

## ARTÍCULO ESPECIAL

# El Plan de Asistencia Dental Infantil (PADI) en la Comunidad Autónoma de Andalucía

Muñoz Martínez R<sup>1</sup>, Zapata González G<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Doctor en Odontología por la Universidad de Granada; <sup>2</sup> Médico Odontólogo. Vocal para asuntos del PADI de la AGEOE.

### Introducción

El Plan de Asistencia Dental Infantil en la Comunidad Autónoma de Andalucía comenzó en el año 2002, y tiene como fin reducir la patología oral en la población infantil. Este tipo de planes que establecen una asistencia mixta (pública y privada) ya han demostrado su eficacia en otras Comunidades Autónomas, sin embargo, la mala planificación, y la escasa asistencia de los niños a su dentista de cabecera hacen que el buen desarrollo del plan haya quedado en entredicho.

### <ladillo>Concepto

El PADIA (Plan de Asistencia Dental Infantil en la Comunidad Autónoma de Andalucía) comenzó mediante el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre (BOJA número 150, de 31 de diciembre de 2001)<sup>1</sup>, y por el cual se garantiza una asistencia dental básica y algunos tratamientos especiales a todos los niños de 6 a 15 años protegidos por el Sistema Sanitario Público de Andalucía residentes en la Comunidad Autónoma Andaluza. La implantación del plan es progresiva, de modo que en el primer año se atendería a los niños de 6 años, al año siguiente a los de 6 y 7, y así sucesivamente hasta abarcar a toda la población de Andalucía comprendida en ese intervalo de edad. La prestación de la asistencia dental básica y los tratamientos especiales que se garantizan en el presente Decreto, comenzó con los niños nacidos en los años 1995 y 1996. Posteriormente se incluyó, de forma inexplicable, a los nacidos en 1994 que cumplían 9 años el año de su inclusión<sup>3</sup> (es como si incluyéramos en un programa de prevención de la osteoporosis postmenopáusica a mujeres de 70 años). Cuan-

do el plan llegue a su desarrollo total, esta población se estima en unos 800.000 niños en toda Andalucía.

Según reconoce el decreto en su artículo 5, los niños andaluces dispondrán de un dentista de cabecera que será el responsable de su salud bucodental y dejará constancia de la asistencia practicada y de cuantas otras incidencias se hayan presentado en el historial. La Consejería de Salud dispondrá de dentistas públicos y privados, según las necesidades, para la realización de las prestaciones reconocidas.

La asistencia dental básica para los niños comprenderá una revisión anual, sellado de fisuras o fosas en dentición permanente si estuviese indicado, obturaciones cuando se detecte caries en una pieza permanente, exodoncias, endodoncias en piezas permanentes, asistencia dental de situaciones de urgencia, tartrectomías y tratamientos especiales.

Quedan excluidos los tratamientos por traumatismo del grupo incisivo canino cuando exista un tercero obligado a responder de dicho tratamiento, los tratamientos de ortodoncia que no estén contemplados en este Decreto y los tratamientos conservadores en dentición temporal.

### Acceso al PADIA: el TADA

La relación entre el niño y su dentista de cabecera tiene como elemento de referencia el talón de asistencia dental anual (TADA), documento que la Consejería de Salud de Andalucía remite a todos los menores incluidos en esta prestación, junto con una publicación explicativa y un directorio de dentistas de cabecera de la provincia donde resida el beneficiario. Los padres, tutores o responsables de las personas afectadas por este Decreto, pueden elegir anualmente, a un dentista de cabecera entre cualquiera de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, o entre aquellos otros dentistas privados que a tal efecto fueron habilitados. Tras la primera asistencia

Correspondencia: Ricardo Muñoz Martínez. Plaza de los Lobos n.º 9 Bajo. 18002. Granada. Correo electrónico: rmunozj@infomed.es. Teléfono: 958 275 073.

Recibido el 23-09-2004; aceptado para publicación el 06-10-2004.

Medicina de Familia (And) 2004; 5; 156-158

a la consulta del dentista elegido y la correspondiente consignación de los datos en el TADA, el menor puede acudir cuantas veces lo necesite para recibir la asistencia dental básica y los tratamientos especiales contemplados en dicho Decreto.

La asistencia dental a personas con discapacidad psíquica o física que tengan incidencia en la extensión, gravedad o dificultad de su patología oral o su tratamiento, los casos de maloclusión severa en pacientes intervenidos de fisura palatina, labio leporino y malformaciones esqueléticas, son atendidos por el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

### La realidad del PADIA

Para el diseño del plan la Consejería no realizó ningún estudio epidemiológico específico, ni tuvo en cuenta en absoluto la opinión de los odontólogos ni a título individual ni de ninguno de sus órganos representativos como pueden ser los colegios profesionales, sociedades científicas, asociaciones, etc. Tan solo encargó un informe, del cuál nos consta que tampoco hizo mucho caso, al Consejo Asesor de Salud Bucodental de Andalucía creado por Decreto 15/01 de 23 de enero como órgano de asesoramiento<sup>4</sup>. Se desconocen los criterios de selección que se siguieron para incluir a los candidatos a formar parte de dicho Consejo, pero el hecho es que ni las Universidades ni los Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos fueron invitados para proponerlos.

El Pleno del Consejo Andaluz de Colegios, celebrado el 5 de abril de 2002, adoptó importantes acuerdos por mayoría en relación al PADIA, entre ellos, que los Presidentes de los Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos no estaban en contra del Plan, pero que no se compartía el modo en que se había desarrollado el proceso previo a su establecimiento ni determinadas normativas que emanaban del Decreto y de las Ordenes tanto en la regulación técnica como en la económica. Se entendió que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía prescindía del diálogo con los Colegios. De hecho, posteriormente se supo, por documentos facilitados por miembros del Consejo Asesor, que distintas alegaciones que ellos mismos hicieron tampoco fueron atendidas<sup>5</sup>.

Por otro lado, el modelo captativo, ya aplicado en otras Comunidades como País Vasco, Navarra, Cantabria o Murcia, puede que no fuera el más adecuado para implantar en Andalucía, debido a su enorme extensión, la dispersión de sus poblaciones y la concentración de profesionales en determinadas áreas, lo que no permite la igualdad de oportunidades para los beneficiarios. La libertad de elección quedaba en entredicho, ya que sólo se podría elegir entre aquellos profesionales que se habilitasen<sup>5</sup>.

La retribución de la asistencia dental básica para los odontólogos privados habilitados para el plan se cubre por capitación a razón de 30,65 € (33,70 a partir de 2003) por niño al año. Para el Consejo Andaluz de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos, y por supuesto, para los dentistas adscritos al plan, las tarifas son excesivamente bajas y difícilmente permiten una buena y correcta asistencia dental a la población, con este modelo, no se tiene en cuenta ni el número de visitas, ni el número de tratamientos, ni el tipo de tratamientos, ni los materiales necesarios en cada tratamiento, ni se valora el tiempo de dedicación, ni la burocracia excesiva que se ordena. Todas estas variables hacen que, tal y como se plantea, el sistema sea inviable para los Odontólogos a medio plazo cuando empiecen a manifestarse las patologías latentes en niños que no han acudido desde el primer año a las consultas, como está ocurriendo con la mayoría.

Si la Administración Andaluza no asume una asistencia en el sistema público por falta de medios, tanto materiales como de recursos humanos, y establece una asistencia mixta (pública y privada) debe negociar con los interlocutores del sector privado y no apoyarse en las prebendas que le otorga la ley como reguladores de un acto administrativo para imponer sus condiciones de manera unilateral. Nunca se ha cuestionado la legitimidad de la Consejería de Salud para promulgar el Decreto, pero, se entendió desde los Colegios que basarse en la legitimidad no era el mejor camino para tratar temas de salud<sup>5</sup>.

El PADIA se implantó sin que se ejecutara previamente una planificación efectiva, sin una prevención primaria y sin una educación sanitaria a nivel comunitario. Además, sabemos que la caries es una infección bacteriana y que en la cavidad bucal no pueden convivir dientes sanos permanentes con piezas dentarias cariadas aunque éstas sean temporales, sin embargo, el plan excluye expresamente los tratamientos en dentición temporal. La asistencia dental debiera ser integral para los individuos de entre 6 y 15 años elegidos para el plan, ya que en este intervalo de edad, el niño utilizará para la alimentación los dientes temporales, al menos durante las dos terceras partes de ese intervalo de tiempo.

Según los datos de la propia administración, durante el primer año (2002) solamente acudieron a su dentista de cabecera entre el 8-10% de los niños que tenían derecho a la asistencia, el segundo (2003) el 35% y los datos que se manejan en 2004 son muy similares. La poca aceptación del PADIA se debe a la precipitación con la que se puso en marcha el Plan y a los pocos recursos que se emplearon para conseguir concienciar a los padres para que los niños acudan a las consultas desde el primer año, aunque, a su juicio, no tengan patología<sup>6</sup>. Al tratarse de

un plan interceptivo-preventivo el concepto mismo implica que los niños gocen de una asistencia continuada desde el momento en que los primeros molares definitivos erupcionan, para que su dentista de cabecera pueda tratar de impedir por los medios preventivos a su alcance que estos niños desarrollen caries, y, si en algún caso apareciese, que este proceso fuese detenido lo antes posible. No tiene sentido un plan en el que los niños no acudan a su dentista de cabecera durante todo el intervalo de tiempo que el plan los ampara, y que, justo antes de cumplir 15 años, y dejar de estar amparados por el plan, acudan a su dentista de cabecera, que ya no va a poder mantener esa boca sana. El plan en vez de ser preventivo se convertiría en un plan restaurador de piezas cariadas. Además un porcentaje elevado de estos niños, presentarán una patología difícilmente asumible por cualquier profesional riguroso por la retribución concertada que actualmente es de 33,70 euros por niño al año.

Según una encuesta realizada recientemente en Navarra y País Vasco<sup>7</sup>, con cifras de asistencia cercanas al 65-70%:

La mayoría de los profesionales se encuentran satisfechos con el programa PADI, desean continuar en él y les parece una medida positiva para la prevención de la salud bucodental, así como para aumentar la educación sanitaria, pero no aprueban la cuantía de los honorarios y la escasa intervención de la Administración para que los padres acudan al menos una vez al año. Los mismos profesionales recomendarían a sus compañeros la implantación en sus comunidades, aunque incorporando cambios como una mejor remuneración, más prestaciones, mayor intervención de la Administración con los padres y mayor comunicación con los profesionales\*. Nos tememos que los resultados de una encuesta similar en Andalucía arrojarían opiniones mucho más negativas.

### Conclusiones

Los programas tipo PADIA ya han demostrado su eficacia en la reducción de la patología oral en la población infantil en otras Comunidades Autónomas.

El PADI en Andalucía, por ahora, se puede considerar un fracaso ya que no se están consiguiendo unas cifras aceptables de asistencia, los odontólogos participantes no están satisfechos y además la situación irá empeorando según acudan niños mayores por primera vez ya que lógicamente presentarán mucha mayor patología al no haber tenido acceso al programa de prevención desde el comienzo lo que obligará a tratamientos radicales con extracciones precoces y a que los odontólogos tengan que soportar una carga inasumible en tiempo y costes.

Desgraciadamente no somos muy optimistas con el futuro del plan salvo que se produzca un giro radical en la forma de llevarlo a cabo y que pasa inexcusablemente por tener en cuenta a los principales artífices, o sea, a los dentistas.

Los papeles del Médico de Familia y del Pediatra también son fundamentales, ya que estos compañeros pueden y deben ser otra de las piezas del engranaje que permitan concienciar a los padres para que envíen a los niños a su dentista de cabecera desde el primer momento al menos una vez al año.

### Bibliografía

1. Decreto 281/2001 de 26 de diciembre sobre el Plan de Asistencia Dental Infantil en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2001; 150: 20.885-86.
2. Orden de 19 de marzo de 2002 por la que se desarrolla el Decreto 281/2001 de 26 de diciembre por el que se regula la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y se establecen las condiciones esenciales de contratación de los servicios y se fijan sus tarifas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2002; 36: 4.639-41.
3. Orden de 26 de diciembre de 2002 por la que se establece para el año 2003 la población con derecho a la prestación asistencial dental que regula el Decreto 281/2001 de 26 de diciembre, y se fijan las tarifas aplicables a la contratación de servicios. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2003; 4: 308.
4. Decreto 15/2001 de 23 de enero por el que se crea el Consejo Asesor de Salud Bucodental de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2001; 19: 2.618-19.
5. Fernández A [editorial]. ¿Decretazo? Revista Odontológica Granadina 2002; 3: 4-5.
6. Zapata G. Reflexiones sobre el PADIA. Revista Odontológica Granadina 2003; 4: 20-23.
7. Cortés-Martínicorena FJ, Simón-Salazar F. El PADI a examen de sus profesionales. La opinión de los dentistas concertados del País Vasco y Navarra. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España 2004; 9: 289-296.

\* CIES. Estudio de satisfacción de los profesionales del País Vasco y Navarra con el PADI (Programa de Asistencia Dental Infantil). Informe al Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Pamplona 2003. Informe completo del estudio de satisfacción de los dentistas con el PADI.