

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
Facultad de Medicina

TESIS DOCTORAL
Federico Simón Salazar

**EVALUACION DE LOS SEIS PRIMEROS AÑOS DE DESARROLLO
DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL (PADI)
DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO.
(1990-1995)**

Director: Prof. Dr. D. Rafael Riobóo García.
Catedrático de Odontología Preventiva y Comunitaria.
Universidad Complutense de Madrid.

Madrid, 1996



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

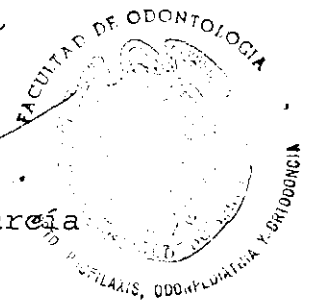
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

D. RAFAEL RIOBOO GARCIA, CATEDRATICO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y COMUNITARIA, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA IV DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE MADRID .

C E R T I F I C A : Que el trabajo presentado por D. FEDERICO SIMON SALAZAR, titulado " EVALUACION DE LOS SEIS PRIMEROS AÑOS DE DESARROLLO DEL PROOGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL (PADI) DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO (1.990 - 1.995)", ha sido realizado bajo mi dirección y reúne los méritos y requisitos necesarios para su lectura y defensa , y así poder optar al Grado de Doctor.

Y para que conste y surta los efectos oportunos , firmo el presente en Madrid a diez y siete de Septiembre de mil novecientos noventa y seis .

Fdo.- Prof. R. Riobóo García





DEPARTAMENTO
DE
CIENCIAS MORFOLÓGICAS II
DIRECTOR

*Universidad Complutense
Facultad de Medicina
Madrid*

JOSÉ FRANCISCO RODRÍGUEZ VÁZQUEZ, PROFESOR TITULAR DE UNIVERSIDAD Y DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MORFOLÓGICAS II DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

CERTIFICA: Que el trabajo de investigación presentado por D.FEDERICO SIMÓN SALAZAR, titulado " Evaluación de los seis primeros años de desarrollo del programa de asistencia dental infantil (PADI) de la comunidad autónoma del País Vasco (1990-1995)", reúne todas y cada una de las condiciones exigidas por Ley y Norma, por lo que es considerada por el Departamento de Ciencias Morfológicas II, válido para su presentación, lectura y consiguiente defensa.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo el presente en Madrid a 16 de Septiembre de mil novecientos noventa y seis.

Fdo. J.F. Rodríguez Vázquez



*Porque vivimos a golpes,
porque apenas si nos dejan
decir que somos quien somos...*

Gabriel Celaya
(La poesía es un arma cargada de futuro)

A
Max H. Schoen
in memoriam

*Una mañana, a la puerta de la empresa
se encontraron un precioso niño recién nacido.
Tras varias reuniones entre la dirección y el comité de personal,
acordaron abandonarlo en el orfanato de la ciudad;
era evidente que el niño no pertenecía a la empresa.*

*En aquella empresa, jamás dos personas habían
colaborado tan estrechamente para hacer algo;
no acostumbraban a hacer las cosas con cariño y placer;
pocas veces hacían algo "con pies y cabeza";
y nunca habían conseguido completar un proyecto a tan largo plazo.*

(De un curso sobre Calidad en los Servicios, en AENOR)

AGRADECIMIENTOS.

Como todo trabajo de Salud Dental Comunitaria, éste contiene la huella de una gran cantidad de personas e instituciones, muchas de las cuales ya no puedo identificar, que contribuyeron a su realización. A todas les estoy profundamente agradecido, pero especialmente:

Al Profesor Dr. D. Rafael Riobóo García, que me ha ayudado a estructurar, describir y presentar en forma de trabajo científico la evaluación de una tarea eminentemente técnica, destinada a la acción. Sin su dirección, paciencia y estímulo, ésto no hubiera sido posible.

Al Dr. D. Juan Luis Mendizabal Pérez-Pons, Presidente del C.A.S.B.E. el Consejo Asesor de Salud Bucodental de Euskadi, por su apoyo constante al PADI. Su prestigio profesional y su calidad humana han sido eficaz aval del proyecto en los momentos más difíciles.

A la Dra. Begoña Ajuria Aguirregabiria, Responsable en Bizkaia del Servicio Dental Comunitario, por su inestimable colaboración a este trabajo, revisando cada dato, y aportando rigor, ideas y entusiasmo, desde su experiencia y profundo conocimiento del día a día del PADI.

Agradezco al **Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco** la beca de un año (1987-88) para estudiar el MSc. en Salud Pública Dental en el **London Hospital Medical College**; a la **Universidad del País Vasco** por aceptar reestructurar mis tareas docentes durante ese tiempo; y a los **Profesores Aubrey Sheiham y Diane Plamping**, por los fundamentos científicos y el "know how" que nos enseñaron a quienes fuimos sus alumnos en el **Henry Klein Seminar**.

A los **Excelentísimos Sres. Consejeros de Sanidad del Gobierno Vasco Dr. D. José Manuel Freire Campo y Dr. D. Iñaki Azkuna Urreta**, que creyeron en el proyecto de dotar a la población de Euskadi de un sistema de asistencia básica dental, y lo impulsaron; mi sincera gratitud y el deseo de que se reconozca su aportación a este sector sanitario.

El **Council of European Chief Dental Officers**, me ha facilitado datos comparativos de países de la Unión Europea. Agradezco a su Presidente, el **Dr. Brian Mouatt**, y a la **Dra. Eeva Widström**, Secretaria del grupo, los consejos y experiencias aportados por los CDOs europeos.

La **Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO)**, a través de sus reuniones científicas, ha servido de foro de debate apasionado y eficiente, siendo en estos años una fuente inagotable de estímulo para continuar avanzando con el proyecto del PADI. Los **miembros de SESPO** me han ayudado con sus ideas y comentarios; este trabajo contiene influencias de muchos de ellos, y lo agradezco. Sin embargo, debo aceptar la responsabilidad plena de lo escrito y exculparles de cualquier error que pueda haber cometido.

Muchos otros **compañeros de profesión** han colaborado con sus opiniones a este trabajo, generalmente en charlas informales y constructivas. Sería imposible nombrarlos a todos, por lo que desearía que se vieran reconocidos al agradecer la aportación de los **Presidentes** de los Ilustres Colegios de la CAPV, **Dres. Bárcena, Arévalo y Lasa**.

Agradezco muy especialmente a los **230 dentistas de cabecera**, que han formado parte del cuadro facultativo **del PADI**, la tarea desarrollada en estos seis años. Ellos son los verdaderos autores de un proyecto, que es suma y resultado de su trabajo diario.

Sin la dedicación de todo **el personal del Servicio Dental Comunitario de Osakidetza**, mucho mas allá de lo que obliga un contrato laboral, este trabajo hubiera sido el doble de difícil y la mitad de divertido. Son la mejor tripulación para capear una tormenta. Gracias por ello.

Por último, pero no la última, agradezco a mi mujer, **Ana**, todo su apoyo, comprensión y cariño. Ha dedicado a este trabajo su tiempo corrigiendo las faltas de sintaxis del manuscrito muchas veces; y nos ha soportado y cuidado a ambos en nuestros peores momentos.

A todos, muchas gracias.

INDICE

Página

| | | |
|----------|---|----------|
| 1 | INTRODUCCION, MOTIVACION Y OBJETIVOS | 1 |
| 1.1 | INTRODUCCION | 1 |
| 1.2 | MOTIVACION | 6 |
| 1.3 | OBJETIVOS | 7 |
| 2 | LA EVALUACION DE LOS PROGRAMAS DE SALUD | 8 |
| 2.1 | DEFINICIONES Y CONCEPTOS DE LA EVALUACION | 8 |
| 2.2 | LOS DIFERENTES TIPOS DE EVALUACION DE PROGRAMAS | 10 |
| 2.2.1 | Evaluación estratégica. | 12 |
| 2.2.2 | Evaluación táctica. | 12 |
| 2.2.2.1 | Evaluación de los componentes de un programa. | 13 |
| 2.2.2.2 | Evaluación de las relaciones entre los componentes. | 14 |
| 2.2.3 | Evaluación operativa. | 18 |
| 2.3 | SELECCION DE METODOS DE EVALUACION | 21 |
| 2.3.1 | Selección del método según el contexto. | 21 |
| 2.3.2 | Selección del método según el paradigma adoptado. | 23 |
| 2.4 | INVESTIGACION EVALUATIVA | 26 |
| 2.4.1 | La validez de la investigación evaluativa. | 26 |
| 2.4.2 | Principales diseños de investigación evaluativa. | 28 |
| 2.5 | INFORMACION Y DATOS PARA LA EVALUACION | 31 |
| 2.6 | OTRAS CONSIDERACIONES SOBRE EVALUACION | 34 |
| 2.6.1 | La responsabilidad de evaluación de programas de salud. | 34 |
| 2.6.2 | La pertinencia de la evaluación. | 35 |
| 2.6.3 | Evaluación administrativa e investigadora. | 36 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 3 | EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL | 38 |
| 3.1 | LA PLANIFICACION SANITARIA POR PROGRAMAS | 38 |
| 3.2 | SALUD DENTAL COMUNITARIA EN LA CAPV | 42 |
| 3.2.1 | La identificación del problema dental. | 42 |
| 3.2.2 | Objetivos de salud bucodental "SPE 2000". | 44 |
| 3.2.3 | Estrategias de Salud Dental Comunitaria | 46 |
| 3.2.4 | Políticas de salud en la CAPV. | 51 |
| 3.2.4.1 | La administración sanitaria de la CAPV (1987-1990). | 52 |
| 3.2.4.2 | La administración sanitaria de la CAPV (1991-1995). | 57 |
| 3.3 | PROBLEMAS DE SALUD DENTAL EN LOS NIÑOS DE LA CAPV | 62 |
| 3.3.1 | Descripción de la población diana. | 63 |
| 3.3.2 | Exploración del problema. | 64 |
| 3.3.2.1 | El estudio epidemiológico de 1988. | 64 |
| 3.3.2.2 | La asistencia dental en la CAPV. | 69 |
| 3.3.3 | Análisis de factores que influyen en el problema. | 72 |
| 3.3.4 | Bases técnicas de la intervención. | 75 |
| 3.4 | LA PLANIFICACION DEL PADI | 77 |
| 3.4.1 | Metas y objetivos del programa. | 77 |
| 3.4.2 | El plan del PADI. | 81 |
| 3.4.2.1 | Definición y análisis del problema. | 81 |
| 3.4.2.2 | Examen y evaluación de las tecnologías de resolución. | 83 |
| 3.4.2.3 | Estrategias alternativas y estimación de sus costos. | 83 |
| 3.4.2.4 | Indicación de la solución preferente. | 84 |
| 3.4.2.5 | Enunciado de metas y objetivos. | 86 |
| 3.4.2.6 | Actividades, recursos y población diana. | 87 |
| 3.4.2.7 | Plan general de evaluación de la intervención. | 89 |
| 3.4.3 | Recursos humanos, técnicos y materiales. | 89 |
| 3.4.3.1 | Estimación de necesidades. | 89 |
| 3.4.3.2 | Disponibilidad de recursos. | 96 |
| 3.5 | LA PUESTA EN MARCHA DEL PADI | 99 |
| 3.5.1 | Aspectos estratégicos. | 100 |
| 3.5.1.1 | Nivel de toma de decisiones. Decreto 118/90. | 100 |
| 3.5.1.2 | Nivel de gestión. Servicio Dental Comunitario. | 101 |
| 3.5.1.3 | Nivel de ejecución. Cuadro facultativo (SDCs & DDCs). | 102 |
| 3.5.2 | Aspectos técnicos | 105 |
| 3.5.2.1 | Plan de operaciones del Servicio Dental Comunitario. | 105 |
| 3.5.2.2 | Oferta asistencial del PADI a la población. Mailings. | 106 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 4 | MATERIAL Y METODO | 109 |
| 4.1 | MATERIAL | 109 |
| 4.1.1 | Informes anuales del Servicio Dental Comunitario. | 109 |
| 4.1.2 | Documentación remitida desde el Servicio a los usuarios. | 110 |
| 4.1.3 | Documentación recibida por los DDCs-habilitados. | 110 |
| 4.1.4 | Documentación administrativa del PADI. | 110 |
| 4.1.5 | Otras fuentes de información. | 111 |
| 4.1.6 | Base de datos del Servicio Dental Comunitario. | 111 |
| 4.2 | METODO | 118 |
| 4.2.1 | Evaluación del proceso del PADI. | 120 |
| 4.2.2 | Evaluación del impacto del PADI. | 120 |
| 4.2.3 | Evaluación de los resultados del PADI. | 120 |
| 4.2.4 | Consideraciones metodológicas. | 121 |
| 5 | RESULTADOS | 125 |
| 5.1 | RESULTADO DE LA EVALUACION DEL PROCESO DEL PADI | 125 |
| 5.1.1 | Cumplimiento del calendario de implantación previsto. | 127 |
| 5.1.2 | Desarrollo del cuadro facultativo de dentistas de cabecera. | 131 |
| 5.1.3 | Otras actividades operativas del Servicio. | 132 |
| 5.1.4 | Pago de la asistencia dental dispensada por los DDCs. | 135 |
| 5.1.5 | Valoración económica de los costes imputables al PADI. | 140 |
| 5.1.6 | Valoración de la evaluabilidad del PADI. | 157 |
| 5.2 | RESULTADO DE LA EVALUACION DEL IMPACTO DEL PADI | 158 |
| 5.2.1 | Población que recibe la oferta personalizada cada año. | 158 |
| 5.2.2 | Población que tiene asignado dentista de cabecera. | 160 |
| 5.2.3 | Asistencia básica dental financiada con fondos públicos. | 163 |
| 5.2.4 | Población que acude cada año al PADI. | 165 |
| 5.2.5 | Asistencia preventiva y reparadora dispensada en el PADI. | 173 |
| 5.3 | RESULTADO DE LA EVALUACION DE LOS RESULTADOS DEL PADI | 190 |
| 5.3.1 | Índice CAOD y CAOS en los niños del PADI. | 191 |
| 5.3.2 | Porcentaje de niños del PADI libres de experiencia de caries. | 202 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 6 | DISCUSION | 207 |
| 6.1 | DE LA EVALUACION DEL PROCESO | 207 |
| 6.2 | DE LA EVALUACION DEL IMPACTO | 226 |
| 6.3 | DE LA EVALUACION DEL RESULTADO | 241 |
| 6.4 | DE LA EVALUACION DE LAS EXPECTATIVAS | 245 |
| 7 | CONCLUSIONES | 251 |
| 8 | BIBLIOGRAFIA | 254 |
| 9 | ANEXOS | |
| I. | <i>Informes anuales del Servicio Dental Comunitario.</i> | |
| II. | <i>Documentación remitida desde el Servicio a los usuarios.</i> | |
| III. | <i>Documentación recibida por los DDCs-habilitados.</i> | |
| IV. | <i>Documentación administrativa del PADI.</i> | |
| V. | <i>Opiniones en prensa relacionadas con el PADI.</i> | |
| VI. | <i>Impresos administrativos internos del PADI.</i> | |

1. INTRODUCCION, MOTIVACION Y OBJETIVOS.

1.1 INTRODUCCION.

Las enfermedades dentales, por su alta prevalencia, son una de las principales causas sanitarias de dolor y molestias de la población. Afectan a la salud general de cada persona, a su relación social, autoestima y calidad de vida. Su tratamiento representa, además del coste intangible de dolor, ansiedad y molestias, un importante consumo de medicamentos, tiempo y recursos económicos.

En la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca de 1992, las enfermedades dentales suponen el 45% del gasto directo; aquél que las familias afrontan desde su propio presupuesto. En dicho año, el gasto sanitario directo fué de 48.098 millones. De ellos, 21.757 millones fueron gastos dentales ⁽⁴⁹⁾.

La información disponible en 1986 señalaba que los problemas de salud dental, especialmente **caries**, eran la patología más percibida por la población vasca, sobre todo entre los jóvenes. El sistema de provisión de cuidados dentales, exclusivamente privado y basado en el pago directo por servicio, era considerado caro por los usuarios. La mitad de la población menor de 15 años no lo había utilizado nunca. ⁽⁴⁸⁾.

En 1988, los datos epidemiológicos indicaban que a los 14 años de edad, cuatro (CAO=3,98) de sus dientes estaban afectados por caries; más de la mitad de estas caries no había recibido tratamiento. El costo económico de los servicios asistenciales era el principal obstáculo para resolver dichos problemas⁽³⁵⁾⁽⁴⁸⁾.

Las **prestaciones** que el Sistema Nacional de Salud y los diferentes Servicios de Salud autonómicos garantizan a la población, en asistencia dental, son **muy limitadas**. En la práctica, están reducidas a la extracción dental como "solución" a los problemas dentales planteados.

Esta situación, que se mantiene históricamente desde la constitución del SNS español, contrasta con la de países de nuestro entorno europeo, donde la población tiene asegurados unos mínimos asistenciales más amplios, y en todo caso la asistencia básica dental de los niños.

La universalidad y equidad, que Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, desde su constitución en 1984, garantiza a la población de la CAPV, en la asistencia médico-quirúrgica general, tampoco alcanzan a su atención dental más básica, ni siquiera para la población infantil.

Con la publicación del **Decreto 118/90**, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), el **Gobierno Vasco** introduce un **cambio sustancial** a este respecto.

Su Artículo 1 dispone: *"El Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, a través del Programa Dental Infantil, garantizará la asistencia dental básica a todos los niños, residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco, nacidos a partir del 1 de Enero de 1983 y que tengan 7 ó más años de edad. Dicha cobertura finalizará el 31 de Diciembre del año en que el niño cumpla 15 años"* ⁽²¹⁾.

El Decreto 118/90, de 24 de Abril, y las Ordenes de 2 y 3 de Mayo del mismo año, que lo desarrollan, contienen especificaciones que determinan con exactitud las prestaciones aseguradas y los plazos para la implantación de un sistema que atienda las necesidades de asistencia básica dental de la población infantil desde los 7 a los 15 años⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾. Anexo I.

El **Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI)** es el conjunto organizado, coherente e integrado, de actividades y servicios que se realizan en Osakidetza/Servicio Vasco de Salud para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 118/90 por el Gobierno Vasco.

La fase de desarrollo incremental hasta su total implantación cubre un período de nueve años (1990 -1998). La Tabla 1 detalla las edades que de forma incremental se van incorporando al PADI y el número de niños que ello representa en cada ejercicio.

Tabla 1: Desarrollo previsto por el Decreto 118/90 para el PADI

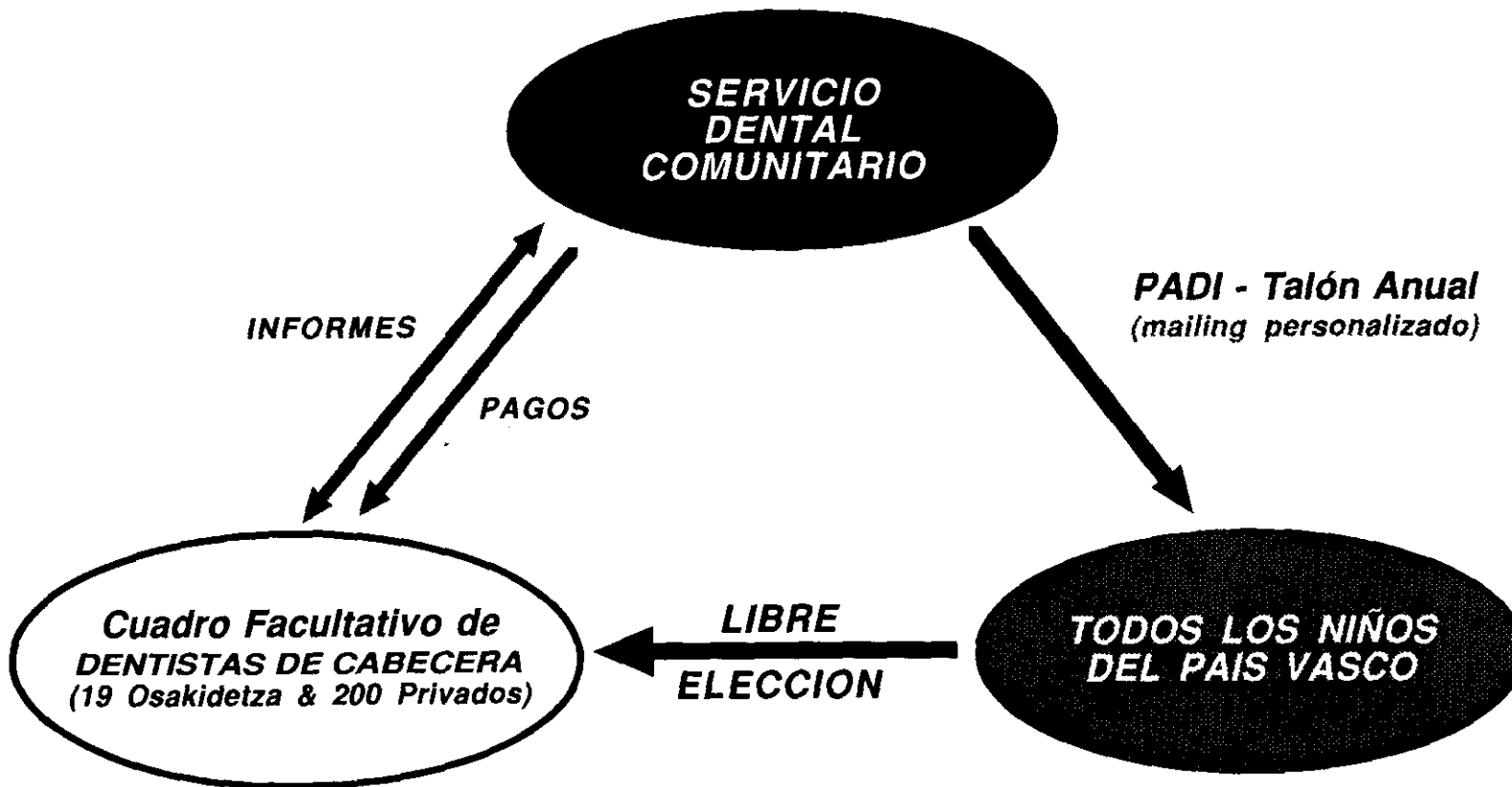
| EJERCICIO | EDADES INCLUIDAS EN EL PADI | POBLACION |
|-----------|----------------------------------|-----------|
| 1990 | 7. | 24.000 |
| 1991 | 7. 8. | 46.000 |
| 1992 | 7. 8. 9. | 67.000 |
| 1993 | 7. 8. 9. 10. | 87.000 |
| 1994 | 7. 8. 9. 10. 11. | 106.000 |
| 1995 | 7. 8. 9. 10. 11. 12. | 124.000 |
| 1996 | 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. | 136.000 |
| 1997 | 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. | 153.000 |
| 1998 | 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. | 170.000 |

La meta del PADI es reducir la frecuencia y severidad de la caries dental en los niños residentes en la CAPV. Su objetivo general: que todos los niños acudan al menos una vez al año al dentista para recibir asistencia preventiva y reparadora adecuada.

El **Servicio Dental Comunitario**, la unidad responsable del desarrollo del PADI, oferta de forma personalizada, todos los años, a todos los niños, la asistencia básica dental determinada en el Decreto 118/90.

Esta asistencia es dispensada por el cuadro facultativo del programa, formado por los dentistas de cabecera de Osakidetza (SDCs) y por dentistas habilitados (DDCs) en el sector privado. La asistencia es financiada en su totalidad por el Servicio Vasco de Salud.

Figura 1: Diagrama organizativo del Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) de la CAPV.



El presente trabajo trata sobre los 2/3 iniciales ya recorridos de la fase de implantación del PADI. Comprende un período de seis ejercicios **1990-1995**. Se pretendía **evaluar el PADI** como respuesta institucional a un problema de salud detectado en la población.

El método de trabajo elegido sería estudiar sucesivamente en estos seis años el nivel de cumplimiento de los diferentes objetivos propuestos, y la meta del programa, para evaluar respectivamente el proceso, impacto y resultados del PADI como programa de salud.

La **evaluación del proceso** ha mostrado que el PADI había seguido el ritmo incremental definido en el Decreto 118/90 incluyendo cada año a una nueva cohorte, con lo que en 1995 estaban cubiertos los niños de 7 a 12 años. No obstante, reflejaba **dificultades operativas** en los procesos administrativos por una deficiente estructuración de los recursos de **Osakidetza**, fundamentalmente en referencia a la identidad y organización del Servicio Dental Comunitario.

El **presupuesto** empleado había sido, cada año, **inferior al previsto** para el proyecto. Frente a los 788 millones previstos para el año 1995, Osakidetza destinó finalmente 453 millones. En seis años, el coste total de la asistencia ascendía a 1.547 millones de pesetas, que unidos a los 237 millones de gestión del proyecto indicaban que el PADI había costado 1.785 millones de pesetas.

La **evaluación del impacto** indicó que **84.498 niños**, el 72% de los 117.779 a los que se había ofertado, habían utilizado el programa. Se les había realizado 220.945 revisiones anuales, 206.092 selladores de fisura, 53.532 empastes en dientes permanentes, y sólo se habían producido 1.237 extracciones. Además, en estos años, 4.932 dientes anteriores fracturados por traumatismos habían sido reparados.

Los **efectos a largo plazo** indicaban que frente al CAOD=2,3 del estudio de 1988, la Base de Datos del Servicio Dental Comunitario mostraba un CAOD=1,1 para los 3.630 niños de 12 años, la cohorte de más edad incluida, que habían utilizado seis años consecutivos el PADI. La **incidencia de la caries se habría reducido** en ellos a la mitad.

1.2 MOTIVACION.

El principal motivo para realizar el presente trabajo se deriva de la necesidad de desarrollar un sistema de evaluación del proyecto. El hecho de contar con seis ejercicios de evolución del programa permitía probar el sistema, realizar la evaluación, sobre material suficiente. Desarrollar y realizar el proceso de **evaluación del PADI** ha sido un motivo tan importante para abordar el presente trabajo, como obtener las conclusiones que del mismo pudieran derivarse.

A través de la evaluación conoceríamos mejor el PADI, su génesis y las actividades que realiza. Un mejor conocimiento del programa posibilitaría enfocar del modo más constructivo su ejecución actual y anticipar las necesidades de acción futura. La evaluación formativa es un instrumento de gestión que permite aprender empíricamente y **mejorar el producto** que se evalúa.

El Decreto 118/90 del Gobierno Vasco, según el cual en 1998 se garantizará la asistencia básica dental a los **170.000 niños** de 7 a 15 años residentes en la CAPV, ha supuesto hasta 1995 una inversión de 1.785 millones de pesetas. La previsión de su costo en 1998, cuando alcance su total desarrollo, es de **1.280 millones de pesetas por año**.

La **inversión** de recursos en este área de la salud, como en otras, ha de estar debidamente **justificada** ante la sociedad. En un tiempo en que la Administración Sanitaria realiza un esfuerzo de racionalización de sus actuaciones, aportar información sensible a este proceso ha sido otro motivo fundamental para realizar el presente trabajo.

Por último, nuestra escasa tradición en programas de asistencia dental institucionales obliga a recopilar toda la información generada en la planificación, desarrollo y evaluación del PADI, con la esperanza de poder colaborar al mejor conocimiento y, fundamentalmente, a un mayor desarrollo de actividades de **Salud Dental Comunitaria**, eficientes y posibles en nuestro medio.

1.3 OBJETIVOS.

1º Revisar la metodología de evaluación de programas de promoción de la salud y proponer un sistema que permita valorar el período de seis años (1990-1995), que se corresponde con los 2/3 iniciales de la fase de desarrollo incremental previsto por el Decreto 118/90 del Gobierno Vasco para la implantación del PADI.

2º Recopilar en un documento la información disponible sobre el análisis del problema de salud dental que da origen al programa; la forma en que se planificó la intervención, la programación del PADI, y la puesta en marcha y desarrollo del proyecto desde 1990 a 1995.

3º Evaluar el grado de cumplimiento por Osakidetza, en el período 1990-1995, de los objetivos operativos del PADI que le encomienda el Decreto 118/90 del Gobierno Vasco. Concretamente, valorar la oferta anual personalizada a la población, el desarrollo del cuadro facultativo de dentistas de cabecera, el pago de la asistencia dispensada por los DDCs habilitados, y el desarrollo de las actividades operativas de su Servicio Dental Comunitario.

4º Cuantificar el coste del proyecto en el período 1990-1995, estableciendo los costes directamente imputables a la asistencia y los derivados de la gestión del programa. Verificar la concordancia entre los valores previstos en la planificación y los obtenidos en cada caso.

5º Evaluar el impacto del PADI, cuantificando en cada uno de los ejercicios su utilización, y el tipo y volumen de la Asistencia General y Asistencia Adicional dispensada por los dentistas de cabecera de su cuadro facultativo; tanto por ejercicio como por cohorte; y diferenciando entre la provista por las Unidades SDCs y los DDCs habilitados.

6º Evaluar mediante la información aportada por las historias dentales acumuladas en la Base de Datos del Servicio Dental Comunitario, los resultados de la intervención en los seis ejercicios estudiados, obteniendo la prevalencia y la tasa de incidencia de caries dental en los niños de 12 años que utilizaron el PADI en 1995.

2 LA EVALUACION DE LOS PROGRAMAS DE SALUD.

2.1 DEFINICIONES Y CONCEPTOS.

La Organización Mundial de la Salud ⁽¹¹¹⁾ define la evaluación de programas como la acción de *"...determinar la utilidad o el mérito de un programa planificado, averiguar si se ejecuta del modo prescrito y descubrir si se obtienen los resultados requeridos y el rendimiento previsto"*.

La mayoría de los autores y textos recogen en sus definiciones de evaluación de los programas de salud la finalidad de **"valorar" su grado de éxito en alcanzar las metas y objetivos** predeterminados. No obstante, según sea su campo profesional, su formación o su dedicación, priorizan y resaltan otros aspectos del proceso, enriqueciendo y matizando esta definición ⁽¹¹⁾⁽⁵⁶⁾⁽⁶⁶⁾⁽¹¹⁵⁾. Estos otros enfoques son fundamentalmente:

- su consideración como **"...instrumento de gestión para la adopción de decisiones que orienten la distribución de los recursos humanos y financieros entre los programas y servicios actuales y futuros"** ⁽¹⁰⁶⁾;
- su utilidad como **"...medio sistemático de aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las actividades en curso..."**, con lo que el propio proceso de evaluación puede ser tan importante como las conclusiones que del mismo deriven ⁽³⁾⁽¹⁰⁰⁾;
- y el ser **"...un apoyo retroactivo en las diferentes etapas del proceso de planificación"**, resaltando la "circularidad" del proceso planificación-evaluación ⁽⁶⁰⁾⁽⁶⁶⁾⁽¹¹⁵⁾.

Aunque todas estas utilidades son importantes, la función primordial de la evaluación de programas es **emitir un juicio de valor**, determinar el grado de éxito obtenido en la consecución de los objetivos marcados ⁽³⁸⁾⁽⁶⁶⁾⁽⁹⁵⁾⁽⁽¹¹⁵⁾¹¹⁸⁾⁽¹⁴³⁾.

Este juicio estará basado en criterios y normas. Un **criterio** es un indicador, una característica observable, una variable que ayuda a medir una modificación. La **norma** es el punto de referencia del criterio que permite realizar un juicio. Convierte en operativo el criterio atribuyéndole un valor numérico. Los criterios y las normas pueden ser explícitos o implícitos. Son **explícitos** si las normas y criterios están fijados de antemano de forma que cualquier evaluador se pueda servir de ellos. Son **implícitos** si tienen que ser fijados por el evaluador de acuerdo a su conocimiento del tema ⁽²⁷⁾⁽¹¹⁵⁾.

Ya sean explícitas o implícitas, las normas se establecen bien de forma **normativa**, a partir de la opinión de una institución, individuo o grupo bien informado y considerados competente y experto en la materia; o **empírica**, en función de las experiencias anteriores del programa que provengan de la propia investigación o por comparación con experiencias de programas similares⁽⁶⁶⁾.

El problema planteado por los criterios y las normas es fundamentalmente el de su **validez**. Dependerá de qué valores se consideren importantes. Distintos grupos evaluarán un programa de forma diferente, y llegarán a diferentes resultados y conclusiones. La forma de juzgar depende de sus expectativas y experiencias; de lo que consideren importante o juzguen irrelevante ⁽¹¹³⁾.

Todo esto afectará tanto a la forma de llevar la evaluación como a los métodos que se utilizarán. No existe una única forma de evaluar un programa; por ello es necesario definir los criterios en que se basa el juicio y explicitar el proceso con el que se juzga un programa. Esto, aunque no elimina el problema de la **subjetividad**, al menos lo clarifica públicamente ⁽¹¹⁵⁾.

2.2 LOS DIFERENTES TIPOS DE EVALUACION DEL PROGRAMA.

Con un enfoque finalista, la evaluación de un programa puede limitarse a una valoración de resultados al finalizar el período de implementación, a través del análisis de sus componentes (recursos, actividades y objetivos). Es la denominada **evaluación sumativa**.

Si por contra, la evaluación se produce al mismo tiempo que se van desarrollando las etapas del programa, de forma concomitante o concurrente, se habla de **evaluación formativa**. Esta mantiene una retroacción constante a todo lo largo del proceso de elaboración y de ejecución del programa, lo que permite que sea continuamente modificado, mejorado y adaptado, en función de los nuevos datos que se vayan conociendo ⁽⁶³⁾⁽⁶⁶⁾⁽¹²²⁾.

Del mismo modo que se identifica diferentes niveles en el proceso de planificación de las actividades sanitarias, se identifica y clasifica sus correspondientes niveles en el proceso de evaluación en estratégica, táctica y operativa ⁽⁸⁾⁽²⁷⁾⁽¹¹⁵⁾.

Así, la correspondencia entre el programa, tal y como fué concebido y realizado y las prioridades establecidas, su pertinencia en el contexto social y con las líneas generales de política sanitaria establecidas, se exploran en la **evaluación estratégica**.

El éxito obtenido en alcanzar los objetivos y metas del programa, la adecuación de los recursos empleados en cantidad, tipo y calidad, y la idoneidad de las actividades, se juzgan en la **evaluación táctica**. La ejecución del programa, de los objetivos operativos marcados, se analiza en la **evaluación operativa** ⁽¹¹⁵⁾.

La Tabla 2, muestra la relación entre los elementos del programa, los diferentes tipos de evaluación, los indicadores y medidas utilizados, y los métodos de recogida y análisis de la información. Esta relación de interdependencia es la propuesta metodológica más comúnmente aceptada ⁽¹²⁷⁾.

Tabla 2: Relación entre los elementos del programa, indicadores, medidas e información.

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|
| Elementos del programa | Recursos | Actividades | Objetivos de salud | | |
| Evaluación general | Estructura | Proceso | Resultados | | |
| Evaluación específica | Adecuación | Pertinencia | Eficacia | Efectividad | Eficiencia |
| Indicadores y medidas | Cantidad, calidad y tipo de recursos utilizados | Cantidad, calidad y tipo actividades desarrolladas | Efectos logrados en individuos alcanzados | Efectos logrados en la población diana | Relación entre los efectos y los recursos |
| Métodos de recogida y análisis de información | Documentos administrativos | Administración Evaluación confraternal | Epidemiología Historiales clínicos | Epidemiología Historiales clínicos | Economía de la salud |

2.2.1 EVALUACION ESTRATEGICA.

La evaluación estratégica estudia la correspondencia entre el programa y los problemas a resolver. Trata de juzgar la **pertinencia** (*relevance*) de los objetivos del programa en relación con los problemas que afectan a la población en cuestión. Se corresponde con la evaluación de las políticas sanitarias aunque en el marco organizacional más preciso que es el programa ⁽¹¹⁵⁾.

La O.M.S. y algunos autores preconizan el término "pertinencia" en detrimento del de "adecuación". Sugieren reservar "adecuación" para evaluar la estructura, en especial, la adecuación de los recursos en cantidad, tipo y calidad por una parte, y los servicios prestados o los resultados de salud obtenidos por otra ⁽¹⁰⁶⁾⁽¹¹⁵⁾. La evaluación de la pertinencia real y la pertinencia teórica serían los dos componentes de la evaluación estratégica.

La evaluación de la **pertinencia teórica** del programa se ubica en el ciclo de planificación en las etapas previas a la programación. Se apoya en diferentes fuentes, testimonios y documentos, para juzgar la pertinencia de la propuesta de objetivos y metas del programa. La evaluación de la **pertinencia real** o empírica del programa se ubica al final del proceso. Se efectúa sobre el programa tal y como ha sido implantado, para evaluar los efectos conseguidos. Toma en consideración todos los efectos, esperados e inesperados, positivos y negativos, de salud y de otro tipo, incluso sobre una población más general que aquella a quien se dirige; y los inscribe en un contexto de pertinencia amplio en el que se plantean los problemas de salud y se establecen las prioridades ⁽¹¹⁵⁾.

2.2.2 EVALUACION TACTICA

La evaluación táctica se efectúa en dos planos. Por una parte, se pueden valorar independientemente cada uno de los componentes del programa (recursos, actividades y objetivos) y, por otra parte, se pueden considerar las interrelaciones entre ellos.

2.2.2.1 Evaluación de la estructura, proceso y resultados.

Los componentes del programa son los recursos, las actividades y los objetivos y metas asignados al programa. A estos componentes corresponde respectivamente un enfoque de evaluación clásica que se divide en estructura, procesos y resultados⁽³⁸⁾.

La **evaluación de la estructura** responde a las preguntas relacionadas con la **adecuación** (*adequacy*). Con la cantidad y calidad de recursos humanos, materiales y financieros del programa. Las características de la organización que lo soporta. La formación y capacitación de los profesionales. El horario de asistencia a la población. El presupuesto que se destina. El equipamiento sanitario, informático... Es la forma de evaluación más utilizada en la actualidad en los servicios de asistencia sanitaria y se realiza mediante sistemas de acreditación⁽⁹⁴⁾.

La **evaluación del proceso** se refiere a la **idoneidad** (*appropriateness*) de los servicios producidos en el programa. Mide la actividad del programa y a quién llega, el alcance del programa. Determina hasta qué punto se está ejecutando de acuerdo a lo planificado⁽⁹⁴⁾.

Tiene varias dimensiones. Un enfoque técnico, generalmente definido por los profesionales, verifica si la asistencia dispensada se corresponde con normas profesionales de buena práctica, si las pruebas diagnósticas son las apropiadas y siguieron el protocolo establecido, si los diagnósticos se ajustan metodológicamente al sistema de decisiones.... Este tipo de evaluación de la calidad de los cuidados sanitarios, centrada en los procesos, ha sido con frecuencia objeto de la llamada **evaluación confraternal** (*peer review*) por grupos de profesionales de igual cualificación⁽⁹⁴⁾⁽¹⁴⁹⁾.

Otros aspectos del proceso que son evaluables corresponden a las relaciones interpersonales entre proveedor de servicio y usuario. La continuidad de la relación en el tiempo, su globalidad, la satisfacción de los participantes...⁽¹¹⁾⁽³⁸⁾.

Por último están los aspectos relativos al nivel organizacional, procesos implantados en el programa para asegurar la accesibilidad, continuidad, y humanización de los servicios ⁽¹⁵³⁾.

La **evaluación de los resultados** responde a las preguntas de si un programa ha alcanzado su meta, si ha sido capaz de reducir las necesidades de salud o el problema de salud que se determinó, es decir, si ha producido los **efectos** de salud buscados. Hawe ⁽⁶⁶⁾ hace una diferenciación de efectos que se mantiene con matices en otros autores y que utilizaremos a lo largo de este trabajo. Clasifica los efectos en: impacto y resultado.

La evaluación del **impacto** se centra en los efectos inmediatos del programa, es decir, sus efectos sobre los factores que causan el problema o que influyen en él. Mide los objetivos del programa. Se valora tanto los efectos deseados como los posibles efectos secundarios. Se centra sobre todo en los efectos a corto plazo. Por contra, la evaluación del **resultado** se corresponde a la consecución de las metas de un programa y se centra más en los efectos a largo plazo ⁽⁶⁶⁾.

Los resultados de salud de un programa pueden ser apreciados a dos niveles. La evaluación de la **eficacia** (*efficacy*) mide los efectos sanitarios del programa sobre los individuos realmente alcanzados. La evaluación de la **efectividad** (*effectiveness*) mide los efectos sanitarios del programa en el conjunto total de la población diana ⁽¹⁰⁶⁾⁽¹¹⁹⁾⁽¹²²⁾.

La eficacia de un programa se sustenta en las ventajas que proporciona a los individuos a los que realmente se aplica. La efectividad de un programa se basa en las ventajas que proporciona a la población objeto. Es importante establecer que una buena eficacia no implica siempre una alta efectividad.

2.2.2.2 Evaluación de las interrelaciones entre los componentes (estructura-proceso-resultados) del programa.

Cuando la evaluación de un componente individual del programa se realiza en relación con otro componente, en vez de recurrir a normas

para realizar un juicio de valor, se hace fundamentalmente por métodos de **comparación**. Así se podrá determinar la relación entre los diferentes tipos de recursos y el proceso o los efectos, o la relación entre diferentes formas de proceso y efectos.

Este tipo de comparaciones sirven posteriormente para el establecimiento de normas de evaluación de estructuras y procesos, y fundamentalmente para la evaluación económica de los programas.

Existen dos tipos principales de **evaluación económica** ⁽²⁾⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾⁽¹¹⁹⁾.

El primero es la **productividad**, que relaciona las actividades desarrolladas con los recursos empleados. Se expresa por medidas como el número de servicios dispensados por equipo asistencial, el número de servicios producidos por una cantidad de dinero... El segundo es la **eficiencia** (*efficiency*), que relaciona los resultados sanitarios obtenidos en la población objeto con los costes de los recursos movilizadas para su consecución. La evaluación de la eficiencia de los programas ha experimentado una notable expansión en los últimos años, fundamentalmente debido a la limitación de los recursos financieros de las instituciones. Existen diferentes métodos de análisis.

El análisis **coste-efectividad** (*cost-effectiveness*) sirve para establecer en términos monetarios los costes de un resultado de salud expresado como un indicador sanitario. Obvia el tener que dar un valor monetario a los efectos obtenidos y se suele utilizar para determinación comparativa del coste económico de diferentes alternativas para obtener un mismo resultado de salud. Una variante del enfoque sería el análisis **costo-eficacia** (*cost-efficacy*) que tiene en cuenta la distinción ya establecida entre eficacia y eficiencia, pero en general los economistas de la salud no lo reconocen, argumentando que el hacer evaluación de la eficiencia supone que la efectividad del programa ha sido demostrada ⁽¹²⁷⁾.

Para realizar la evaluación económica de coste-efectividad de un programa hay que calcular la razón coste/efectividad.

$$\text{Razón C/E} = \frac{\text{Coste del programa}}{\text{Efectos de salud del programa}}$$

Las diferentes estrategias posibles para llegar a un determinado resultado de salud se pueden comparar mediante sus respectivas razones de costo/efectividad. La mejor estrategia, desde un punto de vista económico, será la que tenga una relación más baja.

Los análisis de costo-efectividad pueden ser usados tanto para ayudar en un proceso de selección de prioridades, como para evaluar retrospectivamente la eficiencia de un programa o de un determinado curso de acción. Son instrumentos para el análisis prospectivo en la fase de planificación, ¿cuál es la manera más barata de alcanzar un determinado objetivo de salud?, y retrospectivo, ¿hay alguna forma menos costosa de alcanzar el mismo resultado?, en la fase de evaluación de un programa. Por contra, no son útiles para evaluar el valor intrínseco de un programa, ¿merece la pena el gasto?, que es además de una cuestión técnica, un tema de política sanitaria y social y donde son más útiles otro tipo de análisis como los de costo-beneficio ⁽²⁾⁽⁴⁰⁾⁽¹²⁷⁾.

En el análisis **coste-beneficio** (*cost-benefit*), los resultados de salud se traducen y expresan en unidades monetarias, lo que plantea evidentes dificultades ya que no es fácil expresar los beneficios de salud como dinero. Sirven para establecer si los beneficios económicos del programa superan a los costos al comparar programas alternativos en competencia, incluso fuera del campo de la salud, con el objetivo de maximizar los recursos colectivos ⁽¹²⁾⁽⁴²⁾.

En los análisis de coste-beneficio, los costos y los beneficios (la ganancia en calidad y cantidad de salud) se expresan en unidades monetarias para obtener la razón beneficio/coste

$$\text{Razón B/C} = \frac{\text{Coste del problema sin el programa} - \text{Coste del problema con el programa}}{\text{Coste del programa}}$$

Los costes del problema deben incluir los costes directos (gastos efectuados para el tratamiento de la enfermedad, las complicaciones y las secuelas crónicas) y los costes indirectos (costes derivados de pérdidas de producción transitoria o permanente. La inclusión de los costes indirectos es cuestionada por algunos economistas de la salud (115).

Por otra parte existen costos intangibles (sufrir dolor, pérdida de autoestima, limitación en la calidad de vida,...) difícilmente traducibles a valor monetario. El análisis **costo-utilidad** (*cost-utility*) incorpora estos costos al referir los beneficios tal como los percibe la población (115)(119).

En los análisis costo-efectividad y costo-beneficio deben introducirse cálculos complementarios para obviar el sesgo del tiempo cuando los costes y los beneficios no correspondan a la misma anualidad (descuento o actualización); o para obviar el sesgo derivado de la variabilidad de los datos o estimaciones sobre los costes, beneficios y efectividad (análisis de sensibilidad).

La **tasa de descuento o actualización** se basa por lo general en la tasa de inflación o en el interés que pagan los bancos en los depósitos a plazo. Los valores presentes de costos y beneficios se obtienen de la fórmula (127):

$$\text{Valor presente} = \frac{\text{nominal de la cantidad}}{(1 + \text{tasa de descuento})^{\text{número de años transcurridos}}}$$

Asimismo, con frecuencia son necesarios **análisis de sensibilidad** que responden a la incertidumbre con que se hayan obtenido los datos de coste, beneficio y efectividad. Consisten en repetir análisis de estos parámetros, variando los componentes económicos, epidemiológicos..., que los determinan, y observando su influencia en los resultados. Cuando estos resultados son muy sensibles a determinadas estimaciones se necesitan nuevas investigaciones para validar la estimación. Si el tiempo transcurrido entre la realización de costes y la ob-

tención de beneficios es largo, los resultados de análisis costo-efectividad y costo-beneficio pueden ser muy sensibles a los cambios de la tasa de descuento o actualización y se requerirá un análisis de sensibilidad variando ésta para observar cómo modifica los resultados (42).

El **análisis de rentabilidad** económica de los programas tiene dos criterios principales. El valor neto presente (net-benefit) que consiste en sustraer costes actualizados de beneficios actualizados; si el resultado es positivo, el programa es rentable. El segundo criterio es el ya comentado de razón beneficio/costes. Cuando el resultado es mayor que 1, el programa se considera rentable (115).

2.2.3 EVALUACION OPERATIVA

La evaluación operativa se efectúa sobre la implantación o ejecución (*implementation*) del programa, siendo considerada como una prolongación de la evaluación táctica en la medida en que involucra recursos y actividades. Comprende la secuencia de actividades que sigue a la adopción del plan del programa y alcanza hasta que las acciones sanitarias se hayan integrado, institucionalizado, al formar parte de la práctica habitual de la organización sanitaria (115).

Pineault y otros autores señalan que con frecuencia los defectos en la implantación son la causa del fracaso de los programas (60)(66)(115). La implantación de un programa supone la introducción de un cambio en las organizaciones, lo que requiere una adaptación mutua entre el programa y el conjunto de la organización. El planificador deberá de analizar y tener en cuenta los obstáculos y resistencias que se asocian al cambio, y encontrar la estrategia más adecuada para crear las condiciones propicias que permitan superarlas. Para ello, antes de implantar un programa deberán de considerarse tanto los elementos estratégicos, que actúan en la implantación del programa, como los elementos técnicos, que se refieren a los elementos de gestión de dicha implantación (147).

Con frecuencia, las organizaciones sanitarias no tienen el control sobre todos los recursos necesarios para la realización del programa. Incluso aquellas que tienen recursos suficientes deben recurrir en ocasiones a recursos profesionales o institucionales integrados en organizaciones que no dependen de su jurisdicción ⁽¹¹⁵⁾.

De la adaptación mutua entre las diferentes organizaciones que interactúan y el programa, dependerá en gran parte su integración. Los **elementos estratégicos** que deberán de haberse considerado antes de iniciar la implantación de un programa son: el medio ambiente interorganizacional, **medio ambiente externo**, que requiere la identificación de sus características, de los individuos y grupos de interés que lo forman, las metas e intereses en relación con el programa, y los acuerdos de implicación en el proceso de planificación, implantación y ejecución del programa que se pudieran lograr; y la propia organización, **medio ambiente interno**, considerando sus condiciones estructurales en cuanto al nivel de toma de decisiones, nivel de gestión y nivel de ejecución ⁽³²⁾⁽⁸³⁾.

Además de evaluar la suficiencia y corrección con que se trataron los elementos estratégicos, deberá de evaluarse los **elementos técnicos** de la implantación del programa, los de planificación de la gestión, de las operaciones del programa. Será conveniente, para hacer esta evaluación, revisar el plan de operaciones y los diferentes sistemas de clasificación de actividades operativas del programa.

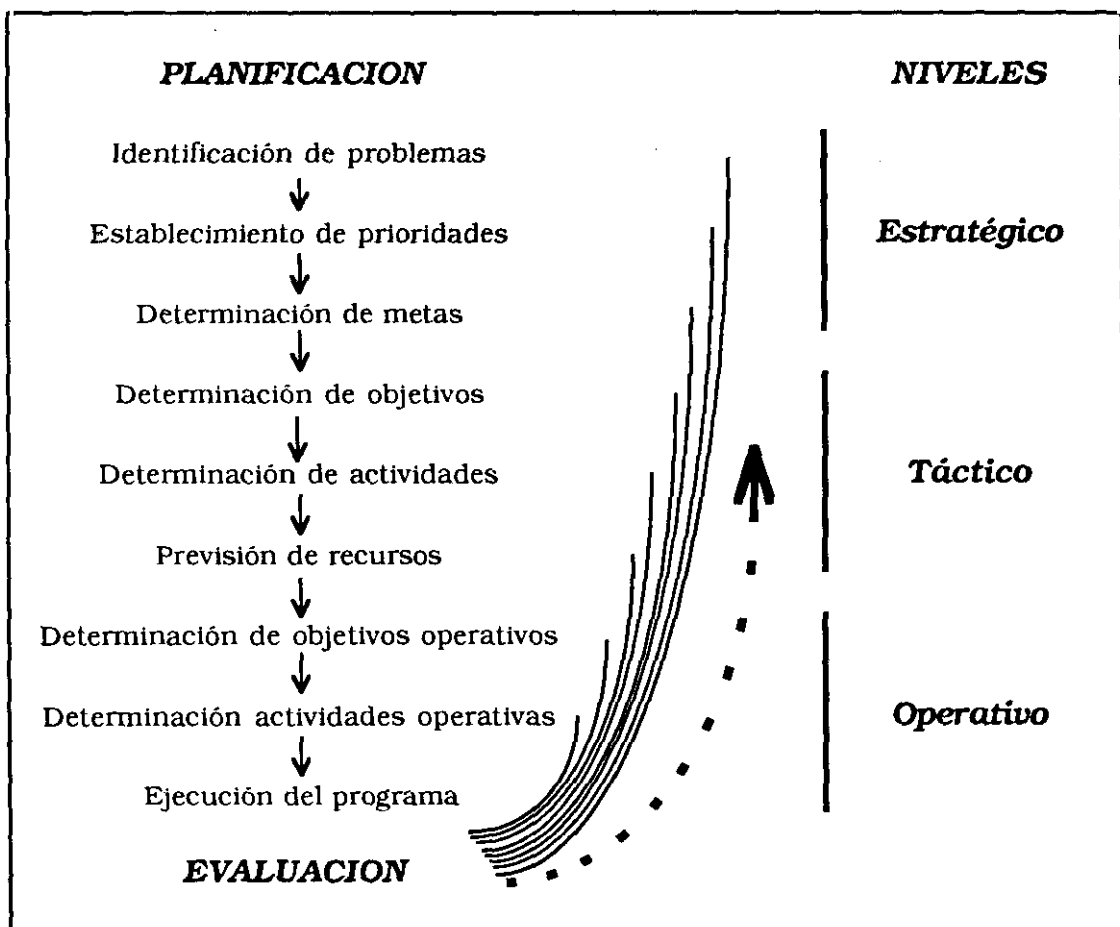
El **plan de operaciones** de un programa ordena las actividades del equipo o servicio encargado de desarrollar el programa y sirve para el funcionamiento diario. En él se especifican los objetivos operativos.

Los **objetivos operativos** deberán de estar formulados desde el punto de vista de actividades del equipo de trabajo y especifican quién hace qué, cuándo, en qué orden y con qué recursos. Algunas veces este plan de operaciones está integrado en un plan central de operaciones de la organización (ej: tareas de formación del personal, de elaboración de presupuestos,...).

Además de especificar los objetivos operativos, el plan de operaciones enuncia las **actividades operativas** a realizar. Estas pueden ser de tipo temporal, como la instalación de un equipamiento nuevo, o corriente, actividades que mantienen funcionando con normalidad el programa. Las actividades temporales, por su carácter pueden gestionarse como proyectos específicos.

En la evaluación operativa se puede investigar asimismo la existencia de métodos de clasificación ordenada de las actividades del programa. Sería de utilidad revisar los sistemas tipo red como: algoritmos de decisión, diagramas de flujo (*flow chart*), sistemas PERT (*program evaluation and review technique*), CPM (*critical path method*), y los de representación del calendario de operaciones, tipo diagrama de Grantt o diagrama de Milestone existentes ⁽³²⁾⁽¹¹⁵⁾.

Figura 2: Niveles de planificación y evaluación.



2.3 SELECCION DE METODOS DE EVALUACION.

El método que se utiliza para la evaluación de cada programa depende fundamentalmente de dos factores: del **contexto** organizacional en que se desarrolla el programa y su evaluación; y del enfoque teórico, el **paradigma** de evaluación adoptado por el evaluador ⁽¹¹⁵⁾.

2.3.1 SEGUN EL CONTEXTO.

Pineault propone la selección del método de evaluación de programas en función del **tipo de organización** en que se encuadra. Para ello, las clasifica por la forma en que persiguen sus objetivos, en modelos racionales (*goal attainment model*), modelos sistemáticos (*system model*) y modelos de sistema abierto (*open system model*) ⁽⁸⁶⁾⁽¹¹⁵⁾.

En los **modelos racionales** (*goal attainment model*), la organización es una entidad simple que persigue una o varias metas fácilmente identificables hacia las que orienta todas sus actividades. En ellas se intenta maximizar los esfuerzos para conseguir los objetivos de los programas. La evaluación del programa consistirá entonces en valorar hasta qué punto se han alcanzado las metas que se propusieron en un principio.

En los **modelos sistemáticos** (*system model*), la organización es un sistema complejo y dinámico con objetivos más difusos e inestables que son redefinidos constantemente por los actores presentes en cada momento en la organización y por el medio ambiente que la rodea. Se preocupa especialmente por sus propios procesos organizacionales internos en un constante intento de garantizar operatividad y supervivencia a la organización. El éxito estará en relación con la utilización óptima de los recursos para adaptarse a la naturaleza cambiante de la organización, los actores y sus diferentes enfoques del problema de salud en cuestión. La evaluación del programa se hace más sobre criterios de optimización (adecuación estratégica) de los recursos que sobre su maximización.

En organizaciones tipo modelo racional, basado en la consecución de metas claras, se suele realizar **evaluación sumativa**. Ha sido tradicionalmente el tipo más practicado de evaluación de programas. Se preocupa de los efectos obtenidos más que del proceso. En un caso límite, este enfoque puede llegar a concluir que un programa ha fracasado, aún en el caso de que no se haya llegado a implantar.

Debido a ello, la **evaluación formativa** se está empleando cada vez más, sobre todo en el estadio de implantación de los programas, para comprender y explicar las razones del éxito y fracaso de los mismos. Este tipo de evaluación está más adaptado a la concepción actual de las organizaciones sanitarias. Además, la evaluación formativa es esencialmente dinámica y permite por su retroacción continuada, el reajuste o la modificación de ciertos elementos del programa para mejorar sus logros.

El **modelo organizacional de sistema abierto** (*open system model*), visualiza a la organización situada en un entorno dominado por incertidumbres y cierta turbulencia. Es importante entonces para la organización adaptarse al medio, por lo que toma sus decisiones en función de *criterios de satisfacción suficiente* (*satisficing*), es decir, de la reducción de la incertidumbre y las turbulencias, en lugar de buscar maximalización u optimización de sus recursos. En consecuencia, cuanto más inestable y turbulento es el medio ambiente de la organización y su entorno, más difícil se hace identificar metas estables y permanentes. La evaluación sumativa es difícilmente aplicable.

Patton propone por ello un método que llama **evaluación centrada en la utilización**⁽¹¹³⁾, que consiste en adaptar continuamente los métodos seleccionados en la evaluación a las necesidades de quienes toman las decisiones en la organización. La participación continuada de estas personas, o las estructuras a quien se destina la información en el proceso de evaluación, es elemento fundamental de este método.

En el enfoque de selección de métodos propuesto por Patton, los objetivos y metas importantes pueden no ser los señalados en la planificación, sino aquellos que sean de utilidad para los usuarios de

la información. Es posible que la evaluación deba de orientarse hacia la valoración del cumplimiento de objetivos considerados de prioridad secundaria en el programa, pero que son de mayor utilidad en un contexto evaluativo determinado. Esta menor ponderación de un objetivo, que en principio era prioritario en el programa en favor de otros de menor rango, tiene diferentes causas.

- Los objetivos más importantes del programa se refieren al largo plazo, y en cambio, las organizaciones e individuos implicados en el programa suelen necesitar obtener datos a un plazo más breve para evaluar en qué dirección está marchando el programa.

- Los objetivos más importantes del programa a menudo se alcanzan por la acción conjunta de numerosos factores, algunos externos al programa, variables concomitantes, por lo que los datos sobre la consecución de objetivos más inmediatos pueden ser indicadores sensibles, específicos y precoces, de la evolución del programa.

- Las personas implicadas en el proyecto suelen recibir mucha información sobre las metas más importantes y muy poca sobre objetivos intermedios que con frecuencia son de gran interés para ellos.

La orientación de Patton es pragmática, flexible, y se adapta a organizaciones de sistema abierto, interactuantes con el medio ambiente.

2.3.2 SEGUN EL PARADIGMA ADOPTADO.

En los tratados sobre evaluación de programas se observa la existencia de dos posicionamientos teóricos enfrentados en relación con los métodos empleados.

Uno propugna un **enfoque empírico**, inspirado en las ciencias naturales, y propone un proceso hipotético-deductivo; es el dominante y se apoya en métodos cuantitativos. El otro, procedente de las ciencias humanas y sociales, propone una metodología más cualitativa y un proceso inductivo; es el **enfoque normativo**. La Tabla 3 resume sus principales características.

Ambos se pueden utilizar simultáneamente en una evaluación y su elección está más relacionada con los métodos e instrumentos de evaluación seleccionados que con su propia capacidad intrínseca. La formación y el campo científico del agente evaluador y su propio posicionamiento teórico es con frecuencia el factor determinante⁽¹¹⁾.

Tabla 3: Enfoques paradigmáticos de los métodos de evaluación.

| PARADIGMA EMPIRICO | PARADIGMA NORMATIVO |
|--|--|
| Datos cuantitativos | Datos cualitativos |
| Objetividad | Subjetividad |
| Distancia en relación a las observaciones | Proximidad máxima de los medios de observación |
| Orientación fragmentaria | Orientación global |
| Sistema fijo | Sistema dinámico |
| Se otorga importancia a la fiabilidad de los datos | La importancia es otorgada a la validez de los datos |
| Procedimiento deductivo | Procedimiento inductivo |
| Tiende a la uniformidad | Tiende a la diversidad |

Patton ⁽¹¹³⁾, propone también en este caso una tercera vía centrada en la utilización, al igual que lo hacía al considerar el contexto organizacional. El **enfoque de las elecciones**. Es un enfoque ecléctico que trata de utilizar los métodos más adecuados a cada situación. En él, es importante identificar a los usuarios de la información producida por la evaluación, y hacerles participar en todas las etapas del proceso, de tal forma que las elecciones metodológicas sean elecciones compartidas y se ajusten a sus necesidades.

Pineault apoya esta opinión y refiere que no existe ningún criterio absoluto en la elección de métodos. Frente a posicionamientos metodológicos preconcebidos con los que se enfrenta un evaluador a un determinado problema "... son la naturaleza del problema y el contexto en el cual el programa se implanta, los que deben dictar la elección del método" ⁽¹¹⁵⁾.

Esta visión pragmática y ecléctica permite privilegiar a lo largo del proceso de evaluación de un programa, el método que se adapte mejor a la fase a considerar.

Así, en la fase de implantación, donde hay que interesarse más por el proceso, está indicada la evaluación formativa, más cualitativa.

Si de lo que se trata es de generalizar un programa en funcionamiento en una zona determinada, a todo un país, probablemente se requerirá una evaluación sumativa, un estudio más cuantitativo de sus efectos.

En el estadio de concepción y elaboración de programa, la evaluación táctica, estructural, de la adecuación de los componentes del programa, será la que predomine.

Por último, al comienzo del proceso de planificación y programación se precisará una evaluación estratégica, más normativa y cualitativa, destinada a estudiar su pertinencia.

Las orientaciones cualitativas y cuantitativas se utilizan en la práctica de forma complementaria, aportando las primeras elementos explicativos a los resultados obtenidos por las segundas ⁽³⁸⁾(115).

2.4 INVESTIGACION EVALUATIVA.

Aunque en el lenguaje cotidiano de los programas sanitarios se hable de evaluación, con frecuencia este término se refiere a actividades de "investigación evaluativa"⁽³⁾.

La investigación evaluativa comienza con el enunciado de los objetivos perseguidos con un programa y plantea como hipótesis la existencia de una relación entre el programa, **variable independiente**, y los efectos deseados, **variables dependientes**. La verificación de esta hipótesis requiere de un protocolo de investigación, determinado por el diseño de la misma, así como técnicas de recogida de información ⁽¹¹⁵⁾.

Cada investigación evaluativa tiene su propio **diseño**, que comprende el conjunto de procedimientos y métodos previstos de antemano por el investigador para asegurar la **validez** de un estudio de evaluación. Los diseños de investigación se suelen asociar por lo general a la evaluación sumatoria, cuantitativa, pero cada vez en mayor medida se están asociando a ellos aspectos cualitativos y subjetivos que ayudan a complementarlos ⁽⁵⁶⁾.

2.4.1 LA VALIDEZ DE UNA INVESTIGACION EVALUATIVA.

Hay dos cuestiones fundamentales en la investigación evaluativa al estudiar los efectos de un programa: ¿son realmente los resultados obtenidos efecto del programa?; ¿pueden ser generalizados a un conjunto mayor de individuos?. Estas dos preguntas definen los dos tipos de validez de un estudio ⁽¹¹⁵⁾.

La **validez interna** permite concluir que el efecto obtenido se debe realmente a la variable independiente y no a otros factores o variables de confusión, variables concomitantes, conocidas o desconocidas al hacer el diseño. La **validez externa** permite generalizar los resultados a una población mayor o a otras situaciones o contextos más amplios. La validez interna de una investigación evaluativa es más importante que la externa ya que constituye una condición necesaria, aunque no suficiente, para que se dé la validez externa.

La validez interna se garantiza cuando se puede controlar la influencia de **variables concomitantes** sobre la variable dependiente (sobre los efectos del programa). Una variable concomitante se define como aquella que se puede asociar tanto a la variable independiente (el programa) como a la variable dependiente (los efectos del programa) o a ambas.

Entre las posibles situaciones en que interviene una variable concomitante, la más frecuente es la de asociación secundaria.

| | |
|------------|----------------------------|
| Y -----> X | X = variable dependiente |
| | Y = variable independiente |
| Z | Z = variable concomitante |

Si al variar Z se observa variación sistemática de la variable X, hay que discernir si Z está asociada a la variable independiente Y.

Si hay asociación entre Y y Z, la variable independiente es causa común de X y de Z; la correlación entre Z y X es aparente (*spurious*). Si no hay asociación entre Y y Z, la variable concomitante es una verdadera variable independiente que actúa sobre X, pero que es extraña a la relación causa-efecto entre Y y X.

En la realidad las situaciones son mucho más complejas y hay que aislar el efecto específico de múltiples Y sobre diferentes X del resto de varias Z.

La influencia de las variables concomitantes sobre el efecto del programa introduce variaciones sistemáticas en la medida de los resultados, en relación a su valor real. Es lo que se denomina **sesgo**. El sesgo puede intentar neutralizarse "a priori", al hacer el diseño de la evaluación, o "a posteriori", por análisis de los datos obtenidos mediante métodos apropiados.

Los tratados de metodología de la investigación⁽³⁾⁽⁵⁸⁾⁽⁷⁴⁾⁽⁸⁹⁾⁽⁹⁰⁾, investigación evaluativa y epidemiología, recogen diferentes métodos de

control de las variables concomitantes o de confusión a través del diseño de los protocolos de investigación.

Además de estos métodos para controlar las variables concomitantes en una investigación, deberán de considerarse otros obstáculos a la validez de los estudios de investigación evaluativa.

Pineault clasifica los obstáculos a la validez interna en: efectos debidos a la historia, a la maduración, al instrumento de medida o a su efecto, a la mortalidad experimental, a la regresión estadística y a la selección. Respecto de la validez externa clasifica los obstáculos en: interacción selección-tratamiento, interacción test-tratamiento, efectos debidos a la situación y efectos debidos a tratamientos múltiples ⁽¹¹⁵⁾.

2.4.2 PRINCIPALES DISEÑOS EN INVESTIGACION EVALUATIVA.

La clasificación más aceptada los agrupa en tres categorías, experimentales, cuasiexperimentales y preexperimentales. Los primeros, más exigentes, rigurosos y cuantitativos, con más utilidad en la evaluación de los efectos del programa. Los últimos, menos rigurosos y con un mayor interés en sus aportaciones cualitativas y explicativas de los procesos ⁽⁸⁹⁾⁽⁵⁸⁾⁽³⁾⁽¹¹⁵⁾.

Diseños experimentales: Son considerados los de mayor calidad e incluyen el ensayo clínico aleatorio (*randomized clinical trial*) que se considera el prototipo de ellos en el campo de la investigación médica. Podrá usarse en la evaluación de programas cuando se cuenta con recursos suficientes. Controla tanto las variables conocidas como las no conocidas por el evaluador. Sus inconvenientes en la evaluación de programas de salud están relacionadas con: problemas éticos, al negar una práctica de eficacia conocida al grupo control, un muy elevado coste, y un tiempo total excesivo.

Diseños cuasiexperimentales: Su diferencia principal es la ausencia de distribución aleatoria, mientras que se mantiene el resto de las características de los diseños experimentales. Entre ellos están:

El diseño antes-después con grupo testigo (*non equivalent comparison group*) permite hacer comparaciones desde el inicio del grupo del programa y del grupo testigo en relación a las variables concomitantes conocidas; no así los factores de confusión desconocidos por el investigador. Se corresponde con el estudio de cohortes utilizado en epidemiología clásica, siendo el programa a estudio el factor de exposición. Se le concede en principio una buena validez interna.

Las series cronológicas (*time series*) consisten en observaciones repetidas antes y después de la implantación del programa. Controla bien los efectos debidos a la maduración y a la historia, especialmente si se añade un grupo testigo.

El diseño de regresión discontinua que somete a todos los individuos a un pretest, los reparte en dos grupos en función de estos resultados, y uno de estos grupos es incluido en el programa, quedando el otro como control. Después de la aplicación del programa se procede a un postest. Todo cambio entre el pretest y el postest será atribuible al programa.

Diseños preexperimentales: Son diseños que generalmente no pueden asegurar una validez tan grande como los precedentes, pero que por su simplicidad y bajo coste pueden ser de utilidad, especialmente cuando se combinan entre sí. Los más conocidos son:

El grupo estático de comparación entre un grupo que ha participado en el programa y otro que no lo ha hecho. Sus principales sesgos se relacionan con la selección y con la mortalidad experimental.

El estudio caso-control (*case control-study*) es muy utilizado en epidemiología y puede también aplicarse en investigación evaluativa. Se constituyen los grupos en función de la presencia o ausencia de los efectos esperados del programa. La historia de participación en el programa se reconstruye entonces de manera retrospectiva.

El diseño después únicamente (*one-shot case study*), que es el más incompleto, corresponde a un estudio de casos, y no tiene apenas valor si no es acompañado de un estudio detallado de evaluación formativa. No parece posible concluir sobre la eficacia de un programa a partir de un diseño de este tipo, pero su valor explicativo puede ser muy grande dado que permite un análisis más detallado de los procesos de desarrollo del programa. Son de mayor utilidad en evaluaciones formativas que sumativas.

Los diseños combinados (*patched-up designs*) son los que más frecuentemente se emplean en la evaluación de programas, especialmente en aquellos que de manera regular incluyen a nuevos grupos de individuos. Modifican el diseño añadiendo nuevos elementos cada vez para controlar los obstáculos a la validez interna o a la situación cambiante. Aseguran un buen grado de validez y son además muy apropiados porque la ejecución y evaluación de los programas de salud se efectúan a menudo en contextos turbulentos que fuerzan al investigador a adaptar constantemente su estrategia.

2.5 INFORMACION Y DATOS PARA LA EVALUACION.

Al ser la evaluación de programas un proceso dinámico de retroacción sobre las diferentes etapas de la planificación y programación, los métodos de recogida de información que se utilizan en la evaluación no son diferentes de los que se usan en cada etapa al planificar y programar la intervención⁽³⁹⁾.

Por ejemplo, el método Delphi y el grupo nominal⁽⁶⁾ se pueden usar tanto en la etapa de identificación de los problemas, como en la determinación de prioridades, o en la evaluación.

Los métodos de clasificación ordenada de actividades, como los diagramas de Milestone y Grantt, PERT, CPM,⁽¹¹⁵⁾ pueden aplicarse en la etapa de la programación de la misma forma que en la de su evaluación. Estos métodos y técnicas pueden servir para una evaluación rigurosa del desarrollo de un programa.

Como ya ha quedado expuesto al hablar de la selección de métodos, una adhesión muy estricta a enfoques cuantitativos o cualitativos al recoger información tenderá a su vez a disminuir la riqueza y el alcance del análisis, por lo que también aquí se recomienda una combinación apropiada de datos cuantitativos y cualitativos.

Como regla general el tipo de datos requeridos en la evaluación será fundamentalmente de naturaleza cuantitativa cuando se refieran a los efectos del programa, a una evaluación más sumativa; mientras que deberán de tener una naturaleza cualitativa, formativa, cuando se refieran más al proceso ⁽⁶⁶⁾⁽¹¹⁵⁾.

Los datos deberán de tratar sobre los diferentes componentes del programa, recursos, actividades y resultados. A veces provienen de los ficheros ya existentes, datos extraídos de historias clínicas, de expedientes administrativos de actividades o de otras fuentes no relacionadas directamente con el programa, los llamados datos indirectos (*unobstructive data*) ⁽³⁹⁾.

Otras veces hace falta recurrir a datos generados para la propia evaluación del programa, que permitan una respuesta precisa y específica a algunas de las cuestiones que se plantean. Esto último suele elevar el coste de la evaluación en tiempo y recursos. El evaluador deberá de adaptarse a las situaciones y escoger métodos apropiados en función del contexto ⁽³⁾.

Hay ciertas características de la información, que afectan a los datos y a su medición, tanto si se trata de recoger datos objetivos como subjetivos, que se deberán tener en cuenta ⁽¹¹⁵⁾.

Sensibilidad: La capacidad del método para detectar la presencia de la característica que se quiere identificar.

Especificidad: Capacidad de un método para diferenciar a una población que presenta una característica de otra que no la presenta.

Fiabilidad: La capacidad de un método para dar los mismos resultados cuando se repiten las mismas mediciones. Una medida será fiable cuando produce un resultado constante al aplicarse repetidamente.

Validez: La capacidad de un método para medir una determinada característica que se pretende medir. Tiene a su vez varias consideraciones. Al hablar de validez de **contenido** se indica la capacidad de representar por la medida todos los aspectos del concepto que mide. La validez de **criterio** y validez de predicción son características que indican la validez de una medida para una variable que fué anterior o que será posterior en el tiempo. Si el criterio es un fenómeno que tiene lugar en el mismo momento, la correlación entre medida y criterio constituye la validez concomitante. Por último, la validez de **construcción** se refiere a la capacidad de representar realmente el concepto que se desea medir; es importante referirse a ella cuando se trata de medir conceptos abstractos o donde no hay un acuerdo normativo.

La Tabla 4 muestra el comportamiento frente al sesgo, de los diferentes tipos de estudios descritos.

Tabla 4: Comportamiento de los diferentes estudios frente al sesgo.

| Diseños de investigación evaluativa | VALIDEZ INTERNA | | | | | | VALIDEZ EXTERNA | | | | |
|-------------------------------------|-----------------|------------|--------|--------------|-----------|-----------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------|------------------------|
| | Historia | Maduración | Prueba | Instrumentos | Regresión | Selección | Mortalidad experimental | Interacción trat-prueba | Interacción trat-selección | Situación | Tratamientos múltiples |
| EXPERIMENTALES | | | | | | | | | | | |
| Ensayos aleatorios | + | + | + | + | + | + | + | + | ? | ? | x |
| CUASIEXPERIMENTALES | | | | | | | | | | | |
| Pretest-postest con testigo | + | + | + | + | ? | + | ? | - | ? | ? | ? |
| Series cronológicas simples | - | + | + | ? | + | + | ? | - | ? | ? | ? |
| Series cronológicas múltiples | + | + | + | + | + | + | ? | - | ? | ? | ? |
| Regresión discontinua | + | + | + | ? | + | + | ? | + | - | + | + |
| PREEXPERIMENTALES | | | | | | | | | | | |
| Grupo estadístico de comparación | + | ? | + | + | + | - | - | x | - | x | x |
| Pretest-postest | - | - | - | - | ? | + | + | - | - | ? | x |
| Postest solamente | - | - | x | x | x | - | - | x | - | x | x |
| Diseños combinados | + | - | + | + | - | + | ? | + | ? | ? | ? |

(-) = Debilidad; (+) = Controla el sesgo; (?) = Plantea problemas; (x) = No le afecta este factor

2.6 OTRAS CONSIDERACIONES.

Se agrupan en este epígrafe cuestiones, fundamentalmente de naturaleza estratégica, no abordadas anteriormente, pero que sin embargo requieren una consideración específica al estudiar los procesos de evaluación de programas de salud.

2.6.1 LA RESPONSABILIDAD DE LA EVALUACION DE PROGRAMAS.

Al considerar toda evaluación se deberá reconocer que, como todo el proceso de planificación, la evaluación se sitúa en un contexto ideológico, organizacional y sociopolítico definido, donde el papel del evaluador nunca será neutro. En la mayor parte de las situaciones, sus propios valores se confrontarán con los de los utilizadores de los resultados de su evaluación ⁽⁶⁶⁾.

Burt ⁽²⁷⁾ expone razones por las que no es frecuente la evaluación de programas establecidos. Entre ellas cita que suele ser visto como una amenaza por los equipos que desarrollan los programas y como una pérdida de tiempo por sus administradores. Hawe ⁽⁶⁶⁾ en referencia a programas de promoción de la salud, y Pineault ⁽¹¹⁵⁾ comentan que algunas veces no les falta razón, pues hay antecedentes de utilizar la evaluación como excusa para apoyar decisiones o posiciones establecidas de antemano y a la postre para recortarlos.

“Los programas de salud para los cuales se solicita una evaluación son, a menudo, los que tienen mayores dificultades políticas, los que son más nuevos o más innovadores y, por tanto, los más frágiles. Por otra parte, otros programas bien establecidos, que se benefician del apoyo de grupos de influencia, no son objeto de una evaluación, aunque sean muy costosos” ⁽¹¹⁵⁾.

Numerosos autores ⁽³⁾⁽¹¹⁾⁽³⁸⁾⁽¹⁰⁰⁾⁽¹¹³⁾⁽¹⁴⁷⁾ están de acuerdo en que la evaluación idealmente debería reunir a investigadores externos al programa y gestores del mismo. La proporción de sus contribuciones y responsabilidades en el proceso se basaría en cuestiones de juicio y en consideraciones de orden metodológico y práctico.

Así, Pineault ⁽¹¹⁵⁾ propone que la responsabilidad de la evaluación se asuma por diferentes agentes en función del elemento del programa que se quiera evaluar y según la meta perseguida.

Para una evaluación sumativa, es decir dirigida a determinar los efectos del programa, el papel de un agente investigador externo al proceso de implantación sería preponderante.

En la etapa de implantación del programa, cuando la evaluación formativa es particularmente útil, la contribución de las personas responsables de la implantación del programa es esencial ⁽¹¹⁵⁾.

Si a ésto unimos el enfoque propuesto por Patton que preconiza la importancia de los destinatarios de la evaluación, resulta que con frecuencia el mayor problema suele ser conciliar los puntos de vista de las diferentes personas que intervienen. Pragmáticamente, Pineault ⁽¹¹⁵⁾ reconoce que en general el punto de vista del que paga la factura suele tener las mayores posibilidades de imponerse.

2.6.2 LA PERTINENCIA DE LA EVALUACION.

Un rasgo esencial de la evaluación de programas es que los hallazgos deben de resultar útiles a quienes toman las decisiones; deben ayudar a decidir si continuar, modificar o detener el programa. Para ello, los resultados de la evaluación deberán de estar disponibles en el momento en que se necesiten ⁽³⁾.

Los cambios en las circunstancias, el personal y las políticas, suelen tener como resultado frecuentes cambios en los procedimientos de los distintos servicios, con lo cual muy poco beneficio práctico se saca de evaluar un programa en la forma en que se desarrollaba varios años atrás.

La evaluación debe de ser rápida y hacerla en la medida de lo posible sobre la marcha ⁽³⁾. El responsable de la evaluación de un programa deberá de tener en cuenta que cuanto antes provea de elementos de

toma de decisión, más útil será la evaluación. *“La meta de la evaluación de los programas no es tanto el avance de los conocimientos teóricos como la ayuda a la decisión”*; *“...la toma de decisiones no puede estar a remolque de la investigación; el investigador, si quiere que su estudio sea útil, deberá de someterse a estos imperativos”* (115).

No obstante en este sentido, merece la pena recoger dos conceptos aceptados en la literatura científica y acuñados en analogía a los errores de tipo I y II en estadística. El término **error de tipo III** que se refiere a la acción de evaluar un programa que en realidad no ha llegado a desarrollarse; y el término **error de tipo IV** que se refiere a evaluar algo que no interesa a quien tiene que tomar decisiones sobre el programa (66).

2.6.3 EVALUACION ADMINISTRATIVA E INVESTIGADORA.

Estos dos conceptos se distinguen entre sí tanto por las finalidades que persiguen como por los métodos que emplean.

La **evaluación administrativa** consiste en la formulación de un juicio sobre un aspecto del programa, a partir de normas definidas empíricamente o de forma normativa (115). Los resultados de la evaluación administrativa pueden ser útiles y no necesariamente encontrarlos convincentes quienes pusieran en duda la validez de las normas establecidas. Su meta es el ajuste de los elementos del programa. Actúa por retroacción mediante mecanismos de regulación que operan sobre los recursos (audit médico, acreditación,...)(3), y mediante mecanismos de control que operan sobre las actividades, tipo evaluación cofraternal (66).

Por contra, la **evaluación investigadora** consiste en determinar la relación entre resultados, actividades y recursos. Establece la validez de las normas que servirán para la evaluación administrativa. Utiliza técnicas que comprueban hipótesis de causa-efecto. A tal efecto resulta imprescindible que los métodos empleados sean rigurosos (3).

La evaluación investigadora no suele ser objetivo central de los servicios de salud, que disponen de poco tiempo y recursos para poner en marcha procedimientos especiales de recogida de información que les aparten de sus objetivos asistenciales a la población. Llevar a cabo evaluación investigadora en el entorno de un servicio ya establecido, sin aportar o liberar recursos específicos, puede producir dificultades, pues la evaluación y el servicio como tal plantearán requerimientos que entran en competencia entre sí ⁽³⁾(115).

Algunos servicios desarrollan lo que se llama **evaluación incorporada**, cuando se ha planificado la misma con antelación, y se recoge la información necesaria de un modo sistemático y como parte integral de la provisión de un servicio. En estos casos la evaluación administrativa y la investigadora se benefician mutuamente ⁽¹¹⁵⁾.

3 EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL.

3.1 PLANIFICACION SANITARIA POR PROGRAMAS.

Schaefer ⁽¹²⁴⁾ define la **planificación sanitaria** como: *"Un proceso metódico consistente en definir un problema por análisis, para satisfacer las necesidades no satisfechas que lo constituyen, fijar unos fines realistas y posibles, determinar el orden de prioridades, inventariar los recursos necesarios y conseguir las acciones administrativas, considerando las diversas estrategias de intervención posibles para resolverlo"*.

Pineault ⁽¹¹⁵⁾ destaca cinco elementos que caracterizan al proceso de la planificación: su carácter **prospectivo** que conduce a decidir qué hacer y cómo hacerlo; la relación de **causalidad** que recurre a elementos técnicos de determinismo entre la acción emprendida y los resultados que se pretenden; su orientación hacia la **acción**, el plan que resulta del proceso de planificación no puede ser sólo un documento lógico, bien escrito y presentado, el objeto último de la planificación es la acción, el cambio; su carácter de proceso **continuo** y dinámico con una gran capacidad de adaptación y que integre la evaluación como parte del proceso; y su naturaleza **multidisciplinaria** por los diferentes enfoques sanitarios, políticos, económicos, que en la planificación confluyen.

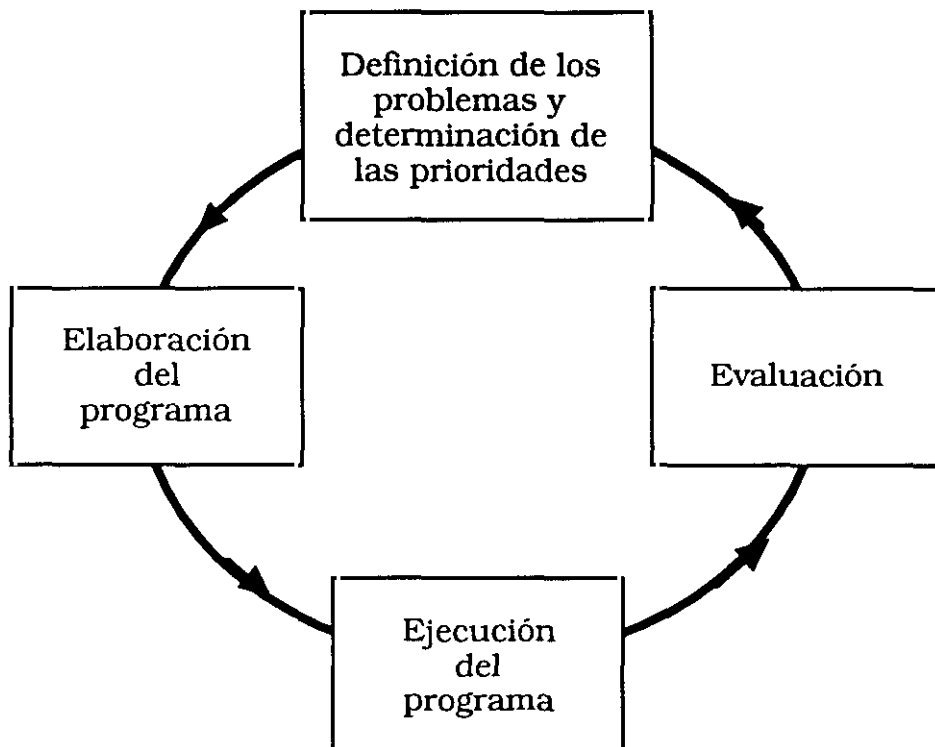
A ellas se añade la consideración de estar profundamente ligada al **contexto sociopolítico** en la que se inserta. De ahí la necesidad de apadrinamiento (*sponsorship*) a lo largo de las diversas etapas del proceso, como condición para que las soluciones propuestas puedan ser aplicables y aplicadas.

La **planificación sanitaria** se puede clasificar en cuatro tipos según sea el nivel jerárquico en el que se desarrolla dentro de un organismo. La **planificación política** (*normative or policy planning*) que se desarrolla en los niveles superiores de la administración y define la misión del organismo sanitario, los grandes objetivos del sistema como por ejemplo la universalidad o la equidad del sistema. El segundo nivel es la **planificación estratégica** que decide las prioridades de acción y las alternativas entre diferentes orientaciones; decisiones importantes que tienen consecuencias a largo plazo. Su elemento esencial es la estrategia, definida como un plan de acción concreto para alcanzar los objetivos. La **planificación táctica** o estructural, el tercer nivel, se ocupa de la organización de actividades y recursos necesarios para alcanzar objetivos generales y específicos definidos. Su producto por excelencia es el "programa". La **planificación operativa**, por último, que concierne al desarrollo de las actividades del programa, el calendario de ejecución y la gestión de los recursos ⁽¹¹⁵⁾.

El método de **planificación sanitaria por programas** toma como punto de partida los problemas de salud de una población determinada. Estos problemas de salud se definen en términos de indicadores epidemiológicos y también en términos que reflejen la percepción que la propia población tiene de sí misma sobre su estado de salud. Mediante el estudio de los problemas de salud se definen las prioridades. Para ello ha de tenerse en cuenta la importancia objetiva y subjetiva de los problemas identificados y la posibilidad de aportar soluciones eficaces, económicas y aceptables. Estas soluciones se traducen en una estrategia de intervención en forma de programas.

El programa es pues la respuesta estructurada de Salud Comunitaria ante los problemas detectados en una población. Pineault ⁽¹¹⁵⁾ define **programa** como "*un conjunto organizado, coherente e integrado, de actividades y de servicios, realizadas simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios, con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados, en relación con problemas de salud precisos y ello para una población definida*". La planificación sanitaria por programas está siendo cada vez más utilizada ⁽³⁾⁽⁶⁶⁾⁽¹¹⁵⁾⁽¹²²⁾.

Figura 3: Ciclo de la planificación sanitaria por programas.



Hay dos términos que se han empleado hasta aquí, **problema de salud** y **necesidad**, que resulta importante diferenciar.

Definimos el concepto **problema de salud** como un estado de salud considerado deficiente por el individuo, por el personal sanitario o por la sociedad. De todas las posibles definiciones de la salud, la falta de salud medida por indicadores constituye la más operativa de las que se dispone en planificación sanitaria⁽¹¹⁵⁾.

La **necesidad** representa lo que se requiere para solucionar el problema identificado, es lo que hace falta para que la situación problemática (el estado de salud "actual") se convierta en la situación deseada (el estado de salud "objetivo") ⁽⁶⁶⁾. Se incluye en ello cuestiones como el suministro de servicios sanitarios. Es un concepto relativo, ya que depende de lo que se considere como referencia. Bradshaw ⁽²⁵⁾ aportó su clásica estructuración en normativas, sentidas, expresadas y comparativas, a la clarificación del concepto de necesidad.

La identificación de las necesidades va más allá de la identificación de los problemas y hace que la planificación se centre en **la acción**, en lo que hay que hacer para remediar las deficiencias identificadas en el estado de salud de una comunidad. Donabedian ⁽³⁸⁾ propugna la traducción de necesidades de salud en sus equivalentes de necesidades de servicios y recursos; los recursos producen servicios, los servicios permiten satisfacer las necesidades. Es importante identificar de qué tipo de necesidad se trata y cómo se especifica, pues las necesidades de salud determinarán las necesidades de servicios y su tipo específico.

3.2 SALUD DENTAL COMUNITARIA EN LA CAPV.

3.2.1 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA DE SALUD BUCODENTAL.

En los años 1985-86 el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco realizó una encuesta de salud ESCAV-86 ⁽⁴⁸⁾ para obtener una imagen global de los problemas de salud de la población. La encuesta se realizó sobre una muestra de 7.200 familias con un total de 24.657 individuos.

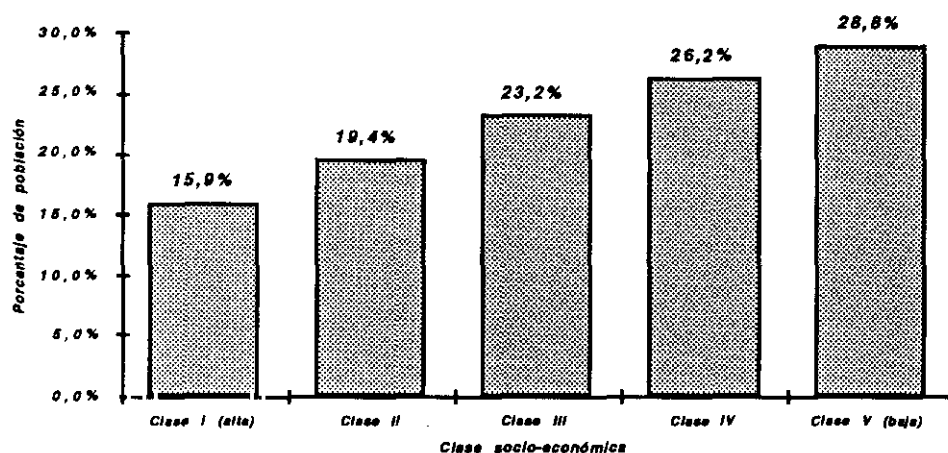
La muestra fué representativa de la población no institucionalizada de la C.A.P.V. según el padrón de 1981. Los datos fueron recogidos en el período de Mayo-85 a Mayo-86, mediante entrevistas a domicilio de todos los individuos que formaban cada familia. El Departamento de Sanidad pretendía completar su sistema de información aportando datos de las personas que no acudían al sistema sanitario y sobre la percepción del estado de salud de la población.

La encuesta formaría parte de un diagnóstico de salud de la población que contribuyera a definir prioridades en el conjunto de los problemas de salud y a conocer las desigualdades existentes entre los grupos de población tanto respecto a su estado de salud como de su accesibilidad a los servicios sanitarios. Para ello, de acuerdo con la estrategia impulsada por la O.M.S. y conocida por "Salud para todos" ⁽⁹⁹⁾⁽¹⁰²⁾ se utilizaron indicadores que pudieran incorporar, al proceso de planificación sanitaria, la información sobre morbilidad percibida. Esto complementaría a la diagnosticada normativamente y generada en el propio sistema de servicios sanitarios ⁽⁴⁸⁾.

El análisis de los datos determinó que los problemas de salud bucodental se situaban como los más prevalentes. El 24,5% de la población entrevistada dijo padecerlos. Por grupos de edad se apreciaba que era la población de 16 a 24 años la que se sentía más afectada, fundamentalmente por procesos de caries. Las categorías socioeconómicas más desfavorecidas eran las más afectadas, pasando desde un 28,8% de la clase social V a un 15,9 de la clase social I.

El 74% de la población entrevistada no había visitado en el último año al dentista. El 50% de los niños menores de 15 años no había ido nunca. De las personas con problemas de salud que no consultan con los profesionales por motivos económicos, el 83% refieren problemas de cavidad bucal.

Figura 4: Problemas dentales percibidos y clase socio-económica.



Los datos expuestos reflejaban una situación bien distinta de la de los países que se utilizaron como comparación para analizar los resultados de la encuesta.

Tabla 5: Percepción de problemas de salud por la población.

| Problemas de salud | CAP.V. | | FRANCIA | | CANADA | |
|--------------------------|--------|-------|---------|-------|--------|-------|
| | % | Orden | % | Orden | % | Orden |
| CAVIDAD BUCAL | 24 | (1º) | 13 | (5º) | 7 | (5º) |
| OSTEOMUSCULAR | 20 | (2º) | 12 | (6º) | 21 | (1º) |
| CIRCULATORIO | 19 | (3º) | 18 | (3º) | 10 | (3º) |
| RESPIRATORIO | 18 | (4º) | 27 | (1º) | 21 | (2º) |
| DIGESTIVO | 13 | (5º) | 14 | (4º) | 5 | (7º) |
| ESTADOS MORB. MAL DEFIN. | 11 | (6º) | 23 | (2º) | | |
| VISION | 8 | (7º) | 7 | (7º) | 5 | (6º) |
| PIEL | 6 | (8º) | 6 | (8º) | 9 | (4º) |
| TRANSTORNOS MENTALES | 5 | (9º) | 6 | (9º) | 4 | (9º) |
| AUDICION | 5 | (10º) | 2 | (13º) | 5 | (8º) |
| ACCIDENTES | 5 | (11º) | 3 | (10º) | 3 | (10º) |

3.2.2. OBJETIVOS DE SALUD BUCODENTAL "SPE 2000".

La evidencia del problema detectado llevó a la conclusión de que se precisaba una mayor consideración por parte de la administración sanitaria sobre este sector.

El primer obstáculo para emprender cualquier tipo de aproximación sistemática fué la carencia de unidades técnicas especializadas en Salud Pública Dental en la estructura de la administración sanitaria de la CAPV. Por ello, el Departamento de Sanidad optó por establecer un convenio de colaboración con instituciones de países con experiencia y tradición en servicios de Salud Dental Comunitaria que, mediante un programa de becas, facilitara la formación de recursos humanos en este área.

El *Joint Department of Community Dental Health and Dental Practice* del *London Hospital Medical College* y del *University College London* de la Universidad de Londres fué durante cuatro cursos académicos consecutivos, desde 1987 a 1991, el lugar de formación de becarios de la CAPV. Durante este período, siete técnicos superiores y tres de grado medio, realizaron el curso de *MSc in Dental Public Health* y el de *Diploma in Dental Public Health* en la Universidad de Londres.

Al mismo tiempo que se formaban recursos humanos, se estableció un acuerdo mediante el cual el Professor Aubrey Sheiham y su equipo de colaboradores de la Universidad de Londres, prestaban el asesoramiento técnico que el Departamento de Sanidad requería en la planificación sanitaria, fundamentalmente estratégica, en este área.

En 1990, como resultado del proceso de planificación sanitaria iniciado con el diagnóstico de salud, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco publica el documento "Salud para Euzkadi 2000" ⁽¹⁴⁰⁾ que contempla 17 problemas de salud prioritarios a los que denomina como Areas de Intervención Preferente. Entre ellas, y con el número 04 de orden, se incluyó la Salud Bucodental. Para cada una de estas grandes áreas se establecieron cinco tipos de objetivos. La Tabla 6 muestra los correspondientes a Salud Bucodental ⁽¹⁴⁰⁾.

Tabla 6: Los 14 objetivos del área preferente 04. Salud Bucodental.

| | |
|--------------------|---|
| | OBJETIVOS DE MEJORA DEL NIVEL DE VIDA. |
| Objetivo 4.1.1 | Para el año 2000, al menos la mitad de los niños de 12 años deberán estar libres de caries. |
| Objetivo 4.1.2 y 3 | Para el año 2000, el índice co a los 7 años y el índice CAO a los 12 años deberá haberse reducido, al menos un 20%. |
| | OBJETIVOS DE DISMINUCION DE RIESGOS. |
| Objetivo 4.2.1 | Para el año 1992, al menos el 70% de los niños en edad escolar practicarán tres o más cepillados diarios con pasta fluorada. |
| Objetivo 4.2.2 | Para el año 1995 el consumo de sacarosa por habitante y año deberá reducirse en al menos el 15%. |
| Objetivo 4.2.3 | Para el año 1995, no se administrarán alimentos cariogénicos en las escuelas o colegios en los que haya comedores colectivos. Así mismo, las máquinas de autoservicio que proporcionan golosinas, bebidas y otros productos que contienen azúcares refinados, se eliminarán de estos centros. |
| | OBJETIVOS DE EDUCACION SANITARIA. |
| Objetivo 4.3.1 y 2 | Para el año 1995, al menos el 90% de los niños en edad escolar y el 50% de sus padres deberán conocer los factores que como la higiene dental, el flúor, la dieta adecuada y los cuidados profesionales, permiten disfrutar de una buena salud oral. |
| Objetivo 4.3.3 | Para el año 1990, al menos el 90% de los escolares conocerán la manera correcta de realizar una higiene oral y la importancia de realizarla varias veces al día, sobre todo después de las comidas. |
| | OBJETIVOS DE MEJORA DE SERVICIOS. |
| Objetivo 4.4.1 | Para el año 2000, los beneficios de la fluoración de las aguas de consumo público deberán cubrir al menos al 80% de la población. |
| Objetivo 4.4.2 | Para el año 1990, al menos el 80% de los niños de 6 meses a 13 años que residan en zonas aún no cubiertas por las redes de abastecimiento de agua fluorada, deberán recibir aportes adecuados de flúor. |
| Objetivo 4.4.3 | Para el año 1990, los servicios de atención primaria de salud deberán informar a todas las embarazadas sobre la importancia del cuidado de sus propias piezas dentarias en esta etapa así como de la importancia de unos hábitos alimenticios y de higiene dental adecuados para prevenir la caries y la deformación de los dientes de los niños. |
| Objetivo 4.4.4 | Para el año 2000, la asistencia odontológica básica, con cargo a fondos públicos, deberá cubrir, al menos a toda la población de 7 a 14 años. |
| | OBJETIVOS DE MEJORA DE LA VIGILANCIA Y EVALUACION. |
| Objetivo 4.5.1 | A partir del año 1990, se deberá de conocer de forma periódica el estado de la salud oral de la población de la CAV, así como la disponibilidad y utilización de los servicios correspondientes. |

3.2.3 ESTRATEGIAS DE SALUD DENTAL COMUNITARIA.

Establecidos una serie de objetivos para el área de la Salud Bucodental, se formuló un plan de actuaciones específicas de Salud Dental Comunitaria. Se definieron dos niveles de intervención. Un nivel general que recogía la orientación estratégica que se quería impulsar, y un nivel específico que delimitaba cinco campos de intervención en los que desarrollar las actuaciones ⁽¹²⁸⁾⁽¹³³⁾⁽¹³⁴⁾.

El **nivel general** recogía las indicaciones de la O.M.S. para la promoción de la Salud Bucodental. Es la aplicación del enfoque denominado Atención Primaria en Salud⁽⁷⁾⁽³¹⁾⁽⁷³⁾⁽⁹⁶⁾⁽¹⁰⁹⁾. Cinco puntos fueron enunciados para su utilización en la CAPV.

1º Reducción de las desigualdades sociales en el acceso a un nivel aceptable de salud oral. Los datos ofrecidos por la ESCAV-86 indicaban claramente la relación inversa entre clase socioeconómica y percepción de morbilidad bucodental.

Asimismo, el alto porcentaje de población que no podía acceder a los servicios de salud dental por considerarlos caros, aconsejaba poner énfasis en este postulado potenciando actuaciones de equidad⁽⁴⁸⁾.

2º Priorización de las actuaciones preventivas. La comunidad científica internacional y explícitamente la O.M.S. ⁽¹⁰⁹⁾ reconocen y recomiendan como estrategia de salud dental comunitaria el priorizar la inversión de recursos comunitarios en actuaciones preventivas. Su mejor relación costo/beneficio ha sido sobradamente probada ⁽⁵⁾.

3º Enfoque multisectorial sobre las causas. Las enfermedades dentales están en gran parte influenciadas por la conducta y los hábitos de vida de las personas. La caries es una patología inducida por un consumo inadecuado de azúcares y las enfermedades periodontales lo son por los hábitos de higiene oral.

Mejorar los hábitos de alimentación y autocuidado de la población son objetivos en los que trabaja la comunidad en su conjunto y en es-

pecial personal sanitario y educadores. De sus resultados dependerá en gran medida que se alcancen niveles elevados de salud dental, más que de la propia intervención tradicional de la odontología restauradora ⁽¹¹⁷⁾⁽¹²⁹⁾.

4º Aplicación de tecnología localmente apropiada. Las actuaciones que se pretenden desarrollar en el País Vasco no tendrían que ser copias de "recetas" elaboradas para otras sociedades, sino que teniendo en cuenta la situación específica del sector local se pretendía aprovechar su potencial específico que incluía un elevado desarrollo de tecnología dental y equipamiento y suficientes recursos humanos en cuanto a número y formación ⁽¹⁰⁾⁽⁷⁸⁾⁽¹³²⁾⁽¹³⁴⁾.

5º Participación de la comunidad. El enfoque de Atención Primaria en Salud requiere la participación activa de la sociedad organizada durante todo el proceso de planificación, desarrollo y evaluación. Así los destinatarios de los servicios de salud, los proveedores de los mismos y la comunidad en general, compartirán la reponsabilidad de las decisiones de asignación de recursos y de la valoración de los resultados. Este punto presenta dificultades en su realización práctica que se atribuyen a las deficientes estructuras de participación y a escasa voluntad de implicación ⁽⁷¹⁾⁽⁷³⁾⁽¹⁴⁷⁾⁽¹⁵²⁾.

En el **nivel específico**, se delimitaron cinco áreas de trabajo, susceptibles de transformarse en programas específicos, con el objeto de facilitar su seguimiento, determinar responsabilidades y objetivos en cada una de ellas. La velocidad de desarrollo sería diferente según las posibilidades del momento, pero en todas ellas se pretendían avances sustanciales encaminados a obtener el cumplimiento de los objetivos de SPE-2000. Las áreas seleccionadas fueron:

1º Optimización del nivel de fluoruros en el agua de consumo público. Reconocida como una de las medidas de salud pública de mejor resultado que se pueda emprender, sigue siendo considerada la base que soporte cualquier intervención en salud bucodental a nivel comunitario allí donde sea factible su puesta en práctica ⁽¹⁾⁽¹⁴⁸⁾.

En la CAPV se publicó el decreto 49/88 de 1 de marzo sobre fluoración de aguas potables de consumo público, que establece la obligación de las empresas distribuidoras que abastezcan a una población de más de 30.000 habitantes de suministrar agua con un contenido óptimo de fluoruros.

La empresa Amvisa, suministradora del agua de consumo de Vitoria-Gasteiz fue la primera, en diciembre de 1989, en incorporar en sus procesos de adecuación del agua de consumo humano la optimización del nivel de fluoruros. En abril de 1994 se incorporó la Comunidad del Añarbe que abastece a Donostia-San Sebastián. En Julio de 1995 el Consorcio de Aguas del Gran Bilbao, que abastece a Bilbao y a los principales municipios de Bizkaia, se incorporó también al esquema de fluoración, con lo que se alcanza la cobertura prevista del 75% de la población de la CAPV ⁽¹⁴⁶⁾.

El beneficio que supone la reducción en el número y la velocidad de progresión de lesiones de caries que se producen en todas las edades de la población, la disminución de la complejidad de los tratamientos necesarios, la equidad de su beneficio que alcanza incluso a los niveles más desfavorecidos, hacen posible afrontar desde el sector público la responsabilidad del cuidado de la salud dental de la población al reducir sus costos. Es por ello una premisa irrenunciable en enfoques de salud avanzados como los adoptados en la CAPV ⁽¹³⁷⁾.

2º Reducción del consumo de azúcares. El cambio experimentado en la dieta de la población del País Vasco en los últimos años incorpora hábitos de vida de países con un consumo de productos elaborados que son ricos en azúcares. A ello se une una fuerte presión comercial a través de los medios de comunicación a la que son especialmente sensibles los niños.

La promoción de hábitos de alimentación saludables ("Menos grasa, menos sal, menos azúcar y más fibra") es abordada dentro de proyectos de política sanitaria general y requieren recursos importantes. Dentro de ellos, colaborando en la medida de lo posible, se encua-

dran actividades de educación para la salud bucodental que se desarrollan con enfoque multisectoriales.

Específicamente se traducen estas actividades en el Programa de Educación para la Salud Bucodental que se desarrolla en los centros escolares de la CAPV desde 1988, que en su última evaluación en Junio de 1993 era utilizado por los profesores de Preescolar y 1º de EGB dentro de sus actividades docentes en un 85% de los centros.

Otras actividades a nivel normativo en el etiquetado y comercialización y distribución de productos con diferente potencial cariogénico deberán de ser considerados dentro de este campo de actuación, que requiere un enfoque multisectorial ⁽¹²³⁾.

3º Incremento de la utilización de pastas dentales fluoradas. Se atribuye a la implantación masiva del hábito de cepillado dental con pasta fluorada que se extiende a partir de los años setenta, la fuerte reducción de los niveles de caries detectados en los países industrializados en los últimos tiempos. De hecho es el factor al que la comunidad científica internacional imputa la mayor responsabilidad en el cambio experimentado ⁽⁵⁵⁾.

En nuestra sociedad, es un hábito que aún no se encuentra incorporado con la frecuencia deseable y una de las áreas de mejores expectativas para su impulso al hilo de los valores sociales vigentes. Los sectores comerciales implicados que publicitan y promocionan sus productos han sido de gran utilidad y han colaborado y patrocinado actividades de salud dental comunitaria.

Sus objetivos comerciales coinciden en gran parte con los objetivos de promoción de los hábitos de cepillado dental con pasta fluorada y esta coincidencia puede ser aprovechada en beneficio de la salud de la población. Así, durante el curso escolar 93-94 se aceptó el ofrecimiento de colaboración de una firma comercial que ha permitido distribuir 30.000 equipos de higiene oral a los niños que realizan el Programa de Educación para la Salud Bucodental.

4º Asistencia básica dental apropiada. Como ya ha quedado indicado por los datos de la ESCAV-86, la población de la CAPV refiere déficits en su sistema de resolución de los problemas de salud dental. La estructura asistencial de Osakidetza, representada por las unidades existentes en los ambulatorios y consultorios no resuelven, sólo se realizan extracciones, las necesidades odontológicas. La pertinencia de desarrollar unos servicios de asistencia dental de calidad, acordes con el nivel socioeconómico del país, se hace evidente ⁽¹³⁵⁾⁽¹⁴⁰⁾.

La situación local y la experiencia internacional avalan la idea de actuar en dos áreas, la puesta en funcionamiento de un sistema de asistencia dental de la población infantil y la mejora del sistema existente en el sector público de asistencia a la población adulta. En ambos casos se pretende la cobertura de un nivel básico de necesidades, con criterios de calidad.

La diferencia entre las dos áreas mencionadas es que en la de la población infantil se pretende una ampliación importante de las prestaciones dispensadas con un proyecto de atención preventiva y reparativa orientada a la promoción de la salud, a obtener la mayor proporción posible de niños sanos; por contra, la segunda área se limita a las prestaciones ya dispensadas y lo que pretende es incrementar su calidad asistencial y eficiencia ⁽¹³⁸⁾.

5º Ordenamiento racional del sector. Por último, la capacidad normativa de la administración sanitaria del País Vasco debería de ser empleada para colaborar al desarrollo racional de los servicios de asistencia dental a la población. Las competencias que le son propias en materias como apertura de consultas, regulación de publicidad sanitaria ⁽¹³²⁾.

Diferentes acuerdos entre la Administración Sanitaria y los Colegios Profesionales han sido llevados a la práctica en el periodo del presente estudio. Anexo IV.

3.2.4 POLITICA SANITARIA DE LA ADMINISTRACION DE LA CAPV.

La elaboración, puesta en marcha, desarrollo y evaluación de los programas de salud dentro de las actividades de cada administración sanitaria, están directamente relacionadas con la política sanitaria (*health policy*) de cada institución. Conociendo las líneas normativas y estratégicas de la administración sanitaria donde se desarrolla un determinado programa, se puede tener una visión global del mismo, pues habrán sido determinantes de su origen y enfoque, potenciado o frenado su desarrollo, y orientarán su evaluación.

Difícilmente un nuevo programa de salud podrá subsistir, y menos aún desarrollarse en el seno de una organización, si no se corresponde con los intereses y prioridades de la misma. El apoyo que necesita en cada fase, apadrinamiento (*sponsorship*)⁽¹¹⁵⁾, estará profundamente ligado a su concordancia con el contexto sociopolítico en el que se inserta.

La CAPV ha tenido cinco legislaturas autonómicas desde las primeras elecciones celebradas el 09.03.80; primera 10.03.80-26.02.84; segunda 27.02.84-30.11.86; tercera 01.12.86-28.10.90; cuarta legislatura 29.10.90-23.10.94, y quinta legislatura 24.10.94-a la fecha. El PADI ha atravesado hasta llegar al momento actual de su desarrollo tres periodos de la administración sanitaria de la CAPV que corresponden a dos legislaturas políticas completas, la tercera y cuarta legislaturas autonómicas, y a la primera mitad de la quinta legislatura. En las tres ha sido el **Lehendakari D. José Antonio Ardanza Garro** quien presidió los sucesivos gabinetes del Gobierno Vasco.

En la legislatura 1987-90, se realizó la planificación y puesta en marcha del PADI. A lo largo de las legislaturas 1991-94, y 1995 - a la fecha, se ha producido la práctica totalidad de su desarrollo incremental hasta alcanzar 2/3 de la fase de implantación. En la segunda mitad de este tercer período, que puede corresponder a la finalización de la quinta legislatura autonómica 1995-1998, se completará su implantación y se podrá hacer balance de la fase de desarrollo incremental 1990-98 que decretó el Gobierno Vasco.

3.2.4.1 La administración sanitaria de la CAPV. (1987-1990).

La transferencia del INSALUD a Euskadi en Enero de 1987 y la aplicación de la Ley de Territorios habían tenido como consecuencia la integración de todos los servicios sanitarios de titularidad pública en una única estructura, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, bajo la competencia del Gobierno Vasco. Esta condición, singular por entonces en el Estado de las Autonomías, impulsó la elaboración de una política sanitaria propia para la C.A.P.V. que formara parte de la política del ejecutivo vasco.

El Gobierno Vasco, constituido en Marzo de 1987, era una coalición de partidos formada por el Partido Nacionalista Vasco y el Partido Socialista de Euskadi, las fuerzas políticas más votadas en las últimas elecciones autonómicas. La Cartera de Sanidad fue asignada durante toda la legislatura 1987-90 al Partido Socialista de Euzkadi, desempeñando el cargo de Consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco a lo largo de ella el **Dr. D. José Manuel Freire Campo**.

Un consenso básico de la totalidad de las fuerzas políticas del país, entre las que no existían posturas liquidacionistas del sistema público de sanidad, y una financiación realista del mismo tras un acuerdo de transferencia bien trazado técnicamente, fueron los antecedentes de partida. En esta coyuntura de recursos coordinados, el Gobierno Vasco elaboró un marco estratégico denominado "Política de Salud para Euskadi 2000" ⁽¹⁴⁰⁾ destinado a incorporar la C.A.P.V. al proyecto de SALUD PARA TODOS impulsado por la Oficina Regional de la O.M.S. para Europa ⁽⁷⁷⁾⁽⁹⁷⁾⁽⁹⁸⁾⁽¹⁰³⁾⁽¹⁰⁷⁾⁽¹⁰⁴⁾.

Seis líneas normativas orientaron la acción del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco en este periodo ⁽⁵⁷⁾.

1º Por un sistema de Sanidad Pública en Euskadi. Se afirma la superioridad de la sanidad pública en cuanto a garantía de equidad en el acceso a la asistencia sanitaria, universalidad, dentro de un contexto amplio de política social y en definitiva de defensa del Estado de Bienestar, que deberá de ir acompañada de la calidad de los servicios y

de su eficiencia económica. Se reivindica su papel de liderazgo tanto en tecnología e innovaciones, como en su papel protector en la Salud Pública o en los cuidados de atención primaria.

No obstante esta expresa defensa del sistema público de salud en la política adoptada, una constante en los documentos de su formulación es la referencia a la necesidad de desdramatizar la utilización de recursos de dependencia privada como complementarios del sistema, lo que ilustra la existencia de debate sobre este tema ⁽⁹²⁾⁽¹⁴⁰⁾.

2º Política de Salud como planteamiento estratégico. La población de Euskadi soporta niveles de morbilidad y mortalidad propios del grupo de países desarrollados a los que pertenece. Se recurre por tanto a planteamientos estratégicos de política sanitaria similares, que recoja los principios de la O.M.S. y aproveche la experiencia de países más avanzados, especialmente de los países escandinavos, del planteamiento realizado por el ministro canadiense Lalonde ⁽⁷⁹⁾ en 1974 y de la metodología de Gestión Por Objetivos (GPO) ⁽⁶¹⁾ que se empleó para política de salud en Estados Unidos en los años ochenta.

El conjunto de la Política de Salud para Euskadi elaborada por el Gobierno Vasco pretendía no quedarse en un enunciado de buenas intenciones ni en un diseño conceptual técnicamente acertado; debería de servir ante todo como un compromiso del ejecutivo que involucrara en su consecución a otras instancias de la administración y de la sociedad. El intento fallido de llevar al Parlamento el conjunto de los objetivos que la constituían, para que una vez sancionados monitorizase periódicamente su ejecución, da idea de su intención en este sentido ⁽¹⁴⁰⁾.

Metodológicamente, está constituida por un número limitado de Areas de Intervención Preferente. Para cada una de estas grandes áreas se establecieron cinco tipos de objetivos: objetivos de mejora del nivel de la salud, objetivos de disminución de riesgos, objetivos de educación sanitaria, objetivos de mejora de los servicios y objetivos de mejora de la vigilancia y la evaluación. Dentro de estos objeti-

vos se habían establecido una serie de metas medibles y cuantificables que se pretendía conseguir a lo largo de la década de los 90.

Los objetivos sirven así como método e instrumento de gestión, incorporando las técnicas de Administración Por Objetivos al sector de la sanidad pública. Entre las ventajas, además de la de actuar como una adecuada base para la presupuestación, se cita la capacidad del método para definir las responsabilidades a nivel individual y de los servicios implicados, facilitar la delegación de decisiones, generar autonomía y compromiso personal, y la de ser altamente motivante.

Por último hay que reseñar la importante dinamización de las actividades tradicionales de la Salud Pública, que se adelantó al resto de la política sanitaria al independizar sus objetivos a través de una programación específica y con planteamientos propios ⁽³⁴⁾.

3º Eficacia del Servicio Sanitario Público y legitimación social. La apuesta por un sistema sanitario público requería de un apoyo social que sólo se conseguiría mediante la calidad de los servicios que ofertara. Una cultura global de servicio y calidad debería de calar y transformar todo el sistema. La orientación al usuario se perfilaba como el cambio que las grandes empresas de servicios estaban incorporando en sus estrategias de gestión y que en los servicios de salud era necesario impulsar ⁽¹⁸⁾.

Evitar el riesgo de que a través de la universalización, de la garantía de unos mínimos niveles asistenciales para todos, se llegue a un servicio de mínima calidad para todos al que solo recurra el sector de la población que no tenga acceso a un nivel superior de calidad asistencial, se define como una constante de la política impulsada.

La población requiere, básicamente, medicina de calidad con buenos profesionales, tecnología apropiada y un entorno grato que dignifique la prestación de los servicios. Una organización sencilla, personalizada y amable. En este contexto se plantearon iniciativas como la cita previa, la Tarjeta Individual Sanitaria, o la libre elección de médico.

Su importancia como instrumentos del cambio hacia una cultura de servicio al usuario se considera fundamental ⁽¹²¹⁾.

La complejidad organizativa que estas medidas básicas de gestión supone para el aparato burocrático de la administración sanitaria no se escapa a quien sea mínimamente conocedor de su funcionamiento. La maquinaria burocrática de la administración sanitaria dedica gran parte de su esfuerzo a satisfacer sus propias necesidades organizativas, presupuestarias y de gestión, muchas veces en conflicto con la producción y mejora de los servicios y el cuidado de la población.

4º Personalización de los servicios sanitarios. La importancia de la personalización de la asistencia se recoge como uno de los factores más influyentes en la calidad de todo el proceso de prestación de servicios y en sus resultados. La figura del médico de cabecera con un listado de usuarios de cuya salud cuida y de los que se sienta responsable, está consolidado. Una mayor profundización se pretendía conseguir en este sentido dotando a cada profesional de su propio despacho/consulta, donde pudiera desarrollar su actividad con un tiempo de dedicación razonable, su propio fichero y organización, y su mayor incorporación en la gestión de los recursos disponibles.

La implantación de la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS), se considera el instrumento más valioso y diferenciador de la situación existente al posibilitar un mejor conocimiento de la población que cada médico tiene que atender, permite planificar sobre bases ciertas poblacionales, permite establecer registros sanitarios, simplificar los procedimientos administrativos, elegir individualmente médico y pediatra, y abre nuevas posibilidades de sistemas de remuneración de los profesionales ⁽¹²¹⁾.

5º Hacia el personal sanitario. La necesidad de incorporar a los médicos a la reforma de los servicios sanitarios se hace imprescindible. Para ello habrá que superar el clima de enrarecimiento de las relaciones entre los médicos y la administración, que se achaca entre otras causas a la masificación del colectivo profesional, su percepción

de escasas perspectivas, la segmentación de sus intereses y muy especialmente a la obsolescencia de sus estructuras representativas ⁽⁵⁷⁾.

En este sentido se manifiesta el establecimiento ya iniciado de una política de relación con el colectivo médico caracterizado por una mayor sensibilidad y diálogo, un talante que favorezca la participación de los profesionales tanto de planificación, como de gestión y desarrollo de la asistencia y una clarificación de los intereses de todos.

Junto a iniciativas en relación con sindicatos, colegios profesionales y sociedades científicas, destaca la creación de las Comisiones de Asesoramiento Técnico (CATs) del Departamanto de Sanidad. Las CATs, estructuradas de acuerdo con las especialidades existentes, tienen entre sus funciones la de colaborar en el proceso de planificación aportando conocimientos técnicos y del ámbito de cada especialidad.

La especificidad del área de la Salud Bucodental y el mayoritario desarrollo de sus servicios de asistencia a la población desde el sector privado, impulsó la creación del Consejo Asesor de Salud Bucodental de Euzkadi (CASBE), que desempeñaría funciones similares a las encomendadas a las CATs. (Anexo IV).

6º Necesidad de una nueva cultura de gestión. El modelo actual de gestión de la sanidad pública se caracteriza por ser marcadamente administrativista, fuertemente centralizado, separado del dispositivo asistencial y muy desestructurado, sobre todo en la asistencia extra-hospitalaria donde los criterios gerenciales son escasos. Dentro del entramado rígido de escalafones, estatutos, interventores, contabilidades presupuestarias, derecho administrativo,... se hace extraordinariamente difícil que la sanidad pública funcione como una eficiente empresa de servicios públicos.

Se requieren cambios estructurales profundos. La naturaleza del régimen jurídico de un ente público de derecho privado se cita como una opción posibilista y deseable que agilizaría la administración de los servicios públicos sanitarios⁽⁵⁷⁾.

3.2.4.2 La administración sanitaria de la CAPV. (1991-1995).

El segundo período del PADI, que coincide con el inicio de su fase de implantación incremental, corresponde administrativamente a la cuarta legislatura autonómica completa y primera mitad de la quinta legislatura de la CAPV.

El Gobierno Vasco estuvo presidido durante el tiempo que corresponde a este período, al igual que en las legislaturas anteriores, por el Lehendakari D. José Antonio Ardanza Garro.

A lo largo de este período 1991-1995, en el que se sucedieron tres equipos de gobierno autonómico, de coalición en los tres casos, la Cartera de Sanidad fue asignada al Partido Nacionalista Vasco, desempeñando, durante el período completo, el cargo de Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco el **Dr. D. Iñaki Azkuna Urreta**.

La política de la administración sanitaria de la CAPV en este período queda reflejada en el desarrollo del proyecto OSASUNA ZAINDUZ ⁽³⁶⁾ que en euskera significa "cuidando la salud", y que se elaboró a petición (02.04.92) del Parlamento Vasco

En el mismo se recogen los cuatro fundamentos básicos del Sistema Vasco de Salud: Universalidad, porque atiende a todos los ciudadanos; Equidad, porque es accesible a todos en igualdad de condiciones; Solidaridad, porque cada ciudadano aporta de acuerdo a sus posibilidades; y Calidad, porque cuenta con equipos humanos y técnicos muy capacitados ⁽¹⁴⁾.

Con el objetivo de mantener y mejorar el Sistema Vasco de Salud se impulsó durante este período la exigencia de administrar mejor los recursos. *"No hay ya como en el pasado un problema de déficit de recursos. Hemos alcanzado un equilibrio razonable entre lo que nos hace falta, lo que tenemos y lo que nos podemos permitir. El problema pues, hoy día, es de aumento de la eficiencia"* ⁽¹³⁾.

Por otra parte era evidente la preocupación por el aumento de la demanda y el coste de los servicios. *"El envejecimiento de la población, el cambio de mentalidad de los usuarios y la incorporación de nuevas tecnologías presionan para que el sistema de salud aumente su oferta de servicios; por otra parte, la sociedad debate hasta dónde debe de llegar el estado del bienestar, los medios idóneos para alcanzarlo, si lo disponible debe de seguir expandiéndose de forma ilimitada y a costa de qué"* (14).

Asimismo, se intentaba adecuar la capacidad de respuesta de la organización a estas demandas. *"El sistema de salud es un "sistema abierto". No es un sistema cerrado y, sin embargo, lleva toda su historia viéndose a sí mismo como un sistema cerrado. Le afectan variables externas, es decir, lo que está pasando en la economía, los avances tecnológicos, los cambios demográficos y los sociológicos. Esto que puede parecer teórico es lo que hace que sobreviva una empresa o que no sobreviva. Nosotros queremos que el sistema sea eminentemente público y que no se nos deshaga en las manos"* (19).

En este sentido se propusieron cambios similares a los iniciados en los sistemas sanitarios de la OCDE como Suecia, Alemania, Reino Unido, Holanda,... adoptando medidas de flexibilización para: separar la financiación de la gestión, racionalizar el uso de la tecnología y estimular la competencia.

OSASUNA ZAINDUZ presenta un nuevo marco organizativo capaz de afrontar con garantía estos nuevos retos. Pretende obtener el máximo provecho de los recursos disponibles. Sus propuestas dan prioridad a las demandas de los pacientes e intentan facilitar la labor de los profesionales en una organización más eficiente y flexible.

Se pone especial énfasis en la responsabilidad individual y en el autocuidado de los ciudadanos, *"Ante todo, la sanidad vasca debe tener más en cuenta al ciudadano: para que pueda elegir el servicio más adecuado a sus necesidades, para que tome conciencia responsable de su salud y de la de los demás..."* (14).

Se apuesta por un profundo cambio que dinamice el sistema público incorporando nuevas formas de gestión, *"Creemos que una organización profesionalizada, que garantiza autonomía a los centros y responsabilidad a sus trabajadores, que aprovecha sus iniciativas y les ofrece un objetivo común, que, finalmente, integra el papel fundamental de la salud pública, podrá cuidar mucho mejor de la salud de sus ciudadanos"* (14).

El Pleno del Parlamento Vasco celebrado el 23.06.93, debatió el contenido de OSASUNA ZAINDUZ. Tras el debate, el Parlamento aprobó un conjunto de 14 Resoluciones (15) que supuso un amplio respaldo al documento presentado por el Gobierno, así como un importante impulso para avanzar en la línea de las estrategias señaladas.

Las estrategias básicas que OSASUNA ZAINDUZ propone para el Sistema Vasco de Salud en los próximos años son:

1º Implantar la calidad total de servicio y enfocar la asistencia hacia el usuario. Para ello propone: personalizar el servicio y mejorar la información al paciente sobre sus derechos respecto a la asistencia sanitaria; diseñar y promocionar una política de servicios de calidad; y mejorar el acceso a los servicios adecuando los tiempos de espera a la gravedad del caso.

2º Aproximar la cultura clínica de sus integrantes, en cuanto profesionales de la salud, a la cultura de gestión, en cuanto responsables de la utilización de los recursos.

Para ello se plantea: Dar más responsabilidad y autonomía a los profesionales y motivar su integración en la red; acreditar y reconocer los logros profesionales; adecuar las estructuras directivas de los centros; y coordinar los programas de investigación y desarrollo.

3º Establecer una nueva política de oferta de servicios mediante mecanismos para regular y financiar el sistema, así como para adecuar las prestaciones y los servicios en función de las necesidades de salud.

Se propone: Financiar y regular el sistema de aseguramiento, contratación y provisión de servicios; definir las prestaciones y servicios en función de las necesidades sanitarias; y colaborar en el ámbito socio-sanitario y en las políticas intersectoriales de salud.

4º Aplicar un nuevo esquema de contratación y provisión de servicios. Se generaliza al ámbito público la función de contratación de servicios sanitarios y se promueve la competencia interna de los centros asistenciales.

5º Introducir instrumentos adecuados de gestión y de control con el fin de que la organización del sistema sea más eficaz y transparente.

Se propone: desarrollar sistemas de información; introducir mecanismos de control propios del Derecho Privado; establecer una nueva política de personal en materias de régimen jurídico y contratación, negociación, retribución, organización e integración.

El nuevo modelo organizativo propuesto por OSASUNA ZAINDUZ se estructura en tres niveles:

Primero. El Departamento de Sanidad, que financia, regula y planifica los servicios sanitarios. Recibe los recursos de la Administración, establece prioridades políticas y asigna presupuestos a unas Agencias de Contratación.

Segundo. Estas Agencias de Contratación acuerdan contratos con diferentes sociedades, públicas en su mayoría, integradas en Osakidetza, aunque también privadas, que prestan servicios sanitarios con la debida acreditación.

Tercero. Las instituciones sanitarias, constituídas en empresas e integradas en Osakidetza, actúan como proveedoras de servicios y proporcionan la atención sanitaria a los usuarios.

Esta separación de funciones (financiación/contratación/provisión) permite devolver poder a los centros proveedores de servicios, que adquieren más autonomía de gestión, y por tanto más responsabilidad.

Respecto a los problemas de salud que se consideraron prioritarios en la administración sanitaria de la CAPV durante la cuarta legislatura autonómica (1990-1994), el texto de OSASUNA ZAINDUZ declara: *"Las estrategias de Salud para Euskadi 2000 SPE-2000, publicadas en 1990, plantean 298 objetivos en el amplio espectro de los niveles de salud, su protección y promoción, y la mejora de los servicios de atención. SPE-2000 sigue siendo hoy un referente para esta década; su orientación general sigue vigente, si bien, habrá que establecer nuevas prioridades, y redefinir responsabilidades y medios. Las decisiones presupuestarias y las estrategias expuestas en este documento tendrán en cuenta todos estos aspectos"* ⁽³⁶⁾.

Basándose en una nueva encuesta de salud realizada en 1992 ⁽⁴⁹⁾ de forma similar a la realizada en 1986 ⁽⁴⁸⁾, se identificaron y actualizaron las áreas que requerían esfuerzos prioritarios y que se recogen en el Plan de Salud.

El Plan de Salud, elaborado en 1994, surge como respuesta a la resolución segunda que el Parlamento Vasco había emitido el año anterior al refrendar Osasuna Zainduz. En él se propone un plan de acción y se establecen las estrategias de la política sanitaria para los próximos años. En palabras del propio Consejero: *"Nos marcamos unos objetivos sanitarios y establecemos un esquema de prioridades de cara al usuario y a la eficiencia de los servicios. Estas prioridades guiarán el proceso de contratación de los servicios con los proveedores de la asistencia, como establece Osasuna Zainduz."*

El Plan de Salud selecciona las 10 áreas de intervención prioritarias. Con el número 8 se incluye la Salud Bucodental entre las áreas que deben ser consideradas como prioritarias para la intervención e inversión de recursos.

3.3 PROBLEMAS DE SALUD DENTAL DE LOS NIÑOS DE LA CAPV

El documento SPE-2000 del Departamento de Sanidad identificó y priorizó el problema de salud bucodental en la CAPV. En el mismo se definían una serie de estrategias y se señalaba un grupo de población preferente.

"La situación de partida, el coste y la eficacia de ciertas medidas, y la disponibilidad de recursos para ponerlas en marcha, obligan a concentrarse en el desarrollo de intervenciones fundamentalmente preventivas y a dirigirlas preferentemente hacia las generaciones más jóvenes. Actuando sobre estos grupos es previsible que a medio-largo plazo los adultos y ancianos de nuestra Comunidad gocen de un buen nivel de salud bucodental" (140).

La siguiente tarea fué abordar la planificación táctica o estructural, la organización de actividades y recursos necesarios para alcanzar objetivos generales y específicos definidos. Es en este nivel donde se establecen los programas de salud.

Uno de los objetivos marcados, referente a la mejora de los servicios sanitarios, supuso una innovación y un reto para el sistema asistencial debido a la nula existencia de cobertura de las necesidades de atención dental a la población por parte de la administración sanitaria en nuestro medio. El enunciado del objetivo 4.4.4. de SPE-2000: *"Para el año 2000, la asistencia odontológica básica, con cargo a fondos públicos, deberá cubrir, al menos a toda la población de 7 a 14 años"*, dió origen al Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI).

La evaluación del PADI desde 1990 a 1995 es el motivo del presente trabajo. Por ello, en lo sucesivo, otros objetivos y programas de la administración sanitaria vasca, como la fluoración del suministro público de agua, o la educación para la salud en el medio escolar, que se desarrollaron paralelamente al PADI, serán considerados de manera circunstancial y en tanto tengan referencia con él, sin que esto suponga minusvalorar su importancia en la estrategia diseñada en la CAPV para abordar el problema de salud bucodental detectado.

3.3.1 DESCRIPCION DE LA POBLACION DIANA.

La población de derecho de la CAPV era según el padrón municipal de 1986 de 2.157.598 de habitantes. Por provincias, Bizkaia es la de mayor número de habitantes con 1.185.270, seguida por Gipuzkoa con 697.435 y Alava con 274.893. La C.A.P.V. se divide administrativamente en 243 municipios. El 54'79% de la población vive en los 9 municipios de más de 50.000 habitantes, el 35'57% lo hace en 56 municipios de entre 50.000 y 5.000 habitantes, y el 9'64% habita en los de los 178 menores de 5.000.

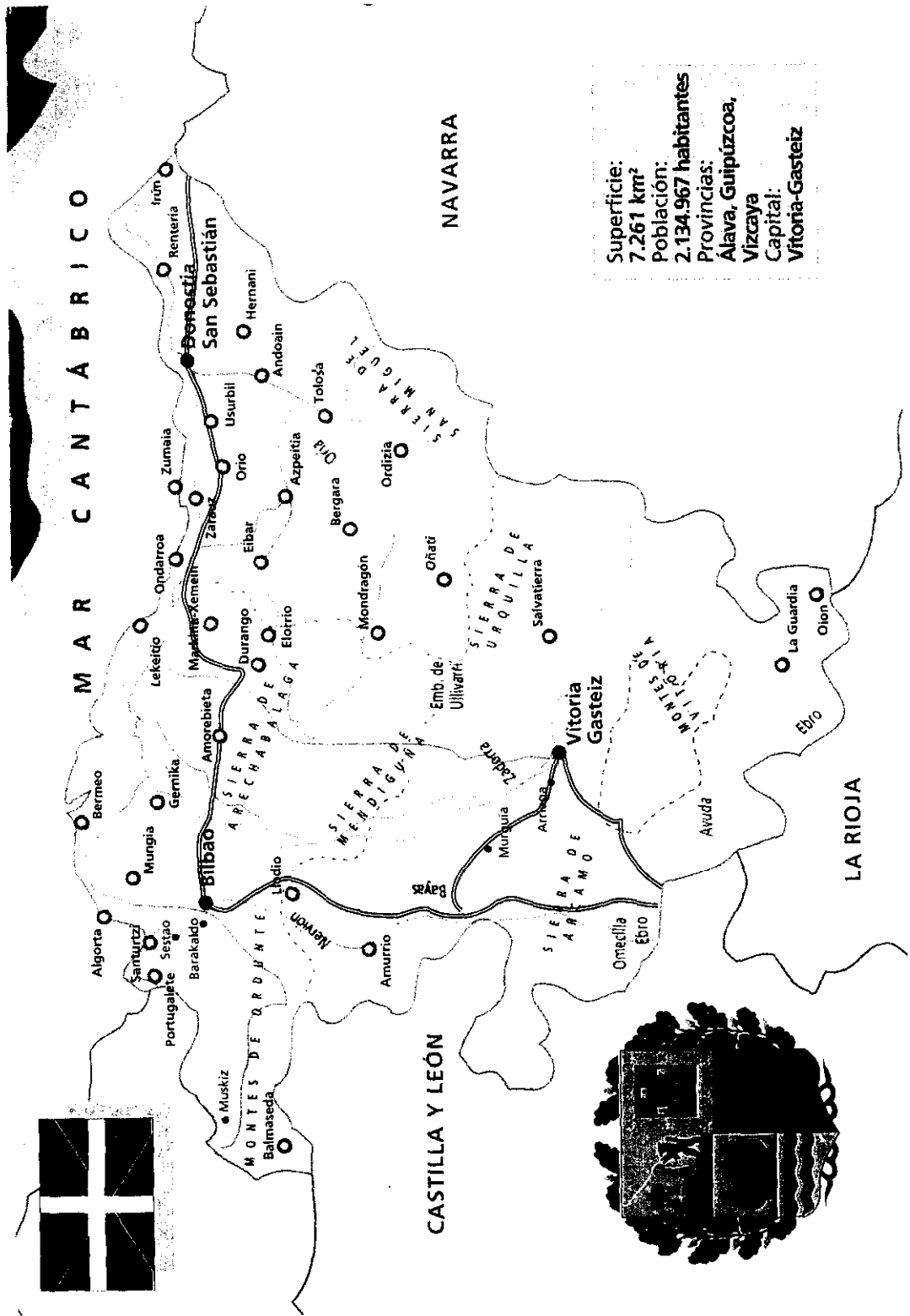
Por territorios se aprecian importantes diferencias, pues mientras en Alava sólo el 17'2% de la población vive en municipios de menos de 20.000 habitantes, en Gipuzkoa lo hace el 51'3% y en Bizkaia el 25'6% ⁽⁵⁴⁾.

Por lo que respecta a su distribución por edades, el rasgo que más nos interesaba en la planificación del PADI era la drástica caída de la natalidad que se estaba experimentando en los últimos años, que se observa en la Tabla 7. Las previsiones demográficas establecidas no preveían un repunte hasta mediada la década de los noventa ⁽⁵⁰⁾.

Tabla 7: Población infantil, por cohorte de edad y territorio histórico.

| Año | Número de niños nacidos vivos | | | |
|------|-------------------------------|----------|---------|--------|
| | Alava | Gipuzkoa | Bizkaia | CAPV |
| 1980 | 3.917 | 8.326 | 16.569 | 28.812 |
| 1981 | 3.710 | 8.126 | 15.417 | 27.253 |
| 1982 | 3.436 | 8.092 | 14.144 | 25.672 |
| 1983 | 3.374 | 7.454 | 13.092 | 23.920 |
| 1984 | 3.108 | 6.877 | 12.426 | 22.411 |
| 1985 | 3.008 | 6.380 | 11.582 | 20.970 |
| 1986 | 2.693 | 6.420 | 10.981 | 20.094 |
| 1987 | 2.572 | 5.873 | 10.148 | 18.593 |
| 1988 | 2.577 | 5.720 | 9.724 | 18.021 |
| 1989 | 2.389 | 5.611 | 9.024 | 17.024 |
| 1990 | 2.311 | 5.419 | 8.631 | 16.361 |

Figura 5: Mapa de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).



3.3.2 EXPLORACION DEL PROBLEMA.

Dos aspectos que deberían de ser considerados en el estudio del problema eran la prevalencia e incidencia de la enfermedad en la población a quien se dirigiría el programa, y un análisis del sector de los servicios de asistencia dental existentes en la CAPV, para este grupo de edad.

3.3.2.1 Estudio epidemiológico de Salud Dental Infantil de 1988.

Para avanzar en la planificación estructural del PADI se precisaban datos actualizados y fiables de prevalencia e incidencia de las enfermedades orales en la población infantil. Para ello se optó por la realización de un estudio epidemiológico que permitiera conocer su estado de salud bucodental, identificar necesidades asistenciales y que a su vez sirviera como referente para evaluaciones posteriores.

Un estudio se llevó a cabo a lo largo del año 1988, siguiendo las normas de la Organización Mundial de la Salud para este tipo de trabajos ⁽¹⁰⁸⁾. Se realizó sobre una muestra de 3.272 niños de 7, 12 y 14 años, representativa para su estudio por edad, sexo, clase social, y territorio histórico. Los resultados más significativos fueron:

La prevalencia de caries en dentición permanente, entendida como niños con experiencia de la enfermedad, es decir con alguna pieza careada, obturada o extraída por caries fué, del 14% a los 7 años, 69% a los 12 años y 82% a los 14 años. El índice CAOD fue de 0,28 a los 7 años, 2,30 a los 12 años y 3,98 a los 14 años. Sus componentes indican que más de la mitad de la patología, 68% a los 7 años, 53% a los 12 años y 54% a los 14 años, eran caries sin tratar. El CAOS fue de 0,42 a los 7 años, 4,42 a los 12 años y 8,32 a los 14 años.

Por lo que respecta a la dentición temporal se señalaba que el porcentaje de niños con experiencia de caries era del 64% a la edad de 7 años, con un co promedio de 2,59 y un caos de 6,53. Un 3,2% acumulaba altos índices de patología, cao igual o superior a 10, un 19%

tenía un CAO entre 4 y 9, y el 40,6% presentaba entre 1 y 4 piezas afectadas. La patología estaba sin tratar en el 83% de las piezas.

Por sexo las niñas presentaron una prevalencia más alta que los niños, 17,2% frente a 12,5% a los 7 años, 72,3% frente a 66% a los 12 años y 84,3% frente a 80,6% a los 14 años. En todas las edades el porcentaje de niñas con CAO de 1 a 4 era superior al de niños, siendo de destacar que mientras que los varones afectados por un CAO igual o superior a 10 son a los 12 y 14 años de 1% y 4,8%, el de las chicas pasa de ser un 1,2% a un preocupante 7,9%. Posiblemente parte de la diferencia pueda ser atribuible a la mayor presencia de dientes permanentes en boca en las chicas en las edades de 7 y 12 años, lo que los pone a riesgo un mayor período de tiempo.

Por residencia rural o urbana se aprecian diferencias estadísticamente significativas en el número de dientes obturados y extraídos, que fué mayor en zona rural a los 12 y 14 años, mientras que la caries sin tratar era mayor en la zona urbana. No existían diferencias en el número de dientes presentes en boca entre las zonas.

Por clase social, a los 7 años, el grupo I-II presentó el promedio más bajo de caries sin tratar y el más alto de piezas obturadas, lo contrario que el grupo IV-V. A los 12 años se observa un menor índice CAO en las clases altas. También sus índices de patología no tratada y de extracciones son menores, y los de restauración son mayores que los encontrados en las clases bajas.

Por territorios, la prevalencia en piezas temporales fué a los 7 años de un 60% en Alava, 63% en Gipuzkoa y 64% en Bizkaia. En dentición permanente se observa una situación similar, donde en las tres edades aparece Gipuzkoa con un menor número de niños libres de caries a excepción de la edad de 12 años. En cuanto al índice CAO, sigue la misma tónica, con Gipuzkoa presentando los peores resultados frente a Alava y con Bizkaia en situación intermedia. No existían patrones diferentes de presencia de dientes entre los tres territorios.

El estudio epidemiológico recogió también maloclusiones que situaba en una prevalencia del 23,5% a los 7 años, un 27,6% a los 12 años y un 26,6% a los 14 años. Divididas en leves y severas, se apreciaba una preponderancia de 4 a 1 en favor de las primeras.

La prevalencia de cálculo supra y subgingival se estimó en 4,1% a los 7 años, 24,7% a los 12 años y 38,3% a los 14 años, mostrando la mayoría de los niños con cálculo un sólo sextante afectado. Las mayores diferencias entre grupos se producen al comparar niños y niñas de 14 años con cálculo, donde los varones representaban un 42,3% frente al 33,6% de las chicas.

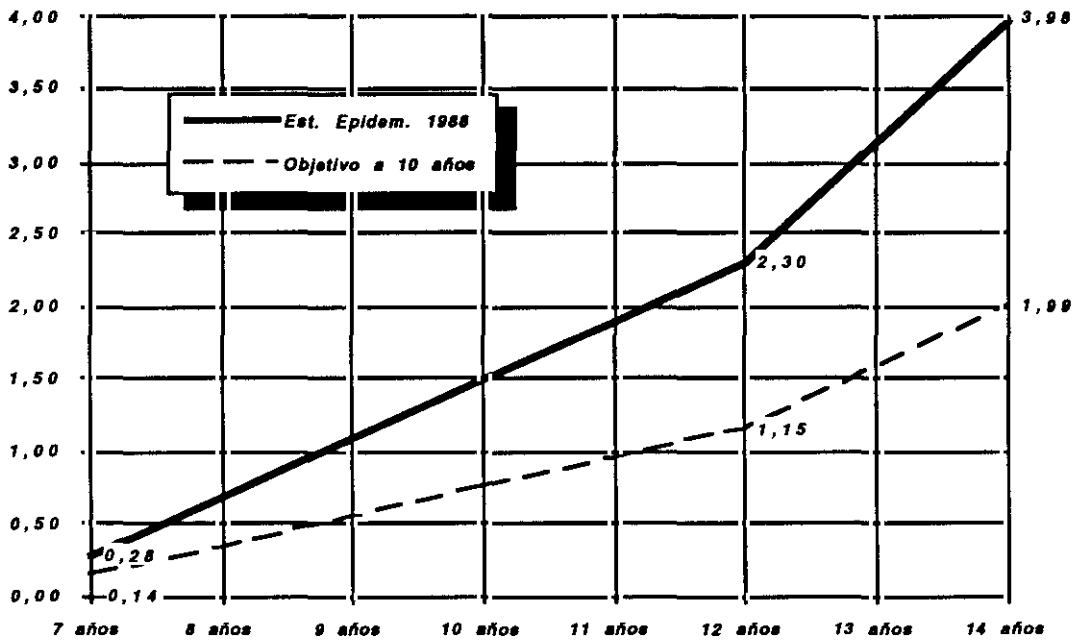
Por lo que respecta a opacidades del esmalte, se encontró que el 76,4% y el 76,2% de los niños estaban libres de ellas a los 12 y 14 años respectivamente. El 2,9% a los 12 años y el 3,2% a los 14 años presentaban hipoplasias. Por territorios, Alava con un 32,1% a los 12 años y un 34,5% a los 14 años, presentaba el mayor número de opacidades de esmalte, frente a 22,6% y 15,0% de Gipuzkoa y 16,8% y 20,6% de Bizkaia. En todos los grupos fueron mayoritariamente del tipo asimétrico.

La prevalencia de manchas de tetraciclinas fue del 8% a los 12 años y del 14% a los 14 años, siendo significativamente más elevadas en zona rural que urbana, del 23,4% contra el 12,2% a los 14 años. El análisis por clase social indicó que en los hijos de las clases sociales más bajas la prevalencia era, a los 14 años, tres veces mayor que en los hijos de las clases altas, 15,2% frente a 5,3%.

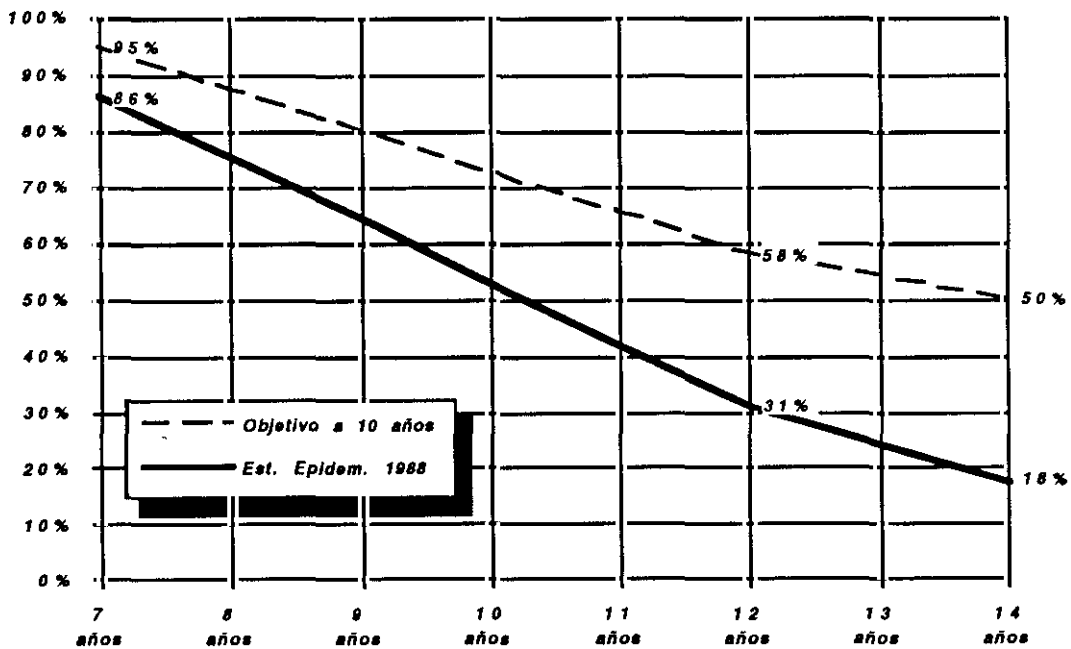
En resumen, los datos reflejaban una prevalencia de caries en dentición permanente de: 14% en los niños a los 7 años, 69% a los 12 años, y 82% a los 14 años. Además, el 64% de los niños de 7 años tenían caries en dentición temporal. La patología detectada no había recibido tratamiento alguno en su mayor parte.

Figura 6: Caries en población infantil en 1988 y objetivos para 1997.

Tasa de incidencia de caries, medida con el índice CAOD. (Gráfica 1ª)



Porcentaje de niños libres de experiencia de caries. (Gráfica 2ª)

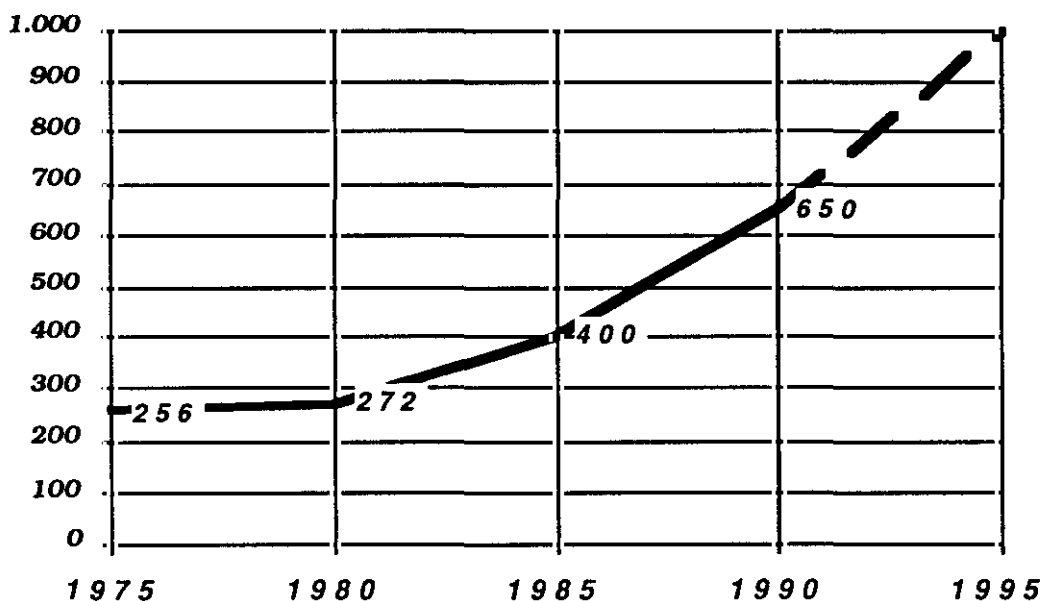


3.3.2.2 Asistencia dental en la CAPV.

Para el análisis del sector se utilizaron datos aportados por el trabajo realizado en la Universidad de Londres "Dental Manpower Policy for the Basque Country" ⁽¹³²⁾, que incluía un estudio retrospectivo y prospectivo de la evolución demográfica del sector profesional en la CAPV.

El sistema de asistencia dental de la población de la CAPV, formado por la red de consultas privadas, constituía un sector aislado y poco conocido por el resto del sistema asistencial debido a su sistema de formación de especialistas, a la especificidad de las técnicas preventivas y curativas que le son propias y a su entorno casi exclusivo de ejercicio privado con una problemática diferenciada.

Figura 7: Evolución del número de dentistas que ejercen en la CAPV.



Los datos indicaban que se estaba produciendo un crecimiento notable del número de consultas hasta alcanzar una situación de saturación en un corto espacio de tiempo. Preveía que se llegaría a alcanzar la cifra de 1.000 dentistas ejerciendo en la Comunidad Autónoma del País Vasco en 1995.

Destacaba el bajo promedio de edad, estimando que en 1995 el 80% de los dentistas que ejercerían en Euskadi serían menores de 40 años, lo que hacía predecir un endeudamiento importante en el colectivo, como consecuencia del masivo inicio de actividad laboral y consecuente adquisición de bienes de equipo.

El incremento de servicios a la población se haría necesario para generar ingresos que posibilitaran la viabilidad económica a la actividad profesional del colectivo. Este efecto de necesidad de aumentar el volumen de servicios sería aún más acusado si disminuían los honorarios profesionales por la abundancia de la oferta ⁽¹³⁶⁾.

La preocupación desde un punto de vista de la Salud Comunitaria era si el tipo de servicios dispensados serían los más adecuados para producir el mejor nivel de salud dentro de lo posible. Los conocimientos aceptados por la comunidad científica internacional indicaban que el incremento del número de profesionales no produciría mejoras, si no se acompañaban de una práctica profesional acorde a bases científicas actualizadas. De hecho, se había acumulado en países de nuestro entorno, evidencia de la existencia de un exceso de intervención profesional con negativas consecuencias para la salud de la población ⁽¹¹²⁾.

Una de las facetas del análisis consistió en centrarse en los puntos fuertes que la comunidad tenía, valorar sus capacidades y su potencial de resolución del problema. La red de consultas privadas de la CAPV constituía en sí misma un potente recurso perfectamente capaz de proveer cuidados dentales adecuados.

La amplia red de consultas privadas existentes en la CAPV, más de setecientas en esas fechas, suponían un excelente potencial asistencial que tenía una buena distribución geográfica, y que de hecho era el sistema asistencial que estaba atendiendo las necesidades de la población. La concertación de una parte importante de la asistencia a los niños, a través de este colectivo, era una posibilidad que se consideró en todo momento ⁽¹³³⁾.

Por lo que respecta al sector público y a diferencia de los países de nuestro entorno europeo, nuestro SNS carece de servicios de asistencia dental capaces de aportar soluciones de calidad a los problemas básicos de salud de la población, ni siquiera al colectivo de niños en edad escolar. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud había heredado en su constitución en 1984, la carencia, estructural y organizativa, de servicios de Salud Dental que desde su fundación arrastra el SNS.

Tampoco existía en la Administración Sanitaria Vasca una unidad encargada de las actividades relacionadas con la planificación de la salud dental de la población, pese a la especificidad técnica de este área de conocimientos.

Ni el Ministerio de Sanidad ni las restantes Comunidades Autónomas, pese a haberlo decidido así en el Acuerdo nº 99 adoptado en sesión plenaria del 14.07.89-19.07.89 el Consejo Interterritorial, disponían de ellas. [Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990 #159]

Tradicionalmente, nuestro SNS ha incluido este área dentro de actuaciones más generales de promoción de la salud y de vigilancia epidemiológica, desarrolladas por técnicos de Educación para la Salud, Atención Primaria, Salud Escolar o Salud Pública.

Para intentar paliar estas carencias organizativas y estructurales la Administración Sanitaria Vasca mantuvo con el Joint Department of Community Dental Health & Dental Practice del London Hospital Medical College y del University College of London, durante el período 1987-90, una estrecha relación de colaboración en materia de planificación (Anexo V), fruto de la cual, además de la formación de recursos humanos en Salud Dental Comunitaria, fué la realización de proyectos conjuntos, como el estudio epidemiológico de salud dental infantil citado.

3.3.3 ANALISIS DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROBLEMA.

Con los datos acumulados por la ESCAV-86 y por el estudio epidemiológico de 1988, y el análisis del sistema de asistencia dental de la CAPV, el **problema** había quedado planteado como:

“Los niños de la CAPV desarrollan caries en su dentición permanente conforme van creciendo, de manera que a los 14 años el 83% de ellos las padecen, con un promedio de cuatro piezas afectadas, más de la mitad de ellas sin tratar. En su mayoría, durante estos años, los niños no reciben periódicamente los cuidados dentales preventivos ni asistenciales apropiados, principalmente por motivos económicos”

Tras la definición y el estudio del problema se pasó al análisis de sus causas. Se intentaba poner los factores causales en un orden lógico que contribuyera a desentrañar su secuencia. Para ello, se empleó el modelo PRECEDE (predisposing, reinforcing and enabling causes in educational diagnosis and evaluation)⁽⁶⁴⁾⁽⁶⁵⁾, un modelo teórico proveniente del diseño de estrategias educacionales y de utilidad en la planificación de la salud por programas ⁽⁶⁶⁾⁽¹¹⁵⁾.

En primer lugar se debían establecer los **marcadores de riesgo**. Son los que identifican el grupo diana; señalan dónde aparece el problema. Se determinó como tal el pertenecer al grupo formado por “todos los niños residente en la CAPV, desde la edad en que hacían erupción sus primeros molares permanentes, hasta la maduración posteruptiva del esmalte de sus segundos molares permanentes”.

Esto suponía identificar al grupo diana con las cohortes de edad que van desde los 6 años hasta los 14 años.

Por motivos técnicos y operativos, se definió el grupo diana como el comprendido por todos los niños residentes en la CAPV, desde el 1º de Enero del año en que cumplirían los siete años de edad, hasta el 31 de diciembre del año en que hayan cumplido los quince años. Así, el 1º de Enero del año en que una cohorte de niños se incluye en el grupo diana, todos sus miembros tienen seis años de edad y van

cumpliendo los siete conforme avanza el año. Lo mismo sucedería con la edad de exclusión, donde al comienzo del ejercicio todos los niños tienen catorce años y lo finalizan con quince años.

El siguiente paso requería identificar los **factores de riesgo**. Son los que explican directamente la causa del problema. Se determinó que el factor de riesgo seleccionado para la intervención era: "no recibir periódicamente durante estos años una asistencia dental apropiada".

Es evidente que el problema de que los niños desarrollen caries conforme crecen, está también relacionado con otro tipo de determinantes como la biología, el entorno o los estilos de vida, además del hecho de que periódicamente reciban o no los cuidados dentales apropiados.

Un mismo problema de salud, como la caries, puede tener diferentes factores de riesgo abordables a través de diferentes intervenciones, como en nuestro caso el programa de fluoración del agua o los de educación en dieta e higiene en las escuelas.

Un paso más era identificar los **factores contribuyentes**. Son los que explican el factor de riesgo. Se clasifican en tres categorías: predisponentes, facilitadores y reforzadores ⁽⁶⁶⁾.

Los factores **predisponentes** son los que predisponen a las personas o a las comunidades a comportarse de una determinada manera. Incluyen conocimientos, creencias y actitudes, así como condicionantes socioeconómicos. Se consideraron como factores predisponentes:

- "Sólo se acude al dentista cuando hay un problema evidente".
- "Se desconoce, no se valora, por la comunidad, el potencial de medidas preventivas como los selladores de fisura".
- "Predominan en la práctica profesional dental los enfoques mecanicistas y reparadores sobre los preventivos".

Los factores **facilitadores** son los que propician una situación o una conducta. Incluyen cualquier característica del individuo, grupo o del ambiente, que facilite un comportamiento relacionado con la salud,

incluyendo cualquier habilidad o recurso necesario y su disponibilidad y acceso. Se consideraron como factores facilitadores:

- "La ausencia de cobertura de asistencia básica dental en un sistema de salud que garantiza la universalidad y equidad en el acceso a cobertura médico-quirúrgica generalizada".
- "Los niños no tienen un dentista de cabecera al que acudir, como tienen un pediatra que cuida de su salud general".
- "No existen revisiones dentales periódicas efectivas establecidas en el sistema sanitario, como existen controles de salud y vacunas".

Los factores **reforzadores** son cualquier recompensa o castigo, u otra respuesta real o esperada como consecuencia de un comportamiento relacionado con la salud. Como factores reforzadores se consideraron:

- "Los profesionales sanitarios y la sociedad en general, otros padres, no mencionan su importancia".
- "El costo de los servicios que deben de afrontar directamente los padres al acudir con sus hijos al sector privado".
- "Se requiere tiempo y desplazamiento para llevarle... y está sano".

Clasificar los factores contruyentes en estos tres apartados permite abordar el problema desde diferentes causas. Si no se ataja cada uno de los tres tipos de factores es poco probable que se consiga un cambio en la situación y el problema persistirá. Deben abarcarse todos los factores para que un programa tenga posibilidades de funcionar. De ahí la importancia de la metodología empleada ⁽⁶⁴⁾.

A veces es difícil separar los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores, y distintas personas pueden clasificarlos de manera diversa. Es una cuestión de juicio personal. Lo importante es pensar cómo se interrelacionan y qué combinación de cambios debería de conseguirse en los factores contribuyentes para provocar un cambio en el factor de riesgo; tener una idea clara del tipo de factores que se quería abordar con esta intervención ⁽⁶⁶⁾.

3.3.4 BASES TECNICAS DE LA INTERVENCION.

Desde un principio se procuró trabajar sobre bases científicas sólidas en el área de la Salud Pública Dental. La iniciativa y el esfuerzo continuado del Departamento de Sanidad para formar durante cuatro ejercicios consecutivos recursos humanos propios, reflejan el interés por incorporar los conocimientos actualizados en la materia y la experiencia de países con mayor tradición.

La elaboración y publicación del documento "Bases científicas para la prevención y el tratamiento precoz de las enfermedades dentales más comunes" ⁽¹³⁰⁾, que recopilaba los fundamentos técnicos actualizados de Salud Dental Comunitaria, fué otra iniciativa en el mismo sentido. A través de este informe se puede apreciar la orientación técnica que influyó al planificar la intervención.

Por su especial significación para la comprensión del proceso que dió origen al Programa de Asistencia Dental Infantil, se citan los tres aspectos que a juicio del autor, merecieron especial consideración, por la influencia que ejercieron en la conceptualización del problema ⁽⁸⁴⁾⁽⁷⁰⁾⁽⁴³⁾⁽⁷⁶⁾⁽²⁹⁾ y por su aportación teórica a las soluciones técnicas buscadas.

1º La revisión de los conocimientos actualizados de caries dental y enfermedad periodontal, en especial la consideración del fenómeno de la remineralización de las caries incipientes de esmalte y su capacidad de "curar" evitando iniciar el ciclo reparador de los enfoques mecanicistas ⁽⁴⁵⁾⁽⁶²⁾⁽⁶⁸⁾⁽⁸⁵⁾⁽⁸⁷⁾⁽⁸⁸⁾⁽¹¹⁴⁾⁽¹¹⁶⁾⁽¹²⁹⁾⁽¹³¹⁾⁽¹³⁹⁾⁽¹⁴¹⁾⁽¹⁴²⁾⁽¹⁴⁴⁾;

2º El concepto de sobretratamiento (*overtreatment*) ⁽¹²⁵⁾ y su creciente preocupación entre los administradores y usuarios de la sanidad;

3º La consideración del concepto "nivel aceptable de salud oral", un intento de incorporar las reflexiones más avanzadas de los países con mayor tradición en el campo de la Salud Dental Comunitaria ⁽⁵⁹⁾⁽⁷⁵⁾⁽⁸¹⁾⁽¹⁰⁵⁾.

La base técnica sobre la que se construía la intervención proponía que si se proporcionaban los cuidados preventivos y reparadores adecuados, por profesionales capacitados, mientras se producía la erupción y desarrollo de la dentición permanente de los niños, éstos crecerían y se mantendrían libres de caries.

Para ello sería preciso contar con un número suficiente de dentistas de cabecera comprometidos en mantener el mayor número de niños libre de experiencia de caries. Un sistema asistencial que incentivara a los profesionales en este sentido, y que desalentara los enfoques intervencionistas y el sobretratamiento, sería imprescindible.

Si ésto se llevara a la práctica, los niños cuidados con este sistema disfrutarían de una mejor salud dental que sus predecesores, habrían sufrido menos dolores dentales por caries, y menos intervenciones y anestésias y medicación. Su educación y hábitos respecto al cuidado y revisiones periódicas de la dentadura sería mejor. Y sobre todo, llegarían a la edad de jóvenes adultos con una menor cantidad de tejido dental destruido y resecaado por las caries y las intervenciones reparadoras.

La comunidad científica reconoce que la patología dental generada durante los años de infancia y adolescencia condiciona de forma fundamental el estado de la salud dental del adulto, por lo que si los niños crecen libres de caries y con escaso tratamiento hasta adultos jóvenes, aumenta su posibilidad de necesitar muy pocos cuidados dentales en el futuro y de disfrutar de un mejor estado de salud.

3.4 LA PLANIFICACION DEL PADI.

El propósito de la planificación de programas de salud es diseñar un programa apropiado para el problema de salud y el grupo diana identificado, con los recursos disponibles y que pueda producir los cambios deseados.

El plan final debe de ser lo suficientemente preciso como para que una persona ajena al proceso de planificación pueda interpretarlo y ejecutarlo. Es necesario para ello asegurarse de que el significado de los términos que se utilizan estén claramente definidos.

Los más importantes, relacionados con los objetivos del programa y la evaluación, se mencionan a continuación, tal como serán empleados al describir el PADI.

3.4.1 METAS Y OBJETIVOS.

La **meta** de un programa es aquello que se quiere conseguir al ejecutarlo; es el cambio en el problema de salud que ha motivado la intervención.

Los **objetivos generales** son cambios que se pretenden lograr en el grupo diana para alcanzar la meta.

Los **objetivos específicos** son a su vez, pasos que deben cubrirse para alcanzar los objetivos generales. Un programa, además de una meta, puede tener más de un objetivo general y varios específicos. Objetivos específicos, generales y meta, señalan un camino causal.

Por último, los **objetivos operativos** son los que describen lo que el programa realiza, "lo que hace"; en oposición a "lo que consigue", detallado por los objetivos específicos, generales y meta.

Aquello que se proponga como meta, objetivo general, objetivo específico y objetivo operativo, será lo que en la evaluación se utilizará como norma, por lo que hay que redactarlos detalladamente.

Así, la **evaluación de los efectos** del programa se centrará en si se han conseguido los cambios que se desea lograr en la población diana; se divide en evaluación del impacto y evaluación de los resultados. La evaluación del **impacto** considera los logros de objetivos, generales y específicos; estudia el efecto a corto plazo del programa. Por contra, la evaluación de **resultados** se centra en los efectos a largo plazo, es decir, en si el programa ha alcanzado su meta.

La **evaluación del proceso** se centra en las actividades del programa y en cómo se desarrollaron. Corresponde a los objetivos operativos.

Al analizar el problema de salud bucodental hemos distinguido entre el factor de riesgo y los factores contribuyentes (predisponentes, facilitadores y reforzadores). Estos factores se relacionan ahora directamente, al planificar el programa, con metas y objetivos de tal manera que la meta del programa se corresponderá al problema de salud, los objetivos generales con el factor de riesgo, y los objetivos específicos con los factores contribuyentes.

Haber profundizado adecuadamente en el análisis del problema de salud y su cadena causal, nos permite ahora estar bastante seguros de diseñar un programa que cubra suficientes factores para funcionar eficazmente.

Un programa de salud para reducir la prevalencia de caries mediante la asistencia dental profesional, basado sólo en transmitir a la sociedad el mensaje "los niños deben ir al dentista todos los años", puede ser aparentemente apropiado y sencillo de realizar, pero posiblemente se convertirá en una pérdida de tiempo y recursos, al no tener en cuenta otros factores que contribuyen al problema.

Las metas, objetivos generales y objetivos específicos, deberán concretarse en tiempo, personas, espacio y cantidad. Determinar la magnitud del cambio que se cree posible conseguir y el plazo de tiempo no es tarea fácil ni que tenga una solución precisa. Dependen

en general del grupo diana a que se dirija y de la naturaleza del problema.

En el caso del PADI existían unos objetivos prefijados en SPE 2000. Las metas de la O.M.S. para el año 2000 eran también un referente válido. El programa piloto de selladores de fisura que se realizó en Osakidetza en 1989 aportó datos adaptados localmente. Los resultados del estudio epidemiológico de 1988 y la ESCAV-86 eran también referentes de la situación de base.

Al ser un programa con características innovadoras en nuestro medio, debieron de plantearse objetivos propios del PADI que quedaron fijados como sigue:

Meta:

Para el año 1998, el índice CAOD de los niños de 14 años deberá ser igual o inferior a 2.

Objetivos generales:

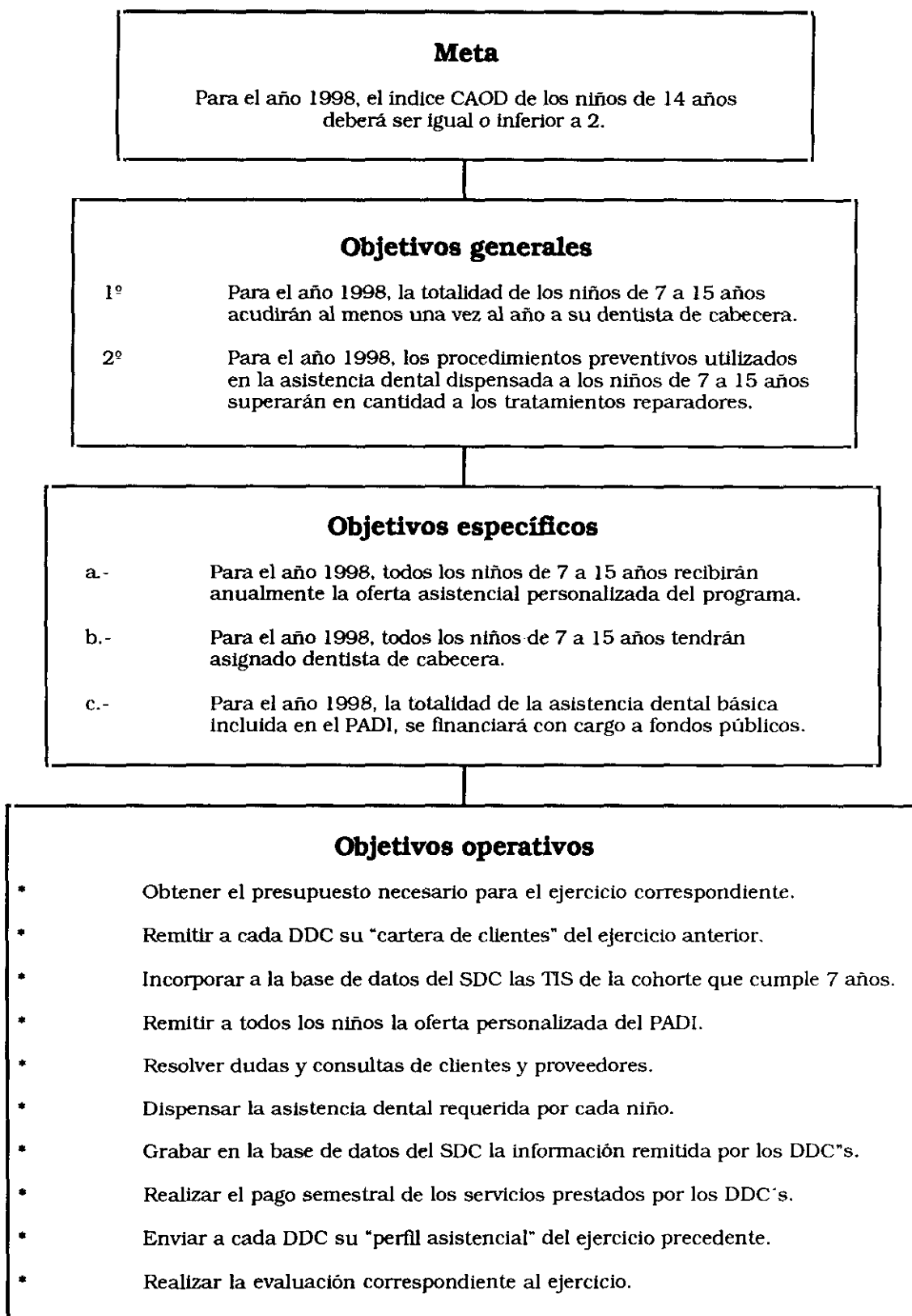
- 1º Para el año 1998, la totalidad de los niños de 7 a 15 años acudirán al menos una vez al año a su dentista de cabecera.
- 2º Para el año 1998, los procedimientos preventivos utilizados en la asistencia dental dispensada a los niños de 7 a 15 años superarán en cantidad a los tratamientos reparadores.

Objetivos específicos:

- a.- Para el año 1998, todos los niños de 7 a 15 años recibirán anualmente la oferta asistencial personalizada del programa.
- b.- Para el año 1998, todos los niños de 7 a 15 años tendrán asignado dentista de cabecera.
- c.- Para el año 1998, la totalidad de la asistencia dental básica incluida en el PADI se financiará con cargo a fondos públicos.

La Tabla 8 representa gráficamente la relación de subordinación entre meta, objetivos generales, específicos y detalla los objetivos operativos del PADI

Tabla 8: Subordinación de meta, objetivos y actividades del PADI.



3.4.2 EL PLAN DEL PADI.

Lo realizado hasta aquí se correspondía con una planificación estratégica. Se trataba ahora de definir un **plan de acción** para alcanzar las metas y objetivos enunciados. Este proceso corresponde a la planificación táctica, es decir a la **planificación de la intervención**, del programa, que implica generalmente la redistribución y reestructuración de los recursos y las actividades actuales, su complementación o bien el desarrollo de nuevos servicios y actividades.

Los resultados de esta planificación táctica es lo que se denomina "**plan del programa**", y su función principal es indicar lo que se debe hacer, con el fin de que quien sea posteriormente responsable de desarrollar el programa respete los elementos que fueron considerados importantes en las fases precedentes de planificación.

El plan del programa, debe ser un documento final que explicita la meta, los objetivos, las acciones recomendadas, los recursos requeridos, la cronología, la población objetivo y los criterios de evaluación. Indica el "**qué hacer**", y no el "cómo hacer" que deberá de ser reflejado posteriormente en el plan de operaciones. Esto es lo que le da valor y utilidad como instrumento de referencia para el desarrollo del programa ⁽¹¹⁵⁾.

Es útil para los que se encargan de la puesta en marcha del programa, para información general del público y de los participantes (beneficiarios, organismos,...), como instrumento de difusión, y para mantener la información precisa a través de los diferentes cambios de personas o de responsables.

Su lectura debe permitir comprender los antecedentes, cuál es el problema que se pretende resolver, por qué, cómo, y en qué contexto.

Schaefer ⁽¹²⁴⁾ precisa que debe de contener siete componentes: definición y análisis del problema; examen y evaluación de las tecnologías de resolución disponibles; estrategias alternativas y estimación

de sus costos; indicación de la solución preferente; enunciado de metas y objetivos; recomendación general de actividades; recursos y población diana; y un plan general de evaluación del programa.

El Decreto 118/90, de 24 de Abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco publicado en el BOPV N° 89, el 7 de Mayo de 1990, y las Ordenes de 2 y 3 de Mayo del mismo año, que lo desarrollan, reúnen la mayoría de las características expuestas y sirve de modo paradigmático para información general del público y de los participantes (consumidores, organismos y grupos implicados...), como instrumento de difusión, y para mantener la información precisa a través del tiempo.

Por ello se considera al **Decreto 118/90 y las Ordenes** citadas, como el plan del programa, utilizando su contenido para la descripción del PADI, y complementando con otras fuentes las carencias que en este sentido, decreto y órdenes, por su propia idiosincrasia, poseen.

Plasmar el plan del PADI en un decreto supuso una gran ventaja al dotar al PADI de un apoyo institucional poco frecuente en actividades de salud (*...en la tramitación del presente Decreto han sido tenidas en cuenta las directrices de la O.M.S. y los informes del Consejo Asesor de Salud Bucodental de Euskadi. Por todo ello, a propuesta del Consejero de Sanidad y Consumo, y previa deliberación y aprobación del Consejo de Gobierno... dispongo...*), que se ha mostrado una de sus mayores fortalezas en el desarrollo del programa al ser un compromiso adquirido ante la sociedad por el propio Gobierno Vasco.

3.4.2.1. Definición y análisis del problema.

Este punto, tratado en extenso en 3.3.3, se recoge en la parte expositiva del Decreto 118/90 al reconocer: *"...el 82,4% de los niños de 14 años han padecido o padecen caries en su dentición permanente. El promedio de piezas definitivas afectadas, careadas, empastadas, o extraídas por caries es de 3,96 en cada niño de esa edad. Más de la mitad son caries que no han recibido tratamiento"*.

Continúa el análisis con una referencia a la situación de la asistencia *"...el mayor porcentaje de lesiones de caries comienzan en la dentición definitiva entre los 7 y los 15 años de edad....el 50% de la población menor de 15 años nunca había acudido a una consulta dental"*, y con una referencia a factores contribuyentes *"...entre las personas que reconocen no acudir a los servicios sanitarios por considerarlos caros, el 89% se refieren a los servicios de atención dental"*.

3.4.2.2. Examen y evaluación de las tecnologías de resolución.

El Decreto recoge las limitaciones de los enfoques y tecnologías utilizados por otros sistemas sanitarios en nuestro entorno socioeconómico y las orientaciones propuestas actualmente por la comunidad científica internacional *"Los enfoques reparativos seguidos en las últimas décadas por los sistemas de atención dental de los países más avanzados, han reconocido su fracaso en conseguir un nivel aceptable de salud oral para la población. La experiencia y el conocimiento adquiridos en estos años indican que la mayor parte de la enfermedad dental puede ser evitada por procedimientos sencillos, poco invasivos, eficaces, y de bajo costo"*.

3.4.2.3. Estrategias alternativas y estimación de sus costos.

Continúa el decreto señalando las diferentes estrategias adoptadas para la mejora de la salud dental. *"La vertiente preventiva y la intervención multisectorial sobre las causas de la enfermedad, están siendo atendidas con la optimización del nivel de ión flúor en el agua de consumo y con programas de educación para la salud..."* y reconoce la necesidad de pasar a un plano asistencial del que hasta ahora se había hecho dejación en nuestra Sanidad Pública. *"Para completar las medidas preventivas, la Administración debe habilitar los recursos necesarios para que esta población reciba la asistencia dental adecuada."*

El coste de lo que el decreto denomina *"asistencia básica dental"*, era una de las mayores incertidumbres, pues si bien los cálculos de la planificación los situaban en torno a las 5.000 pesetas/niño/año, en

pesetas constantes de 1.990, en opinión de los facultativos de práctica privada contactados, esa cantidad quedaría muy por debajo de la necesaria para afrontar la asistencia asegurada por el PADI.

El Decreto no recogía, como es de suponer, la estimación de los costes, aunque refleja en su disposición final primera, la cautela adoptada ante la falta de experiencia de la Administración Sanitaria en el desarrollo de esta nueva actividad, al facultar al Consejero de Sanidad para que en función "...de la existencia de dotación presupuestaria suficiente, pueda modificar la progresión incremental de carácter anual que se establece".

3.4.2.4. Indicación de la solución preferente.

El artículo 1, apartado 1 del Decreto dispone lo que será la estrategia de intervención preferente: *"El Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, a través del Programa Dental Infantil, garantizará la asistencia dental básica a todos los niños residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco, nacidos a partir del 1 de enero de 1.983 y que tengan 7 ó más años de edad. Dicha cobertura finalizará el 31 de diciembre del año en que el niño cumpla 15 años."* El apartado 2 prosigue: *"Todos los niños comprendidos en el párrafo anterior tendrán un dentista de cabecera, como responsable del mantenimiento de un estado óptimo de salud bucodental."*

El artículo 2 apartado 1 indica en qué consiste la asistencia dental básica del programa. *"...recibir el cuidado y tratamiento precisos en toda la dentición permanente, mediante la realización de los procedimientos diagnósticos preventivos y terapéuticos que se estimen necesarios."*

La Orden de 2 de mayo de 1990 del Consejero de Sanidad y Consumo fija el contenido mínimo obligatorio de la asistencia del programa desarrollando lo dispuesto en el Decreto. El artículo 2 de la citada Orden explicita los servicios específicos que los dentistas de cabecera prestarán y que incluyen: revisiones, selladores de fisura, obturacio-

nes, tratamientos pulpares y extracciones. El artículo 3 excluye los tratamientos de ortodoncia.

La Sanidad Pública se compromete, por primera vez en nuestro país, a dispensar asistencia básica dental preventiva y reparadora y, lo que quizá pase más desapercibido pero que es esencial para el éxito del programa, dota a todos los niños de un dentista de cabecera responsable de su salud bucodental.

Tres consideraciones destacan en el planteamiento del programa.

Primero: La activa promoción de los **selladores de fisura** como técnica de prevención eficiente en estas edades. La Orden que fija los contenidos de la asistencia dispone: *"Se realizará el sellado de las fosas y fisuras en las piezas 1.6, 2.6, 3.6 y 4.6 en todos los casos que se detectara que el niño haya padecido caries en dentición temporal. Asimismo, se realizará sellado de fisuras de las piezas citadas, a excepción de la pieza afectada, en los casos que se detectara caries en alguna pieza permanente. Del mismo modo se realizará sellado de las fosas y fisuras de piezas permanentes cuando, a criterio del profesional, las características individuales de las piezas dentarias o del niño así lo aconsejen"*

Segundo: Un enfoque avanzado de la asistencia dental que incorpora los conocimientos actuales sobre la historia natural de la lesión de caries, la **dinámica de-remineralización**, y su implicación para el tratamiento de la misma. Así, se dispone en la Orden: *"Si se detectara caries en una pieza permanente, el dentista evaluará su estadio y su velocidad de progresión. En el caso de que, a criterio del profesional, la lesión tenga posibilidad de remineralizarse y detenerse, se proporcionarán al paciente y a los responsables del mismo, los conocimientos necesarios para desarrollar conductas adecuadas encaminadas a la estabilización de la lesión y se le citará a revisión para reevaluar la situación con la frecuencia que se estime necesaria. En caso de que se considere irreversible la lesión, el profesional procederá a obturarla con materiales permanentes adecuados."*

Tercero: La figura del **dentista de cabecera** aparece como elemento esencial del programa: *"La accesibilidad y aceptabilidad de estos servicios y su eficiencia, requieren la vinculación de los niños con profesionales sanitarios próximos a sus núcleos familiares e incentivados hacia la promoción de la salud."*

3.4.2.5. Enunciado de metas y objetivos.

Las metas y objetivos del PADI han sido expuestas en el apartado 3.4.1. No obstante merece la pena reseñar lo que el Decreto señala, en su parte expositiva: *"El objetivo de este programa de salud dental infantil es garantizar para toda la población de estas edades los servicios dentales necesarios, con enfoques de promoción de la salud, y dirigidos a obtener el mayor porcentaje de niños libres de caries, implantando la figura del dentista de cabecera."*

Asimismo, determina la cronología para su logro: *"Si bien el programa pretende alcanzar a todos los niños entre 7 y 15 años, su implantación se realizará incrementalmente, iniciándose en 1990 para los niños de 7 años y continuando en años sucesivos hasta alcanzar la edad de 15 años."*

Una característica del programa era la inclusión entre la asistencia dental básica del PADI de las necesidades de atención de los niños con discapacidades. Así lo recogía específicamente el apartado 3 del Artículo 2: *"Atención dental para casos especiales de niños cuyas discapacidades físicas o psíquicas, u otras causas, tengan incidencia en la extensión, gravedad o dificultad de su patología oral y/o su tratamiento. Estos niños serán atendidos, de acuerdo con las disposiciones especiales que al efecto establezca el Servicio Dental Comunitario de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, atendiendo a la especificidad de las situaciones"* ⁽²¹⁾.

La organización de esta asistencia, que el Decreto 118/90 encomendaba al Servicio Dental Comunitario de Osakidetza, se analizó para la CAPV mediante un proyecto específico ⁽⁵¹⁾, y las experiencias útiles existentes en este área ⁽²⁶⁾.

3.4.2.6. Recomendación de actividades, recursos y población diana.

El Decreto 118/90 y las Ordenes de 2 y 3 de mayo que lo desarrollan contienen un apreciable número de recomendaciones generales, incluso algunas extremadamente detalladas, de actividades, recursos y población diana. Se recogen en este punto las que merecen especial atención para la descripción del plan del programa y que no han sido expuestas en el apartado anterior.

Una unidad, a la que el Decreto 118/90 y las Ordenes denominan como **Servicio Dental Comunitario**, inexistente en ese momento en la estructura de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, quedará comisionada para operativizar el programa. Al Servicio Dental Comunitario corresponderá autorizar los tratamientos dentales precisos por traumatismos o malformaciones, el desarrollo de la asistencia dental de aquellos niños con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, desarrollo de protocolos asistenciales y de evaluación, y regular la relación entre los usuarios y los dentistas de cabecera.

La necesidad de contar con un **cuadro facultativo** de dentistas de cabecera capaz de garantizar la accesibilidad del PADI a todos los niños de la CAPV propició, entre otros motivos, el incluir en el programa, como **dentistas de cabecera**, a profesionales no pertenecientes a la plantilla de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Así el artículo 5 refiere: *"Para dar plena efectividad a la cobertura prevista, el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza podrá habilitar a los médicos estomatólogos u odontólogos precisos que reúnan los requisitos fijados para la contratación de sus servicios"*.

La Orden de 3 de mayo de 1990 desarrolla los requisitos y el procedimiento para esta **habilitación**. Así, en su artículo establece que: *"...además de acreditar las condiciones generales necesarias para la contratación con la Administración de la Comunidad Autónoma deberán: estar dados de alta en el Colegio Oficial correspondiente a la localización de su consulta; justificar la adecuación de su consulta a las condiciones que al efecto determine el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza a través del Servicio Dental Comunitario.; asistir a los*

cursos de actualización que se determinen por el Servicio Dental Comunitario; y cumplir las instrucciones y circulares que en relación al programa dicte el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza a través del Servicio Dental Comunitario."

La citada Orden desarrolla también los requisitos de las **convocatorias** para la incorporación de profesionales al PADI, la publicidad de que será objeto el cuadro facultativo y los mecanismos para la libre elección de dentista de cabecera y la aceptación por éstos de nuevos pacientes.

Esta **libertad efectiva de elección** del dentista de cabecera, junto al sistema de pago de los servicios prestados para el PADI, son dos características esenciales del programa que el Decreto establece explícitamente. Así en su artículo 3 dice: *"Los padres, tutores o responsables del niño a los que se refiere este Decreto podrán optar, a su libre elección, por un dentista de cabecera entre cualquiera de los profesionales habilitados por el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza para el PADI."*

El **pago de los servicios prestados** por los profesionales habilitados queda establecido en el artículo 6 del Decreto. Es un sistema mixto de **capitación y pago por acto médico**. *"Los profesionales liberales que presten servicios para el PADI serán retribuidos mediante sistema caputivo para la cobertura de la asistencia prevista en el artículo 2.1 (la **Asistencia General** del programa), y por los tratamientos efectuados, en los casos previstos en el artículo 2.2 (**Asistencia Adicional** requerida en incisivos y caninos con motivo de traumatismos o malformaciones). Excepcionalmente, para los casos previstos en el artículo 2.3 (niños con discapacidades) podrán suscribirse acuerdos especiales para la atención de situaciones individualizadas."*

El artículo 6 apartado 2 especifica que: *"La cantidad a abonar en el sistema caputivo, así como el baremo de honorarios a abonar por los tratamientos necesarios del grupo inciso-canino se determinarán mediante Resolución de la Dirección General del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza."*

3.4.2.7. Un plan general de evaluación del programa.

Como en muchas otras ocasiones la **evaluación** del programa es la parte menos desarrollada de su planificación. La única referencia escrita que aparece es la recogida en el artículo 6 de la Orden de 3 de mayo de 1990 que especifica "*...los mecanismos de control precisos para la implantación, desarrollo y evaluación de la cobertura dental prevista se regularán mediante Resolución de la Dirección General del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza*".

Hasta la fecha no se ha dictado ninguna Resolución que regule un sistema de evaluación del PADI, aunque el Servicio Dental Comunitario ha realizado constantemente tareas de evaluación incorporadas a su sistema de gestión. El presente trabajo pretende colaborar en la sistematización de un esquema de evaluación apropiado para el programa.

3.4.3 RECURSOS HUMANOS, TECNICOS Y MATERIALES.

Claramente establecidos lo que serían objetivos y meta, la planificación de los recursos requeridos por el PADI precisaba determinar las que serían sus actividades y población diana. Esto permitiría estimar las necesidades de equipamiento y fuerza de trabajo, y su traducción a costo económico.

3.4.3.1 Cálculo de recursos humanos, técnicos y materiales del PADI.

El desarrollo incremental que se proponía para el PADI también obligaba a una planificación incremental del tipo y cantidad de recursos necesarios, y su traducción a presupuesto.

El primer parámetro a determinar era el número de dentistas de cabecera precisos a tiempo completo, la "fuerza de trabajo" (*task force*) en Osakidetza, necesaria para atender a la población diana del programa.

Un dentista de cabecera de Osakidetza podría razonablemente dedicar cinco horas efectivas (de sillón dental) diarias, lo que estimando en 215 los días laborables/año supone 1.075 horas de asistencia, el 65% sobre la jornada anual establecida en 1.650 horas laborables⁽⁴⁾.

215 días laborables x 5 horas efectivas = 1.075 horas efectivas/año.

En base a los datos del estudio epidemiológico de 1988 del Departamento de Sanidad[a los resultados de programas piloto de selladores de fisura realizados en Osakidetza y a los datos disponibles en la literatura científica⁽¹¹⁰⁾⁽¹⁰¹⁾⁽⁸²⁾, se estimó que la asistencia básica del PADI en 1990, que determinaba la Orden de 2 de mayo, representaría un promedio de 32 minutos de tiempo real de asistencia por cada niño de 7 años.

Estimada la dedicación potencial de tiempo de sillón de los dentistas de cabecera de Osakidetza en 1.075 horas/año, y la necesidad de asistencia dental por niño y año en 32 minutos, la **productividad** (cantidad de producto que se puede imputar a una unidad de producción)⁽¹²⁰⁾ quedaba establecida en poco más de 2.000 niños/año atendidos por cada dentista de cabecera.

1.075 horas / 32 minutos = 2.016 niños/año/dentista de cabecera.

La hipótesis de trabajo del PADI en cuanto a la necesidad asistencial, sostenía que a medida que nuevas cohortes se incorporaban, las anteriores se mantendrían sanas por efecto de las medidas preventivas aplicadas por los dentistas de cabecera y a nivel general.

Según esta hipótesis, en cada uno de los años sucesivos, las necesidades asistenciales, "carga asistencial", promedio ponderado, de nueve cohortes desde los 7 a los 15 años, no sería superior a la determinada para los niños de 7 años en 1990, e incluso se reduciría en función de la eficiencia de los cuidados preventivos dispensados.

Fué necesario además estimar el total de población diana a la que se dirigiría el programa en cada ejercicio. La Tabla 1 del presente trabajo muestra el desarrollo incremental del PADI que determina el Decreto 118/90.

En la misma se puede apreciar el año de referencia, las edades incluidas en el programa en cada año, y la cantidad de niños prevista como población diana en cada ejercicio. Para ello se utilizó los datos del Padrón Municipal de Habitantes de 1986 ⁽⁵³⁾, el Anuario Estadístico Vasco de 1987 ⁽⁵²⁾, las proyecciones demográficas actualizadas ⁽³³⁾ y la base de datos de la Tarjeta Individual Sanitaria.

Para calcular la totalidad de recursos sanitarios que sería preciso disponer para el PADI, suponiendo válidos y constantes los parámetros descritos anteriormente a través de todo el proceso de implantación del programa, era aún necesario conocer cuál sería su utilización real por la población.

Los datos de un reciente estudio piloto de selladores, ofrecido a través de los equipos de Salud Escolar, alcanzaron una utilización del 32,2% de los niños a los que se ofertaron. La O.M.S. situaba entre 65-100%, a estas edades, la demanda de atención dental, entre países con moderada-elevada preocupación por la salud dental⁽¹¹⁰⁾.

No resultaba sencillo predecir la utilización real del programa, aunque su vocación era la de alcanzar el 100% de los niños, "*garantizar para toda la población de estas edades los servicios dentales necesarios*" ⁽²¹⁾. La implantación incremental del PADI a lo largo de nueve años, daría la posibilidad de ir ajustando los recursos a las necesidades reales en cada momento.

El Cuadro 1º de la Tabla 9 presenta la población que debería ser atendida por los dentistas de cabecera del PADI en cada ejercicio del período de implantación, dependiendo de diferentes porcentajes de utilización. El programa tendría una población diana establecida en 170.000 niños en 1998.

Tabla 9: Planificación de recursos humanos, técnicos y materiales.

Cuadro 1º: Población diana

| Ejercicio | 100% | 90% | 80% | 70% | 60% | 50% | 40% |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|
| 1990 | 24.000 | 21.600 | 19.200 | 16.800 | 14.400 | 12.000 | 9.600 |
| 1991 | 46.000 | 41.400 | 36.800 | 32.200 | 27.600 | 23.000 | 18.400 |
| 1992 | 67.000 | 60.300 | 53.600 | 46.900 | 40.200 | 33.500 | 26.800 |
| 1993 | 87.000 | 78.300 | 69.600 | 60.900 | 52.200 | 43.500 | 34.800 |
| 1994 | 106.000 | 95.400 | 84.800 | 74.200 | 63.600 | 53.000 | 42.400 |
| 1995 | 124.000 | 111.600 | 99.200 | 86.800 | 74.400 | 62.000 | 49.600 |
| 1996 | 136.000 | 122.400 | 108.800 | 95.200 | 81.600 | 68.000 | 54.400 |
| 1997 | 153.000 | 137.700 | 122.400 | 107.100 | 91.800 | 76.500 | 61.200 |
| 1998 | 170.000 | 153.000 | 136.000 | 119.000 | 102.000 | 85.000 | 68.000 |

Cuadro 2º: Número de Unidades SDC necesarias

| Ejercicio | 100% | 90% | 80% | 70% | 60% | 50% | 40% |
|-----------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1990 | 12 | 11 | 10 | 8 | 7 | 6 | 5 |
| 1991 | 23 | 21 | 18 | 16 | 14 | 12 | 9 |
| 1992 | 34 | 30 | 27 | 23 | 20 | 17 | 13 |
| 1993 | 44 | 39 | 35 | 30 | 26 | 22 | 17 |
| 1994 | 53 | 48 | 42 | 37 | 32 | 27 | 21 |
| 1995 | 62 | 56 | 50 | 43 | 37 | 31 | 25 |
| 1996 | 68 | 61 | 54 | 48 | 41 | 34 | 27 |
| 1997 | 77 | 69 | 61 | 54 | 46 | 38 | 31 |
| 1998 | 85 | 77 | 68 | 60 | 51 | 43 | 34 |

Cuadro 3º: Coste de la asistencia (en millones de pesetas constantes)

| Ejercicio | 100% | 90% | 80% | 70% | 60% | 50% | 40% |
|-----------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1990 | 120 | 108 | 96 | 84 | 72 | 60 | 48 |
| 1991 | 230 | 207 | 184 | 161 | 138 | 115 | 92 |
| 1992 | 335 | 302 | 268 | 235 | 201 | 168 | 134 |
| 1993 | 435 | 392 | 348 | 305 | 261 | 218 | 174 |
| 1994 | 530 | 477 | 424 | 371 | 318 | 265 | 212 |
| 1995 | 620 | 558 | 496 | 434 | 372 | 310 | 248 |
| 1996 | 680 | 612 | 544 | 476 | 408 | 340 | 272 |
| 1997 | 765 | 689 | 612 | 536 | 459 | 383 | 306 |
| 1998 | 850 | 765 | 680 | 595 | 510 | 425 | 340 |

Cuadro 4º: Coste de la gestión (en millones de pesetas constantes)

| Ejercicio | 100% | 90% | 80% | 70% | 60% | 50% | 40% |
|-----------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1990 | 12 | 11 | 11 | 10 | 10 | 9 | 8 |
| 1991 | 23 | 22 | 21 | 20 | 18 | 17 | 16 |
| 1992 | 34 | 32 | 30 | 28 | 27 | 25 | 23 |
| 1993 | 44 | 41 | 39 | 37 | 35 | 33 | 30 |
| 1994 | 53 | 50 | 48 | 45 | 42 | 40 | 37 |
| 1995 | 62 | 59 | 56 | 53 | 50 | 47 | 43 |
| 1996 | 68 | 65 | 61 | 58 | 54 | 51 | 48 |
| 1997 | 77 | 73 | 69 | 65 | 61 | 57 | 54 |
| 1998 | 85 | 81 | 77 | 72 | 68 | 64 | 60 |

Cuadro 5º: Coste total del PADI (en millones de pesetas constantes)

| Ejercicio | 100% | 90% | 80% | 70% | 60% | 50% | 40% |
|-----------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1990 | 132 | 119 | 107 | 94 | 82 | 69 | 56 |
| 1991 | 253 | 229 | 205 | 181 | 156 | 132 | 108 |
| 1992 | 369 | 333 | 298 | 263 | 228 | 193 | 157 |
| 1993 | 479 | 433 | 387 | 341 | 296 | 250 | 204 |
| 1994 | 583 | 527 | 472 | 416 | 360 | 305 | 249 |
| 1995 | 682 | 617 | 552 | 487 | 422 | 357 | 291 |
| 1996 | 748 | 677 | 605 | 534 | 462 | 391 | 320 |
| 1997 | 842 | 761 | 681 | 601 | 520 | 440 | 360 |
| 1998 | 935 | 846 | 757 | 667 | 578 | 489 | 400 |

Cuadro 6º: Coste total del PADI (en millones de pesetas corrientes)

| Ejercicio | 100% | 90% | 80% | 70% | 60% | 50% | 40% |
|-----------|-------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1990 | 132 | 119 | 107 | 94 | 82 | 69 | 56 |
| 1991 | 263 | 238 | 213 | 188 | 163 | 138 | 112 |
| 1992 | 398 | 360 | 322 | 284 | 246 | 208 | 170 |
| 1993 | 536 | 485 | 434 | 382 | 331 | 280 | 229 |
| 1994 | 676 | 612 | 547 | 483 | 418 | 354 | 289 |
| 1995 | 818 | 740 | 662 | 584 | 506 | 428 | 350 |
| 1996 | 928 | 839 | 750 | 662 | 573 | 485 | 396 |
| 1997 | 1.077 | 974 | 871 | 769 | 666 | 563 | 460 |
| 1998 | 1.234 | 1.116 | 999 | 881 | 763 | 645 | 527 |

En ese año 1998, con la productividad establecida en 2.000 niños atendidos por dentista de cabecera de Osakidetza, y un 100% de utilización, se precisarían 85 facultativos a tiempo completo. El Cuadro 2º de la Tabla 9 muestra la estimación del número de Unidades SDC que se requerirían por ejercicio según la utilización porcentual del programa.

El **coste anual** en Osakidetza de una Unidad SDC formada por un facultativo y un auxiliar de clínica (nóminas, costes sociales, equipo, material fungible y repercusión en los gastos del centro), se estimó en diez millones de pesetas. Por lo que un módulo de 30 minutos de trabajo real de sillón sería en 1990 equivalente a un costo de 4.651 pesetas. El **coste de la asistencia** dental de un niño de 7 años, traducida a términos económicos (4.961 ptas.) se aproximaba en 1990 a las 5.000 pesetas/niño/año⁽¹³⁵⁾.

10 millones / 1.075 horas = 9.302 ptas/hora (4.651 ptas/30 min)
(4.961 ptas/32 min)

Al traducir estos servicios necesarios a sus costos económicos, se podía obtener una aproximación razonablemente ajustada de los costos asistenciales del programa. El Cuadro 3º de la Tabla 9 traduce las diversas posibilidades reflejadas en los anteriores a sus costes en millones de pesetas constantes de 1990.

A los 850 millones que se estimaba pudiera costar la asistencia dental básica del programa, debería añadirse una cantidad destinada a los procesos de gestión del programa que incluyera toda la previsión del coste correspondiente a impresos, informática, personal no asistencial, etc..., destinados al PADI.

La forma de cuantificar los costos de administración del PADI fue imputar en cada ejercicio una cantidad por niño con derecho al programa (en todo caso se generaría costo de gestión por todos ellos al ofertar el PADI a la totalidad de la población diana del año), más una cantidad que variaría en función de la utilización real del programa

en cada ejercicio, (los niños que utilizaran el programa generarían un gasto de administración adicional).

La previsión de **costes de gestión** se hizo sobre la hipótesis de que sería equivalente a un 10% del gasto asistencial (el generado por los niños atendidos). A ello habría que añadir en cada ejercicio una cantidad por la gestión de los niños no-atendidos en el ejercicio. Esta cantidad se estimó que sería la mitad de la que generaría cada niño atendido.

$$\text{Coste Gestión PADI} = (\text{N}^\circ \text{ niños ATEND} \times 10\% \text{ coste asistencial}) + (\text{N}^\circ \text{ niños NOATE} \times 50\% \text{ coste gestión ATEND})$$

El Cuadro 4º de la Tabla 9 detalla el coste de gestión previsto. Se aprecia que oscilaba entre un 15% del total del programa, en los casos de menor utilización contemplada, y un 9% en los más favorables.

El Cuadro 5º de la Tabla 9 presenta en **pesetas constantes** el coste total (asistencia + gestión) previsto para el PADI a lo largo de su fase de desarrollo incremental, dependiendo de su porcentaje de utilización anual.

El Cuadro 6º de la Tabla 9 traduce en cada ejercicio de referencia estas cantidades a **pesetas corrientes** mediante la aplicación sistemática de una tasa de actualización del 4% interanual.

Si al finalizar la fase de desarrollo incremental se alcanzaba una utilización anual del 80%, lo que se consideraba una estimación posibilista, y las condiciones de eficiencia en el uso de los recursos se cumplieran, el coste total del PADI una vez implantado, rondaría en 1998 los 1.000 millones/año en pesetas corrientes; con toda seguridad menos del 0,4% del presupuesto de Sanidad en la CAPV.

A estos cálculos, sin duda de interés para la autoridad sanitaria en el proceso de toma de decisiones y de sus costos de oportunidad, deberían de aplicárseles la ponderación de otros factores de importancia capital para garantizar la validez del PADI como intervención desti-

nada a resolver las necesidades de salud que le dan origen. Son los denominados **factores socioorganizacionales**.

La **accesibilidad socioorganizacional** (*accessibility*), es un factor en el que resulta difícil disociar la parte que corresponde a los recursos de la que corresponde a los usuarios de los servicios. Un recurso existente puede ser inaccesible a una parte de la población porque esté demasiado alejado o porque existan barreras sociales, económicas o de organización, para acceder al servicio.

La accesibilidad socioorganizacional se puede considerar desde cuatro dimensiones.

La **disponibilidad** (*availability*), es decir, la existencia en Osakidetza de los profesionales que pudieran actuar como dentistas de cabecera "*...próximos a sus núcleos familiares e incentivados hacia la promoción de la salud*" (21).

La **comodidad** (*accomodation*), en referencia a la percepción de los usuarios de horarios de atención, sistema de citas, sistema de acogida..., debería de ser considerada seriamente si se quería obtener una elevada utilización.

La **accesibilidad económica** (*affordability*) o capacidad de hacer frente a los costos del servicio por la población, quedaba garantizada al ser el PADI financiado con cargo al presupuesto de Osakidetza.

La **aceptabilidad** (*acceptability*), interacción entre las actitudes y valores de los clientes y las del servicio ofertado, los profesionales, instalaciones y producto, era una vertiente más sutil a considerar.

En este sentido, la escasa tradición de la atención dental en la oferta de Osakidetza, y el tipo de "soluciones" (de baja calidad frente a las alternativas posibles) que dispensa el Servicio Vasco de Salud como respuesta a los problemas dentales de la población, debería ser considerada una barrera más que habría que superar al implantar el PADI.

Por último, la accesibilidad se puede además considerar desde el punto de vista del desplazamiento que es necesario hacer para acudir a un determinado servicio; es la **accesibilidad geográfica**, en contraposición a la mencionada accesibilidad socioorganizacional.

Era evidente para los técnicos que la accesibilidad geográfica iba a jugar un papel esencial al implantar el PADI pues, aunque al tener un desarrollo incremental en los primeros años, un reducido número de equipos tuvieran potencialmente capacidad para absorber toda la demanda posible, incluso el 100% con sólo 12 unidades SDC, ello no garantizaría ni medianamente una accesibilidad geográfica aceptable. Donabedian ⁽³⁸⁾ considera la influencia de este factor tan importante o superior a la de los factores socioorganizativos.

La "resistencia al desplazamiento" es de importancia capital en los servicios preventivos, más aún que en los curativos. La falta de eficiencia de los primeros se agrava en relación inversa a la accesibilidad geográfica. El PADI, por su propia vocación de programa que pretende evitar la enfermedad, debería de estar dotado de una excelente accesibilidad geográfica que facilitara el acceso al dentista de cabecera.

3.4.3.2 Disponibilidad de recursos humanos, técnicos y materiales.

El análisis de recursos humanos, técnicos y materiales, existentes en **Osakidetza**, mostraba que el Servicio Vasco de Salud disponía en 1990 de 56 plazas de Odontología distribuidas en 27 centros de salud, ambulatorios y consultorios de su red extrahospitalaria; 15 centros con un total de 32 facultativos en Bizkaia; 10 centros con 17 facultativos en Gipuzkoa; y 2 centros con 7 facultativos en Alava.

Esta plantilla estaba dedicada a la Odontoestomatología de cupo; dos horas al día efectivas de asistencia a demanda de la población general de la CAPV. En la práctica la atención dispensada se limitaba a prescripción de tratamiento medicamentoso y exodoncias. Compartían el personal auxiliar con otros especialistas del centro.

Solo 3 de estas plazas, en Bizkaia (Abadiño, Santutxu y Sestao), estaban jerarquizadas y se dedicaban a tareas de Salud Dental Comunitaria como programa piloto de selladores de fisura y otras actividades preventivas, de educación y promoción de salud bucodental en la población infantil, conforme al acuerdo N° 99 para impulsar programas de salud bucodental del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Reestructurar y reorientar, total o parcialmente, todos estos recursos era una de las posibilidades que sin duda deberían de considerarse en la fase de puesta en marcha del programa, máxime cuando la eficiencia de los mismos era más que cuestionable.

Además sería necesario crear nuevas plazas con un tipo de orientación de las tareas, enfocadas a la promoción de la salud dental de los niños, con el Decreto 118/90 como eje básico de trabajo, y jerarquizadas a un Servicio responsable del producto.

Por último, el Decreto 118/90 y Orden de 3 de mayo ⁽²³⁾ que lo desarrollaba, posibilitaba la complementación del cuadro facultativo de dentistas de cabecera de Osakidetza mediante la habilitación de profesionales de práctica profesional privada. *"Para dar plena efectividad a la cobertura prevista, el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza podrá habilitar a los médicos estomatólogos u odontólogos precisos que reúnan los requisitos fijados para la contratación de sus servicios"*.

Esta posibilidad fue siempre impulsada desde niveles técnicos de planificación. La accesibilidad geográfica y socioorganizativa que proporcionaría al PADI sería óptima. Por contra, en determinados niveles de Osakidetza, fundamentalmente en Atención Primaria, era observada con evidente recelo al entender que supondría destinar recursos presupuestarios en estructuras ajenas a las tradicionales del Servicio Vasco de Salud y el avance hacia posiciones "privatizadoras" en el sistema de provisión de servicios de salud.

La proporción en que cada una de estas tres posibilidades para dotar de recursos asistenciales al PADI fueran utilizadas, dependería más de decisiones relacionadas con la política sanitaria de provisión de servicios que se deseara impulsar, que de los condicionantes técnicos de Salud Dental Comunitaria.

En la práctica, por encima de ambos enfoques, y como casi siempre en nuestra Administración Sanitaria, dependería fundamentalmente de la viabilidad circunstancial de cada una de ellas.

3.5 LA PUESTA EN MARCHA DEL PADI.

El plan del programa y la puesta en marcha del programa son conceptos diferentes. Una correcta planificación no garantiza el éxito en la ejecución (*implementation*) del programa.

La puesta en marcha, o ejecución del programa, comprende la secuencia de actividades que siguen a la elaboración y aprobación del plan del programa y se terminan una vez que las acciones sanitarias se hayan integrado, institucionalizado, en la práctica de la organización. Más que en cualquier otra fase de la planificación de programas, la ejecución precisa una comunicación abierta del equipo de planificación con los responsables de administrar y ejecutar la intervención.

El plan de un programa propone algo nuevo o diferente, que altera las prácticas habituales de la organización, que varía su *statu quo*. Su ejecución introduce un proceso de cambio en la organización, que con frecuencia deberá superar obstáculos y resistencias. Por ello se requiere una adaptación mutua entre la organización, entendida como toda la estructura de producción de servicios, y el proyecto.

En el caso del PADI, debía tenerse en cuenta que una parte de la asistencia se pretendía ofertar a través de profesionales no pertenecientes a la estructura de Osakidetza. Por ello, y como suele ser frecuente en programas sociosanitarios, el programa interactuaba al menos con dos organizaciones: el Servicio Vasco de Salud y los profesionales de práctica privada que fueran habilitados. Las organizaciones que mejor podrían representar los intereses de este último colectivo eran, sin duda, los Colegios Profesionales de Odontólogos y Estomatólogos de la CAPV.

Los Ilustres Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de la CAPV, fueron las instituciones con quienes se desarrollaron más contactos. En este sentido, el propio Consejero de Sanidad expuso a los colegiados en charla-coloquio en la sede colegial del Colegio de Bizkaia, lo que sería la política de salud bucodental que se quería impulsar desde el Departamento de Sanidad ⁽¹⁴⁵⁾. Anexo V.

3.5.1 ASPECTOS ESTRATEGICOS

Para conseguir la institucionalización de una intervención, además de contar con una planificación teórica sólida, se requieren directivas claras desde los niveles superiores; agentes del cambio con capacidad suficiente y compromiso con las metas buscadas; apoyo al proyecto de grupos y personas influyentes; y el reconocimiento oficial de los objetivos a conseguir.

Esto disminuye los efectos negativos que se sufren por los conflictos de poder que se originan al introducir cualquier cambio en las organizaciones. Garantizan cierta resistencia frente a presiones de grupos de poder y a las variables condiciones socioeconómicas y políticas.

Tres niveles fueron considerados desde un punto de vista estratégico a la hora de crear las condiciones propicias para producir el cambio que supone la introducción del PADI. El nivel de toma de decisiones, el nivel de la gestión y el nivel de la ejecución.

3.5.1.1 El nivel de toma de decisiones.

La publicación por el Gobierno Vasco del Decreto 118/90 establecía un marco legal que obligaba al Servicio Vasco de Salud a garantizar la asistencia dental básica de los niños. La Dirección de Osakidetza tenía un motivo claro para impulsar el PADI. La sociedad percibía con igual nitidez la voluntad del Ejecutivo Vasco de poner remedio a la falta de un sistema de atención básica dental para los niños de la CAPV.

El Consejo Asesor de Salud Bucodental de Euskadi (CASBE) expresó su apoyo al proyecto y lo informó favorablemente.

Otras instituciones, grupos profesionales organizados, sociedades científicas o personas, que fueron consultadas y de las que se recabó su apoyo activo para la puesta en marcha del proyecto, respondieron con menor interés, no lo hicieron, o se posicionaron abiertamente en contra.

A pesar de que se prodigaron a lo largo del período de planificación del PADI los contactos a alto nivel de representación entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y los Colegios Profesionales de la CAPV, no se consiguió el apoyo oficial de éstos al proyecto.

3.5.1.2 El nivel de gestión.

Se organizó una unidad específica que se responsabilizara de las actividades administrativas, de dirección y gestión del proyecto. Se la denominó **Servicio Dental Comunitario**, tal como lo determinan el Decreto 118/90 y las Ordenes que lo desarrollan.

Al Servicio Dental Comunitario se encomendarían además, a su nivel, otras tareas relacionadas con actividades de promoción de la salud bucodental tales como la optimización del nivel de ión flúor en el agua de consumo, la promoción y educación de estilos de vida saludables (dieta e higiene) con repercusión en este área, la vigilancia epidemiológica, y el ordenamiento racional del sector asistencial.

No obstante, la puesta en funcionamiento, dirección, gestión y administración del programa, sería en principio su cometido primordial. El Servicio Dental Comunitario debería actuar en Osakidetza como "unidad de negocio" responsable de una línea de producción de servicios muy específica que incluía al PADI y a las actividades relacionadas con la Salud Dental Comunitaria.

Con ello, además, se daba cumplimiento al acuerdo N° 99 de 14/19.07.89 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que, al referirse a los programas de salud bucodental, acuerda: *"Establecer una Unidad Técnica responsable de la planificación y coordinación de programas y actuaciones en Salud Bucodental en el Ministerio de Sanidad y Consumo y en las Comunidades Autónomas. La estructura de estas Unidades se ajustará a las condiciones específicas de cada una de las Administraciones."* ⁽³⁰⁾

Para el conjunto de las tareas encomendadas, teniendo en cuenta la reciente designación de la Salud Bucodental como área de intervención prioritaria y el carácter incremental del PADI, se dotó al nuevo Servicio Dental Comunitario con una organización matricial que abarcara el ámbito de la CAPV.

El Servicio se ubicaba en Bilbao (Bizkaia) y de él dependían tres unidades técnico-administrativas SDC que desarrollaban su actividad en cada uno de los Territorios Históricos (Alava, Gipuzkoa y Bizkaia) que componen la Comunidad Autónoma del País Vasco.

3.5.1.3 El nivel de ejecución.

Es aquél que afecta al personal directamente implicado en la ejecución del PADI. Se asignó a estas tareas de dirección, gestión y administración, a profesionales con formación en Salud Dental Comunitaria, que constituyeran un grupo de trabajo capacitado y motivado para la puesta en marcha de un proyecto en el que habían participado mediante sus propias aportaciones técnicas.

El Servicio, dirigido por un Jefe de Servicio, estaba dotado con un Administrador que ejercía conjuntamente funciones de Jefe de Personal; un Técnico Superior Informático que se encargaba del desarrollo y mantenimiento de la Base de Datos del SDC, y sus procesos; y un Jefe de Sección destinado a tareas relacionadas con la promoción y la educación para la salud bucodental. El Servicio se organizaba funcionalmente en tres unidades técnico-administrativas.

Las Unidades Técnico-Administrativas del SDC de Alava, Gipuzkoa y Bizkaia, estaban dirigidas por un estomatólogo con funciones de responsable de la UT del SDC. De ellas dependían las unidades asistenciales del SDC ubicadas en el Territorio Histórico (T.H.). Asimismo, los dentistas de cabecera habilitados (DDCs) en cada T.H. se relacionaban directamente con la Unidad Técnico-Administrativa correspondiente.

En todo caso, el personal facultativo asistencial y no asistencial asignado al Servicio Dental Comunitario de Osakidetza eran Odontólogos o Estomatólogos. La plantilla de personal no-asistencial del Servicio llegó a contar con quince plazas a finales de 1990. La totalidad de la plantilla del Servicio, tanto asistencial como no-asistencial, era personal estatutario de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

La formación del nuevo Servicio requirió la adaptación a la cultura de la organización de aquellos técnicos que, competentes en su especialidad, tenían escasa experiencia en la Administración Sanitaria. Del mismo modo los elementos del Servicio que tenían experiencia en la Administración debieron de adaptarse a un proyecto innovador con escasas referencias previas en Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

La puesta en marcha y la fase incremental, 1990-98, del PADI, era una tarea técnicamente compleja. Sus principales objetivos operativos serían: dotar al PADI de un cuadro facultativo capacitado y suficiente, mediante la habilitación de dentistas de cabecera que complementarían la fuerza de trabajo creada en Osakidetza con las unidades asistenciales del SDC; el propio proceso de oferta anual del nuevo producto a la población; y la obtención anual del presupuesto que financiara la asistencia básica dental que se ofertaba.

Estos tres aspectos cubrían los objetivos operativos del PADI, e iniciaban la cadena causal de efectos hacia la consecución de sus objetivos generales y meta del programa.

Por lo que respecta al **cuadro facultativo de dentistas de cabecera**, el Servicio se dotó finalmente con 19 equipos asistenciales formados por un Odontólogo o Estomatólogo y un auxiliar de clínica, (DUE en algunos de ellos), según las posibilidades de que se disponía en el momento. Serían las Unidades SDC.

Su germen estructural fueron las 3 plazas jerarquizadas de salud bucodental que habían desarrollado programas piloto de selladores de fisuras en los años anteriores, a las que se unieron otras 16 hasta completar el total de 19 Unidades SDC mencionadas. En algún caso

se procedió a reconvertir plazas de Odontoestomatología de cupo existentes, pero la mayoría fueron plazas de nueva creación. A estas 19 Unidades SDC dependientes del Servicio se les asignó en exclusiva tareas asistenciales del PADI.

Durante el período 1990-95, las 19 unidades del SDC, que se ubicaron en Alava (4), en Gipuzkoa (8) y en Bizkaia (7), han prestado su asistencia en un total de 22 centros distintos. Así, por ejemplo, el SDC Goierri pasa consulta en Azpeitia, Beasain y Zumárraga; por contra, el ambulatorio de Gros en Donostia, contiene dos unidades asistenciales del SDC, una en horario de mañana y otra en horario de tarde. Cada Unidad SDC ha estado formada en el período 1990-95 por un dentista y un auxiliar que constituían un equipo de trabajo.

Además, para completar el cuadro facultativo del PADI y desarrollar lo establecido en el plan del programa, se habilitaron como dentistas de cabecera, conforme a lo estipulado en la Orden de 3 de mayo, a otros 60 facultativos colegiados en los Ilustres Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos del ámbito de la CAPV. Mayoritariamente estos profesionales pertenecían al colegio de Bizkaia.

El contrato de habilitación fue ofertado a los cerca de 700 profesionales colegiados en la CAPV, por el Director General del Servicio Vasco de Salud en carta remitida con fecha 16 de Mayo de 1990. Previamente, el Consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco había enviado a cada uno de ellos, las disposiciones legales recientemente aprobadas, Decreto y Ordenes, que regulaban la asistencia dental básica a la población infantil de la CAPV, junto a una carta, de fecha 14 de Mayo de 1990, en la que exponía la orientación del Departamento en este área y recababa su colaboración y apoyo.

Tras un posicionamiento oficial de los Colegios, contrario a la firma de contratos por sus colegiados y la recomendación explícita de abstenerse de hacerlo, un total de 60 colegiados, menos del 10% de los profesionales de la CAPV, formalizaron con Osakidetza sus contratos como dentistas de cabecera del PADI, constituyendo parte de su primer cuadro facultativo.

3.5.2 ASPECTOS TECNICOS

Con ser importantes los aspectos estratégicos citados, son insuficientes para garantizar que el programa se desarrolle conforme a lo previsto. Se precisa además transformar los objetivos operativos enunciados, en una serie de actividades secuenciales o en paralelo, que deberán de constituir el **plan de operaciones** del programa.

El plan de operaciones posibilita el funcionamiento diario y ordenado del programa. En contraposición al plan del programa, que pretende su comprensión por un amplio y diverso colectivo de personas e instituciones que se vean implicadas o interesadas en el mismo, el plan de operaciones es de utilización exclusiva del Servicio o equipo de trabajo encargado de su realización.

Estas actividades regladas se pueden clasificar para su exposición en forma de estructuras de red (algoritmos decisionales, diagramas de flujo, PERT, CPM,...) o con métodos de representación del calendario de operaciones del tipo diagrama de Grantt, diagrama Milestone...

Por contra, otras actividades son de tipo ocasional, no se tienen que repetir cada año, y se pueden gestionar como proyectos específicos, por ejemplo la instalación de equipos, el desarrollo de programas informáticos o determinadas tareas de formación del personal.

El plan de operaciones del Servicio Dental Comunitario en relación al desarrollo anual del PADI contiene básicamente una docena de actividades regladas. La Tabla 10 las detalla.

Debido a la falta de autonomía de gestión con que finalmente se dotó al Servicio, especialmente tras la reconversión de 1991, sólo cuatro de las doce actividades que se citan (2º, 6º, 8º y 12º) se pueden realizar e impulsar de forma autónoma.

El resto depende de diversas estructuras administrativas, en ocasiones (1º, 7º, 10º) de varias, lo que propicia la dilución de responsabilidades en el proceso.

Tabla 10: Actividades operativas del Servicio Dental Comunitario.

| | |
|------|---|
| 1 º | <i>Elaboración y presentación del presupuesto del ejercicio.</i> |
| 2 º | <i>Desarrollo y mantenimiento de la base de datos y archivo.</i> |
| 3 º | <i>Compra de equipamiento, impresos y materiales necesarios.</i> |
| 4 º | <i>Contratación y seguimiento de los mailings a la población.</i> |
| 5 º | <i>Propuesta de firma de la Resolución de Honorarios.</i> |
| 6 º | <i>Elaboración de la facturación de los DDCs. en cada semestre.</i> |
| 7 º | <i>Tramitación del pago de las facturas de los DDCs.</i> |
| 8 º | <i>Elaboración de la cartera de clientes y perfil asistencial a DDCs.</i> |
| 9 º | <i>Contratación de DDCs para el cuadro facultativo del PADI.</i> |
| 10 º | <i>Gestión de recursos humanos y materiales del Servicio.</i> |
| 11 º | <i>Realización de cursos de formación continuada para DDCs.</i> |
| 12 º | <i>Elaboración del Informe Anual del desarrollo del PADI.</i> |

Por su importancia para la evaluación posterior del proceso se expone en detalle algunos elementos de la actividad listada en cuarto orden y que hace referencia a la forma en que el Servicio lleva a la práctica anualmente la oferta asistencial del PADI a la población.

Los llamados "mailings" se componen, de dos envíos sucesivos.

Un **Primer Mailing** se realiza, a principios de año, a todos los niños incluidos en el PADI en el año en curso, tanto a los que acudieron en años precedentes como a los que no lo hicieron, y a los que se incluyen por primera vez en el programa al llegar a la edad de 7 años.

Consta de cuatro componentes, en euskera y castellano, contenidos en un sobre con membrete de las Unidades Técnicoadministrativas del PADI:

- Talón de aceptación, ("voucher"), documento personalizado dirigido a nombre del niño y a la dirección que figura en su Tarjeta Individual Sanitaria (TIS). Es el documento esencial del PADI que sustancia la

oferta real de libre elección de dentista de cabecera; y los dentistas de cabecera que los acepten, los remitirán al Servicio Dental Comunitario para reclamar el pago de los servicios prestados.

- Carta ofertando el PADI e informando a los padres de la necesidad de que todos los niños acudan una vez al año a su dentista de cabecera.

- Listado de dentistas de cabecera, tanto de Osakidetza como concertados, que forman el cuadro facultativo del PADI durante el ejercicio. Este listado contiene, indexado por municipios, el nombre y apellidos del facultativo, la dirección y teléfono de cada consulta.

- Tríptico que incluye el listado de prestaciones incluidas y excluidas del programa; la descripción de la población diana que alcanza; instrucciones sobre cómo hacer uso del PADI; y las direcciones y teléfonos del Servicio Dental Comunitario en Bizkaia, Gipuzkoa y Alava, para solucionar cualquier duda al respecto.

La oferta de prestaciones del PADI se puede leer explícita bajo el epígrafe "¿Qué servicios ofrece?".

Cada niño tendrá su dentista de cabecera quien le:

- * *Realizará una revisión anual (o con mayor frecuencia si lo estima necesario).*
- * *Orientará con consejos clínicos y preventivos.*
- * *Realizará los procedimientos preventivos y de sellado de fisuras que fueran necesarios.*
- * *Tratará las caries y traumatismos de la dentición permanente que pudiera padecer.*
- * *Atenderá ante cualquier urgencia de carácter dental.*

Este programa no ofrece:

- * *Tratamiento de las piezas de leche o primera dentición.*
- * *Tratamientos de Ortodoncia.*

Un **Segundo Mailing** se realiza al comenzar el tercer cuatrimestre de cada ejercicio, recordando a todos los niños incluidos en la población diana de ese año, y que no han acudido aún durante el transcurso del ejercicio a los dentistas de cabecera del PADI, la conveniencia de hacerlo.

En este caso el sobre personalizado contiene exclusivamente la carta mencionada en el primer mailing y en la que figura el teléfono de atención al cliente del Servicio Dental Comunitario.

La forma descrita como "doble mailing personalizado" es la utilizada por el Servicio Dental Comunitario de Osakidetza para hacer llegar la oferta del PADI a la población.

4 MATERIAL Y METODO.

4.1 MATERIAL.

Los seis primeros ejercicios (1990-95) de la fase de implantación incremental del Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) de la Comunidad Autónoma del País Vasco, son el material de interés del presente estudio. El objetivo principal es su evaluación como programa de salud. Como método de trabajo se ha analizado el PADI, en el período de tiempo mencionado, a través de sus procesos y a través de sus efectos a corto plazo (impacto), y a largo plazo (resultados).

La información sobre los procesos, impacto y resultados del PADI en el período 1990-95, es el material del presente trabajo. Se ha contado con dos tipos de datos. Los procedentes de la Base de Datos informática del Servicio Dental Comunitario de Osakidetza y los obtenidos de fuentes impresas que se describen a continuación.

4.1.1 INFORMES ANUALES DEL SERVICIO DENTAL COMUNITARIO.

Los datos contenidos en los informes anuales del PADI, emitidos por el Servicio Dental Comunitario de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud en cada ejercicio, han aportado información referente a la evolución del PADI en estos años, su utilización por cohortes, por áreas sanitarias, comarcas sanitarias y por municipios.

Los informes incluyen indicadores de asistencia dispensada por los dentistas de cabecera (DDCs habilitados y SDCs Osakidetza) en cada ejercicio y por cohortes, tanto en volumen general como por perfiles. También contienen información cualitativa, de interés en la evaluación formativa del proceso del PADI. La información cuantitativa más relevante contenida en los informes anuales del Servicio se ha recogido en forma de tablas en el **Anexo I**.

4.1.2 DOCUMENTACION REMITIDA POR EL SDC A LOS USUARIOS.

La información enviada en cada ejercicio a los potenciales usuarios es la oferta del programa que llega a la población. La recopilación de toda la documentación emitida (cartas, trípticos y listados) en cada uno de los seis años, permite estudiar la cartera de servicios incluidos y la evolución en este período del cuadro facultativo de dentistas de cabecera del PADI.

La Carta de presentación que acompaña al Talón de Aceptación anual contiene información cualitativa de especial interés en la evaluación del proceso. Los documentos más relevantes de ellos, a través de los que se ha realizado el análisis del proceso en cada ejercicio, se han recopilado en el **Anexo II**.

4.1.3 DOCUMENTACION RECIBIDA POR LOS DDCs.

La correspondencia remitida por el Servicio en seis ejercicios a los dentistas de cabecera del cuadro facultativo del PADI (circulares, informes, perfiles asistenciales, facturación, carteras de clientes,...) es asimismo material de estudio del proceso.

La correspondencia y circulares remitidos por el Colegio profesional, el Departamento de Sanidad y la Dirección de Osakidetza, aportan también valiosa información. Su análisis conjunto ha permitido la obtención de fechas, datos y actividades fundamentales en el análisis del proceso seguido en la implantación y desarrollo del PADI. El **Anexo III** recoge los documentos considerados de interés.

4.1.4 DOCUMENTACION ADMINISTRATIVA DEL PADI.

El Decreto 118/90, BOPV de 24 de Abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la CAPV, las Ordenes de 2 y 3 de Mayo del mismo año que lo desarrollan, son documentos básicos en la evaluación del proceso y efectos del PADI al contener en su exposición y articulado procesos, objetivos y meta asignados al PADI.

Los contratos de habilitación con sus bases técnicas y administrativas, que vinculan a los DDCs habilitados, y las Resoluciones de honorarios que cada año ha emitido el Director General de Osakidetza para el pago de la asistencia dispensada por los dentistas de cabecera habilitados, forman parte de la evaluación económica y de costos. La documentación mencionada se recoge como **Anexo IV**.

La carencia de un centro de gasto único para el programa ha sido la mayor dificultad en la evaluación del proceso en este sentido. Actividades administrativas como compra de materiales y equipamiento, mailing, gastos de personal... se han tramitado en este periodo desde múltiples estructuras ajenas al Servicio Dental Comunitario.

Las limitaciones impuestas por la diversidad de unidades administrativas y la carencia en ellas de contabilidad diferenciada para el PADI, se han paliado mediante una rigurosa sistemática estimativa y la recopilación de la información existente en los centros de gasto de Osakidetza y Departamento de Sanidad.

4.1.5 OTRAS FUENTES DE INFORMACION.

Las hemerotecas de los periódicos locales de la CAPV de estos años, las revistas científicas de Odontología de este período y las encuestas realizadas por el Colegio de Bizkaia entre sus colegiados en 1991 y 1994, han aportado datos de opinión y actitudes de personas, instituciones y grupos involucrados en el proceso de implantación del programa, de utilidad para el análisis cualitativo del proceso.

Parte de la documentación revisada corresponde al período de génesis del PADI, por lo que es anterior a su puesta en funcionamiento. El resto se extiende desde la puesta en marcha hasta la fecha. Lo considerado más relevante se recopila en el **Anexo V**.

4.1.6 BASE DE DATOS DEL SERVICIO DENTAL COMUNITARIO.

La información de las historias dentales acumulada en los seis ejercicios, en la Base de Datos del Servicio Dental Comunitario, es el ma-

terial que se ha utilizado fundamentalmente para la evaluación de los efectos del PADI. Su explotación permite complementar datos del proceso obtenidos de las fuentes precedentes y realizar análisis de relación entre los diferentes componentes del programa: estructura, proceso y resultados.

La información disponible es la acumulación de datos grabados en soporte informático que proceden de los impresos: I.1, I.2, I.3 y I.4. El **Anexo VI** contiene un ejemplar de cada tipo.

I.1: Es el Talón de Aceptación de un niño que remite cada año el dentista que le atiende. Cada talón identifica a un único usuario, por su nº de TIS, y a un único dentista. Cada talón contiene la fecha de aceptación por el dentista, normalmente la fecha de la revisión anual y la fecha de recepción del documento en el Servicio.

I.2 Es la Ficha de Seguimiento (color amarillo) que recoge la Asistencia General dispensada por un dentista a un usuario. Al menos debe de remitirse una ficha de seguimiento al año por cada Talón.

I.3 Es la ficha de Pago por Acto Médico (color verde) que recoge la Asistencia Adicional requerida por un usuario. Siempre debe de ser autorizada por el Servicio.

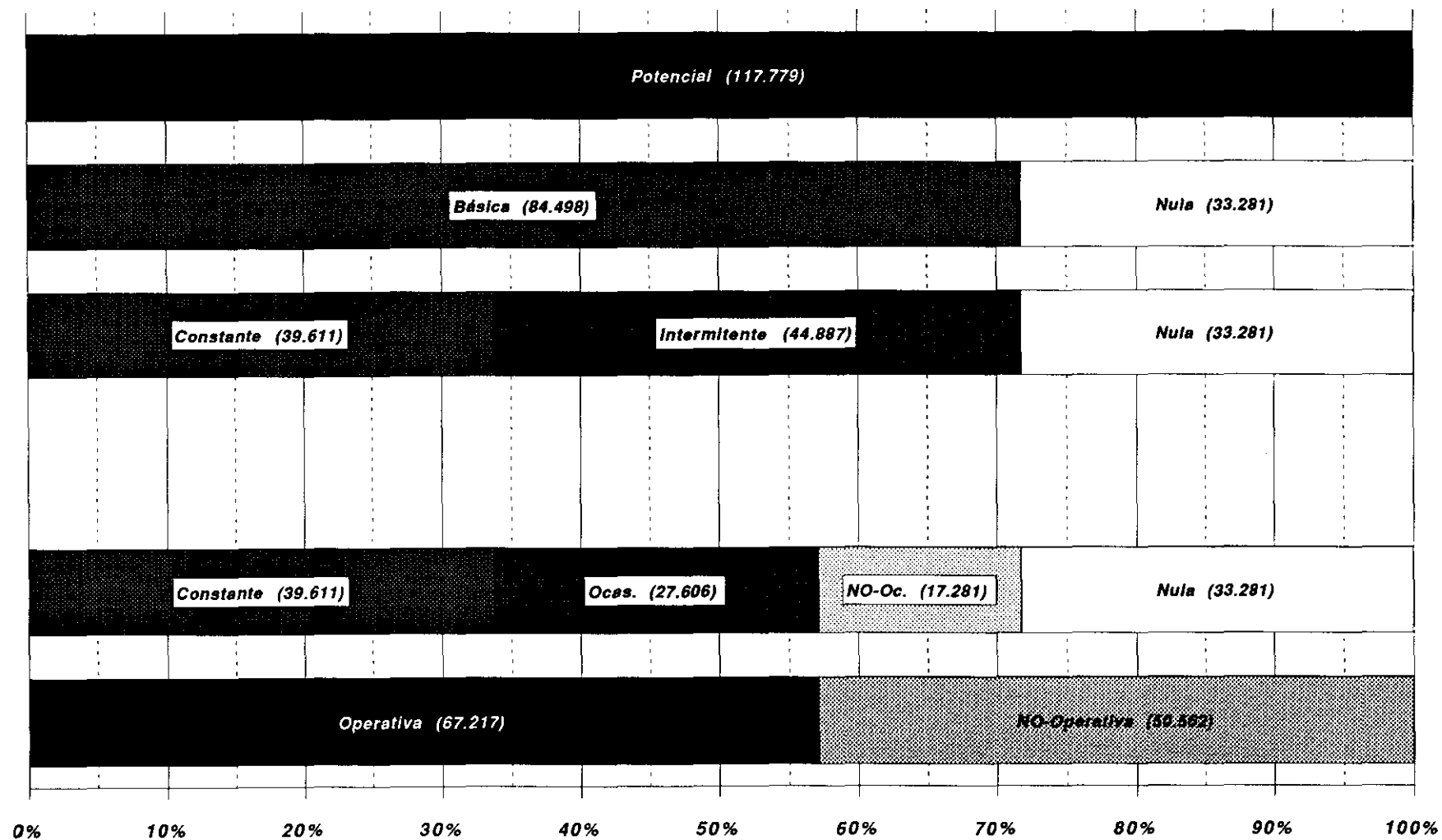
I.4 Es la Ficha de Contingencia (color rojo) que se utiliza para recoger quejas de un usuario frente a un dentista o viceversa. En cada caso son codificadas y grabadas por el Servicio.

La Tabla 11 muestra los diferentes grupos de usuarios del PADI, clasificados por su utilización del programa, según la información existente en la Base de Datos del Servicio Dental Comunitario en 1995. Esta clasificación metodológica se ha empleado tanto para la evaluación del proceso como de los efectos. La Figura 7 ilustra el volumen, y frecuencia de utilización media, de cada grupo, tomando como ejemplo el ejercicio 1995.

Tabla 11: Clasificación de los niños del PADI por su tipo de utilización.

| | | | |
|---|---|---|--|
| POTENCIAL Todos los niños incluidos en la Base de Datos del Servicio Dental Comunitario 117.779 (1,87) | | | |
| BASICA Han utilizado al menos una vez el PADI 84.498 (2,60) | | | NULA No han ido nunca 33.281 (0,00) |
| CONSTANTE Han ido todos los años 39.611 (2,91) | INTERMITENTE No han ido todos los años 44.887 (2,33) | | |
| 39.611 (2,91) Han ido todos los años CONSTANTE | 27.606 (2,64) Int. que van este año OCASIONAL | 17.281 (1,83) Int. que no van este año NO-OCASIONAL | 33.281 (0,00) No han ido nunca NULA |
| 67.217 (2,80) Todos los niños que van este año OPERATIVA | | 50.562 (0,63) Todos los niños que no van este año NO-OPERATIVA | |

Figura 7: Representación porcentual de cada tipo de utilización en 1995.



La Utilización **Potencial (POT)** considera a todos los individuos incluidos en un ejercicio determinado en la Base de Datos del Servicio.

La Utilización **Nula (NUL)** recoge a todos los individuos que están incluidos en la Base de Datos del Servicio y no han acudido al PADI en ningún ejercicio en los que su cohorte ha tenido derecho a utilizar.

La Utilización **Básica (BAS)** comprende a todos los niños que han hecho uso del PADI al menos en un ejercicio de todos los que su cohorte ha tenido derecho a utilizar.

La Utilización **Constante (CON)** recoge a todos los niños que han utilizado el PADI en la totalidad de los ejercicios que su cohorte ha tenido derecho a utilizar.

La Utilización **Intermitente (INT)** recoge a todos los niños que han utilizado el PADI en algún ejercicio, con independencia del número y patrón de frecuencia, pero que no lo han hecho en todos los ejercicios que su cohorte ha tenido derecho a utilizar.

La Utilización **Operativa (OPE)** comprende a todos los niños que han utilizado el PADI en un ejercicio determinado.

La Utilización **No Operativa (NOP)** comprende a todos los niños que no han utilizado el PADI en un ejercicio determinado.

La Utilización **Ocasional (OCA)** comprende a todos los niños de Utilización Intermitente que han utilizado el PADI en un ejercicio determinado.

La Utilización **No Ocasional (NOC)** comprende a todos los niños de Utilización Intermitente que no han utilizado el PADI en un ejercicio determinado.

La Tabla 12 detalla el **volumen** de individuos en cada tipo de utilización. Junto a ello presenta su promedio de **frecuentación**.

Tabla 12: Número de niños y frecuentación, por tipo de utilización.

| POTENCIAL | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|
| 1983 | 24.044 | 24.047 | 23.119 | 22.882 | 22.840 | 22.641 |
| 1984 | | 22.590 | 21.685 | 21.529 | 21.470 | 21.315 |
| 1985 | | | 20.970 | 20.828 | 20.831 | 20.682 |
| 1986 | | | | 19.403 | 19.177 | 18.998 |
| 1987 | | | | | 16.804 | 16.926 |
| 1988 | | | | | | 17.217 |
| TOTAL | 24.044 | 46.637 | 65.774 | 84.642 | 101.122 | 117.779 |

| NULA | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1983 | 15.576 | 11.627 | 9.011 | 7.580 | 6.659 | 5.642 |
| 1984 | | 14.079 | 9.869 | 8.040 | 6.893 | 5.645 |
| 1985 | | | 11.612 | 8.337 | 6.923 | 5.619 |
| 1986 | | | | 9.232 | 6.611 | 5.018 |
| 1987 | | | | | 6.932 | 4.612 |
| 1988 | | | | | | 6.745 |
| TOTAL | 15.576 | 25.700 | 30.492 | 33.189 | 34.018 | 33.281 |

| BASICA | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1983 | 8.468 | 12.420 | 14.108 | 15.302 | 16.181 | 16.999 |
| 1984 | | 8.517 | 11.816 | 13.489 | 14.577 | 15.670 |
| 1985 | | | 9.358 | 12.491 | 13.908 | 15.063 |
| 1986 | | | | 10.171 | 12.566 | 13.980 |
| 1987 | | | | | 9.872 | 12.314 |
| 1988 | | | | | | 10.472 |
| TOTAL | 8.468 | 20.937 | 35.282 | 51.453 | 67.104 | 84.488 |

| CONSTANTE | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1983 | 8.468 | 5.801 | 4.934 | 4.387 | 3.987 | 3.630 |
| 1984 | | 8.517 | 6.538 | 5.524 | 4.915 | 4.470 |
| 1985 | | | 9.358 | 7.526 | 6.453 | 5.735 |
| 1986 | | | | 10.171 | 8.227 | 7.095 |
| 1987 | | | | | 9.872 | 8.209 |
| 1988 | | | | | | 10.472 |
| TOTAL | 8.468 | 14.318 | 20.830 | 27.608 | 33.454 | 39.611 |

| INTERMITENTE | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|--------------|----|-------|--------|--------|--------|--------|
| 1983 | 0 | 6.619 | 9.174 | 10.915 | 12.194 | 13.369 |
| 1984 | | 0 | 5.278 | 7.965 | 9.662 | 11.200 |
| 1985 | | | 0 | 4.965 | 7.455 | 9.328 |
| 1986 | | | | 0 | 4.339 | 6.885 |
| 1987 | | | | | 0 | 4.105 |
| 1988 | | | | | | 0 |
| TOTAL | 0 | 6.619 | 14.452 | 23.845 | 33.650 | 44.887 |

| OPERATIVA | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1983 | 8.468 | 9.748 | 10.750 | 11.344 | 11.770 | 12.007 |
| 1984 | | 8.517 | 9.795 | 10.312 | 10.878 | 11.584 |
| 1985 | | | 9.358 | 10.628 | 10.860 | 11.397 |
| 1986 | | | | 10.171 | 10.628 | 11.077 |
| 1987 | | | | | 9.872 | 10.680 |
| 1988 | | | | | | 10.472 |
| TOTAL | 8.468 | 18.265 | 29.903 | 42.455 | 54.008 | 67.217 |

| NO OPERATIVA | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1983 | 15.576 | 14.299 | 12.369 | 11.538 | 11.070 | 10.634 |
| 1984 | | 14.073 | 11.890 | 11.217 | 10.592 | 9.731 |
| 1985 | | | 11.612 | 10.200 | 9.971 | 9.285 |
| 1986 | | | | 9.232 | 8.549 | 7.921 |
| 1987 | | | | | 6.932 | 6.246 |
| 1988 | | | | | | 6.745 |
| TOTAL | 15.576 | 28.372 | 35.871 | 42.187 | 47.114 | 50.562 |

| OCCASIONAL | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|------------|----|-------|-------|--------|--------|--------|
| 1983 | 0 | 3.947 | 5.816 | 6.957 | 7.783 | 8.377 |
| 1984 | | 0 | 3.257 | 4.788 | 5.963 | 7.114 |
| 1985 | | | 0 | 3.102 | 4.407 | 5.662 |
| 1986 | | | | 0 | 2.401 | 3.982 |
| 1987 | | | | | 0 | 2.471 |
| 1988 | | | | | | 0 |
| TOTAL | 0 | 3.947 | 9.073 | 14.847 | 20.554 | 27.606 |

| NO OCCASIONAL | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|---------------|----|-------|-------|-------|--------|--------|
| 1983 | 0 | 2.672 | 3.358 | 3.958 | 4.411 | 4.992 |
| 1984 | | 0 | 2.021 | 3.177 | 3.699 | 4.086 |
| 1985 | | | 0 | 1.863 | 3.048 | 3.666 |
| 1986 | | | | 0 | 1.938 | 2.903 |
| 1987 | | | | | 0 | 1.634 |
| 1988 | | | | | | 0 |
| TOTAL | 0 | 2.672 | 5.379 | 8.998 | 13.096 | 17.281 |

| POT | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-------|------|------|------|------|------|------|
| 83 | 0,35 | 0,76 | 1,25 | 1,76 | 2,28 | 2,82 |
| 84 | | 0,38 | 0,85 | 1,33 | 1,84 | 2,39 |
| 85 | | | 0,45 | 0,96 | 1,48 | 2,04 |
| 86 | | | | 0,52 | 1,08 | 1,67 |
| 87 | | | | | 0,59 | 1,21 |
| 88 | | | | | | 0,61 |
| Prom. | 0,35 | 0,57 | 0,86 | 1,17 | 1,51 | 1,87 |

| NUL | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-------|------|------|------|------|------|------|
| 83 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 84 | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 85 | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 86 | | | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 87 | | | | | 0,00 | 0,00 |
| 88 | | | | | | 0,00 |
| Prom. | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| BAS | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-------|------|------|------|------|------|------|
| 83 | 1,00 | 1,47 | 2,05 | 2,63 | 3,22 | 3,75 |
| 84 | | 1,00 | 1,55 | 2,13 | 2,71 | 3,25 |
| 85 | | | 1,00 | 1,60 | 2,22 | 2,80 |
| 86 | | | | 1,00 | 1,65 | 2,28 |
| 87 | | | | | 1,00 | 1,67 |
| 88 | | | | | | 1,00 |
| Prom. | 1,00 | 1,28 | 1,61 | 1,93 | 2,28 | 2,60 |

| CON | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-------|------|------|------|------|------|------|
| 83 | 1,00 | 2,00 | 3,00 | 4,00 | 5,00 | 6,00 |
| 84 | | 1,00 | 2,00 | 3,00 | 4,00 | 5,00 |
| 85 | | | 1,00 | 2,00 | 3,00 | 4,00 |
| 86 | | | | 1,00 | 2,00 | 3,00 |
| 87 | | | | | 1,00 | 2,00 |
| 88 | | | | | | 1,00 |
| Prom. | 1,00 | 1,41 | 1,79 | 2,15 | 2,55 | 2,91 |

| INT | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-------|------|------|------|------|------|------|
| 83 | 0,00 | 1,00 | 1,54 | 2,08 | 2,63 | 3,14 |
| 84 | | 0,00 | 1,00 | 1,52 | 2,06 | 2,55 |
| 85 | | | 0,00 | 1,00 | 1,55 | 2,06 |
| 86 | | | | 0,00 | 1,00 | 1,53 |
| 87 | | | | | 0,00 | 1,00 |
| 88 | | | | | | 0,00 |
| Prom. | 0,00 | 1,00 | 1,34 | 1,67 | 2,14 | 2,33 |

| OPE | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-------|------|------|------|------|------|------|
| 83 | 1,00 | 1,60 | 2,30 | 2,99 | 3,70 | 4,35 |
| 84 | | 1,00 | 1,67 | 2,37 | 3,08 | 3,71 |
| 85 | | | 1,00 | 1,71 | 2,46 | 3,15 |
| 86 | | | | 1,00 | 1,77 | 2,51 |
| 87 | | | | | 1,00 | 1,77 |
| 88 | | | | | | 1,00 |
| Prom. | 1,00 | 1,32 | 1,68 | 2,04 | 2,45 | 2,80 |

| NOP | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-------|------|------|------|------|------|------|
| 83 | 0,00 | 0,19 | 0,35 | 0,55 | 0,77 | 1,09 |
| 84 | | 0,00 | 0,17 | 0,38 | 0,57 | 0,82 |
| 85 | | | 0,00 | 0,18 | 0,41 | 0,68 |
| 86 | | | | 0,00 | 0,23 | 0,51 |
| 87 | | | | | 0,00 | 0,35 |
| 88 | | | | | | 0,00 |
| Prom. | 0,00 | 0,09 | 0,18 | 0,29 | 0,44 | 0,63 |

| OCA | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-------|------|------|------|------|------|------|
| 83 | 0,00 | 1,00 | 1,70 | 2,36 | 3,03 | 3,63 |
| 84 | | 0,00 | 1,00 | 1,65 | 2,32 | 2,89 |
| 85 | | | 0,00 | 1,00 | 1,68 | 2,28 |
| 86 | | | | 0,00 | 1,00 | 1,63 |
| 87 | | | | | 0,00 | 1,00 |
| 88 | | | | | | 0,00 |
| Prom. | 0,00 | 1,00 | 1,45 | 1,84 | 2,30 | 2,64 |

| NOC | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-------|------|------|------|------|------|------|
| 83 | 0,00 | 1,00 | 1,27 | 1,61 | 1,93 | 2,33 |
| 84 | | 0,00 | 1,00 | 1,33 | 1,63 | 1,96 |
| 85 | | | 0,00 | 1,00 | 1,36 | 1,72 |
| 86 | | | | 0,00 | 1,00 | 1,39 |
| 87 | | | | | 0,00 | 1,00 |
| 88 | | | | | | 0,00 |
| Prom. | 0,00 | 1,00 | 1,17 | 1,38 | 1,58 | 1,83 |

La **frecuentación** indica el número de veces promedio que un determinado grupo de utilización ha acudido al PADI. En el presente estudio el término "número de veces" que ha acudido es equivalente al de "número de ejercicios", ya que no existe registro del número de ocasiones que en un mismo ejercicio acude un niño a su dentista de cabecera.

El instrumento de medición de este parámetro es la existencia en la Base de Datos del Servicio Dental Comunitario de un Talón de Aceptación validado y registrado para un niño determinado. Por igual motivo se consideran los Talones de Aceptación como instrumento de medida de las revisiones anuales, haciendo equivalente su cumplimentación total en la Base del Servicio (desde su envío a su pago) con la "revisión anual".

La Tabla 12 presentada, muestra de esta forma el material de trabajo sobre el que se ha hecho la evaluación de los efectos del PADI.

Se observa que la actualización constante de datos de filiación y domiciliación de los usuarios que realizan las UTs del SDC, producen modificaciones en el fichero de usuarios de la Base de Datos.

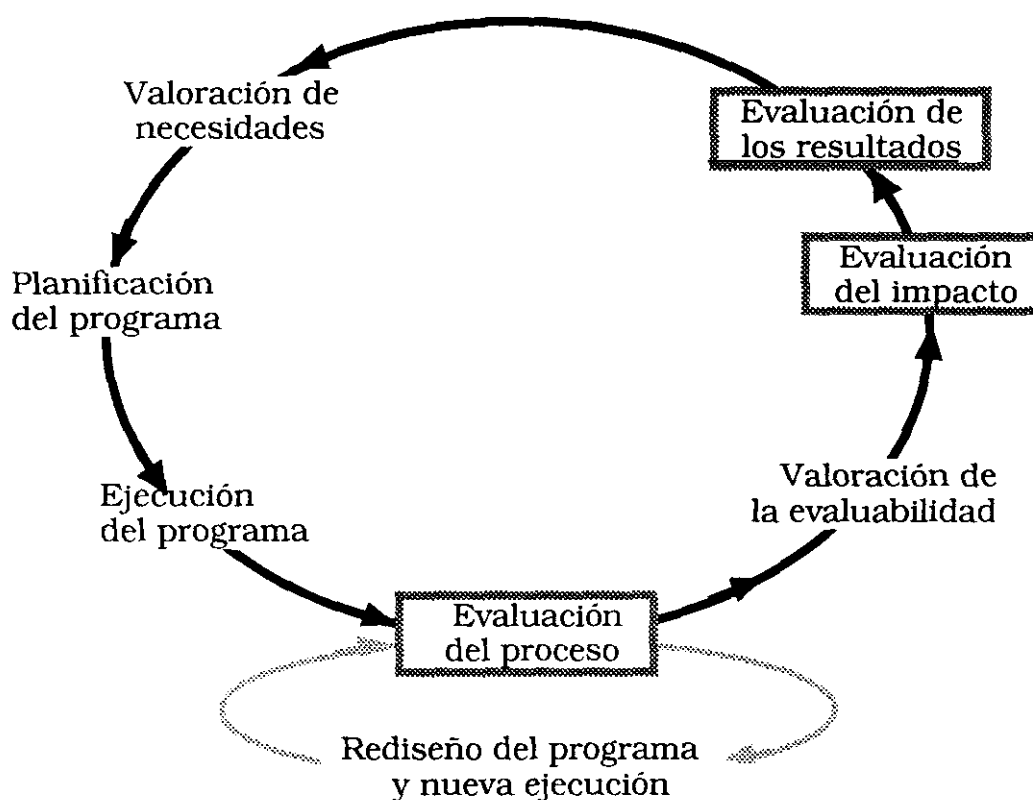
Al agrupar la población por sus diferentes patrones de utilización, conforme a la información disponible en 1996, se aprecia que las modificaciones realizadas durante seis ejercicios en el fichero de usuarios son causa de ligeras discrepancias respecto a los datos históricos contenidos en los informes consultados de cada uno de los ejercicios. Las discrepancias encontradas son inferiores a 1/1.000, e inexistentes a efectos estadísticos.

Por último, reseñar que, como material de trabajo para procesar la información y realizar los cálculos estadísticos, se ha utilizado un ordenador personal y una hoja de cálculo convencional.

4.2 METODO.

El método seguido en el presente trabajo para la evaluación del PADI considera tres apartados, que forman parte de la dinámica circular en que se desarrollan los programas de salud. La Figura 8 los muestra incluidos en el ciclo de planificación y evaluación. Cada tipo de evaluación utilizada como método en este estudio se produce a través de indicadores cuantitativos y cualitativos. En conjunto son doce grupos de resultados que se detallan seguidamente.

Figura 8: Ciclo de planificación y evaluación.



La **evaluación del proceso** se centrará en las actividades del programa, y en cómo se desarrollaron, midiendo el cumplimiento de los objetivos operativos; la **evaluación del impacto** se refiere al efecto inicial del programa, es decir, a si alcanzó sus objetivos generales y específicos; y por último, la **evaluación de los resultados**, analiza los efectos a largo plazo, la consecución de la meta del PADI. Así, la meta

se corresponde directamente con el problema de salud, el objetivo general con el factor de riesgo, y los objetivos específicos con los factores contribuyentes, clasificados en predisponentes, facilitadores y reforzadores, y de los que deberá evaluarse el cumplimiento de objetivos específicos diferenciados para cada factor.

Tabla 13: Relación entre el análisis, la planificación y la evaluación.

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

Se ha considerado metodológicamente importante realizar las tres formas de evaluación de manera consecutiva para evitar una evaluación prematura. Sería prematuro evaluar directamente los efectos a largo plazo de un programa antes de comprobar que funciona de la forma prevista, llega a su población diana y consigue los efectos iniciales buscados. Cada tipo de evaluación utilizada como método en este estudio se produce a través de indicadores cuantitativos y cualitativos. En conjunto son doce grupos de resultados que se detallan seguidamente.

4.2.1 EVALUACION DEL PROCESO DEL PADI.

En este apartado se ha determinado el grado de cumplimiento de las actividades y objetivos operativos del plan del PADI para asegurar que se ejecutó conforme a las intenciones originales. Se ha estudiado:

1. La oferta del PADI a la población diana en cada ejercicio.
2. El desarrollo del cuadro facultativo de dentistas de cabecera.
3. La realización de actividades operativas del PADI.
4. El pago de la asistencia dispensada por los DDCs habilitados.
5. La valoración económica de los costes imputables al PADI.

Comprobado que el PADI ha estado operando adecuadamente desde 1990 a 1995, se han evaluado sus efectos a medio y largo plazo.

4.2.2 EVALUACION DEL IMPACTO DEL PADI.

Referida al efecto inicial del programa, es decir, a si alcanzó sus tres objetivos específicos y dos generales. Para ello se ha determinado:

6. La población que recibe anualmente la oferta personalizada.
7. La población que tiene asignado dentista de cabecera del PADI.
8. La asistencia dental básica financiada con fondos públicos.
9. La población que acude cada año al PADI.
10. La asistencia preventiva y reparadora dispensada por el PADI.

4.2.3 EVALUACION DE LOS RESULTADOS DEL PADI.

Tras seis años de funcionamiento del programa y haber cumplido 2/3 de su fase de implantación, se puede comenzar a analizar la consecución de la meta del programa, los efectos a largo plazo, estudiando la tendencia que está experimentando la tasa de incidencia y la prevalencia de la caries. Para ello, en los niños que han utilizado el programa, se ha determinado:

11. Los índices CAOD y CAOS.
12. El porcentaje de niños libres de experiencia de caries.

4.2.3 CONSIDERACIONES METODOLOGICAS.

Los resultados se expresan mayoritariamente en términos cuantitativos, volumen total y porcentajes, sin despreciar valoraciones cualitativas de interés para el trabajo, sobre todo **al evaluar el proceso**.

1º En la oferta del PADI a la población diana en cada ejercicio se valora el cumplimiento de la cobertura por cohortes conforme al plan incremental; el número, cantidad y tipo de oferta enviada, sus componentes (cartas, trípticos, listados,...), y las fechas de los envíos en cada uno de los seis ejercicios.

2º En el desarrollo del cuadro facultativo de dentistas de cabecera se detalla el número de DDCs habilitados y SDCs de Osakidetza que lo forman en cada ejercicio, y el protocolo de crecimiento establecido.

3º La realización de actividades operativas del PADI se ha evaluado a través del cumplimiento de tres objetivos operativos: cartera de clientes, perfil asistencial e informe anual. Se valora cualitativamente su utilidad y el cumplimiento de los plazos de tiempo mediante las fechas de envío a los dentistas de cabecera en cada ejercicio.

4º En el pago de la asistencia dispensada por los DDCs habilitados se ha evaluado el proceso seguido y los plazos, a través de sus fechas de realización, durante el período del estudio, detallando los tiempos totales y parciales empleados, y el decalaje administrativo producido.

5º La valoración económica de los costes imputables al PADI completa la evaluación del proceso. Se ha obtenido el coste total de la asistencia dispensada en cada ejercicio, tanto la de los DDCs como la de los SDCs; el coste total de la gestión, tanto la cantidad imputable a los mailings como la correspondiente al Servicio Dental Comunitario. Asimismo, se detallan los costes por niño atendido y no atendido. Finalmente se comparan los costes producidos con los previstos en la planificación del PADI. La comparación de los costes de la asistencia dispensada por los DDCs y SDCs también queda valorada.

Tras valorar la evaluabilidad del PADI y encontrar que el proceso se había operado conforme a la previsión establecida para el programa durante el período 1990-1995, se ha procedido a la valoración de los efectos a corto plazo, la **evaluación del impacto**.

6º La población que recibe anualmente la oferta personalizada se ha estudiado en volumen y porcentaje, tanto por ejercicios como por cohortes. Con ello se evalúa el Objetivo Específico Primero. Se estudió respecto a los datos de población de Utilización Potencial (POT).

7º La población que tiene asignado dentista de cabecera del PADI se ha estudiado respecto a los datos de BAS. Se ha considerado que un niño tiene asignado un dentista de cabecera si ha utilizado alguna vez el PADI durante el período 1990-95. Los resultados se ofrecen en volumen total y porcentaje. Con ello se evalúa el Objetivo Específico Segundo.

8º La asistencia dental básica financiada con fondos públicos se ha medido relacionando los costes previstos para la atención de la población y los producidos cada año. Compara el coste previsto y el producido por ejercicio, para evaluar el Objetivo Específico Tercero.

9º La población que acude cada año al PADI se ha medido por comparación de la población OPE con la POT. Los resultados se expresan en volumen y porcentaje, que denominamos "cuota de utilización". Se ha valorado así mismo la evolución de la frecuentación de cada cohorte comparando la utilización CON y la INT en el período estudiado. Con ello se ha evaluado el Objetivo General Primero.

10º La asistencia preventiva y reparadora dispensada por el PADI se ha obtenido de los informes anuales del Servicio Dental Comunitario. Se presenta la Asistencia General y Adicional por separado. También por separado se ha considerado a los DDCs y SDCs. Se refiere exclusivamente a la atención dental que cubre el PADI, es decir a la dentición permanente. Se ha considerado a los selladores de fisura como asistencia "preventiva" y a las obturaciones y extracciones como "reparadora". Con ello se ha evaluado el Objetivo General Segundo.

Los efectos del PADI a largo plazo conseguidos en el período 1990-95 en cuanto a la disminución de la incidencia y prevalencia de caries dental se han estudiado en la **evaluación de los resultados**.

11º Se ha determinado los índices CAOD y CAOS, y el porcentaje de niños libres de experiencia de caries en el PADI. Con la valoración de los resultados conseguidos en los 2/3 iniciales de la fase de implantación del programa, se pretende determinar en la práctica su capacidad para conseguir la meta asignada. Los resultados se han medido sobre la población OPE. Sólo en ellos se puede determinar el estado de salud/enfermedad que presentan el año de referencia.

Tomando de entre ellos a los que han acudido en todos los ejercicios a los que su respectiva cohorte ha tenido derecho, población CON, tenemos mayor certeza de que su único sistema de asistencia dental es el PADI y de que no habrán recibido tratamiento reparador por otra vía asistencial.

Por contra, esta población sólo nos permite valorar la eficacia, el beneficio obtenido por la intervención en condiciones óptimas de aplicación. Para valorar la eficiencia, los beneficios obtenidos en las condiciones reales de participación en que se está produciendo la implantación, sería preciso contar con datos procedentes de la población que no acude al PADI y cuya obtención excede los objetivos del presente estudio.

No obstante, en la evaluación de resultados se ha comparado los obtenidos de la población CON y de la población OCA (los de asistencia intermitente que acuden en un determinado año). La asunción de que estos últimos niños no han recibido tratamiento reparador por caries en su dentición permanente a través de otro sistema de asistencia dental es más arriesgada, sobre todo conforme avanzan en edad o disminuye la frecuentación. La alta frecuentación de la OCA, 3,63/6 en 83/95, aporta cierta seguridad a sus resultados, pero disminuye el valor de la comparación al equiparar el comportamiento de ambas poblaciones, pues nos muestra en OCA, resultados de la intervención con el programa operando en condiciones cuasi-óptimas.

Para la clarificación de la metodología empleada hay que hacer constar que si bien nos referimos al índice CAOD y CAOS como indicador de la tasa de incidencia por su generalizada utilización, los datos aportados acumulan exclusivamente los componentes O y A, como resultado de las obturaciones y extracciones realizadas en dentición permanente.

Se asume en este punto de los resultados del estudio que los dentistas de cabecera del cuadro facultativo, conforme a los protocolos asistenciales, han tratado todas las lesiones de caries que pudieran haber tenido los niños de las poblaciones CON y OCA a que nos referimos y que resultarían registradas como tal en un estudio epidemiológico convencional. Por este motivo los índices CAOD y CAOS que se presentan tienen un componente C=0 en todos los casos.

12º Las mismas consideraciones metodológicas deberán de tenerse en cuenta para la prevalencia, que se presenta por su expresión complementaria de "niños libres de experiencia de caries", CAO=0.

En la presentación de los resultados de incidencia y prevalencia de caries, cuantificados por los índices CAOD, CAOS y % de niños libres de caries, se utilizan tres figuras consecutivas.

La primera refleja la "situación" en 1995; la segunda es de "evolución" a través del período 1990-95; y la tercera es una "comparación" de cómo han evolucionado dos grupos de niños con diferente frecuencia.

5 RESULTADOS.

5.1 DE LA EVALUACION DEL PROCESO DEL PADI.

La evaluación del proceso valora el grado de cumplimiento de las actividades y objetivos operativos del Servicio Dental Comunitario relacionados con el PADI. Para su estudio se han considerado 5 puntos:

- 1º La oferta del PADI a la población diana en cada ejercicio
- 2º El desarrollo del cuadro facultativo de dentistas de cabecera.
- 3º La realización de las actividades operativas anuales del SDC.
- 4º El pago de la asistencia dispensada por los DDCs habilitados.
- 5º La valoración económica de los costos imputables al PADI.

La Tabla 14 detalla las fechas en que el Servicio Dental Comunitario alcanzó en cada ejercicio las actividades y objetivos operativos del PADI. Señala la finalización de procesos compuestos de múltiples actividades que se desarrollan secuencialmente o en paralelo y que se orientan a la consecución del objetivo operativo de referencia. Su estudio permite evaluar el grado de ejecución del programa, si éste se ha realizado conforme a lo previsto y la calidad de los procesos respecto a los plazos predeterminados. La Tabla 14 resume el cumplimiento anual de los objetivos operativos del PADI y se relaciona directamente con los cuatro primeros puntos enumerados.

El 5º punto, la valoración económica de los costos imputables al programa, es de importancia capital en la evaluación del proceso, pues permite conocer la concordancia entre los valores previstos y obtenidos, y determina la tendencia que han seguido en el período estudiado. Asimismo, constituye uno de los factores de mayor peso específico en la toma de decisiones respecto al PADI.

Tabla 14: Fechas de realización de los objetivos operativos del PADI en cada ejercicio.

| Objetivos operativos del Servicio | | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|--|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1º | Envío de documentos PADI | 13.09.90 | 20.04.91 | 10.03.92 | 25.03.93 | 05.02.94 | 25.04.95 |
| 2º | Resolución honorarios | 10.05.90 | 30.06.91 | 30.04.92 | 06.05.93 | 13.05.94 | 13.07.95 |
| 3º | Facturación 1º Semestre | 22.11.90 | 27.08.91 | 01.07.92 | 21.06.93 | 21.06.94 | 26.07.95 |
| 4º | Abono DDCs. 1º Semestre | 22.12.90 | 24.10.91 | 28.07.92 | 15.07.93 | 14.07.94 | 15.09.95 |
| 5º | Mailing de refuerzo | - | 15.09.91 | 25.10.92 | 20.09.93 | 10.10.94 | 20.09.95 |
| 6º | Facturación 2º Semestre | 10.01.91 | 23.12.91 | 23.12.92 | 20.12.93 | 02.12.94 | 29.12.95 |
| 7º | Abono DDCs. 2º Semestre | 20.03.91 | 14.01.92 | 27.01.93 | 18.01.94 | 02.03.95 | 26.02.96 |
| 8º | Cartera de clientes por DDC. | - | 23.01.92 | 22.02.93 | 07.02.94 | 25.01.95 | 01.02.96 |
| 9º | Perfil asistencial por DDC. | - | - | 12.05.93 | 14.02.94 | 14.03.95 | 22.02.96 |
| 10º | Informe anual del PADI | 15.07.91 | 25.05.92 | 19.04.93 | 25.04.94 | 10.05.95 | 22.05.96 |

5.1.1 Oferta del PADI a la población diana en cada ejercicio.

Las cartas dirigidas a los padres de los niños residentes en la CAPV contenidas en los mailings que se enviaron a la población a lo largo de los seis ejercicios 1990-1995, y los informes anuales emitidos por el Servicio Dental Comunitario, dan fé del cumplimiento exacto del calendario de implantación previsto en el Decreto 118/90. La Tabla 15 muestra el desarrollo del PADI en el período de estudio

Tabla 15: Desarrollo del PADI en el período 1990-1995.

| EJERCICIO | EDADES INCLUIDAS EN EL PADI | POBLACION |
|-----------|----------------------------------|-----------|
| 1990 | 7. | 24.043 |
| 1991 | 7. 8. | 46.636 |
| 1992 | 7. 8. 9. | 65.773 |
| 1993 | 7. 8. 9. 10. | 84.642 |
| 1994 | 7. 8. 9. 10. 11. | 101.122 |
| 1995 | 7. 8. 9. 10. 11. 12. | 117.778 |
| 1996 | 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. | 136.000 |
| 1997 | 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. | 153.000 |
| 1998 | 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. | 170.000 |

En septiembre del propio año 1990 en que se publica el Decreto, se ofertó por primera vez la asistencia dental del PADI a la población residente en la CAPV y que había nacido en 1983. En cada uno de los ejercicios siguientes, como muestra la Tabla 15, se ha incluido a la cohorte que alcanzaba los siete años de edad dentro el ejercicio correspondiente. Conforme recoge el citado Decreto 118/90 para la fase de desarrollo incremental, se ha seguido manteniendo englobadas a todas las cohortes incluídas en ejercicios precedentes.

Durante esos años, el Servicio ha remitido once mailings, seis del primer tipo, a comienzos de cada año (a excepción del año 1990 en que se ofertaba por primera vez el PADI y en que se hizo un único mailing del primer tipo en Septiembre), y cinco del segundo tipo. La Figura 9 muestra su efecto en la utilización. En todos los casos la documentación incluída en el primer mailing de cada año fué la establecida en el plan del programa: talón de aceptación personalizado,

carta de presentación, tríptico del programa y listado del cuadro facultativo de dentistas de cabecera. El segundo mailing de cada año contenía una carta de recuerdo de la necesidad de utilizar el PADI.

Tabla 16: Fechas y número de envíos de la oferta asistencial del PADI.

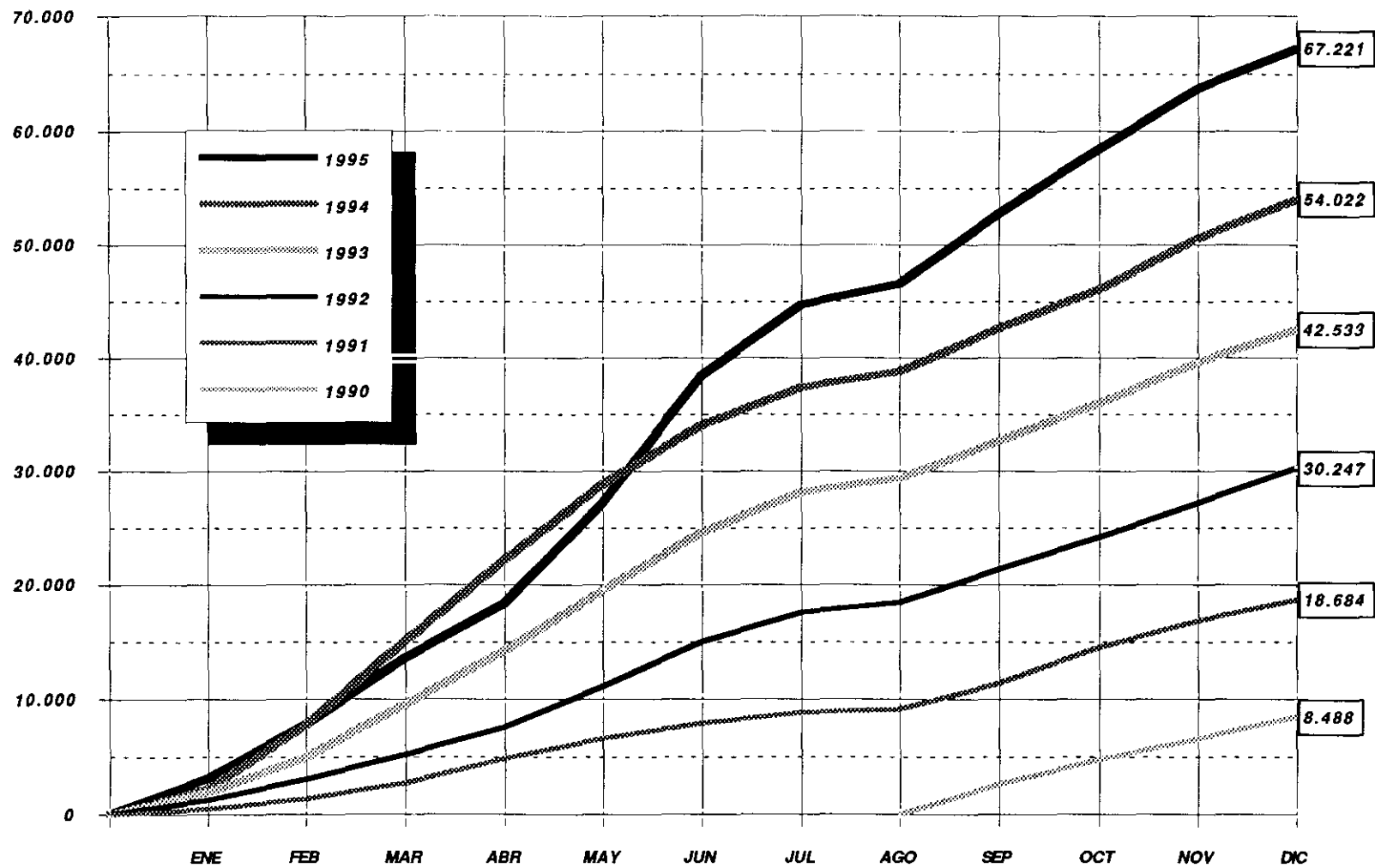
| | Primer mailing | | Segundo mailing | |
|------|----------------|-----------|-----------------|-----------|
| | Fecha | Población | Fecha | Población |
| 1990 | 13.09.90 | 24.044 | - | - |
| 1991 | 20.04.91 | 46.637 | 15.09.91 | 37.346 |
| 1992 | 10.03.92 | 65.774 | 25.10.92 | 48.658 |
| 1993 | 25.03.93 | 84.642 | 20.09.93 | 58.120 |
| 1994 | 05.02.94 | 101.122 | 10.10.94 | 66.702 |
| 1995 | 25.04.95 | 117.779 | 20.09.95 | 77.322 |
| | | 439.998 | | 288.148 |

Del análisis de la documentación perteneciente a los once mailings realizados en el período 1990-95 y recogida para este trabajo, se concluye que el Servicio Dental Comunitario ha ofertado cada año a la población diana, detallada en el Tríptico del PADI que se envía a cada niño, la asistencia básica dental que contempla el plan del programa. Anexo II.

A lo largo de los seis ejercicios, se aprecian modificaciones orientadas a la mejora del proceso. En 1993, se utiliza por primera vez el código de barras (I+D del Servicio Dental Comunitario) para la personalización de los Talones de Aceptación y éste pasa a tener tres cuerpos. El código de barras que traduce el número de la TIS del niño, permite la lectura y grabación de los datos con OCR, acorta los tiempos de este proceso e incrementa su fiabilidad. La configuración de tres cuerpos para el Talón de Aceptación posibilita que cada una de las partes implicadas, cliente (familia), proveedor (DDC) y administrador (Servicio) retengan una copia de este documento básico. La información que contiene recuerda a las familias la fecha en que acudió el niño a la revisión. Anexo II.

La Carta de Presentación que ha acompañado en cada mailing a la oferta del PADI a las familias de la CAPV, es otro documento que aporta información cualitativa. Anexo II.

Figura 9: Evolución acumulativa de la utilización del PADI en cada ejercicio.



En 1990, al ofertarse por primera vez el programa, la carta a los padres de los niños incluidos en el PADI iba firmada por el Consejero de Sanidad. En 1991 y 1992, son los propios responsables del Servicio Dental Comunitario quienes lo hacen. En 1993, 1994 y 1995, la carta de oferta del PADI a las familias la firman los Directores Gerentes de cada una de las tres Áreas Sanitarias (Bizkaia, Gipuzkoa y Alava) de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Anexo II.

Los Listados de dentistas de cabecera del cuadro facultativo del PADI, correspondientes a los años 1990-95, que se han remitido a la población en cada ejercicio, contienen además del nombre y apellidos de cada profesional, la dirección y nº de teléfono de su consulta. El indexado de las consultas por municipios favorece la elección por la proximidad geográfica, tal como sugiere el plan del programa.

Respecto a las fechas en que cada año se remiten los mailings, se aprecian variaciones en función de la disponibilidad de los impresos necesarios y de la contratación de su manipulado y distribución. La demora administrativa entre que se solicita por parte del Servicio la compra del material y la contratación de la distribución, a la instancia correspondiente de Osakidetza, y la disponibilidad por el Servicio de lo solicitado, supera en ocasiones los seis meses. A pesar de ello, como muestra la Tabla 16, el primer mailing se ha enviado siempre dentro del primer cuatrimestre de cada año, y el segundo, en los meses de Septiembre y Octubre del ejercicio, coincidiendo con el inicio del curso escolar.

Además de los mailings, las Unidades Técnico-administrativas del Servicio facilitaron en todo momento la documentación de acceso a las familias que lo solicitaron directamente, en el caso de que éstas no desearan/pudieran esperar a recibir el envío normalizado de la documentación. En caso de pérdida del Talón de aceptación se facilitó un duplicado del mismo, quedando constancia informática del hecho. Asimismo, ante el vacío de demanda que la demora en el mailing origina en los primeros meses de cada año, emitieron parte del primer mailing directamente por sus medios, siguiendo un criterio

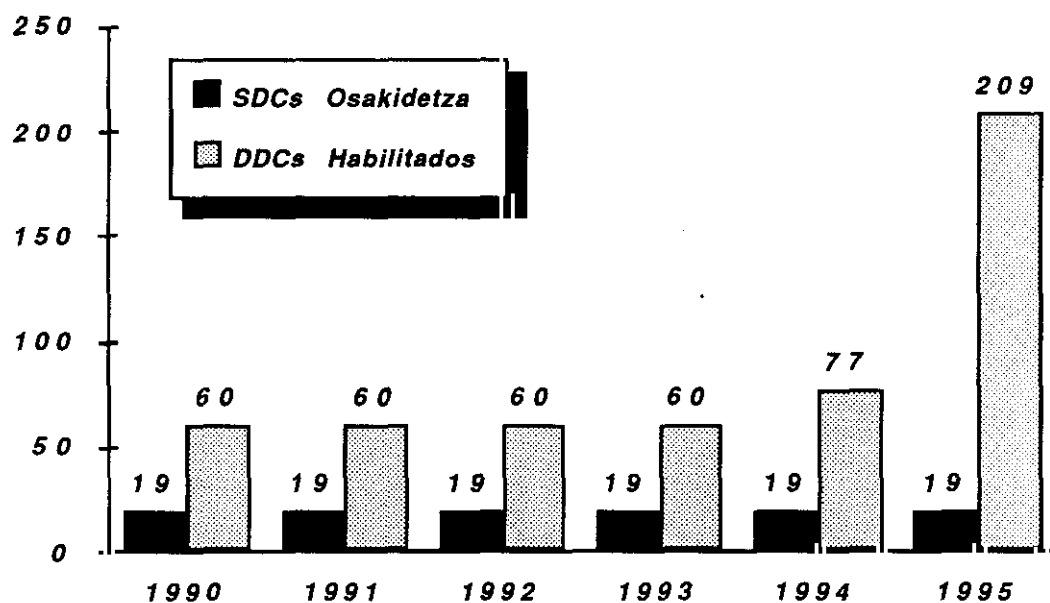
de promoción del programa en los estratos de población menos favorecidos socioeconómicamente.

En este sentido, la colaboración con responsables y trabajadores socio-sanitarios de diversas instituciones, orfanatos, colegios de educación especial, centros de acogida de niños y equipos de Salud Escolar de Osakidetza y del Ayuntamiento de Bilbao, se ha demostrado altamente eficiente para impulsar, hacer llegar la oferta y mejorar la accesibilidad al programa en estos sectores poblacionales.

5.1.2 Desarrollo del cuadro facultativo de dentistas de cabecera.

El cuadro facultativo se ha mantenido sin modificaciones desde su comienzo hasta 1994. En ese año se realizaron 17 nuevas contrataciones de DDCs habilitados en Alava y Gipuzkoa, zonas con menor implantación de consultas.

Figura 10: Evolución del cuadro facultativo del PADI, 1990-1995.



La Figura 10 presenta la evolución del cuadro facultativo detallando el número de profesionales del SDC y de DDCs habilitados para el PADI en cada ejercicio.

En 1995 se aprecia un importante crecimiento del número de DDCs habilitados, como consecuencia de nuevas contrataciones en Alava y Gipuzkoa, pero fundamentalmente por el acuerdo alcanzado entre Osakidetza y el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Bizkaia. Con fecha 8 de febrero de 1995 el Director General del Servicio Vasco de Salud y el Presidente del Colegio, en representación de las dos instituciones, firmaron un protocolo para el desarrollo incremental (1995-1998) del Cuadro Facultativo de Dentistas de Cabecera concertados en Bizkaia para el Programa de Asistencia Dental Infantil. Anexo IV.

El citado acuerdo, establece un calendario de incorporación de 100 nuevos colegiados de Bizkaia por año en los ejercicios 1995, 1996, 1997 y 1998.

Como consecuencia de las condiciones del acuerdo, 100 de los más de 200 profesionales de Bizkaia que lo habían solicitado se pudieron incorporar en 1995 al cuadro, quedando cubierta la convocatoria de 1996 en su totalidad.

5.1.3 Otras actividades operativas del SDC en relación a los DDCs

El Servicio Dental Comunitario ha desarrollado en el período estudiado tres objetivos operativos que se relacionan con los DDCs:

- La realización y envío de su Cartera de clientes a cada DDC.
- La realización y envío de su Perfil Asistencial a cada DDC.
- La realización y envío del Informe anual del PADI a cada DDC.

La **Cartera de Clientes** es un listado que incluye la totalidad de los niños atendidos en el ejercicio precedente por un DDC determinado.. Está indexado por nº de TIS, y contiene el apellido y nombre de cada niño, su dirección y teléfono, y la fecha de aceptación del Talón. Es generada por cada profesional, tanto DDCs habilitados como del SDC de Osakidetza.. Se elabora en el Servicio Dental Comunitario. que la remite a todos ellos al comienzo de cada año.

Estos datos, de gran utilidad para gestionar la práctica profesional de cada DDC, permiten programar fácilmente las revisiones del año, citando a los clientes con la periodicidad que estime oportuno el DDC y en la fecha adecuada. Asimismo facilita las tareas administrativas de citación y control de asistencia en cada consulta.

El estudio de los datos de la Tabla 14 permite comprobar que desde el ejercicio 1992 en que se facilita la cartera generada en el ejercicio 1991, cada año ha sido elaborada y enviada por el Servicio a todos los DDCs durante los meses de Enero y Febrero. El Anexo III, muestra un ejemplar de Cartera de Clientes que contiene los datos citados.

El **Perfil Asistencial** de cada DDC es un documento que se envía en el primer trimestre de cada año y que está destinado a facilitar la autoevaluación de los profesionales.

Contiene dos tablas con los datos de la asistencia general dispensada por cada DDC. La primera tabla recoge la asistencia general dispensada en cada cohorte, con determinación del número de niños revisados, número de selladores, obturaciones, extracciones y tratamientos pulpares realizados durante el ejercicio. La segunda tabla presenta el perfil asistencial por cada cien niños que la citada asistencia significa y permite su comparación con el "case mix" del PADI en el ejercicio. Ambas tablas son potencialmente utilizables, además de para la autoevaluación de los profesionales, para trabajo de mejora continua de calidad a través de *peer group review* y para audit médico.

De hecho, los DDCs del SDC de Osakidetza han realizado semestralmente, reunidos por Area Sanitaria con el Responsable del SDC de cada Territorio Histórico y con el Jefe del Servicio, el análisis de sus Perfiles Asistenciales y de la actividad desarrollada por el Servicio.

En los cuatro últimos ejercicios 1992-95, como muestra la Tabla 14, el Servicio Dental Comunitario ha enviado puntualmente a todos los dentistas de cabecera, DDCs habilitados y SDCs de Osakidetza, sus Perfiles Asistenciales. El Anexo III, contiene una copia tipo.

El **Informe Anual del PADI** es un documento que recoge el desarrollo del Decreto 118/90 en cada ejercicio. Realizado por el Servicio Dental Comunitario durante el primer semestre de cada año, está destinado a servir de información básica para los DDCs y niveles directivos de Osakidetza y del Departamento de Sanidad.

Contiene información detallada de la Asistencia General y Adicional dispensada a lo largo del ejercicio y facilita datos de utilización del PADI con perspectiva global de su desarrollo histórico. Especialmente interesantes son los datos de utilización del producto PADI por la población, tanto en número de clientes como en cuota de mercado, y las tablas de utilización por cada municipio de la CAPV.

También presenta datos de prevalencia e incidencia de caries en los niños del PADI, tomando como referencia los historiales dentales acumulados en la Base de Datos del Servicio.

Durante el periodo de seis ejercicios que se estudia, 1990-95, cada año el Servicio Dental Comunitario ha elaborado y remitido a todos los DDCs el Informe Anual. Osasunkaria, publicación científica oficial de Osakidetza y la Revista Vasca de Odontoestomatología, publicación oficial del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Bizkaia han reproducido en sus páginas los citados informes. La información más relevante que contienen se recoge como Anexo I.

Tabla 17: Fechas de realización de tres objetivos operativos del SDC.

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <i>Cartera de clientes por DDC</i> | - | 23.01.92 | 22.02.93 | 07.02.94 | 25.01.95 | 01.02.96 |
| <i>Perfil asistencial por DDC</i> | - | - | 12.05.93 | 14.02.94 | 14.03.95 | 22.02.96 |
| <i>Informe anual del PADI</i> | 15.07.91 | 25.05.92 | 19.04.93 | 25.04.94 | 10.05.95 | 22.05.96 |

La Tabla 17 detalla las fechas en que el Servicio Dental Comunitario remitió a cada uno de los DDCs, en el período 1990-95, los tres documentos (Cartera de Clientes, Perfil Asistencial, e Informe Anual) en cumplimiento de los objetivos operativos considerados.

5.1.4 Pago de los servicios prestados por los DDCs. del PADI.

Incluye múltiples actividades operativas, interdependientes y concatenadas en el tiempo:

- La firma, por el Director General de Osakidetza, de la Resolución anual en que se fijan los honorarios del PADI.
- La notificación a los DDCs de la fecha de cierre en la recepción de Talones de Aceptación que se incluirían en cada facturación.
- La elaboración, envío y presentación por el Servicio de la factura correspondiente a cada DDC en el semestre correspondiente.
- La tramitación de las facturas y abono por Osakidetza/Servicio Vasco de Salud a cada DDC de la cantidad indicada en la factura.

Las seis Resoluciones del Director General de Osakidetza se emitieron a solicitud del Servicio Dental Comunitario, en los seis ejercicios cumpliendo los requerimientos del programa. Anexo IV.

El Servicio notificó en cada semestre, durante los seis ejercicios, la fecha de cierre en la recepción de Talones de Aceptación que se incluirían en cada facturación. Tabla 18.

Desde esa fecha hasta que el Servicio Dental Comunitario presenta las facturas a la unidad responsable en Osakidetza de tramitar su abono a los DDCs, el Servicio debe recibir, registrar, validar, grabar y archivar los impresos (Talones, Hojas de Seguimiento y Pago por Item). Seguidamente, procesa la información y emite físicamente y por triplicado, la factura de cada DDC, detallando el nombre de cada niño atendido y la fecha de aceptación del Talón correspondiente. Una copia de las mismas es remitida a cada DDC. El original se presenta por el Servicio a la tramitación y pago por las unidades administrativas responsables de estas tareas en Osakidetza.

Pese al aumento de niños atendidos cada año, y el consiguiente incremento del volumen de los procesos que debe desarrollar el personal del Servicio, el tiempo promedio empleado desde la fecha de cierre de recepción de documentos a la presentación de las facturas al pago, se ha mantenido en 15 días naturales.

El Servicio presenta estas facturas junto a su documentación contable, (certificados de los contratos vigentes de los DDCs., datos de terceros, copia de la Resolución de Honorarios, documentos ADO,...) a otras estructuras administrativas (Contabilidad y Tesorería) de referencia, y que durante el período 1990-95 fueron las ubicadas en los Servicios Centrales (SS.CC.) de Osakidetza en Vitoria-Gasteiz.

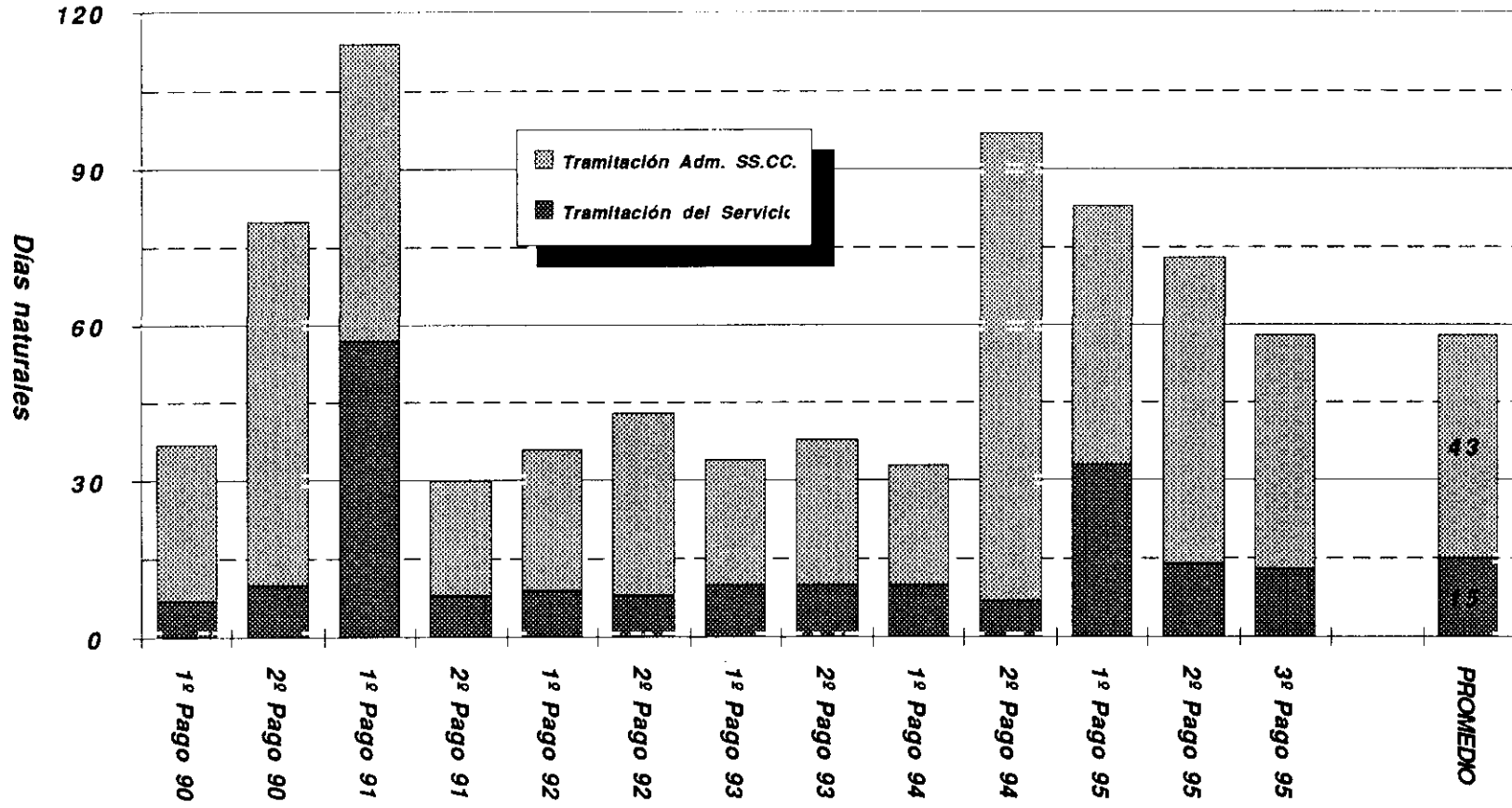
Estas estructuras, una vez conseguida la autorización de la Intervención de Hacienda, tramitan las órdenes de pago que se hacen efectivas en la entidad bancaria determinada por cada DDC. El procedimiento de tramitación y pago de las facturas ha precisado, por parte de las unidades correspondientes de SS.CC. de Osakidetza, tiempos que triplican los de la fase de facturación realizada por el Servicio.

Tabla 18: Fechas y plazos de tramitación del pago de la asistencia.

| | Cierre | Servicio | Factura | Adm. SS.CC. | Abono | Cantidad plas. |
|------------|----------|----------|----------|-------------|----------|----------------|
| 1º Pago 90 | 15.11.90 | 7 | 22.11.90 | 30 | 22.12.90 | 5.727.000 |
| 2º Pago 90 | 31.12.90 | 10 | 10.01.91 | 70 | 20.03.91 | 5.951.000 |
| 1º Pago 91 | 30.06.91 | 57 | 27.08.91 | 57 | 24.10.91 | 8.598.000 |
| 2º Pago 91 | 15.12.91 | 8 | 23.12.91 | 22 | 14.01.92 | 17.070.500 |
| 1º Pago 92 | 22.06.92 | 9 | 01.07.92 | 27 | 28.07.92 | 20.497.000 |
| 2º Pago 92 | 15.12.92 | 8 | 23.12.92 | 35 | 27.01.93 | 29.989.500 |
| 1º Pago 93 | 11.06.93 | 10 | 21.06.93 | 24 | 15.07.93 | 38.198.000 |
| 2º Pago 93 | 10.12.93 | 10 | 20.12.93 | 28 | 18.01.94 | 39.344.500 |
| 1º Pago 94 | 11.06.94 | 10 | 21.06.94 | 23 | 14.07.94 | 65.344.300 |
| 2º Pago 94 | 25.11.94 | 7 | 02.12.94 | 90 | 02.03.95 | 43.576.900 |
| 1º Pago 95 | 23.06.95 | 33 | 26.07.95 | 50 | 15.09.95 | 85.485.700 |
| 2º Pago 95 | 15.12.95 | 14 | 29.12.95 | 59 | 26.02.96 | 98.923.400 |
| 3º Pago 95 | 05.01.96 | 13 | 18.01.96 | 45 | 05.03.96 | 14.308.450 |
| | | 15 días | | 43 días | | 473.014.250 |

La Tabla 18 detalla los **plazos** transcurridos entre el cierre de la recepción y la presentación por el Servicio de la factura al pago; y desde esa fecha de presentación de la factura, hasta que se hace efectivo el abono correspondiente en la entidad bancaria del DDC.

Figura 11: Plazos de tramitación del pago de la asistencia a los DDCs habilitados. (Servicio&Administración).



La ausencia de un centro de gasto específico para el PADI y la amortización de la plaza del Administrador del Servicio Dental Comunitario en 1991, dificultan notablemente los procesos burocráticos citados de tramitación del pago de las facturas y su seguimiento. Esta tarea, que ha debido ser asumida por facultativos y técnicos del Servicio, presenta (como en el caso de la contratación del mailing) la mayor dificultad operativa que afronta el PADI cada año, por la dilución de responsabilidades que se produce y la imposibilidad de impulsarlas eficazmente desde el Servicio.

Algunos de los errores que se han comprobado en el proceso de pago realizado en SS.CC, como la no retención del IRPF, en el 1º pago 90 y en el 1º pago 94, compensados con los consiguientes recargos en facturas posteriores, el abono en Agosto 91 duplicando el 1º pago 90, compensado solicitando directamente a cada DDC la devolución del importe a la Tesorería de Osakidetza, y las repetidas quejas de los DDCs por la demora en completar el proceso de pago, dan fé de las dificultades que presenta el programa en esta actividad.

Además, por condicionantes de la Administración, la facturación y el correspondiente pago de la asistencia dispensada por los DDCs se debe producir contra el presupuesto del ejercicio correspondiente, lo que ha obligado a que el cierre de la segunda factura de cada ejercicio se realice antes de la finalización del año. Los Talones correspondientes a los niños atendidos en los días que median desde el cierre de la segunda facturación hasta el final del año son facturados y abonados con la primera factura del ejercicio siguiente, e imputado al nuevo presupuesto.

Cada año se ha producido un incremento sistemático en la primera facturación, derivado de los Talones aceptados al final del ejercicio y una lógica disminución en la segunda facturación por el efecto del cierre anticipado mencionado. Al ser, en todos los casos del periodo estudiado, mayor el volumen global de la facturación cada año siguiente y mayores los honorarios en cada uno de los ejercicios consecutivos, se produce un decalaje, que hemos denominado administrativo, especialmente en los primeros años, al comparar la factura teó-

rica por la asistencia general prestada en un año determinado por los DDCs, conforme a los honorarios fijados en la Resolución del Director General en cada ejercicio, y el número de niños atendidos, y la factura real abonada a los DDCs en cada ejercicio presupuestario.

La Tabla 19 muestra el **decalaje administrativo** del pago de la factura de la Asistencia General dispensada por los DDCs en cada ejercicio del período 1990-95 hasta su eliminación en 1995.

Tabla 19: Decalaje administrativo en la facturación del PADI, 1990-95

| | TALONES | CAPITACION | FACT.C.TEOR. | FACT.C.REAL | DECALAJE | % DECALAJE |
|-------|---------|------------|--------------|-------------|------------|------------|
| 1990 | 4.121 | 3.000Pts | 12.363.000 | 11.451.000 | -912.000 | -7,38% |
| 1991 | 7.903 | 3.500Pts | 27.660.500 | 25.000.500 | -2.660.000 | -9,62% |
| 1992 | 12.258 | 4.000Pts | 49.032.000 | 49.131.500 | 99.500 | 0,20% |
| 1993 | 17.074 | 4.500Pts | 76.833.000 | 74.721.500 | -2.111.500 | -2,75% |
| 1994 | 23.486 | 4.700Pts | 110.384.200 | 104.710.300 | -5.673.900 | -5,14% |
| 1995 | 36.729 | 4.850Pts | 178.135.650 | 189.393.550 | 11.257.900 | 6,32% |
| TOTAL | 101.571 | . | 454.408.350 | 454.408.350 | 0 | 0,00% |

En el año 1995, el decalaje administrativo queda corregido al adoptarse la decisión de abonar en cada ejercicio la asistencia dispensada por los DDCs hasta el 31 de Diciembre, coincidiendo con la transferencia al Departamento de Sanidad de toda responsabilidad sobre la Acción Concertada (asistencia dispensada con medios ajenos a Osakidetza), que pasa a ser efectiva en el ejercicio presupuestario 1996.

En el presente trabajo se han utilizado los datos del gasto real de cada ejercicio. Reflejan con fidelidad el coste anual del PADI y las condiciones en que ha estado operando el programa, en el medio burocrático de la Administración Sanitaria Vasca.

5.1.5 Valoración económica de costes imputables al PADI.

En la fase de planificación se estimó que el costo de la asistencia básica dental del programa estaría en torno a las 5.000 ptas niño/año (en pesetas constantes de 1990)⁽¹³⁵⁾. La validez de estos cálculos en condiciones reales era una de las mayores incertidumbres, que sólo la evolución del programa resolvería.

Esta sección del presente trabajo aporta datos tras seis ejercicios de evolución, 2/3 del periodo de implantación, operando en las condiciones reales de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

Para ello, se ha estudiado separadamente el coste de la asistencia y el imputable a la gestión. La suma de ambos es el coste total del PADI. Se han obtenido datos del coste atribuible a la Asistencia General y Adicional, el costo del programa por niño atendido y no-atendido, la evolución de estos parámetros a lo largo del período 1990-95, y su comparación con los cálculos establecidos en la fase de planificación.

Dos partidas claramente diferenciadas deben cuantificarse para estimar el **coste anual de la asistencia** dispensada por el PADI.

- a) La cantidad facturada cada año por los DDCs habilitados, y
- b) el coste anual de las unidades asistenciales del SDC.

La facturación de la asistencia dispensada por los DDCs habilitados es perfectamente conocida al depender de una sola partida presupuestaria y ser elaborada por el Servicio Dental Comunitario. Por contra la cuantificación del coste real de las 19 unidades asistenciales del SDC resulta mucho más compleja al depender presupuestariamente de cerca de 20 centros de gasto diferentes de las Comarcas Sanitarias y Areas Sanitarias de Osakidetza.

En cada una de las unidades asistenciales del SDC el Capítulo I de personal (dentista + ayudante) ha supuesto aproximadamente 6,5 millones, incluidos los costos sociales de ambos. La repercusión en los Capítulos II y VI (gasto corriente e inversiones) de cada una de estas unidades del SDC se estima en 1 millón de gasto de inversión

anual en equipamiento (supuesta una amortización del equipo dental en cinco años) y 2,5 millones en repercusión de gastos del centro y material fungible.

El coste por unidad asistencial del SDC se ha mantenido en los 10 millones anuales por unidad previstos, englobando en el mismo: el Capítulo I (gastos de personal) y los citados Capítulos II y VI (gasto corriente e inversiones). La experiencia acumulada en estos años corrobora esta estimación que se realizó en pesetas de 1990.

Es evidente que la dimensión del centro en el que opera la unidad SDC, la eficiente utilización de los recursos técnicos, humanos y materiales del centro y su gestión de compras, repercutirá sobre los gastos reales que se puedan imputar a cada unidad tomada independientemente. Estos datos no están disponibles en la actualidad y se precisaría arbitrar una contabilidad diferenciada de la actividad del PADI para su cuantificación.

La dedicación al PADI de las 19 unidades asistenciales SDC, fue desde su comienzo a tiempo completo. No obstante, presiones de los responsables de Atención Primaria, orientadas en principio a recortar los gastos de personal de su presupuesto, y/o a reducir las "listas de espera" de la asistencia de Odontología de adultos de sus centros, obligaron a partir de 1993, a cuatro unidades asistenciales del SDC a reducir la jornada contratada (y su nómina) y/o a dedicar el 50% de su tiempo a la asistencia de Odontología de adultos.

La precariedad en el puesto de trabajo de los facultativos de estas 19 Unidades SDC y sobre todo la dependencia de su salario del presupuesto de la estructura de Atención Primaria, hicieron inútil cualquier intento, por parte del Servicio Dental Comunitario para mantener la integridad de los recursos asistenciales del PADI. Así, durante el ejercicio 1993, sólo 18 equipos actúan a plena dedicación. En 1994 otros dos equipos son igualmente desviados de sus cometidos de Salud Dental Comunitaria por los motivos arriba mencionados. Con ello, en la práctica, en 1993 operaron en el SDC un equivalente a 18 equipos asistenciales a plena dedicación, y 17 en 1994 y 1995.

La Tabla 20 muestra el **coste de las unidades asistenciales del SDC** de Osakidetza. Para su cuantificación se debe aplicar al costo inicial en 1990 de una unidad, una tasa de actualización interanual del 4%.

Tabla 20: Coste anual de las Unidades SDC dedicadas al PADI.

| Ejercicio | Unidades SDC | Costo unitario | Costo total | Tasa Act. |
|-----------|--------------|----------------|-------------|-----------|
| 1990 | 6,33 | 10.000.000 | 63.333.333 | 4,00% |
| 1991 | 19 | 10.400.000 | 197.600.000 | 4,00% |
| 1992 | 19 | 10.816.000 | 205.504.000 | 4,00% |
| 1993 | 18 | 11.248.640 | 202.475.520 | 4,00% |
| 1994 | 17 | 11.698.586 | 198.875.955 | 4,00% |
| 1995 | 17 | 12.166.529 | 206.830.993 | 4,00% |

Respecto al **coste de la asistencia dispensada por DDCs habilitados**, la Tabla 21 detalla separadamente los correspondientes a la Asistencia General contemplada en el Artículo 2.1. del Decreto 118/90, que se paga por capitación, y a la Asistencia Adicional, correspondiente a la atención dental de los traumatismos y malformaciones en incisivos y caninos contemplada en el Art. 2. 2.

Tabla 21: Coste asistencial de los DDCs habilitados para el PADI.

| Ejercicio | Asist. General | Asist. Adicional | Factura total | % A.A/A.G. |
|-----------|----------------|------------------|---------------|------------|
| 1990 | 11.451.000 | 227.000 | 11.678.000 | 1,98% |
| 1991 | 25.000.500 | 668.000 | 25.668.500 | 2,67% |
| 1992 | 49.131.500 | 1.355.000 | 50.486.500 | 2,76% |
| 1993 | 74.721.500 | 2.821.000 | 77.542.500 | 3,78% |
| 1994 | 104.710.300 | 4.210.900 | 108.921.200 | 4,02% |
| 1995 | 189.393.550 | 9.339.500 | 198.733.050 | 4,93% |

Asimismo, se presenta el porcentaje que esta última ha supuesto cada año sobre la factura pagada por capitación. Este último dato es de suma importancia para la elaboración del presupuesto asistencial del PADI en cada ejercicio.

Conocido el gasto generado por la asistencia del PADI, tanto por los DDCs habilitados como por las unidades SDC de Osakidetza, y conocido el número de niños atendidos en cada ejercicio, podemos establecer el **costo de la asistencia por niño y año** en el PADI. Asimismo, se puede conocer el costo niño/año de la asistencia dispensada por los DDCs y por el SDC. La Tabla 22 detalla estos costos.

Tabla 22: Coste asistencial (DDCs & SDCs) del PADI por ejercicio.

| Costo de la Asistencia dispensada por los DDCs | | | |
|---|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ejercicio | Gasto anual | Nº de clientes | Costo niño/año |
| 1990 | 11.678.000 | 4.114 | 2.839 |
| 1991 | 25.668.500 | 7.956 | 3.226 |
| 1992 | 50.486.500 | 12.212 | 4.134 |
| 1993 | 77.542.500 | 17.048 | 4.548 |
| 1994 | 108.921.200 | 23.413 | 4.652 |
| 1995 | 198.733.050 | 36.637 | 5.424 |
| Costo de la Asistencia dispensada por los SDCs | | | |
| Ejercicio | Gasto anual | Nº de clientes | Costo niño/año |
| 1990 | 63.333.333 | 4.352 | 14.553 |
| 1991 | 197.600.000 | 10.702 | 18.464 |
| 1992 | 205.504.000 | 17.914 | 11.472 |
| 1993 | 202.475.520 | 25.404 | 7.970 |
| 1994 | 198.875.955 | 30.609 | 6.497 |
| 1995 | 206.830.993 | 30.584 | 6.763 |
| Costo de la Asistencia dispensada por el PADI | | | |
| Ejercicio | Gasto anual | Nº de clientes | Costo niño/año |
| 1990 | 75.011.333 | 8.466 | 8.860 |
| 1991 | 223.268.500 | 18.658 | 11.966 |
| 1992 | 255.990.500 | 30.126 | 8.497 |
| 1993 | 280.018.020 | 42.452 | 6.596 |
| 1994 | 307.797.155 | 54.022 | 5.698 |
| 1995 | 405.564.043 | 67.221 | 6.033 |

Además de conocer los costes directamente asistenciales, se precisa establecer los costes imputables a la administración, gestión y dirección del PADI, lo que denominamos como costes no-asistenciales, que vienen determinados por dos partidas diferenciadas: los costes del Servicio Dental Comunitario y los costes del mailing.

La Tabla 23 presenta por capítulos los **costes del Servicio**. En cada ejercicio se ha imputado en el capítulo I los costes del personal adscrito al mismo. En los capítulos II y VI se ha considerado, al igual que para las unidades asistenciales, una tasa de actualización del 4%.

Tabla 23: Coste anual del Servicio Dental Comunitario, por capítulos.

| Ejercicio | Capítulo I | Capítulo II | Capítulo VI | Total Servicio |
|-----------|------------|-------------|-------------|----------------|
| 1990 | 17.500.122 | 1.333.333 | 2.000.000 | 20.833.455 |
| 1991 | 40.423.387 | 4.160.000 | 6.240.000 | 50.823.387 |
| 1992 | 35.200.144 | 4.326.400 | 6.489.600 | 46.016.144 |
| 1993 | 34.733.037 | 4.499.456 | 6.749.184 | 45.981.677 |
| 1994 | 36.122.358 | 4.679.434 | 7.019.151 | 47.820.944 |
| 1995 | 37.567.253 | 4.866.612 | 7.299.917 | 49.733.782 |

La segunda partida imputable a los gastos no-asistenciales del PADI es la correspondiente a los **costes de los mailings** anuales.

Tabla 24: Coste unitario y total de los mailings del periodo 1990-95.

| Ejercicio | Poblacion | 1º Mail | Costo 1º Mail |
|-----------|-----------|----------|---------------|
| 1990 | 24.043 | 44,45Pts | 1.068.711 |
| 1991 | 46.636 | 46,23Pts | 2.155.889 |
| 1992 | 65.773 | 48,08Pts | 3.162.176 |
| 1993 | 84.642 | 50,00Pts | 4.232.117 |
| 1994 | 101.122 | 52,00Pts | 5.258.366 |
| 1995 | 117.778 | 54,08Pts | 6.369.460 |

| Ejercicio | NOATE 1º sept | 2º Mail | Costo 2º Mail | Total Mail |
|-----------|---------------|----------|---------------|------------|
| 1990 | | | | 1.068.711 |
| 1991 | 37.346 | 20,50Pts | 765.533 | 2.921.422 |
| 1992 | 48.658 | 21,32Pts | 1.037.308 | 4.199.484 |
| 1993 | 58.120 | 22,17Pts | 1.288.583 | 5.520.700 |
| 1994 | 66.702 | 23,06Pts | 1.538.009 | 6.796.374 |
| 1995 | 77.322 | 23,98Pts | 1.854.199 | 8.223.660 |

La Tabla 24 detalla los costes del envío de oferta del PADI a la población diana de cada ejercicio. Para ello se han utilizado datos de la facturación correspondiente al ejercicio 1995, proyectando de forma retrospectiva una tasa de descuento del 4% para el cálculo de costes de los ejercicios precedentes.

La Tabla 25 presenta los **costes de gestión del PADI**. Para ello se ha considerado la suma del costo del mailing y del 80% del coste del Servicio Dental Comunitario, como porcentaje de dedicación al programa del total de la actividad de la unidad.

Tabla 25: Costes de gestión del PADI.

| Ejercicio | 80% Servicio | Total mailings | Gestión del PADI |
|------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|
| 1990 | 16.666.764 | 1.068.711 | 17.735.476 |
| 1991 | 40.658.710 | 2.921.422 | 43.580.132 |
| 1992 | 36.812.915 | 4.199.484 | 41.012.399 |
| 1993 | 36.785.342 | 5.520.700 | 42.306.041 |
| 1994 | 38.256.755 | 6.796.374 | 45.053.130 |
| 1995 | 39.787.025 | 8.223.660 | 48.010.685 |

Establecido el gasto no-asistencial, de gestión, del PADI, se ha estimado la cuantía que corresponde por cada niño. Para ello se ha dividido la población diana a la que cada año ha ido dirigido el PADI en dos grupos. Niños atendidos por el PADI, aquellos que han acudido a los dentistas de cabecera y han sido atendidos en el ejercicio correspondiente; y niños no-atendidos por el PADI, aquellos a los que se ha remitido el mailing del programa en el año, pero que no han acudido en ese año a los dentistas de cabecera del cuadro facultativo.

Para calcular el costo de gestión del PADI imputable en cada caso, se ha considerado que cada niño atendido precisa el doble de actividad por parte del Servicio que uno no-atendido en el mismo año, por lo que generaría el doble de gasto de gestión que estos últimos. Si bien la cuantificación exacta resulta difícil, la proporción citada parece reflejar con aproximación suficiente la realidad.

En el primer caso, además de enviarles el mailing, el Servicio Dental Comunitario debe de incorporar a la Base de Datos, archivar y procesar la información clínica y administrativa generada por su asistencia. Ello incluye la recepción, validación, registro, grabación y archivo de los datos contenidos en el talón de aceptación, la/s hoja/s de seguimiento y la/s hoja/s de pago por ítem y contingencias (si las hubiera). Además de la manipulación y archivo físico e informático, y proce-

sado (facturación, cartera de clientes, perfiles asistenciales,...) de esta documentación, la asistencia de este colectivo requiere en muchos casos la resolución (por teléfono o personalmente) de consultas de los clientes o de los dentistas de cabecera, tanto para temas de procedimiento como asistenciales, que personal del Servicio Dental Comunitario atiende al nivel de responsabilidad que corresponde.

La Tabla 26 presenta el número de niños atendidos y no-atendidos en cada ejercicio y el **coste de la gestión del PADI por niño**.

Tabla 26: Costes de la gestión del PADI por niño ATENDIDO/NO-ATE.

| Ejercicio | Niños No-atendidos | | Niños Atendidos | |
|-----------|--------------------|----------------|-----------------|----------------|
| | Número | Gasto niño/año | Número | Gasto niño/año |
| 1990 | 15.577 | 545,56 | 8.466 | 1.091,11 |
| 1991 | 27.978 | 667,44 | 18.658 | 1.334,89 |
| 1992 | 35.647 | 427,66 | 30.126 | 855,32 |
| 1993 | 42.190 | 332,87 | 42.452 | 665,74 |
| 1994 | 47.100 | 290,40 | 54.022 | 580,79 |
| 1995 | 50.557 | 259,52 | 67.221 | 519,04 |

Si al coste de la gestión anual de los niños atendidos le sumamos el coste anual de la asistencia se obtiene el coste anual del PADI por cada niño atendido. El coste de la gestión de los niños no-atendidos será su imputación al PADI al no tener coste asistencial. La Tabla 27 presenta estos datos junto a la cantidad total que representa en cada ejercicio. Asimismo, detalla en porcentaje el volumen anual del coste que representan los niños no atendidos sobre el total anual del PADI. La Tabla 28 presenta los costes de los niños atendidos en el PADI. Se detallan los costes anuales de la asistencia dispensada por las unidades SDC de Osakidetza y los originados por los DDCs habilitados. La Figura 12 ilustra gráficamente estos datos. En los seis ejercicios del período estudiado, los niños atendidos han supuesto un coste que asciende a 1.702.073.156 pesetas. Esta cantidad se completa con la de 83.258.759 pesetas imputable a los niños no-atendidos, hasta un total del PADI de 1.785.331.915 pesetas. La Tabla 29 sintetiza los datos expuestos y los acumula para el período 1990-95. La Tabla 30 los muestra en porcentajes.

Tabla 27: Costo total del PADI en cada ejercicio, por niños ATENDIDOS y NO-ATENDIDOS.

| Ejercicio | Niños NOA | Gestión NOA | Asist. PADI | NOA/año | Total NOA | % gasto NOA/PADI |
|-----------|-----------|-------------|-------------|---------|------------|------------------|
| 1990 | 15.577 | 545,56 | 0 | 545,56 | 8.498.124 | 9,16% |
| 1991 | 27.978 | 667,44 | 0 | 667,44 | 18.673.767 | 7,00% |
| 1992 | 35.647 | 427,66 | 0 | 427,66 | 15.244.883 | 5,13% |
| 1993 | 42.190 | 332,87 | 0 | 332,87 | 14.043.872 | 4,36% |
| 1994 | 47.100 | 290,40 | 0 | 290,40 | 13.677.631 | 3,88% |
| 1995 | 50.557 | 259,52 | 0 | 259,52 | 13.120.483 | 2,89% |

| Ejercicio | Niños ATE | Gestión ATE | Asist. PADI | ATE/año | Total ATE | TOTAL PADI |
|-----------|-----------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|
| 1990 | 8.466 | 1.091,11 | 8.860,30 | 9.951,42 | 84.248.685 | 92.746.809 |
| 1991 | 18.658 | 1.334,89 | 11.966,37 | 13.301,26 | 248.174.865 | 266.848.632 |
| 1992 | 30.126 | 855,32 | 8.497,33 | 9.352,65 | 281.758.017 | 297.002.899 |
| 1993 | 42.452 | 665,74 | 6.596,11 | 7.261,85 | 308.280.189 | 322.324.061 |
| 1994 | 54.022 | 580,79 | 5.697,63 | 6.278,42 | 339.172.654 | 352.850.285 |
| 1995 | 67.221 | 519,04 | 6.033,06 | 6.552,10 | 440.438.746 | 453.559.228 |

Tabla 28: Costo de los niños atendidos en el PADI en cada ejercicio, por SDCs Osakidetza y DDCs habilitados

| Ejercicio | Niños SDC | Gestión | Asist. SDC | Niño en SDC | Total ATE SDC |
|-----------|-----------|----------|------------|-------------|---------------|
| 1990 | 4.352 | 1.091,11 | 14.552,70 | 15.643,81 | 68.081.852 |
| 1991 | 10.702 | 1.334,89 | 18.463,84 | 19.798,73 | 211.885.986 |
| 1992 | 17.914 | 855,32 | 11.471,70 | 12.327,02 | 220.826.289 |
| 1993 | 25.404 | 665,74 | 7.970,22 | 8.635,97 | 219.388.084 |
| 1994 | 30.609 | 580,79 | 6.497,30 | 7.078,09 | 216.653.391 |
| 1995 | 30.584 | 519,04 | 6.762,72 | 7.281,76 | 222.705.228 |

| Ejercicio | Niños DDC | Gestión | Asist. DDC | Niño en DDC | Total ATE DDC |
|-----------|-----------|----------|------------|-------------|---------------|
| 1990 | 4.114 | 1.091,11 | 2.838,60 | 3.929,71 | 16.166.834 |
| 1991 | 7.956 | 1.334,89 | 3.226,31 | 4.561,20 | 36.288.879 |
| 1992 | 12.212 | 855,32 | 4.134,17 | 4.989,50 | 60.931.727 |
| 1993 | 17.048 | 665,74 | 4.548,48 | 5.214,22 | 88.892.106 |
| 1994 | 23.413 | 580,79 | 4.652,17 | 5.232,96 | 122.519.263 |
| 1995 | 36.637 | 519,04 | 5.423,96 | 5.943,00 | 217.733.517 |

| % gasto DDC/PADI |
|------------------|
| 19,19% |
| 14,62% |
| 21,63% |
| 28,83% |
| 36,12% |
| 49,44% |

| TOTAL ATE PADI |
|----------------|
| 84.248.685 |
| 248.174.865 |
| 281.758.017 |
| 308.280.189 |
| 339.172.654 |
| 440.438.746 |

Figura 12: Evolución de los costes asistenciales y de gestión del PADI en el período 1990-1995.

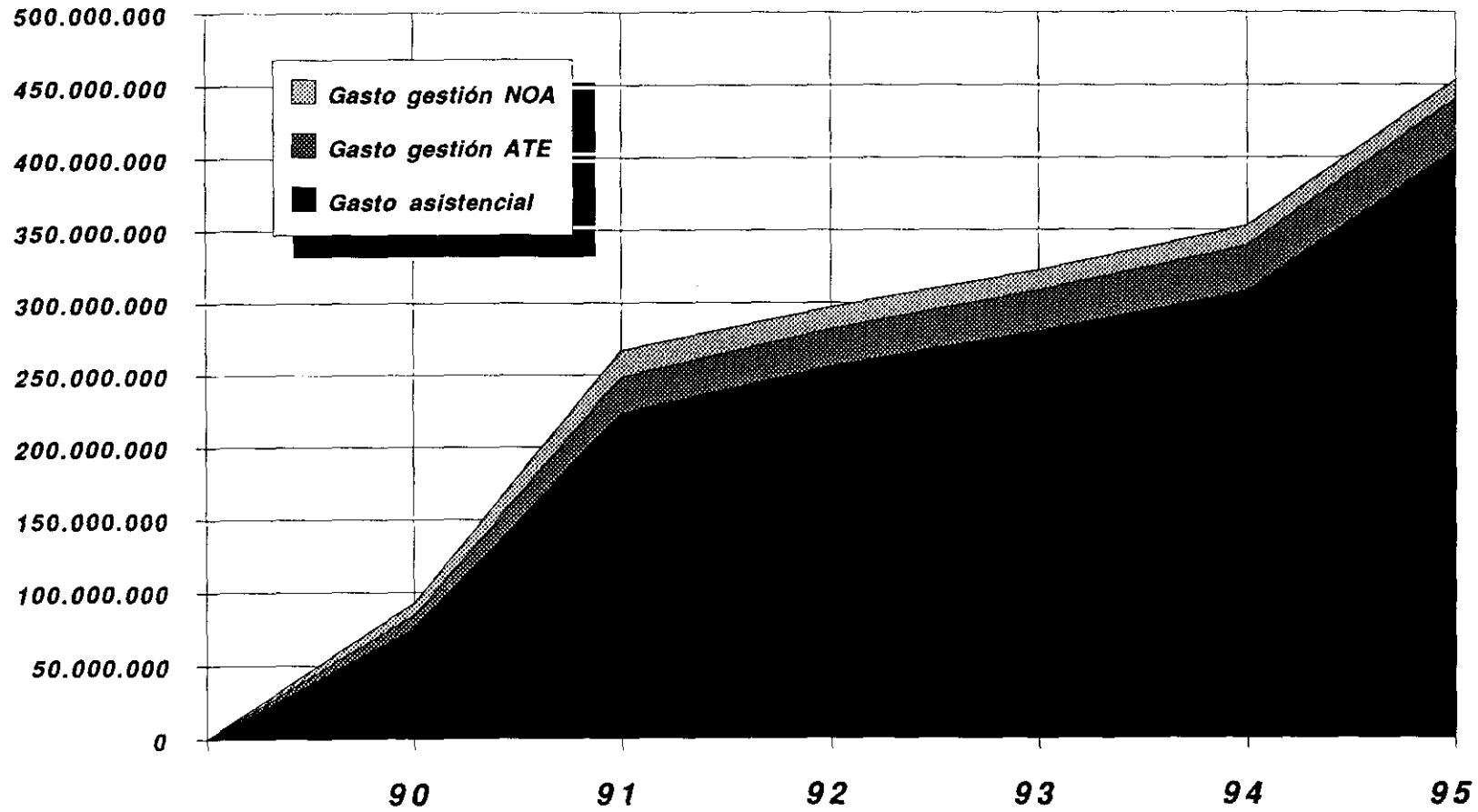


Tabla 29: Costes del PADI en el periodo 1990-1995, por conceptos.

| Ejercicio | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | TOTAL 1990-95 |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------------|
| Mailings | 1.068.711 | 2.921.422 | 4.199.484 | 5.520.700 | 6.796.374 | 8.223.660 | 28.730.351 |
| Servicio | 16.666.764 | 40.658.710 | 36.812.915 | 36.785.342 | 38.256.755 | 39.787.025 | 208.967.511 |
| GESTION PADI | 17.735.476 | 43.580.132 | 41.012.399 | 42.306.041 | 45.053.130 | 48.010.685 | 237.697.863 |
| Ejercicio | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | TOTAL 1990-95 |
| Asistencia DDC | 11.678.000 | 25.668.500 | 50.486.500 | 77.542.500 | 108.921.200 | 198.717.550 | 473.014.250 |
| Asistencia SDC | 63.393.333 | 197.600.000 | 205.504.000 | 202.475.520 | 198.875.955 | 206.830.993 | 1.074.619.802 |
| ASISTENCIA PADI | 75.011.333 | 223.268.500 | 255.990.500 | 280.018.020 | 307.797.155 | 405.548.543 | 1.547.634.052 |
| Ejercicio | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | TOTAL 1990-95 |
| Gestión PADI | 17.735.476 | 43.580.132 | 41.012.399 | 42.306.041 | 45.053.130 | 48.010.685 | 237.697.863 |
| Asistencia PADI | 75.011.333 | 223.268.500 | 255.990.500 | 280.018.020 | 307.797.155 | 405.548.543 | 1.547.634.052 |
| TOTAL PADI | 92.746.809 | 266.848.632 | 297.002.899 | 322.324.061 | 352.850.285 | 453.559.228 | 1.785.331.915 |
| Ejercicio | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | TOTAL 1990-95 |
| NO Atendidos | 8.498.124 | 18.673.767 | 15.244.883 | 14.043.872 | 13.677.631 | 13.120.483 | 83.258.759 |
| Atendidos | 84.248.685 | 248.174.865 | 281.758.017 | 308.280.189 | 339.172.654 | 440.438.746 | 1.702.073.156 |
| TOTAL PADI | 92.746.809 | 266.848.632 | 297.002.899 | 322.324.061 | 352.850.285 | 453.559.228 | 1.785.331.915 |
| Ejercicio | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | TOTAL 1990-95 |
| NO Atendidos | 8.498.124 | 18.673.767 | 15.244.883 | 14.043.872 | 13.677.631 | 13.120.483 | 83.258.759 |
| Atendidos DDC | 16.166.834 | 36.288.879 | 60.931.727 | 88.892.106 | 122.519.263 | 217.793.517 | 542.532.326 |
| Atendidos SDC | 68.081.852 | 211.895.986 | 220.826.299 | 219.388.084 | 216.653.391 | 222.705.228 | 1.159.540.829 |
| TOTAL PADI | 92.746.809 | 266.848.632 | 297.002.899 | 322.324.061 | 352.850.285 | 453.559.228 | 1.785.331.915 |

La Tabla 31 muestra la evolución del coste producido por la asistencia del PADI en el periodo 1990-1995 y la confronta al coste esperado, que se había estimado en la fase de planificación del programa.

El coste estimado se presenta en pesetas constantes, con una tasa de actualización interanual del 4%. La evolución del gasto anual ha ido acercando los **costes de la asistencia por niño y los previstos**, hasta equiparlos en 1994 y 1995.

Tabla 31: Coste por niño, previsto y obtenido, en el periodo 1990-95.

| Ejercicio | Costo/niño previsto para el PADI | | |
|-----------|----------------------------------|---------|----------|
| | Asistencia | Gestión | PADI |
| 1990 | 5.000,00 | 500,00 | 5.500,00 |
| 1991 | 5.200,00 | 520,00 | 5.720,00 |
| 1992 | 5.408,00 | 540,80 | 5.948,80 |
| 1993 | 5.624,32 | 562,43 | 6.186,75 |
| 1994 | 5.849,29 | 584,93 | 6.434,22 |
| 1995 | 6.083,26 | 608,33 | 6.691,59 |

| Ejercicio | Costo/niño obtenido por el PADI | | |
|-----------|---------------------------------|----------|-----------|
| | Asistencia | Gestión | PADI |
| 1990 | 8.860,30 | 1.091,11 | 9.951,42 |
| 1991 | 11.966,37 | 1.334,89 | 13.301,26 |
| 1992 | 8.497,33 | 855,32 | 9.352,65 |
| 1993 | 6.596,11 | 665,74 | 7.261,85 |
| 1994 | 5.697,63 | 580,79 | 6.278,42 |
| 1995 | 6.033,06 | 519,04 | 6.552,10 |

La Figura 13 presenta separadamente la **evolución** seguida por el **coste de la asistencia niño/año** en cada uno de los ejercicios 1990-95 para su comparación gráfica en pesetas corrientes.

Se aprecia la confluencia de los costes a través del periodo estudiado al incrementarse el número de niños atendidos por las Unidades SDC de Osakidetza.

Figura 13: Evolución de los costes asistenciales por niño atendido en el PADI, previstos y obtenidos.

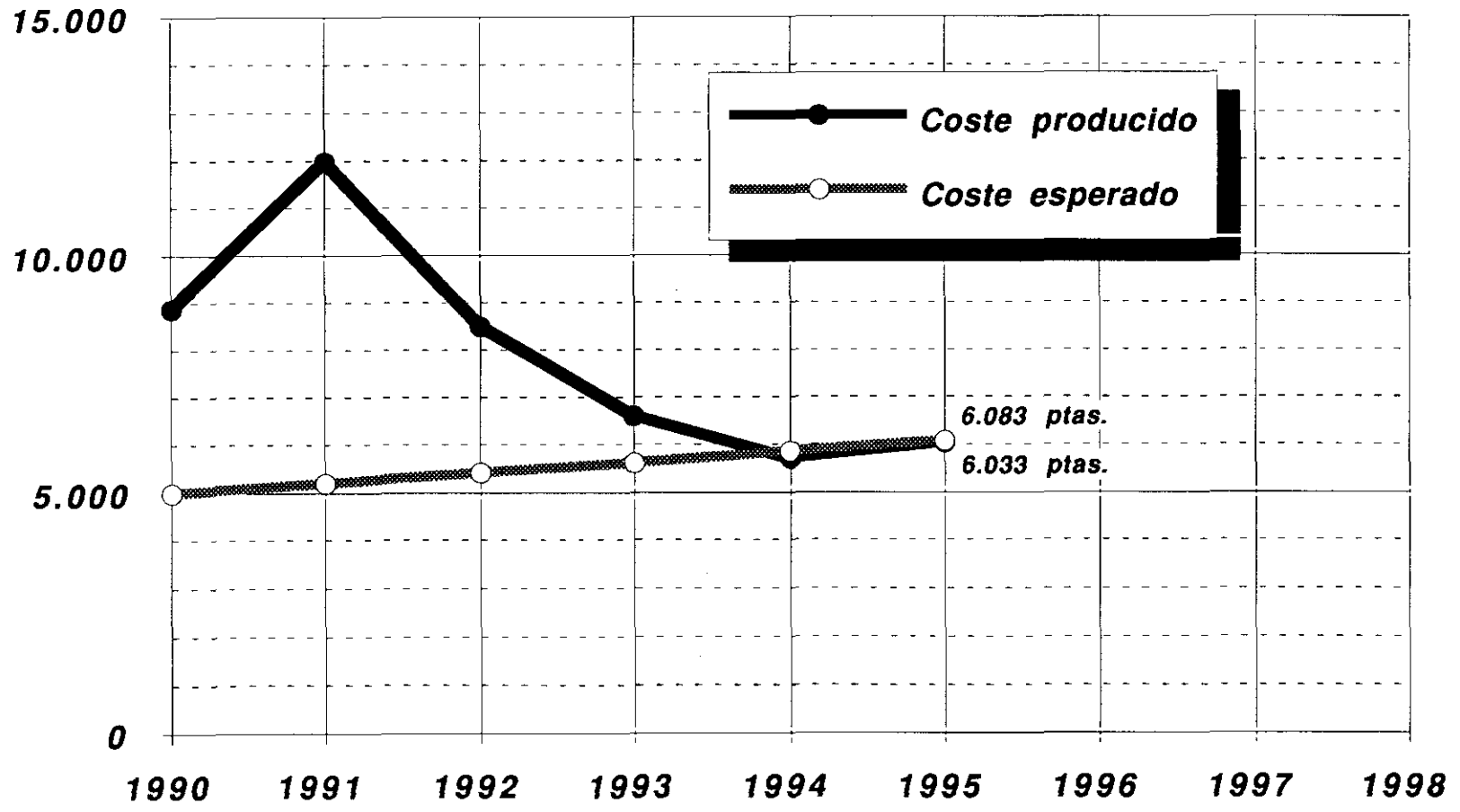
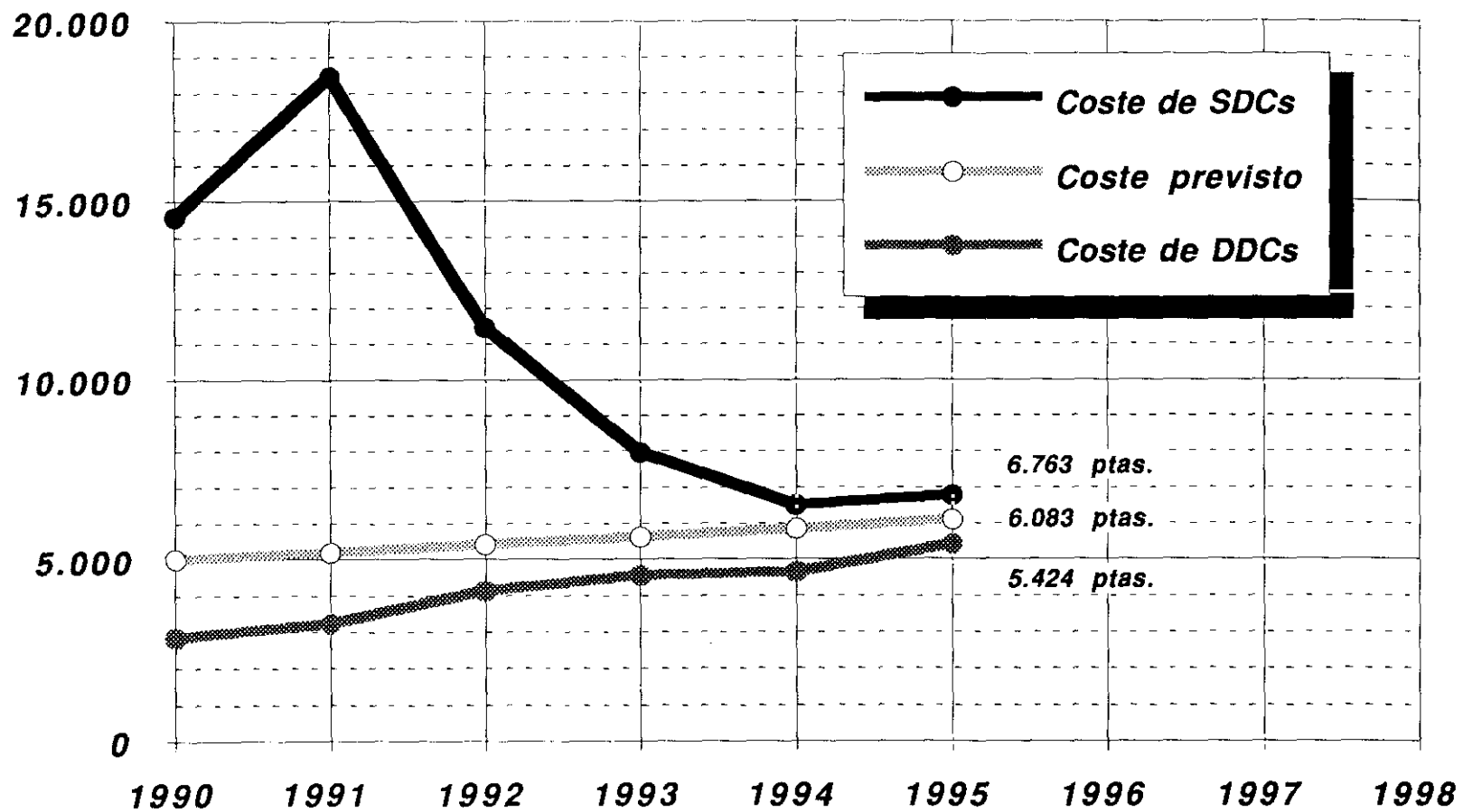


Figura 14: Evolución de los costes asistenciales por niño atendido en el PADI, por SDCs y DDCs.



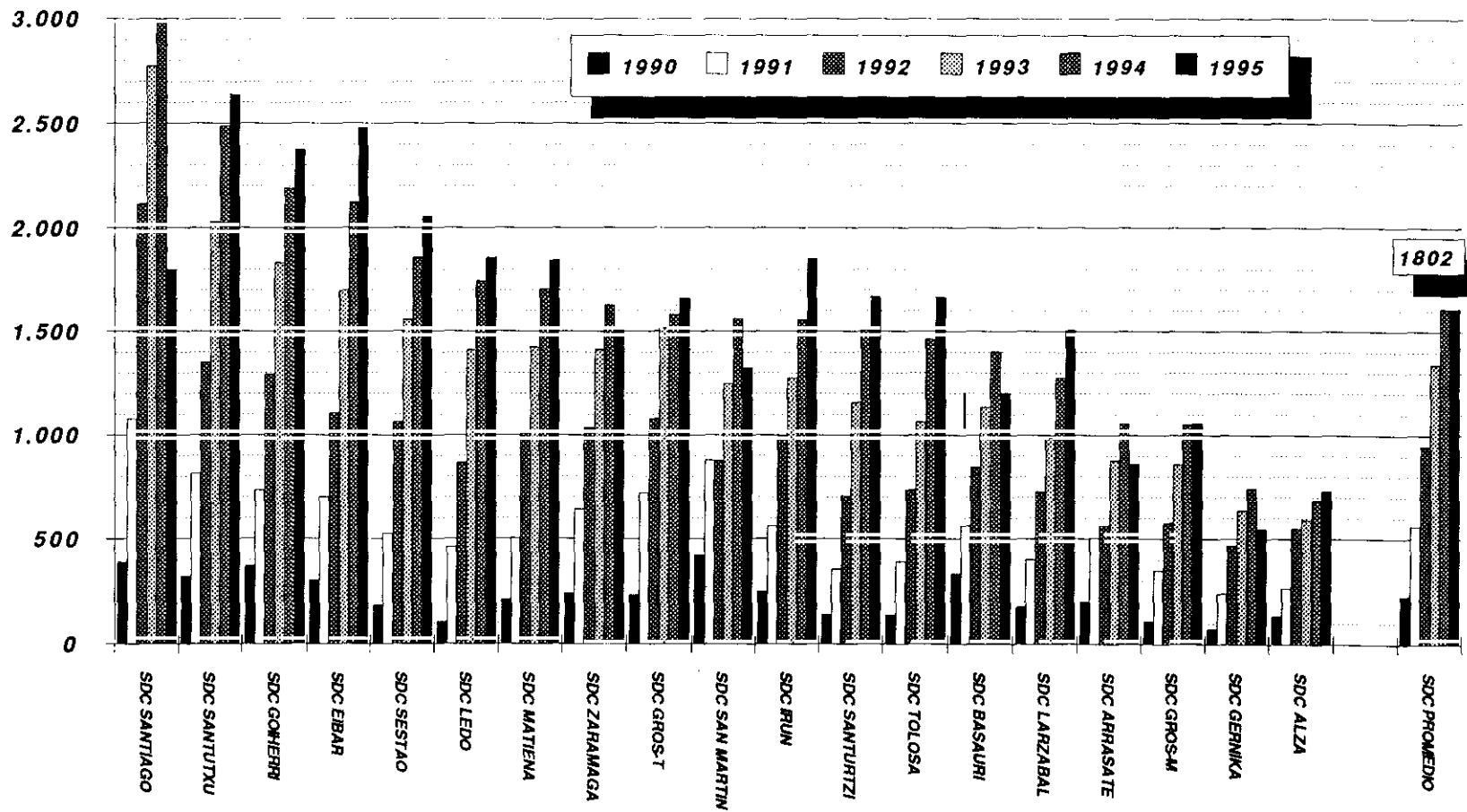
La Figura 14 presenta separadamente la evolución seguida por el coste de la asistencia niño/año dispensada por los dentistas de cabecera habilitados (DDCs) y el generado por las unidades asistenciales del Servicio Dental Comunitario (SDCs) de Osakidetza en cada uno de los ejercicios. Se muestra cómo los costes de la atención dispensada por los DDCs se han mantenido todos los años por debajo de los previstos para la asistencia del PADI. Lo contrario ha ocurrido con los generados por los SDCs, que han sido siempre superiores, especialmente en los primeros años. En ambos casos la desviación se ha reducido paulatinamente con respecto a la previsión.

Tabla 32: Número de niños atendidos cada año por las Unidades SDC.

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|----------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| SDC SANTIAGO | 392 | 1.076 | 2.116 | 2.776 | 3.029 | 1.797 |
| SDC SANTUTXU | 326 | 817 | 1.350 | 2.028 | 2.488 | 2.640 |
| SDC GOHERRI | 375 | 734 | 1.293 | 1.834 | 2.191 | 2.375 |
| SDC EIBAR | 305 | 701 | 1.106 | 1.699 | 2.121 | 2.480 |
| SDC SESTAO | 185 | 528 | 1.065 | 1.557 | 1.858 | 2.055 |
| SDC LEDO | 107 | 462 | 867 | 1.411 | 1.743 | 1.857 |
| SDC MATIENA | 210 | 505 | 1.014 | 1.425 | 1.705 | 1.843 |
| SDC ZARAMAGA | 244 | 646 | 1.034 | 1.413 | 1.625 | 1.513 |
| SDC GROS-T | 233 | 723 | 1.080 | 1.517 | 1.580 | 1.659 |
| SDC SAN MARTIN | 427 | 877 | 875 | 1.249 | 1.564 | 1.325 |
| SDC IRUN | 250 | 562 | 992 | 1.274 | 1.557 | 1.849 |
| SDC SANTURTZI | 138 | 358 | 708 | 1.156 | 1.509 | 1.670 |
| SDC TOLOSA | 138 | 394 | 738 | 1.064 | 1.464 | 1.665 |
| SDC BASAURI | 335 | 565 | 846 | 1.133 | 1.403 | 1.204 |
| SDC LARZABAL | 179 | 404 | 730 | 988 | 1.278 | 1.505 |
| SDC ARRASATE | 201 | 507 | 567 | 878 | 1.054 | 863 |
| SDC GROS-M | 108 | 353 | 581 | 858 | 1.051 | 1.056 |
| SDC GERNIKA | 75 | 244 | 472 | 640 | 743 | 551 |
| SDC ALZA | 134 | 265 | 553 | 596 | 690 | 733 |
| SDC PROMEDIO | 230 | 564 | 947 | 1.416 | 1.803 | 1.802 |

La Tabla 32 detalla el número de clientes atendidos cada ejercicio por las Unidades SDC de Osakidetza. La productividad de estos equipos, que se ha ido incrementando a lo largo del período de estudio, como muestra la Figura 15, se ha estabilizado en los dos últimos ejercicios en 1.800 clientes/año, un 10% por debajo de la prevista para estas unidades.

Figura 15: Evolución del número de niños atendidos en cada ejercicio por las Unidades SDC.



5.1.6 Valoración de la evaluabilidad del PADI.

Se ha considerado para este trabajo que los seis años de aplicación del PADI transcurridos desde 1990 a 1995 pueden ser un período de intervención suficiente para evaluar los efectos de la misma.

Para ello debemos comprobar además, que el programa ha funcionado en la práctica conforme se planificó. Lo contrario sería incurrir en lo que hemos denominado "error de tipo III", evaluar algo que en realidad no ha existido. Los datos aportados por la evaluación del proceso avalan la evaluabilidad de los efectos y explican sus hallazgos.

Una segunda consideración en la valoración de la evaluabilidad del PADI se encamina a evitar el llamado "error de tipo IV", evaluar algo que no interesa a quienes se destina la evaluación. En este sentido, los indicadores de utilización, costes, carga de trabajo, incidencia y prevalencia, elegidos para valorar el impacto y los resultados del PADI y que se han expuesto en la metodología, parecen suficientemente aceptables y cubren los objetivos específicos, generales y meta del programa, que se emplean como criterio de valoración.

Los instrumentos de medida presentados en las consideraciones metodológicas ofrecen fiabilidad suficiente. La comprobación en la Base de Datos del Servicio Dental Comunitario de que cada Talón registrado había sido acompañado de su respectiva Hoja de Seguimiento al menos una vez, mostró una concordancia del 100% en cada ejercicio favorecida por el diseño (I+D del Servicio) del programa de captura de datos con OCR que facilita su cumplimiento.

Por último, como se ha comentado en las consideraciones metodológicas, se ha comprobado que la evaluación de los efectos, fundamentalmente en los resultados, se realice exclusivamente en aquellos grupos de población donde la asunción de la validez del instrumento es máxima, como es el caso de la incidencia y prevalencia en la población CON descrita.

5.2 DE LA EVALUACION DEL IMPACTO DEL PADI.

La evaluación del impacto se refiere al efecto inicial del PADI. Valora el grado de cumplimiento de los tres objetivos específicos y dos objetivos generales del PADI mediante el análisis de 5 puntos:

- 6º La población que recibe anualmente la oferta personalizada.
- 7º La población que tiene asignado dentista de cabecera del PADI.
- 8º La asistencia dental básica financiada con fondos públicos.
- 9º La población que utiliza cada año el PADI.
- 10º La asistencia preventiva y reparadora dispensada en el PADI.

Los tres primeros permiten evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos específicos en el período estudiado. Los otros dos valoran la consecución de los objetivos generales.

5.2.1 Población que recibe anualmente la oferta personalizada.

Como se ha indicado, el Servicio Dental Comunitario ha remitido un total de once mailings personalizados en el período estudiado; seis del tipo principal (primer mailing) con 439.998 unidades y cinco del tipo de refuerzo (segundo mailing) con un total de 288.148 unidades. En su conjunto 728.146 envíos en seis años.

La incorporación que el Servicio realiza cada final de año de los datos de la nueva cohorte que se va a incluir, tomando como origen la TIS, y la adición en todo momento de los niños que lo soliciten y demuestren ser residentes en Euskadi, garantizan la cobertura universal del PADI en estas edades.

Las unidades Técnicoadministrativas del Servicio Dental Comunitario de Alava, Gipuzkoa y Bizkaia, en contacto con los usuarios del PADI mantienen actualizado el archivo de clientes de la Base de Datos introduciendo las modificaciones producidas en la domiciliación de los clientes.

Tabla 33: Número de niños a los que se envía la oferta del PADI.

Cuadro 1º: Niños nacidos vivos en la CAPV

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|
| 1983 | 23.920 | 23.920 | 23.920 | 23.920 | 23.920 | 23.920 |
| 1984 | | 22.411 | 22.411 | 22.411 | 22.411 | 22.411 |
| 1985 | | | 20.970 | 20.970 | 20.970 | 20.970 |
| 1986 | | | | 20.232 | 20.232 | 20.232 |
| 1987 | | | | | 18.696 | 18.696 |
| 1988 | | | | | | 18.127 |
| Total | 23.920 | 46.331 | 67.301 | 87.533 | 106.229 | 124.356 |

Cuadro 2º: Niños a los que se envía la oferta del PADI

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|
| 1983 | 24.044 | 24.047 | 23.119 | 22.882 | 22.840 | 22.641 |
| 1984 | | 22.590 | 21.685 | 21.529 | 21.470 | 21.315 |
| 1985 | | | 20.970 | 20.828 | 20.831 | 20.682 |
| 1986 | | | | 19.403 | 19.177 | 18.998 |
| 1987 | | | | | 16.804 | 16.926 |
| 1988 | | | | | | 17.217 |
| Total | 24.044 | 46.637 | 65.774 | 84.642 | 101.122 | 117.779 |

Cuadro 3º: % de niños a los que se oferta / nacidos vivos

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|
| 1983 | 101% | 101% | 98% | 97% | 95% | 95% |
| 1984 | | 101% | 97% | 96% | 96% | 95% |
| 1985 | | | 100% | 99% | 99% | 99% |
| 1986 | | | | 96% | 95% | 94% |
| 1987 | | | | | 90% | 91% |
| 1988 | | | | | | 95% |
| Total | 101% | 101% | 98% | 97% | 95% | 95% |

La Tabla 33 detalla en el cuadro 1º el número de niños nacidos vivos en la CAPV en los años 1983-1988, según el Anuario Estadístico Vasco de 1990⁽⁵⁴⁾. En el cuadro 2º, el número de niños incluidos en la base de datos del Servicio Dental Comunitario en cada ejercicio, a todos los cuales (100%) se les ha remitido la oferta personalizada del PADI. El cuadro 3º señala el porcentaje que representa, por cohortes y en conjunto, los niños incluidos en la base del SDC sobre los nacidos vivos. Se aprecia que la proporción oscila en total entre un 101% y un 95%, lo que teniendo en cuenta la mortalidad infantil posible sobre los datos de niños nacidos vivos, y la emigración, negativa en la CAPV en los últimos años, sugiere que la oferta del PADI ha alcanzado cada año durante el período estudiado a la práctica totalidad de los niños residentes en el País Vasco.

5.2.2 Población que tiene asignado dentista de cabecera del PADI.

Se toma como indicador de que un niño tiene asignado un dentista de cabecera del PADI, el hecho de que haya completado al menos un **ciclo completo** de utilización del programa durante el período del estudio 1990-95. Es decir, que el usuario haya escogido libremente un dentista de cabecera de los incluidos en el cuadro facultativo en vigor y acudido con su Talón de Aceptación anual, el dentista de cabecera elegido haya aceptado al niño y remitido el citado Talón y la Hoja de Seguimiento correspondiente al Servicio Dental Comunitario, y que la Administración Sanitaria haya abonado la asistencia dispensada.

La Tabla 34 detalla el número de niños que tienen asignado un dentista de cabecera del PADI y el porcentaje que supone sobre el total de niños registrados en la Base del Servicio Dental Comunitario.

La Figura 16 ilustra estos datos y muestran que en 1995, entre un 73% y un 75% de todos los niños (a excepción de la última cohorte incorporada que tiene un 60,82%) ya han utilizado al menos una vez el PADI. En conjunto, 84.498 niños, el 71,74% del total a los que alguna vez se ha ofertado el PADI, lo han utilizado.

Tabla 34: Número de niños que han acudido a los dentistas del PADI.

Cuadro 1º: Niños a los que se envía la oferta del PADI

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|
| 1983 | 24.044 | 24.047 | 23.119 | 22.882 | 22.840 | 22.641 |
| 1984 | | 22.590 | 21.685 | 21.529 | 21.470 | 21.315 |
| 1985 | | | 20.970 | 20.828 | 20.831 | 20.682 |
| 1986 | | | | 19.403 | 19.177 | 18.998 |
| 1987 | | | | | 16.804 | 16.926 |
| 1988 | | | | | | 17.217 |
| Total | 24.044 | 46.637 | 65.774 | 84.642 | 101.122 | 117.779 |

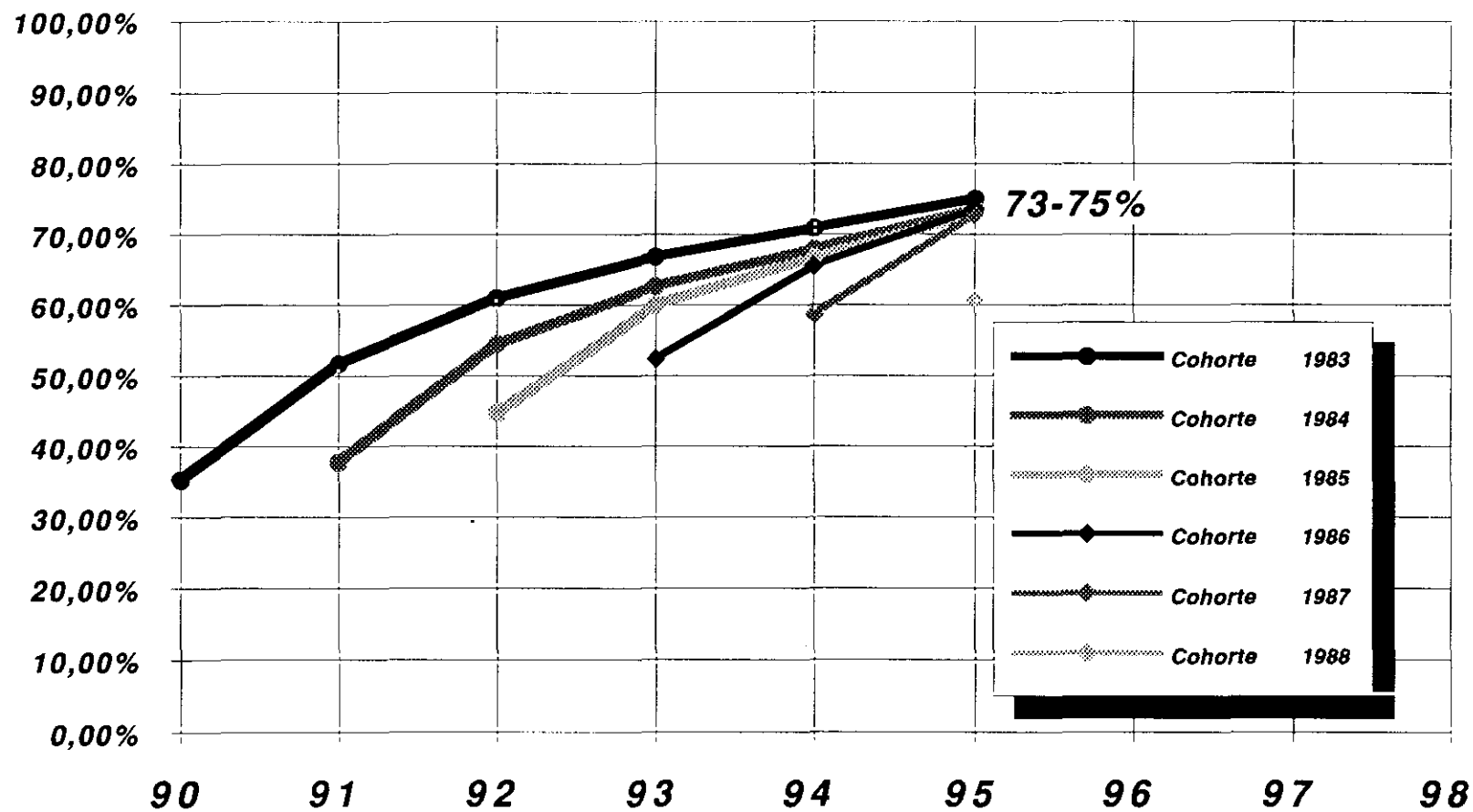
Cuadro 2º: Niños que han utilizado el PADI alguna vez

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1983 | 8.468 | 12.420 | 14.108 | 15.302 | 16.181 | 16.999 |
| 1984 | | 8.517 | 11.816 | 13.489 | 14.577 | 15.670 |
| 1985 | | | 9.358 | 12.491 | 13.908 | 15.063 |
| 1986 | | | | 10.171 | 12.566 | 13.980 |
| 1987 | | | | | 9.872 | 12.314 |
| 1988 | | | | | | 10.472 |
| Total | 8.468 | 20.937 | 35.282 | 51.453 | 67.104 | 84.498 |

Cuadro 3º: % de niños que tienen dentista de cabecera

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 1983 | 35% | 52% | 61% | 67% | 71% | 75% |
| 1984 | | 38% | 54% | 63% | 68% | 74% |
| 1985 | | | 45% | 60% | 67% | 73% |
| 1986 | | | | 52% | 66% | 74% |
| 1987 | | | | | 59% | 73% |
| 1988 | | | | | | 61% |
| Total | 35% | 45% | 54% | 61% | 66% | 72% |

Figura 16: Evolución acumulativa de la cuota de utilización del PADI en el periodo 1990-1995.



5.2.3 Asistencia básica dental financiada con fondos públicos.

Durante el período 1990-95 la totalidad de la asistencia dental contemplada en el Decreto 118/90 ha sido financiada con cargo a los presupuestos de Osakidetza. No obstante, el incremento del gasto público en la asistencia básica dental de los niños está evolucionando más lentamente de lo previsto. Así, en el ejercicio 1995 se destinaron sólo 454 millones frente a los 788 previstos.

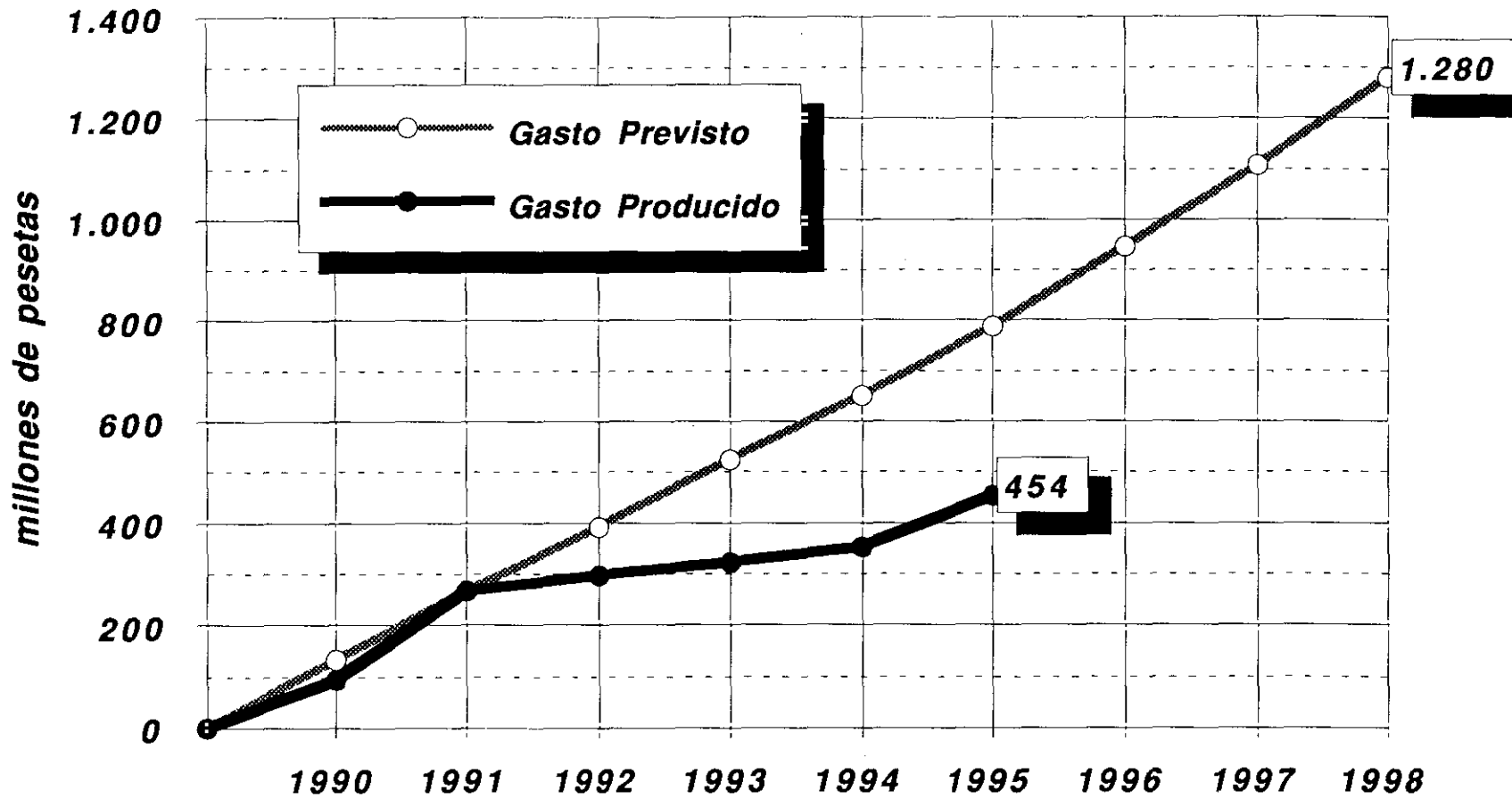
Tabla 35: Coste previsto y presupuesto finalmente destinado al PADI.

| Coste previsto en el desarrollo incremental del PADI (Decreto 118/90) | | | | |
|---|-------------|-------------|---------------|---------------|
| | Nº de niños | Gestión | Asistencia | Total PADI |
| 1990 | 24.043 | 12.021.500 | 120.215.000 | 132.236.500 |
| 1991 | 46.636 | 24.250.720 | 242.507.200 | 266.757.920 |
| 1992 | 65.773 | 35.570.038 | 355.700.384 | 391.270.422 |
| 1993 | 84.642 | 47.605.369 | 476.053.693 | 523.659.063 |
| 1994 | 101.122 | 59.149.219 | 591.492.187 | 650.641.405 |
| 1995 | 117.778 | 71.647.473 | 716.474.728 | 788.122.200 |
| 1996 | 136.000 | 86.041.693 | 860.416.933 | 946.458.626 |
| 1997 | 153.000 | 100.688.781 | 1.006.687.811 | 1.107.356.592 |
| 1998 | 170.000 | 116.328.369 | 1.163.283.693 | 1.279.612.062 |

| Presupuesto finalmente destinado al PADI en los ejercicios 1990-1995 | | | | |
|--|-------------|------------|-------------|-------------|
| | Nº de niños | Gestión | Asistencia | Total PADI |
| 1990 | 24.043 | 17.735.476 | 75.011.333 | 92.746.809 |
| 1991 | 46.636 | 43.580.132 | 223.268.500 | 266.848.632 |
| 1992 | 65.773 | 41.012.399 | 255.990.500 | 297.002.899 |
| 1993 | 84.642 | 42.306.041 | 280.018.020 | 322.324.061 |
| 1994 | 101.122 | 45.053.130 | 307.797.155 | 352.850.285 |
| 1995 | 117.778 | 48.010.685 | 405.548.543 | 453.559.228 |
| 1996 | | | | |
| 1997 | | | | |
| 1998 | | | | |

La Tabla 35 detalla la **previsión presupuestaria** necesaria durante la fase de desarrollo incremental para alcanzar la cobertura de la totalidad de la población según dispone el Decreto 118/90. Junto a ello se detalla el **presupuesto destinado** finalmente en el período 1990-95. La Tabla 35 y la Figura 17 presentan los datos en pesetas corrientes.

Figura 17: Evolución del presupuesto, previsto y destinado, para el cumplimiento del Decreto 118/90.



5.2.4 Población que acude cada año al PADI.

Se toma como indicador de que un niño ha acudido en un año determinado al PADI, el haber completado el ciclo completo de utilización del programa durante el año concreto. Es decir, que el usuario haya acudido con su Talón de Aceptación anual al dentista de cabecera elegido, éste haya aceptado al niño y remitido el citado Talón y la Hoja de Seguimiento correspondiente al Servicio Dental Comunitario, y que Osakidetza haya abonado la asistencia dispensada.

La Tabla 36 presenta, por cohorte, en el primer cuadro, el número de niños que acuden cada año a los dentistas de cabecera del SDC de Osakidetza y en el segundo cuadro los que acuden a los DDCs habilitados. El tercer cuadro muestra el total del PADI.

La Tabla 37 detalla el porcentaje, la **cuota de utilización**, por cohorte y ejercicio, sobre la población potencial de cada año. La Figura 18 ilustra estos datos que muestran un incremento en el período 1990-1995, su utilización anual en más de 10.000 clientes cada ejercicio, junto a un aumento sostenido en la cuota de utilización.

La Tabla 39 presenta en cada ejercicio la **frecuentación**, el promedio de años en que los niños de cada cohorte utilizan el PADI. El primer cuadro muestra los resultados correspondientes a los niños que acuden todos los años, la "utilización constante". El segundo cuadro se refiere en cada año a la "utilización intermitente", la de todos los demás niños que han acudido al PADI.

La Tabla 38 presenta previamente el número total de niños de cada cohorte incluidos en los diferentes patrones de utilización citados. La Figura 19 lo representa gráficamente junto a los de "utilización nula".

La Figura 20 muestra para su comparación la evolución de cada conjunto de niños incluidos en los patrones de utilización constante e intermitente. Se observa que en 1995, los niños de 1983 de "utilización intermitente" tienen un promedio de 3,14 ejercicios de utilización del PADI, frente a los 6 de los de "utilización constante".

Tabla 36: Número de niños que acuden al PADI en cada ejercicio.

Cuadro 1º: Niños que acuden al SDC de Osakidetza

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1983 | 4.352 | 5.741 | 6.442 | 6.702 | 6.716 | 5.749 |
| 1984 | | 4.961 | 5.741 | 6.121 | 6.191 | 5.501 |
| 1985 | | | 5.731 | 6.468 | 6.231 | 5.377 |
| 1986 | | | | 6.113 | 6.030 | 5.089 |
| 1987 | | | | | 5.441 | 4.698 |
| 1988 | | | | | | 4.170 |
| Total | 4.352 | 10.702 | 17.914 | 25.404 | 30.609 | 30.584 |

Cuadro 2º: Niños que acuden a los DDCs habilitados

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1983 | 4.114 | 4.029 | 4.386 | 4.636 | 5.053 | 6.256 |
| 1984 | | 3.927 | 4.097 | 4.187 | 4.690 | 6.081 |
| 1985 | | | 3.729 | 4.158 | 4.624 | 6.015 |
| 1986 | | | | 4.067 | 4.612 | 5.997 |
| 1987 | | | | | 4.434 | 5.983 |
| 1988 | | | | | | 6.305 |
| Total | 4.114 | 7.956 | 12.212 | 17.048 | 23.413 | 36.637 |

Cuadro 3º: Niños que acuden a los dentistas del PADI

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1983 | 8.466 | 9.770 | 10.828 | 11.338 | 11.769 | 12.005 |
| 1984 | | 8.888 | 9.838 | 10.308 | 10.881 | 11.582 |
| 1985 | | | 9.460 | 10.626 | 10.855 | 11.392 |
| 1986 | | | | 10.180 | 10.642 | 11.086 |
| 1987 | | | | | 9.875 | 10.681 |
| 1988 | | | | | | 10.475 |
| Total | 8.466 | 18.658 | 30.126 | 42.452 | 54.022 | 67.221 |

Tabla 37: Porcentaje de utilización (cuota) del PADI en cada ejercicio.

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1983 | 35,21% | 40,64% | 46,85% | 49,56% | 51,54% | 53,04% |
| 1984 | | 39,34% | 45,37% | 47,88% | 50,68% | 54,34% |
| 1985 | | | 45,10% | 51,02% | 52,12% | 55,10% |
| 1986 | | | | 52,44% | 55,46% | 58,33% |
| 1987 | | | | | 58,76% | 63,10% |
| 1988 | | | | | | 60,83% |
| Total | 35,21% | 40,01% | 45,80% | 50,15% | 53,42% | 57,07% |

Figura 18: Evolución del número de usuarios del PADI en cada ejercicio, por DDCs y SDCs.

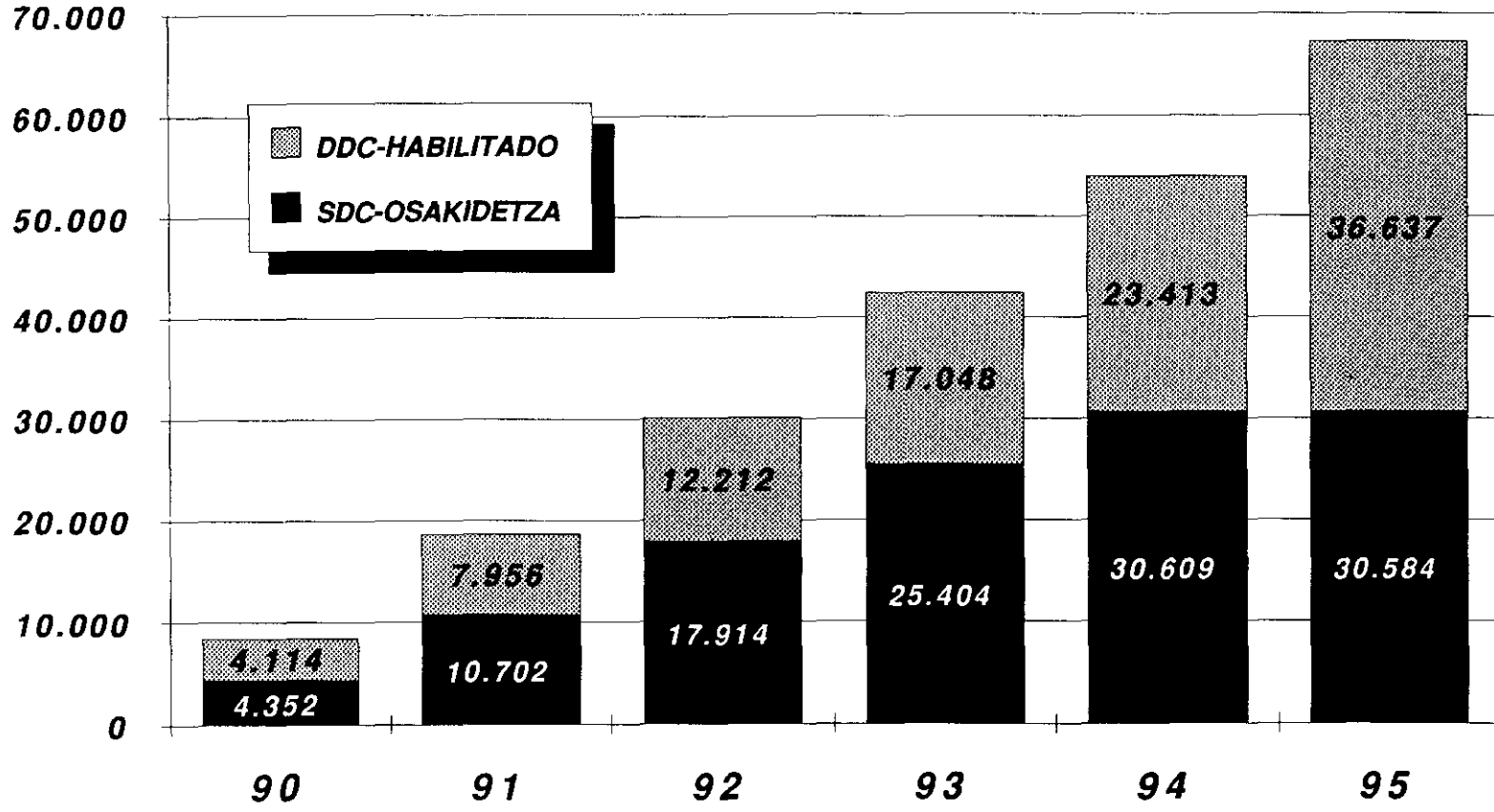


Tabla 38: Número de niños que utilizan el PADI de forma "constante" e "intermitente", en cada ejercicio.

Cuadro 1º: Utilización "constante" del PADI

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1983 | 8.466 | 5.801 | 4.934 | 4.387 | 3.987 | 3.630 |
| 1984 | | 8.517 | 6.538 | 5.524 | 4.915 | 4.470 |
| 1985 | | | 9.358 | 7.526 | 6.453 | 5.735 |
| 1986 | | | | 10.171 | 8.227 | 7.095 |
| 1987 | | | | | 9.872 | 8.209 |
| 1988 | | | | | | 10.472 |
| Total | 8.466 | 14.318 | 20.830 | 27.608 | 33.454 | 39.611 |

Cuadro 2º: Utilización "intermitente" del PADI

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|-----------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1983 | - | 6.619 | 9.174 | 10.915 | 12.194 | 13.369 |
| 1984 | | - | 5.278 | 7.965 | 9.662 | 11.200 |
| 1985 | | | - | 4.965 | 7.455 | 9.328 |
| 1986 | | | | - | 4.339 | 6.885 |
| 1987 | | | | | - | 4.105 |
| 1988 | | | | | | - |
| Total | - | 6.619 | 14.452 | 23.845 | 33.650 | 44.887 |

Figura 19: Evolución del número de niños que acuden al PADI cada año, según su tipo de utilización.

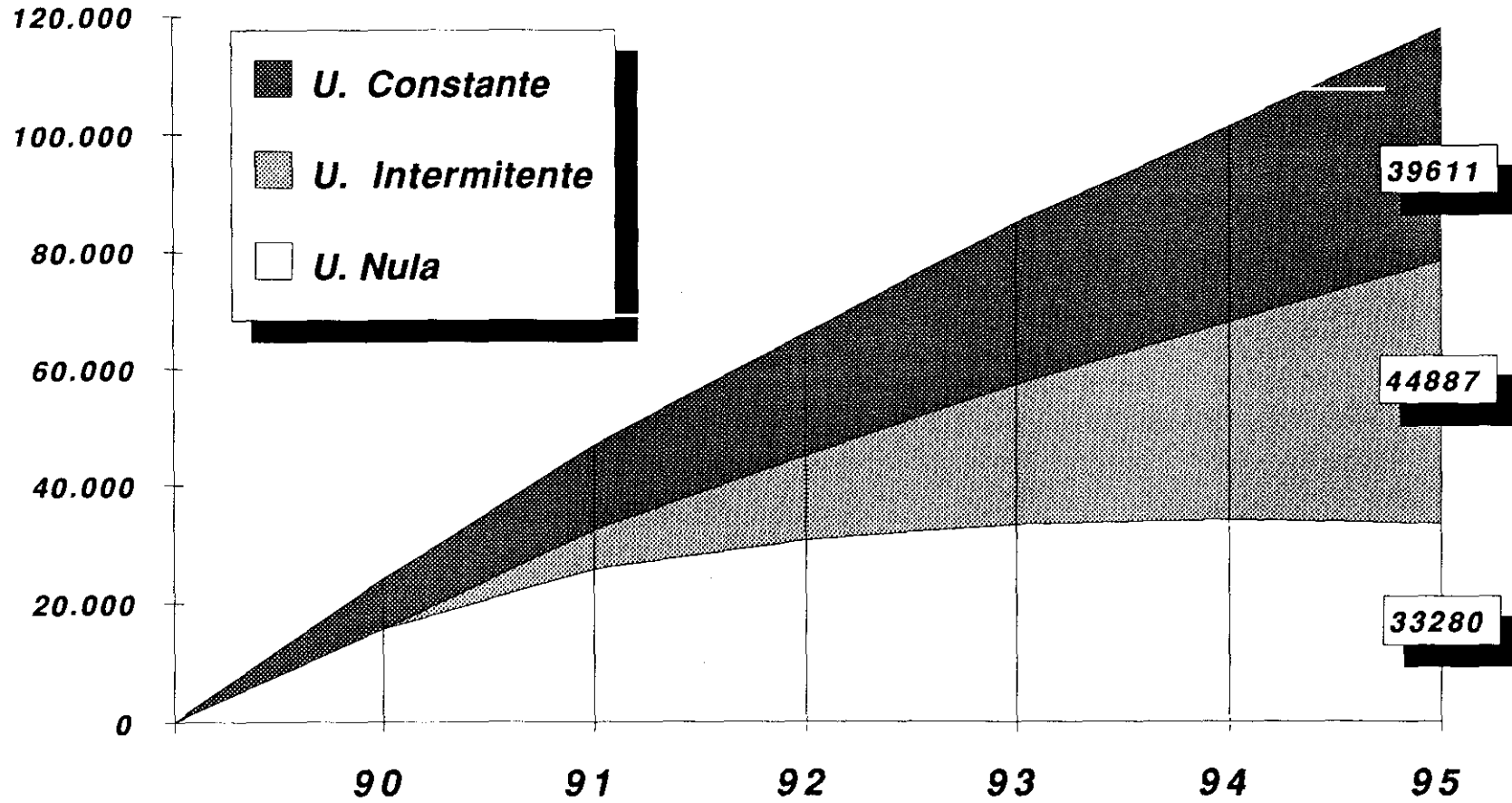


Tabla 39: Frecuentación del PADI por ejercicio, en los niños de utilización "constante" e "intermitente".

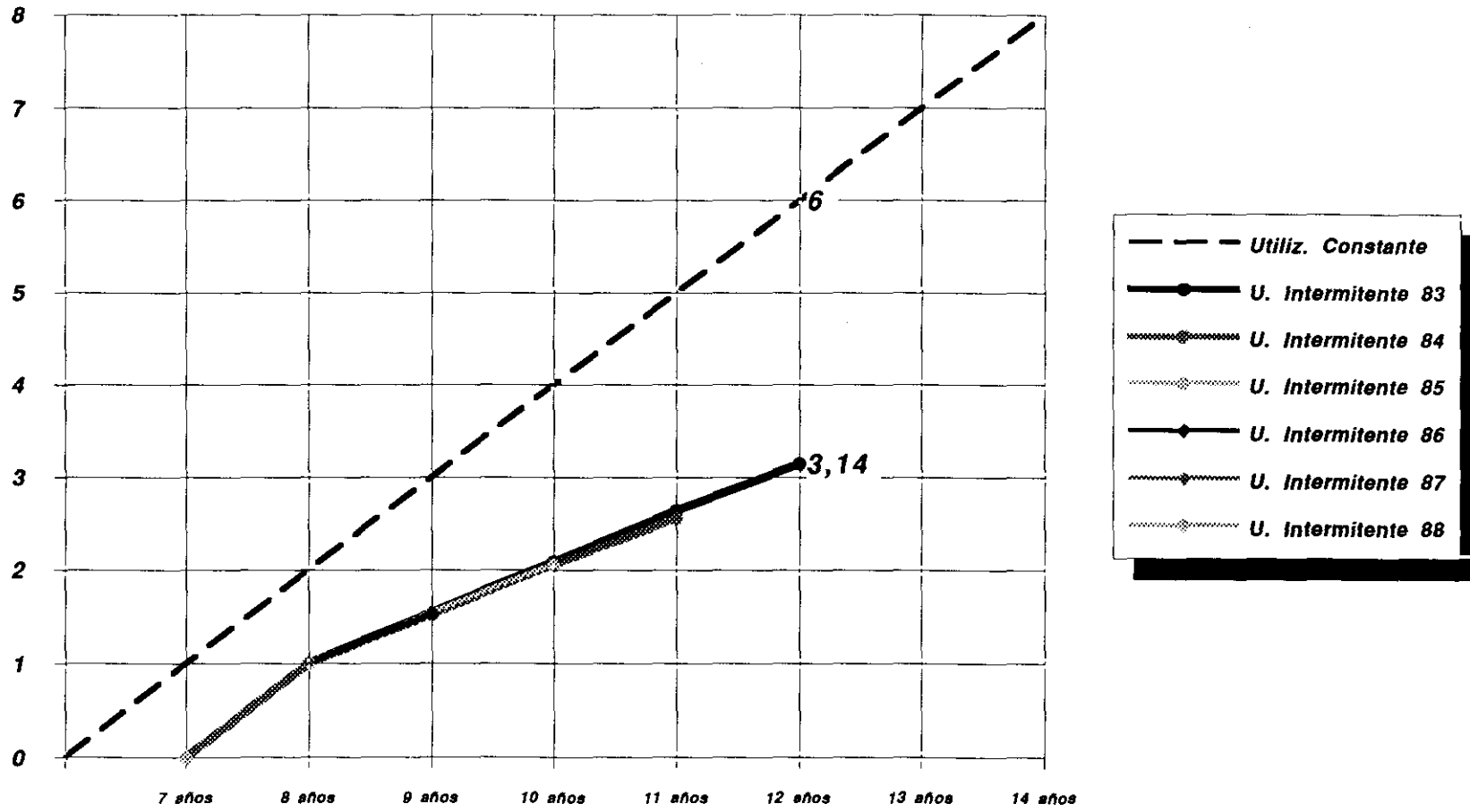
Cuadro 1º: Utilización "constante" del PADI

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1983 | 1,00 | 2,00 | 3,00 | 4,00 | 5,00 | 6,00 |
| 1984 | | 1,00 | 2,00 | 3,00 | 4,00 | 5,00 |
| 1985 | | | 1,00 | 2,00 | 3,00 | 4,00 |
| 1986 | | | | 1,00 | 2,00 | 3,00 |
| 1987 | | | | | 1,00 | 2,00 |
| 1988 | | | | | | 1,00 |
| Ut. media | 1,00 | 1,41 | 1,79 | 2,15 | 2,55 | 2,91 |

Cuadro 2º: Utilización "intermitente" del PADI

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1983 | - | 1,00 | 1,54 | 2,08 | 2,63 | 3,14 |
| 1984 | | - | 1,00 | 1,52 | 2,06 | 2,55 |
| 1985 | | | - | 1,00 | 1,55 | 2,06 |
| 1986 | | | | - | 1,00 | 1,53 |
| 1987 | | | | | - | 1,00 |
| 1988 | | | | | | - |
| Ut. media | - | 1,00 | 1,34 | 1,67 | 2,14 | 2,33 |

Figura 20: Evolución de la frecuentación del PADI, en los niños de utilización "constante" e "intermitente".



5.2.5 Asistencia preventiva y reparadora dispensada en el PADI.

La **Asistencia General** dispensada en cada uno de los seis **ejercicios** se presenta en la Tabla 40. Muestra que en el período 1990-95, sobre los 84.498 niños (utilización básica) de 6 a 12 años que han acudido al PADI se han realizado por los dentistas de cabecera (DDCs & SDCs) del cuadro facultativo 220.955 revisiones anuales, 206.092 selladores de fisuras, 53.532 obturaciones de piezas permanentes, 1.237 extracciones y 514 tratamientos pulpares, también de piezas permanentes.

El perfil asistencial que ello representa se detalla, por ejercicios, en la Tabla 41 y se muestra gráficamente en la Figura 21. En conjunto, los dentistas de cabecera (DDCs & SDCs) del cuadro facultativo del PADI han realizado cada año como promedio, por cada 100 niños atendidos, 93,28 selladores frente a 24,23 obturaciones en piezas permanentes, además de 0,56 extracciones y 0,23 tratamientos pulpares en piezas permanentes.

La cantidad de procedimientos preventivos (selladores) realizados frente a los reparadores (obturaciones, extracciones y trat. pulpares) en el período estudiado 1990-95 es casi cuatro (3,72) veces mayor.

La **Asistencia General** dispensada por el PADI se ha estudiado también agrupada por cada **cohorte** de edad. Lo que permite apreciar el tratamiento que les han dispensado sus dentistas de cabecera. La Tabla 42 muestra el volumen de la Asistencia General realizada durante estos años sobre cada cohorte.

La Tabla 43 lo detalla por perfiles asistenciales. La Figura 22 los representa gráficamente y permite apreciar que sobre los 16.999 niños (utilización básica) de la cohorte 1983, que cumplían 12 años en el ejercicio 1995 (la primera cohorte de edad que se incluyó en el PADI y que tiene 6 ejercicios de experiencia asistencial), se ha realizado un promedio de 3,8 revisiones anuales y 3,7 selladores de fisuras. Además, por cada 100 niños ha sido preciso hacer 3,55 extracciones y 1,52 tratamientos pulpares en piezas permanentes.

Tabla 40: Asistencia General, en volumen, dispensada por DDCs y SDCs, por ejercicio.

Asistencia General dispensada por los DDCs-HABILITADOS

| EJERCICIO | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | TOTAL |
|---------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|---------|
| REVISIONES | 4.114 | 7.956 | 12.212 | 17.048 | 23.413 | 36.637 | 101.380 |
| SELLADORES | 4.992 | 8.531 | 11.250 | 13.691 | 16.948 | 30.546 | 85.958 |
| OBTURACIONES | 1.237 | 1.583 | 2.537 | 3.629 | 4.875 | 10.977 | 24.838 |
| EXTRACCIONES | 13 | 14 | 25 | 47 | 129 | 224 | 452 |
| TRs. PULPARES | 4 | 25 | 32 | 13 | 53 | 115 | 242 |

Asistencia General dispensada por los SDCs-OSAKIDETZA

| EJERCICIO | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | TOTAL |
|---------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| REVISIONES | 4.352 | 10.702 | 17.914 | 25.404 | 30.609 | 30.584 | 119.565 |
| SELLADORES | 6.305 | 15.806 | 19.715 | 22.257 | 27.895 | 28.156 | 120.134 |
| OBTURACIONES | 1.119 | 2.368 | 4.274 | 6.203 | 6.827 | 7.903 | 28.694 |
| EXTRACCIONES | 13 | 45 | 54 | 156 | 236 | 281 | 785 |
| TRs. PULPARES | 1 | 28 | 44 | 42 | 60 | 97 | 272 |

Asistencia General dispensada por el PADI

| EJERCICIO | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | TOTAL |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| REVISIONES | 8.466 | 18.658 | 30.126 | 42.452 | 54.022 | 67.221 | 220.945 |
| SELLADORES | 11.297 | 24.337 | 30.965 | 35.948 | 44.843 | 58.702 | 206.092 |
| OBTURACIONES | 2.356 | 3.951 | 6.811 | 9.832 | 11.702 | 18.880 | 53.532 |
| EXTRACCIONES | 26 | 59 | 79 | 203 | 365 | 505 | 1.237 |
| TRs. PULPARES | 5 | 53 | 76 | 55 | 113 | 212 | 514 |

Tabla 41: Perfil de la Asistencia General dispensada por DDCs y SDCs, por ejercicio.

| Perfil de la Asistencia General dispensada por los DDCs-HABILITADOS | | | | | | | |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| EJERCICIO | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | Promedio |
| REVISIONES | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| SELLADORES | 121,34% | 107,23% | 92,12% | 80,31% | 72,39% | 83,37% | 84,79% |
| OBTURACIONES | 30,07% | 19,90% | 20,77% | 21,29% | 20,82% | 29,96% | 24,50% |
| EXTRACCIONES | 0,32% | 0,18% | 0,20% | 0,28% | 0,55% | 0,61% | 0,45% |
| TRS. PULPARES | 0,10% | 0,31% | 0,26% | 0,08% | 0,23% | 0,31% | 0,24% |

| Perfil de la Asistencia General dispensada por los SDCs-OSAKIDETZA | | | | | | | |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| EJERCICIO | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | Promedio |
| REVISIONES | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| SELLADORES | 144,88% | 147,69% | 110,05% | 87,61% | 91,13% | 92,06% | 100,48% |
| OBTURACIONES | 25,71% | 22,13% | 23,86% | 24,42% | 22,30% | 25,84% | 24,00% |
| EXTRACCIONES | 0,30% | 0,42% | 0,30% | 0,61% | 0,77% | 0,92% | 0,66% |
| TRS. PULPARES | 0,02% | 0,26% | 0,25% | 0,17% | 0,20% | 0,32% | 0,23% |

| Perfil de la Asistencia General del PADI | | | | | | | |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| EJERCICIO | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | Promedio |
| REVISIONES | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| SELLADORES | 133,44% | 130,44% | 102,78% | 84,68% | 83,01% | 87,33% | 93,28% |
| OBTURACIONES | 27,83% | 21,18% | 22,61% | 23,16% | 21,66% | 28,09% | 24,23% |
| EXTRACCIONES | 0,31% | 0,32% | 0,26% | 0,48% | 0,68% | 0,75% | 0,56% |
| TRS. PULPARES | 0,06% | 0,28% | 0,25% | 0,13% | 0,21% | 0,32% | 0,23% |

Figura 21: Perfil de la Asistencia General por cada 100 niños atendidos en el PADI, por ejercicio.

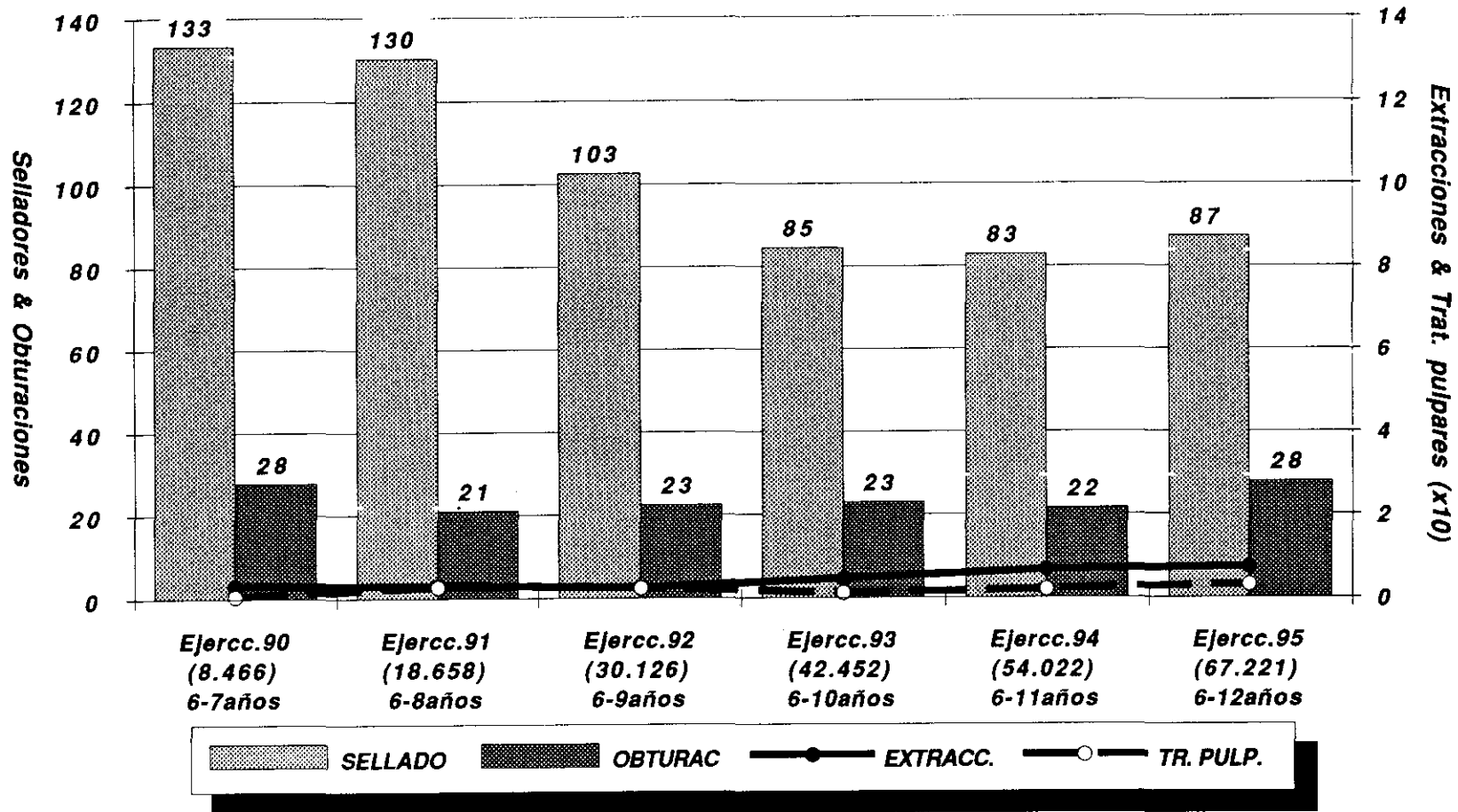


Tabla 42: Asistencia General, en volumen, dispensada por DDCs y SDCs, por cohorte.

Asistencia General dispensada por los DDCs-HABILITADOS

| COHORTE | Cohorte 83 | Cohorte 84 | Cohorte 85 | Cohorte 86 | Cohorte 87 | Cohorte 88 | TOTAL |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------|
| REVISIONES | 28.474 | 22.982 | 18.526 | 14.676 | 10.417 | 6.305 | 101.380 |
| SELLADORES | 23.711 | 18.237 | 15.383 | 12.539 | 9.806 | 6.282 | 85.958 |
| OBTURACIONES | 8.993 | 6.006 | 4.304 | 3.049 | 1.553 | 933 | 24.838 |
| EXTRACCIONES | 218 | 119 | 68 | 25 | 14 | 8 | 452 |
| TRs. PULPARES | 108 | 71 | 36 | 12 | 7 | 8 | 242 |

Asistencia General dispensada por los SDCs-OSAKIDETZA

| COHORTE | Cohorte 83 | Cohorte 84 | Cohorte 85 | Cohorte 86 | Cohorte 87 | Cohorte 88 | TOTAL |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------|
| REVISIONES | 35.702 | 28.515 | 23.807 | 17.232 | 10.139 | 4.170 | 119.565 |
| SELLADORES | 40.026 | 27.694 | 21.535 | 15.764 | 10.561 | 4.554 | 120.134 |
| OBTURACIONES | 11.424 | 7.403 | 5.068 | 3.078 | 1.198 | 523 | 28.694 |
| EXTRACCIONES | 386 | 218 | 120 | 47 | 10 | 4 | 785 |
| TRs. PULPARES | 150 | 54 | 37 | 24 | 7 | 0 | 272 |

Asistencia General dispensada por el PADI

| COHORTE | Cohorte 83 | Cohorte 84 | Cohorte 85 | Cohorte 86 | Cohorte 87 | Cohorte 88 | TOTAL |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------|
| REVISIONES | 64.176 | 51.497 | 42.333 | 31.908 | 20.556 | 10.475 | 220.945 |
| SELLADORES | 63.737 | 45.931 | 36.918 | 28.303 | 20.367 | 10.836 | 206.092 |
| OBTURACIONES | 20.417 | 13.409 | 9.372 | 6.127 | 2.751 | 1.456 | 53.532 |
| EXTRACCIONES | 604 | 337 | 188 | 72 | 24 | 12 | 1.237 |
| TRs. PULPARES | 258 | 125 | 73 | 36 | 14 | 8 | 514 |

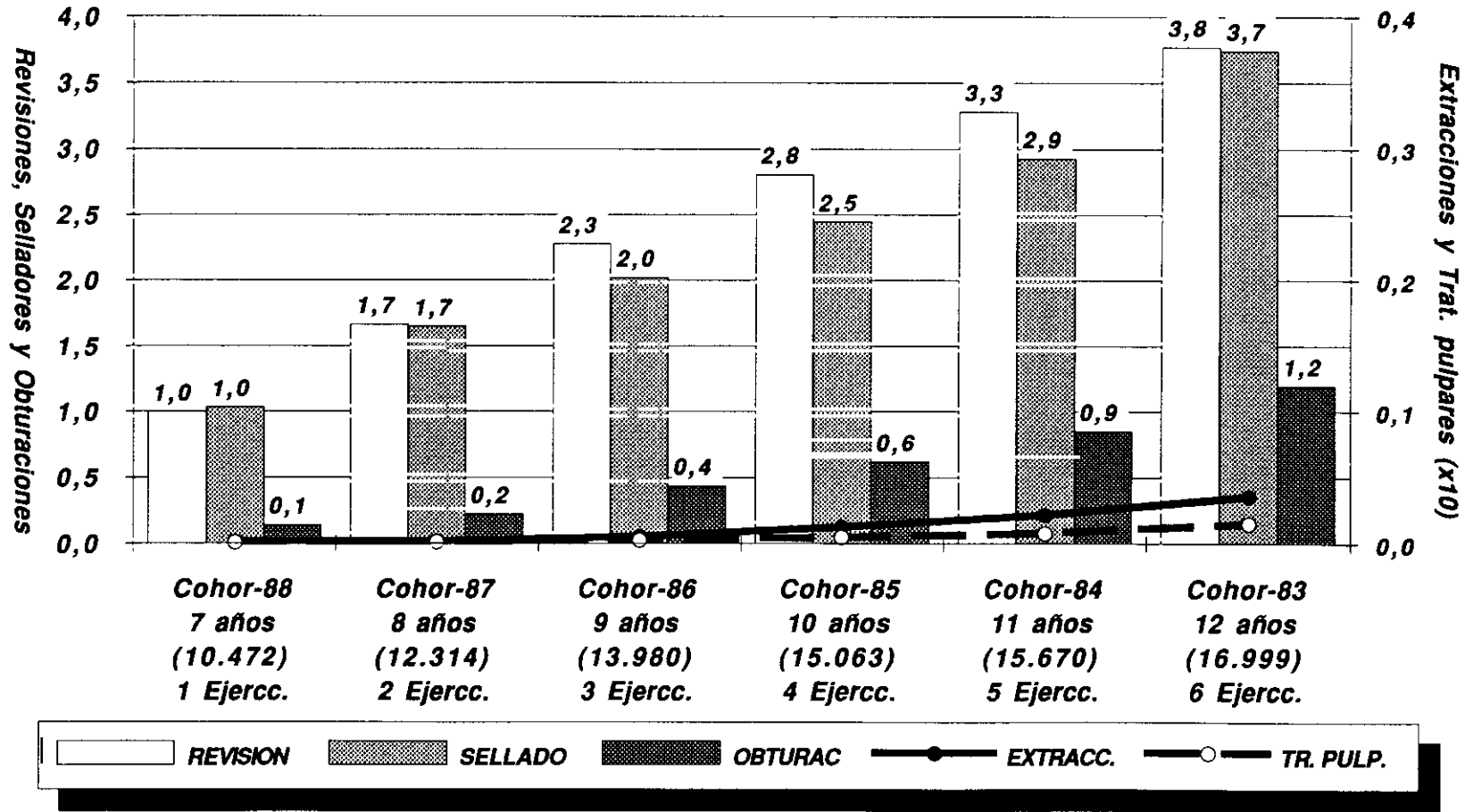
Tabla 43: Perfil de la Asistencia General dispensada por DDCs y SDCs, por cohorte.

| COHORTE | Perfil de la Asistencia General dispensada por los DDCs-HABILITADOS | | | | | | |
|---------------|---|------------|------------|------------|------------|------------|----------|
| | Cohorte 83 | Cohorte 84 | Cohorte 85 | Cohorte 86 | Cohorte 87 | Cohorte 88 | Promedio |
| REVISIONES | 377,53% | 328,63% | 281,04% | 228,24% | 166,93% | 100,00% | 261,48% |
| SELLADORES | 314,39% | 260,79% | 233,36% | 195,01% | 157,15% | 99,64% | 221,70% |
| OBTURACIONES | 119,24% | 85,89% | 65,29% | 47,42% | 24,89% | 14,80% | 64,06% |
| EXTRACCIONES | 2,89% | 1,70% | 1,03% | 0,39% | 0,22% | 0,13% | 1,17% |
| TRs. PULPARES | 1,43% | 1,02% | 0,55% | 0,19% | 0,11% | 0,13% | 0,62% |

| COHORTE | Perfil de la Asistencia General dispensada por los SDCs-OSAKIDETZA | | | | | | |
|---------------|--|------------|------------|------------|------------|------------|----------|
| | Cohorte 83 | Cohorte 84 | Cohorte 85 | Cohorte 86 | Cohorte 87 | Cohorte 88 | Promedio |
| REVISIONES | 377,53% | 328,63% | 281,04% | 228,24% | 166,93% | 100,00% | 261,48% |
| SELLADORES | 423,24% | 319,17% | 254,22% | 208,79% | 173,87% | 109,21% | 262,73% |
| OBTURACIONES | 120,80% | 85,32% | 59,83% | 40,77% | 19,72% | 12,54% | 62,75% |
| EXTRACCIONES | 4,08% | 2,51% | 1,42% | 0,62% | 0,16% | 0,10% | 1,72% |
| TRs. PULPARES | 1,59% | 0,62% | 0,44% | 0,32% | 0,12% | 0,00% | 0,59% |

| COHORTE | Perfil de la Asistencia General del PADI | | | | | | |
|---------------|--|------------|------------|------------|------------|------------|----------|
| | Cohorte 83 | Cohorte 84 | Cohorte 85 | Cohorte 86 | Cohorte 87 | Cohorte 88 | Promedio |
| REVISIONES | 377,53% | 328,63% | 281,04% | 228,24% | 166,93% | 100,00% | 261,48% |
| SELLADORES | 374,95% | 293,11% | 245,09% | 202,45% | 165,40% | 103,45% | 243,90% |
| OBTURACIONES | 120,11% | 85,57% | 62,22% | 43,83% | 22,34% | 13,90% | 63,35% |
| EXTRACCIONES | 3,55% | 2,15% | 1,25% | 0,52% | 0,19% | 0,11% | 1,46% |
| TRs. PULPARES | 1,52% | 0,80% | 0,48% | 0,26% | 0,11% | 0,08% | 0,61% |

Figura 22: Perfil de la Asistencia General por cada 100 niños atendidos en el PADI, por cohorte.



La **Asistencia Adicional** dispensada en cada uno de los seis **ejercicios** se presenta en la Tabla 44. Muestra que en el período 90-95, sobre los 84.498 niños (utilización básica) de 6 a 12 años que han acudido al PADI se han realizado por los dentistas de cabecera (DDCs & SDCs) del cuadro facultativo 3.110 obturaciones (IM o ID) y 1.822 reconstrucciones de incisivos con traumatismos o malformaciones. Además 198 sesiones de apicoformación, 308 endodoncias y 28 coronas, también de incisivos, fueron necesarias por igual motivo.

El perfil asistencial que ello representa se detalla, por ejercicios, en la Tabla 45 y se muestra gráficamente en la Figura 23. En conjunto, los dentistas de cabecera (DDCs & SDCs) del cuadro facultativo del PADI han relizado cada año como promedio, por cada 100 niños atendidos, 1,41 obturaciones (IM o ID) y 0,82 reconstrucciones de incisivos con traumatismos o malformaciones. Además 0,09 sesiones de apicoformación, 0,14 endodoncias y 0,01 coronas, también de incisivos, fueron necesarias por igual motivo.

Los procedimientos asistenciales de la Asistencia Adicional suponen una pequeña parte del total de la asistencia dispensada por el PADI. La Tabla 21 muestra que su costo en la facturación de los DDCs habilitados no alcanza en cada uno de los ejercicios estudiados, el 5% del total abonado.

La **Asistencia Adicional** dispensada por el PADI se ha estudiado también agrupada por cada **cohorte** de edad. La Tabla 46 muestra el volumen de la Asistencia Adicional realizada durante estos años sobre cada grupo de edad.

La Tabla 47 lo detalla por perfiles asistenciales. La Figura 24 representa gráficamente que por cada 100 niños de los 16.999 niños (utilización básica) de la cohorte 1983, que cumplían 12 años en el ejercicio 1995, se ha realizado un promedio de 6,15 obturaciones (IM o ID) y 3,55 reconstrucciones de incisivos con traumatismos o malformaciones. Además 0,35 sesiones de apicoformación, 0,87 endodoncias y 0,12 coronas, también de incisivos, fueron necesarias por igual motivo.

Tabla 44: Asistencia Adicional, en volumen, dispensada por DDCs y SDCs, por ejercicio.

Asistencia Adicional dispensada por los DDCs-HABILITADOS

| EJERCICIO | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | TOTAL |
|----------------|------|------|------|------|------|------|-------|
| OBTURACION | 17 | 55 | 131 | 205 | 522 | 574 | 1.504 |
| RECONSTRUCCION | 12 | 31 | 78 | 124 | 244 | 286 | 775 |
| APICIFORMACION | 0 | 3 | 20 | 38 | 30 | 12 | 103 |
| ENDODONCIA | 3 | 1 | 11 | 35 | 41 | 52 | 143 |
| CORONA | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 4 |

Asistencia Adicional dispensada por los SDCs-OSAKIDETZA

| EJERCICIO | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | TOTAL |
|----------------|------|------|------|------|------|------|-------|
| OBTURACION | 55 | 80 | 257 | 434 | 313 | 467 | 1.606 |
| RECONSTRUCCION | 20 | 36 | 101 | 181 | 213 | 496 | 1.047 |
| APICIFORMACION | 1 | 4 | 7 | 28 | 19 | 36 | 95 |
| ENDODONCIA | 0 | 1 | 7 | 26 | 28 | 103 | 165 |
| CORONA | 9 | 6 | 0 | 2 | 1 | 6 | 24 |

Asistencia Adicional dispensada por el PADI

| EJERCICIO | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | TOTAL |
|----------------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| OBTURACION | 72 | 135 | 388 | 639 | 835 | 1.041 | 3.110 |
| RECONSTRUCCION | 32 | 67 | 179 | 305 | 457 | 782 | 1.822 |
| APICIFORMACION | 1 | 7 | 27 | 66 | 49 | 48 | 198 |
| ENDODONCIA | 3 | 2 | 18 | 61 | 69 | 155 | 308 |
| CORONA | 9 | 7 | 0 | 4 | 2 | 6 | 28 |

Tabla 45: Perfil de la Asistencia Adicional dispensada por DDCs y SDCs, por ejercicio.

Perfil de la Asistencia Adicional dispensada por los DDCs-HABILITADOS

| EJERCICIO | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | Promedio |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| OBTURACION | 0,41% | 0,69% | 1,07% | 1,20% | 2,23% | 1,57% | 1,48% |
| RECONSTRUCCION | 0,29% | 0,39% | 0,64% | 0,73% | 1,04% | 0,78% | 0,76% |
| APICIFORMACION | 0,00% | 0,04% | 0,16% | 0,22% | 0,13% | 0,03% | 0,10% |
| ENDODONCIA | 0,07% | 0,01% | 0,09% | 0,21% | 0,18% | 0,14% | 0,14% |
| CORONA | 0,00% | 0,01% | 0,00% | 0,01% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |

Perfil de la Asistencia Adicional dispensada por los SDCs-OSAKIDETZA

| EJERCICIO | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | Promedio |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| OBTURACION | 1,26% | 0,75% | 1,43% | 1,71% | 1,02% | 1,53% | 1,34% |
| RECONSTRUCCION | 0,46% | 0,34% | 0,56% | 0,71% | 0,70% | 1,62% | 0,88% |
| APICIFORMACION | 0,02% | 0,04% | 0,04% | 0,11% | 0,06% | 0,12% | 0,08% |
| ENDODONCIA | 0,00% | 0,01% | 0,04% | 0,10% | 0,09% | 0,34% | 0,14% |
| CORONA | 0,21% | 0,06% | 0,00% | 0,01% | 0,00% | 0,02% | 0,02% |

Perfil de la Asistencia Adicional del PADI

| EJERCICIO | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | Promedio |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| OBTURACION | 0,85% | 0,72% | 1,29% | 1,51% | 1,55% | 1,55% | 1,41% |
| RECONSTRUCCION | 0,38% | 0,36% | 0,59% | 0,72% | 0,85% | 1,16% | 0,82% |
| APICIFORMACION | 0,01% | 0,04% | 0,09% | 0,16% | 0,09% | 0,07% | 0,09% |
| ENDODONCIA | 0,04% | 0,01% | 0,06% | 0,14% | 0,13% | 0,23% | 0,14% |
| CORONA | 0,11% | 0,04% | 0,00% | 0,01% | 0,00% | 0,01% | 0,01% |

Figura 23: Perfil de la Asistencia Adicional por cada 100 niños atendidos en el PADI, por ejercicio.

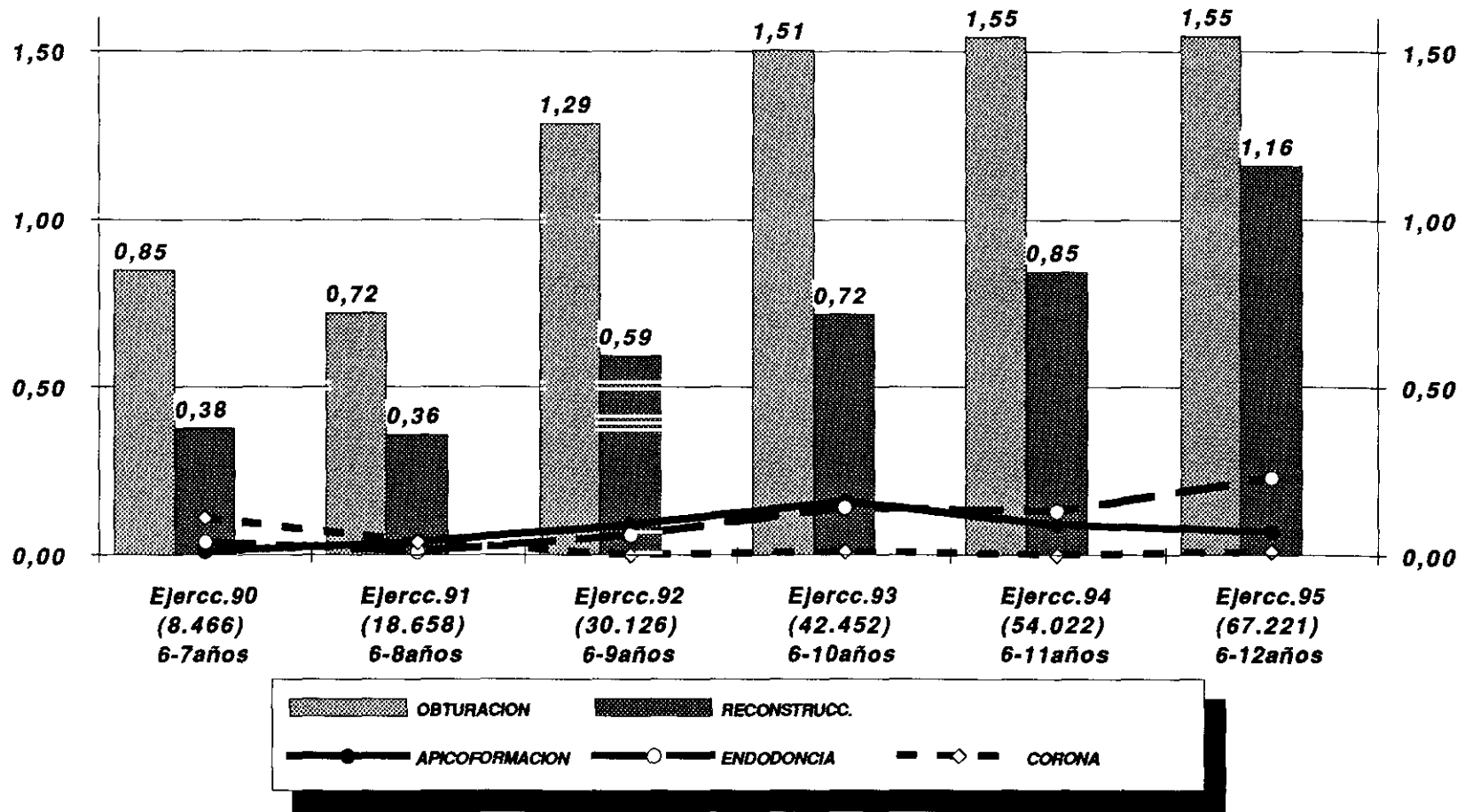


Tabla 46: Asistencia Adicional, en volumen, dispensada por DDCs y SDCs, por cohorte.

Asistencia Adicional dispensada por los DDCs-HABILITADOS

| COHORTE | Cohorte 83 | Cohorte 84 | Cohorte 85 | Cohorte 86 | Cohorte 87 | Cohorte 88 | TOTAL |
|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------|
| OBTURACION | 457 | 400 | 350 | 185 | 95 | 17 | 1.504 |
| RECONSTRUCCION | 283 | 192 | 163 | 74 | 59 | 4 | 775 |
| APICIFORMACION | 34 | 37 | 27 | 2 | 3 | 0 | 103 |
| ENDODONCIA | 78 | 36 | 22 | 5 | 2 | 0 | 143 |
| CORONA | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 |

Asistencia Adicional dispensada por los SDCs-OSAKIDETZA

| COHORTE | Cohorte 83 | Cohorte 84 | Cohorte 85 | Cohorte 86 | Cohorte 87 | Cohorte 88 | TOTAL |
|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------|
| OBTURACION | 589 | 439 | 308 | 173 | 77 | 20 | 1.606 |
| RECONSTRUCCION | 321 | 271 | 195 | 127 | 96 | 37 | 1.047 |
| APICIFORMACION | 25 | 24 | 24 | 9 | 12 | 1 | 95 |
| ENDODONCIA | 70 | 40 | 35 | 13 | 7 | 0 | 165 |
| CORONA | 19 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 24 |

Asistencia Adicional dispensada por el PADI

| COHORTE | Cohorte 83 | Cohorte 84 | Cohorte 85 | Cohorte 86 | Cohorte 87 | Cohorte 88 | TOTAL |
|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------|
| OBTURACION | 1.046 | 839 | 658 | 358 | 172 | 37 | 3.110 |
| RECONSTRUCCION | 604 | 463 | 358 | 201 | 155 | 41 | 1.822 |
| APICIFORMACION | 59 | 61 | 51 | 11 | 15 | 1 | 198 |
| ENDODONCIA | 148 | 76 | 57 | 18 | 9 | 0 | 308 |
| CORONA | 21 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 | 28 |

Tabla 47: Perfil de la Asistencia Adicional dispensada por DDCs y SDCs, por cohorte.

Perfil de la Asistencia Adicional dispensada por los DDCs-HABILITADOS

| COHORTE | Cohorte 83 | Cohorte 84 | Cohorte 85 | Cohorte 86 | Cohorte 87 | Cohorte 88 | Promedio |
|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|
| OBTURACION | 6,06% | 5,72% | 5,31% | 2,88% | 1,52% | 0,27% | 3,88% |
| RECONSTRUCCION | 3,75% | 2,75% | 2,47% | 1,15% | 0,95% | 0,06% | 2,00% |
| APICIFORMACION | 0,45% | 0,53% | 0,41% | 0,03% | 0,05% | 0,00% | 0,27% |
| ENDODONCIA | 1,03% | 0,51% | 0,33% | 0,08% | 0,03% | 0,00% | 0,37% |
| CORONA | 0,03% | 0,01% | 0,00% | 0,02% | 0,00% | 0,00% | 0,01% |

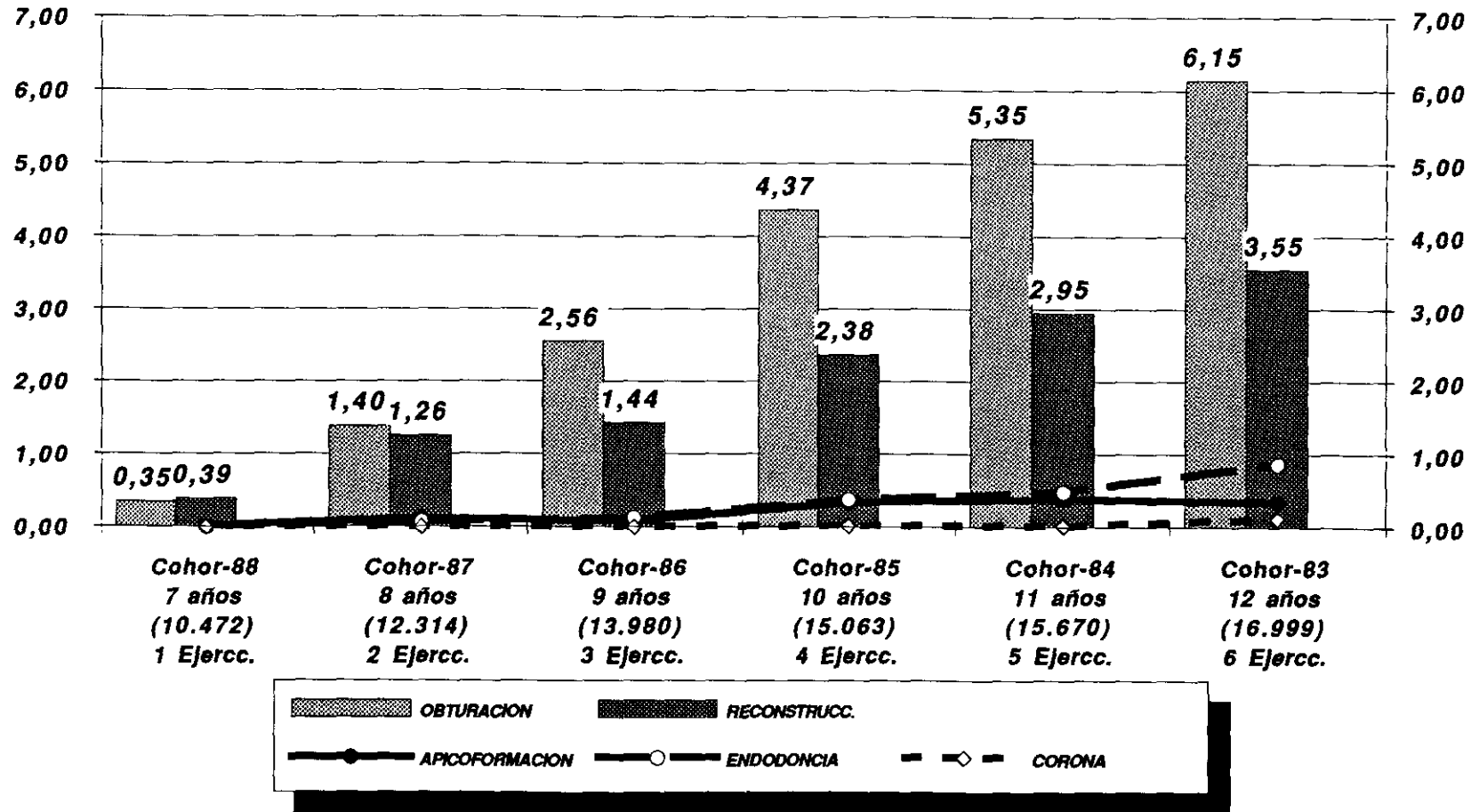
Perfil de la Asistencia Adicional dispensada por los SDCs-OSAKIDETZA

| COHORTE | Cohorte 83 | Cohorte 84 | Cohorte 85 | Cohorte 86 | Cohorte 87 | Cohorte 88 | Promedio |
|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|
| OBTURACION | 6,23% | 5,06% | 3,64% | 2,29% | 1,27% | 0,48% | 3,51% |
| RECONSTRUCCION | 3,39% | 3,12% | 2,30% | 1,68% | 1,58% | 0,89% | 2,29% |
| APICIFORMACION | 0,26% | 0,28% | 0,28% | 0,12% | 0,20% | 0,02% | 0,21% |
| ENDODONCIA | 0,74% | 0,46% | 0,41% | 0,17% | 0,12% | 0,00% | 0,36% |
| CORONA | 0,20% | 0,02% | 0,04% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,05% |

Perfil de la Asistencia Adicional del PADI

| COHORTE | Cohorte 83 | Cohorte 84 | Cohorte 85 | Cohorte 86 | Cohorte 87 | Cohorte 88 | Promedio |
|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|
| OBTURACION | 6,15% | 5,35% | 4,37% | 2,56% | 1,40% | 0,35% | 3,68% |
| RECONSTRUCCION | 3,55% | 2,95% | 2,38% | 1,44% | 1,26% | 0,39% | 2,16% |
| APICIFORMACION | 0,35% | 0,39% | 0,34% | 0,08% | 0,12% | 0,01% | 0,23% |
| ENDODONCIA | 0,87% | 0,49% | 0,38% | 0,13% | 0,07% | 0,00% | 0,36% |
| CORONA | 0,12% | 0,02% | 0,02% | 0,01% | 0,00% | 0,00% | 0,03% |

Figura 24: Perfil de la Asistencia Adicional por cada 100 niños atendidos en el PADI, por cohorte.



Las Figuras 25 y 26 muestran gráficamente para su comparación los perfiles de Asistencia General y Asistencia Adicional dispensados por los dentistas de cabecera del cuadro facultativo del PADI, agrupados por su pertenencia a las **Unidades SDC** de Osakidetza o como **DDCs habilitados**, en el período del estudio.

Tras seis ejercicios de actividad asistencial sobre 84.498 niños, ambos grupos de profesionales han desarrollado unos perfiles similares, con un predominio de los procesos preventivos sobre los reparadores.

En el caso de la Asistencia General el promedio de obturaciones es similar, mientras que respecto a selladores de fisuras se observa que mientras los SDCs realizan 100 selladores, los DDCs dispensan 85.

En Asistencia Adicional la actividad es asimismo homogénea. La suma de obturaciones (IM ó ID) y reconstrucciones realizadas en estos años por cada 100 niños es en los SDC de Osakidetza ($1,34+0,88=2,22$) y en el grupo de DDCs habilitados ($1,48+0,76=2,24$) presenta valores comparables.

Figura 25: Asistencia General dispensada por cada 100 niños atendidos en el período 1990-95, DDC&SDC.

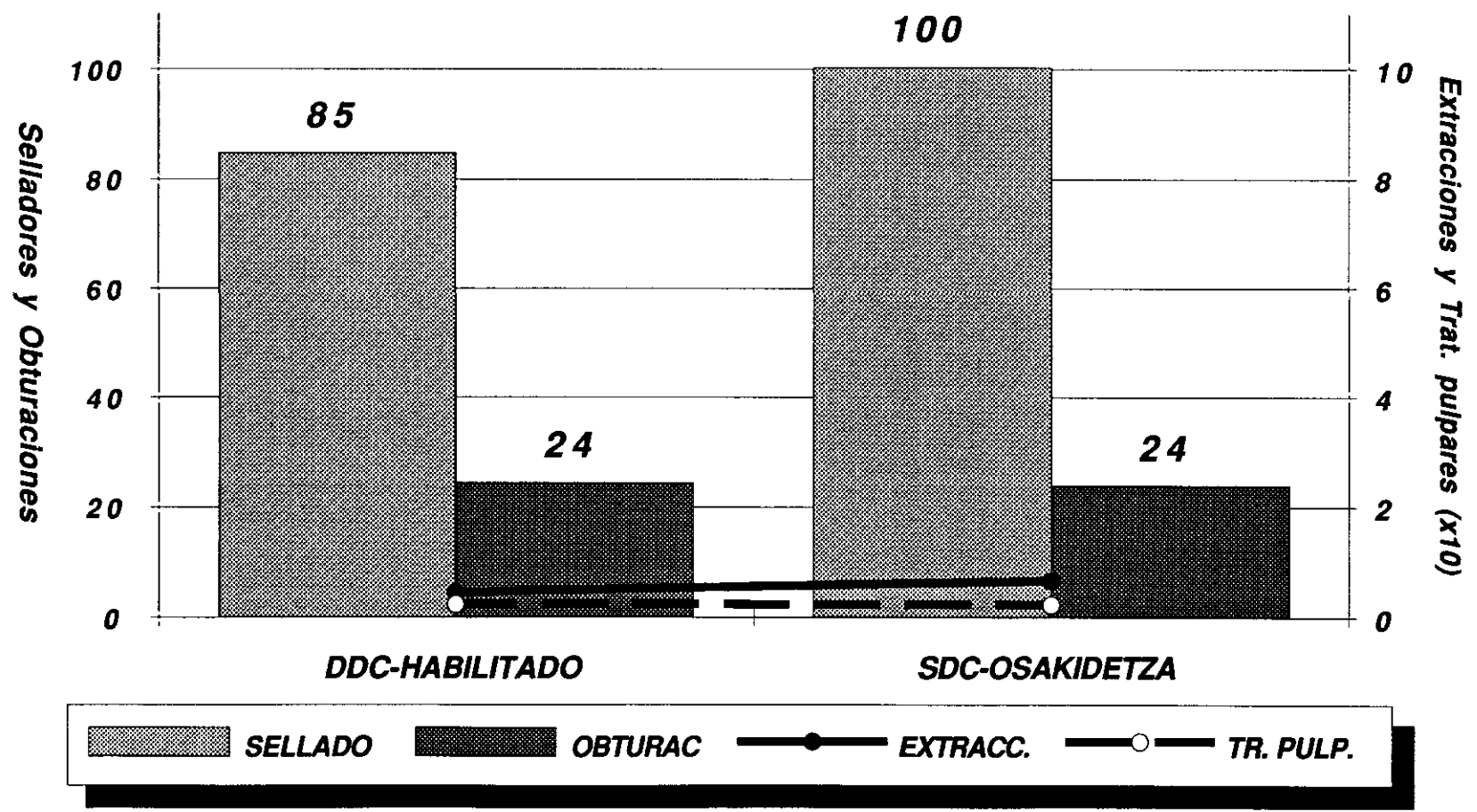
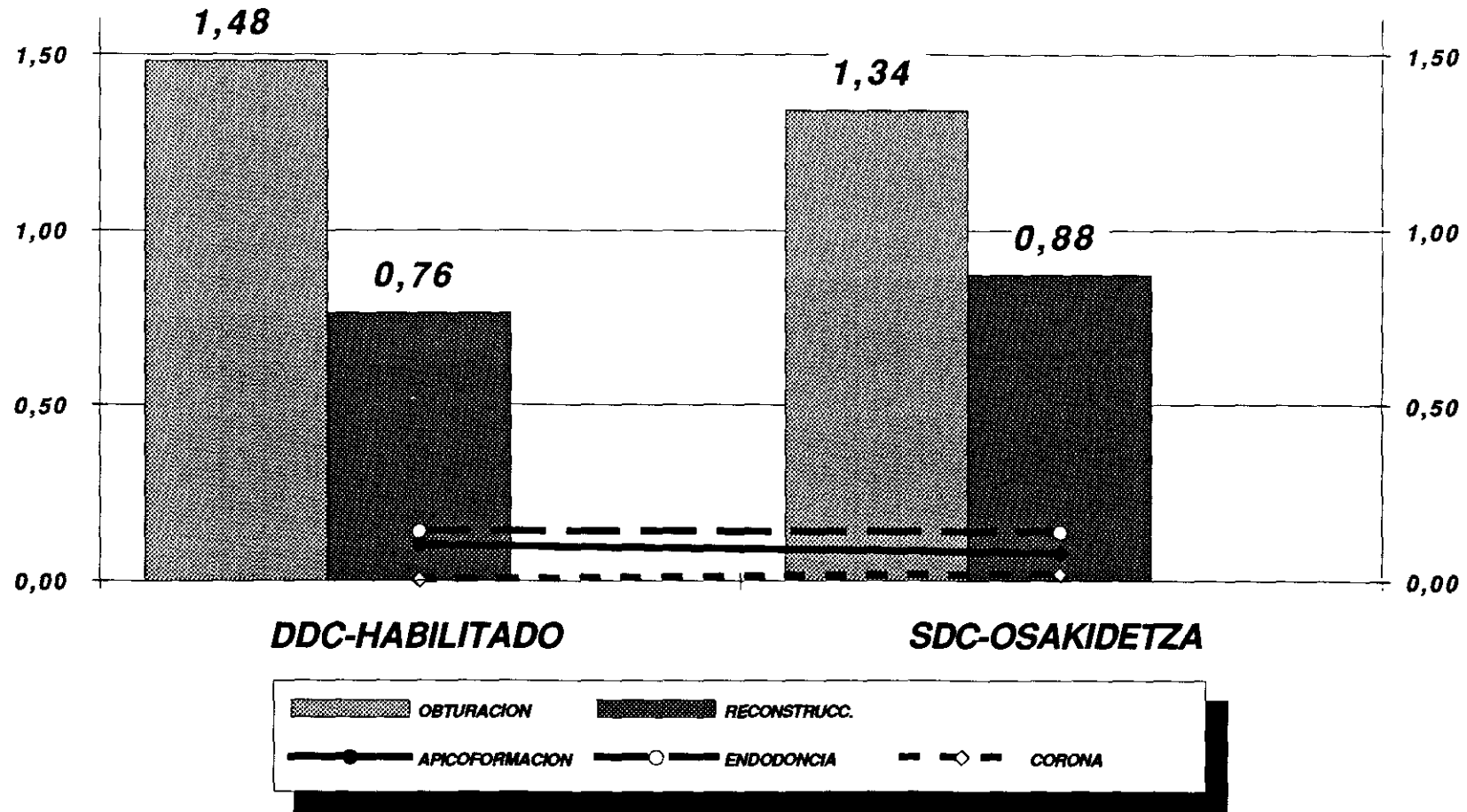


Figura 26: Asistencia Adicional dispensada por cada 100 niños atendidos en el período 1990-95, DDC&SDC.



5.3 DE LA EVALUACION DEL RESULTADO DEL PADI.

Se refiere a los efectos a largo plazo del programa que pueden estar comenzando a apreciarse tras seis años de evolución. Se relaciona directamente con la consecución de la meta del programa, su capacidad para disminuir la incidencia y prevalencia de la caries dental en los niños de la CAPV. Se ha estimado como forma de evaluación:

11º Índice CAOD y CAOS de los niños del PADI.

12º Porcentaje de niños del PADI libres de experiencia de caries.

Para ello se ha empleado el conjunto de niños que acudieron al PADI en el último año de referencia ("utilización operativa") de la observación. Este grupo se ha considerado por separado según sea su frecuencia de utilización, "constante" u "ocasional", del PADI.

El grupo de "utilización constante", los que han acudido todos los años posibles, permite una razonable asunción de que el PADI es su único sistema de asistencia dental, por lo que es poco probable que hayan recibido otros tratamientos reparadores por motivo de caries (obturaciones o extracciones en piezas permanentes) fuera del PADI (no reflejado en la Base de Datos del SDC) durante ese período.

El grupo de "utilización ocasional", está formado por todos los demás niños que acuden en el año de referencia de la observación pero que han tenido una "utilización intermitente" del PADI. Su utilización promedio en el año de la observación era, por cohortes: 4,35/6 (83); 3,71/5 (84); 3,15/4 (85); 2,51/3 (86); y 1,77/2 (87). En este caso la asunción de que no hayan recibido otros tratamientos reparadores fuera del PADI es algo menos consistente, sobre todo en los mayores.

Los datos se presentan en tablas y figuras. Las figuras muestran: primero, la **situación** epidemiológica de los niños de la CAPV en 1988 y la de los niños de "utilización constante" del PADI en 1995; segundo, la **evolución** 1990-95 de "utilización constante" de cada cohorte; y tercero, una **comparación** entre la evolución de los niños de "utilización constante" y "utilización ocasional" de la cohorte 1983.

Las tablas presentan los resultados de los índices obtenidos en el año de referencia para cada cohorte. En "utilización constante" suponen 144.289 mediciones sobre los 39.611 niños a lo largo de seis años. En "utilización ocasional" son 76.027 mediciones sobre 44.887 niños en cinco años. En total, 220.316 mediciones sobre 84.498 niños de edades comprendidas entre los 7 y los 12 años entre 1990 y 1995.

Todos los subgrupos así formados, tienen un volumen de individuos que oscilan desde los 2.401 (OCA-87/94) a los 10.472 (CON-88/95).

El estudio epidemiológico de la CAPV de 1988, que las figuras presentan como referencia, se realizó sobre un total de 3.138 niños (1.024 de 7; 1.052 de 12; y 1.062 de 14 años), realizándose una sola medición por niño.

5.3.1 Índice CAOD y CAOS de los niños del PADI.

Las Tablas 48 y 49 presentan respectivamente los índices CAOD y CAOS. El primer cuadro de cada tabla muestra por cohortes los índices de los niños que acuden cada año ("utilización operativa"); el segundo cuadro los de los que acuden todos los años ("constantes"); y el tercer cuadro los de los "ocasionales".

La Figura 27 muestra la **situación** de los niños de "utiliz. constante" en 1995. El CAOD es de 0,14 a los 7 años; y 1,08 a los 12 años. Al compararla con la situación descrita en 1988 se observa en este colectivo que la incidencia de la caries es la mitad de la que presentaban los niños estudiados siete años antes.

La Figura 28 presenta la **evolución** del CAOD de los niños de "utilización constante" de cada cohorte. Se observa que el CAOD de los 8.466 niños del PADI de 1990, obtenido de la Base de Datos del Servicio Dental Comunitario, coincide con el aportado por el estudio epidemiológico de 1988 realizado dos años antes sobre 1.024 niños de la misma edad. Ambos son CAOD = 0,28.

La Figura 28 muestra asimismo una menor tasa de incidencia de caries en las cohortes de más jóvenes que a los 7 años presentan índices de CAOD = 0,17 (84 y 85); 0,14 (86 y 88); y 0,09 (87).

La Figura 29 **compara** la evolución del grupo de niños de "utilización constante" de la cohorte 1983 frente al de "utilización ocasional". A pesar de que la diferencia en la utilización del PADI entre los dos grupos no es muy grande, 1,00/2 (91); 1,70/3 (92); 2,36/4 (93); 3,03/5 (94); y 3,63/6 (95), y de que, como ha quedado expuesto, la presunción de que no hayan recibido tratamiento reparador fuera del PADI no resulta consistente conforme avanzan en edad, se aprecia un CAOD = 1,27 en los de "utilización ocasional" frente al CAOD = 1,08 de los de "utilización constante".

La Figura 30 presenta en porcentajes los niños de "utiliz. constante" de cada cohorte estudiada agrupados según la **severidad** de su CAOD. Se observa que la cohorte de 1983 presenta un 54% de CAOD=0 frente a un 9% de CAOD \geq 4.

La Figura 31 muestra la **situación** de los niños de "utiliz. constante" en 1995. El CAOS es de 0,16 a los 7 años; y 1,38 a los 12 años. Al compararla con la situación descrita en 1988 se observa en este colectivo que la incidencia de la caries por superficies se ha reducido a la tercera parte de la que presentaban siete años antes los niños de sus mismas edades.

La Figura 32 presenta la **evolución** del CAOS de los niños de "utilización constante" de cada cohorte. Se observa una menor tasa de incidencia de caries en las cohortes más jóvenes, que a los 7 años presentan un CAOS = 0,19 (84 y 85); 0,16 (86 y 88); y 0,11 (87).

La Figura 33 **compara** la evolución del grupo de niños de "utilización constante" de la cohorte 1983 frente al de "utilización ocasional". Se aprecia un CAOS = 1,62 en los de "utilización ocasional" frente al CAOD = 1,38 de los de "utilización constante".

Tabla 48: Índice CAOD en utilización "constante" y "ocasional".

Cuadro 1º: Índice CAOD en los niños con "utiliz. operativa"

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1983 | 0,28 | 0,42 | 0,59 | 0,78 | 0,96 | 1,21 |
| 1984 | | 0,17 | 0,33 | 0,52 | 0,67 | 0,89 |
| 1985 | | | 0,17 | 0,32 | 0,45 | 0,64 |
| 1986 | | | | 0,14 | 0,28 | 0,46 |
| 1987 | | | | | 0,09 | 0,24 |
| 1988 | | | | | | 0,14 |

Cuadro 2º: Índice CAOD en los niños con "utiliz. constante"

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1983 | 0,28 | 0,41 | 0,54 | 0,71 | 0,88 | 1,08 |
| 1984 | | 0,17 | 0,31 | 0,48 | 0,62 | 0,81 |
| 1985 | | | 0,17 | 0,31 | 0,42 | 0,58 |
| 1986 | | | | 0,14 | 0,26 | 0,41 |
| 1987 | | | | | 0,09 | 0,22 |
| 1988 | | | | | | 0,14 |

Cuadro 3º: Índice CAOD en los niños con "utiliz. ocasional"

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1983 | 0,28 | 0,42 | 0,63 | 0,82 | 1,00 | 1,27 |
| 1984 | | 0,17 | 0,38 | 0,56 | 0,71 | 0,95 |
| 1985 | | | 0,17 | 0,37 | 0,50 | 0,70 |
| 1986 | | | | 0,14 | 0,33 | 0,56 |
| 1987 | | | | | 0,09 | 0,32 |
| 1988 | | | | | | 0,14 |

Figura 27: Índice CAOD en los niños de utilización "constante" del PADI, en 1995.

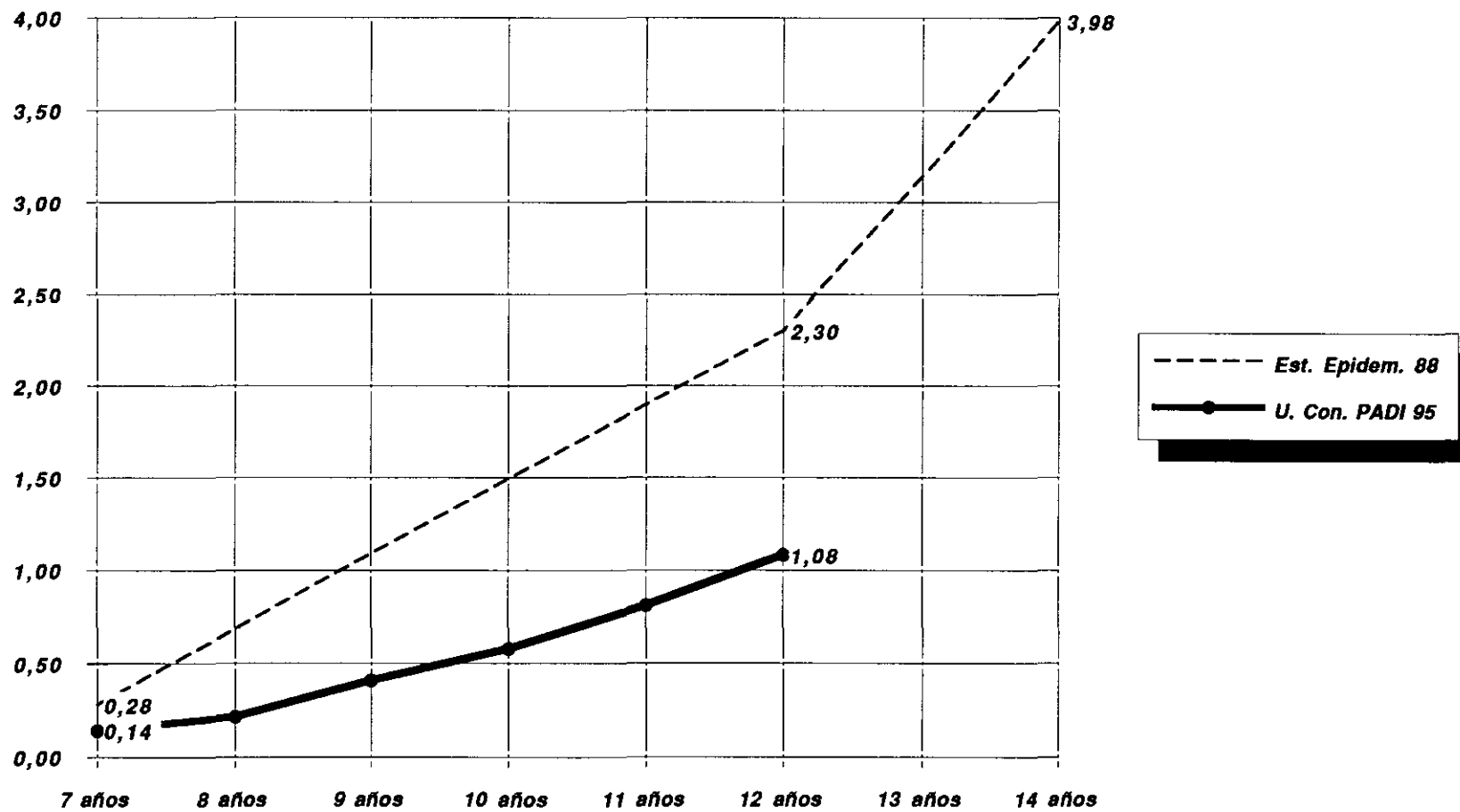


Figura 28: Evolución del índice CAOD en los niños de utilización "constante" del PADI, 1990-1995.

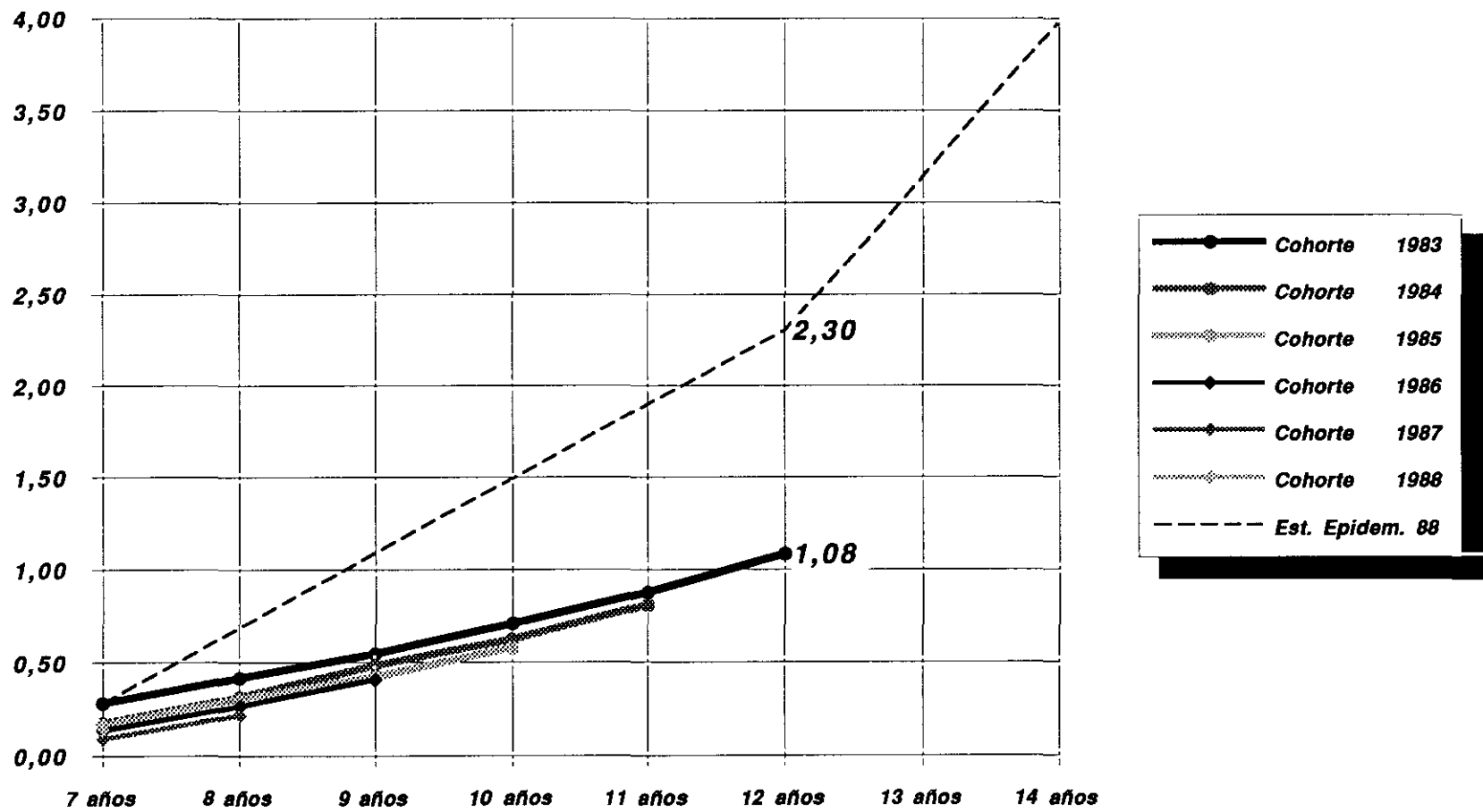


Figura 29: Evolución del índice CAOD en la cohorte-83 de utilización "constante" y "ocasional", 1990-1995.

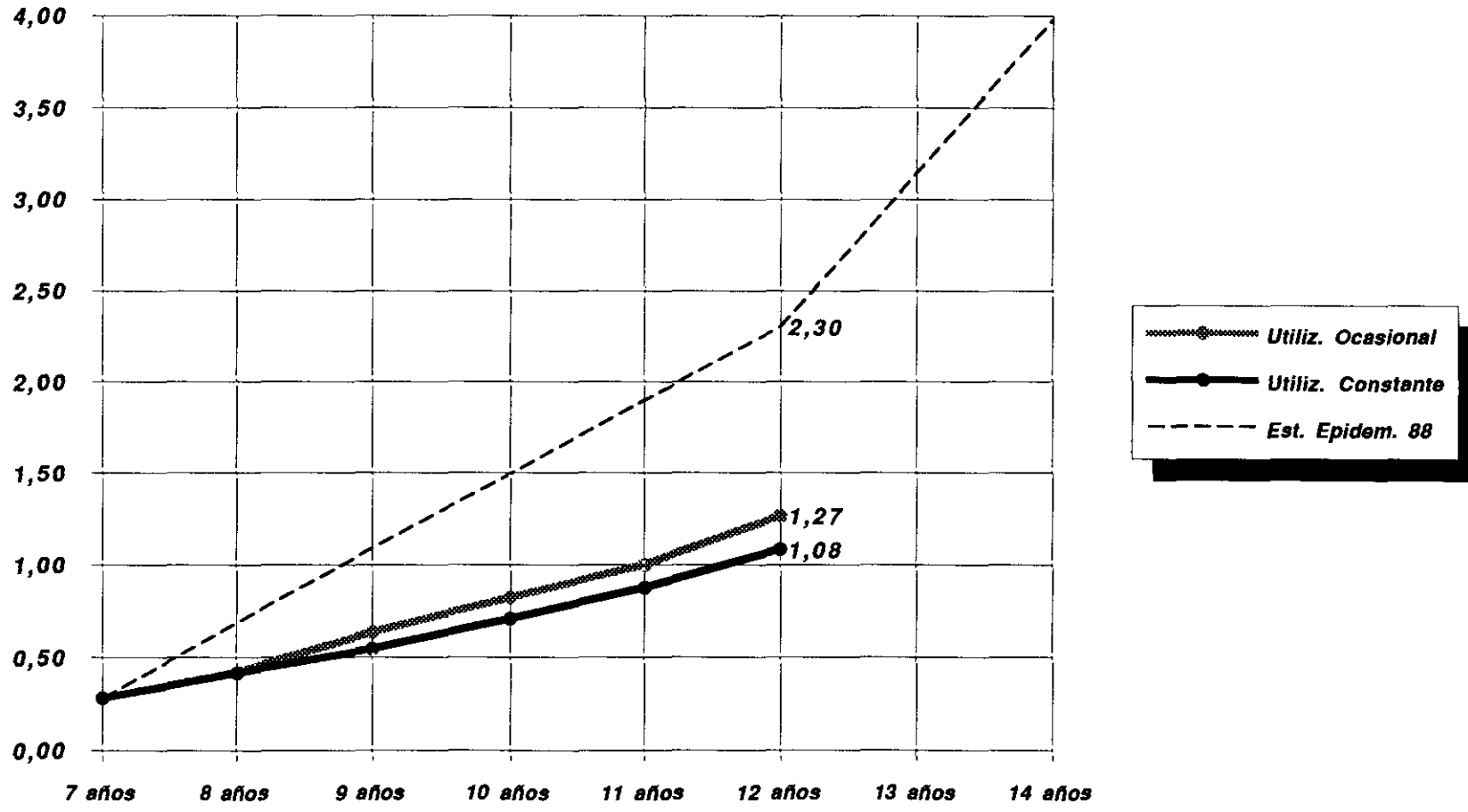


Figura 30: Severidad del índice CAOD en los niños de utilización "constante" del PADI, en 1995.

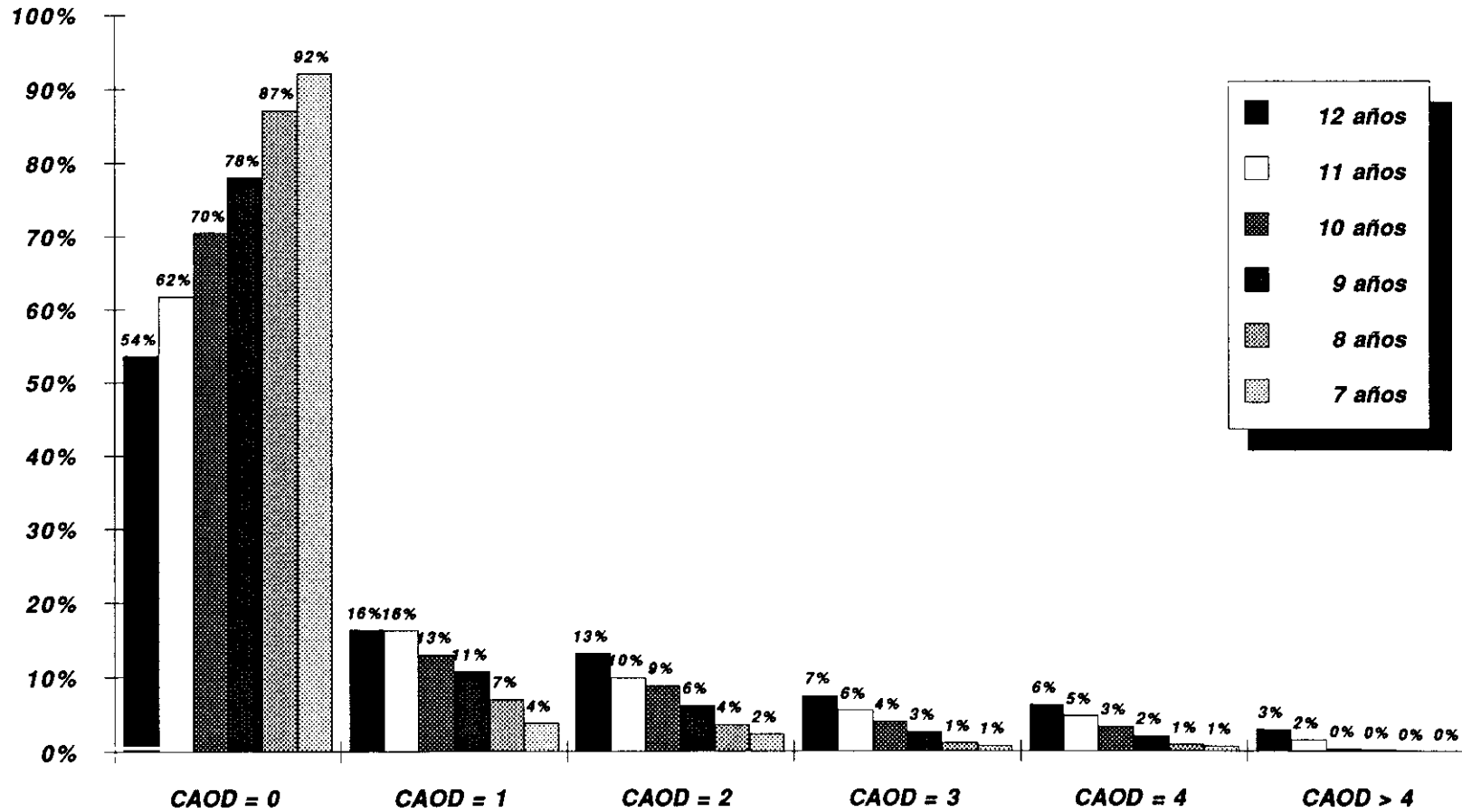


Tabla 49: Índice CAOS en utilización "constante" y "ocasional".

Cuadro 1º: Índice CAOS en los niños con "utiliz. operativa"

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1983 | 0,32 | 0,49 | 0,70 | 0,96 | 1,24 | 1,59 |
| 1984 | | 0,19 | 0,38 | 0,62 | 0,85 | 1,15 |
| 1985 | | | 0,19 | 0,39 | 0,56 | 0,80 |
| 1986 | | | | 0,16 | 0,34 | 0,56 |
| 1987 | | | | | 0,11 | 0,28 |
| 1988 | | | | | | 0,16 |

Cuadro 2º: Índice CAOS en los niños con "utiliz. constante"

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1983 | 0,32 | 0,48 | 0,63 | 0,85 | 1,10 | 1,38 |
| 1984 | | 0,19 | 0,35 | 0,55 | 0,74 | 0,99 |
| 1985 | | | 0,19 | 0,36 | 0,51 | 0,70 |
| 1986 | | | | 0,16 | 0,32 | 0,50 |
| 1987 | | | | | 0,11 | 0,25 |
| 1988 | | | | | | 0,16 |

Cuadro 3º: Índice CAOS en los niños con "utiliz. ocasional"

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1983 | 0,32 | 0,49 | 0,75 | 1,02 | 1,28 | 1,62 |
| 1984 | | 0,19 | 0,43 | 0,69 | 0,91 | 1,21 |
| 1985 | | | 0,19 | 0,46 | 0,64 | 0,88 |
| 1986 | | | | 0,16 | 0,41 | 0,68 |
| 1987 | | | | | 0,11 | 0,38 |
| 1988 | | | | | | 0,16 |

Figura 31: Índice CAOS en los niños de utilización "constante" del PADI, en 1995.

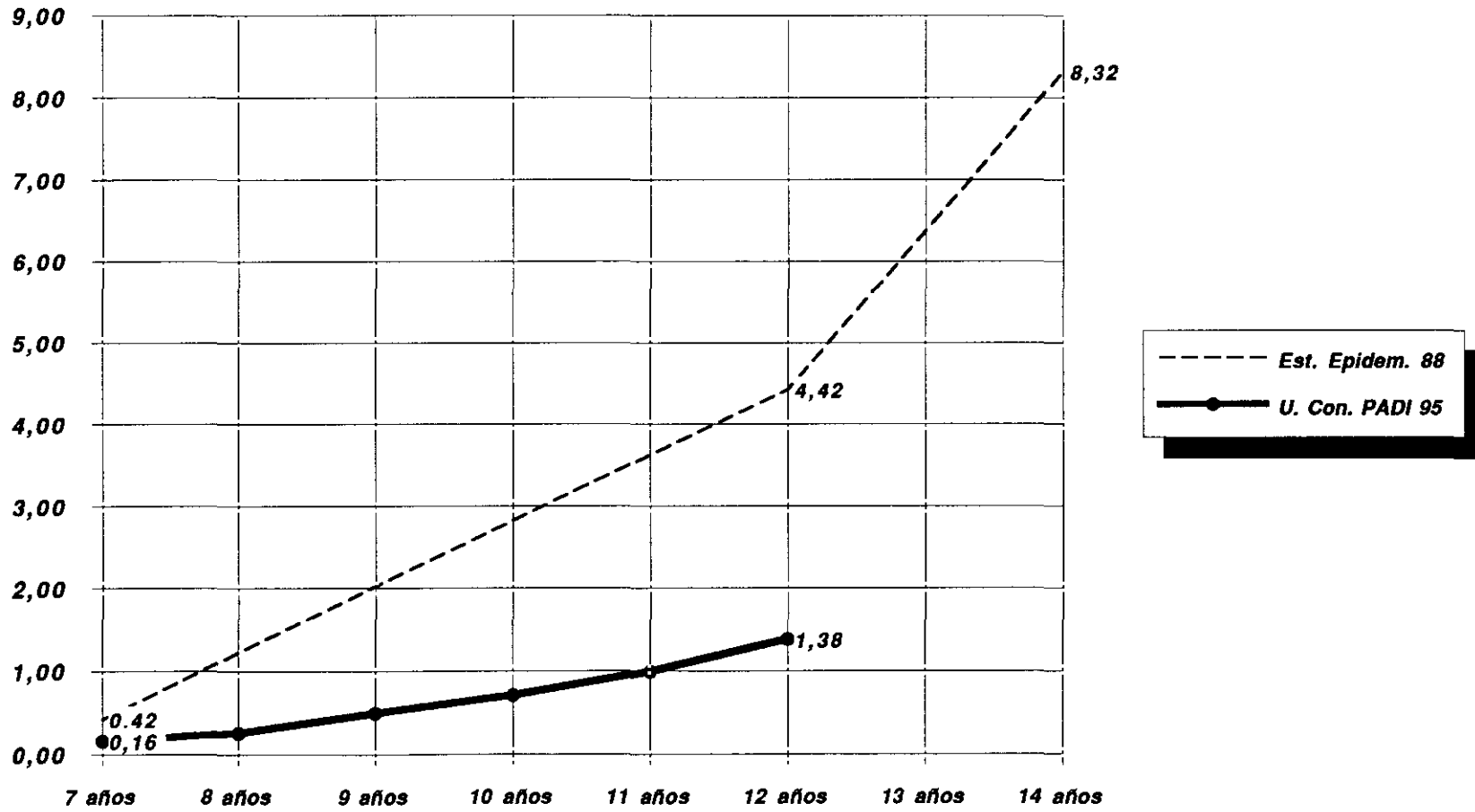


Figura 32: Evolución del índice CAOS en los niños de utilización "constante" del PADI, 1990-1995.

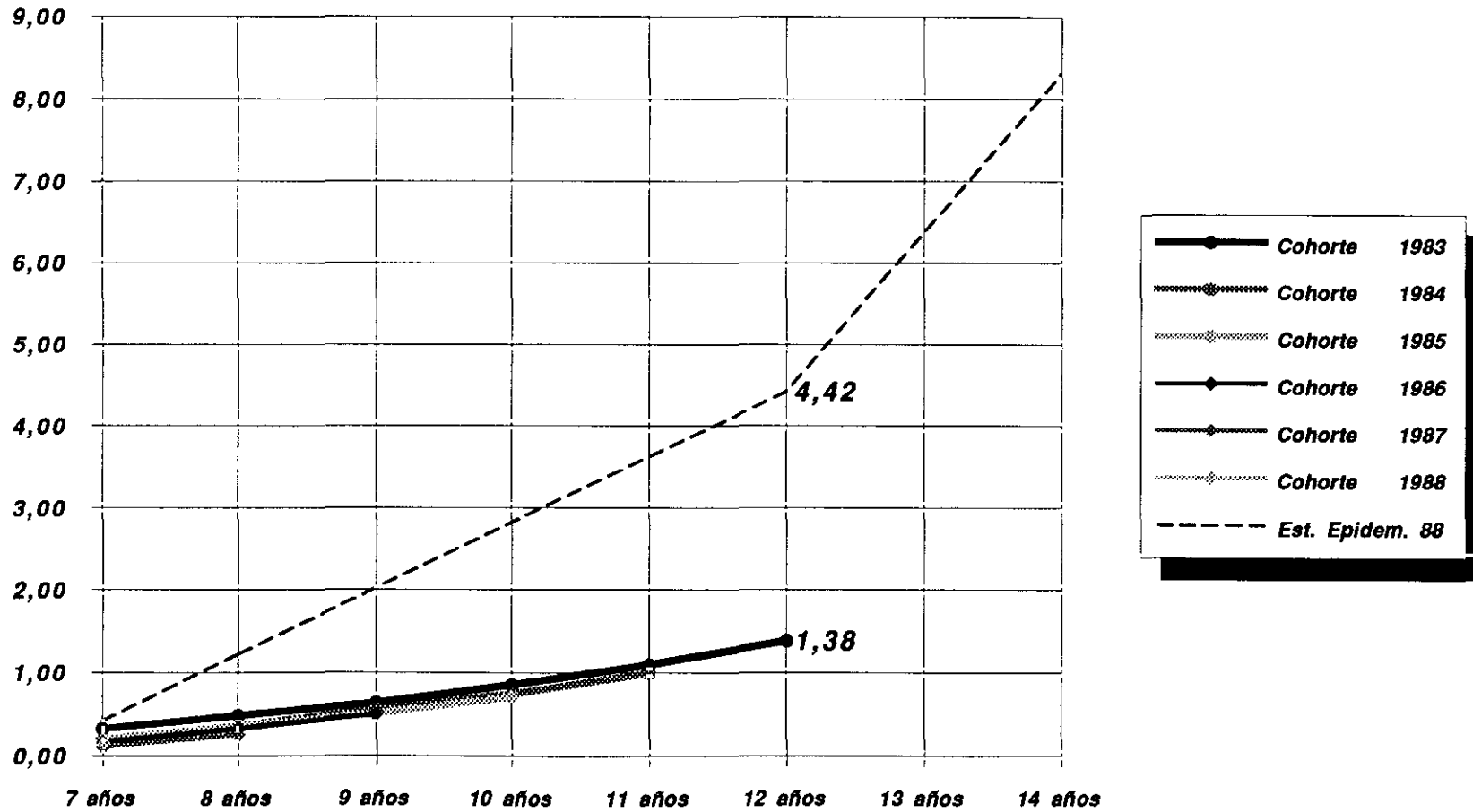
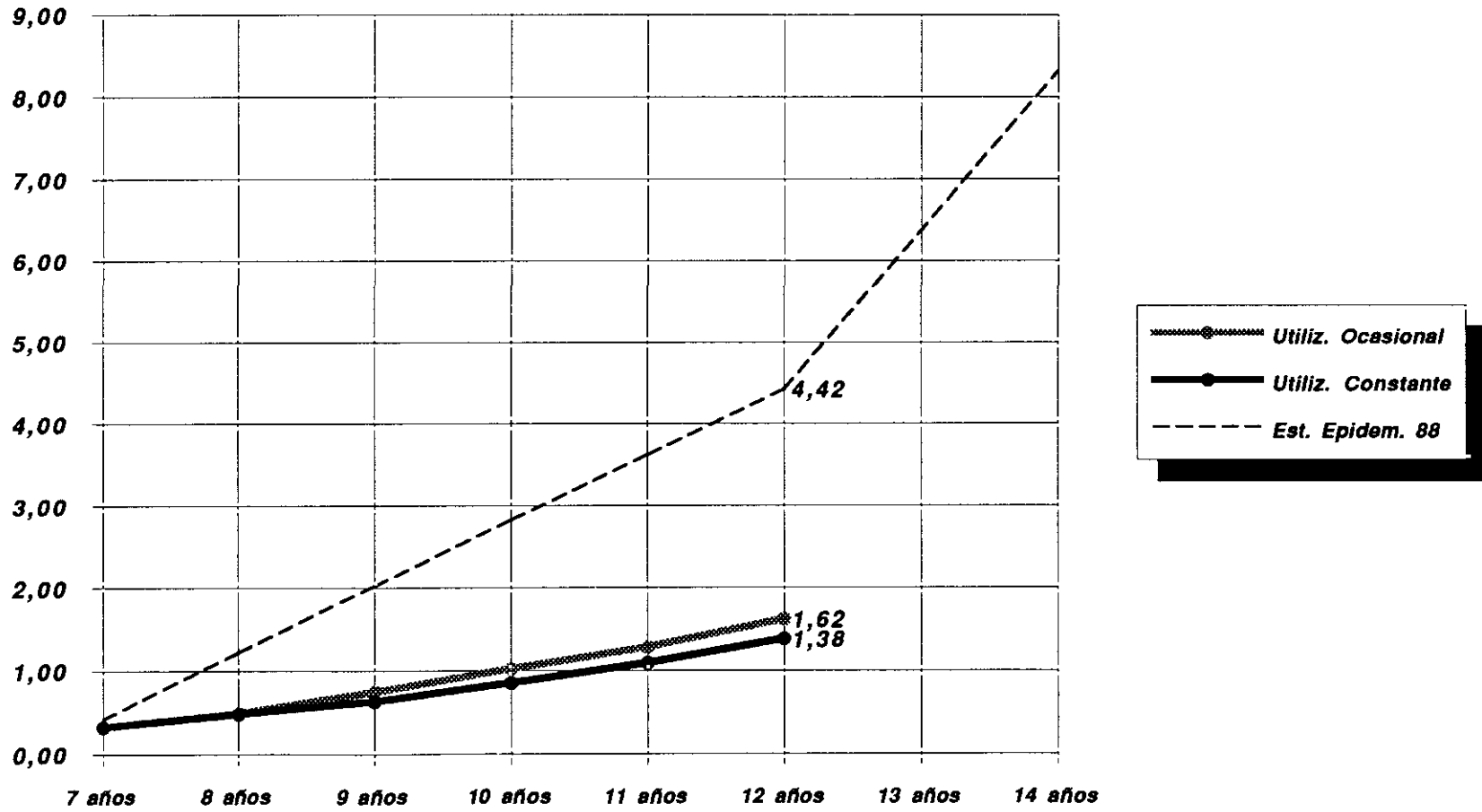


Figura 33: Evolución del índice CAOS en la cohorte-83 de utilización "constante" y "ocasional", 1990-1995.



5.3.2 Porcentaje de niños del PADI libres de experiencia de caries.

La Tabla 50 presenta, por cohorte y ejercicio, el porcentaje de niños libres de experiencia de caries, CAO=0. El primer cuadro de cada tabla muestra por cohortes los índices de los niños que acuden cada año, los de "utilización operativa"; el segundo cuadro los de los que acuden todos los años, los de "utilización constante"; y el tercer cuadro los de "utilización ocasional".

La Figura 34 muestra la **situación** de los niños de "utiliz. constante" en 1995. El porcentaje de niños libres de experiencia de caries es de 92% a los 7; y 54% a los 12 años. Al compararla con la situación descrita en 1988, se observa en este colectivo que la prevalencia de caries se ha reducido notablemente respecto de la que presentaban los niños estudiados siete años antes. Se ha bajado 23 puntos a los 12 años de edad, pasando de un 69 % de prevalencia de caries en 1988 a un 46% en 1995.

La Figura 35 presenta la **evolución** del porcentaje de niños libres de experiencia de caries en los niños de "utilización constante" de cada cohorte. Se observa que las cohortes de más jóvenes presentan porcentajes más favorables cada vez. Así a los 7 años se muestran porcentajes de niños libres de caries de 85% (83); 87% (84); 90% (85); 92% (86); 94% (87); y 92% (87).

La Figura 36 **compara** la evolución del porcentaje de niños libres de caries en el grupo de "utilización constante" de la cohorte 1983 frente al de "utilización ocasional". Se aprecia que la prevalencia de caries es 4 puntos superior en los niños de "utilización ocasional" frente a los niños de "utilización constante". Mientras que los primeros tienen un porcentaje de niños libres de experiencia de caries del 50%, los que han acudido todos los años tienen un 54%.

Tabla 50: Porcentaje de CAOD=0 en utiliz. "constante" y "ocasional".

Cuadro 1º: % de niños con CAOD=0 de "utiliz. operativa"

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1983 | 85,08% | 78,19% | 70,10% | 63,59% | 57,88% | 51,29% |
| 1984 | | 86,66% | 81,91% | 73,81% | 67,53% | 60,11% |
| 1985 | | | 90,16% | 83,04% | 76,52% | 69,02% |
| 1986 | | | | 92,18% | 84,47% | 76,11% |
| 1987 | | | | | 94,37% | 86,46% |
| 1988 | | | | | | 92,18% |

Cuadro 2º: % de niños con CAOD=0 de "utiliz. constante"

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1983 | 85,08% | 78,11% | 71,79% | 65,28% | 59,24% | 53,61% |
| 1984 | | 86,66% | 82,72% | 74,35% | 68,42% | 61,81% |
| 1985 | | | 90,16% | 83,50% | 77,34% | 70,46% |
| 1986 | | | | 92,18% | 85,17% | 78,07% |
| 1987 | | | | | 94,37% | 87,18% |
| 1988 | | | | | | 92,18% |

Cuadro 3º: % de niños con CAOD=0 con "utiliz. ocasional"

| Cohortes | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1983 | 85,08% | 78,31% | 68,68% | 62,52% | 57,18% | 50,28% |
| 1984 | | 86,66% | 80,30% | 73,18% | 66,80% | 59,04% |
| 1985 | | | 90,16% | 81,94% | 75,31% | 67,56% |
| 1986 | | | | 92,18% | 82,07% | 72,64% |
| 1987 | | | | | 94,37% | 84,06% |
| 1988 | | | | | | 92,18% |

Figura 34: Porcentaje de CAOD=0 en los niños de utilización "constante" del PADI, en 1995.

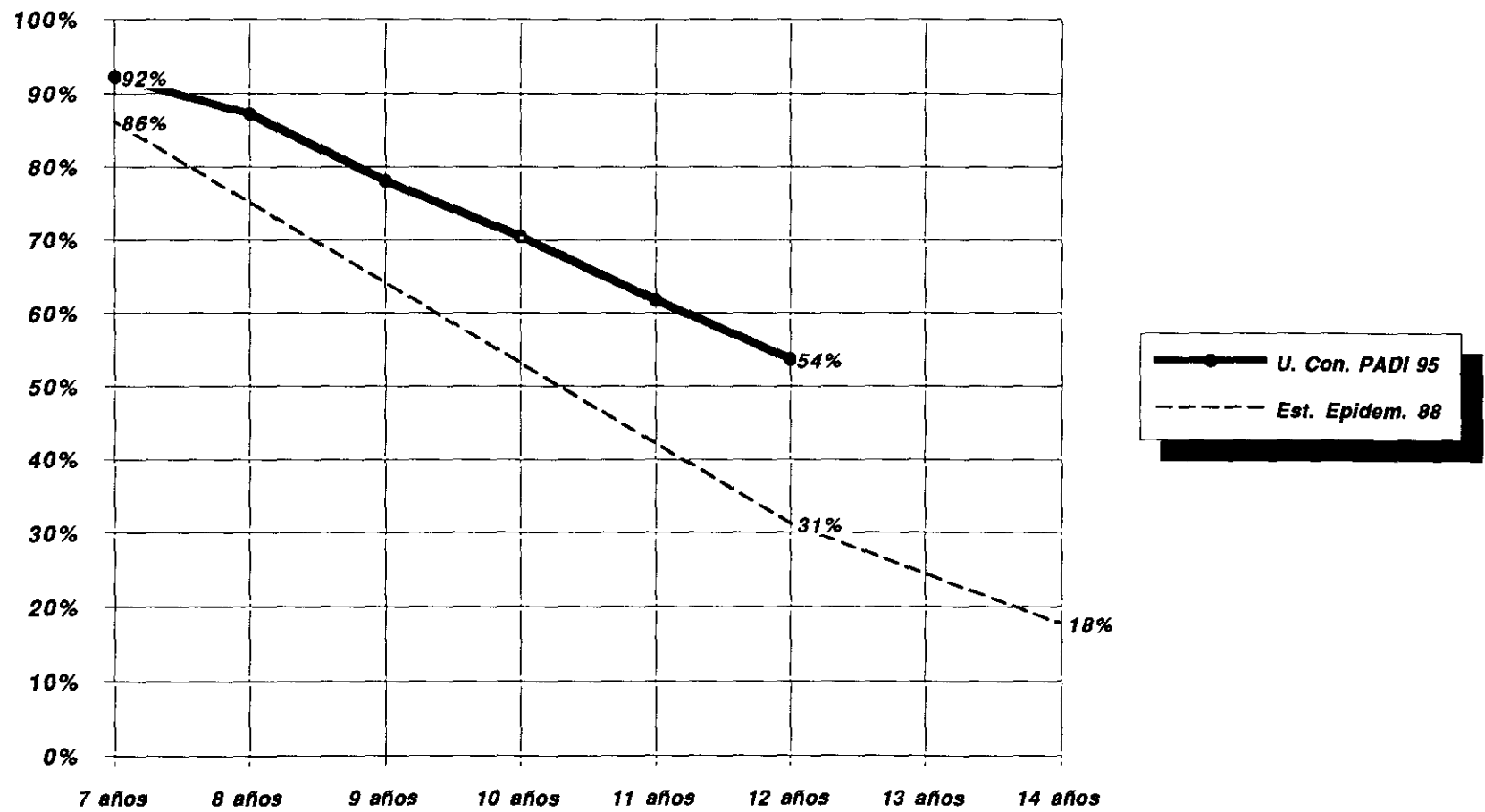


Figura 35: Evolución del porcentaje de CAO=0 en los niños de utilización "constante" del PADI, 1990-1995.

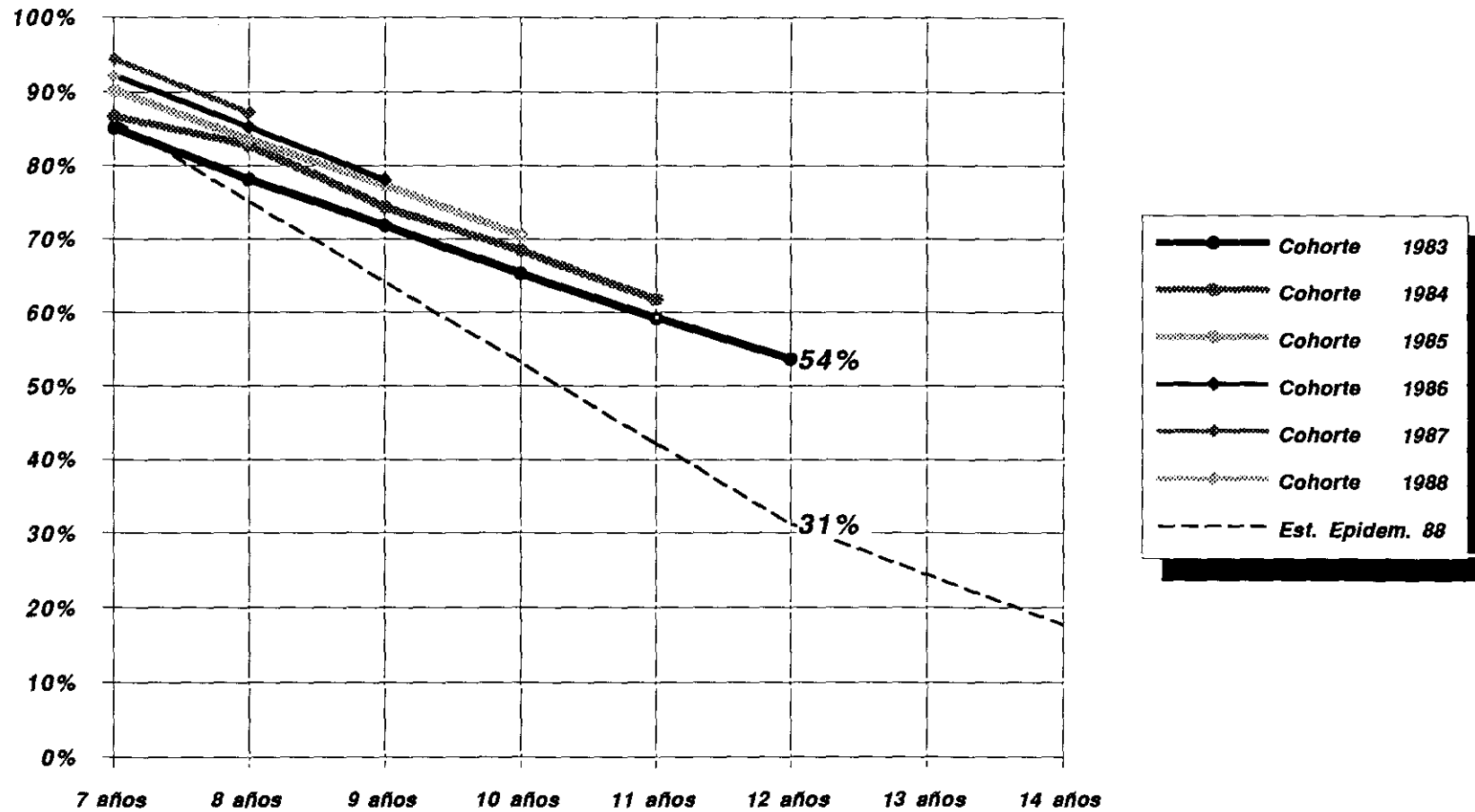
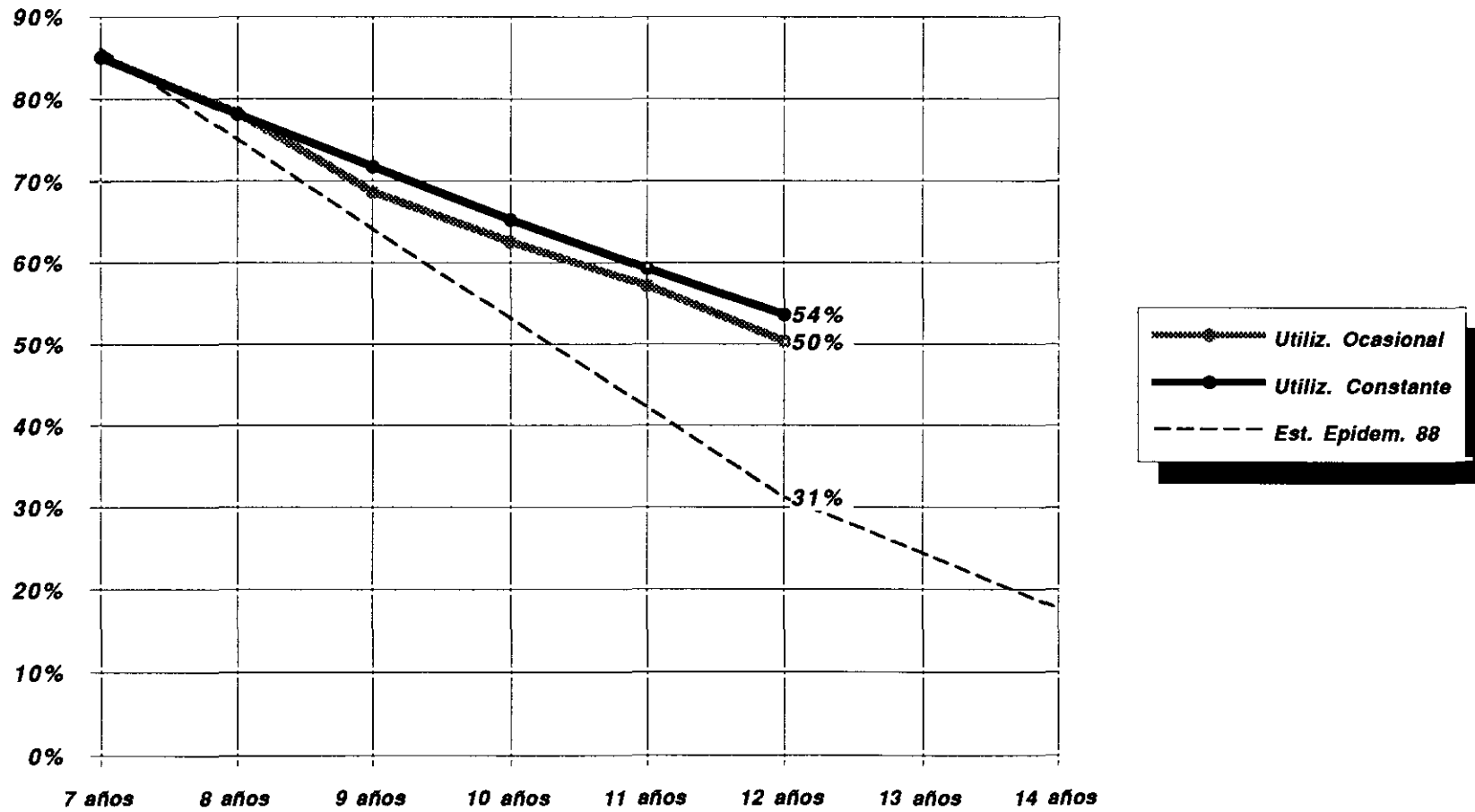


Figura 36: Evolución del porcentaje de CAOD=0 en la cohorte-83 de utilización "constante" y "ocasional".



6 DISCUSION.

6.1 DE LA EVALUACION DEL PROCESO.

La evaluación del proceso ha mostrado que, durante los seis ejercicios estudiados, el PADI se ha desarrollado al ritmo incremental dispuesto en el Decreto 118/90. Ha cubierto 2/3 de su período de implantación incluyendo a los niños de 6 a 12 años residentes en la CAPV, los nacidos entre 1983 y 1988.

Si continúa la evolución mostrada hasta ahora, en tres años más habrá terminado su fase de desarrollo incremental. Con ello, la CAPV se habrá dotado de un sistema de asistencia de las necesidades básicas de salud dental de los niños. Tabla 1.

No obstante, para valorar debidamente los resultados del proceso seguido en estos años por el PADI, es preciso conocer y analizar las condiciones operativas en que se ha desenvuelto. El estudio del proceso ha de encuadrarse en dos períodos claramente diferenciados por el tipo de apoyo institucional que ha tenido.

El primer período que llamaremos "**Administración Freire**", por el apellido del Consejero de Sanidad (1987-1990), incluye su fase de planificación y puesta en marcha con la primera oferta de asistencia a la población en Septiembre de 1990.

Durante este primer período, el PADI fue directamente impulsado por el Departamento de Sanidad. Es el propio Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco quien apadrina el proyecto, con las evidentes ventajas que ello conlleva en forma de facilidades para su progresión.

En estos años, la CAPV forma técnicos en Salud Dental Comunitaria, comienza la fluoración de las aguas, realiza el estudio epidemiológico de 1988, crea el Consejo Asesor de Salud Bucodental de Euskadi (CASBE), planifica la intervención que será posteriormente el PADI y, lo que luego se mostraría esencial para el desarrollo, logra que sea el propio Gobierno Vasco quien publique un Decreto que es en esencia un compromiso para dotar a la sociedad de un servicio asistencial que no había tenido hasta entonces, la atención dental infantil.

Es el propio Consejero de Sanidad, Dr. José Manuel Freire, quien firma la primera carta de la oferta del PADI que se dirige a los padres de los niños incluidos en el programa en 1990. Su presentación personal (08.02.90) en el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Bizkaia de la política sanitaria que su Departamento quería impulsar en este sector (Anexo V), y la carta de fecha 14.05.90 (Anexo III) que dirige a todos los dentistas colegiados en la CAPV ofreciendo la posibilidad de incorporarse al cuadro facultativo del PADI, son muestras del apoyo al proyecto, al más alto nivel institucional, durante la "Administración Freire".

Esta identificación del PADI con el Departamento de Sanidad representó evidentes ventajas organizativas en el Servicio Vasco de Salud. Sólo así se puede comprender la dotación por Osakidetza de recursos técnicos, materiales y presupuestarios, para la puesta en marcha del proyecto y muy especialmente para el Servicio Dental Comunitario, la estructura que soporta el producto. Una mínima experiencia en la Administración enseña la dificultad que implica la dotación de nuevas plazas y la creación de una nueva unidad.

La percepción del agravio comparativo que ello representa para otros servicios tradicionales y unidades existentes en la organización que pueden tener igualmente necesidad de esos recursos, es inevitable.

Esto fué aún más manifiesto porque el Servicio Dental Comunitario surgía sin tradición alguna en la organización. No como evolución o segregación de servicios existentes previamente. Nunca los profesionales de la Odontoestomatología habían tenido presencia en niveles

que no fueran puramente asistenciales, generalmente a tiempo parcial, y siempre dependiendo de estructuras de Asistencia Primaria y Especializada.

En un sistema de vasos comunicantes, el presupuesto, la autonomía, capacidad de influencia y el peso específico en la organización, disminuía en todos los demás servicios al crear una nueva estructura. La más afectada era la Atención Primaria, quien aspiraba a incluir la asistencia dental como parte más de su cartera de servicios, como se había hecho tradicionalmente con la Odontología de cupo.

Si a esto unimos la expectativa de ser un proyecto incremental, que seguiría creciendo y precisando cada vez más recursos, al menos durante nueve años, puede deducirse que el posicionamiento de las estructuras tradicionales de Atención Primaria ante la creación del nuevo Servicio Dental Comunitario no podía ser favorable.

La reforma del Sistema Nacional de Sanidad estaba impulsando el desarrollo de las Unidades Básicas de Salud, y éstas deberían incluir un dentista dentro del equipo humano. El nuevo proyecto, no sólo se desviaba de la "línea oficial", de la Atención Primaria, sino que segregaba una de sus áreas de influencia y entraba en competencia con ella por nuevos recursos en la constante pugna por el presupuesto que mantiene con la Asistencia Hospitalaria y otras estructuras.

La intención de concertar con el sector privado una parte importante de la asistencia dental era en aquellos años, finales de los ochenta, una propuesta que despertaba susceptibilidades entre sectores con peso e influencia en el Servicio Vasco de Salud, que lo percibían como una agresión al mismo y una opción liquidacionista del SNS.

Aunque el apoyo directo del Consejero al proyecto venciera con cierta facilidad las dificultades que aparecían en Osakidetza, esto no significa que las resistencias dejaran de existir, ni que el posicionamiento de algunos directivos del Servicio Vasco de Salud, fuera más favorable.

El segundo período del proceso seguido por el PADI comienza en 1991 y alcanza al día de la fecha. Es la "**Administración Azkuna**". Las elecciones autonómicas de Octubre de 1990 llevaron a la formación de un nuevo gobierno de coalición a principios de 1991. La Cartera de Sanidad cambiaba de dependencia política siendo asignada al Partido Nacionalista Vasco.

El cambio de responsables en el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y en la Dirección de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud que se produce a comienzos del año 1991, supuso la remodelación organizativa y estructural del naciente Servicio Dental Comunitario.

A finales de mayo de 1991, se amortizaron seis de sus quince plazas, entre ellas la del Administrador del Servicio y el Jefe de Sección. El Servicio pierde los locales y el mobiliario de oficina con los que fue dotado en 1990. Se rescinde la comisión de servicio del Responsable de Salud Escolar con la que se había cubierto la vacante del Jefe de Servicio Dental Comunitario en los últimos meses. La Dirección de Osakidetza vuelve a designar a un dentista para ocupar la citada plaza.

La nueva orientación, más acorde con el "statu quo" de la Administración Sanitaria Vasca, contempla la dilución de los recursos humanos y materiales del Servicio Dental Comunitario en la estructura existente en Osakidetza, perdiendo su propia identidad como unidad. Así, a pesar de mantener la plaza de Jefe de Servicio en una Comarca Sanitaria, por motivos administrativos, se le reasigna funcionalmente como personal técnico de la Subdirección de Atención Primaria. De la misma forma, los responsables de las Unidades Técnico-Administrativas de Alava, Gipuzkoa y Bizkaia, son encuadrados como personal técnico de las Direcciones de Area. Los recursos humanos no amortizados y todos los materiales y equipamiento del Servicio fueron distribuidos entre diferentes unidades Osakidetza.

Mientras el PADI no experimenta variación alguna, el Servicio encargado de desarrollarlo se modifica profundamente respecto a lo planificado, con lo que pierde su adecuación al proyecto (pone a riesgo su viabilidad operativa) en favor de su aceptación por Osakidetza.

Seis razones pudieron haber influido, entre otras, en la decisión de no progresar en la constitución del Servicio Dental Comunitario que contemplaba el Decreto 118/90.

1º El Servicio Dental Comunitario, afectaba negativamente al status de otras estructuras de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, al asumir tareas y recursos que, o bien anteriormente gestionaban, o aspiraban a gestionar. Tradicionalmente, Salud Escolar y Atención Primaria, habían desarrollado programas y actividades de promoción de la salud bucodental en los niños.

2º El proyecto de incorporar la asistencia básica dental de los niños, a la cartera de prestaciones que garantizaba el Sistema Nacional de Sanidad, no tenía precedente en el Estado.

3º El PADI era un programa del equipo directivo anterior, que precisaría incrementalmente recursos durante una década, e hipotecaba parte de la capacidad de desarrollar iniciativas que el nuevo equipo directivo considerara conveniente impulsar.

4º La planificación realizada en un área poco conocida por los directivos de Osakidetza, por técnicos de reciente incorporación al Servicio Vasco de Salud, requería cuando menos, ser revisada en profundidad y contrastada con los resultados en la práctica.

5º Al escepticismo que en el nuevo equipo pudiera generar el proyecto se añadía la disconformidad manifestada públicamente por los Colegios Profesionales del ámbito de la CAPV y su negativa oficial a participar en el PADI en las condiciones en que se planteaba.

6º Sobre el PADI pesaban recientes críticas en las que no resultaba fácil separar los componentes técnicos de los que no lo eran. Su vinculación como proyecto al anterior equipo lo había introducido en la dialéctica electoral de los últimos meses. La imagen del PADI había sido fuertemente dañada dentro y fuera de la Sanidad Vasca. Anexo V.

Aunque el 1º de Junio de 1991 el Servicio Dental Comunitario quedó a los efectos administrativos de Osakidetza desarticulado y sus efectivos pasaban a depender de diferentes unidades, lo cierto es que el equipo técnico y humano que superó la reestructuración continuó operando como una unidad funcional claramente identificable.

La necesidad de aunar esfuerzos para hacer avanzar el proyecto en un entorno organizativo poco propicio, su propia especificidad como técnicos de Salud Dental Comunitaria, y posiblemente su identificación, motivación y compromiso personal con el PADI, produjeron un efecto de cohesión y responsabilidad que se ha mantenido durante el período estudiado en este trabajo.

Las dificultades que una situación no respaldada por el status debe de superar cada día durante seis años en una organización burocrática son evidentes. Sólo la cultura participativa y responsable de trabajo, cultivada en estos años en el Servicio, y la voluntad demostrada por sus administrativos, técnicos y facultativos, puede explicar la pervivencia en este período del Servicio Dental Comunitario como unidad.

La asunción de responsabilidades, la jerarquización de las funciones, la ejecución de las tareas..., han sido durante estos seis años en el Servicio las propias de una "unidad de negocio" responsable de una "línea de producto" bien definida dentro de la empresa.

Por todo ello, aunque el Servicio Dental Comunitario nunca ha existido en el organigrama de la estructura de Osakidetza en el período estudiado, se ha considerado a todos los efectos para este trabajo al Servicio como la unidad responsable del desarrollado del PADI desde 1990 a 1995, ya que de hecho ha sido el equipo humano así organizado quien lo ha impulsado, dirigido, gestionado y administrado.

Curiosamente, a pesar de no existir como tal, la documentación oficial de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud relacionada con el PADI, hace constante referencia a su Servicio Dental Comunitario

Se ha estimado que las tareas del PADI han ocupado el 80% de la capacidad de trabajo del Servicio. El proyecto de fluoración del agua de abastecimiento, las actividades de educación para la salud, fundamentalmente en el medio escolar, elaboración de informes y asesoramiento en este campo a diferentes instituciones sanitarias, ordenamiento de recursos asistenciales..., han requerido el 20% restante.

Para terminar de matizar lo que ha sido el desarrollo del proceso del PADI en el período 1990-95, hay que reseñar que la Unidad Técnico-Administrativa de Bizkaia ha estado ubicada en 4 locales distintos, en 2 la de Gipuzkoa, en 2 la de Alava y en 2 la Unidad Central que se segregó en 1991 de la U.T. del SDC de Bizkaia y se trasladó a los Servicios Centrales de Osakidetza en Vitoria-Gasteiz, quedando en precarias condiciones operativas por la amortización de las plazas del Administrador (en 1991) y el Auxiliar Administrativo (en 1992).

La **carta de presentación** que ha acompañado en cada mailing a la oferta del PADI a las familias de la CAPV, muestra de forma paradigmática los períodos descritos y la paulatina institucionalización del programa. Anexo II.

En 1990, el programa es impulsado directamente por el Departamento de Sanidad con el apoyo y compromiso personal expreso que muestra la carta que se envía a la población firmada por el Consejero.

En 1991 y 1992, tras el cambio en la Dirección de la Sanidad Vasca y con un importante cuestionamiento e incertidumbre hacia el proyecto, son los propios responsables técnicos del Servicio quienes asumen la firma de la oferta del PADI a la población.

En 1993, 1994 y 1995, con la favorable evolución de los indicadores de actividad, la aceptación creciente por la población, y por los profesionales, la ausencia de desviaciones presupuestarias y el cumplimiento de los procesos administrativos previstos, el PADI comienza su fase de institucionalización. La firma de la oferta a la población, por primera vez, de directivos de Osakidetza, dan fé de ello.

Por lo que respecta a las unidades asistenciales que formaban parte del **cuadro facultativo del PADI** que ha desarrollado en este período el programa en Osakidetza, su situación organizativa no ha sido mejor que la descrita para el Servicio Dental Comunitario.

El planteamiento de la asistencia dental en Osakidetza se había realizado desde la conceptualización de **dos líneas de actividad** claramente diferenciadas.

Una era la tradicional Odontología de Cupo, que ofrecía prestaciones muy limitadas (exodoncias), que en muchos casos sólo pueden aceptarse como una "solución" de baja calidad a los problemas de salud dental de la población. Su permanencia como un sistema de asistencia dental "pobre y para pobres", en competencia con el sector privado, debería de ser revisada. La vinculación organizativa de estos recursos a servicios hospitalarios de Estomatología y Cirugía Maxilofacial y su reorientación hacia enfoques más médico-quirúrgicos, era su línea natural de progresión y mejora.

La otra línea de actividad era la asistencia básica dental infantil que ha quedado sobradamente descrita al exponer el plan del PADI.

Ambas líneas de actividad serían paralelas. La primera, "adultos", estaría dedicada a resolver los problemas de salud oral a demanda de la población general, con enfoque de asistencia especializada y dependencia hospitalaria de los Servicios correspondientes. La segunda, "infantil", tendría una orientación de promoción de la salud, con enfoque de Salud Dental Comunitaria y dependiente de una unidad específica, el Servicio Dental Comunitario.

El avance en estos planteamientos durante el período 1990-95 ha sido muy escaso. Contrariamente a lo que sucede en otros sistemas de salud y otras especialidades, la Odontoestomatología continúa en Osakidetza sin estructurar.

La evidente paradoja de que una de las áreas de asistencia sanitaria más específicas no esté organizada como tal, no es una exclusiva del

Servicio Vasco de Salud. Por razones históricas ha sido así en todo el Sistema Nacional de Salud desde su constitución, y aun hoy día la situación se mantiene.

El avance que en este sentido se iniciaba en 1990, quedó abortado con la disolución del Servicio Dental Comunitario en 1991. La reciente Oferta Pública de Empleo, en que 19 plazas, tanto dedicadas a la Odontología General como las dedicadas al PADI, salen a concurso como "Odontólogos de Equipo de Atención Primaria"⁽²⁴⁾, muestra el escaso avance logrado en estos años en la línea organizativa expuesta y la persistencia en Osakidetza del modelo heredado.

La incertidumbre, a la fecha del presente trabajo, sobre las funciones y organización de estos profesionales en Osakidetza, es notable. Sus consecuencias sobre la red de unidades asistenciales del SDC que desarrollan el PADI en el Servicio Vasco de Salud, impredecibles.

Pese a ello, y de la misma forma que el Servicio siguió operando como la estructura responsable de la gestión del PADI que dispone el Decreto 118/90, las unidades SDC también lo hicieron, y su vinculación organizativa con el Servicio ha sido en la práctica una realidad en el período 1990-1995. No obstante, la capacidad para gestionar estas unidades SDC y conseguir una buena eficiencia ha estado muy mermada respecto de lo contemplado en el plan del programa.

La relación funcional que el Servicio ha mantenido con todas ellas, las sesiones clínicas periódicas y el propio proceso asistencial y administrativo del PADI, han servido como nexo de unión altamente eficiente. El incremento constante de la productividad a lo largo de estos años, hasta estabilizarse en los dos últimos ejercicios en un promedio de 1.800 clientes atendidos por unidad SDC, dan fé de ello.

Como ya se ha mostrado (Tabla 32, Figura 15) cinco Unidades SDC han superado los 2.000 niños atendidos por año, e incluso una de ellas alcanzó los 3.000 niños/año. El resto, pese a las deficientes condiciones organizativas en que han operado, han demostrado una notable eficiencia y la viabilidad del proyecto PADI en Osakidetza.

Además de las 19 Unidades SDC de Osakidetza, otros 60 dentistas de cabecera habilitados según la Orden de 3 de Mayo de 1990, formaron parte desde el principio del cuadro facultativo del PADI. La posición oficial de los Colegios Profesionales de la CAPV, contrarios a la firma de este tipo de contratos por sus colegiados (Anexos III y V), frenó, sin duda, una mayor participación de éstos desde su comienzo.

Los argumentos esgrimidos por los Colegios incluían importantes discrepancias sobre cuestiones técnicas, económicas, organizativas, y de representación. Posiblemente, el sistema de pago por capitación para la Asistencia General del PADI era uno de los motivos que despertaba mayores reticencias y oposición al proyecto. En el Anexo V se han recogido ampliamente opiniones publicadas a este respecto.

En 1994 y principalmente en 1995 se han producido nuevas incorporaciones de DDCs al cuadro facultativo. El acuerdo firmado el 08.02.95 (Anexo IV) entre la Dirección General de Osakidetza y el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Bizkaia, fija por consenso un incremento de cien nuevos DDCs en Bizkaia. Las convocatorias de 1995 y 1996 sumaron de esta forma doscientos nuevos colegiados de Bizkaia. En Alava y Gipuzkoa, si bien no se ha firmado a la fecha un protocolo similar, la incorporación de nuevos DDCs ha seguido igualmente un proceso incremental continuado.

En 1996 el cuadro facultativo ofertado a la población consta de 350 DDCs. Anexo II. La estimación del Servicio Dental Comunitario es que en tres años más, al completar el proceso de implantación del PADI en 1998, el cuadro facultativo incluirá cerca de 700 DDCs en la CAPV. Con ello, el PADI tendría una óptima accesibilidad socioorganizativa y geográfica.

La propia capacidad para estar incluido en el cuadro facultativo del PADI como DDC habilitado parece presentar una escasa clarificación por parte del Servicio Vasco de Salud. Las Resoluciones nº 1.315 a 1.364 del Director General determinaban la imposibilidad de que cualquier profesional vinculado, o que hubiera estado vinculado en los

dos últimos años contractualmente a Osakidetza, pudiera estar incluido en su cuadro facultativo.

Los profesionales habilitados del cuadro facultativo que ocupaban en la estructura de Osakidetza, una plaza de Medicina General o de Cuidados Intensivos, como ocurría en ciertos casos, recibieron las resoluciones, lo mismo que cualquier profesional que hubiera cubierto una sustitución en los dos años previos, aún en un período de pocos días o en otra especialidad. Las implicaciones de aplicar esta norma a la totalidad de la plantilla de Osakidetza en otras áreas asistenciales tienen consecuencias que superan el análisis del presente trabajo.

Las citadas resoluciones afectaban a 50 profesionales del cuadro facultativo en vigor en 1995. Los profesionales afectados presentaron ante el Consejo de Administración de Osakidetza el oportuno recurso administrativo. La Resolución 253 de 20 de Febrero de 1996, emitida posteriormente por la misma Dirección General, revocaba y dejaba sin efecto alguno las anteriores. Anexo IV.

La ausencia de la estructura, contemplada en el Decreto 118/90, encargada específicamente de desarrollar el PADI, volvía así a ponerse en evidencia, y a comprometer la operatividad del proyecto, en este caso por motivos de carácter administrativo.

En cuanto a la realización de las **actividades operativas anuales** del PADI, los resultados de la evaluación del proceso muestran que el Servicio Dental Comunitario ha conseguido en estos seis ejercicios llevar a término la totalidad de ellas pese a su limitada operatividad.

Los condicionantes organizativos del proyecto en Osakidetza han dificultado especialmente el envío de los mailings (la Figura 9 muestra en 1995 el impacto que este retraso tiene en la demanda) y los pagos a los DDCs habilitados. La amortización en 1991 y 1992 de los recursos del Servicio Dental Comunitario y la falta de adecuación de las estructuras de la Administración Sanitaria tradicional para realizar estas tareas con agilidad, son las causas fundamentales de los retrasos en los plazos de ejecución.

La **cartera de clientes** enviada por primera vez en Enero de 1992 a todos los dentistas de cabecera incluye el listado de clientes generado por cada facultativo en el año precedente. Esta es una excelente herramienta de gestión en la práctica de cada profesional y se inscribe en la línea de acercar las culturas clínicas y de gestión que se han impulsado a lo largo de todo el período estudiado.

Todos los dentistas de cabecera del cuadro facultativo del PADI son considerados clientes internos del Servicio Dental Comunitario. El Servicio desarrolla este producto para facilitar su trabajo y está capacitado para ofrecerlo tanto en soporte físico, en papel, como lo ha hecho hasta la fecha, como en soporte magnético.

Las posibilidades de cada dentista de cabecera para gestionar su propia cartera de clientes e incrementarla, sólo quedan limitadas por su propio interés y la capacidad de su consulta profesional.

En la práctica las posibilidades de las Unidades SDC de Osakidetza de gestionar y ampliar su propia cartera de clientes han estado muy limitadas. La ausencia de unos mínimos elementos de gestión, recepcionista, teléfono directo, horario adecuado al cliente..., con que se cuenta en una consulta privada para mejorar la oferta asistencial, no se han dado en estas Unidades SDC. Además, la diferente motivación económica que supone el pago por salario fijo (desvinculado de la productividad de la Unidad SDC o del Servicio) de estos profesionales, es muy diferente de la que tienen sus colegas habilitados.

La ventaja de los SDCs estriba en estar incluidos en Osakidetza, un marco de servicios de salud más amplio y frecuentemente utilizado por la población. Su desventaja frente a los DDCs habilitados es que las familias no reciben asistencia dental en Osakidetza y cuando la necesitan deben de utilizar los servicios de la red privada, por lo que generalmente tienen su propio dentista de familia que les atiende y en quien tienen depositada su confianza. Este dentista puede ser un DDC habilitado, que de esta forma atiende a todo el núcleo familiar.

Estos DDCs habilitados podrán además continuar atendiendo a los niños después de los 15 años, cuando no queden cubiertos por el programa. Incluso pueden atender a hermanos, mayores o más pequeños, que no están en ese momento cubiertos por el PADI por motivos de su edad. Las Unidades SDC de Osakidetza no lo hacen.

La limitación de la oferta asistencial, de los tratamientos que ofrecen las Unidades SDC, (no prestan asistencia reparadora en dentición temporal, ni tratamientos de Ortodoncia), obliga a que, si se precisa este tipo de asistencia, los niños deban acudir además a un dentista privado.

Los DDCs habilitados, además de los tratamientos preventivos y reparadores en dentición permanente cubiertos en su totalidad por el PADI, prestan asistencia reparadora en dentición temporal y con frecuencia tratamientos de Ortodoncia, que en este caso es directamente abonada por el paciente, sin tener que cambiar de profesional.

Teniendo en cuenta todas estas limitaciones de gestión de la cartera de clientes, de accesibilidad horaria, de motivación económica, de posicionamiento en el mercado, y de oferta de servicios asistenciales es meritorio que la red de Unidades SDC esté manteniendo el volumen de su cartera de clientes frente a la oferta de los DDCs habilitados. Los más de 30.000 clientes que ha atendido en 1994 y 1995 dan fé de ello, sitúan la productividad media de estas Unidades SDC en los 1.800 niños atendidos por año, y confirman la validez de los cálculos de la fase de planificación del PADI.

Una mejora en la gestión de estas unidades SDC y su correcto posicionamiento en el mercado de servicios, llevaría sin duda a una mayor eficiencia de las mismas. Su evolución como "red de seguridad" capaz de resolver los casos más complejos y de asumir tareas específicas de Salud Dental Comunitaria, se irá haciendo cada vez más necesaria conforme termine de desarrollarse el programa y de incluir a toda la población prevista. Su eficiencia en las nuevas tareas requerirá una organización más definida que la actual.

El **talón de aceptación** (*voucher*) ha sido una de las señas de identidad del PADI y clave en el desarrollo operativo del Decreto 118/90. En estos años ha demostrado ser un instrumento de gestión con excelentes cualidades, y su pertinencia práctica.

Ha devuelto al usuario la capacidad de influir sobre el sistema (*empowerment*), ha garantizado de forma paradigmática su libertad de elección, ha introducido factores de competitividad en los servicios, y ha servido como instrumento para la distribución de los recursos, posibilitando que "el dinero siga al cliente". Todos ellos son valores que se preconizan en los documentos oficiales emitidos desde los niveles de planificación estratégica de la Sanidad Vasca.

El **perfil asistencial** es otro de los instrumentos desarrollados por el Servicio Dental Comunitario para el plan de operaciones del PADI. Fue introducido por primera vez en Mayo de 1993 y contiene una cuantificación del volumen y tipo de asistencia dispensada por cada dentista de cabecera. Su valor como instrumento de autoevaluación y de mejora de la calidad asistencial del PADI es evidente .

Su potencialidad para el desarrollo de *peer group review* y como forma de medir el *case mix* del PADI no ha sido aún explotada. Las limitaciones a este tipo de prácticas de mejora de la calidad que se impulsan en otros países en este sector, requieren una mayor capacidad de gestión que la que ha existido durante el período estudiado.

El **informe anual del PADI** que desde la puesta en marcha del proyecto viene produciendo el Servicio Dental Comunitario, ha sido una forma más de impulsarlo, pues ha colaborado a su mejor conocimiento dentro y fuera de la Sanidad y entre los profesionales del sector. La inclusión de su contenido en la Memoria Anual de Osakidetza ha colaborado a potenciar su imagen dentro del Servicio Vasco de Salud. Asimismo su publicación en las revistas de la especialidad, e incluso la difusión que de sus resultados se ha hecho en la prensa general, ha sido de gran utilidad para el mayor conocimiento e implantación del PADI. Anexo V.

El pago de la asistencia prestada por los DDCs habilitados es sin duda la actividad con mayores deficiencias en todo el proceso del PADI. La amortización de la plaza del Administrador del Servicio y la no constitución del centro de gasto para las actividades de Salud Bucodental, están en el origen de las dificultades experimentadas durante el período 1990-95.

La complejidad del proceso de pago, por el aumento incremental del volumen de clientes y de proveedores, hará aún más deficiente este proceso en los próximos ejercicios si no se modifican las condiciones de su realización.

La mayor ineficiencia se produce en el proceso de abono de la cantidad facturada. La tramitación burocrática del expediente se realiza en instancias administrativas ajenas al Servicio Dental Comunitario y ha empleado como promedio tres veces más tiempo (43 días) que el proceso de facturación desarrollado por el Servicio (15 días). Los errores detectados en el proceso, pago duplicado (1990), falta de retención del IRPF (1990 y 1994), se producen también en esta segunda parte del proceso.

El pago semestral es insatisfactorio para los DDCs habilitados. Además del decalaje administrativo que se ha observado en estos años, fruto de condicionantes burocráticos, la demora en el pago supone costos financieros que estos profesionales deben de soportar. Al imputar estos costes financieros a la totalidad de la factura por la asistencia dispensada por los DDCs, se obtienen cantidades importantes.

Un retraso promedio de cinco meses desde que se produce la asistencia hasta que se abona, con una carga financiera del 12% anual, supone detraer 5 millones de una factura total de 100 millones. Sin contar el decalaje administrativo citado, los 473 millones de pesetas abonados a los DDCs habilitados durante el período de estudio han tenido, al 12% anual citado, un coste financiero de 23 millones de pesetas que los propios dentistas de cabecera han tenido que asumir.

El pago de la asistencia dispensada por los DDCs habilitados debería de producirse con mayor frecuencia. Una mayor agilidad en la dinámica establecida, sobre todo en la segunda fase del proceso, es sin duda condición necesaria para avanzar en este campo.

La aplicación de la experiencia del sistema de pago utilizado con las oficinas de farmacia, mediante una empresa de gestión interpuesta, debería de ser explorada para el pago de esta actividad.

Por lo que respecta a la concordancia entre la asistencia dispensada y la abonada, no se han detectado a lo largo del proceso errores de importancia, solventándolos el Servicio sin mayor complicación en las escasas ocasiones en que un DDC ha mostrado una discrepancia entre ambas. El talón de aceptación ha demostrado una vez más ser un instrumento de gestión indispensable.

Los resultados de la evaluación del **coste del programa** han adolecido de una ausencia en Osakidetza de contabilidad diferenciada para esta línea de actividad, al igual que ocurre con toda la asistencia bucodental. No obstante, la sistemática estimativa aplicada y la existencia en el Servicio Dental Comunitario de datos referentes a la facturación de los DDCs habilitados, permiten valorar con bastante confianza lo que ha sido el coste económico del PADI en estos años.

Los cálculos que se realizaron en la fase de planificación respecto a los minutos de sillón por niño y año, y que se estimaron en 32 minutos para los niños de 7 años en 1990, se asemeja a los obtenidos más recientemente por otros estudios en el Estado⁽⁹³⁾, que indica para la cohorte 0-14 años un tiempo de 24 minutos persona/año, o los de la O.M.S. presentados en 1990 que lo estima en 21,2 minutos persona/año para la misma cohorte⁽¹¹⁰⁾.

Un repaso de los resultados expuestos en las Tablas 29 y 30 permite comprobar que el coste total del PADI en el período 1990-95 fue de 1.785 millones de pesetas; de los cuales, 1.574 millones se han destinado en estos años directamente al pago de la asistencia, y 237 millones a la gestión del proyecto.

La proporción global obtenida en estos años, 87/13, del costo de asistencia y gestión, ha sido aún mejor en los últimos años, consiguiéndose un 11/89 en el último ejercicio estudiado, con lo que se alcanza la previsión establecida (10/90) en la fase de planificación del PADI, incluso sin haber llegado a la utilización óptima del programa. La evolución seguida indica que los resultados a este respecto en los próximos años pueden ser mejores de los previstos.

El coste de la asistencia dispensada por los DDCs habilitados ha aumentado progresivamente hasta llegar a los 199 millones de pesetas en 1995, lo que supone un promedio cercano al millón de pesetas por DDC y año, y eleva hasta el 49% el peso específico de la asistencia concertada respecto al 51% de la dispensada por Osakidetza.

La Figura 13 muestra la **evolución** seguida en el período 1990-95 por el **coste anual de la asistencia de un niño atendido** y el coste estimado en la planificación. Como era de esperar, especialmente en los primeros ejercicios, el coste por niño del proyecto ha sido superior a lo previsto; en 1991 llegó a duplicar la estimación realizada. La necesidad de garantizar la accesibilidad geográfica a todos los niños y el hecho de que el proyecto se ofertara a sólo dos cohortes de edad producen el efecto que se observa en la gráfica.

La evolución posterior, 1992 y 1993, cuando el programa comienza su despegue, ha llevado a una mejora constante de los resultados, hasta alcanzar en 1994 y 1995 valores equivalentes a los previstos. En el último ejercicio estudiado, el coste producido por la asistencia de un niño en el PADI es de 6.033 pesetas, frente a las 6.083 pesetas previstas. La adecuación del coste obtenido a la previsión es del 99%.

Si a los costes de asistencia por niño y año añadimos los correspondientes a la gestión, tal como muestra la Tabla 27, se observa que en el ejercicio 1995, el coste es de 6.552 pesetas frente a las 6.691 pesetas previstas. La adecuación del coste total por niño atendido en el PADI es del 98% con respecto a la previsión.

Como dato comparativo, un trabajo encargado por el Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España para la elaboración de una propuesta de honorarios mínimos profesionales establece en 225 días de trabajo/año (5 días/semana x 45 semanas) para un total anual de 1.575 horas. Asimismo, al imputar los costes de la actividad, que estima en 5 horas diarias de sillón, 71% del tiempo total, determina un coste en 1992, por módulo de 30 minutos de trabajo de sillón, de 6.562 pesetas. En esta cantidad estaba incluida la actividad administrativa⁽⁸⁰⁾.

Cuando la comparación de los costes de la asistencia dispensada por niño y año se realiza entre los niños atendidos por los DDCs habilitados y por las Unidades SDC tal como se presenta en la Figura 14, la gráfica obtenida es sobradamente elocuente. El coste de la asistencia de las Unidades SDC de Osakidetza ha estado en todo momento por encima de la previsión. En 1991 llegó a ser casi cuatro veces superior, sextuplicando el costo de lo abonado a los DDCs habilitados.

Sólo la necesidad de garantizar la accesibilidad geográfica a todos los niños de la CAPV en los primeros años y de una "red de seguridad" propia de Osakidetza que asumiera cualquier niño que por uno u otro motivo (social, biológico, o médico) no pudiera encontrar un dentista de cabecera en el cuadro facultativo, puede justificar estos costes.

En 1994 y 1995 los resultados logrados muestran una mayor aproximación entre sí. Frente a las 6.083 pesetas/niño/año previstas como coste en 1995, la asistencia dispensada por las Unidades SDC costó 6.763 pesetas, y 5.424 pesetas la dispensada por los DDCs habilitados. La asistencia de Osakidetza estaba un 11% por encima de la previsión e igualmente la dispensada por los DDCs habilitados se desviaba un 11%, pero en este caso era por debajo de la previsión.

El coste de la asistencia dispensada por los DDCs en ese año fué en realidad menor, ya que en la cifra aportada se incluye el abono del decalaje administrativo arrastrado desde el año anterior, 11 millones de pesetas sobre los 189 imputados en el ejercicio, con lo que la desviación sería en realidad del 12 %.

La **evaluación del proceso** seguido por el PADI en estos años indica que, pese a las importantes carencias organizativas que ha soportado los objetivos operativos del programa se han cumplido. La dificultad en el desarrollo del Decreto 118/90 del Gobierno Vasco ha procedido en sus comienzos de su interacción con las dos organizaciones implicadas: Colegios Profesionales y Servicio Vasco de Salud.

Las primeras reacciones adversas se produjeron por la resistencia de los profesionales privados del sector a introducir cambios en el status existente de provisión de los servicios a la población. Esta reticencia a los cambios es común a la de otros países. La adaptación entre la profesión organizada y el PADI está evolucionando razonablemente bien en el período estudiado. Su mayor participación en las decisiones de gestión del proyecto, demanda que han expresado constantemente (Anexo V), facilitará el proceso y mejoraría el producto.

El segundo frente de resistencia proviene de la incapacidad demostrada por los Planes de Salud (el Decreto 118/90 es la sustanciación de un aspecto específico del Plan de Salud de la CAPV) para dirigir la actividad de aparatos administrativos de los Servicios de Salud establecidos, que actúan de forma autónoma respecto a las políticas estratégicas marcadas desde los niveles correspondientes⁽⁴⁴⁾.

Recuperar en los diversos Servicios de Salud del Estado, los recursos presupuestarios, técnicos, materiales, organizativos y de autogestión, que este sector de la asistencia precisa, se presenta como una tarea difícil por la inercia institucional en su asignación a otros sectores beneficiados tradicionalmente por los mismos.

La acción de los consumidores, financiadores del sistema asistencial, para hacer valer su demanda de servicios en este área de la asistencia sanitaria, debería de complementarse eficientemente con la de los proveedores de los servicios, destinatarios finales de los recursos. El proceso iniciado en estos años por el PADI en el País Vasco es una oportunidad real de actuación conjunta en este sentido.

6.2 DE LA EVALUACION DEL IMPACTO.

La razón principal para poner en marcha el PADI era dar solución a una necesidad de asistencia dental no atendida debidamente. Para ello se pretendía establecer un sistema de atención odontológica a los niños residentes en la CAPV con enfoque preventivo y de promoción de la salud, evitando inducir los ciclos reparadores propiciados por la tradición mecanicista. Esa asistencia dental de calidad debería de llegar a todos los niños sin distinciones socioeconómicas y con una periodicidad anual.

Asistencia básica dental adecuada para todos los niños y periodicidad anual eran los dos objetivos generales del programa. Tres objetivos específicos (oferta explícita, cuadro facultativo y gratuidad) señalaban el camino causal que debería garantizarse previamente.

El análisis de los resultados obtenidos tras 2/3 del desarrollo del programa indica que se está consiguiendo atajar los factores contribuyentes determinados en el análisis del problema. Esto está dando como efecto a corto plazo la eliminación del factor de riesgo que se pretendía evitar con el PADI; que los niños de la CAPV crecieran sin una asistencia básica dental correcta y periódica.

En el período 1990-95 **se ha recordado cada año** a los padres de los niños residentes en la CAPV la necesidad de llevarles a su revisión dental. Para ello, se han enviado en este período 728.146 cartas a los domicilios de 117.779 niños de entre 6 y 12 años de edad. Los niños que cumplieron 12 años en 1995, los mayores incluidos en el PADI, habrían recibido un mínimo de seis cartas en seis años (si es que acudían en los dos primeros cuatrimestres) y un máximo de once cartas si acudían en el último cuatrimestre o no acudían. Tabla 16.

De esta manera se han estado atajando los factores predisponentes del problema relacionados con el desconocimiento de la necesidad de acudir al dentista de cabecera en esas edades todos los años, aunque se esté sano, y la importancia de las medidas preventivas como los selladores de fisuras. Anexo II.

No es pues de extrañar que, tras seis años de intervención, 84.498 niños de edades comprendidas entre 6 y 12 años, el 72% de todos los que recibieron las cartas, hayan acudido a los dentistas de cabecera del PADI en el periodo estudiado. Figura 16.

Si tenemos en cuenta que el cuadro facultativo del PADI se ha compuesto de un máximo de 230 dentistas de cabecera y que en la CAPV trabajan cerca de 1.000 dentistas, se puede considerar que del porcentaje de niños que no acudieron nunca al PADI, el 28%, una parte no determinada, pero importante, lo estará haciendo al resto de los 750 dentistas que ejercen en el País Vasco. Posiblemente el motivo de acudir a ellos es que son los dentistas de la familia y sus padres desean que el niño sea atendido por el profesional en quien tienen depositada su confianza.

La necesidad de tener que abonar directamente su asistencia, cuando está cubierta en los niños, hace que los padres soliciten a sus dentistas que se incluyan en el cuadro facultativo del PADI. La posibilidad de ofertar el servicio a sus clientes, financiado por la Sanidad, propicia que los dentistas soliciten su inclusión en el cuadro facultativo.

La alternativa de cambiarse de dentista de familia o tener que abonar directamente la asistencia cubierta por el PADI no es la más deseable para los clientes. Perder clientes o tener que cobrarles directamente la parte de la asistencia cubierta por la Sanidad tampoco es la mejor alternativa para los dentistas. Esto es aún más evidente cuando la necesidad de asistencia es mayoritariamente de carácter preventivo y los padres no perciben un problema de salud importante en sus hijos.

El desarrollo del cuadro facultativo que se ha producido en el período 1990-95 ha sido fundamental para garantizar la accesibilidad geográfica y socioorganizativa del PADI. Sin duda, su ampliación durante los tres años que restan para la implantación total del programa es clave en este sentido y consecuentemente en el cumplimiento del objetivo de que el 100% de los niños de la CAPV tengan su dentista de cabecera.

En el período estudiado, la utilización del PADI ha alcanzado a los niños residentes en la totalidad de los municipios de la CAPV sin excepción. El Anexo I muestra la utilización por cada uno de ellos en cada ejercicio. El Servicio Dental Comunitario está capacitado técnicamente para actuar en la promoción de la utilización del PADI en las zonas donde por cualquier motivo el alcance no sea satisfactorio.

No resulta sencillo discernir el efecto atribuible al PADI en el notable aumento de la asistencia al dentista de los niños de la CAPV, del debido a otras causas, fundamentalmente a la mejora de la accesibilidad geográfica por el importante número de consultas instaladas en los últimos años; desde 1985 a 1995 se ha pasado de 500 a 1.000 consultas dentales operando en la CAPV. Figura 7.

Frente al dato reflejado en la ESCAV-86⁽⁴⁸⁾ de que el 50% de los niños menores de 15 años no habían acudido nunca al dentista, el hecho de que en 1995 el 72% de los niños de 6 a 12 años hayan utilizado el PADI supone una mejora sustancial a este respecto, a la que el programa ha colaborado en gran medida.

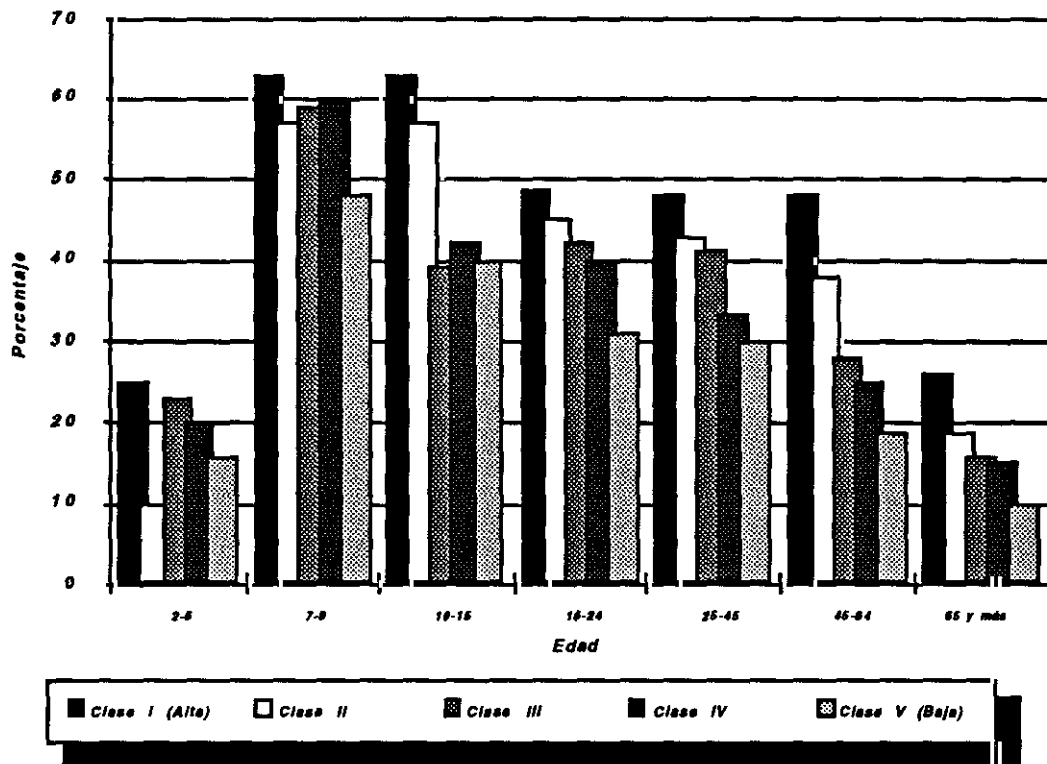
Sin duda, uno de los factores que el PADI ha aportado en este sentido es la mejora de la **accesibilidad económica** (*affordability*) de estos servicios para los niños. La citada encuesta reflejaba que el costo de los servicios de asistencia dental era el motivo fundamentalmente aludido por la población para no acudir a ellos cuando percibían su necesidad. La percepción de los problemas de salud dental aumentaba conforme disminuía el nivel socioeconómico de la población⁽⁴⁸⁾.

La política de salud impulsada en las legislaturas en las que se inscribe el PADI enuncia principios de equidad, solidaridad y universalidad para el Servicio Vasco de Salud, y su intención de mantener una financiación pública del mismo. En este sentido, el PADI contribuye a extender al campo de la asistencia básica dental de la población infantil de la CAPV los principios que se garantizan para la asistencia médico-quirúrgica de la población general.

El efecto de **disminución de las desigualdades sociales** en el acceso a los servicios de salud dental para los niños (aparte del comentado alcance a todos los municipios), es ya perceptible en la ESCAV-92⁽⁴⁹⁾.

Sólo dos años después de la puesta en marcha del PADI se refleja una gran igualdad en la utilización de servicios de asistencia dental en las edades, 7 a 9 años, que a esa fecha estaban incluidas en el programa.

Figura 37: Asistencia al dentista en el último año, por clase social.



La clase social VI, la menos favorecida socioeconómicamente, se descolgaba de las otras, pero era claramente menor su diferencia que la observada en otros grupos de edad⁽⁴⁹⁾.

El trabajo realizado en estos años por el Servicio Dental Comunitario, en colaboración con otras instituciones, posiblemente habrá mejorado la situación de este último grupo, pero a la fecha no existen datos disponibles.

El dinero que la población destinó en 1992 a atender sus necesidades de atención dental ascendía, según la ESCAV, a 21.757 millones de pesetas. Supone el 45% del gasto sanitario directo de las familias, es decir, aquél que, además de lo que ya han pagado vía impuestos para tener cubiertas sus necesidades de salud, deben abonar directamente de su propio presupuesto familiar⁽⁴⁹⁾.

Si tenemos en cuenta que la población vasca invierte actualmente, vía impuestos, un promedio superior a las 100.000 pesetas/persona/año, para cubrir necesidades de asistencia sanitaria, no parece justificable que una parcela que aparece siempre en las primeras posiciones de percepción de problemas de salud no quede cubierta por esa partida, ni siquiera para un grupo prioritario como son los niños. Sólo dos razones pueden motivar esta situación. O bien los problemas de salud dental no son considerados por la Administración Sanitaria, o ésta los prioriza muy escasamente y prefiere emplear su presupuesto en otro tipo de servicios.

A la primera suposición se contrapone la propia percepción de la población expresada en las encuestas, que no es sino resultado del dolor, malestar, incapacidad funcional, pérdida de autoestima..., que las enfermedades dentales les producen. A ello se suman los gastos de asistencia, pérdida de horas laborales y de disfrute, que rara vez se ven reflejados directamente en los sistemas de información de la Administración Sanitaria, pero que igualmente la población padece. Respecto de la segunda suposición cabe pensar que el desconocimiento del problema y de las posibles soluciones, el incremento de necesidades en áreas tradicionalmente atendidas y, fundamentalmente, la inercia de asignación del presupuesto en la Administración son motivos suficientes para explicar su baja priorización.

¿Cuánto invierte la Administración Sanitaria Vasca en la asistencia dental a la población?. ¿Qué porcentaje del presupuesto total que el Parlamento Vasco aprobó para cubrir la asistencia sanitaria de la CAPV revierten en forma de servicios de asistencia dental?. Las mismas preguntas se pueden hacer para otros Servicios de Salud del Estado, e incluso al propio Ministerio de Sanidad.

La respuesta a estas preguntas pasa por la consideración de que a diferencia de otros países, nuestro Sistema Nacional de Salud no tiene una partida presupuestaria específica para asistencia dental.

No existe una estructura específica de servicios a quien asignarla, por lo que estaría incluido como parte de partidas vinculantes que permiten movilizar los recursos conforme a las necesidades del sistema, lo que propicia utilizarla frecuentemente como compensación de las desviaciones en otros sectores, y dificulta su cuantificación.

Un intento de estimación aproximada nos indicaría que la cantidad destinada no supera el 0,2% del gasto, veinte veces menor del que se destina en otros países de la Unión Europea⁽⁹⁾⁽¹⁵¹⁾.

Con la dificultad de precisar la asignación anual del presupuesto en el período 1990-1998, se pretendía establecer una referencia porcentual identificable, para conocer la evolución del esfuerzo presupuestario de la Administración Sanitaria de la CAPV en salud dental.

En este sentido el Decreto 118/90 está contribuyendo a identificar y cuantificar el gasto en asistencia dental en Osakidetza, a incrementar la cantidad de presupuesto que la Administración Sanitaria Vasca destina cada año a este sector asistencial, si bien no ha conseguido aún la creación de un centro de gasto específico que identifique y gestione el presupuesto asignado.

La previsión en 1990 para el proyecto, suponía impulsar un crecimiento constante del presupuesto destinado a la asistencia básica dental de los niños, que debería de evolucionar desde ser inexistente en 1989, a cerca del 0,4% del total de la Sanidad en 1998.

Esto suponía pasar de 0 pesetas en 1990 a 800 millones en pesetas constantes en 1998, o lo que es lo mismo, supuesta una tasa de actualización interanual del 4%, de 0 pesetas a 1.200 millones de pesetas corrientes en 1998. Figura 17.

Se estimó que un período de nueve años, 1990-98, sería un plazo suficientemente prudente para redistribuir los recursos existentes en el sistema, de forma que al menos el 0,4% citado se destinara a la asistencia básica dental de los niños.

Considerando que es la única asistencia dental, aparte de las extracciones, que Osakidetza garantizaría a la población, no parecía una propuesta difícil de impulsar. La inclusión de la Salud Bucodental como Área de Intervención Preferente en el documento SPE-2000⁽¹⁴⁰⁾ y posteriormente en el Plan de Salud de la CAPV⁽³⁷⁾, y el Catálogo de Prestaciones del Ministerio de Sanidad⁽²⁰⁾, incidían en el mismo sentido esperanzador.

Los resultados aportados por el presente trabajo confrontan la citada esperanza con la experiencia. Si bien en los años 1990 y 1991 se destinaron los recursos presupuestarios previstos, a partir de 1992 se produce un continuo alejamiento del gasto real frente al necesario para el proyecto, con un diferencial en estos años de cerca de mil millones de pesetas, utilizados en áreas tradicionales del sistema.

El argumento de que no se han empleado más recursos porque el programa no ha tenido mayor demanda, es circular con la premisa contraria; no ha tenido mayor demanda porque no se han destinado a él los recursos previstos.

No obstante, haber pasado de 0 pesetas en 1990 a 453 millones en 1995, es un resultado que permite alcanzar casi el 0,2% del gasto de Sanidad en la CAPV.

Aunque nos encontramos lejos de un mínimo del 4% de gasto dental que destina la Sanidad del Reino Unido y los países del norte y centro de la Unión Europea⁽¹⁵¹⁾, la convergencia hacia Europa, y la homogeneización de unos servicios básicos de salud para la población, irá reposicionando el peso presupuestario de esta parcela de la sanidad pública. Si bien es probable que en muchos países se camine hacia un recorte del gasto en este sector, nuestra posición frente al resto no puede ofrecer otra alternativa que el crecimiento.

El hecho de que la asistencia cubierta por el PADI haya estado financiada con cargo a fondos públicos, ha servido en el período 1990-95 para atajar el factor reforzador del problema de salud, que suponía el coste de la asistencia básica dental de los niños en las familias.

El cumplimiento de los tres objetivos específicos mencionados, que los niños reciban anualmente la oferta del PADI, que tengan un dentista de cabecera, y que sea financiado totalmente, debe llevar a la consecución de los dos objetivos generales: que acudan todos los años y que reciban una asistencia básica dental apropiada. Tabla 8.

Los datos recogidos en la Figura 18 muestran un incremento en la asistencia anual al PADI de más de 10.000 niños en cada uno de los seis ejercicios que cubre el presente trabajo.

En el año 1995 fueron 67.221 los niños atendidos por los 230 dentistas de cabecera del PADI, lo que supone que en dicho año el 57% de la población a la que se envió la oferta del programa hizo uso de ella. Este porcentaje, que el Servicio Dental Comunitario denomina "cuota de mercado", ha ido creciendo constantemente a un ritmo de 5 puntos por año. El incremento de la penetración del producto en el mercado potencial de clientes ha sido siempre sostenido y constante; no sólo en el conjunto de la población, sino en cada una de las cohortes, como muestra la Tabla 37.

Aunque el 57% de asistencia anual alcanzada en 1995 se encuentra en línea con la obtenida por otros sistemas de asistencia dental infantil, la **utilización anual del PADI** debería aproximarse al 100% para producir su máximo beneficio en salud.

Desarrollar institucionalmente el **Artículo 4 del Decreto 118/90**: *"El Departamento de Educación, Universidades e Investigación, adoptará las medidas precisas para que todos sus centros escolares, tanto públicos como privados, colaboren en la implantación y seguimiento del Programa Dental Infantil"*, será una vía eficiente y poco costosa para hacer llegar los beneficios del PADI cada año a todos los niños.

El talón de aceptación que facilita el Servicio Dental Comunitario puede una vez más ser el instrumento preciso para que, al efectuar los trámites de matriculación escolar en la enseñanza obligatoria de estas edades se certifique el cuidado dental de los niños, de la misma forma que se exige en otros países, o las vacunas en nuestro medio.

El desarrollo del citado Artículo 4 previsto en el Decreto 118/90, no se ha producido hasta la fecha, y requiere una clara voluntad institucional de garantizar los cuidados básicos dentales de todos los niños. La única reticencia predecible para avanzar en su aplicación puede derivarse de la certeza de que se empleará en el PADI el 100% del presupuesto previsto, pues se alcanzaría a la totalidad de los niños. Esta posibilidad, a la fecha del presente trabajo, no es aún vista como deseable en determinados sectores de la Administración Sanitaria.

El apoyo a su desarrollo por parte de los dentistas de cabecera y los propios usuarios sería alto, pero en este caso la voluntad institucional y su compromiso con el proyecto es absolutamente imprescindible.

La frecuentación de los niños que han utilizado constantemente el PADI, es decir aquellos que han acudido todos los años en que han estado incluidos, alcanza ya en los mayores las seis ocasiones. El niño, seguramente acompañado por algún familiar, habrá acudido seis veces durante seis años consecutivos al dentista de cabecera. La posibilidad que ésto representa, de establecer un vínculo de confianza y una relación de responsabilidad mutua, es óptima.

Los niños que no han acudido con constancia, los que se han denominado en este trabajo como de "utilización intermitente", tienen un promedio a los 12 años de edad de 3,14 veces, lo que sin cumplir lo estimado como óptimo permite al menos un seguimiento del niño por el profesional. Figura 20. Las implicaciones que desde un punto de vista económico tiene esta "utilización intermitente" del programa son evidentes. El DDC habilitado no obtiene una remuneración el año en que el niño no acude y las posibilidades de que su paciente desarrolle patología entre visitas aumenta.

La calidad del producto medida por la satisfacción de los usuarios, y ésta por su utilización, en un servicio que es eminentemente preventivo, parece indicar que es elevada. Especialmente significativo resulta que en las cohortes de mayor edad, continúe ascendiendo año tras año el volumen de clientes y la cuota.

La existencia de una libertad efectiva en la aceptación de los clientes que cada DDC decide atender, junto a la existencia en Osakidetza de Unidades SDC, con dentistas de cabecera que atienden siempre a cualquier niño y actúan como "red de seguridad" alternativa, es la forma en que opera el PADI.

No parece oportuno forzar la aceptación obligada de clientes a un DDC habilitado, ni obligar a un cliente a tener por dentista de cabecera a un profesional no escogido por él, cuando lo que se desea es propiciar una relación de confianza y responsabilidad mutua.

Otras consideraciones sobre la introducción de mecanismos de perversión en la selección de clientes y proveedores, parecen menos importantes que la expuesta, a la luz del amplio cuadro facultativo, las fuerzas del mercado operantes y su prevista evolución, y la salvaguarda de impulsar acciones correctoras si se detectaran desviaciones sobre el funcionamiento deseado.

Es poco probable que ningún DDC habilitado decline atender en el PADI a quienes son hijos o familiares de quienes forman su clientela habitual, por muy saturada que esté su práctica, o tenga otra forma más rentable de emplear su potencial de asistencia. Por otros motivos, los DDCs que no cubren la totalidad de su potencial de asistencia tienden a aceptar nuevos clientes a través del PADI y extender la asistencia a todo el núcleo familiar.

En ambos casos la calidad de la asistencia que dispense a los niños resultará esencial para mantener la confianza de los clientes relacionados familiarmente con el niño, y su permanencia como usuarios de la consulta.

La relación opera también en sentido contrario, donde una asistencia poco satisfactoria penaliza la viabilidad de la consulta como empresa.

Profundizar más en los factores que incentivan o penalizan la calidad de la asistencia, en unas condiciones tan específicas como opera el PADI en el sector privado y en su coyuntura de mercado en la CAPV, requiere mucho más espacio y tiempo que el que se le puede destinar en este trabajo⁽²⁸⁾. Su subjetividad, y en gran parte la dificultad de extrapolar consecuencias obtenidas de experiencias que en poco se asemejan, aconsejan centrarse en el impacto sobre la asistencia dispensada y sobre la salud de los niños en las condiciones reales en que el PADI ha operado en estos años en la CAPV.

El objetivo general segundo previsto para el programa era conseguir una **asistencia básica dental adecuada** para los niños, donde predominaran los procedimientos preventivos sobre los reparadores.

Para que los dentistas de cabecera puedan realizar procedimientos de prevención primaria es necesario que los niños acudan desde que comienza a erupcionar su dentición permanente. La escasa utilización de este tipo de medidas por los profesionales tiene muchas veces como origen el que sus pacientes sólo acuden cuando tienen un problema de salud establecido y necesitan un tratamiento reparador.

Otros motivos, como la tradición mecanicista de la asistencia odontológica, los incentivos económicos para tomar una u otra vía, y la forma de pago de los servicios..., son factores que inciden en el tipo de asistencia dispensada⁽¹²⁵⁾.

El PADI, según recoge el Decreto 118/90, opera con sistema mixto de pago, por capitación para la Asistencia General y de pago por servicio para la Asistencia Adicional, por lo que respecta a la asistencia dispensada por los DDCs habilitados. Los profesionales que trabajan en las Unidades SDC de Osakidetza tienen asignado un salario fijo, conforme a los niveles retributivos del ente autónomo.

A través del período 1990-95, el PADI ha operado en la forma descrita. El sistema de pago por capitación se ha mostrado en estos seis años como un excelente instrumento de gestión presupuestaria. Su utilización combinada con el sistema de Talón de Aceptación (voucher) ha permitido presupuestar, facturar y abonar la asistencia dental del PADI sin mayores complicaciones.

La introducción en nuestro medio de un sistema de pago por capitación supuso un importante cambio en el sistema de remuneración de los servicios dispensados por los dentistas. La resistencia a introducir cambios en un status profesional más que satisfactorio, el desconocimiento básico del nuevo sistema incluso en los niveles directivos de la profesión, y la necesidad de asumir un riesgo económico que el sistema conlleva fueron, entre otros, motivo de un rechazo importante a esta forma de remuneración. Anexo V.

El sistema de pago por capitación se ha utilizado tradicionalmente en los servicios médicos, pero tiene mucha menor difusión en la asistencia dental. En este campo, se le atribuye una mayor capacidad para promover enfoques preventivos y evitar el sobretreatmento. Por otra parte se le achaca el efecto contrario, promover el infratreatmento (*supervised neglect*) y la baja calidad asistencial. Max Schoen, que impulsó programas de asistencia dental para los niños en EE.UU. en la década de los cincuenta, utilizando sistemas de pago por capitación, tiene publicados trabajos a este respecto ⁽¹²⁶⁾.

En su utilización en el PADI como parte importante de la forma de remuneración, además de la facilidad para la gestión y la estimación precisa del presupuesto ya citada, pesaban más los factores positivos de impulsar un método que propiciara la práctica profesional de mantenimiento de la salud de los niños, que el temor a una mala praxis profesional que llevara a una dejación de su responsabilidad⁽¹³³⁾.

El mismo tipo de reacción desfavorable frente a la introducción de estos sistemas de pago se había producido en otros países donde se estaba cambiando del pago por servicio al pago por capitación⁽¹⁵⁰⁾.

En Octubre de 1990, el National Health Service del Reino Unido, introdujo un importante cambio en el sistema de remuneración de los dentistas de su General Dental Service. El pago por servicio que desde 1948 había estado operando fue parcialmente sustituido por un sistema de capitación.

Puesto en marcha por la Administración de Margaret Thatcher, este nuevo contrato era resultado de las recomendaciones contenidas en varios informes y se dirigía a impulsar los enfoques preventivos y de mantenimiento de la salud de los ciudadanos, frenar el gasto creciente en este sector y controlar el sobretratamiento detectado⁽¹²⁵⁾⁽¹²⁹⁾.

La modificación afectaba especialmente a la asistencia dental de los niños, donde la introducción del sistema de pago por capitación había sido recomendado especialmente.

Aunque operando de forma muy diferente al PADI, por condicionantes históricos, profesionales, culturales, pero sobre todo por diseño técnico, prestaciones cubiertas y forma de implantación no incremental, la experiencia del NHS, que se puso en marcha a la vez que en el País Vasco, aporta en sus primeras evaluaciones datos que es conveniente analizar.

Al comparar el tratamiento recibido y el estado de salud dental de los niños de 14 y 15 años que en 1994 estaban cubiertos por el sistema de capitación, frente a la situación que presentaban los de las mismas edades, atendidos por un sistema de pago por servicio en 1989, refiere que: se experimentó una gran reducción en el índice CAOD, fundamentalmente debido a una significativa reducción del número de dientes obturados; la media de dientes extraídos permanecía baja; había un pequeño incremento en el número de dientes careados no tratados; y un gran incremento en el porcentaje de pacientes que habían recibido selladores de fisuras⁽¹⁵⁰⁾.

La experiencia del Reino Unido que comenzó su institucionalización con un sólo mes de diferencia respecto de la de la CAPV, puede ser en un futuro su referencia más cercana respecto a resultados.

En el presente trabajo sobre el PADI, se ha evaluado la adecuación de la asistencia básica dental de los niños por el predominio de los procedimientos preventivos sobre los reparadores⁽¹³⁰⁾. Los datos han mostrado que en los seis ejercicios que lleva el PADI operando, el volumen de la "asistencia preventiva" dispensada por los dentistas de cabecera es casi cuatro veces superior a la "asistencia reparadora" que han tenido que desarrollar.

Así, como muestra la Tabla 41, en el conjunto de los seis ejercicios, por cada cien niños revisados en un año se han realizado en su dentición permanente 93 selladores frente a 24 obturaciones, 0,56 extracciones y 0,23 tratamientos pulpares. La proporción de 4/1 entre la asistencia preventiva y la asistencia reparadora confirma en nuestro medio la eficiencia del PADI como sistema potenciador de enfoques de promoción de la salud dental de los niños.

La diferencia que se ha observado entre el perfil asistencial dispensado por las Unidades SDC frente a los DDCs habilitados, es mínima para ser dos sistemas donde los profesionales son retribuidos de forma diferente y operan en entornos de asistencia pública y privada. El protocolo asistencial del PADI contenido en sus bases técnicas, la homogénea formación de los dentistas de cabecera del cuadro facultativo, los cursos que el Servicio Dental Comunitario ha organizado para ambas redes conjuntamente con el fin de actualizar conocimientos y técnicas preventivas y asistenciales, parecen el motivo de ello. Anexo III.

La mayor diferencia estriba en el número de selladores de fisura realizados. Mientras los SDCs hacen 100 selladores, los DDCs hacen 85. Esto puede ser atribuido a las diferentes necesidades asistenciales que presentaba la población que cada grupo atendía en un año dado. Una de las razones fundamentales que justifican la existencia en Osakidetza de Unidades SDC es precisamente, como ya ha quedado

dicho, servir de "red de seguridad" para los niños con una mayor problemática social, biológica o médica. Ello justificaría, entre otros motivos, su mayor costo asistencial por niño.

La igualdad conseguida en el número de obturaciones, 24 en ambos casos, y la escasa diferencia existente, 0,66/0,45 en las extracciones, y 0,23/0,24 en los tratamientos pulpares dispensados cada año por SDCs/DDCs por 100 niños atendidos, es notable. También lo es la igualdad en la Asistencia Adicional dispensada en estos años, que asciende a 2,2 dientes anteriores reparados por fractura traumática cada año por cada 100 niños. En ambos casos la cifra es la misma.

Merece la pena volver a reseñar que la Asistencia Adicional ha representado un pequeño porcentaje, nunca superior al 5%, del coste total de la asistencia asegurada por el PADI en estos seis años. A pesar de ser abonada por un sistema de "pago por servicio" en el caso de los DDCs habilitados, su coste anual resulta fácil de predecir a la vista de los resultados obtenidos.

Como exponente del tipo de asistencia dispensada en estos años por el PADI, se puede recoger el hecho de que: en los 16.999 niños que cumplieron 12 años en 1995 y que han utilizado el programa una media de 3,75 veces sobre 6 posibles, los dentistas de cabecera han realizado un promedio de 3,7 selladores de fisuras, 1,2 obturaciones y 0,03 extracciones en dientes permanentes. Estos 16.699 niños citados suponen el 75% de los 22.641 niños de esa edad que residen en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

6.3 DE LA EVALUACION DEL RESULTADO.

Además de dotar a la población infantil de la CAPV de un sistema de asistencia básica dental que cubriera sus necesidades, con lo que se completaba la atención médica dispensada por la Sanidad Vasca, se pretendía que la intervención sirviera para reducir notablemente la prevalencia e incidencia de la enfermedad.

El problema de salud que dió origen al PADI quedaba descrito por los datos del estudio epidemiológico de 1988, en que el 83% de los niños de la CAPV alcanzaba la edad de 14 años habiendo padecido experiencia de caries en su dentición permanente. A esa edad el promedio era de cuatro (3'98) caries por niño, y más de la mitad de ellas no habían recibido tratamiento alguno⁽³⁵⁾.

Se consideró que un plazo de diez años sería un período razonable para que, dadas las condiciones de partida y a la vista de los resultados que se estaban consiguiendo en los países de nuestro entorno europeo, el País Vasco redujera a la mitad la extensión y severidad de la enfermedad en su población infantil⁽⁵⁵⁾.

Si ésto se lograba, se estaría generando una gran oportunidad de que al llegar a adultos la población de la CAPV tuviera aún mejor salud dental y general que la de quienes les precedimos⁽¹¹⁰⁾.

El PADI era una parte de la respuesta de Salud Comunitaria con que la sociedad se organizaba para afrontar sus problemas de salud. La fluoración del agua, los programas de educación para la salud bucodental en las escuelas referidos a dieta e higiene, eran otras facetas que formarían parte de la respuesta estructurada por la comunidad.

La meta del PADI quedó reflejada por la reducción del índice CAOD. Si en 1988 el índice CAOD a los 14 años era de 3,98, la meta sería llegar a 1998 con un CAOD \leq 2 a los 14 años. Dada la vinculación entre la prevalencia y la incidencia de la enfermedad de caries en una población, la reducción de una de ellas suele acompañarse generalmente de una disminución de la otra⁽¹³⁰⁾.

Como ha quedado expuesto, el resultado de salud no será atribuible a una sola de las medidas de Salud Dental Comunitaria puestas en marcha en la CAPV en esta década, sino a su conjunto y a la evolución general de hábitos de la sociedad. Para evaluar cada una por separado se requieren utilizar técnicas epidemiológicas que permitan diferenciar cada variable dependiente, de las demás, sobre diferentes grupos de población. Sólo así se podría efectuar una evaluación rigurosa de los efectos atribuibles al PADI exclusivamente.

El método de recogida de la información debería ser de nuevo un estudio epidemiológico en 1998 que reprodujera las condiciones del realizado diez años antes, en 1988.

En este sentido, el objetivo que nos habíamos marcado para el presente trabajo era mucho más modesto. En el apartado de evaluación de los efectos a largo plazo del PADI, que hemos denominado en la metodología empleada como "evaluación de los resultados", debe entenderse que están incluidos todos los efectos de otras medidas individuales y de Salud Dental Comunitaria, como la fluoración, que en mayor o menor medida y durante más o menos tiempo están interviniendo conjuntamente con el PADI.

De todas maneras, la oportunidad de poder valorar si después de seis años de programa, las 84.498 historias clínicas correspondientes a otros tantos niños, acumuladas en el Servicio Dental Comunitario hasta 1995, reflejaban ya una mejora en el estado de salud de la población, no se podía desperdiciar.

Los 1.785 millones de pesetas que se llevan empleados en el proyecto y la evolución incremental que sigue hasta superar los mil millones de presupuesto anual en 1998, son motivos suficientes para aportar datos que ayuden a valorar su costo de oportunidad. El hecho de que otros proyectos y actividades más costosas que se desarrollan en el entorno de la Administración Sanitaria, y se financian con el presupuesto público, no lo hagan, no debe ser óbice para eludirlo.

La Base de Datos del Servicio Dental Comunitario contenía en 1995 144.289 mediciones realizadas sobre los 39.611 niños de seis cohortes diferentes, de 7 a 12 años, que han utilizado constantemente el PADI. No es un volumen de datos fácil de encontrar en los estudios epidemiológicos. Tampoco es equiparable el sistema de recogida de la información por los dentistas de cabecera a su cargo.

No obstante y para calibrar la fiabilidad de los datos aportados con este método, merece la pena observar que en 1990, sobre una población de 8.468 niños de 7 años, los 80 dentistas de cabecera que les atendieron reflejaron un CAOD=0,28, CAOS=0,32, y 85% de CAO=0, que si se compara con un CAOD=0,28, CAOS=0,42, y 86,% de CAO=0, que aportaba el estudio epidemiológico de 1988, sobre una población de 1.092 niños de 7 años examinada por 7 dentistas calibrados al efecto, sugiere un margen de confianza razonable.

Con este método de medición, y con los condicionantes metodológicos ya indicados para este trabajo, los datos disponibles reflejan que la incidencia de caries se ha reducido a la mitad en los niños que utilizan el PADI de forma constante. Frente al CAOD=2,30 que presentaban los niños a los 12 años en 1988, se observa un CAOD=1,08 en 1995. A la luz de estos datos, la posibilidad de que en 1998 los niños de 14 años de la CAPV tengan un CAOD \leq 2 parece alcanzable.

Respecto a la prevalencia, los datos que aporta el presente estudio indican que frente al 31% de niños libres de experiencia de caries a los 12 años que recogía el estudio epidemiológico de 1988, el porcentaje reflejado en 1995 ha ascendido hasta el 54%. Figura 34.

La fluoración del agua, que alcanza en 1995 al 75% de la población de la CAPV es uno de los factores que está incidiendo en la mejora. En este sentido Euskadi tiene una cobertura similar a la República de Irlanda, y superior a los EE.UU., que tienen un 68% y como objetivo el 75% para el año 2.000. Los 220.945 selladores de fisura que han colocado los dentistas de cabecera del PADI en el período 1990-95, y toda su atención y cuidado para conseguir que los niños a su cargo crezcan libres de enfermedad, están haciendo el resto del trabajo.

Como comparación de los resultados de salud dental que se están consiguiendo en la CAPV, aportamos en la Tabla 51 los resultados presentados en la Segunda Conferencia Internacional "Cambios en la Prevalencia de la Caries" que recoge los índices contenidos en el Banco de Datos de la Organización Mundial de la Salud⁽⁹¹⁾.

Tabla 51: Caries dental en los niños los de 12 años de edad.

| PAIS | AÑO | Indice CAOD | % libres de caries |
|---------------------------|-------------|-------------|--------------------|
| <i>Inglaterra y Gales</i> | <i>1993</i> | <i>1,1</i> | <i>50</i> |
| <i>Dinamarca</i> | <i>1991</i> | <i>1,3</i> | <i>49</i> |
| <i>Finlandia</i> | <i>1991</i> | <i>1,2</i> | <i>30</i> |
| <i>Islandia</i> | <i>1991</i> | <i>2,5</i> | <i>23</i> |
| <i>Noruega</i> | <i>1991</i> | <i>2,2</i> | <i>36</i> |
| <i>Suecia</i> | <i>1991</i> | <i>1,6</i> | <i>43</i> |
| <i>Bélgica</i> | <i>1990</i> | <i>2,7</i> | <i>25</i> |
| <i>Alemania</i> | <i>1993</i> | <i>2,5</i> | |
| <i>Suiza</i> | <i>1992</i> | <i>1,1</i> | |
| <i>Canadá</i> | <i>1990</i> | <i>1,5</i> | |
| <i>Australia</i> | <i>1992</i> | <i>1,2</i> | <i>55</i> |

De confirmarse con un estudio epidemiológico los datos obtenidos por el PADI, los niveles de salud dental en la CAPV estarían llegando a equiparar los de los países europeos más avanzados en este aspecto.

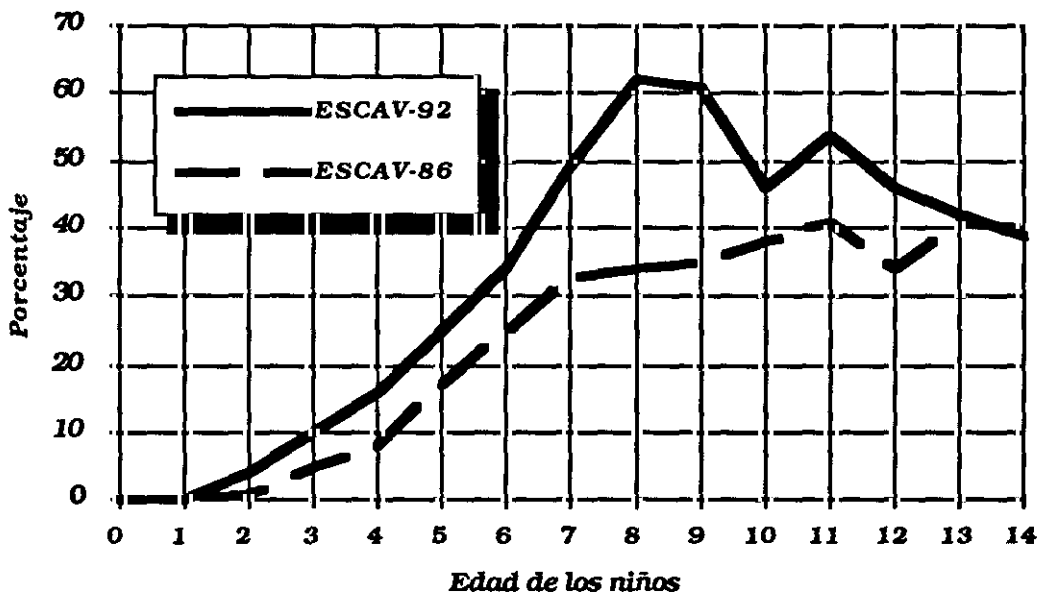
El CAOD=1,1 y 50% de niños libres de experiencia a los 12 años que presenta Inglaterra y Gales en 1993, es notablemente similar. Sus datos de CAOD=2,1 y 40% de niños libres de caries a los 14 años en 1993, podrían indicar la evolución que seguirán en un par de años más los indicadores presentados en el presente trabajo en la CAPV.

6. DE LA EVALUACION DE LAS EXPECTATIVAS.

El PADI ha recorrido seis ejercicios completos en los que ha ido cumpliendo una serie de objetivos buscados. Junto a ellos el programa ha ido produciendo, o colaborando a que se produjeran, una serie de efectos no buscados explícitamente y de más difícil cuantificación, pero que merecen la pena comentar siquiera brevemente. El análisis prospectivo del producto y de estos "efectos indirectos", es lo que recogemos en este apartado junto a las expectativas de futuro.

Uno de los efectos que el incremento de la asistencia de los niños a los dentistas de cabecera ha tenido es sin duda el "efecto de arrastre" de otros miembros de la unidad familiar a las consultas dentales de la CAPV. La ESCAV-92⁽⁴⁹⁾ registra ya, en el tercer año operativo del PADI el aumento de la asistencia al dentista de cabecera de los niños de edades próximas a los incluidos en el programa. Figura 38.

Figura 38: Comparación de la asistencia al dentista en 1986 y 1992.



No resulta aventurado deducir que los hermanos mayores y más pequeños de los niños del PADI (de 7, 8 y 9 años en 1992) han acompañado a éstos a las consultas, para recibir también su revisión dental.

El efecto sobre el resto de los miembros adultos de las familias es más difícil de suponer, pero no así que aquellas personas que hayan acompañado a los niños durante seis ejercicios conocen la forma de funcionamiento de la consulta y posiblemente tengan una actitud más positiva hacia el cuidado de su salud dental. En todo caso, el incremento de la integración en la sociedad de la red de consultas dentales se habrá beneficiado de la ampliación de su base poblacional.

Un segundo efecto, a más largo plazo, es la **educación como usuarios** de los servicios de asistencia dental que las generaciones incluidas en el PADI están recibiendo en estos años.

Algunos profesionales comienzan a darse cuenta de la importancia de este modelamiento de la conducta para una profesión que tiene que competir por colocar sus productos en la concurrencia de servicios. Referencias a la necesidad de programas de asistencia promovidos y financiados públicamente, se pueden leer en artículos de analistas con una visión más amplia de los temas de economía dental⁽⁶⁷⁾.

El primer contacto con la asistencia dental que con frecuencia se producía como efecto de un problema y que tenía como consecuencia muchas veces un tratamiento reparador, con la carga de molestias, dolor y ansiedad que ello conlleva, ha sido sustituido por una revisión dental donde el profesional tiene casi tantos motivos para que su pequeño cliente se encuentre sano como el propio niño.

En este sentido el PADI está sin duda ayudando a sustanciar un necesario **cambio en el enfoque asistencial** de los profesionales. El conocimiento de las medidas preventivas en Odontoestomatología, la actitud ante ellas y su práctica en la actividad profesional de cada día son tres niveles distintos (conocimiento-actitud-comportamiento) que no tienen forzosamente una secuencia causal.

Quejas sobre la dificultad de llevar a la práctica los conocimientos actuales sobre lo que es una asistencia menos intervencionista y enfocada a la salud, llenan los informes encargados por las administraciones sanitarias y son frecuentes en las revistas especializadas.

En este sentido la OMS⁽¹¹²⁾ en su Informe técnico nº 794 señala que: *"Es un desperdicio lanzar a los profesionales y auxiliares de salud a sistemas ineficientes y mal administrados en los que no puedan utilizar debidamente su formación teórica y práctica. Para poder tener algún efecto en la salud de la población, cualquier cambio progresivo en la educación del personal debe ir acompañado de modificaciones y reformas estructurales en los sistemas de prestación de servicios de salud bucodental."*

Introducir los cambios estructurales necesarios en el sistema de asistencia a la población, que permitan a los profesionales incorporar en la práctica los enfoques más adecuados, requiere sin duda la asunción por la Administración Sanitaria de su cuota de responsabilidad en el sector y su colaboración con las organizaciones profesionales.

La dificultad de la tarea, que ya es importante en los países norte y centroeuropeos, con mayor tradición institucional en la asistencia dental a la población, se multiplica en países del sur de Europa, como el nuestro, donde el sector público, históricamente, ha hecho dejación de sus responsabilidades en la provisión y financiación de estos servicios de salud.

El Catálogo de Prestaciones del Ministerio de Sanidad que contempla recientemente una cobertura, no bien explicitada, de servicios de atención dental a los niños, puede ser un punto de partida útil para que los profesionales, la Administración y la sociedad inicien la introducción de los cambios que mejoren el sistema existente⁽²⁰⁾.

El escepticismo ante la constante referencia que en los últimos tiempos se ha hecho desde niveles políticos, respecto del desarrollo de servicios de salud dental a la población infantil, sin que se haya reflejado en partidas presupuestarias que posibiliten sustanciarlo, no debería de ser justificación para desistir en este empeño. La experiencia administrativa del PADI en la CAPV, en estos años, permitirá "cuantificar" la credibilidad de futuras afirmaciones a este respecto.

Por último merece la pena considerar el efecto que el PADI puede producir a corto plazo en el **ordenamiento del sistema** de provisión de servicios de salud dental en la CAPV. La pregunta "¿Qué va a pasar con la asistencia dental de los niños que terminan el PADI?" ha introducido un tema de debate de interés para el conjunto de la profesión.

Los niños que en 1999 salgan del sistema de cobertura del PADI, al cumplir en ese ejercicio los 16 años, habrán estado recibiendo en sus domicilios anualmente, y en su mayor parte utilizando, el Talón de Aceptación (*voucher*) remitido por el Servicio Dental Comunitario.

La posibilidad de continuar la labor iniciada mediante una organización del tipo HMO (Health Maintenance Organization), financiada por sus propios usuarios, es algo que ya se está considerando y estudiando por las organizaciones profesionales de la CAPV con el apoyo del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco⁽⁶⁹⁾.

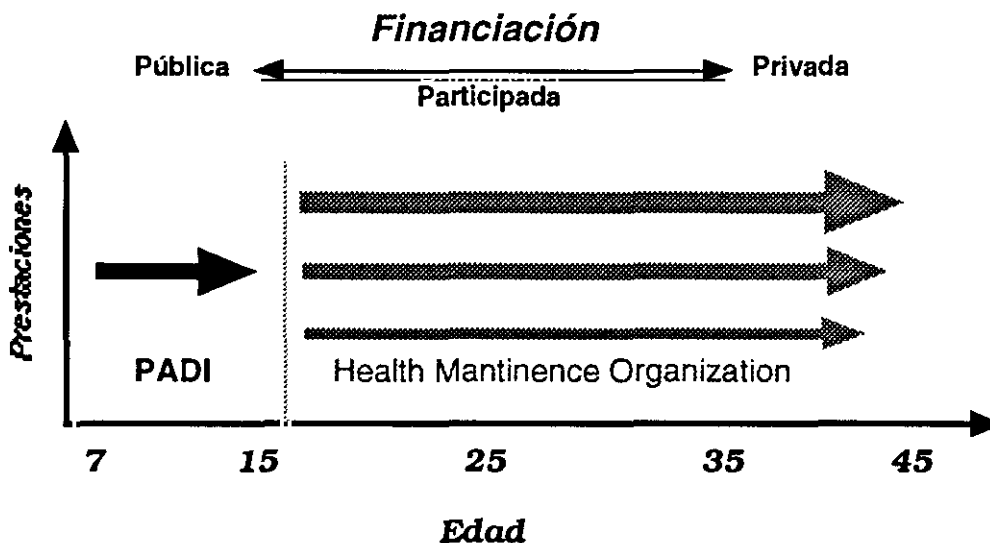
El conocimiento mutuo de clientes y proveedores, los estudios actuariales generados por la asistencia dispensada por los propios dentistas de cabecera, el marketing directo de nueve años que acumula el producto, su posicionamiento en el mercado..., ofrece una clara "oportunidad de negocio".

Es poco probable que quienes han sido hasta ahora los dentistas de cabecera de esos niños quieran perderlos como clientes. La dirección y gestión de la HMO puede así mismo ser de su responsabilidad al objeto de no perder el control sobre la evolución del sector y evitar que terceros se introduzcan en él como intermediarios para obtener una parte importante de las plusvalías de su trabajo.

El papel que los Colegios Profesionales decidan asumir, el de la propia Sanidad Pública, que tiene oportunidad de participar estableciendo mecanismos de financiación complementarios para determinados colectivos más necesitados por motivo social o médico, el de empresas o grupos aseguradores privados, es algo que está por venir.

La historia natural de las enfermedades dentales nos enseña que si una persona alcanza la edad de maduración posteruptiva de su esmalte dental, que puede establecerse en los 15 años, con poca experiencia de caries, y poco tratamiento reparador realizado, las posibilidades de permanecer sano hasta la madurez son muy altas. Tampoco las enfermedades periodontales suelen aparecer antes para la mayoría de la población, con lo que las necesidades reales de trabajo profesional en estos años y el tipo de perfil asistencial que se precisa van a variar sustancialmente en la sociedad, y se establecerá un nuevo escenario para la provisión de servicios con un mínimo de 25 a 30 años desde la salida de los niños del PADI⁽¹¹⁰⁾.

Figura 39: Escenario valorable para la evolución del PADI.



La capacidad de la profesión para reposicionarse ante ello, determinará su papel como líderes del cambio, con una actuación proactiva que dirija la evolución de los acontecimientos y anticipe sus consecuencias, o como la experiencia nos ha enseñado, que lo ha venido haciendo en la bonanza de los últimos años, reaccionando ante los hechos consumados. La capacidad y esfuerzo que se requiere para tomar colectivamente la primera de las opciones es muy superior a la segunda; sus resultados tampoco están garantizados.

La percepción que los profesionales explicitan en las diversas encuestas realizadas en nuestro medio respecto a la necesidad de reordenar el sistema asistencial y hacerlo más accesible, se contraponen con la falta de interés, también manifestada, de introducir los cambios necesarios para ello. El deseo de mantener inalterable el sistema actual de prestación de servicios de salud dental se confronta con la certeza asumida de que los cambios serán inevitables⁽⁴⁶⁾⁽⁷²⁾⁽⁴⁷⁾.

Los dentistas de la totalidad de los países industrializados se enfrentan en estos años a situaciones similares y responden con actitudes y posicionamientos muy similares a los nuestros. Algunas de las experiencias que han sufrido y la forma en que están afrontado los cambios, son de utilidad para nuestro entorno y deberían ser consideradas con interés sin descuidar nuestra propia aportación⁽¹⁷⁾⁽¹⁶⁾.

La capacidad de transformar lo que se percibe como amenazas de un entorno turbulento, en oportunidades de futuro, determina con frecuencia el éxito de los individuos, las empresas y las organizaciones para adaptarse y crecer.

Con 2/3 de la fase de implantación del sistema de asistencia dental básica de los niños de la CAPV que dispone el Decreto 118/90 ya recorridos, y a menos de tres años de la salida de la primera cohorte de 20.000 niños en 1999, el resultado de las expectativas avanzadas dependerá de trabajos que ya se están realizando.

En todo caso, el PADI habrá servido como eficaz "**lanzadera**" de cualquier proyecto público o privado, liderado por la profesión dental organizada o por terceros, vinculado a grupos de presión o ampliamente implantado en la base profesional, que se pueda iniciar para organizar el sector de la asistencia dental y continuar manteniendo a la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco lo más libre posible de los efectos de las enfermedades bucodentales.

7. CONCLUSIONES.

1º El desarrollo del **Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) en el período 1990-1995 se ajusta** en plazos y prestaciones asistenciales **a lo dispuesto por el Gobierno Vasco en su Decreto 118/90**, de 24 de Abril de 1990, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco, completando 2/3 de su fase de implantación incremental, al incluir a los niños de 7 a 12 años de edad residentes en la CAPV.

2º La **metodología de evaluación** de programas de promoción de la salud **propuesta** en el presente trabajo, y aplicada sucesivamente al proceso, impacto y resultados del PADI, **permite valorar** adecuadamente la **fase de implantación** del programa siendo especialmente útil en su vertiente **formativa** para la **mejora del producto**.

3º La **información recopilada** permite conocer el análisis del problema de salud dental que da origen al programa; la forma en que se planificó la intervención, la programación del PADI, y la puesta en marcha y desarrollo del proyecto desde 1990 a 1995, y muestra una **elevada pertinencia del programa**.

4º Los **objetivos operativos** del programa **se han cumplido** en su totalidad. No obstante, los resultados de la evaluación del proceso indican **serias dificultades operativas**, especialmente en los plazos para el pago de la asistencia concertada y la oferta anual del PADI a la población. Las deficiencias aparecen relacionadas con una inadecuada dotación y organización **en Osakidetza/Servicio Vasco de Salud** de los recursos del proyecto, fundamentalmente con falta de estructuración del **Servicio Dental Comunitario** que contempla el Decreto 118/90.

5º Incluir el plan del programa en el **Decreto 118/90**, como una disposición del Ejecutivo Vasco, ha sido **la mayor fortaleza del PADI** para su institucionalización y está siendo su **principal garantía** de asignación de recursos **en la fase de desarrollo** incremental.

6º El **presupuesto destinado** finalmente al proyecto por Osakidetza Servicio Vasco de Salud ha sido **notablemente inferior al previsto**. Frente a los 2.752 millones estimados para el período 1990-1995, sólo se han empleado 1.785 millones de pesetas en el PADI.

7º El **Talón de Aceptación** con que opera el PADI ha demostrado ser un **excelente instrumento** de gestión administrativa, a la vez que dotaba al programa de una **óptima pertinencia estratégica** respecto de las políticas sanitarias que se desean impulsar en la CAPV, favoreciendo la mayor capacidad de elección del cliente y la introducción de mecanismos de competencia entre los proveedores.

8º El **sistema mixto de pago** de la asistencia concertada del PADI, "por capitación" la General y "por servicio" para la Adicional, se ha mostrado **adecuado**, tanto administrativamente, como para impulsar los enfoques preventivos deseados en la atención dental de los niños.

9º El crecimiento del **cuadro facultativo** del PADI de forma paralela a la implantación del programa se considera fundamental para optimizar la **accesibilidad socioorganizativa** y, consecuentemente, su utilización preventiva. El protocolo firmado entre el Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Bizkaia y Osakidetza, el 08.02.95, potenciará la institucionalización del programa, ampliará su base profesional y social, y posibilitará el alcanzar sus objetivos de salud.

10º El **72 % de las familias del País Vasco** a quien se ha ofertado el PADI en estos años, **lo han utilizado** como sistema de asistencia básica dental de sus hijos. Las desigualdades existentes en el acceso a los servicios de atención dental ligadas a factores socioeconómicos se han reducido en este período **al disminuir el esfuerzo económico** que deben realizar en el cuidado de la salud de los niños.

11º La **utilización anual del PADI** en el período 1990-1995 ha mejorado consistentemente en todas las cohortes, a razón de 5 puntos por año. No obstante, **está lejos de ser óptima**. El aumento de la accesibilidad socioorganizativa no parece ser suficiente respuesta en este punto, especialmente por la notable disminución de los problemas de salud dental que se está logrando en la CAPV. Un impulso institucional para **desarrollar el Artículo 4**, del Decreto 118/90, es sin duda **necesario y recomendable** a la luz de estos resultados.

12º La **asistencia dispensada** por los dentistas de cabecera del cuadro facultativo, tanto los pertenecientes a la plantilla de Osakidetza, como los habilitados, ha sido **adecuada** durante el período estudiado, caracterizándose por un **notable predominio** de las intervenciones preventivas, fundamentalmente **selladores**, sobre las reparadoras.

13º La información aportada por las historias dentales acumuladas en la Base de Datos del Servicio Dental Comunitario indica que la **prevalencia** y la tasa de **incidencia de caries** dental en los niños que utilizaron el PADI de forma constante durante el período 1990-95, se ha **reducido a la mitad** de la reflejada epidemiológicamente en 1988.

14º La **mejora obtenida** en los indicadores de salud dental no debe de atribuirse en exclusiva al PADI. El efecto de otras intervenciones de **Salud Dental Comunitaria**, como la fluoración del agua y los programas de educación para la salud en el medio escolar, que iniciaron su actividad en 1990, se suman al de la asistencia dental profesional. Para evaluar en la CAPV el **resultado conjunto de las intervenciones** de Salud Dental Comunitaria **se recomienda la realización**, diez años después del primero, de un nuevo **estudio epidemiológico en 1998**.

15º El hábito de asistencia a la revisión dental anual que se está instaurando en los niños que acuden al **PADI** y su vinculación con un amplio cuadro facultativo de dentistas de cabecera, **posibilitará** el desarrollo a corto plazo de **sistemas de prepago** que permitan estructurar una forma de **asistencia dental más accesible** a la población y **orientada hacia la Salud**. Su viabilidad operativa está siendo estudiada por instituciones y empresas competentes del País Vasco.

8. BIBLIOGRAFIA.

1. **AAPHD.** Position statement on community water fluoridation. Journal of Public Health Dentistry 1993;53(1):61.
2. **Abel-Smith B.** ¿Cuánto cuesta la salud? Madrid: Editorial Mapfre, S.A., 1982
3. **Abramson JH.** Métodos de estudio en medicina comunitaria. Una introducción a los estudios epidemiológicos y de evaluación. Díaz de Santos SA, ed. Madrid: 1990:15.
4. **Acuerdo** de regulación de condiciones de trabajo del personal del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza para 1990. Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, 1990.
5. **Akehurst R, Sanderson D.** Cost-effectiveness in dental health. A review of strategies available for preventing caries. Centre for Health Economics, University of York, 1993.
6. **Alfonso JL.** Servicios de salud. Técnicas avanzadas de marketing y planificación sanitaria. Doyma SA, ed. Barcelona: 1991:152.
7. **Aranda JM.** ed. Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud. Una revisión de los principios de Alma-Ata. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid. 1994:399.
8. **Arguimón JM. Comín E.** Bases para la programación en atención primaria. Ediciones Doyma SA, ed. Manual de Atención Primaria. 2º ed. Barcelona: 1989: 174-183.

9. **Arinen S.** Dental Care System in Europe. Den Dvenska Sjukvar- den: 1993.
10. **Arnijot HA, Barmes DE, Cohen LK, Hunter P, Ship I.** Oral health care systems. An international collaborative study. London: Quintes- sence Publishing Co., 1985:218.
11. **Artazcoz JJ.** Evaluation and monitoring of dental care services: turning theory into practice [MsC in Dental Public Health]. University of London, 1990.
12. **Artells JJ.** Aplicación del análisis coste-beneficio en la planifi- cación de los servicios sanitarios. Masson SA, ed. Barcelona: 1989:164.
13. **Azkuna I.** Presentación. In: Vasco DdSyCdG, ed. Osasuna Zain- duz. Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz: 1993: 9-11.
14. **Azkuna I.** Osasuna Zainduz. Presentación del Consejero de Sani- dad al Pleno del Parlamento Vasco del 23.06.93. 1993.
15. **B.O.P.V.** de 02.07.1993. Comunicación del Gobierno sobre "Osasuna Zainduz - Estrategias de cambio para el Sistema Vasco de Salud. Líneas Estratégicas". 1993;(93):6045-6058.
16. **Barmes D.** Perspectivas internacionales para el primer cuarto del siglo XXI. Archivos de Odontoestomatología 1990;6:38-45.
17. **Bauman G.** The Financing and Delivery of Dental Care: A Nation- wide Survey of Dentists. JADA 1996;127:1108-1113.
18. **Bengoa R.** Future trends in the organization of health services. In: SESPAS, ed. Osasunaren Sistema. Sistemaren Osasuna./El sistema de Salud. La salud del Sistema. Bilbao: 1989: 147-151.

19. **Bengoa R.** Plan estratégico de salud de la C.A.V. Barneko. Revista de la atención primaria de la Comarca Interior 1993 14-23.
20. **B.O.E.** Real Decreto 63/1995 de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Sanidad. 1995;35:4538-4543.
21. **B.O.P.V.** Decreto 118/90 de 24 de Abril. 7 de Mayo de 1990;89:4117-4120.
22. **B.O.P.V.** Orden de 2 de Mayo de 1990. 14 de Mayo de 1990;94:4512-4513.
23. **B.O.P.V.** Orden de 3 de Mayo de 1990. 14 de Mayo de 1990;94:4513-4515.
24. **B.O.P.V.** Resolución 39/1996 de 17 de enero del Director General de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud por la que se convocan pruebas selectivas para la provisión de plazas vacantes de Odontólogos de Equipos de Atención Primaria del Organismo Autónomo. 22 de Enero de 1996;1570-1587.
25. **Bradshaw J.** A Taxonomy of Social Need. In: McLachlan G, ed. Problems and Progress in Medical Care. London: Oxford University Press, 1972.
26. **Bratos M.** Estomatología preventiva para minusválidos físicos y psíquicos: cuatro años de un programa preventivo (1982-1985) . Universidad Complutense de Madrid. 1986.
27. **Burt B.** El papel de la epidemiología en la planificación y evaluación de programas sanitarios. Archivos de Odontoestomatología Preventiva y Comunitaria 1990;2(2):109-115.
28. **Casalino L.** Balancing incentives. How should physicians be reimbursed? JAMA 1992;267(3):403-405.

29. **Cochrane A.** Eficacia y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Barcelona: Salvat Editores, S.A., 1985
30. **Consejo Interterritorial** del Sistema Nacional de Salud. Acuerdos adoptados en sesión plenaria. Abril 1987-Marzo 1990. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990: 90-91.
31. **Cowell C, Sheiham A.** Promoting Dental Health. London: 1981:129.
- 32.. **Chapdelaine A, Gosselin P.** El enfoque sistémico. In: Díaz de Santos SA, ed. La salud contagiosa. Madrid: 1992: 1-29.
33. **Departamento de Economía** y Planificación del Gobierno Vasco. Escenarios Demográficos. Horizonte 2016. Documentos de Economía Nº 7. 1990.
34. **Departamento de Sanidad** y Consumo del Gobierno Vasco. Programas de Salud Pública. 1988.
35. **Departamento de Sanidad** y Consumo del Gobierno Vasco. Estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil de la Comunidad Autónoma Vasca. Documentos técnicos de Salud Pública Dental Nº 2. 1990.
36. **Departamento de Sanidad** y Consumo del Gobierno Vasco. Osasuna Zainduz. Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca, 1993.
37. **Departamento de Sanidad** y Consumo del Gobierno Vasco. Plan de Salud. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 1994.
38. **Donabedian A.** La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, S.A., 1984

39. **Donaldson RJ, Donaldson LJ.** Datos de salud y sus fuentes. In: Díaz de Santos SA, ed. Medicina comunitaria. Madrid: 1989: 1-63.
40. **Doyal L.** The Political Economy of Health. London: Pluto Press Limited, 1985
41. **Drummond MF.** Principles of economic appraisal in health care. Press OM, ed. Oxford: 1980:132.
42. **Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW.** Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la salud. (Díaz de Santos SA, ed. Madrid: 1991:223.
43. **Dubos R.** Mirage of Health. In: Black N, ed. Health & Disease. Milton Keynes: Open University Press, 1986: 4-9.
44. **Durán A.** Los servicios sanitarios y los planes de salud. In: Porta M, Alvarez-Dardet C, ed. Revisión en Salud Pública. Barcelona: 1995: 171-190.
45. **Elderton RD.** Current Understanding of the Caries Process. In: Elderton RD, ed. Positive Dental Prevention. The Prevention in Childhood of Dental Disease in Adult Life. London: William Heinemann Medical Books, 1987: 14-20.
46. **Encuesta 91.** Plan de Salud Bucodental, Funcionamiento de Colegios Profesionales. Ilustres Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de Vizcaya y Guipúzcoa, 1991.
47. **Encuesta 94.** Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Bizkaia, 1994.
48. **ESCAV-86.** Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 1987.

49. **ESCAV-92.** Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 1993,
50. **Escenarios Demográficos.** Horizonte 2016. In: Departamento de Economía y Planificación del Gobierno Vasco, 1990,
51. **Estella T.** General principles for prevention and dental care in children with special care needs. Implications for planning services. Suggestios for applying these principles to the Basque Country . University of London, 1991.
52. **EUSTAT.** Anuario Estadístico Vasco 1987. Instituto Vasco de Estadística, 1987,
53. **EUSTAT.** Estructura de la población. Instituto Vasco de Estadística, 1988,
54. **EUSTAT.** Anuario Estadístico Vasco 1990. Instituto Vasco de Estadística, 1991,
55. **F.D.I.** Changing patterns of oral health and implications for oral health manpower: Part 1. International Dental Journal 1985;35:235-251.
56. **Fernández J, Santos MA.** Evaluación cualitativa de programas de educación para la salud. Una experiencia hospitalaria. Archidona (Málaga): 1992:9-18.
57. **Freire JM.** VII Jornadas de debate sobre la sanidad pública. Nuevos enfoques sobre la sanidad pública en Euskadi. Bilbao:1988: 27.
58. **Gálvez R, Rodríguez-Contreras R.** Conceptos y usos de la epidemiología. In: Salvat Editores SA, ed. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8º ed. Barcelona: 1988: 82-132.

59. **Gjerme P.** Goals for Periodontal Health and Acceptable Levels of Disease: Means and Methods in Community Strategies. En: Frandsen A, ed. Public Health Aspects of Periodontal Disease. Copenhagen: Quintaessence Books, 1982: .
60. **Gómez LI, Aibar C.** Planificación y programación sanitarias. In: Salvat Editores SA, ed. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8º ed. Barcelona: 1988: 1055-1064.
61. **González A.** Administración por objetivos. Sanitarias FdI, ed. Madrid: 1991:144.
62. **Goodson JM.** Patterns of progression and regressions of advanced destructive periodontal disease. Journal of Clinical Periodontology 1982;9:472-484.
63. **Gosselin P.** Por último, la evaluación. In: Diaz de Santos SA, ed. La salud contagiosa. Madrid: 1992: 63-74.
64. **Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB.** Health education planning. A diagnostic approach. Co. MP, ed. Palo Alto California: 1980:52-66.
65. **Green LW, Lewis FM.** Measurement and evaluation in health education and health promotion. Co. MP, ed. Palo Alto California: 1986
66. **Hawe P, Degeling D, Hall J.** Evaluación en promoción de la salud. Guía para trabajadores de la salud. Masson SA, ed. Colección de planificación y gestión sanitaria. Barcelona: 1993
67. **Hernández P.** Productos de Seguro dental en España (II Parte). Gaceta Dental 1996;69:70-72.
68. **Hugoson A, Jordan T.** Frequency distribution of individuals aged 20-70 years according to severity of periodontal disease. Community Dental Oral Epidemiology 1982;10:187-192.

69. **Ilustre Colegio Oficial** de Odontólogos y Estomatólogos de Bizkaia. El plan estratégico del sector odontológico en Bizkaia. Revista Vasca de Odonto-Estomatología 1996;6(2):67-70.
70. **Illich I.** Némesis médica. La expropiación de la salud. Mexico: Joaquín Moritz/Planeta, 1984
71. **Irigoyen J.** La Participación Comunitaria en Salud: una reformulación necesaria. In: Aranda JM, ed. Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud. Una revisión de los principios de Alma-Ata. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A., 1994: 183-122.
72. **Irizar R.** Encuesta. Temas y Cuestiones Colegiales y Profesionales (Feb.-Abr. 92). Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra, 1992.
73. **Jacob MC,** Plamping D. The practice of primary dental care. Wright, ed. London: 1989:225.
74. **Jiménez J, Arguimón JM.** Investigación en atención primaria. Aspectos metodológicos. In: Ediciones Doyma SA, ed. Manual de Atención Primaria. 2ª ed. Barcelona: 1989: 161-173.
75. **Käyser A.** Minimum Number of Teeth Needed to Satisfy Functional and Social Demands. In: Frandsen A, ed. Public Health Aspects of Periodontal Disease. Copenhagen: Quintaessence Books, 1982: .
76. **Kennedy I.** The Unmasking of Medicine. London: George Allen & Unwin, 1985:189.
77. **Kleczkowski BM, Roemer MI, Van Der Werff A.** Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos. Pautas para una política. Ginebra: 1984:134.
78. **Kostlan J.** Oral health services in Europe. Copenhagen: 1979:141.

79. **Lalonde M.** A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: 1974
80. **Lizcano J.** Informe para una propuesta de honorarios mínimos profesionales. In: Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, 1992:
81. **Locker D.** Measuring oral health: a conceptual framework. Community Dental Health 1988;5:3-8.
82. **Llodra JC, Toledano M, Osorio R.** Un método de cálculo del coste odontológico. Archivos de Odontología Preventiva y Comunitaria 1990;2(2):79-84.
83. **March JC.** La salud es transmisible. Marketing social y de servicios en atención primaria. In: Aranda JM, ed. Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud. Una revisión de los principios de Alma-Ata. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A., 1994: 223-267.
84. **McKeown T.** El papel de la medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis? Mexico: Siglo XXI Editores, S.A., 1982
85. **McHugh WD.** Periodontal Diseases. In: Granath L, McHugh WD, ed. Systematized Prevention of Oral Disease: Theory and Practice. Boca Raton Florida: CRS Press, Inc., 1986:
86. **Mintzberg H.** La estructura de las Organizaciones. Ariel E, ed. Barcelona: 1988
87. **Miyazaki H, Pilot T, Leclercq MH, Barmes DE.** Profiles of periodontal conditions in adults measured by CPITN. International Dental Journal 1991;41:74-80.
88. **Miyazaki H, Pilot T, Leclercq MH, Barmes DE.** Profiles of periodontal conditions in adolescents measured by CPITN. International Dental Journal 1991;41:67-73.

89. **Morris JN.** Aplicaciones de la epidemiología. Salvat Editores SA, ed. Barcelona: 1985:315.
90. **Morton RF, Hebel JR.** Bioestadística y epidemiología. Interamericana SA, ed. México D.F.: 1985:136.
91. **Murray JJ.** Comments on results reported at Second International Conference "Changes in Caries Prevalence". International Dental Journal 1994;44(Supplement 4):457-458.
92. **Navarro V.** El sistema mixto público/privado en la financiación y provisión de los servicios sanitarios: un estudio internacional. Porta M, Alvarez-Dardet C, ed. Revisión en Salud Pública; vol 1 .Barcelona: Masson, 1989:75-82.
93. **Noguerol B, Llodra JC, Sicilia A, Follana M.** La Salud Bucodental en España. Madrid: Ediciones Avances Medico-dentales, S.L., 1995:64.
94. **Nutting PA, Burkhalter BR, Carney JP, Gallagher KM.** Métodos de evaluación de la calidad en atención primaria. (Editores SG, ed. Barcelona: 1991:104.
95. **O.M.S.** Planificación y evaluación de servicios de odontología de salud pública. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1976.
96. **O.M.S.** Atención Primaria de Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1978.
97. **O.M.S.** Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Organización Mundial de la Salud. Ginebra., 1979.
98. **O.M.S.** Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1981.

99. **O.M.S.** Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1981.
100. **O.M.S.** Evaluación de los programas de salud. Normas fundamentales. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1981.
101. **O.M.S.** Planificación de Servicios de Salud Bucodental. Organización Mundial de la Salud. Publicación en offset N° 53. Ginebra, 1981.
102. **O.M.S.** Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1981.
103. **O.M.S.** Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Normas fundamentales. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1981.
104. **O.M.S.** Plan de acción para aplicar la estrategia mundial de salud para todos. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1982.
105. **O.M.S.** A review of Current Recommendations for the Organization and Administration of Community Oral Health Services in Northern and Western Europe. In: O. M. d. I. S. Copenhagen, ed. Oslo: 1982.
106. **O.M.S.** Glosario de términos empleados en la Serie "Salud para Todos" Números 1-8. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1984.
107. **O.M.S.** Objetivos de la estrategia regional europea de la Salud Para Todos. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1986.
108. **O.M.S.** Oral Health Surveys. Basic Methods. Third Edition. Organización Mundial de la Salud. Ginebra., 1987.

109. **O.M.S.** Prevención de las enfermedades bucodentales. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1988. Publicación en offset N° 103.
110. **O.M.S.** Health Through Oral Health. Guidelines for Planning and Monitoring for Oral Health Care. W.H.O. & F.D.I. 1989.
111. **O.M.S.** Vigilancia y evaluación de la salud bucodental. Organización Mundial de la Salud, Serie de informes técnicos. N° 782. 1989.
112. **O.M.S.** Elementos esenciales en la formación de personal de salud bucodental: ¿cambio o deterioro? Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Serie de informes técnicos. N° 794. 1990.
113. **Patton M.** Utilization-Focused Evaluation. Beverly Hills. California.: Sage, 1978
114. **Pilot T, Barmes DE.** An update on periodontal conditions in adults measured by CPITN. *International Dental Journal* 1987;37:169-174.
115. **Pineault R, Daveluy C.** La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. (2ª ed.) Colección de planificación y gestión sanitaria. Masson SA, ed. 1989
116. **Pitts NB.** Monitoring of caries progression in permanent and primary posterior approximal enamel by bitewing radiography. *Community Dental Oral Epidemiology* 1983;11:228-235.
117. **Plamping D, Sheiham A.** Strategies for improving oral health in Britain. In: Joint Department of Community Dental Health and Dental Practice, UCL & LHM University of London., 1987.
118. **Pritchard P.** ¿Cómo sabemos si está funcionando? In: Díaz de Santos SA, ed. *Manual de Atención Primaria de Salud*. Madrid: 1985: 197-205.

119. **Rioboo R.** Odontología comunitaria: Programas preventivos. Su evaluación. In: Higiene y prevención en odontología. Individual y comunitaria. Madrid: Ediciones Avancea Médici-dentales, S.L., 1994: 607-636.
120. **Rubio S.** Glosario de Economía de la Salud. Madrid: Díaz de Santos, S.A., 1995:212.
121. **Ruiz D, Toña F, Etzebarria M.** Innovaciones en la ordenación de los servicios sanitarios. In: SESPAS. Osasunaren Sistema. Sistemaren Osasuna./El sistema de Salud. La salud del Sistema. Bilbao: 1989: 107-130.
122. **San Martín H, Pastor V.** Salud Comunitaria. Teoría y práctica. (Segunda ed.) Díaz de Santos SA. Madrid: 1988:15-22.
123. **Sanderson ME.** The way forward: The sugar policy matrix. In: Sugars Aalo, ed. Sugars: The current debate and future action. London. 1989.
124. **Schaefer M.** L'Administration des programmes de salubrité de l'environnement: approche systémique. O.M.S. 1975.
125. **Schanschieff SG, Shovelton DS, Toulmin JK.** Report of the Committee of Enquiry into Unnecessary Dental Treatment. Department of Health and Social Security, 1986.
126. **Schoen M.** Capitation in Dentistry. Original Concepts and Current Reality. Journal of Public Health Policy 1991;(Summer):199-208.
127. **Serra L.** Economía de la salud. Análisis de eficiencia en odontología comunitaria. In: Cuenca E, Manau C, Serra L, ed. Manual de odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: Masson, S.A., 1991: 243-253.

128. **Servicio Dental Comunitario.** Informe nº 1. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, 1991.

129. **Sheiham A.** The limitations of dentistry. In: University College London, 1986.

130. **Sheiham A, Plamping D.** Bases científicas para la prevención y el tratamiento precoz de las enfermedades dentales más comunes. Departamento de Sanidad y Consumo., 1990:

131. **Silverstone LM.** Remineralization and enamel caries: new concepts. Dental Update 1983;10:261-273.

132. **Simón F.** Dental manpower policy for the Basque Country (Spain) [MsC in Dental Public Health]. University of London, 1988.

133. **Simón F.** La administración vasca ha decidido intervenir en salud bucodental. Tribuna Dental. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Vizcaya 1989 16.

134. **Simón F.** Salud dental y profesión. Osasunberria. Revista Vasca de Sanidad Nº 5. 1989

135. **Simón F.** Salud Pública Dental y presupuesto. Gaceta Dental 1990;(6):8.

136. **Simón F.** La Odonto-Estomatología en la Comunidad Autónoma Vasca. Análisis de la situación actual y perspectivas de futuro. In: Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País, ed. La juventud vasca hacia Europa. Proyecto Loyola. Bilbao: Ediciones Beramar S.A., 1991: 237-247.

137. **Simón F.** Fluoración y salud en el País Vasco. El Diario Vasco 1994 Dom.16 enero 94:32.

138. **Simón F.** Salud Dental Comunitaria en el País Vasco. Barneko. Revista de la Atención Primaria de la Comarca Interior de Osakidetza 1994;(23):12-16.
139. **Socransky SS.** New concepts of destructive periodontal disease. Journal of Clinical Periodontology 1984;11:21-30.
140. **SPE-2000.** Política de Salud para Euskadi 2000. In: Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 1990.
141. **Stacey M.** Concepts of Health and Illness and the division of Labour in Health Care. In: Curren C, Stacey M, ed. Concepts of Health, Illness and Disease. A Comparative Perspective. Leamington Spa: Berg Publishers Ltd, 1986.
142. **Stern IB.** The epidemiology, etiology, and public health aspects of periodontal disease. In: Grant DA, Stern IB, Listgarten MA, ed. Periodontics in the tradition of Gottlieb and Orban. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1988.
143. **Suchman EA.** Evaluative Research. New York: Russell Sage Foundation, 1967.
144. **Thylstrup A, Fejerskov O.** Patología de la caries dental. Thylstrup A, Fejerskov O, ed. Caries. Barcelona: Ediciones Doyma, S.A., 1988: 170-193.
145. **Tribuna Dental** nº 4. José Manuel Freire presentó la nueva política dental del Gobierno Vasco. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Vizcaya 1989 1-16.
146. **Trincado G, Sanz J.** Desarrollo del proyecto de fluoración en la C.A.V. Departamento de Sanidad y Consumo, 1990:
147. **Turabian JL.** Apuntes esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud. Díaz de Santos SA, ed. Madrid: 1992:236.

148. **Vioque J**, Fluorización: ¿conflicto justificado o espera injustificada? .Porta M, Alvarez-Dardet C, ed. Revisiones en Salud Pública; vol 1. Barcelona: Masson, 1989:31-43.
149. **Vuori HV**. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología.Barcelona: 1988:134. (Masson SA, ed.
150. **White D, Anderson R**. Children's dental health under the capitation scheme. Community Dental Health 1996;13(Supplement 1):21-48.
151. **Widström E, Eaton K, van den Heuvel J**. Dentistry in the EU and EEA. Council of European Chief Dental Officers, 1996.
152. **Wiedmaier AM**. Participación comunitaria. In: Pública AplDdIS, ed. Situación actual y futuro de la Atención Primaria de Salud. Madrid: 1993: 125-135.
153. **Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL**. Calidad total en la gestión de servicios. Díaz de Santos SA, ed. Madrid: 1993:259.

ABRIR CAPÍTULO 9

