

# **PLAN PARA LA AMPLIACIÓN DE LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DE SALUD BUCODENTAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

**Aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrado el 15 de junio de 2022**

## INDICE

<b>1. Introducción</b>	<b>3</b>
<b>2. Objetivos</b>	<b>5</b>
<b>3. Metodología</b>	<b>6</b>
3.1. Diagnóstico de situación sobre la atención de Salud Bucodental en el Sistema Nacional de Salud	8
3.2. Análisis del gasto sanitario en Salud Bucodental en el Sistema Nacional de Salud	13
3.3. Análisis del entorno	19
3.4. Elaboración y acuerdo de la propuesta de ampliación de la cartera común de servicios en Salud Bucodental.	23
<b>4. Valoración del impacto económico de la ampliación de la cartera común de servicios de Salud Bucodental en el SNS aprobada</b>	<b>31</b>
<b>5. Criterios de distribución de fondos entra las comunidades autónomas e INGESA</b>	<b>44</b>
<b>6. Seguimiento y evaluación de la ampliación de la cartera común de servicios en Salud Bucodental</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO I. Encuesta “Diagnóstico de situación sobre la atención a la Salud Bucodental en el Sistema Nacional de Salud”</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO II. Relación de participantes del Grupo de expertos dependiente de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, y coordinado por la Subdirección General de Cartera de Servicios Comunes del Ministerio de Sanidad</b>	<b>77</b>
<b>ANEXO III. Propuesta del grupo de trabajo de expertos dependiente de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación para la ampliación de la atención a la Salud Bucodental en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud incluida en el Anexo II sobre cartera de servicios comunes de atención primaria, Apartado 9. Atención de Salud Bucodental, del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.</b>	<b>79</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

Tal y como indica la **Organización Mundial de la Salud**<sup>1</sup> (OMS), más de 3.500 millones de personas padecen enfermedades bucodentales. La caries dental no tratada en los dientes permanentes es la más común. La enfermedad periodontal grave afecta a casi el 10% de la población mundial y más de 530 millones de niños padecen caries en los dientes temporales. Durante las últimas tres décadas, la prevalencia mundial combinada de caries dentales, periodontopatías (encías) y pérdida de dientes se ha mantenido en el 45%, lo que supone una prevalencia superior a la de cualquier otra enfermedad no transmisible (ENT). Las enfermedades bucodentales afectan de manera desproporcionada a las poblaciones pobres y socialmente desfavorecidas. La mayoría de las enfermedades bucodentales se han relacionado con otras enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, la neumonía, la obesidad y el parto prematuro. No obstante, la mayoría de las afecciones de salud bucal se pueden prevenir en gran medida y se pueden tratar en sus primeras etapas, pero el tratamiento a menudo no es asequible para la población, ya que generalmente no forma parte de la cobertura universal en los sistemas sanitarios del mundo.

Distintos estudios publicados<sup>2,3</sup> muestran que existe una relación fuerte y coherente entre la situación socioeconómica (ingresos, ocupación y nivel de educación) y la prevalencia y gravedad de las enfermedades y afecciones bucodentales. A ese respecto, un reciente informe de la Oficina de la OMS para la financiación de los sistemas de salud señala que, aunque la cartera de servicios del SNS es amplia, una de las principales deficiencias en la cobertura es la atención dental, que es muy limitada sobre todo para los adultos, siendo una de las causas del gasto sanitario catastrófico, debido principalmente a las tres categorías relacionadas con la atención dental (atención dental, productos sanitarios y atención ambulatoria)<sup>4</sup>. Así pues, según este informe, más de 300.000 hogares españoles sufren gastos sanitarios catastróficos, es decir, en los gastos en ir al dentista o en salud óptica les priva de sus necesidades básicas, como es la alimentación, vivienda y calefacción.

La salud bucodental es fuente de preocupación y ocupación de los países del mundo en la 74ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo-junio de 2021. De tal forma que los Estados Miembros aprobaron la **Resolución sobre salud bucal** (WHA 74.5<sup>5</sup>), teniendo presente la **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**, en particular el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas

<sup>1</sup> World Health Organization. Oral health: Achieving better oral health as part of the universal health coverage and noncommunicable disease agendas towards 2030 Report by the Director-General. Disponible en [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB148/B148\\_8-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_8-en.pdf):

<sup>2</sup> 7 Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly D, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*. 2019;394(10194):249-260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8. 8

<sup>3</sup> Matsuyama Y, Jürges H, Listl S. The Causal Effect of Education on Tooth Loss: Evidence From United Kingdom Schooling Reforms. *Am J Epidemiol*. 2019;188(1):87-95. doi: 10.1093/aje/kwy205

<sup>4</sup> Urbanos-Garrido R, Peña-Longobardo LM, Comendeiro-Maaløe M, Oliva J, Ridao López M, Bernal-Delgado E (2021). ¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria? Nueva evidencia sobre la protección financiera en España. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa

<sup>5</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Resolución sobre Salud Bucodental. WHA 74.5. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA74/A74\\_R5-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R5-sp.pdf)

las edades), y reconociendo los importantes puntos de confluencia entre la salud bucodental y otros Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo 1 (Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo), el Objetivo 2 (Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible), el Objetivo 4 (Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos) y el Objetivo 12 (Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles).

La Resolución insta a los Estados Miembros a abordar los factores de riesgo clave de las enfermedades bucodentales compartidas con otras enfermedades no transmisibles, como la ingesta elevada de azúcares libres, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol, y a mejorar las capacidades de los profesionales de la salud bucodental. También recomienda un cambio del enfoque curativo tradicional hacia un enfoque preventivo que incluya la promoción de la salud bucal en la familia, las escuelas y los lugares de trabajo, e incluya una atención oportuna, integral e inclusiva dentro del sistema de atención primaria de salud. Durante el debate, surgió un acuerdo claro de que la salud bucodental debe integrarse firmemente en la agenda de las enfermedades no transmisibles y que las intervenciones de atención de la salud bucodental deben incluirse en los programas de cobertura universal de salud.

El pasado mes de enero de 2022 el Consejo Ejecutivo de la OMS, que celebró su 150ª reunión, debatió sobre la **estrategia mundial sobre la salud bucodental** y acordó que en la AMS del 2022, que actualmente se está celebrando, incluiría para aprobación dicha estrategia<sup>6</sup>. Así pues, la visión de esta estrategia es la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de todas las personas y comunidades para 2030, lo que les permitirá disfrutar de la mejor salud posible en ese ámbito y contribuirá a que tengan unas vidas sanas y productivas. En el propio proyecto de la estrategia se indica que el concepto de cobertura universal de salud bucodental significa que cualquier persona o comunidad tenga acceso a unos servicios sanitarios esenciales y de calidad que respondan a sus necesidades y cuyo uso no les cause dificultades económicas. Entre esos servicios figuran la promoción de la salud bucodental y las intervenciones de prevención, tratamiento y rehabilitación relacionadas con las enfermedades y afecciones bucodentales a lo largo del curso de la vida. Además, se necesitan intervenciones de ámbito estructural para fortalecer la prevención de las enfermedades bucodentales y para reducir las desigualdades en materia de salud bucodental. El objetivo de la estrategia es orientar a los Estados Miembros para que: a) elaboren respuestas nacionales ambiciosas de promoción de la salud bucodental; b) reduzcan las enfermedades, afecciones y desigualdades en el ámbito de la salud bucodental; c) redoblen sus esfuerzos para hacer frente a las enfermedades y afecciones bucodentales como parte de la cobertura universal de salud; y d) estudien la posibilidad de elaborar metas e indicadores, basados en contextos nacionales y subnacionales, sobre la base de la orientación que proporcionará el plan de acción mundial de la OMS sobre salud bucodental, a fin de dar prioridad a los esfuerzos y evaluar los progresos realizados para 2030.

<sup>6</sup> Proyecto disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA75/A75\\_10Add1-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add1-sp.pdf)

En España, las prestaciones de atención de salud bucodental incluidas en la **cartera común de servicios del SNS** se establecen dentro del apartado 9 del Anexo II, relativo a la cartera de servicios comunes de atención primaria, del *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*.

Es relevante destacar que en España, la población no dispone de todas las prestaciones necesarias incluidas en el sistema sanitario público y, en las que sí lo están, se enfrenta a inequidades en su acceso según el lugar donde residan, dado que como las prestaciones actuales contenidas en la cartera común de servicios son mínimas y básicas<sup>7</sup>, las comunidades autónomas han ido “ampliándolas” mediante la cartera complementaria<sup>8</sup>.

La ampliación de la cartera de servicios de atención de la salud bucodental ya ha sido un tema de preocupación y consenso en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Así pues, en el **Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria**, aprobado en abril de 2019 por el Consejo Interterritorial del SNS, se contempla como acción (A.4.5), a acometer a corto plazo, la actualización de la cartera común de servicios en salud bucodental.

Este objetivo es uno de los contemplados en el **Programa de Gobierno** para España suscrito por el PSOE y Unidas Podemos, donde se incluye, en el apartado de sanidad, la elaboración de un plan de salud bucodental que establezca las prestaciones a cargo del SNS, indicándose en su apartado 2.2.2 que se *introducirá progresivamente la Atención a la Salud Bucodental de la población en cartera de servicios del SNS*.

Asimismo, para el impulso de esta homogeneización y ampliación, el Ministerio de Sanidad ha incluido, como medida transformadora del Sistema Nacional de Salud, la ampliación de la cartera común de servicios de atención bucodental en el componente 18 del **Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia**, formando parte de la **reforma 3 “Consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad del SNS”** de dicho componente.

<sup>4</sup> La atención a la salud bucodental en la actualidad viene recogida en el punto 9 del Anexo II (Cartera de servicios comunes de atención primaria) del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

<sup>5</sup> Artículo 8 quinquies de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

## 2. OBJETIVO

El objetivo que se pretende alcanzar es doble:

1. **Homogeneizar** las prestaciones de atención de salud bucodental en el territorio nacional, garantizando la **equidad** en su acceso, independientemente del lugar de residencia,
2. **Incrementar** los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública, con un enfoque fundamentalmente preventivo y **priorizando** a los siguientes colectivos donde la inversión en salud es manifiesta: infantojuvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas con cáncer, en concreto aquellas personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial.

## 3. METODOLOGÍA

Desde la aprobación de del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria este Departamento ha trabajado conjuntamente con las comunidades autónomas en el desarrollo de este proyecto, bajo una visión compartida y con el fin de alcanzar los objetivos comunes.

Como primera medida, y dada la insuficiencia actual de los sistemas de información, para tener una visión más detallada de cómo se encuentran las carteras de servicios en las comunidades autónomas, se diseñó una encuesta para poder realizar un diagnóstico de situación.

Por ello, entre diciembre de 2020 y enero del 2021 se lanzó la encuesta y, posteriormente, en la reunión del 29 de enero de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (CPAF) se propuso a sus miembros la creación de un Grupo de Trabajo de Salud Bucodental para abordar la definición de una cartera de servicios adecuada a cada grupo de población priorizado, entre los que se encuentran la población infantil, embarazadas y personas con diversidad funcional, que sea homogénea y equitativa en todo el territorio nacional, y priorizando asimismo un abordaje preventivo de la salud bucodental.

Así pues, la metodología definida consta de las siguientes etapas:

- 3.1. Diagnóstico de situación sobre la atención de Salud Bucodental en el Sistema Nacional de Salud
- 3.2. Análisis del gasto sanitario en salud Bucodental en el Sistema Nacional de Salud
- 3.3. Análisis del entorno
- 3.4 Elaboración y acuerdo de la Propuesta de ampliación de la cartera común de servicios de Salud Bucodental.

3.4.1. Elaboración de la propuesta de ampliación

3.4.2. Propuesta de acuerdo para la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación

3.4.3. Aprobación de la propuesta de ampliación de la cartera común relativa a la atención de la salud Bucodental en el CISNS

Cada una de ellas se desarrolla en los apartados siguientes.

### 3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DE SALUD BUCODENTAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2020)

Como ya señalan muchos autores, y a pesar de los esfuerzos e iniciativas que puntualmente se han llevado a cabo, no se dispone de un sistema de información que permita conocer de manera detallada la realidad de la situación de la salud bucodental en nuestro Sistema Nacional de Salud, y más concretamente en la población infantojuvenil.

Conscientes de esta situación desde el Ministerio de Sanidad se planteó realizar una encuesta dirigida a todas las Comunidades Autónomas y al INGESA, con la que se ha pretendido recopilar aquellos datos de la prestación a la salud bucodental existentes en todo el territorio nacional, de manera que, con la información recogida, se pueda tener una visión global de la situación actual en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y sirva como punto de partida para identificar y priorizar futuras líneas de trabajo de cara a la ampliación de la cartera común de servicios en salud bucodental en el SNS.

A continuación, se exponen de forma resumida los principales resultados de la Encuesta que ha sido completada por las 17 Comunidades autónomas. La encuesta completa se adjunta como Anexo I del presente documento.

#### Salud Bucodental Infantil/Programa Atención Dental Infantil (PADI)

##### ❖ Rango de edad

Hay hasta 8 rangos de edad distintos, siendo el más frecuente el de 6 a 14 años. Habría hasta 14 CCAA que cubrirían el grupo de edad comprendido entre los 6 y los 14 años, lo que supone un 82 % de las CCAA, y el 94% de las CCAA (16), cubrirían el rango de edad de 7 a 14 años.

##### ❖ Cartera de servicios / Actividades incluidas

Entre las comunidades autónomas existe una heterogeneidad en cuanto al tipo de prestación, tanto en la asistencia dental básica como en lo que habitualmente se denomina tratamientos especiales o complejos.

##### ❖ Prestaciones básicas

El 100% de las comunidades cubren las siguientes prestaciones:

- Revisión anual de la salud bucodental
- Instrucciones y recomendaciones sanitarias sobre hábitos dietéticos e higiene bucodental
- Sellado de fosas y fisuras
- Exodoncias piezas temporales



- Obturación de piezas permanentes

La aplicación de flúor se hace en el 94% de las CCAA (16) , las tartrectomías en el 88% de las CCAA (15) y los tratamientos pulpares en dentición permanente en el 71% de las CCAA (12).

#### ❖ **Tratamientos especiales o complejos**

Los tratamientos especiales de incisivos y caninos permanentes son los que ofrecen mayor variabilidad entre las CCAA, tanto en su número como en los tipos de tratamientos, estando cubiertos con más frecuencia en el 71 % de las CCAA (12) en caso de traumatismos, seguido de los realizados a causa de enfermedad (en el 65% (11) de las CCAA) y por último los debidos a malformaciones (en el 59% (10) de las CCAA).

Los tratamientos especiales de otros grupos dentales permanentes son menos frecuentes en las carteras de servicios de las comunidades, estando cubiertos por el 35% de las CCAA (6) en caso de enfermedad y por el 29% (5) de las CCAA en el caso de malformaciones y por otras 5 en el caso de traumatismos.

Respecto a otros tratamientos especiales o prestaciones bucodentales no básicas que las CCAA con provisión mixta tengan concertados con el sector privado y sujetos a tarifa en cada CA, un 41% de las CCAA (7) aportan datos al respecto, con cerca de 30 tratamientos o actuaciones, aunque algunas pueden considerarse que, aun teniendo una denominación diferente, los tratamientos son muy similares.

#### ❖ **Tipos de Provisión de la asistencia en Salud Bucodental en la población infantil**

Es mayoritariamente de tipo mixto (11 de las 17 CCAA), en el que la asistencia dental básica puede ser facilitada solo con medios públicos, que es el caso de 2 CCAA, o aquellas en que esa asistencia básica se presta tanto por medios públicos como privados, que sería el caso de las restantes 9 CCAA. En esas 11 CCAA los tratamientos especiales o complejos son proporcionados a través de medios privados, siendo la provisión mediante contratación de los servicios directamente con los profesionales en 6 CCAA, y en los 5 restantes mediante convenios con los Colegios Profesionales.

Las 6 CCAA restantes tienen un modelo de provisión únicamente público para todas las prestaciones bucodentales, tanto básicas como para los tratamientos especiales.

Tanto para asistencia dental básica como para los tratamientos se fijan o convenían unas tarifas que son diferentes para cada comunidad autónoma, y que en el caso de la asistencia dental básica consiste una cápita por persona atendida al año, siendo la cápita media de todas las comunidades autónomas para el año 2019 de 41,87 euros.

## ❖ Datos de Actividad y Gasto

En este apartado es donde las respuestas han sido más incompletas porque varias comunidades autónomas no disponen de sistemas de información adecuados para facilitar estos datos. Esta cuestión ha sido puesta de manifiesto reiteradamente por todos los expertos que han abordado estudios sobre este tema.

Los datos más completos aportados, como era de esperar, los facilitan aquellas comunidades que tienen concertada la asistencia dental básica mediante una cápita y las que tienen fijada una tarifa para el pago por acto en el caso de los tratamientos especiales o complejos.

El gasto total del último ejercicio disponible solo ha podido ser facilitada por el 47% (8) de las CCAA, 3 de las que tienen un modelo únicamente público de provisión (Asturias, Galicia y La Rioja) y 5 de las que tienen un modelo mixto (Aragón, Andalucía, Madrid, Navarra y P. Vasco). El gasto total por este concepto, referido al ejercicio de 2019, para esas 8 CCAA es de 42.033.677 euros.

En cuanto al gasto por tratamientos especiales, aportan datos todas las comunidades que tienen establecida una cápita para la atención dental básica y una sola de las que tienen pago por actos. Este gasto es de 3.995.622 euros.

Respecto al número total de niños/as atendidos, en la pública y en su caso también la privada, es de 1.382.326. Este dato lo aportan el 77 % (13) de las CCAA.

El número total de niños/as atendidos con provisión privada es de 576.790. El dato lo aportan el 53% (9) de las CCAA, 8 que tienen una provisión mixta con pago por capitación y una CA que tiene provisión pública para la asistencia dental básica y pago por acto para los tratamientos especiales.

Con los datos completos que han aportado 8 CCAA, la media de gasto por niño atendido sería de 53,4 euros al año.

### Atención Bucodental a personas con discapacidad de tipo psíquica, física o sensorial

Los tratamientos sedativos en caso de falta de autocontrol se facilitan por todas las CCAA, y en 94% de ellas (16 CCAA) se realizan a toda la población con discapacidad independientemente de su edad, y solo en una CA este tratamiento se presta únicamente a la población infantil.

En el caso de las personas con discapacidad psíquica el 94% de las CCAA, todas menos una, tienen prestaciones específicas para este grupo de personas con discapacidad, proporcionándolas incluso por encima del rango de edad establecido para la población infantil. Además de asistencia dental básica y algunos tratamientos especiales, en algunas CCAA y en algunos casos específicos se proporcionan tratamientos de ortodoncia, de

prótesis o de periodoncia. También muchos de estos tratamientos se suelen facilitar por profesionales de los servicios públicos de salud.

En el caso de las personas con discapacidad física el 53% (9) de las CCAA proporcionan prestaciones específicas, y en este caso también por encima del rango de edad establecido para la población infantil. Los tratamientos que se facilitan son los mismos que en el caso de la discapacidad psíquica.

Para las personas con discapacidad sensorial el 47% (8) de las CCAA proporcionan prestaciones específicas, y todas ellas también por encima del rango de edad establecido para la población infantil. Los tratamientos que se facilitan son los mismos que en el caso de la discapacidad psíquica.

En cuanto al nº total de tratamientos y gasto en personas con discapacidad psíquica, física o sensorial, solo el 29% (5) de las CCAA aportan datos de número de tratamientos y gasto. Este gasto, en esas CCAA, asciende a 309.058 euros.

#### Prestaciones de ortodoncia en algunas circunstancias o colectivos

En el 65% (11) de las CCAA se facilita prestación de ortodoncia en alguna circunstancia o colectivo. En el 18% (3) de las CCAA se facilita la ortodoncia en algunas circunstancias a las personas con discapacidad física, también un 18% de las CCAA prestan servicios de ortodoncia a personas con discapacidad psíquica y en ninguna se proporciona ortodoncia en caso de discapacidad sensorial.

En el caso de maloclusión, tras intervención de una malformación esquelética craneofacial, son el 59% (10) de las CCAA las que facilitan esa prestación.

Hay solo 4 CCAA que facilitan prestación de ortodoncia en algunas otras circunstancias o colectivos, como son: procesos oncológicos relacionados con la cavidad oral, menores tutelados, malformaciones congénitas craneofaciales con repercusión en las arcadas dentales y tras cirugía ortognática.

En cuanto al n.º total de tratamientos y gasto en prestación de ortodoncia solo 1 CA aporta información sobre nº y gasto de este tipo de tratamiento.

## Atención Bucodental en Embarzadas

La Exploración preventiva cavidad oral se realiza en el 94% (16) de las CCAA excepto en una.

Las Instrucciones y recomendaciones sanitarias sobre hábitos dietéticos e higiene bucodental se realiza en todas las CCAA.

Las Aplicaciones de flúor tópico se realiza en el 77% (13) de las CCAA.

Las Tartrectomías se realizan en el 59% (10) de las CCAA.

Ninguna CA ha incluido otras prestaciones a este colectivo.

## Priorización

En este apartado se ofrecía un listado de 10 colectivos o prestaciones para que las comunidades autónomas priorizaran de cara a una futura inclusión en la cartera de servicios de salud bucodental.

El orden de priorización obtenido ha sido el siguiente:

1. Prestaciones dentales preventivas, diagnósticas y terapéuticas de carácter similar a las incluidas en la población infantojuvenil para mujeres embarazadas
2. Prestaciones dentales preventivas, diagnósticas y terapéuticas de carácter similar a las incluidas en la población infantojuvenil para personas mayores de 18 años con discapacidades de tipo psíquico (intelectual y mental) con un grado de discapacidad reconocido  $\geq 33\%$
3. Población infantojuvenil (Ampliación de los PADI de 4 a 17 años)
4. Prevención y tratamiento de la caries en la población general
5. Población infantojuvenil (Ampliación de los PADI de 0 a 17 años)
6. Prestaciones dentales preventivas, diagnósticas y terapéuticas de carácter similar a las incluidas en la población infantojuvenil para personas mayores de 18 años con discapacidades de tipo físico con un grado de discapacidad reconocido  $\geq 75\%$
7. Prestaciones dentales preventivas, diagnósticas y terapéuticas de carácter similar a las incluidas en la población infantojuvenil para personas mayores de 18 años con discapacidades de tipo sensorial con un grado de discapacidad reconocido  $\geq 75\%$
8. Prótesis de maxilares no implantosoportada para personas con un grado de discapacidad reconocido  $\geq 75\%$
9. Prótesis de maxilares no implantosoportada para personas con edentulismo
10. Ortodoncia tras cirugía Ortognática

### 3.2 ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO EN SALUD BUCODENTAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

A continuación, se expone la estructura de gasto sanitario en salud bucodental, poniendo de manifiesto que la falta de cobertura pública de las prestaciones de salud bucodental ocasiona que el sector privado tenga un papel dominante en el gasto total por este concepto.

#### ❖ Gasto Sanitario Privado

En primer lugar, se ofrece lo que se entiende por gasto sanitario privado para prestaciones de salud bucodental según las distintas fuentes de información disponibles.

#### Encuesta Presupuestos Familiares (EPF)

Según los datos de la EPF del Instituto Nacional del INE, el gasto en servicios dentales en 2019 fue de 3.047.505.000 euros, el gasto medio por hogar es de 162,6 y el gasto medio por persona es de 65,3 euros.

A continuación (Tabla 1), se ofrecen los datos del periodo 2015-2019 para ver la evolución del gasto total, del gasto medio por hogar y del gasto medio por persona para ver su evolución en esos cinco años.

**Tabla 1. Evolución Gasto Servicios Dentales 2015-2019**

(En millones de euros)

SERVICIOS DENTALES	2015	2016	2017	2018	2019(*)
<b>Gasto Total</b>	3.679.582	3.369.983	3.260.180	3.028.435	3.047.505
<b>Gasto medio por hogar</b>	200,26	182,71	176,11	162,58	162,6
<b>Gasto medio por persona</b>	80,05	73,3	70,75	65,41	65,33

Fuente de información: INE. Encuesta Presupuestos Familiares

(\*) No se han incluido los datos relativos al gasto en servicios dentales en 2020, por no considerarse representativos debido a la pandemia.

Se puede apreciar que tanto el gasto total como el gasto medio por hogar y el gasto medio por persona han disminuido en los últimos 5 años, permaneciendo casi invariable entre el año 2018 y 2019. En estos últimos 5 años el gasto ha caído en más de 600 millones de euros.

Si consideramos el tipo de hogar, se observa, en la tabla 2, que el gasto por persona presenta diferencias apreciables, siendo los siguientes tipos de hogares los que presentan menor gasto por persona, por este orden: otro tipo de hogar, las parejas con 2 o más hijos menores de 18 años y las parejas con al menos 1 hijo de 18 o más años.

**Tabla 2. Gasto medio por hogar y por persona del año 2016 al 2019**

Tipo de hogar	Año 2016		Año 2017		Año 2018		Año 2019	
	Gasto medio por hogar	Gasto medio por persona	Gasto medio por hogar	Gasto medio por persona	Gasto medio por hogar	Gasto medio por persona	Gasto medio por hogar	Gasto medio por persona
<b>TOTAL</b>	<b>182,71</b>	<b>73,30</b>	<b>176,11</b>	<b>70,75</b>	<b>162,58</b>	<b>65,41</b>	<b>162,60</b>	<b>65,33</b>
Una persona de 65 o más años o pareja con al menos uno de los miembros de 65 o más años	166,33	110,97	148,19	99,30	135,00	90,45	138,65	92,62
Una persona menor de 65 años	98,98	98,98	85,98	85,98	100,95	100,95	105,57	105,57
Pareja sin hijos teniendo los dos miembros menos de de 65 años	175,99	87,99	179,09	89,55	167,58	83,79	167,48	83,74
Pareja con un hijo menor de 18 años	206,14	68,71	195,70	65,23	157,98	52,66	191,98	63,99
Pareja con dos o más hijos menores de 18 años	217,28	51,93	216,47	51,74	200,26	47,93	218,52	52,15
Pareja con al menos un hijo de 18 ó más años	260,31	71,53	256,00	70,82	233,72	64,84	199,25	55,06
Otro tipo de hogar	171,07	56,73	173,74	57,65	156,48	51,27	158,25	51,32

Fuente de información: INE. Encuesta Presupuestos Familiares

A continuación (Tabla 3), se muestra una tabla con el gasto en servicios dentales de la EPF de 2019 por comunidades autónomas para ver la distribución territorial del gasto privado. En la tabla se puede observar que hay una importante diferencia entre la CA con un gasto medio por persona más bajo, que es Extremadura con 35,45 euros, y la de mayor gasto, que es Cantabria con 87,22 euros, con un gasto que es más del doble del de Extremadura. A Cantabria le siguen en segundo y tercer lugar Castilla y León y Navarra, con 81,2 y 79,99 euros respectivamente. Con menor gasto a Extremadura le siguen en la clasificación, pero a una significativa distancia, Canarias con 52,07 y Castilla-La Mancha con 55,23 euros.

**Tabla 3. Distribución del Gasto Sanitario Privado (Total, por hogar y por persona) por CCAA en 2019**

CCAA	Gasto Total (miles de euros)	Gasto medio por hogar	Gasto medio por persona
ANDALUCÍA	471.557,89	145,96	56,21
ARAGÓN	97.358,59	179,76	74,77
ASTURIAS	74.946,10	165,00	74,27
BALEARES	93.016,95	202,20	77,92
CANARIAS	114.979,24	134,19	52,07
CANTABRIA	50.135,25	207,85	87,22
CASTILLA Y LEÓN	190.968,50	186,64	81,2
CATALUÑA	111.126,38	141,07	55,23
CASTILLA-LA MANCHA	501.224,06	163,40	66,59
C. VALENCIANA	289.357,54	143,81	58,28
EXTREMADURA	37.224,37	86,66	35,45
GALICIA	157.995,02	144,23	59,02
MADRID	517.399,44	196,12	78,25
MURCIA	84.661,61	154,69	56,86
NAVARRA	51.519,23	198,62	79,89
P. VASCO	167.922,82	184,26	77,74
LA RIOJA	22.276,97	170,11	71,6
<b>T. NACIONAL</b>	<b>3.033.669,96</b>	<b>162,60</b>	<b>65,33</b>

*Encuesta Presupuestos Familiares. INE*

### Sistema de Cuentas de Salud (SCS)

Por otra parte, el Sistema de Cuentas de Salud (SCS), que elabora el Ministerio de Sanidad, es una operación estadística que ha sido adoptado por OCDE, Eurostat y OMS como referente para la recogida y tratamiento de la información sobre gasto sanitario, de cara a hacerla comparable entre los países miembros de estas organizaciones.

Para el gasto privado, se utiliza como fuente de información el gasto en consumo final en sanidad de los hogares, que proporciona el Instituto Nacional de Estadística a través de las Cuentas Nacionales.

En 2019 el 37,9 por ciento del gasto en asistencia curativa y de rehabilitación se dedicó a asistencia odontológica ambulatoria, que se encuadra dentro de los pagos directos (o “gastos de bolsillo”) de los hogares.

El dato en la estadística está recogido en la tabla de “Gasto sanitario total según proveedor de atención de la salud y agente de financiación”, dentro de los Proveedores de atención ambulatoria, en el concepto que se denomina “Consultorios odontológicos”.

A continuación (Tabla 4), se ofrecen los últimos datos disponibles del periodo 2015-2019 para ver la evolución del gasto privado.

**Tabla 4. Evolución Gasto Privado 2015-2019**

(En millones de euros)

<b>CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Pago directos de los hogares</b>	3.962	3.656	3.668	3.710	3.820
<b>Empresas de seguros privadas</b>	49	45	45	45	47
<b>Sector Privado (Total)</b>	<b>4.010</b>	<b>3.700</b>	<b>3.713</b>	<b>3.756</b>	<b>3.867</b>

Fuente: Sistema de Cuentas de Salud 2019

Como en el caso de la EPF, se observa una caída de los gastos por este concepto en el sector privado a partir del año 2015, en 2014 el gasto fue de 57, más importante a partir de 2016, con una ligera recuperación en 2019.

Hay que tener en cuenta que, en los gastos por atención dental, tanto en la EPF como en el SCS, están incluidos también los gastos por atenciones de tipo estético.

El informe de la OCDE (State of Health in the EU. España. Perfil sanitario nacional 2019), con datos de 2017, estima que el gasto dental supone en España un 6,7% de los gastos directos mientras que en la Unión Europea se limita al 2,5%.

#### ❖ Gasto Sanitario Público

#### Sistema de Cuentas de Salud (SCS)

Si recurrimos nuevamente al Sistema de Cuentas de Salud podemos observar el escaso nivel de gasto público implicado en materia de salud bucodental, constatando que la mayor parte de los costes directos recaen sobre las personas con enfermedad.



A continuación (Tabla 5), se ofrecen los últimos datos disponibles del periodo 2015-2019 para ver la evolución del gasto público.

**Tabla 5. Evolución Gasto Público 2015-2019**

(En millones de euros)

<b>CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social</b>	36	36	38	41	43
<b>Administraciones de seguridad social</b>	26	26	26	26	24
<b>Administraciones públicas (Total)</b>	<b>62</b>	<b>63</b>	<b>63</b>	<b>67</b>	<b>67</b>

Fuente: Sistema de Cuentas de Salud 2019

El gasto de las “Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social” se refiere a la estimación que realizan las comunidades autónomas y el INGESA en lo concerniente al gasto en el ámbito de las consultas ambulatorias de atención primaria en salud bucodental.

Y el gasto de las “Administraciones de seguridad social” está referido al gasto por ese concepto de las mutualidades de funcionarios (MUFACE, ISFAS y MUGEJU), que se compone, por una parte, a lo abonado en concepto de las ayudas económicas para prestaciones dentarias que tienen establecidas, y, por otra parte, a la estimación del gasto por ese concepto imputable a los conciertos de asistencia sanitaria que tienen establecidos con las entidades de seguro libre para la prestación de la asistencia sanitaria de sus mutualistas.

### Gasto público en Comunidades Autónomas

Dada la práctica imposibilidad de conocer en la gran mayoría de las comunidades autónomas datos de los presupuestos de gastos en salud bucodental, la única aproximación, dadas las características de la provisión, es utilizar los datos de los gastos en los programas de salud bucodental infantojuvenil como un método de aproximación para realizar posteriormente una estimación del impacto económico que puede suponer la ampliación de la cartera común de servicios en el SNS en los diferentes colectivos priorizados.

Por tanto, si recurrimos a los datos obtenidos a través de la encuesta realizada a las comunidades autónomas sobre el gasto en los programas de salud bucodental infantojuvenil, podemos ver que el gasto total es de algo más de 48 millones de euros (48.333.944) en el ejercicio de 2019.

Pero hay que advertir que esta cifra solo se refiere, por una parte, al 47% (8) de las CCAA que han facilitado el gasto total (Aragón, Andalucía, Asturias, Galicia, Madrid, Navarra, P. Vasco y La Rioja) con un montante de 42 millones de euros (42.033.677), y, por otra, los 6 millones (6.300.267) gastados por el 24% (4) de CCAA (Baleares, Canarias, Extremadura y Murcia) en la atención facilitada por el sector privado.

Del total de los 48,3 millones, 20,7 corresponde a lo abonado por 8 CCAA al sector privado por capitación para las prestaciones básica de atención dental, y casi 4 millones (3,99) abonados por 9 CCAA por actos para los denominados tratamientos especiales o complejos (Tabla 6).

**Tabla 6. Gastos en Salud Bucodental infantojuvenil por CCAA en 2019**  
(en euros)

CCAA	Gasto Total *	Gasto por asistencia general o básica (capitación)	Gastos por actos médicos (Tratamientos especiales)	Gasto Total Sector Privado
ARAGÓN	1.581.363	135.305	346.058	481.363
VALENCIA				
ANDALUCÍA	8.329.711	7.325.250	176.759	7.502.009
CATALUÑA				
MURCIA		972.922	97.844	1.070.765
ASTURIAS	3.600.000			
CANARIAS		1.160.676	283.857	1.444.533
CANTABRIA				
CASTILLA Y LEÓN				
EXTREMADURA		1.627.542	217.790	1.845.332
BALEARES		1.884.344	55.293	1.939.637
GALICIA	6.179.201			
MADRID	13.200.000		2.581.072	2.581.072
CASTILLA-LA MANCHA				
NAVARRA	2.700.000	2.375.898	114.827	2.490.725
P. VASCO	5.682.466	5.228.433	122.122	5.350.555
LA RIOJA	760.936			
<i>Datos referidos a 2019</i>				
<i>* Incluye, en su caso, los pagos al sector privado</i>				

Fuente: datos obtenidos a través de la encuesta realizada a las comunidades autónomas sobre el gasto en los programas de salud bucodental infantojuvenil

Por tanto, por los datos facilitados, aunque incompletos, por esas 12 CCAA se puede observar que poco más del cincuenta por ciento del gasto total para la atención bucodental, en concreto 24,7 millones, se factura por el sector privado, lo que da cuenta del peso de ese sector en la provisión de servicios en salud bucodental.

También se puede concluir que, visto lo incompleto de estas cifras (48,3 millones), los datos del gasto de las “Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social” que proporcionan las comunidades autónomas y el INGESA para el Sistema de Cuentas de Salud están muy infraestimados.

## Gasto público en las Mutualidades de Funcionarios

La cartera común de servicios para los mutualistas y beneficiarios adscritos a los Regímenes Especiales de la Seguridad Social (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) es la misma que la del SNS, independientemente de su adscripción para la asistencia sanitaria a un Servicio Público de Salud o a una Entidad de Seguro.

Para los beneficiarios en edad infantojuvenil adscritos a un Servicio Público de Salud, las prestaciones serán las mismas que las que tengan establecidas cada comunidad autónoma o, en su caso, el INGESA, en sus correspondientes Programas de Salud Infantil, dependiendo de la Comunidad Autónoma de residencia del mutualista.

Por lo cual no es posible poder obtener datos sobre estos costes.

Por otra parte, las mutualidades tienen establecidas, como prestaciones complementarias, ayudas económicas para prestaciones dentarias. A continuación (Tabla 7), se muestran los datos del gasto por esas prestaciones de las tres mutualidades en el ejercicio de 2019 obtenidos de sus respectivas memorias

**Tabla 7. Gasto mutualidades por prestaciones dentarias**  
(en euros)

<b>PRESTACIONES DENTARIAS</b>	<b>GASTO TOTAL</b>
MUFACE	8.485.490,10
ISFAS	9.354.144,04
MUGEJU	1.419.312,04

Fuente: memorias de las mutualidades

### **3.3 ANÁLISIS DEL ENTORNO**

En Europa, la diversidad de sistemas, a través de los que se proveen las prestaciones de servicios de atención a la salud bucodental con fondos públicos, da lugar a diferencias en la cobertura, la financiación y la provisión de los servicios, no solo entre los diferentes países sino incluso entre los países que integran un mismo sistema de provisión. Ello conlleva a que los pacientes soporten, en mayor o menor medida, los costes dependiendo del sistema de provisión vigente en su país y la forma de financiación del sistema.

The Health Systems in Transition (HiT) hace una comparación entre los países europeos en base a múltiples fuentes de datos, como los servicios de información nacionales y otras fuentes internacionales (MISSOC, perfiles de países de la OCDE / OBS). Las bases de datos internacionales (Eurostat, OCDE, EHIS, EU-SILC) se utilizan como fuentes principales para comparar los indicadores relacionados con la salud bucodental disponibles. Los documentos de políticas nacionales e internacionales, así como la

información de expertos de los países, complementan esta información. El HiT cubre todos los estados miembros de la UE y los países que pertenecen al mercado único de la UE (Reino Unido, Islandia, Noruega, Suiza).

Los resultados que se obtienen evidencian que, en casi todos los países, la atención dental se financia en mayor medida mediante pagos privados de los pacientes, en comparación con otros sectores de la atención de la salud. En general, la contribución de los seguros de salud voluntarios (VHI) al gasto odontológico es baja, mientras que los gastos de bolsillo son sustanciales en muchos países, sobre todo en la población adulta, lo que genera altos niveles de necesidades insatisfechas de atención odontológica por razones financieras, principalmente para los hogares más pobres. La comparación de la cobertura revela que la mayoría de los países se comprometen con un alcance mínimo de atención dental básica (atención de emergencia, y atención a niños), pero existiendo una gran variación en la prestación de servicios que van desde países con cobertura muy limitada, países con cobertura parcial a países con cobertura completa.

Concretamente la cobertura en la población infantojuvenil, en países como Dinamarca, Finlandia, Noruega, Suecia, Austria, Francia, Alemania, Benelux y Reino Unido es prácticamente universal y cubierta por el estado.

Sin embargo, en países como Italia, Portugal, España y Grecia los niveles de provisión de servicios de salud bucodental para los niños y adolescentes son muy reducidos o no existen más allá de las extracciones en el sistema sanitario público. Algo similar ocurre para los países de Europa del Este (Chequia, Estonia, Hungría, Lituania, Letonia, Polonia, Eslovaquia y Eslovenia) en el que los niveles de prestación pública para ese colectivo prácticamente han desaparecido.

En la población adulta también se denotan distintos niveles de cobertura entre los distintos países, siendo por lo general más reducida que en la población infantojuvenil, y basada en una financiación mixta entre los ciudadanos y el Estado. En cualquier caso, se establecen colectivos vulnerables (como, por ejemplo, población con bajos ingresos, personas con discapacidad, personas diagnosticadas de procesos oncológicos o de VIH, víctimas de catástrofes) para los que las prestaciones son asimilables a las que se fija para los tratamientos en la población infantojuvenil.

En la tabla 8 se presenta un resumen de la situación de esta prestación en 12 países de la Unión Europea que cuentan con un modelo sanitario similar al nuestro. Como puede apreciarse, tampoco en estos países con similar provisión sanitaria se encuentra un patrón común de atención a la salud bucodental.

**Tabla 8. Resumen de cobertura de atención bucodental en países de la Unión Europea con modelo sanitario Beveridge**

País	Niños	Embarazadas lactantes	Adultos	Población especial	Urgencias
<b>Reino Unido</b>	<18 años	Embarazadas		Bajos ingresos y sus dependientes < 20 años	
<b>Suecia</b>	< 23 años		Pagan entre el 15-100%		
<b>Portugal</b>	Edad escolar	Embarazadas y lactantes con paquetes generosos de financiación		-Población mayor que recibe beneficios sociales -VIH -Cáncer -Discapacidad	
<b>Malta</b>	< 16 años (incluida ortodoncia)		Pagan la mayoría de su bolsillo	-Bajos ingresos -Algunas enfermedades crónicas	Emergencias
<b>Letonia</b>	< 18 años Incluida ortodoncia y controles cada 3 años < de 22 si tienen fisuras faciales congénitas		Excluidos	-Solicitantes de asilo -Victimas Chernobyl (reembolso del 50% en atención dental y 100% en prótesis de plástico)	
<b>Irlanda</b>	< 16 años		-Con tarjeta médica gratis -Con seguro: chequeo gratuito el resto se paga -Sin tarjeta y sin seguro: pago privado		
<b>Italia</b>	< 14 años			-Vulnerables -Bajos ingresos	Urgencias
<b>Islandia</b>	Seguro médico obligatorio < 18 años Discapacidad < 17 años		No cubiertos por seguro	-67 años: subsidio del 50% - Participan en la financiación: → Asilos gratis → Discapacidad mental → Defectos nacimientos graves → Enfermedades → Accidentes	
<b>Finlandia</b>	< 18 años		Privado con reembolso del 15% (excepto para ortodoncia)	46 años: reciben subsidios	
<b>Dinamarca</b>	< 18 años (incluso ortodoncia) Si se opta por lo privado se paga el 35%	No cubiertos pero la dentadura postiza puede llegar a cubrirse el 85%		-Gratis: → Sin hogar → Dependientes sustancias → Movilidad reducida → Capacidad física y psicología reducida -Reembolsos gastos → Ancianos → Discapacidad Bajos ingresos	
<b>Chipre</b>	Escolares (incluida ortodoncia)		-Atención preventiva gratis -Prótesis gratis para bajos ingresos -Dentadura postiza para algunos colectivos	- Bajos ingresos - Funcionarios - Discapacidad	

<b>España</b>	Niños (prevención caries, asesoramiento sobre medidas de higiene. Algunas CC.AA. cobertura básica para dentición permanente de los niños (de 6 a 15 años) también obturaciones)	Medidas preventivas en mujeres embarazadas y empastes. Flúor tópico	-Extracción dentaria -Tratamiento de infecciones o procesos inflamatorios, -prevención de caries (aplicación de fluoruro tópico, sellado de fisuras), -Tratamiento de traumatismos heridas y lesiones y tratamiento de procesos agudos de la articulación temporomandibular	Implantes dentales cubiertos para pacientes que se someten a tratamientos oncológicos y pacientes con malformaciones congénitas con anodoncia, los	
---------------	---	---	---	--	--

Por tanto, y dada la diversidad de sistemas de cobertura bucodental en los países europeos, la atención dental se ha convertido en una prioridad a medida que los países van ampliando su cobertura, reconociendo la importancia de la prevención de las enfermedades bucodentales, la relevancia de la implicación del sector privado como forma de incrementar la accesibilidad del sistema, y la articulación de subvenciones por las Administraciones Públicas, para lograr una cobertura mucho más extensa en términos de población y de prestaciones, alcanzando una política de salud bucodental mucho más desarrollada y avanzada que la que existe actualmente.

## 3.4 ELABORACIÓN Y ACUERDO DE LA PROPUESTA DE AMPLIACIÓN DE LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DE SALUD BUCODENTAL

### ❖ 3.4.1 ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA DE AMPLIACIÓN

Para que se pudiera llevar a cabo la ampliación de la cartera común de servicios era necesario adoptar por consenso los acuerdos necesarios para implantar y desarrollar de manera progresiva las actuaciones encaminadas a poner en marcha esta ampliación.

Para ello, y después de haber realizado la Encuesta para elaborar el “Diagnóstico de situación sobre la Atención de Salud Bucodental en el Sistema Nacional de Salud (2020)”, en la reunión mantenida el 29 de enero de 2021 de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación se propuso a sus miembros la creación de un Grupo de Trabajo de Salud Bucodental (Anexo II) para abordar la definición de una cartera de servicios bucodentales adecuada a cada grupo de población priorizado, de acuerdo con los resultados de la encuesta realizada, entre los que se encuentran la población infantil, embarazadas y personas con diversidad funcional, que sea homogénea y equitativa en todo el territorio nacional, y priorizando asimismo un abordaje preventivo de la salud bucodental.

Además de los miembros designados por las comunidades autónomas, se invitó a formar parte de este grupo a representantes de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO), de la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP), del Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España y a representantes de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.

Una vez designados todos los miembros del grupo se convocó una primera reunión que se celebró el 26 de febrero de 2021 en la que se expusieron a ese Grupo de Trabajo de Salud Bucodental los principales resultados de la encuesta realizada para el Diagnóstico de situación sobre la Atención a la Salud Bucodental en el SNS (2020), y se enunciaron los principales objetivos que debía abordar el grupo para hacer una propuesta de ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental, y que son los siguientes:

- Consensuar la priorización de la población diana para la ampliación progresiva de la cartera común de salud bucodental
- Definir prestaciones concretas y comunes para todo el Sistema Nacional de Salud que se incluirán en la cartera común de servicios

En esa reunión se llegaron a los siguientes acuerdos:

1. Homogeneizar las prestaciones de salud bucodental, que en gran medida actualmente ya se están prestando mediante la cartera de servicios complementaria, en todo el territorio nacional.

2. Ampliar las prestaciones de salud bucodental en la cartera común de servicios del SNS, con especial atención a los siguientes colectivos: infantojuvenil, embarazadas, personas con discapacidad, personas mayores y colectivos vulnerables.
3. Aumentar la cobertura de las prestaciones actualmente existentes mediante una mejor coordinación intersectorial (ámbito educativo y ámbito social) y transversalidad en el proceso de atención sanitaria (matronas, médicos/as y enfermería de atención primaria, etc.) y la utilización de nuevas tecnologías.
4. Diseñar sistemas de información corporativos que permitan la explotación de datos con fines epidemiológicos y asistenciales (cuadro de mando) así como ponerlos a disposición de la ciudadanía (carpeta de salud).

Para avanzar en las funciones del grupo se acordaron las siguientes tareas

1. En relación al punto de "homogeneizar las prestaciones de salud bucodental en todo el territorio nacional", se propuso identificar las prestaciones adicionales a las establecidas en la cartera común que actualmente se están prestando mediante la cartera complementaria.
2. En lo referente al punto "incrementar las prestaciones de salud bucodental" se forman 5 subgrupos:

Subgrupo 1. Infantojuvenil

Subgrupo 2. Embarazadas

Subgrupo 3. Personas con discapacidad

Subgrupo 4. Personas mayores

Subgrupo 5. Población en general (con la intención de incorporar aquellas actuaciones dirigidas a la población en general, teniendo como foco a los colectivos vulnerables, aunque de ninguna forma en la cartera común de servicios se puede generar inequidades atendiendo al nivel socio-económico de la población)

Con estos subgrupos se pretendía identificar las prestaciones a incluir en la cartera común de servicios del SNS y realizar una propuesta final al resto del grupo de trabajo. Para ello cada representante de este Grupo de Trabajo de Salud Bucodental, se uniría de forma voluntaria al subgrupo que considere, para posteriormente ir desarrollando las tareas propuestas.

Se mantuvieron reuniones en el mes de marzo con el objeto de valorar y detectar algún posible error en la información aportada por las CCAA y corregirlo antes de cerrar la encuesta

Una vez formados los subgrupos se realizaron un total de 6 reuniones por videoconferencia, en las que se debatieron ampliamente las propuestas de ampliación



de la cartera común de servicios de salud bucodental en cada uno de los subgrupos de población formados.

Las propuestas finales de cada subgrupo se elevaron y discutieron en reuniones mantenidas en el mes de marzo de todo el Grupo de Trabajo de Salud Bucodental, para llegar a una propuesta final a la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, que se expone en el Anexo III de este documento.

### ❖ 3.4.2 PROPUESTA DE ACUERDO PRESENTADA A LA COMISIÓN DE PRESTACIONES ASEGURAMIENTO Y FINANCIACIÓN

Con fecha 5 de julio de 2021 se eleva a la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (CPAF), la propuesta final elaborada por el grupo de expertos

En esa reunión de la Comisión, además de presentar la propuesta de ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental, se informa sobre la estimación del impacto económico de la propuesta de ampliación, que se expone en el punto 4. de este documento, y sobre los principales resultados de la encuesta sobre el “Diagnóstico de Situación sobre la Atención a la Salud Bucodental en el SNS”, adquiriendo el compromiso de remitir toda esa información con posterioridad a esta reunión, para que pueda ser analizada con detalle por los miembros de la Comisión, y así poder tomar una decisión más informada en la próxima convocatoria de la Comisión.

Se celebra una nueva reunión de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación del 21 de octubre de 2021, tras el análisis por los miembros de la CPAF de la información que en su momento se remitió.

La Directora General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia, presidenta de la CPAF, hace una propuesta inicial para debatir sobre los 5 colectivos (infantojuvenil, embarazadas, personas con discapacidad, pacientes oncológicos y personas mayores de 65 años) que fueron priorizados por el grupo de expertos, atendiendo a los principios de equidad, universalidad, cohesión y sostenibilidad del sistema sanitario público, y entendiendo que la ampliación debe ser progresiva, priorizando a los colectivos más vulnerables y cuya inversión va a tener resultados en salud a más largo plazo.

La propuesta inicial para la ampliación de la salud bucodental de forma progresiva es la siguiente:

- Para la población infantojuvenil, embarazadas y pacientes con un grado de discapacidad que limite el autocuidado de la salud bucodental, se propone fijar un periodo temporal de ampliación para incluir las prestaciones que se especifican en la propuesta recogidas por el grupo de expertos, con límite 31 de diciembre del 2022 para su puesta en marcha.

- Para los otros 2 colectivos que fueron priorizados por el grupo de trabajo, es decir para pacientes oncológicos y para pacientes mayores de 65 años, y teniendo en cuenta además la estimación del impacto presupuestario que tendrían, habría que valorar en qué escenario temporal se podrían incluir. En el caso de los pacientes oncológicos, si se circunscribiesen solo a procesos oncológicos del ámbito oral o cervicofacial, o, atendiendo a cualquier otra acotación que se proponga, se podría plantear una ampliación con límite del 31 de diciembre de 2022 o hasta el 1 julio del 2023. Sin embargo, para el colectivo de pacientes mayores, cuyo colectivo sería bastante mayor, la fecha a proponer sería a más largo plazo.

Tras un intenso debate y reflexión de todos los miembros de la Comisión se puede concluir que en una primera etapa no sería posible abordar el colectivo de mayores de 65 años, ni de todos los pacientes oncológicos con carácter general, también por parte de algunas CCAA se evidencia la dificultad de asumir el colectivo infantil de 0 a 6 años.

Se acuerda que desde el Ministerio se remita una nueva propuesta que sea más factible de abordar teniendo en cuenta todo lo comentado y convocar una nueva reunión monográfica de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación para llegar a un acuerdo definitivo sobre la ampliación de la cartera de salud bucodental.

A tal fin se remitió a los miembros de la Comisión la siguiente propuesta para ser debatida:

Los colectivos prioritarios, ordenados según prioridad, serían, en principio, los siguientes:

- Infantojuvenil: diferenciando en los escalones de 0-5 y de 6-14 años.
- Embarazadas.
- Personas con discapacidad.
- Personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial, así como a las personas sometidas a tratamiento quimioterápico por tumores de otra región del organismo.

Por otra parte, se establece el siguiente cronograma para su implementación efectiva, siendo conocedores que hay CCAA que ya prestan la mayor parte de los servicios que se comprenden y otras cuya cobertura actual es menor. De cualquier forma, son plazos máximos.

- Implementación antes del 31 de diciembre de 2022:
  - o Infantojuvenil: de 6-14 años.
  - o Embarazadas.
  - o Personas con discapacidad.
- Implementación antes del 30 de junio del 2023
  - o Infantojuvenil: de 0-5 años.

- Implementación antes del 31 de diciembre del 2023
  - o Personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial, así como a las personas sometidas a tratamiento quimioterápico por tumores de otra región del organismo.

Esta nueva propuesta fue ampliamente debatida en la reunión monográfica de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación que se celebró el 11 de noviembre de 2021, alcanzándose un acuerdo definitivo sobre la ampliación de la cartera común de servicios de Salud Bucodental en el SNS, quedando el texto definitivo que modificará el Anexo II de Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Adicionalmente se acordó la necesidad de concreción de los siguientes términos, que se trasladará, para que se realice una propuesta, al grupo de trabajo de salud bucodental dependiente de la CPAF. En concreto:

- Grado de discapacidad
- Alteraciones conductuales severas objetivables
- Discapacidad limitante de la movilidad de los MMSS

#### ❖ 3.4.3. APROBACIÓN DE LA PROPUESTA DE AMPLIACIÓN DE LA CARTERA COMUN RELATIVO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN EL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (CISNS)

Finalmente, una vez aprobada la propuesta de ampliación de la cartera común de servicios en lo relativo a la atención de la salud bucodental en el seno de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación del 11 de noviembre de 2021, se elevó al Consejo Interterritorial del SNS, aprobándose en el pleno del día 2 de diciembre de 2021.

La propuesta definitiva acordada para la ampliación de la cartera se incluirá en el **RD 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización**, de la siguiente manera:

*“La atención a la salud bucodental comprende el conjunto de actividades diagnósticas, terapéuticas y de prevención de la enfermedad, así como aquellas de promoción y de educación para la salud, dirigidas a la mejora de la salud bucodental de la población. Los equipos o unidades de salud bucodental estarán formados por dentistas, técnicas/os superiores en higiene bucodental y/o técnicas/os auxiliares en cuidados de enfermería que desarrollarán sus actuaciones de acuerdo a las competencias profesionales reguladas en la normativa vigente.*”

*Estos equipos actuarán de manera coordinada y protocolizada con los/las profesionales del SNS de acuerdo con la organización de cada servicio de salud, y además desarrollarán, junto con otros recursos y apoyos, acciones comunitarias para la salud. La atención a la salud bucodental en atención primaria tiene el siguiente contenido:*

1. *A toda la población se le ofrecerán las siguientes actuaciones:*
  - a) *Información y difusión, con perspectiva de curso de vida, sobre las medidas básicas higiénicas y dietéticas necesarias para alcanzar y mantener la salud oral, junto con instrucciones y recomendaciones sanitarias individualizadas.*
  - b) *Consejo odontológico.*
  - c) *Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiéndose por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación témporo-mandibular.*
  - d) *Tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera.*
  - e) *Exodoncias, exodoncias quirúrgicas y cirugía menor de la cavidad oral.*
  - f) *Detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.*
  - g) *Educación sanitaria para la autoexploración de la cavidad oral en la búsqueda de lesiones de sospecha de malignidad.*
  
2. *Adicionalmente, a la población infantil y juvenil desde el nacimiento hasta los 14 años, inclusive, se le facilitarán, cuando estén indicadas, las siguientes actuaciones:*
  - a) *Revisión periódica del estado de salud oral, que incluirá exploración radiográfica cuando esté indicada.*
  - b) *Determinación del riesgo individual de caries, especialmente en los dos primeros años de vida, para establecer la periodicidad de las revisiones y las medidas preventivas orientadas a reducir ese riesgo.*
  - c) *Tanto en dentición temporal como definitiva:*
    - *Aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes.*
    - *Sellados de fosas y fisuras.*
    - *Tartrectomía.*
  - d) *En la dentición temporal, se aplicarán actuaciones de mínima intervención y medidas tendentes a frenar el proceso de lesión por caries.*
  - e) *Para toda la dentición definitiva se incluyen obturaciones en lesiones que no asocien daño pulpar irreversible producidas por caries, traumatismo o por cualquier enfermedad que afecte a la estructura del diente.*
  - f) *En el caso de lesiones por traumatismo en el grupo incisivo y canino definitivos, se incluyen también:*
    - *Reubicación y estabilización de los dientes afectados del grupo anterior.*
    - *Ferulización del grupo anterior y sutura de tejidos blandos, si es necesario.*

– *Tratamientos pulpares, si es necesario.*

3. *Adicionalmente, a las mujeres embarazadas se les ofrecerán las siguientes actuaciones:*

- a) *Consejos para preservar la salud oral del futuro bebé.*
- b) *Exploración clínica para determinar su estado de salud oral y su riesgo tanto de caries como de enfermedad periodontal.*
- c) *Cuando esté indicado, tartrectomía y aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes.*

*Las embarazadas realizarán al menos una visita odontológica, preferentemente durante el primer trimestre del embarazo, pudiendo ser derivadas a los equipos o unidades de salud bucodental por el personal sanitario o a demanda de la usuaria.*

4. *Adicionalmente, a las personas mayores de 14 años con discapacidad intelectual o con una discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores, que impidan el correcto autocuidado necesario para alcanzar y mantener una adecuada salud bucodental, se les facilitará, cuando esté indicado por el riesgo que pueda comportar para el desarrollo de enfermedades bucodentales, los tratamientos de odontología conservadora que contempla esta cartera en el apartado 2, al igual que para el conjunto de las demás actuaciones, en el medio más adecuado a sus características individuales.*

5. *En el caso de personas que presenten alteraciones conductuales severas objetivables y que no sean capaces de mantener el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, se garantizará las prestaciones de los servicios, según el grupo al que pertenezca, mediante el correspondiente tratamiento sedativo o de anestesia general, de acuerdo con los protocolos que se establezcan con los equipos de atención hospitalaria.*

6. *Adicionalmente, a las personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial, se les ofrecerán las siguientes actuaciones:*

- a) *Exploración clínica para determinar su estado de salud oral y las necesidades preventivas y terapéuticas que puedan ser necesarias para la prevención de lesiones orales derivadas del tratamiento oncológico de radio o quimioterapia.*
- b) *Cuando esté indicado, aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes, previa tartrectomía si fuera necesario para que el tratamiento anterior sea efectivo.*

7. *Se consideran excluidos de la atención a la salud bucodental los siguientes tratamientos:*

- a) *Obturaciones definitivas y tratamientos pulpares en la dentición temporal.*
- b) *Tratamientos pulpares en la dentición definitiva, excepto lo señalado en el punto 2 f).*
- c) *Tratamientos ortodóncicos.*

- d) *Exodoncias de dientes sanos por indicación exclusivamente ortodóncica.*
- e) *Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.*
- f) *Implantes dentarios y prótesis dentales, salvo los incluidos en la cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica.*
- g) *Realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones contempladas como financiables por el Sistema Nacional de Salud en esta norma.”*

*Disposición adicional*

*Las prestaciones establecidas se prestarán de forma efectiva por los servicios de salud de las comunidades autónomas, y en su caso por las respectivas mutualidades de funcionarios, según el siguiente calendario:*

- *Antes del 31 de diciembre de 2022: Infantojuvenil: de 6 a 14 años y mujeres embarazadas.*
- *Antes del 30 de junio de 2023: las recogidas en el apartado 4.*
- *Antes del 31 de diciembre de 2023: Infantojuvenil: de 0 a 5 años y las recogidas en el apartado 6.*

## **4. VALORACIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LA PROPUESTA DE AMPLIACIÓN DE LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DE SALUD BUCODENTAL EN EL SNS**

Una vez realizada la propuesta de ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el SNS por el Grupo de Trabajo, y antes de tomar la decisión definitiva del alcance de la ampliación de la cartera por la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación se planteó al grupo de trabajo la necesidad de realizar una evaluación económica y un análisis del impacto presupuestario que supondría la ampliación propuesta hasta ese momento, así como la de establecer unos indicadores que permitan el seguimiento y evaluación de las nuevas prestaciones incluidas en la cartera.

Para abordar su análisis se solicitó de nuevo la colaboración de los miembros de ese grupo, realizándose diversas reuniones por videoconferencia con un subgrupo reducido específico para esa tarea, que se celebraron a lo largo del mes de abril de 2021. Además, se realizó un intercambio intenso de información y observaciones a través del correo electrónico.

Por lo tanto, las estimaciones que se ofrecen a continuación, por colectivos, han sido consensuadas por ese subgrupo específico del Grupo de Trabajo de Salud Bucodental de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación.

A continuación, se exponen las estimaciones del impacto económico de la propuesta de ampliación de la cartera de servicios de salud bucodental aprobada finalmente.

### **1. VALORACIÓN ECONÓMICA**

#### **1.1. VALORACIÓN ECONÓMICA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD BUCODENTAL EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL**

La valoración económica de lo que puede suponer la atención del programa de salud bucodental infantojuvenil por niño/a al año en el SNS resulta difícil de abordar dada la escasez de información disponible al respecto.

Esta situación se puede hacer extensiva con carácter general al resto de grupos al que van dirigidas las distintas actuaciones previstas en la cartera común de servicios del SNS.

En primer lugar hay que señalar que la ampliación de la cartera común de servicios en salud bucodental del SNS que se propone para la población infantojuvenil sólo supondría, con respecto a lo ya existente, el establecimiento de un rango de edad, en este caso de 0 a 14 años inclusive, homogéneo para todo el conjunto del SNS al que se dirigirían una serie de actuaciones que se detallan pero que, salvo en el caso de la

dentición temporal, en su gran mayoría están instauradas ya en la vigente cartera común o en las respectivas carteras complementarias en esta materia en las comunidades autónomas.

Por lo tanto, la valoración económica se centra en lo que supone, en su caso, la ampliación del rango de edad de los programas de salud bucodental infantojuvenil en las comunidades autónomas y el INGESA.

Para la estimación del coste anual por niño/a atendido, teniendo en cuenta las limitaciones y las fuentes de datos disponibles, se puede tener en cuenta la media los importes de las tarifas por persona y año (cápita) que actualmente tienen establecidas las 8 comunidades autónomas que tiene un modelo de provisión mixto para la provisión de la asistencia, que es de 41,87 euros, o la media del gasto total por niño/a atendido obtenido de la información que han facilitado las comunidades con la Encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad para el “Diagnóstico de situación sobre la Atención a la Salud Bucodental en el SNS (2020)”, que es de 53,4 euros.

Ambas tienen sus limitaciones. En el primer caso porque se trata de unas tarifas que en mucho de los casos están desfasadas por llevar varios años sin actualizarse y que precisamente varias comunidades se encuentran ahora en proceso de actualización, además de que no reflejan más que una parte del gasto en salud bucodental. Y en el segundo caso, porque solo han sido 8 comunidades autónomas las que han proporcionado datos sobre el gasto total y no hay realmente una valoración de los costes directos e indirectos que comporta esta prestación.

Teniendo en consideración lo anteriormente señalado, se decide, por este subgrupo de expertos del grupo de trabajo salud bucodental de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, utilizar la media del gasto total por niño/a atendido obtenido de la información que facilitada por las comunidades autónomas que como ya se ha señalado es de 53,4 euros.

Para una mejor aproximación a la realidad, se decide hacer tres subgrupos o cohortes (de 0 a 5 años, de 6 a 12 y de 13 a 14), dentro del rango de edad de 0 a 14 años para el que se ha decidido el programa infantojuvenil, atendiendo a que los cuidados y su intensidad son claramente diferentes en esas cohortes. Para la primera cohorte se asignará el 40% de la media del gasto total por niño/a atendido (21,36 euros), y para la segunda y tercera cohorte será el 70% (37,38 euros) y 100% (53,4 euros) respectivamente.

Para el cálculo del impacto económico, en principio, solo se ha tenido en cuenta en cada comunidad autónoma aquellos años que actualmente no incluyen en los rangos de edad de sus respectivos programas de salud bucodental infantil o infantojuvenil, y aplicándole a cada tramo de edad el importe de la cápita correspondiente. Este primer cálculo o estimación se realiza para una cobertura del 70% de la población diana, ya que



actualmente las mayores coberturas registradas alcanzan, en el mejor de los casos, algo menos del 70% en alguna comunidad autónoma.

Por otra parte, y aun teniendo en cuenta que con carácter general las actuaciones que ahora se incluirían en la cartera común de servicios del SNS ya están en gran parte instauradas en la vigente cartera común o en las respectivas carteras complementarias de las comunidades autónomas, se considera que, no obstante, se añaden algunas prestaciones nuevas a la cartera común de servicios, estimándose que la población actualmente atendida tendría un sobrecoste del 2% de la cápita de 53,4 euros. Este cálculo, como en el caso anterior, se realiza para una cobertura del 70% de esa población.

A continuación, se ofrece en la tabla 9 el resultado final de la valoración del impacto económico que supondría la ampliación de la cartera común de servicios en la población infantojuvenil en el SNS.

**TABLA 9. VALORACIÓN COSTE SALUD BUCODENTAL EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL EN EL SNS**

CCAA	Población para la que se amplía la cobertura (1)	Importe del impacto en la población para la que se amplía la cobertura (2)	Población actualmente atendida	Sobrecoste estimado de la población actualmente atendida (2% de la cápita) (3)	TOTAL
ANDALUCIA	458.423	6.854.341	848.988	634.703	7.489.044
ARAGÓN	66.392	992.693	117.243	87.651	1.080.344
ASTURIAS	37.139	555.302	72.404	54.129	609.432
BALEARES	64.040	957.526	109.320	81.728	1.039.254
CANARIAS	96.323	1.440.221	185.934	139.004	1.579.226
CANTABRIA	25.492	381.156	50.411	37.687	418.844
CASTILLA y LEÓN	98.012	1.465.475	183.256	137.002	1.602.478
CASTILLA LA MANCHA	106.115	1.586.631	197.346	147.536	1.734.167
CATALUÑA	60.256	900.948	1.105.609	826.553	1.727.501
C. VALENCIANA	0	0	734.526	549.132	549.132
EXTREMADURA	50.144	749.753	92.169	68.906	818.659
GALICIA	15.313	228.960	301.073	225.082	454.042
MADRID	440.652	7.334.382	573.405	428.678	7.763.060
MURCIA	204.463	4.707.293	51.614	38.587	4.745.880
NAVARRA	36.518	546.017	64.676	48.352	594.369
PAÍS VASCO	127.164	2.123.988	173.779	129.917	2.253.905
RIOJA, LA	2.411	36.049	43.385	32.435	68.484
INGESA		0	36.638	27.391	27.391
<b>TOTAL</b>	<b>1.888.857</b>	<b>30.860.737</b>	<b>4.941.776</b>	<b>3.694.472</b>	<b>34.555.209</b>

Fuente: Población por comunidades, edad (año a año) INE 2020

(1) Solo se tiene en cuenta en cada CA aquellos años que actualmente no se incluyen en los rangos de edad de sus respectivos programas de salud bucodental infantil o infantojuvenil

(2) El cálculo del importe se realiza para una cobertura del 70% de la población diana

(3) El cálculo se realiza con el 2% de la cápita de 53,4 € para una cobertura del 70% de la población que actualmente se encuentra atendida

## 1.2. VALORACIÓN ECONÓMICA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD BUCODENTAL EN MUJERES EMBARAZADAS

En este caso se recurre, por una parte, a los datos de la estadística de “Nacimientos por comunidad autónoma de residencia de la madre” del INE de 2019, y, por otra, se utilizan los datos obtenidos en la Encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad a las CCAA para el “Diagnóstico de situación sobre la Atención a la Salud Bucodental en España (2020)”, de la cual se han extraído las contestaciones sobre la atención bucodental a embarazadas en la que se preguntaba por: Exploración preventiva de la cavidad oral, Instrucciones y recomendaciones sanitarias sobre hábitos dietéticos e higiene bucodental, aplicaciones de flúor tópico y tartrectomías, y a cada una de estas actividades se le ha adjudicado un 25% del total de la cápita que se adjudica a la embarazada, que en este caso se ha estimado que sería el 40% de gasto medio por persona (21,36 euros).

Teniendo en cuenta las actividades que actualmente tienen implantadas las CCAA, se ha calculado el gasto en que podrían incurrir cada una de ellas por las actividades que no tienen implantadas.

Es cierto que en gasto o consumo de recursos esas actividades no serían exactamente iguales, pero como no existen datos de contabilidad analítica que hayan calculado el gasto por cada una de esas actividades, ni ninguna CA ha podido aportar datos al respecto, se ha tenido en consideración la única referencia que hemos encontrado en una tesis doctoral sobre este asunto en la que a esas actividades se le adjudica un mismo tiempo de trabajo (15 minutos).

Como en el caso anterior, la estimación se realiza para una cobertura del 70% de la población diana por las mismas razones expuestas con anterioridad.

A continuación, se ofrece en la tabla 10 el resultado final de la valoración del impacto económico que supondría la ampliación de la cartera común de servicios en la población de mujeres embarazadas en el SNS.

**TABLA 10. VALORACIÓN COSTE SALUD BUCODENTAL EN POBLACIÓN DE EMBARAZADAS EN EL SNS**

Nacimientos por C. Autónoma de residencia de la madre		Importe por mujer embarazada	Importe 70% Cobertura
CCAA	Número		
ANDALUCIA	69.397	0	0
ARAGÓN	9.644	5,3	35.779
ASTURIAS	5.152	0	0
BALEARES	9.681	5,3	35.917
CANARIAS	14.137	0	0
CANTABRIA	3.547	0	0
CASTILLA y LEÓN	14.323	10,7	107.279
CASTILLA LA MANCHA	15.316	5,3	56.822
CATALUÑA	61.548	5,3	228.343
C. VALENCIANA	37.324	0	0
EXTREMADURA	7.650	0	0
GALICIA	15.718	0	0
MADRID	55.741	0	0
MURCIA	14.264	0	0
NAVARRA	5.371	10,7	40.229
PAÍS VASCO	15.449	16	173.029
RIOJA, LA	2.408	5,3	8.934
INGESA	2.077		
<b>TOTAL</b>	<b>358.747</b>		<b>686.332</b>

Fuente: INE. Nacimientos por comunidad autónoma de residencia de la madre. Datos 2019

### **1.3. VALORACIÓN ECONÓMICA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD BUCODENTAL EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE PROCESOS ONCOLÓGICOS DEL TERRITORIO CERVICOFACIAL**

En el presente caso, el subgrupo de trabajo consideró que existe una gran dificultad para estimar el universo de personas susceptibles de ser tratadas.

El cáncer de cabeza y cuello (CCC) incluye los carcinomas de labio, cavidad oral, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe, laringe, senos paranasales, glándulas salivales y metástasis cervicales de primario desconocido. Los cánceres de cerebro, de ojo, de esófago y de glándula tiroidea, así como los cánceres de cuero cabelludo, de piel, músculos y huesos de la cabeza y del cuello no se clasifican generalmente como cánceres de cabeza y cuello. La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) considera que el cáncer de cabeza y cuello es un tipo de tumor infrecuente, ya que representa un 5% de todos los tumores. Existen algunas variaciones en cuanto a su frecuencia en distintas áreas geográficas, pero en Europa la localización más frecuente es la laringe, seguido de la orofaringe, cavidad oral y nasofaringe.

Según la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC) el cáncer de cabeza y cuello ocupa el sexto lugar en incidencia en España y cada año se detectan 10.000 casos nuevos, sobre todo en personas de entre 45 y 65 años.

Para poder realizar una estimación aproximativa deberíamos conocer la prevalencia por comunidades autónomas de al menos los tumores de más frecuentes en España de esta localización, como son los de cavidad oral, laringe y orofaringe. Los informes más importantes y recientes consultados (SEOM, REDECAN, Centro Nacional de Epidemiología, etc.) no ofrecen datos sobre esas características, y se decide utilizar los datos de incidencia de la Asociación Española contra el Cáncer, que publica datos de 2018 utilizando datos de GLOBOCAN (Global Cancer Observatory). Haciendo uso de esos datos se obtiene una estimación de 7.718 personas para el cáncer de cabeza y cuello en población mayor de 14 años. (Ver tabla 11)

Como en los grupos de población anteriores la estimación se realiza para una cobertura del 70% de la población diana.

Este subgrupo considera que el gasto por persona de las actividades incluidas en la propuesta de ampliación de la cartera común de servicios a este grupo de población se correspondería con el 40% de gasto medio por persona, que, como ya se ha dicho, es 21,36 euros.

**TABLA 11. VALORACIÓN COSTE SALUD BUCODENTAL EN POBLACIÓN DIAGNÓSTICADA DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN EL SNS**

CCAA	>14 años	Incidencia Total	Importe 70% Cobertura
ANDALUCÍA	7.157.000	1.360	20.332
ARAGÓN	1.145.756	218	3.255
ASTURIAS	909.241	173	2.583
BALEARES	998.183	190	2.836
CANARIAS	1.893.695	360	5.380
CANTABRIA	507.002	96	1.440
CASTILLA y LEÓN	2.113.650	402	6.005
CASTILLA LA MANCHA	1.741.760	331	4.948
CATALUÑA	6.614.614	1.257	18.791
C. VALENCIANA	4.322.827	821	12.281
EXTREMADURA	921.674	175	2.618
GALICIA	2.385.433	453	6.777
MADRID	5.765.831	1.096	16.380
MURCIA	1.255.174	238	3.566
NAVARRA	560.003	106	1.591
PAÍS VASCO	1.919.561	365	5.453
RIOJA, LA	274.118	52	779
INGESA	134.640	26	382
<b>TOTAL</b>	<b>40.620.162</b>	<b>7.718</b>	<b>115.397</b>

Fuente: Datos ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER. Elaboración propia

#### **1.4. VALORACIÓN ECONÓMICA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD BUCODENTAL EN PERSONAS MAYORES DE 14 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL O CON UNA DISCAPACIDAD LIMITANTE DE LA MOVILIDAD DE LOS MIEMBROS SUPERIORES QUE IMPIDAN EL CORRECTO AUTOCUIDADO NECESARIO PARA ALCANZAR Y MANTENER UNA ADECUADA SALUD BUCODENTAL**

En este caso, el subgrupo de trabajo considera que la estimación del número de personas de esas características, dada su falta de concreción, resulta prácticamente imposible de cuantificar.

Si se fijara o determinara el tipo de discapacidad y su grado se podrían obtener información de la “Base de datos de persona con valoración del grado de discapacidad” que publica el IMSERSO.

Sólo si se estableciera el tipo y el grado de discapacidad como realiza alguna comunidad autónoma, por ej. Extremadura, sería posible estimar la población diana.

A título orientativo o aproximativo, en el caso de la discapacidad intelectual se hace una estimación de costes considerando las personas de 18 o más años con un grado de discapacidad reconocido igual o superior a un 33%, que supone un total de 224.892 personas, utilizando los datos de la base anteriormente mencionada. (Ver tabla 12)

El cálculo se realiza con personas de 18 o más años y con un grado de discapacidad reconocido igual o superior a un 33%, porque la Base de Datos del IMSERSO, por debajo de esa edad, los datos que facilita están sólo disponibles en dos subgrupos, menores de 7 años y de 7 a 17 años, y, por otra parte, para grados de discapacidad entre 33 y 44 por ciento, 45 y 63, 64 y 74 y más de 75%, además la base no proporciona datos desagregados por comunidades autónomas.

En el caso de la discapacidad intelectual hay que suponer que la población diana sería inferior al número de personas con las que se ha realizado la estimación, ya que no todas las personas con un grado de discapacidad reconocido igual o superior a un 33% tendrían porque tener limitaciones que les impidan el correcto autocuidado para alcanzar y mantener una adecuada salud bucodental.

Respecto a las personas con una discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores que impidan el correcto autocuidado necesario para alcanzar y mantener una adecuada salud bucodental, se considera que es especialmente complejo estimar la población diana que reúna esas características. No obstante, se podría poner el foco en las personas que padecen enfermedades neuromusculares (ENM), dado que estas enfermedades se caracterizan por ser crónicas y progresivas, siendo la manifestación clínica más común la pérdida de fuerza, que suele ser progresiva, conllevando problemas de rigidez con deformidades articulares, que son especialmente importantes en las enfermedades que se inician en la edad pediátrica. Otros síntomas frecuentes en la esfera motora son la fatiga, las contracturas, o la dificultad para la relajación muscular.

Todo ello provoca discapacidad en forma de disminución de la movilidad, dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria y aumento de la fatiga, entre otras, generando una gran discapacidad y pérdida de la autonomía personal, y más del 50% de los afectados por una enfermedad neuromuscular presenta un grado de gran dependencia.

A nivel mundial, y especialmente en España, existen pocos estudios epidemiológicos y se desconoce con precisión la prevalencia del conjunto de las ENM. En España tanto la Federación Española de Enfermedades Neuromusculares (Federación ASEM), que agrupa a asociaciones de pacientes afectados por ENM, como la Sociedad Española de Neurología (SEN) estiman que al menos unas 60.000 personas padecen algún tipo de enfermedad neuromuscular en nuestro país, lo que supondría una prevalencia global del 0,12%. Utilizando esta prevalencia para la población mayor de 14 años de cada comunidad autónoma podemos realizar una estimación del impacto que ello supondría. (Ver tabla 13).

Para las estimaciones, como en los casos anteriores, se han realizado los cálculos con un escenario de cobertura del 70 por ciento de la población diana.

Este subgrupo considera que el gasto por persona de las actividades incluidas en la propuesta de ampliación de la cartera común de servicios a este grupo de población se correspondería, al menos, con el de gasto medio por persona, que, como ya se ha mencionado, es 53,4 euros.



**TABLA 12. VALORACIÓN ECONÓMICA PERSONAS DE 18 o MÁS AÑOS CON GRADO DE D. INTELECTUAL MAYOR O IGUAL AL 33%**

CCAA	Nº Personas	Importe 70% Cobertura
ANDALUCIA	53.068	1.983.682
ARAGÓN	7.764	290.218
ASTURIAS	5.341	199.647
BALEARES	2.990	111.766
CANARIAS	5.298	198.039
CANTABRIA	2.393	89.450
CASTILLA y LEÓN	17.432	651.608
CASTILLA LA MANCHA	8.793	328.682
CATALUÑA	37.696	1.409.076
C. VALENCIANA	19.475	727.976
EXTREMADURA	8.436	315.338
GALICIA	10.040	375.295
MADRID	23.067	862.244
MURCIA	8.626	322.440
NAVARRA	3.275	122.420
PAÍS VASCO	8.845	330.626
RIOJA, LA	1.282	47.921
INGESA	1.071	40.034
<b>TOTAL</b>	<b>224.892</b>	<b>8.406.463</b>

Fuente: Base Estatal de Datos de Persona con Valoración del Grado Discapacidad (IMSERSO 2018)

**TABLA 13. VALORACIÓN ECONÓMICA PERSONAS MAYORES DE 14 AÑOS CON ENF. NEUROMUSCULARES**

CCAA	>14 años	Prevalencia 0,12%	Importe 70% Cobertura
ANDALUCIA	7.157.000	8.588	321.034
ARAGÓN	1.145.756	1.375	51.394
ASTURIAS	909.241	1.091	40.785
BALEARES	998.183	1.198	44.774
CANARIAS	1.893.695	2.272	84.944
CANTABRIA	507.002	608	22.742
CASTILLA y LEÓN	2.113.650	2.536	94.810
CASTILLA LA MANCHA	1.741.760	2.090	78.128
CATALUÑA	6.614.614	7.938	296.705
C. VALENCIANA	4.322.827	5.187	193.905
EXTREMADURA	921.674	1.106	41.343
GALICIA	2.385.433	2.863	107.001
MADRID	5.765.831	6.919	258.632
MURCIA	1.255.174	1.506	56.302
NAVARRA	560.003	672	25.119
PAÍS VASCO	1.919.561	2.303	86.104
RIOJA, LA	274.118	329	12.296
INGESA	134.640	162	6.039
<b>TOTAL</b>	<b>40.620.162</b>	<b>48.744</b>	<b>1.822.058</b>

*Fuente: Elaboración propia*

## 1.5. VALORACIÓN ECONÓMICA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD BUCODENTAL EN PERSONAS CON FALTA DE AUTOCONTROL

En este caso, el subgrupo de trabajo considera que la estimación del número de personas con alteraciones conductuales severas objetivables y que no sean capaces de mantener el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental no es posible realizarla.

Quizás solo se podría hacer una aproximación o estimación de este grupo de población si se pudiera disponer de datos históricos de las personas atendidas con tratamientos sedativos o anestesia general en las CCAA, pero con los actuales sistemas de información no es posible.

No obstante, no sería necesario hacer la valoración económica de la atención a la salud bucodental en personas con falta de autocontrol, pues, aunque se ha cambiado la redacción, en el fondo el universo de personas que precisarían sedación sería el mismo que ahora, y no supondría un incremento en la cartera común de servicios.

Se considera que el gasto por persona de las actividades incluidas en la propuesta de ampliación de la cartera común de servicios a este grupo de población le correspondería, al menos en lo que atañe a la atención primaria, el del gasto medio por persona, que, como ya se ha mencionado, es 53,4 euros, sin tener en cuenta los gastos hospitalarios en que incurrirían, que corresponderían a la atención especializada, siendo además el gasto más importante.

## 2. IMPACTO PRESUPUESTARIO

En base a las valoraciones económicas previamente expuestas se ha realizado la estimación del impacto presupuestario que supondría homogeneizar y ampliar la cartera de servicios comunes de salud bucodental, para que alcance a los siguientes colectivos: población infantojuvenil (de 0 a 14 años), a mujeres embarazadas, a personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial, a personas con un grado de discapacidad intelectual o con un grado de discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores que impida un correcto autocuidado.

La estimación realizada, considerando un 70% de cobertura, se expone en la tabla 14.

**TABLA 14. IMPACTO PRESUPUESTARIO ESTIMADO PARA HOMOGENEIZAR Y AMPLIAR LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SALUD BUCODENTAL**

	Población infantojuvenil	Población de embarazadas	Población diagnosticada de cáncer de cabeza y cuello (incidencia en > 14 años )	Población ≥ 18 años con discapacidad intelectual (grado ≥ 33%)	Población con enfermedad neuromuscular (> 14 años)	TOTAL
<b>TOTAL (miles de euros)</b>	34.555,21	686,33	115,40	8.406,46	1.822,06	45.585,46

## 5. CRITERIOS PARA EL REPARTO DE FONDOS ENTRE LAS CCAA E INGESA

La **Ley 22/2021, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2022** contempla en los presupuestos del Ministerio de Sanidad, y en concreto en su aplicación presupuestaria 26.09.313A.452, una partida presupuestaria de 44.058.000 € destinada al **impulso de la ampliación de los servicios de salud bucodental en la cartera de servicios del SNS**.

El reparto de fondos se hará atendiendo al alcance de la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental planteada. Por ello, se proponen los siguientes **criterios para su distribución**:

1. **Número de personas incluidas en los colectivos priorizados e incluidos en la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental**, en concreto:
  - Número de personas de 0-14 años, considerando para su cálculo los datos de población por comunidades autónomas, edad (año a año) del Instituto Nacional de Estadística (INE) de España (2020). Se segmenta en los siguientes tramos: 0-5 años, 6-12 años, 13-14 años.
  - Número de mujeres embarazadas, considerando para su cálculo los datos disponibles de la estadística de “Nacimientos por comunidad autónoma de residencia de la madre” del INE (2019).
  - Número de personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial, considerando para su estimación los datos de incidencia de la Asociación Española contra el Cáncer.
  - Número de personas mayores de 18 años con un grado de discapacidad intelectual reconocido igual o superior a un 33%, empleando para ello los datos recogidos en la Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado Discapacidad (IMSERSO 2018).
  - Número de personas con una discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores, que impidan el correcto autocuidado necesario para

alcanzar y mantener una adecuada salud bucodental, estimada como el 0,12%<sup>9</sup> de prevalencia global en la población mayor de 14 años de cada comunidad autónoma.

2. **Ponderación del gasto por persona**, considerando el estudio realizado por el subgrupo específico del Grupo de Trabajo de Salud Bucodental de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación del Consejo Interterritorial del SNS, en concreto:

- El 100% de la cápita (53,4 €) para las personas de 13-14 años, las personas con discapacidad, y aquellas con una discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores, que impidan el correcto autocuidado necesario para alcanzar y mantener una adecuada salud bucodental.
- El 70% (37,38 €) para la población de 6-12 años
- El 40% (21,36 €) para la población de 0-5 años, las mujeres embarazadas y personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial.

El número de personas estimada para cada uno de los colectivos, por comunidad autónoma se presenta en la tabla 15:

**TABLA 15. POBLACIÓN ESTIMADA PARA CADA UNO DE LOS COLECTIVOS, POR COMUNIDAD AUTÓNOMA**

CCAA	Población 0-5 años	Población 6-12 años	Población 13-14 años	Población Total 0-14 años	Población con Discapacidad intelectual > 18 años	Embarazadas	Pacientes Oncológicos cabeza y cuello > 14 años	Pacientes con enfermedad neuromuscular > 14 años	TOTAL COLECTIVOS PRIORIZADOS
ANDALUCÍA	458.423	652.736	196.252	1.307.411	53.068	69.397	1.360	8.588	1.439.824
ARAGÓN	66.392	91.360	25.883	183.635	7.764	9.644	218	1.375	202.636
ASTURIAS	37.139	55.998	16.406	109.543	5.341	5.152	173	1.091	121.300
BALEARES	64.040	85.108	24.212	173.360	2.990	9.681	190	1.198	187.418
CANARIAS	96.323	141.064	44.870	282.257	5.298	14.137	360	2.272	304.324
CANTABRIA	25.492	38.965	11.446	75.903	2.393	3.547	96	608	82.548
CASTILLA y LEÓN	98.012	141.555	41.701	281.268	17.432	14.323	402	2.536	315.961
CASTILLA LA MANCHA	106.115	152.946	44.400	303.461	8.793	15.316	331	2.090	329.991
CATALUÑA	416.314	580.899	168.652	1.165.865	37.696	61.548	1.257	7.938	1.274.303
C. VALENCIANA	255.074	369.940	109.512	734.526	19.475	37.324	821	5.187	797.334
EXTREMADURA	50.144	70.998	21.171	142.313	8.436	7.650	175	1.106	159.680
GALICIA	111.853	158.569	45.964	316.386	10.040	15.718	453	2.863	345.460
MADRID	374.150	499.906	140.001	1.014.057	23.067	55.741	1.096	6.919	1.100.880
MURCIA	93.628	126.132	36.317	256.077	8.626	14.264	238	1.506	280.712
RIOJA, LA	16.353	22.921	6.522	45.796	1.282	2.408	52	329	49.867
INGESA	13.873	17.995	4.810	36.678	1.071	2.077	26	162	40.013
<b>TOTAL</b>	<b>2.283.325</b>	<b>3.207.092</b>	<b>938.119</b>	<b>6.428.536</b>	<b>212.772</b>	<b>337.927</b>	<b>7248</b>	<b>45768</b>	<b>7.032.251</b>

<sup>9</sup> Prevalencia estimada a partir de datos de la Federación Española de Enfermedades Neuromusculares (Federación ASEM), que agrupa a asociaciones de pacientes afectados por ENM, y de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

De acuerdo con los criterios anteriormente expuestos, y acordados en la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación de 2 de marzo de 2022, se expone a continuación (Tabla 16) el reparto de fondos entre las comunidades autónomas:

**TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE FONDOS ENTRE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA EL IMPULSO DE LA AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD BUCODENTAL EN LA CARTERA DE SERVICIOS DEL SNS**

CCAA	Importe TOTAL ponderado de los Colectivo priorizados	% respecto al TOTAL	Reparto FONDOS
ANDALUCIA	49.474.861,41	20,62	<b>9.085.094</b>
ARAGÓN	6.913.985,54	2,88	<b>1.269.619</b>
ASTURIAS	4.219.785,03	1,76	<b>774.881</b>
BALEARES	6.276.618,99	2,62	<b>1.152.579</b>
CANARIAS	10.440.402,47	4,35	<b>1.917.176</b>
CANTABRIA	2.850.333,65	1,19	<b>523.408</b>
CASTILLA y LEÓN	10.992.524,43	4,58	<b>2.018.563</b>
CASTILLA LA MANCHA	11.270.074,58	4,70	<b>2.069.529</b>
CATALUÑA	43.390.829,35	18,08	<b>7.967.880</b>
C. VALENCIANA	27.256.434,80	11,36	<b>5.005.113</b>
EXTREMADURA	5.532.200,27	2,31	<b>1.015.881</b>
GALICIA	11.805.378,97	4,92	<b>2.167.828</b>
MADRID	36.969.663,74	15,41	<b>6.788.758</b>
MURCIA	9.504.869,03	3,96	<b>1.745.384</b>
RIOJA, LA	1.692.933,50	0,71	<b>310.874</b>
INGESA	1.336.564,65	0,56	<b>245.434</b>
<b>TOTAL</b>	<b>239.927.460,40</b>	<b>100</b>	<b>44.058.000</b>

Los fondos serán transferidos a las comunidades autónomas<sup>10</sup> y a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, en concreto al INGESA, siendo el plazo temporal máximo para la ejecución de las medidas a emprender para hacer efectiva la ampliación de los servicios de salud bucodental en la cartera de servicios del SNS, de, como máximo, 3 años, a partir del ejercicio siguiente de la transferencia efectiva, es decir, hasta 2025 ambos inclusive.

<sup>10</sup> Como consecuencia del régimen fiscal y financiero que existe en las comunidades autónomas forales y dado que los fondos están contemplados en los Presupuestos Generales del Estado, no es posible considerar en la transferencia a las comunidades forales.

Esta partida presupuestaria permite a las comunidades autónomas invertir en personal, infraestructuras, gastos corrientes o cualquier otro gasto que precise.

A efectos de seguimiento conjunto, antes del 30 de septiembre de 2022, las comunidades autónomas y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, en concreto el INGESA, remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad la información sobre la planificación de la ejecución del programa, con las medidas/inversiones a financiar y un cronograma estimado.

Antes del 31 de marzo de cada año, hasta el último año de ejecución, las comunidades autónomas y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, en concreto el INGESA, remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia información sobre el nivel de ejecución anual.

Por último, antes del 31 de marzo del año posterior a la ejecución final del fondo, las comunidades autónomas y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, remitirán a la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad, la información sobre el estado de ejecución del programa indicando las cuantías totales de compromiso de créditos, obligaciones reconocidas y pagos realizados en el ejercicio, detallado por cada una de las aplicaciones presupuestarias del presupuesto de gastos del Estado desde las que se realizaron las transferencias de crédito. Además, se acompañará una memoria sobre la actividad desarrollada. Las memorias y justificación de estos fondos deberán hacer referencia a todas y cada una de las medidas realizadas, con expresión completa de los objetivos alcanzados.

Toda la información será tenida en cuenta en la adopción de los acuerdos de distribución de fondos de ejercicios posteriores.

## 6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA AMPLIACIÓN DE LA CARTERA COMUN DE SERVICIOS EN SALUD BUCODENTAL

Partiendo de la propuesta de ampliación, el Ministerio de Sanidad y las CCAA, con carácter anual, monitorizarán la implementación de la ampliación de la cobertura de servicios en el Sistema Nacional de Salud. El grupo de trabajo propuso los siguientes indicadores para monitorizar cada uno de los colectivos cuya ampliación hay sido propuesta:

### a) Población infantojuvenil

Tanto para la población/coertura como para la actividad se decide desagregar los datos de los indicadores en dos subgrupos o cohortes, una de 0 a 5 y otra de 6 a 14 años.

#### Indicadores Población/Cobertura

Población diana/asignada: De 0 a 5 años  
De 6 a 14 años  
Nº de niños atendidos: De 0 a 5 años  
De 6 a 14 años  
Cobertura alcanzada (Niños atendidos/Población diana) x100  
De 0 a 5 años  
De 6 a 14 años

#### Indicadores de Actividad

Nº de Revisiones: De 0 a 5 años  
De 6 a 14 años

Aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes (ver si es necesario subdividirlo por el tipo de producto)  
De 0 a 5 años  
De 6 a 14 años

Sellado de fosas y fisuras (Aplicación de selladores)  
De 0 a 5 años  
De 6 a 14 años

Obturaciones  
De 0 a 5 años  
De 6 a 14 años

Tratamientos de incisivos y caninos definitivos por traumatismos  
De 0 a 5 años  
De 6 a 14 años



Exodoncias

De 0 a 5 años

De 6 a 14 años

Tartrectomías

De 0 a 5 años

De 6 a 14 años

## **b) Mujeres embarazadas**

### Indicadores Población/Cobertura

Población diana estimada

Nº de embarazadas atendidas

Cobertura alcanzada (Embarazadas atendidas/Población embarazadas estimadas) x100

### Indicadores de Actividad

Nº de Revisiones/Exploraciones:

Aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes (ver si es necesario subdividirlo por el tipo de producto)

Tartrectomías

## **c) Personas diagnosticadas de procesos oncológicos**

### Indicadores Población/Cobertura

Nº total pacientes oncológicos atendidos

### Indicadores de Actividad

Nº de Revisiones/Exploraciones

Aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y /o desensibilizantes

Tartrectomía

Exodoncia

## d) Personas con discapacidad

### Indicadores Población/Cobertura

Nº total personas atendidas

### Indicadores de Actividad

Nº de Revisiones

Aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes (ver si es necesario subdividirlo por el tipo de producto)

Sellado de fosas y fisuras (Aplicación de selladores)

Obturaciones

Tratamientos de incisivos y caninos definitivos por traumatismos

Exodoncias

Tartrectomías

## ANEXO I. ENCUESTA “DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD BUCODENTAL EN EL SNS”

### DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DE SALUD BUCODENTAL EN ESPAÑA (2020)

Los datos están referidos a las 17 CCA. No se dispone de datos del INGESA.

#### ❖ A. Datos de identificación

Ningún comentario.

#### ❖ B. Datos regulatorios, normativos y organizativos

##### Legislación o normativa autonómica

Todas las CCAA menos Comunidad Valenciana, La Rioja y Asturias disponen de algún tipo de normativa.

##### Programas de Salud Bucodental

Todas las CCAA menos Castilla-La Mancha.

##### Unidad y/o Responsable de la Salud Bucodental

No existe como tal figura en 6 CCAA: Comunidad Valenciana, Andalucía, Murcia, Castilla y León, Galicia y Castilla-La Mancha.

#### ❖ C. Salud Bucodental Infantil/Programa Atención Dental Infantil (PADI)

##### Rango de edad

Rango edad	Nº CCAA
0-14	1
1-14	3
6-8	1
6-14	3
6-15	6
6-16	1
7-15	1
7-16	1

El mayor rango de edad cubierto es de 0 a 14 años, que tiene solo una CA (Valencia), siguiéndole 3 CCAA (Cataluña, Galicia y La Rioja) con un rango de 1 a 14 años. El menor rango es de 6 a 8 años que se da solo en una CA (Murcia).

Todas las CCAA, salvo una, cubrirían el rango de edad de 7 a 14 años.

De 6 a 14 años hay 15 CCAA que cubrirían ese rango, y un total de 7 cubrirían el rango de 6 a 15 años.

### **Cartera de servicios / Actividades incluidas**

#### Revisión anual de la salud bucodental

Todas las CCAA han contestado que sí la realizan.

#### Instrucciones y recomendaciones sanitarias sobre hábitos dietéticos e higiene bucodental

Todas contestan que se realizan.

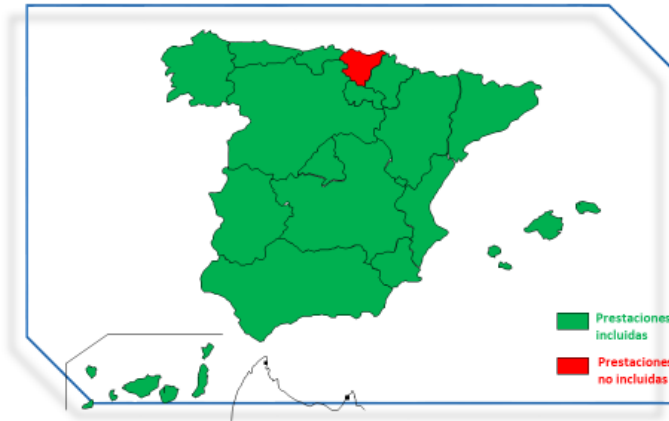
#### **Revisión anual de la salud bucodental/Instrucciones y recomendaciones sanitarias sobre hábitos dietéticos e higiene bucodental**



#### Aplicaciones de flúor tópico

En todas, excepto una (P. Vasco) contestan que se realizan.

## Aplicaciones de flúor tópico



## Sellados de fosas y fisuras

Se realiza en todas las CCAA.

## Sellado de fosas y fisuras



### Exodoncias en piezas temporales

Se realiza en todas las CCAA.

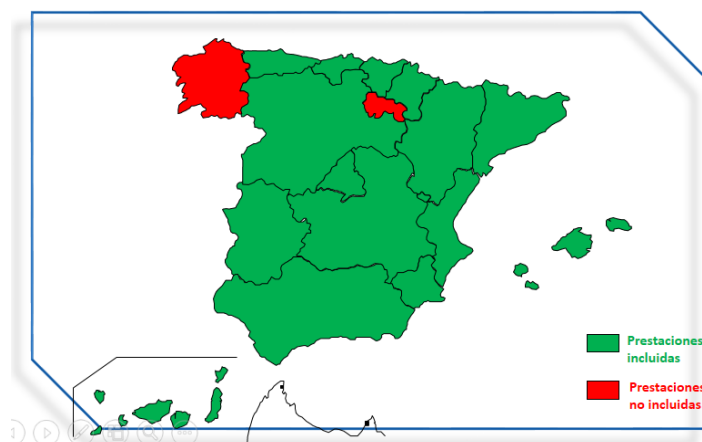
#### Exodoncias en piezas temporales



### Tartrectomías en dentición permanente

En todas, excepto en dos CCAA (La Rioja y Galicia).

#### Tartrectomías en dentición permanente



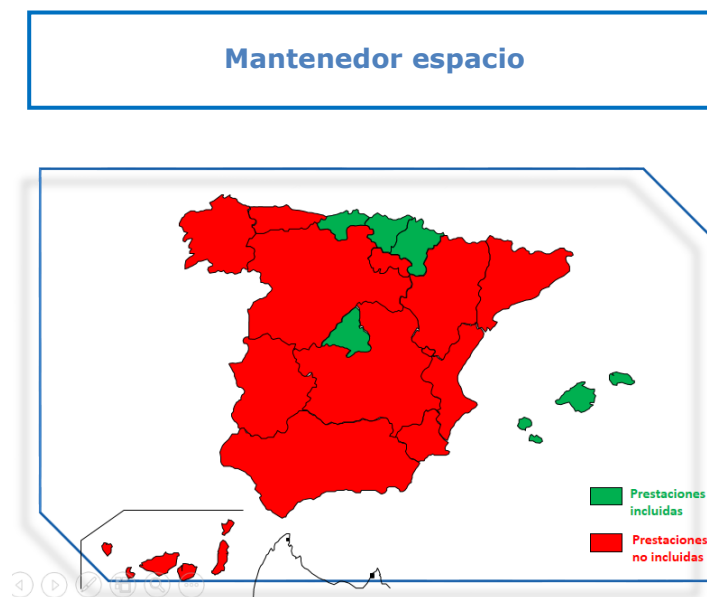
### Tratamiento de urgencias bucodentales

Se realiza en todas las CCAA menos en una (La Rioja).

No obstante, a este respecto hay que señalar que en ninguna comunidad autónoma existen servicios de urgencia bucodental las veinticuatro horas al día dotados de odontólogos/estomatólogos.

### Mantenedor de espacio

Solo se contempla en 5 CCAA. (Cantabria, Baleares, Madrid, Navarra y P. Vasco).



### Obturación de piezas permanentes

Se realiza en todas las CCAA.

En 13 de ellas se realizan en todas las piezas, y en 4 de ellas solo se realiza en algunas piezas (Murcia, Casilla y León, Galicia y Castilla-La Mancha).

### Obturación en piezas permanentes

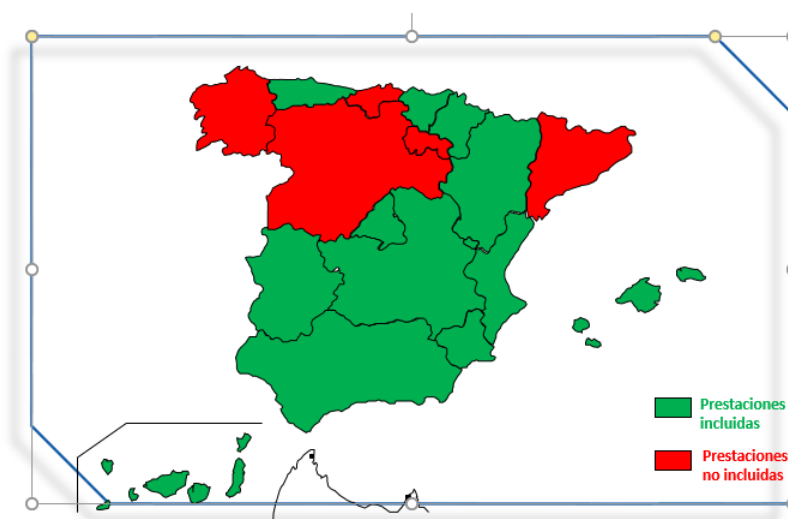


### Tratamientos pulpares en dentición permanente

Cinco CCAA contestan que no realizan este tipo de tratamiento (Cataluña, Cantabria, Castilla y León, Galicia y La Rioja).

En aquellas CCAA en las que se realizan, aunque la amplitud de los tratamientos es variable, los más frecuentes son la apicoformación, los recubrimientos pulpares y la endodoncia.

### Tratamientos pulpares en dentición permanente





### Tratamientos especiales de incisivos y caninos permanentes en caso de:

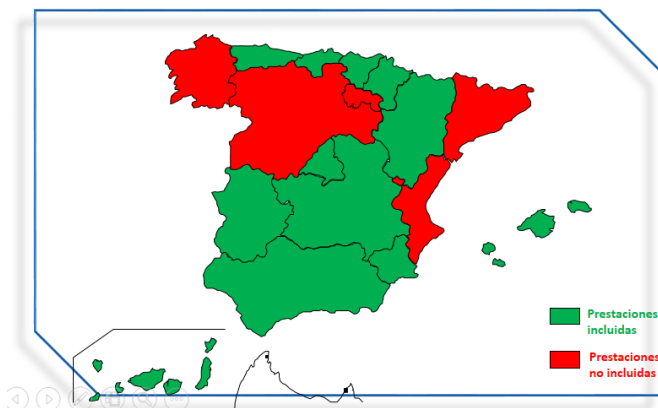
**Traumatismos:** Todas menos 5 CCAA (Cataluña, Comunidad Valenciana, Castilla y León, Galicia, La Rioja).

**Enfermedad:** Todas menos 6 CCAA (Cataluña, Comunidad Valenciana, Castilla y León, Baleares, Galicia y P. Vasco).

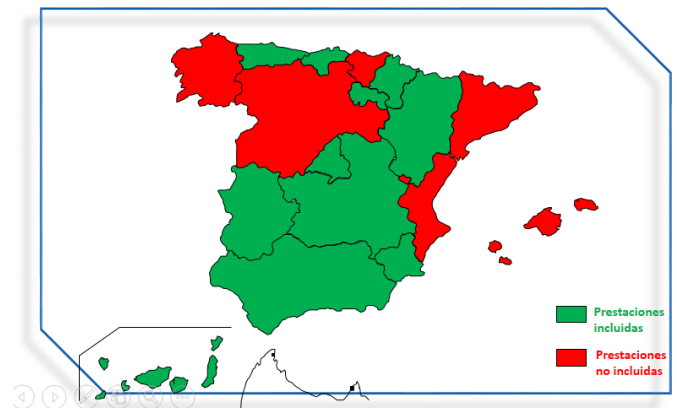
**Malformaciones:** Todas menos 7 CCAA (Cataluña, Comunidad Valenciana, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Madrid y La Rioja).

Los tratamientos incluidos en estos casos son los que ofrecen mayor variabilidad entre las CCAA, tanto en su número como en los tipos de tratamientos. Lo más frecuente son los tratamientos pulpares y los tratamientos de conductos. También se contemplan las reconstrucciones y la prótesis de coronas dentales.

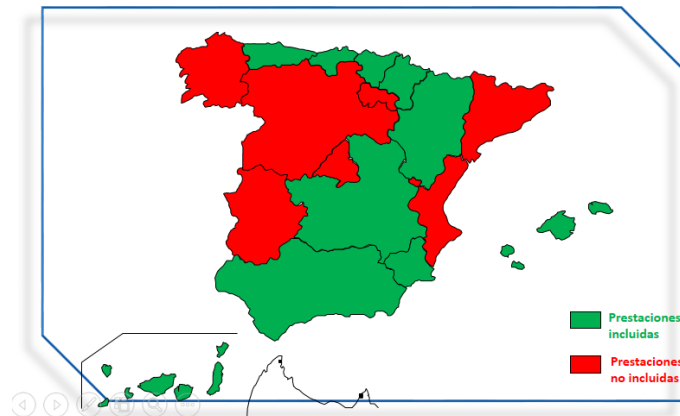
#### Tratamientos especiales de caninos e incisivos permanentes en caso de traumatismos



#### Tratamientos especiales de caninos e incisivos permanentes en caso de enfermedad



#### Tratamientos especiales de caninos e incisivos permanentes en caso de malformaciones



Tratamientos especiales de otros grupos dentales permanentes en caso de:

Enfermedad: Solo se cubren en 6 CCAA (Aragón, Asturias, Cantabria, Galicia, Castilla-La Mancha y La Rioja).

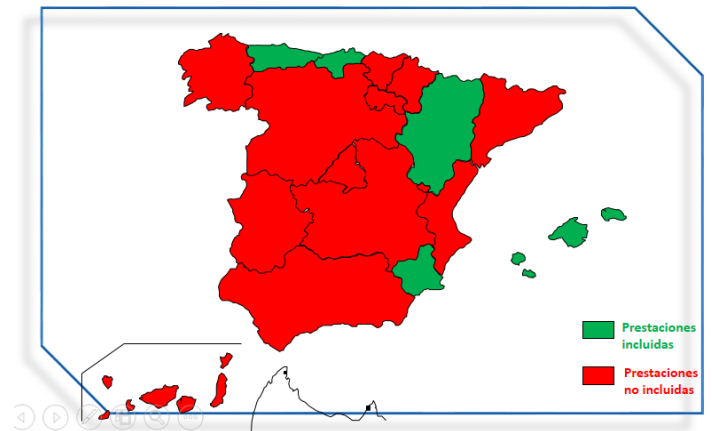
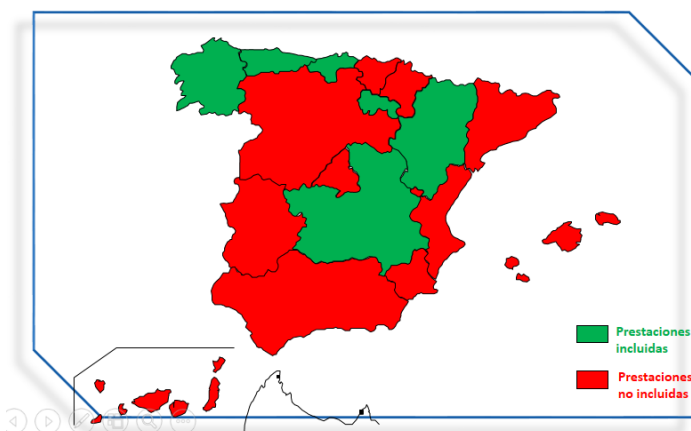
Malformaciones: Solo se cubren en 5 CCAA (Aragón, Murcia, Asturias, Cantabria y Baleares).

Traumatismos: Solo se cubren en 5 CCAA (Aragón, Murcia, Asturias, Cantabria y Madrid).

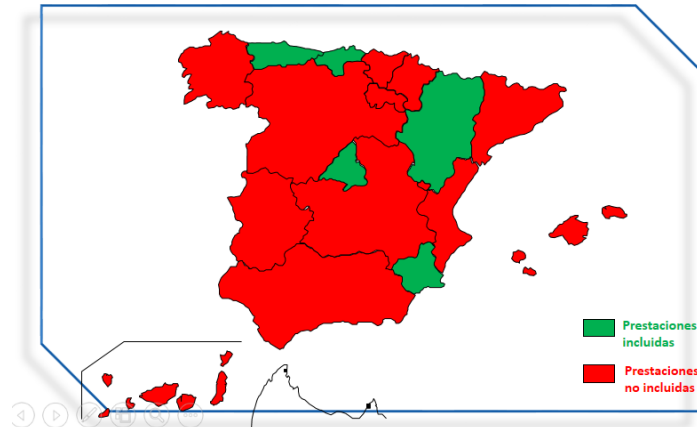
Estos tratamientos en dentición distinta al del grupo incisivo-canino son menos frecuentes en las carteras de servicios de las CCAA, siendo los tratamientos semejantes a los proporcionados para el grupo incisivo.

**Tratamientos especiales de otros grupos dentales en caso de enfermedad**

**Tratamientos especiales de otros grupos dentales en caso de malformaciones**



### Tratamientos especiales de otros grupos dentales en caso de traumatismos



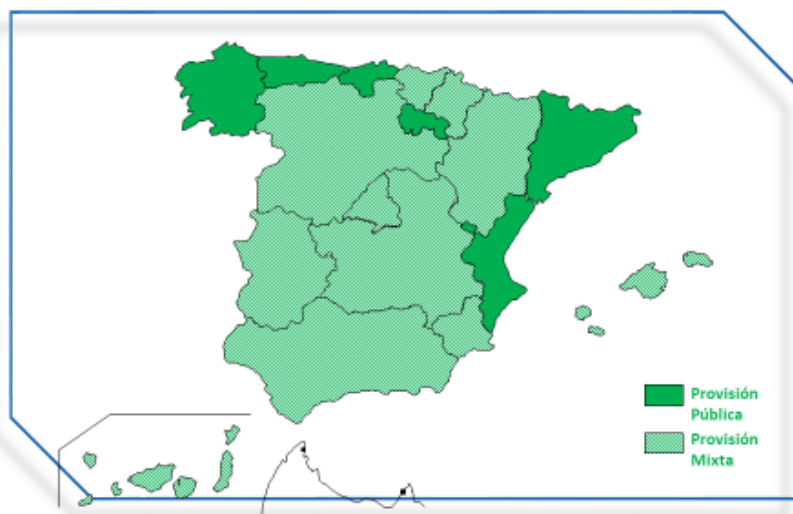
### Modelos Provisión Asistencia Bucodental Infantil

#### Provisión de la asistencia en Salud Bucodental en la población infantil

Pública: 6 CCAA (Comunidad Valenciana, Cataluña, Asturias, Cantabria, Galicia y La Rioja).

Mixta: 11 CCAA (Aragón, Andalucía, Murcia, Canarias, Castilla y León, Extremadura, Baleares, Madrid, Castilla-La Mancha, Navarra y P. Vasco)

### Provisión de la asistencia bucodental en la población infantil



#### Modalidad provisión mixta

A través de los Colegios Profesionales: 5 CCAA (Aragón, Murcia, Canarias, Madrid, Castilla-La Mancha).

Directamente con los profesionales: 6 CCAA (Andalucía, Castilla y León, Extremadura, Baleares, Navarra y P. Vasco).

#### Sistema retributivo con el sector privado

Capitación para la asistencia básica: 8 CCAA (Aragón, Andalucía, Murcia, Canarias, Extremadura, Baleares, Navarra y P. Vasco).

Por acto (con tarifa concertada) para tratamientos especiales u otras prestaciones bucodentales no básicas: 11 CCAA (Aragón, Andalucía, Murcia, Canarias, Castilla y León, Extremadura, Baleares, Madrid, Castilla-La Mancha, Navarra y P. Vasco).

*Hay CCAA que, además de tener concertada la asistencia básica con el sector privado, tienen fijadas tarifas para los tratamientos especiales u otras prestaciones bucodentales no básicas con ese sector, y, también, hay otras CCAA que solo tienen acuerdos para derivar pacientes para tratamientos especiales (Castilla y León, Madrid y Castilla-La Mancha).*

Pago por el usuario, y posterior reintegro de gastos: 1 sola CA (Castilla-La Mancha).

### **Gastos por Asistencia Bucodental Infantil y Datos de Actividad**

#### Gasto por asistencia general o básica (capitación)

Han contestado las 8 CCAA que tienen una provisión mixta con pago por capitación para la asistencia dental básica.

El gasto total por este concepto, referido al ejercicio de 2019, para las 8 CCAA es de 20.271.370 euros.

#### Gastos por actos médicos (Tratamientos especiales u otras prestaciones bucodentales no básicas)

De las 11 CCAA que tienen habilitado este mecanismo, solo 2 no han contestado a la pregunta (Castilla y León y Castilla-La Mancha).

El gasto total por este concepto, referido al ejercicio de 2019, para la 8 CCAA es de 3.995.662 euros.

#### Nº total de niños/as atendidos con provisión privada

Han proporcionado información las 8 CCAA que tienen provisión mixta con pago por capitación para la asistencia dental básica y pago por acto para tratamientos especiales u otras prestaciones bucodentales no básica, además de una CA que tiene provisión pública para la asistencia dental básica por acto para los otros tratamientos (Madrid).

El número total de niños/as atendidos es de 576.790.

#### Gasto total del último ejercicio disponible (incluyendo la financiación de la prestación en el sector privado, si existiera un modelo mixto de provisión

A esta pregunta solo han podido responder 8 CCAA, 3 que tienen un modelo únicamente público de provisión (Asturias, Galicia y La Rioja) y 5 con modelo mixto (Aragón, Andalucía, Madrid, Navarra y P. Vasco).

El gasto total por este concepto, referido al ejercicio de 2019, para las 8 CCAA es de 42.033.677 euros.

#### Nº total de niños/as atendidos

Este dato incluye los niños/as atendidos tanto en el sector público como en el privado referido al año 2019.

Este dato ha sido facilitado por 13 CCAA. Pero solo son 8 (Aragón, Andalucía, Asturias, Galicia, Madrid, Navarra, P. Vasco y La Rioja) las que aportan, además de este dato, toda la información solicitada sobre los gastos en salud bucodental que permita elaborar una información de mayor calidad. Estas 8 CCAA suman un total de 890.429 personas atendidas.

Por otra parte, hay 4 CCAA (Murcia, Canarias, Extremadura y Baleares) que además de facilitar datos del nº total de niños también aportan información sobre el número y el gasto de la población infantil atendida por el sector privado. Estas 4 CCAA suman un total de 176.920 personas atendidas.

La otra CA (Cataluña) que aporta datos sobre el nº total de niños/as atendidos no aporta ningún otro dato más.

El número total, por tanto, es de 1.382.326 niños/as atendidos.

#### Importe por persona y año (cápita) para la asistencia básica en el modelo de provisión mixto

A esta cuestión han contestado las 8 CCAA que tienen un modelo mixto para la provisión de la asistencia básica. El importe más elevado es de 54,67 euros al año por niño/a atendido (este caso se da en Navarra en una de las dos tarifas que tienen fijadas con el sector privado), y la cápita más baja es de 30,74 euros (Andalucía).

La media estaría en 41,87 euros al año por persona atendida.

Con los datos completos que han aportado 8 CCAA (Aragón, Andalucía, Asturias, Galicia, Madrid, Navarra, P. Vasco y La Rioja), la media de gasto por niño atendido sería de 53,4 euros al año.

*Ver a continuación tabla con los datos de los gastos por los distintos conceptos y de la población atendida.*

### Gasto y población atendida por CCAA

CCAA	Gasto Total *	Nº total de niños/as atendidos	Gasto Total por niño/a atendido	Gasto por asistencia general o básica (capitación)	Importe cápita	Gastos por actos médicos (Tratamientos especiales)	Gasto Total Sector Privado	Nº total de niños/as atendidos con provisión privada	Gasto por niño/a atendido en Sector Privado
ARAGÓN	1.581.363	38.992	41	135.305	45,00	346.058	481.363	27.209	17,7
VALENCIA									
ANDALUCÍA	8.329.711	262.594	32	7.325.250	30,74	176.759	7.502.009	235.825	31,8
CATALUÑA		314.987							
MURCIA		41.328		972.922	39,90	97.844	1.070.765	24.384	43,9
ASTURIAS	3.600.000	32.000	113						
CANARIAS		47.657		1.160.676	36,00	283.857	1.444.533	32.260	44,8
CANTABRIA									
CASTILLA Y LEÓN									
EXTREMADURA		46.971		1.627.542	42,00	217.790	1.845.332	39.830	46,3
BALEARES		40.964		1.884.344	46,00	55.293	1.939.637	31.862	60,9
GALICIA	6.179.201	153.216	40						
MADRID	13.200.000	204.708	64			2.581.072	2.581.072	15.700	164,4
CASTILLA-LA MANCHA									
NAVARRA	2.700.000	47.900	56	2.375.898	49,20 - 54,67	114.827	2.490.725	46.461	53,6
P. VASCO	5.682.466	130.886	43	5.228.433	43,41	122.122	5.350.555	123.259	43,4
LA RIOJA	760.936	20.133	38						
<b>TOTAL</b>	<b>42.033.677</b>	<b>1.382.336</b>		<b>20.710.370</b>		<b>3.995.622</b>	<b>24.705.991</b>		

Datos referidos a 2019

\* Incluye, en su caso, los pagos al sector privado

## Tratamientos especiales

En esta pregunta se solicita información sobre una lista cerrada de 10 de los denominados “tratamientos especiales” más frecuentes que suelen estar concertados con el sector privado y sujetos a tarifa en cada CA.

Un total de 8 CCAA aportan datos al respecto (Aragón, Andalucía, Murcia, Canarias, Extremadura, Madrid, Navarra y P. Vasco).

En varios de los conceptos se puede observar una gran disparidad de precios entre las CCAA que en muchos de los casos se debe a que un mismo tratamiento especial incluye más o menos actuaciones o trabajos por parte de los odontoestomatólogos, así como, en su caso, por los distintos materiales utilizados.

Algunos tratamientos como la obturación y la exodoncia están incluidos dentro de las prestaciones básicas en algunas CCAA, y por lo tanto incluidos en la cápita que se abona anualmente por niño/a atendido. No obstante, las obturaciones, cuando no están incluidas en la atención básica, son en las que se observa un precio más homogéneo entre las distintas CCAA.

*Ver tabla adjunta a continuación*

### Otros tratamientos especiales o prestaciones bucodentales no básicas no incluidos en el apartado anterior

En esta pregunta se solicita información sobre otros tratamientos especiales que las CCAA con provisión mixta tengan concertados con el sector privado y sujetos a tarifa en cada CA.

Un total de 7 CCAA aportan datos al respecto (Aragón, Andalucía, Canarias, Extremadura, Madrid, Navarra y P. Vasco), con cerca de 30 tratamientos o actuaciones, aunque algunas pueden considerarse que aun teniendo una denominación diferente los tratamientos son muy similares.



### Importe y número de tratamientos especiales por CCAA

CCAA	ARAGÓN		ANDALUCÍA		MURCIA		CANARIAS		EXTREMADURA		MADRID		NAVARRA		P. VASCO		MEDIA
	Importe unitario	Nº	Importe unitario	Nº	Importe unitario	Nº	Importe unitario	Nº	Importe unitario	Nº	Importe unitario	Nº	Importe unitario	Nº	Importe unitario	Nº	
Endodoncia	120	330	60	166	131,7	113	119	913		280	128	517	89,08	748	72,51	134	104,16
Apicoformación	43	42	30	100	80	11	105	81	45	22	100	52	55,15	24	87,1	28	68,16
Obturación	35	6.426			43,2	2.051		15.736			46	1.126			43,51	612	41,93
Corona	180	5			43,2	108	34	44			22	2	213,8	51	195,78	22	114,80
Reconstrucción	50	800	41	2.655	49,24	108	67	1.059	50	360	50	586	54,83	794	58	1.382	52,98
Exodoncia						2.573		7.685							36,26	24	
Perno	82	2	18	42	28,72	1	28	195	30	14	35	54			21,75	10	34,78
Ferulización	73	13	48	41	98,51	3	95	10	66	8	35	95	127,88	14	58	32	75,17
Mantenedor espacio			78	32							108	636			94,26	7	93,42
Sutura tejidos blandos	33	33	30	45	32,83	14	38	25	35	3	15	0			36,26	10	31,44

## ❖ D. Atención Bucodental a personas con discapacidad de tipo psíquica, física o sensorial

### **Tratamientos sedativos si falta autocontrol**

Todas las CCAA contestan que se realiza.

### **Tipo de población a los que van dirigidos los tratamientos sedativos**

Todas las personas con discapacidad: 16 CCAA prestan este tratamiento (Comunidad Valenciana, Andalucía, Cataluña, Murcia, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Baleares, Galicia, Madrid, Castilla-La Mancha, Navarra, P. Vasco y La Rioja).

Población Infantil solo: 1 CA (Aragón) presta este tratamiento solo a la población infantil.

### **Prestaciones bucodentales específicas para personas con discapacidad psíquica**

Todas las CCAA menos 1 (Baleares) tienen prestaciones específicas para este grupo de discapacitados.

### **Actuaciones de carácter diagnóstico y/o terapéutico en personas con discapacidad psíquica, por encima del rango de edad establecido para la población infantil**

Las 16 CCAA que tienen prestaciones específicas para estas personas las proporciona por encima del rango de edad establecido para la población infantil.

### **Tipo de actuaciones o tratamientos que se facilitan**

Además de asistencia dental básica y algunos tratamientos especiales, en algunas CCAA y en algunos casos específicos se proporcionan tratamientos de ortodoncia, de prótesis o de periodoncia. También muchos de estos tratamientos se suelen facilitar por profesionales de los servicios públicos de salud.

### **Prestaciones bucodentales específicas para personas con discapacidad física**

Un total de 9 CCAA (Aragón, Comunidad Valenciana, Andalucía, Cataluña, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Navarra y P. Vasco) facilitan estas prestaciones.

### **Actuaciones de carácter diagnóstico y/o terapéutico en personas con discapacidad física, por encima del rango de edad establecido para la población infantil**

Las 9 CCAA que tienen prestaciones específicas para estas personas las proporciona por encima del rango de edad establecido para la población infantil.

#### **Tipo de actuaciones o tratamientos que se facilitan**

Todas las CCAA afirman que en estos casos las actuaciones o tratamientos que se facilitan son las mismas que en el caso de la discapacidad psíquica.

### **Prestaciones bucodentales específicas para personas con discapacidad sensorial**

Un total de 8 CCAA (Aragón, Comunidad Valenciana, Andalucía, Cataluña, Murcia, Cantabria, Navarra y P. Vasco) facilitan estas prestaciones.

### **Actuaciones de carácter diagnóstico y/o terapéutico en personas con discapacidad sensorial, por encima del rango de edad establecido para la población infantil**

Las 8 CCAA que tienen prestaciones específicas las proporciona por encima del rango de edad establecido para la población infantil.

#### **Tipo de actuaciones o tratamientos que se facilitan**

Todas las CCAA afirman que en estos casos las actuaciones o tratamientos que se facilitan son las mismas que en el caso de la discapacidad psíquica.

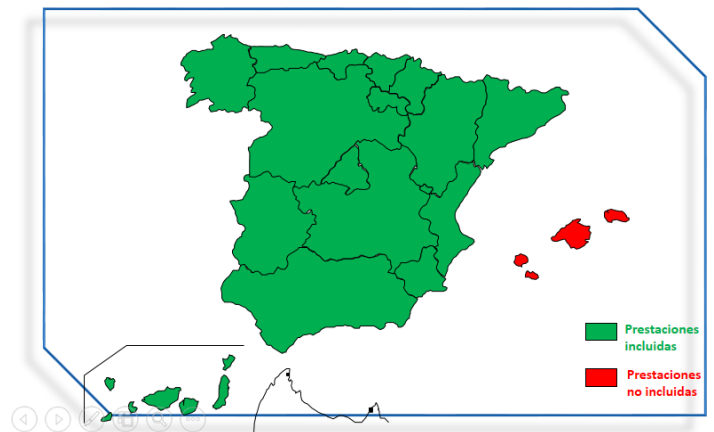
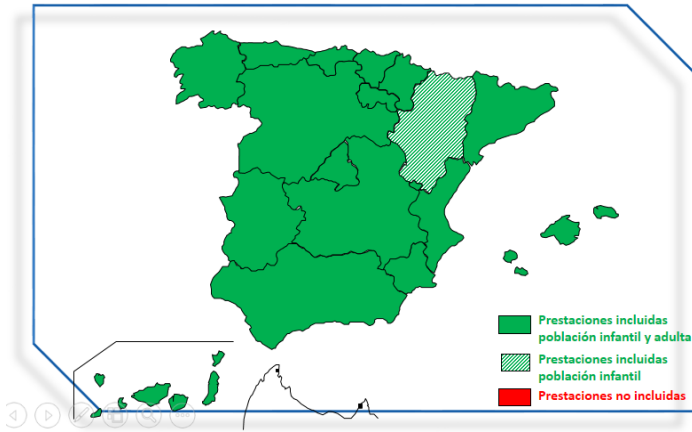
### **Nº total de tratamientos y gasto en personas con discapacidad psíquica, física o sensorial**

A este respecto son 8 CCAA las que han aportado algún dato (Aragón, Comunidad Valenciana, Andalucía, Murcia, Cantabria, Extremadura, Baleares y P. Vasco), pero solo 5 (Aragón, Comunidad Valenciana, Murcia, Extremadura y P. Vasco) aportan datos de número de tratamientos y gasto.

<b>CCAA</b>	<b>Nº total tratamientos Discapacidad</b>	<b>Importe</b>
<b>ARAGÓN</b>	99	9.469
<b>VALENCIA</b>	3.907	50.000
<b>ANDALUCÍA</b>	6.844	
<b>MURCIA</b>	110	76.973
<b>CANTABRIA</b>	220	
<b>EXTREMADURA</b>	7.433	28.793
<b>BALEARES</b>	110	
<b>P. VASCO</b>	186	143.823
<b>Total</b>	<b>18.909</b>	<b>309.058</b>

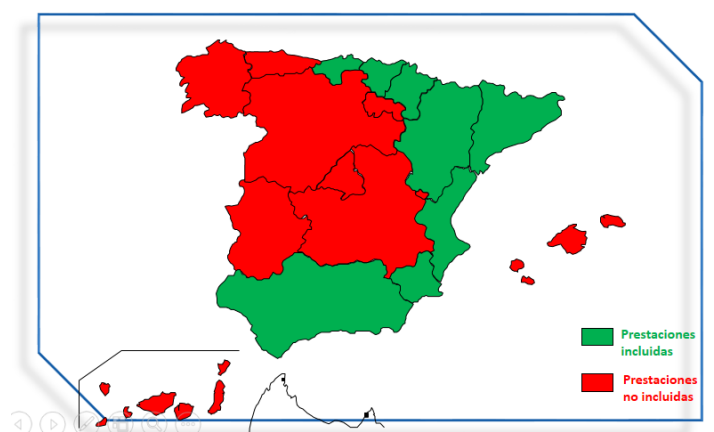
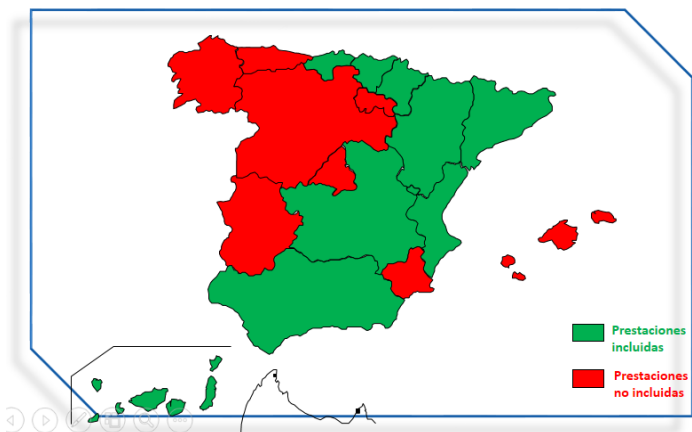
**Tratamientos sedativos (personas con discapacidad, población infantil y adulta)**

**Prestaciones específicas para personas con discapacidad psíquica**



**Prestaciones específicas para personas con discapacidad física**

**Prestaciones específicas para personas con discapacidad sensorial**



### **Observaciones/Propuestas de las CCAA:**

Establecer una cartera de servicios bucodental en personas con discapacidad similar a la del programa infantojuvenil tanto en atención básica como en tratamientos especiales.

Dotar de Unidades hospitalarias y/o ambulatorias especializadas para este colectivo.

Mejorar la captación y el diagnóstico precoz.

Proporcionar tratamientos de rehabilitación oral mediante diferentes tipos de prótesis (removibles, implantosoportadas ...).

### **❖ E. Prestaciones de Ortodoncia**

#### **Prestaciones de ortodoncia en casos de discapacidad**

Un total de 11 CCAA (Aragón, Comunidad Valenciana, Andalucía, Asturias, Cantabria, Extremadura, Baleares, Castilla-La Mancha, Navarra, P. Vasco) facilitan prestación de ortodoncia en alguna circunstancia o colectivo.

#### **Circunstancias o colectivos en los que se facilita la ortodoncia**

Discapacidad física: 3 CCAA (Castilla-La Mancha, Navarra y P. Vasco) facilitan la ortodoncia en algunas circunstancias a las personas con discapacidad física.

Discapacidad psíquica: 3 CCAA (Comunidad Valenciana, Extremadura y Castilla-La Mancha) facilitan la ortodoncia en algunas circunstancias a las personas con discapacidad psíquica.

Discapacidad sensorial: Ninguna CA facilita esta prestación a este colectivo de discapacitados.

Maloclusión tras intervención de una malformación esquelética craneofacial: En esta circunstancia son 10 las CCAA (Aragón, Comunidad Valenciana, Andalucía, Cataluña, Cantabria, Extremadura, Baleares, Castilla-La Mancha, Navarra y P. Vasco) que facilitan la ortodoncia.

#### **Otras circunstancias, diferentes a la discapacidad, en las que se facilita la ortodoncia**

Son solo 4 las CCAA (Andalucía, Cataluña, Asturias y Cantabria) que facilitan prestación de ortodoncia en algunas otras circunstancias o colectivos como son: procesos oncológicos relacionados con la cavidad oral, menores tutelados, malformaciones congénitas craneofaciales con repercusión en las arcadas dentales y tras cirugía ortognática.



## **Aplicaciones de flúor tópico**

Todas lo realizan excepto 4 CCAA (Castilla y León, Navarra, P. Vasco y La Rioja)

## **Tartrectomías**

Todas lo realizan excepto 7 CCAA (Aragón, Cataluña, Castilla y León, Baleares, Castilla-La Mancha, Navarra y P. Vasco)

## **Otras prestaciones de Atención Bucodental para embarazadas**

Ninguna CA ha incluido otras prestaciones a este colectivo.

### **Observaciones/Propuestas de las CCAA:**

Captación de la mujer desde el comienzo de su embarazo en las Unidades de Salud Buco-Dental (USBD) sirviéndose de: Equipos de Atención Primaria (medicina y enfermería de familia), Unidades de Psico-Profilaxis Obstétrica (matronas), Servicios de Ginecología de Atención Especializada para los casos de embarazo de alto riesgo.

Educación sobre cuidados de la cavidad oral del recién nacido y odontología para bebés.

Establecer los cauces necesarios para que los profesionales de las Unidades de Psico-Profilaxis Obstétrica (UPPO) de Atención Primaria y de los Servicios de Ginecología de Atención Especializada favorezcan el acceso de los trabajadores de las USBD a los grupos de Educación Para la Salud (EPS), como es el caso de los grupos de preparación al parto.

Tartrectomías.

Tratamientos periodontales básicos.

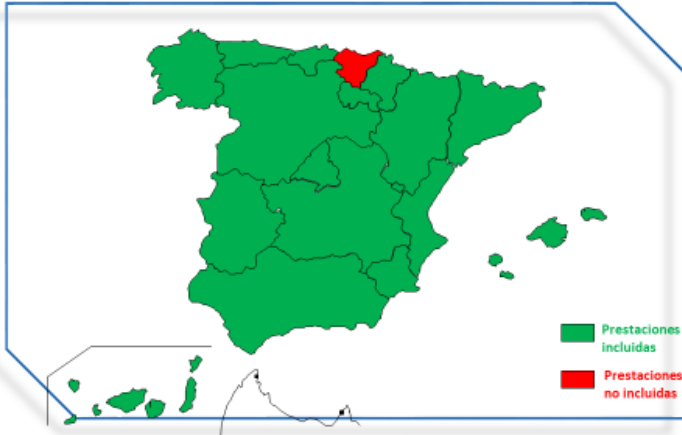
Fluoraciones tópicas más allá del parto.

Cuidar la salud bucodental de la gestante que repercutirá además en la de su hijo/a e incluso después del parto hacer revisiones semestrales para instruirlo tanto en su cuidado bucodental como el de su hijo/a evitando hábitos cariogénicos.

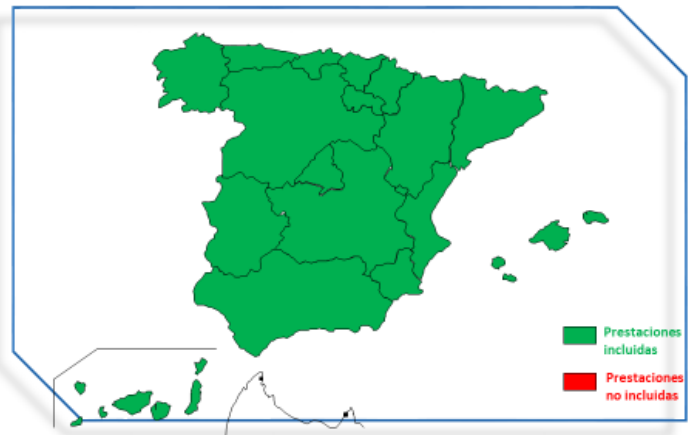
Establecer criterio de riesgo de caries durante el embarazo que genere revisiones de la mujer embarazada y su hijo/a en las USBD tras el parto y que se incluya al RN en la vigilancia de pediatría de AP.

Ampliar/establecer actuaciones de salud comunitaria desempeñadas por higienistas y matronas, durante el embarazo y tras el parto, especialmente en población

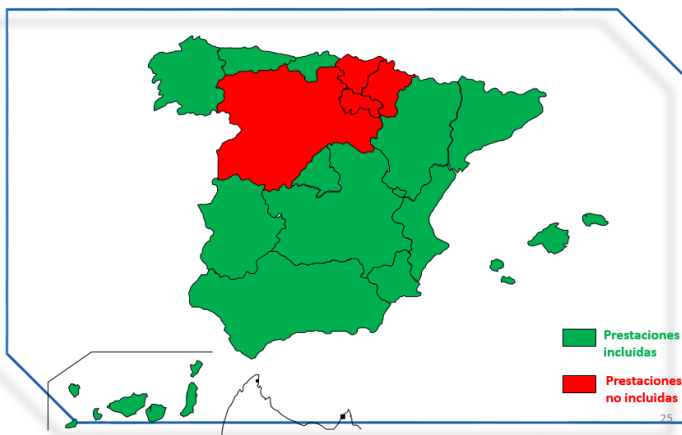
**Atención bucodental en embarazadas –  
Exploración preventiva cavidad oral**



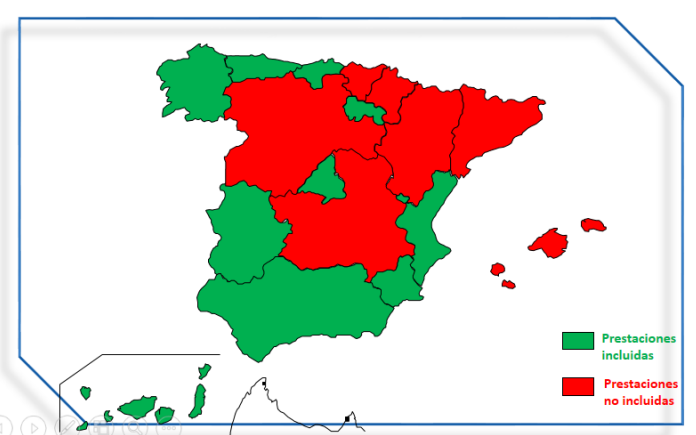
**Atención bucodental en embarazadas –  
Instrucciones y recomendaciones sanitarias  
sobre hábitos dietéticos e higiene  
bucodental**



**Atención bucodental en embarazadas –  
Aplicaciones de flúor tópico**



**Atención bucodental en embarazadas –  
Tartrectomías**



❖ **G. Implantes quirúrgicos y prótesis externas**



### **Pacientes con procesos oncológicos que afectan a la cavidad oral con pérdidas dentales relacionada directamente con la patología o su tratamiento**

Implantes dentales: Solo 8 CCAA facilitarían esta prestación (Aragón, Comunidad Valenciana, Andalucía, Cataluña, Murcia, Galicia, Castilla-La Mancha y P. Vasco).

Prótesis de maxilar superior y/o inferior implantosoportada: En este caso son solo 7 CCAA las que facilitarían esta prestación (Aragón, Andalucía, Cantabria, Cataluña, Galicia, Castilla-La Mancha y P. Vasco).

### **Pacientes con malformaciones congénitas que cursan con anodoncia (fisurados, malformaciones linfáticas, displasia ectodérmica, síndromes craneofaciales, etc.)**

Implantes dentales: Solo 6 CCAA son las que facilitarían esta prestación (Comunidad Valenciana, Andalucía, Cataluña, Galicia, Castilla-La Mancha y P. Vasco).

Prótesis de maxilar superior y/o inferior implantosoportada: En este caso también son 7 CCAA las que facilitarían esta prestación (Andalucía, Cantabria, Cataluña, Galicia, Madrid, Castilla-La Mancha y P. Vasco).

### **Pacientes con malformaciones congénitas, grandes traumatismos y procesos oncológicos, que afectan a la cavidad oral**

Esta pregunta ha sido incorrectamente formulada por lo que no puede tenerse en cuenta.

Respecto a este apartado hay que hacer una observación, y es que todas esas prestaciones están incluidas en la cartera común de servicios del SNS en las indicaciones señaladas, unas en el catálogo común de implantes quirúrgicos y las otras en el catálogo común de prestación ortoprotésica, pero quizás no son muy conocidas por los responsables de las comunidades autónomas del ámbito de la Salud Bucodental que se encuadra en la Atención Primaria y por la reciente inclusión de algunas de ellas en la cartera común de servicios.

#### **❖ H. Priorización**

En este apartado se ofrecía un listado de 10 colectivos o prestaciones para que por las comunidades autónomas se priorizaran de cara a una futura inclusión en la cartera de servicios de salud bucodental.

El orden de priorización obtenido ha sido el siguiente:



1. Prestaciones dentales preventivas, diagnósticas y terapéuticas de carácter similar a las incluidas en la población infanto-juvenil para mujeres embarazadas
2. Prestaciones dentales preventivas, diagnósticas y terapéuticas de carácter similar a las incluidas en la población infanto-juvenil para personas mayores de 18 años con discapacidades de tipo psíquico (intelectual y mental) con un grado de discapacidad reconocido = ó > 33%
3. Población infanto-juvenil (Ampliación de los PADI de 4 a 17 años)
4. Prevención y tratamiento de la caries en la población general
5. Población infanto-juvenil (Ampliación de los PADI de 0 a 17 años)
6. Prestaciones dentales preventivas, diagnósticas y terapéuticas de carácter similar a las incluidas en la población infanto-juvenil para personas mayores de 18 años con discapacidades de tipo físico con un grado de discapacidad reconocido = ó > 75%
7. Prestaciones dentales preventivas, diagnósticas y terapéuticas de carácter similar a las incluidas en la población infanto-juvenil para personas mayores de 18 años con discapacidades de tipo sensorial con un grado de discapacidad reconocido = ó > 75%
8. Prótesis de maxilares no implantosoportada para personas con un grado de discapacidad reconocido = ó > 75%
9. Prótesis de maxilares no implantosoportada para personas con edentulismo
10. Ortodoncia tras cirugía Ortognática

#### ❖ J. Observaciones/Propuestas de las Comunidades Autónomas

A continuación, se transcriben todas las observaciones generales que han realizado las comunidades autónomas.

La priorización debe basarse en criterios de coste-eficiencia, por lo que es necesario empezar por las cohortes más bajas, evitando la entrada en la enfermedad desde antes del nacimiento. Por este motivo la atención a la salud oral de las embarazadas figura en el primer lugar de la priorización, pero no me parece razonable asumir tratamientos de odontología conservadora durante la gestación, ya que ésta debe ser una etapa de tranquilidad y no de actividad terapéutica, por lo que solo deberían facilitarse tratamientos poco agresivos y de EpS, propia y para el ámbito familiar.

Una vez implantado un sistema sólido de base poblacional que reduzca la carga de la enfermedad, se podrían plantear actuaciones en cohortes de más de 18

años, pero siempre que el plan de actuación de 0 a 17 años se haya desplegado en su totalidad, lo que requiere de seguimiento y evaluación constantes.

Las prestaciones protésicas son inasumibles por Atención Primaria y que sería más sencillo externalizarlas, con todos los riesgos que eso supone, pero que se asumen para otras prestaciones a cargo del sistema de seguridad social. Sería más lógico establecer líneas de subvención directa finalista basada en niveles de renta y gestionadas por otras administraciones públicas o por el mismo INGESA.

Respecto a la ortodoncia, implantes y prótesis implantosoportadas, es lógico que se incluyan como un derecho para procesos graves que afecten a la cavidad oral (malformaciones congénitas, cáncer, enfermedades raras incurables, ...). No es razonable, sin una estimación muy ajustada previa, asumir esas prestaciones para la población general y mucho menos sin haber implantado la priorización establecida.

Debemos primar las actuaciones en torno al fomento de la salud oral y no centrarnos en la atención a la enfermedad. Los tratamientos pulpares en ambas denticiones o las grandes reconstrucciones son tratamientos de elevada incertidumbre de éxito, por lo que, aunque sean necesarios para un diente concreto, es posible que no aporten nada a esa boca y menos a la persona que los necesita.

La atención a personas con las discapacidades citadas se realiza en las consultas odontológicas; y en medio hospitalario solo cuando se requiere sedación para su diagnóstico y/o tratamiento. La clave será las prestaciones terapéuticas que se acuerden incluir como derecho de este colectivo.

Férula de descarga en patología de origen muscular en el síndrome "dolor disfuncional" de la ATM (población general).

Revisión previa de la cavidad oral de las personas que se van a someter a un trasplante (de médula ósea, por ejemplo, etc.), un buen diagnóstico y tratamiento previo evita poner en riesgo el resultado del trasplante.

Revisión y tratamiento de las personas sometidas a Radioterapia y Quimioterapia.

Posibilidad de incluir tratamientos preventivos en dentición temporal.

Se debe priorizar la atención desde el embarazo hasta los 17 años incluidos, enfatizando en una buena planificación que establezca muy bien los cauces de derivación de los pacientes a las USBD, su captación y su fidelización a lo largo de esos 18 años, mucho más sencillas si las empezamos cuando las familias preparan el nido y si tenemos en cuenta no solo a la embarazada sino a las personas de su entorno.

Hemos de enfatizar en la promoción y prevención de la salud oral primaria y secundaria con los consejos y adiestramiento en higiene y dieta, con la aplicación de sustancias remineralizantes (fluoruros, recaldent, fluoruro

diamino de plata+yoduro potásico, ...), aplicar selladores de fosas y fisuras de acuerdo a protocolos que se actualicen con frecuencia y en los que se tenga en cuenta a la SESPO (Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral).

Podemos llegar a contemplar la cobertura de las obturaciones de piezas cariadas y como mucho la protección pulpar en el caso de obturaciones profundas. Pero hay que descartar cada vez con más vehemencia los tratamientos pulpares por caries como la endodoncia de molares (no así la endodoncia por fractura del grupo incisivo-canino) por su elevada tasa de fracaso, el ensañamiento terapéutico que supone (casi siempre además al paciente más vulnerable socialmente, que es el de alto riesgo de caries) y por su elevado coste que pone en peligro la continuidad asistencial de la prevención a lo largo del tiempo.

Por el mismo motivo no son viables ni necesarias obturaciones o pulpotomías/pulpectomías en dentición decidua.

También cabe la posibilidad de descartar otros tratamientos complejos largos y costosos como la ortodoncia para cualquier grupo poblacional, ya que la población con discapacidad difícilmente controla su higiene oral y además el manejo de su conducta en las USBD es complicado.

Las principales patologías de la cavidad oral son la caries y la enfermedad periodontal, dolencias que padecen casi la totalidad de la población pero que a su vez son muy fáciles de prevenir con consejos de higiene y dieta, siempre que esos consejos perduren en el tiempo durante las primeras etapas de la vida y nos acompañen en forma de hábitos adquiridos que solo son posibles empezando en etapas tempranas y no a los 6 años como hemos venido haciendo hasta ahora.

La población con factores de riesgo social es, una vez más y también en odontología, aquella que más patología oral acumula según los estudios epidemiológicos publicados en nuestro país. Solo con una correcta planificación podemos aspirar a un mantenimiento de la cartera de servicios que ahora se ampliara. Mantener sana a la población no es costoso, en cambio perpetuarnos en el círculo vicioso de la enfermedad es insostenible para las arcas públicas.

Definir la población con discapacidad psíquica con un % de discapacidad > 35, implicaría un colectivo de dimensiones muy grandes.

## **ANEXO II. Relación de participantes del Grupo de expertos dependiente de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, y coordinado por la Subdirección General de Cartera de Servicios Comunes del Ministerio de Sanidad**

### **Coordinación**

Félix Lucio Arranz

### **Equipo Técnico Ministerio de Sanidad**

Félix Lucio Arranz

Eugenia Orejas Pérez

Soledad Justo Gil

Inés Zuza Santacilia

### **Composición del Grupo de Trabajo Salud Bucodental de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación de Consejo Interterritorial del SNS**

#### **Andalucía.**

M<sup>a</sup> Ángeles Marqués Aranda

Emilio LLedó Villar

Isabel Ródenas Luque

**Aragón.** Jesús Obón Nogués

**Asturias.** José M<sup>a</sup> Blanco González

**Baleares.** José Miguel Quintana Abraham

**Canarias.** Javier Vázquez García-Machiñena

**Cantabria.** Marta Gómez Laínz

**Castilla y León.** María Pilar Herrero Gil

**Castilla La Mancha.** Francisco García-Navas

#### **Cataluña.**

Sònia Sevilla Guerra

Assumpta Ricart

#### **Comunidad Valenciana.**

Teresa de Rojas Galiana

Ángeles Carrasco

Rosa Ramón

Miguel Puche Torres

Sagrario Hernando Redondo

**Extremadura.** M<sup>a</sup> Dolores Zapata Carrasco

**Galicia.** Teresa Rey Liste

**Madrid.** José Enrique Villares Rodríguez

**Murcia.** Oscar Castro Reino

**Navarra.** Joaquín Artázcoz Osés

**País Vasco.** José Ramón Fernández Ruiz

**La Rioja.** M<sup>a</sup> Pilar Díez Ripollés

**INGESA.** M<sup>a</sup> Teresa García Ortiz

**Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España.** Juan Carlos Llodra Calv

**Sociedades Científicas**

**Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO).**

Verónica Ausina Márquez

**Sociedad Española de Odontopediatría.** Miguel Hernández Juyol



### **ANEXO III. Propuesta del grupo de trabajo de expertos dependiente de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación para la ampliación de la atención a la Salud Bucodental en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud incluida en el Anexo II de la cartera de servicios comunes de atención primaria, Apartado 9. Atención de Salud Bucodental**

*“La atención a la salud bucodental comprende el conjunto de actividades diagnósticas, terapéuticas y de prevención de la enfermedad, así como aquellas de promoción y de educación para la salud, dirigidas a la mejora de la salud bucodental de la población. Los equipos o unidades de salud bucodental estarán formados por dentistas, técnicas/os superiores en higiene bucodental y/o técnicas/os auxiliares en cuidados de enfermería que desarrollarán sus actuaciones de acuerdo a las competencias profesionales reguladas en la normativa vigente.*

*Estos equipos actuarán de manera coordinada y protocolizada con los/las profesionales del SNS de acuerdo con la organización de cada servicio de salud, y además desarrollarán, junto con otros recursos y apoyos, acciones comunitarias para la salud. La atención a la salud bucodental en atención primaria tiene el siguiente contenido:*

1. *A toda la población se le ofrecerán las siguientes actuaciones:*
  - a) *Información y difusión, con perspectiva de curso de vida, sobre las medidas básicas higiénicas y dietéticas necesarias para alcanzar y mantener la salud oral, junto con instrucciones y recomendaciones sanitarias individualizadas.*
  - b) *Consejo odontológico.*
  - c) *Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiéndose por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación témporo-mandibular.*
  - d) *Tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera.*
  - e) *Exodoncias, exodoncias quirúrgicas y cirugía menor de la cavidad oral.*
  - f) *Detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.*
  - g) *Educación sanitaria para la autoexploración de la cavidad oral en la búsqueda de lesiones de sospecha de malignidad.*
2. *Adicionalmente, a la población infantil y juvenil desde el nacimiento hasta los 14 años, inclusive, se le facilitarán, cuando estén indicadas, las siguientes actuaciones:*
  - a) *Revisión periódica del estado de salud oral, que incluirá exploración radiográfica cuando esté indicada.*
  - b) *Determinación del riesgo individual de caries, especialmente en los dos primeros años de vida, para establecer la periodicidad de las revisiones y las medidas preventivas orientadas a reducir ese riesgo.*
  - c) *Tanto en dentición temporal como definitiva:*
    - *Aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes.*
    - *Sellados de fosas y fisuras.*
    - *Tartrectomía.*



- d) *En la dentición temporal, se aplicarán actuaciones de mínima intervención y medidas tendentes a frenar el proceso de lesión por caries.*
- e) *Para toda la dentición definitiva se incluyen obturaciones en lesiones que no asocien daño pulpar irreversible producidas por caries, traumatismo o por cualquier enfermedad que afecte a la estructura del diente.*
- f) *En el caso de lesiones por traumatismo en el grupo incisivo y canino definitivos, se incluyen también:*
  - *Reubicación y estabilización de los dientes afectados del grupo anterior.*
  - *Ferulización del grupo anterior y sutura de tejidos blandos, si es necesario.*
  - *Tratamientos pulpares, si es necesario.*

3. *Adicionalmente, a las mujeres embarazadas se les ofrecerán las siguientes actuaciones:*

- a) *Consejos para preservar la salud oral del futuro bebé.*
- b) *Exploración clínica para determinar su estado de salud oral y su riesgo tanto de caries como de enfermedad periodontal.*
- c) *Cuando esté indicado, tartrectomía y aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes.*

*Las embarazadas realizarán al menos una visita odontológica, preferentemente durante el primer trimestre del embarazo, pudiendo ser derivadas a los equipos o unidades de salud bucodental por el personal sanitario o a demanda de la usuaria.*

4. *Adicionalmente, a las personas mayores de 65 años se les facilitará, cuando esté indicado, la aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes, previa tartrectomía si fuera necesario para que el tratamiento anterior sea efectivo.*

5. *Adicionalmente, a las personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial, así como a las personas sometidas a tratamiento quimioterápico por tumores de otra región del organismo, se les ofrecerán las siguientes actuaciones:*

- a) *Exploración clínica para determinar su estado de salud oral y las necesidades preventivas y terapéuticas que puedan ser necesarias para la prevención de lesiones orales derivadas del tratamiento oncológico de radio o quimioterapia.*
- b) *Cuando esté indicado, aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes, previa tartrectomía si fuera necesario para que el tratamiento anterior sea efectivo.*

6. *Adicionalmente, a las personas mayores de 14 años con discapacidad intelectual o con una discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores, que impidan el correcto autocuidado necesario para alcanzar y mantener una adecuada salud bucodental, se les facilitará, cuando esté indicado por el riesgo que pueda comportar para el desarrollo de enfermedades bucodentales, los tratamientos de odontología conservadora que contempla esta cartera en el apartado 2, al igual que*



*para el conjunto de las demás actuaciones, en el medio más adecuado a sus características individuales.*

- 7. En el caso de personas que presenten alteraciones conductuales severas objetivables y que no sean capaces de mantener el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, se garantizará las prestaciones de los servicios, según el grupo al que pertenezca, mediante el correspondiente tratamiento sedativo o de anestesia general, de acuerdo con los protocolos que se establezcan con los equipos de atención hospitalaria.*
- 8. Se consideran excluidos de la atención a la salud bucodental los siguientes tratamientos:*
  - b) Obturaciones definitivas y tratamientos pulpares en la dentición temporal.*
  - c) Tratamientos pulpares en la dentición definitiva, excepto lo señalado en el punto 2 f).*
  - d) Tratamientos ortodóncicos.*
  - e) Exodoncias de dientes sanos por indicación exclusivamente ortodóncica.*
  - f) Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.*
  - g) Implantes dentarios y prótesis dentales, salvo los incluidos en la cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica.*
  - h) Realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones contempladas como financiables por el Sistema Nacional de Salud en esta norma.”*