de los españoles dentro de algunas décadas, si se empieza a aplicar una política de prevención y asistencia precoz en niños y se les va siguiendo a lo largo de la vida. El procedimiento consiste en incorporar cada año una cohorte de niños de una determinada edad y continuar con las cohortes incluidas en años anteriores. En cincuenta y cinco o sesenta años podríamos estar atendiendo con un coste mínimo a toda la población. Cualquier otra fórmula es, a nuestro juicio, inviable económicamente, salvo con una inyección ilimitada de recursos, o si nos ceñimos a medidas paliativas.

5. En cuanto a las prestaciones del plan presentado por el Ministerio de Sanidad, estamos señalando lo siguiente:
 - (i) Que hacía falta y estábamos pidiendo al Ministerio que se especificaran las prestaciones a que los españoles de 7 a 15 años y las embarazadas ya tenían derecho reconocido, pero no concretado, de lo que se estaban derivando desigualdades autonómicas.

 - (ii) Que la mayor parte de las CCAA ya estaban dando la mencionada atención obligatoria, si bien con criterios dispares.

 - (iii) Que la prestaciones propuestas por el Ministerio (revisiones, enseñanza de técnicas de higiene y prevención, fluoruración tópica, sellados de fisuras, obturaciones de dientes definitivos, endodoncias necesarias a criterio del facultativo y extracciones de dientes primarios y secundarios que fueran necesarias a juicio del dentista) ya están siendo proporcionadas total o parcialmente por CCAA que tienen un plan de salud bucodental.

 - (iv) Que hace falta concretar los protocolos por los que se regirán algunas de dichas prestaciones, fundamentalmente los sellados de fisuras, ya que no es lo mismo realizarlas en todos los dientes posteriores secundarios, en los anatómicamente fisurados o sólo en los pacientes de alto riesgo o susceptibilidad a la caries (p.ej., niños con más de dos caries en dientes primarios o con alguna caries en dientes secundarios).

- (v) Que opinamos que no es eficiente la inclusión de las endodoncias por caries (aunque la mayoría de las CCAA con planes de atención bucodental las incluyen), ya que una endodoncia más la restauración coronaria cuestan (en tiempo y en materiales) unas cuatro o cinco veces más que la obturación que las habrían prevenido algunos meses antes, y no parece eficiente un sobrecoste innecesario causado por indolencia o irresponsabilidad. El Ministerio arguye que no desea que resulten penalizados niños inocentes y no culpables de la irresponsabilidad de sus padres, y entendemos su planteamiento, pero el mismo argumento podrían amparar la colocación de implantes en los niños cuyos padres tampoco los llevaran a hacer endodoncias y al final acabarían requiriendo extracciones y causarían edentulismo, lo que es inviable. No obstante, es a los responsables de la Administración, a quienes les compete la toma de decisión final.
- (vi) Que no es acertada la incorporación de más de una cohorte de edad por año, pues haría que se incorporaran niños de edad próxima a la finalización de las prestaciones cargados de patología, resultante de no haber sido tratados a tiempo. Esta política trae un sobrecoste, de tiempo y dinero, que se debe considerar presupuestariamente, tanto si la provisión se hace en instituciones públicas o mediante un plan capitativo con dentistas privados.
- (vii) Que se debe prever un procedimiento para garantizar que los niños acudan regularmente, o bien financiar los sobrecostes derivados de los retrasos. En este sentido sería recomendable que se considerara presupuestariamente el total de niños, y no sólo los que acuden a recibir habitualmente las prestaciones, pues los que asisten ocasionalmente arrastrarán patología cuya restauración correspondería a la financiación no utilizada en ejercicios anteriores. Dado que no se pueden transferir créditos entre ejercicios, al menos interesaría considerar que algunos niños tienen un coste mayor, que puede enjugarse aplicando las cuantías de los niños que no han hecho uso de las prestaciones durante ese ejercicio. Es decir, hay que prever los sobrecostes que se producen si se admite la incorporación de niños a cualquier edad.
- (viii) Sin concretar estos extremos, no es posible juzgar si la previsión económica del Ministerio de Sanidad (unos 45 euros anuales por niño) es suficiente o no. Esa cifra constituye aproximadamente una media ponderada, pero es inferior a la mediana de los modelos capitativos y podría no sobrepasar el primer cuartil (entre el 25% de los precios más bajos) si se consideran las provisiones públicas, ya que en general resultan mucho más costosas que la privadas.
- (ix) Cada CCAA, en virtud del principio de subsidiaridad, decidirá libremente si utiliza una provisión pública propia (en sus propios centros de salud o unidades de salud bucodental), una provisión privada capiativa, o una provisión mixta (pública y privada), y en estos dos últimos casos, cuál será el pago. Confiamos en que se produzcan negociaciones constructivas y técnicamente rigurosas.
- (x) Nuestro deseo es que se produzcan futuras ampliaciones de cohortes: hasta los 18 años (como en Navarra), que permiten llevar a los adolescentes a la mayoría de

edad en salud y educación sanitaria, y desde los 2 años (para incluir los dientes primarios y prevenir patología maloclusal y en la dentición secundaria). Las Administraciones sanitarias, tanto central como autonómicas, pueden contar con la colaboración de los estamentos correspondientes de nuestra organización colegial para proveer la mejor prestación posible de la manera más eficiente con los recursos que se dediquen a este ámbito de la salud.

6. Nos parece una mala noticia el recorte presupuestario a las previsiones del plan. Si bien creemos que es mejor que su total implementación sea más lenta que la inicialmente prevista (lo ideal sería en 9 años, que es el tiempo que transcurrirá hasta que los niños que actualmente tienen 7 años lleguen a los 15), no es bueno ni esperanzador el argumento de que ya prevén un nivel de participación inferior al 100%, por las razones que hemos apuntado.