

El Programa de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN). Resultados 2009-2012.

Javier Vázquez García- Machiñena⁽¹⁾, Gladys Gómez Santos⁽²⁾, Rosa Gloria Suárez López de Vergara⁽¹⁾, Rita Tristanchó Ajamil⁽³⁾

(1) Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud

(2) Centro de Salud Dr. Guigou. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife

(3) Jefa del Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud

Introducción

La salud oral infantil es un objetivo de primer orden en el contexto de las políticas de salud modernas. El enfoque preventivo y las actividades que se aplican desde los primeros años de vida son claves para el éxito de los programas de salud. La promoción de hábitos saludables, la prevención de las principales patologías orales y su detección precoz mediante revisiones de carácter anual, constituyen un conjunto de acciones de reconocida utilidad en la salud general de los individuos.

En la actualidad coexisten en el Estado tres modelos de provisión de servicios de salud bucodental para la población infantil, adolescente y juvenil (6 a 15 años). La financiación y ordenamiento de estas prestaciones (establecidas por el RD 63/1995), así como el modelo de provisión, dependen de cada Comunidad Autónoma y pueden desarrollarse, básicamente, mediante tres tipos de modelos:

1. Modelo público, a través de la red de Atención Primaria.
2. Modelo mixto, con concertación con el sector privado y pago por acto médico.
3. Modelo PADI (Programa de Atención Dental Infantil).

El Modelo público basa la atención en dentistas, odontólogos o estomatólogos, integrados en la red de Atención Primaria del servicio de salud de cada comunidad. Su forma de pago es a través de salario. Son comunidades con este modelo: Cataluña, Galicia, Valencia, Asturias, y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. La mayoría de ellas se rige por el RD

63/1995¹. Las prestaciones son muy variables y no están universalizadas para toda la población.

En el Modelo mixto los tratamientos básicos se prestan a través de la red pública (dentistas asalariados) y se derivan a la privada los llamados "tratamientos especiales". Para ello existe una red de clínicas privadas que han concertado sus servicios con el servicio de salud de su respectiva comunidad, para la prestación de estos tratamientos con pago por acto médico, a tarifa concertada. Las comunidades con este modelo son: Asturias, Castilla La Mancha, Castilla y León y Madrid. Esta última se ha incorporado recientemente a este modelo, siendo una compañía de seguros quien se encarga de los tratamientos especiales.

El Modelo PADI presenta como pilares básicos: financiación pública, provisión mixta (pública/privada), libre elección de profesional por el paciente y pago por capitación. Este sistema se introdujo en los años 90 en nuestro país. Las comunidades que han adoptado este modelo, tienen su propia legislación y cartera de servicios de forma muy detallada. Suele tener mayor peso la red privada concertada que la red pública. El pago al sector privado se realiza por capitación para la patología general y por acto médico, a tarifa concertada, para los denominados tratamientos especiales. Las comunidades con este modelo son: Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Extremadura, Murcia, Navarra y País Vasco.

Por último con un modelo singular actúa Cantabria que cuenta con dos unidades móviles que se desplazan a los centros escolares y derivan a los menores que precisan tratamiento a un centro hospitalario^{2,3}.

En nuestra Comunidad Autónoma, el Programa de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN) se puso en marcha en el año 2009. Su objetivo general es el de mejorar el nivel de salud oral de la población de entre 6 y 15 años a través de la realización de actividades preventivas, asistenciales y de educación sanitaria, aumentando la cartera de servicios y la mayor accesibilidad a los servicios sanitarios⁴.

Está destinado a la población infantil, que nacida a partir del 1 de enero de 2000, al cumplir los 6 años permanece en el Programa hasta que cumplen los 15 años, incorporándose una cohorte nueva cada año. En el año 2009 participaron en el Programa la población nacida en 2000, 2001, 2002 y 2003, incorporándose las cohortes sucesivas cada año, de modo que en el año 2013 se incorpora la de los nacidos en 2007.

Las actividades del PADICAN las realizan los profesionales de las Unidades de Salud Oral (USO) del Servicio Canario de la Salud (SCS) y aquellos dentistas del sector privado que se sumen al convenio anual firmado entre el SCS y los dos Colegios Oficiales de Dentistas de Canarias. El número de Unidades de Salud Oral de Atención Primaria que existen en la actualidad, que no han variado desde 2009 y la evolución de los profesionales participantes en las clínicas privadas en el periodo 2009-2012 se muestran en las Tablas 1 y 2.

El PADICAN, incorporó nuevas prestaciones a las ya existentes en la cartera básica del Sistema Nacional de Salud, dando lugar a la siguiente cartera:

1. Prestaciones básicas: revisión bucodental anual, aplicación tópica de flúor, selladores de fosas y fisuras, detección de maloclusiones, tartrectomías, obturación de todas las piezas dentales permanentes, radiografías periapicales y de aleta de mordida, exodoncias de dientes temporales y permanentes, exodoncias de dientes supernumerarios

erupcionados y urgencias dentales.

2. Prestaciones especiales: tratamientos pulpares de todos los dientes permanentes (apicoformaciones, endodoncias), reconstrucciones del sector anterior debidas a traumatismos o malformación, gran reconstrucción tras las endodoncias, muñón metálico colado en todos los dientes permanentes, perno prefabricado de cualquier diente, ferulización de dientes del grupo incisivo-canino, reimplante dentario, sutura de tejidos blandos y corona provisional de resina.

Las prestaciones básicas las llevan a cabo tanto las Unidades de Salud Oral de Atención Primaria como los dentistas privados que se adscriban al Programa, mientras que las prestaciones especiales sólo las realizan éstos últimos.

Unidades de Salud Oral (USO)	Nº de Unidades	Dentistas
El Hierro	1	1
Fuerteventura	4	2
Gran Canaria	20	24
La Gomera	1	1
La Palma	2	2
Lanzarote	1	3
Tenerife	17	19
Total	46	52

	2009	2010	2011	2012
El Hierro	1	0	0	1
Fuerteventura	3	4	7	4
Gran Canaria	34	54	45	50
La Gomera	0	0	1	1
La Palma	6	7	6	6
Lanzarote	4	6	10	11
Tenerife	106	111	112	115
Total	154	182	181	188

... Material y método

Para obtener los datos relativos a la evolución de prestaciones del PADICAN en el periodo 2009-2012 se han utilizado la plataforma informática SICH (Sistema de Información de Concertos Hospitalarios) y la aplicación informática OBI (Oracle Business Intelligence).

Debido a la fragmentación del territorio en siete áreas de salud, las peculiaridades del Convenio con los colegios de dentistas, la gran cantidad de profesionales participantes y la necesidad de simplificar los trámites, el SCS desarrolló un módulo de gestión del PADICAN que se añade a la plataforma informática SICH ya existente, para la gestión de todo el procedimiento.

Este módulo engloba un portal Web accesible desde Internet para cualquier dentista privado o público, que establece una conexión segura (HTPPS) y la autenticación mediante usuario y contraseña. Entre las diferentes funcionalidades que dispone el portal está permitir al facultativo realizar todo los procesos de gestión, registro y facturación en tiempo real. La información queda registrada en una base de datos central que es analizada por la Administración a través de la herramienta SICH para el seguimiento del programa, control de calidad y la toma de decisiones.

Los principales beneficios del sistema en la gestión de pacientes son: registro y validación de usuarios del PADICAN, tramitación en tiempo real, rapidez de respuesta, facturación de las prestaciones, verificación de resultados y control de calidad.

Desde el año 2011, el PADICAN utiliza la aplicación informática OBI como herramienta de explotación de datos obtenidos a través de SICH (altas, prestaciones, derivaciones, pruebas diagnósticas facturación, etc.).

OBI es, básicamente, un Almacén de Datos, una colección de datos orientada a un determinado ámbito (empresa, organización, etc.), integrado, no volátil y variable en el tiempo, que ayuda a la toma de decisiones en la entidad en la que se utiliza. En OBI se crean los llamados cuadros de mando, que es la forma de presentar

la información de forma organizada de manera global, de tal manera que agrupamos los datos que se quieran explotar más frecuentemente.

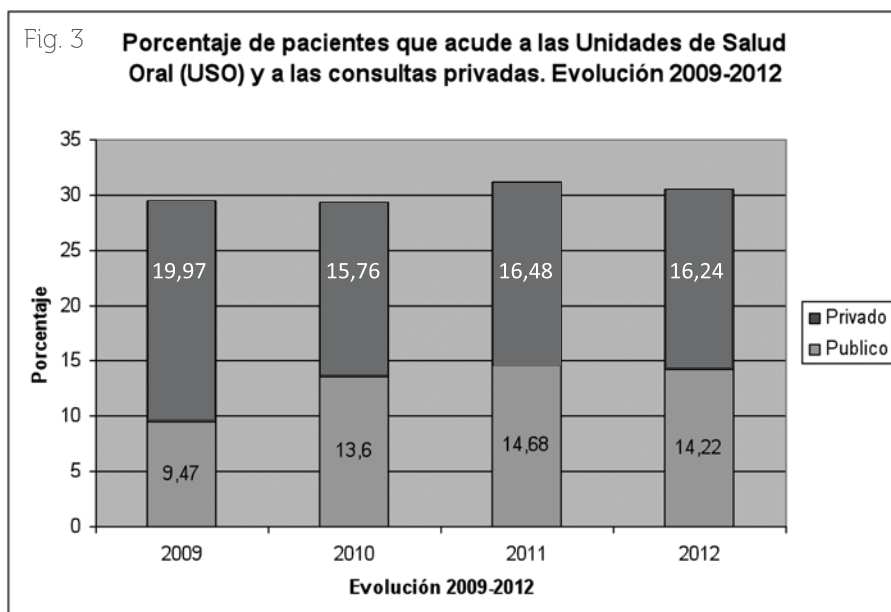
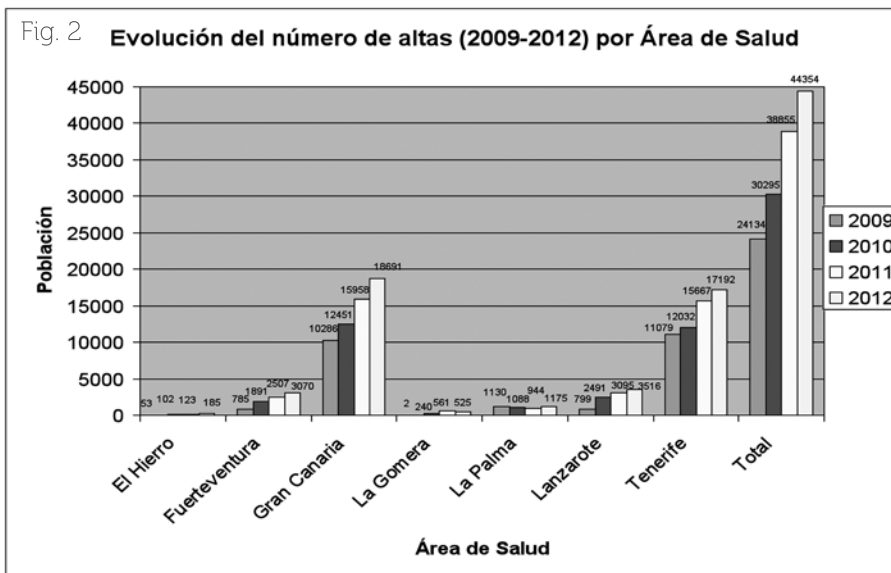
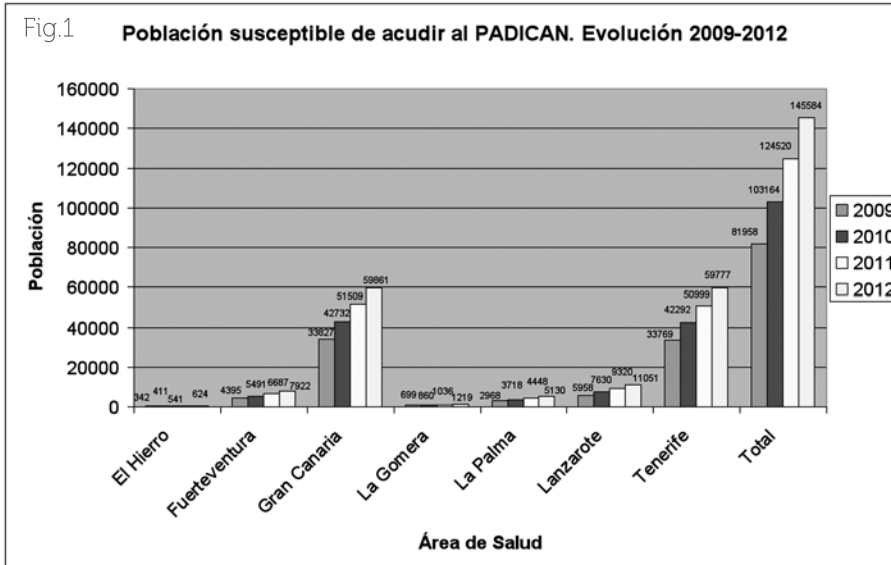
Resultados

La evolución de la demanda y de las actividades realizadas en el PADICAN desde 2009 a 2012 se representa en las Figuras 1 a 6.

La población susceptible de acceder al programa ha ido aumentando en todas las Áreas de salud debido a la incorporación anual de una nueva cohorte de edad (figura 1) y en consecuencia en casi todas las Áreas también lo ha hecho el número de altas (figura 2), no así el porcentaje de pacientes que ha acudido al PADICAN, que se ha mantenido prácticamente igual en todo el periodo, comenzando con un 29,44% en 2009 y situándose en un 30,46% en 2012. Este porcentaje se reparte casi al 50% entre los dentistas de las Unidades de Salud Oral y los dentistas privados concertados (figura 3).

Dentro de las prestaciones básicas las más realizadas durante todo el periodo son el Consejo de Salud Oral y la Aplicación de flúor tópico (figura 4). En la figura 5 podemos observar el número de tratamientos especiales realizados y el porcentaje que supone sobre los pacientes atendidos durante el periodo 2009-2012. Apreciamos que dicho porcentaje va disminuyendo en el tiempo pudiendo suponer que es debido a la puesta en práctica de las medidas preventivas oportunas, que darían como resultado un número menor de tratamientos especiales realizados.

Si separamos el grupo de medidas preventivas: aplicación de fluoruros, consejo de salud oral, aplicación de selladores, detección de maloclusiones y tartrectomía, del resto de las prestaciones, consideradas medidas terapéuticas (obturaciones, exodoncias y tratamientos especiales) se observa como en todas las Áreas los tratamientos preventivos acumulados en el periodo superan a los terapéuticos, situándose entre el 75% y el 90% en las diferentes Áreas de Salud (figura 6).



...

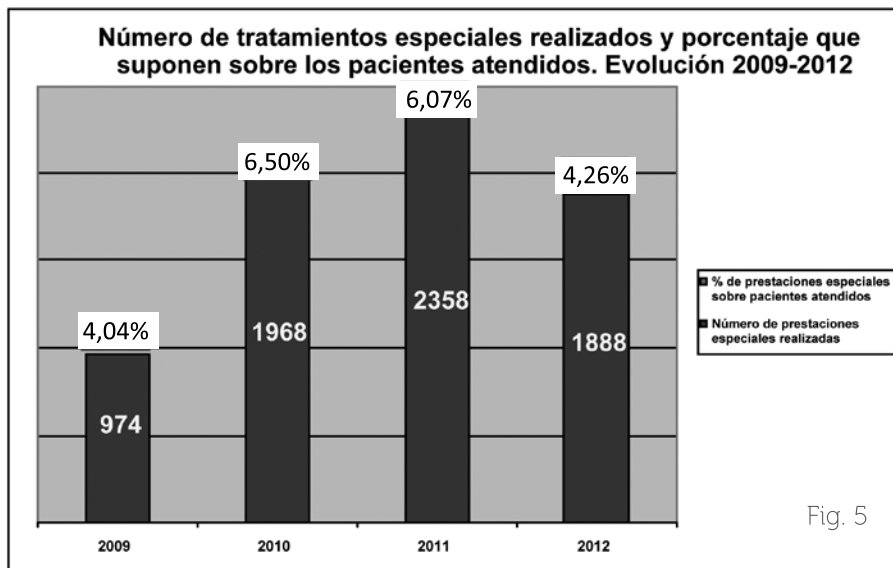
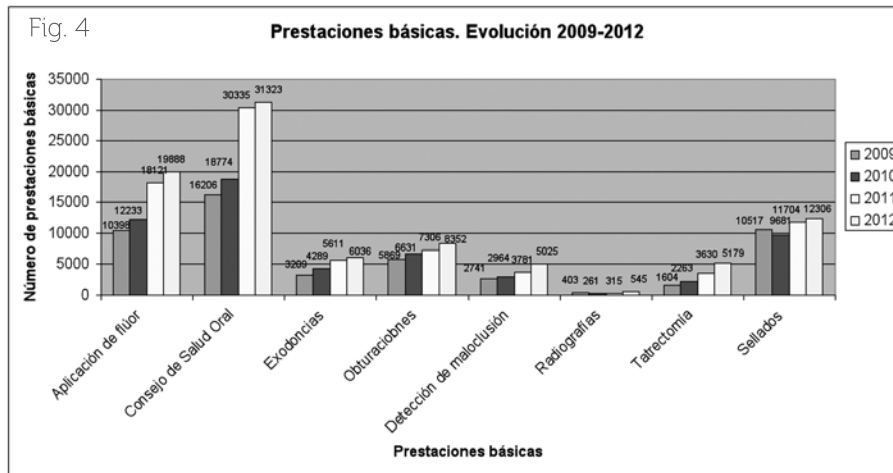
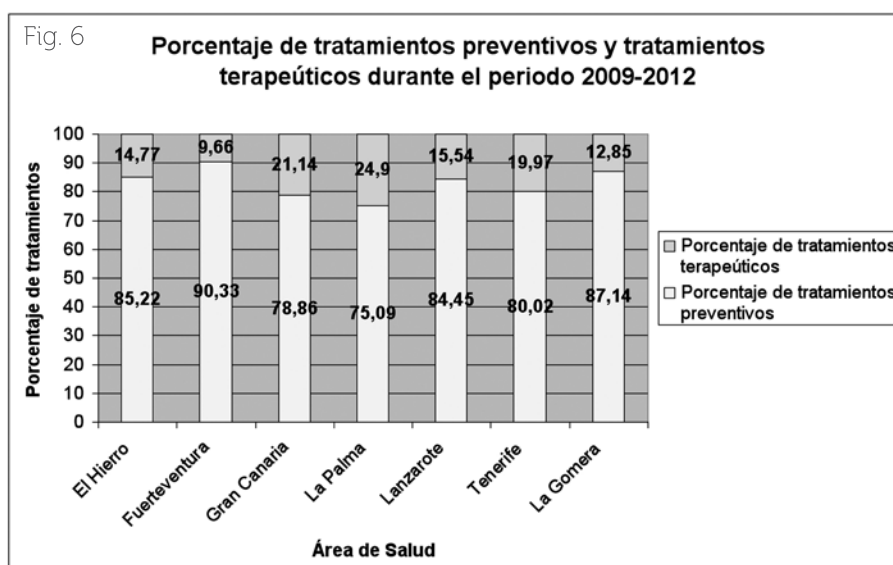


Fig. 5



Discusión

Destaca entre los resultados el hecho de que la utilización del programa se ha mantenido en el 30% en los 4 años de vigencia. Creemos que pueda deberse a que solo se captó mediante correspondencia a la población susceptible el primer año. En años posteriores el programa se ha difundido en Internet, periódicamente en comunicados en los medios, durante las visitas de las USO a los centros escolares al inicio del curso y a través de la derivación desde pediatría. En otras comunidades con modelo PADI la cuota de utilización del programa ascendió en los primeros cuatro años del 35% al 50 % en el País Vasco, del 38% a 42% en Navarra⁵ y del 34% al 52% en Murcia⁶. En Andalucía la cuota subió de un 10% a un 35% en los tres primeros años de programa⁷.

Con el panorama económico actual la mejor opción para difundir el programa es fomentar la derivación desde las consultas de pediatría. Actualmente no se puede valorar qué población acude por iniciativa propia y cuánta es derivada por el pediatra dado que el SICH carece de un apartado donde pueda especificarse este dato, de manera que pueda ser cuantificado posteriormente.

Existen estudios que han valorado las derivaciones de los servicios de pediatría, tras la detección de lesiones de caries, a un servicio de salud bucodental y se ha percibido la necesidad de mejorar la capacitación de los pediatras para mejorar su confianza diagnóstica y mejorar el conocimiento del funcionamiento de la atención dental, para que la derivación sea realizada de forma correcta y eficaz⁸. Otros estudios han investigado la correcta derivación, desde el pediatra al dentista, de niños con alto riesgo de caries antes de su aparición y una vez aparecida ésta y han encontrado tasas muy bajas, necesitando intervenciones que mejorasen estas tasas⁹. Una encuesta realizada entre los pediatras y médicos de familia en EEUU encontró que a pesar de que éstos pueden decidir sobre el modelo de derivación basado en el riesgo de caries del niño, no suelen hacer screening para detectar signos precoces de caries¹⁰.

Otros estudios han valorado los conocimientos sobre los factores de riesgo, actitudes y prácticas para la prevención de las enfermedades bucodentales entre los pediatras. En Italia los resultados revelaron la falta de

conocimiento de los principales factores de riesgo para las enfermedades bucodentales, aunque casi todos los pediatras consideraban que tenían una importante responsabilidad en la prevención de enfermedades¹¹. Otro estudio similar realizado entre los pediatras de Brasil reveló que el 83% clasificó el contenido de salud oral de su educación médica como inexistente o deficiente¹². Igualmente se encontró una falta de conocimientos y de entrenamiento en salud oral entre los pediatras y médicos de familia que atendían niños menores de tres años en Canadá¹³. A las mismas conclusiones se llegó en otro estudio realizado entre pediatras de La India donde los profesionales entrevistados tenían pocos conocimientos sobre salud oral y sobre las necesidades de tratamiento de los niños¹⁴, así como en otro estudio realizado en Arabia Saudí¹⁵. Por último otro trabajo similar realizado en Bélgica, ofreció mejores resultados y en este caso el 71% de los pediatras respondieron haber tenido algún tipo de formación sobre salud oral¹⁶.

En Canarias para fomentar la derivación desde pediatría a las USO sería conveniente organizar cursos de formación en materia de Salud Oral destinados a los pediatras que trabajan en la Red de Atención Primaria del SCS, bien presenciales o a través de plataformas online, para que puedan adquirir los conocimientos suficientes para realizar correctamente las derivaciones.

En un estudio realizado entre pediatras de EEUU fueron suficientes 2 horas de entrenamiento sobre salud oral infantil, para que éstos consiguieran el nivel de seguridad adecuado para identificar niños con lesiones de caries cavitadas. Sin embargo el propósito del screening realizado por personal no dental es generalmente identificar con seguridad aquellos que necesitan ser derivados, lo cual no requiere identificar las lesiones de caries diente por diente¹⁷. Los resultados de este estudio sugieren que los screening dentales pueden ser fácilmente incorporados a las consultas de pediatría y que los pediatras de Atención Primaria pueden contribuir significativamente a la salud oral de los niños, mediante la identificación de aquellos que necesitan ser vistos por un dentista.

En Canarias, el porcentaje de utilización se divide a partes iguales entre dentistas públicos y privados, a pesar de que el número de dentistas privados participantes en el PADICAN es

... mayor que el de dentistas del SCS, (Tablas 1 y 2). Esto difiere de otras comunidades donde la población asiste en mayor proporción a la red privada, que también suele ser mucho mayor que la pública^{5,6}.

Respecto a los tipos de tratamientos realizados en el PADICAN nuestros resultados ponen de manifiesto que la mayoría de las prestaciones realizadas son de tipo preventivo, lo que concuerda con los resultados de otras comunidades autónomas con modelo PADI como País Vasco, Navarra o Murcia^{5,6}.

Para evaluar un programa como el PADICAN, además de estudiar el efecto que provoca en la salud oral de los escolares y las prestaciones realizadas, habría que conocer el grado de satisfacción que tienen tanto los usuarios como los profesionales participantes en el mismo. La opinión de los usuarios es un dato que permitiría analizar qué mejoras pueden aplicarse en el programa. En un estudio referido al PADI en Andalucía (PADIA) se valoraron las mejoras necesarias para el programa según la opinión de un grupo nominal de padres de usuarios¹⁸. Las ideas prioritarias fueron entre otras: financiar un porcentaje de los tratamientos de ortodoncia, incrementar el tramo etario e incrementar los mecanismos de vigilancia para dentistas del PADIA.

La opinión de los profesionales participantes es otro punto clave para la mejora de los programas. Según una encuesta realizada en Navarra y País Vasco¹⁹, la mayoría de los profesionales estaban satisfechos con el programa PADI, deseaban continuar en él y les parecía una medida positiva para la prevención de la salud bucodental, así como para aumentar la educación sanitaria, pero no aprobaban la cuantía de los honorarios y la escasa intervención de la Administración para que los padres acudieran 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.

También en Murcia se encuestó a los profesionales para conocer la opinión sobre el PADI²⁰. En cuanto a los aspectos positivos del programa, destacó la prevención de la salud bucodental de los niños, evitando que puedan sufrir problemas graves en el futuro, y el

interés mostrado por los padres, así como la familiarización del niño con el dentista y el fin social del programa, que permite a muchas personas optar por el cuidado de su salud bucodental de manera gratuita.

Como aspectos negativos, los entrevistados apuntaron la falta de información a los padres, la burocracia, que no se incluyan las obturaciones de la dentición temporal, el exceso de trabajo y la escasa remuneración.

Conclusiones

- El Programa de Atención Dental Infantil de Canarias mantiene unas coberturas alrededor del 30% en los últimos años.
- El porcentaje de niños con aplicación tópica de flúor y sellados de fisuras concuerda con el de otras Comunidades y es adecuado, según las recomendaciones de distintos organismos internacionales.
- El porcentaje de tratamientos especiales va disminuyendo en el tiempo, lo que puede estar relacionado con la puesta en marcha de las medidas preventivas oportunas.
- Es necesario seguir realizando esfuerzos para la promoción del Programa, con la finalidad de que la información sobre la oferta de intervenciones preventivas y tratamientos restauradores llegue a toda la población, para lo cual sería muy útil una mayor implicación de los pediatras.
- Sería conveniente conocer la opinión de los profesionales participantes y de los usuarios del PADICAN para valorar las posibles mejoras del programa.



Bibliografía

1. Real Decreto 63/1995, de 20 enero sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado. 1995; 35: 4538
2. Cortés Martinicorena J. Los servicios dentales para jóvenes en España: ¿dónde estamos y a dónde queremos ir? En: Las nuevas prestaciones y los nuevos retos de la salud oral en España. Jornada de Invierno SESPO 2008:33-48
3. Rueda García J. Hablamos con. Maxilaris. 2012;159: 56-64
4. Resolución de la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud de 11 de febrero de 2008. BOC nº 45, 3 de marzo de 2008
5. Simón Salazar F, Cortés Martinicorena J, Llodra Calvo JC, Bravo Pérez M. El PADI del País Vasco y Navarra. Actividad, opinión profesional y epidemiología (1990-2002). Valencia: Promolibro; 2006
6. Coordinación del Programa de Salud Bucodental Infantil. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Evaluación del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia. Año 2007. Murcia: 2008
7. Muñoz Martínez R, Zapata González G. El Plan de Asistencia Dental Infantil (PADI) en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Medicina de Familia.2004; 5:156-158
8. De la Cruz GG, Rozier RG, Slade G. Dental screening and referral of youngchildren by pediatric primary care providers. Pediatrics. 2004; 114:642-652
9. Long CM, Quinonez RB, Beil HA, Close K, Myers LP, Vann WF, Rozier RG. Pediatricians' assessments of caries risk and need for a dental evaluation in preschool aged children.BMC Pediatr 2012; 12: 49
10. Ismail AI, Nainar SM, Sohn W. Children's first dental visit: attitudes and practices of US pediatricians and family physicians. Pediatr Dent. 2003; 25:425-430.
11. Di Giuseppe G, Nobile C, Marinelli A, Angelillo I F. Conocimientos, actitudes y prácticas de pediatras en relación con la prevención de enfermedades bucodentales en Italia.BMC Public Health. 2006; 6: 176
12. Balaban R, Aguiar CM, da Silva Araújo AC, DiasFilho EB. Knowledge of paediatricians regarding child oral health. Int J Paediatr Dent. 2012; 22:286-291
13. Prakash P, Lawrence HP, Harvey BJ, McIsaac WJ, Limeback H, Leake JL. Early childhood caries and infant oral health: Paediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. Paediatr Child Health. 2006; 11:151-7
14. Shetty RM, Dixit UB. Paediatricians' views on dental and oral health and treatment needs in children.Oral HealthPrevDent. 2011; 9:315-322
15. Sabbagh HJ, El-Kateb M, Al Nowaiser A, Hano AG, Alamoudi NH. Assessment of pediatricians dental knowledge, attitude and behavior in Jeddah, Saudi Arabia.J ClinPediatr Dent. 2011; 35:371-376
16. Bottenberg P, Van Melckebeke L, Louckx F, Vandenplas Y. Knowledge of Flemish paediatricians about children's oral health--results of a survey. Acta Paediatr. 2008; 97:959-963
17. Pierce KM, Rozier RG, Vann WF Jr. Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. Pediatrics. 2002; 109:E82-2
18. Romero Rodríguez AV, Rosel Gallardo EM, Bravo Pérez M. Satisfacción de los usuarios con el PADIA (Plan de Atención Dental Infantil en Andalucía). Propuesta de mejoras por un grupo nominal de padres de usuarios. RCOE.2012 Jul; 17 (3):169-172.
19. Cortés-Martinicorena FJ, Simón-Salazar F. El PADI a examen de sus profesionales. La opinión de los dentistas concertados del País Vasco y Navarra. RCOE 2004; 9: 289-296.
20. Estudio de satisfacción PADI Región de Murcia. Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia, 2008.