

DETERMINANTES DE LA SALUD Y SERVICIOS
PÚBLICOS EN ODONTOLOGÍA. GRADO DE
CONOMIENTO DE LOS ALUMNOS DE
ODONTOLOGIA EN LA UEM.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

MÁSTER UNIVERSITARIO EN SALUD PÚBLICA

Autor: Manuel Frías Senande

Tutor: José Miguel Mansilla Domínguez

Curso: 2022/23



Universidad
Europea MADRID

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. JUSTIFICACIÓN	6
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Determinantes de salud en Odontología	8
2.2 Evolución histórica y antecedentes	10
2.3 MODELOS ASISTENCIALES Y SU RELACIÓN CON LA ODONTOLOGÍA	12
2.3.1 Sistema Privado	12
2.3.2 Sistema de Seguridad Social	14
2.3.3 Sistema Estatal	14
2.4 MODELOS ASISTENCIALES ODONTOLÓGICOS EN EUROPA	15
2.4.1 Modelo Nórdico	16
2.4.2 Modelo Británico	17
2.4.3 Modelo Bismarckiano	17
2.4.4 Modelo Sur de Europa	17
2.4.5 Modelo Híbrido	18
2.4.6 Modelo del Este de Europa	18
2.5 SITUACIÓN ACTUAL Y MODELOS ASISTENCIALES EN ESPAÑA	18
2.5.1 PADI	19
2.5.2 Mixto	20
2.5.3 Público	20
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPOTESIS.	21
3.1 Objetivos	22
3.1.1 Principal	22
3.1.2 Secundarios	22
3.2 Hipótesis	22
4. DISEÑO DEL ESTUDIO	22
4.1 Ámbito y población de estudio	23

4.2	Herramientas de recogida de datos.....	23
4.3	Variables del estudio	23
4.3.1	Variables sociodemográficas	23
4.3.2	Variables principales.....	24
4.4	Análisis de datos.....	24
4.5	Consideraciones éticas.....	24
4.6	Plan de trabajo.....	25
5.	RESULTADOS	27
5.1	Descripción de la población objeto de estudio	27
5.2	Descripción de la muestra	27
5.3	Modelos asistenciales y cartera de servicios en odontología.....	29
5.4	Determinantes de la salud en odontología.....	35
6.	DISCUSIÓN.....	41
6.1	Comparativa de las variables	42
6.1.1	Modelos asistenciales y cartera de servicios	42
6.1.2	Determinantes de salud en Odontología	46
6.2	Comprobación de la hipótesis.....	48
7.	CONCLUSIONES	49
7.1	Conclusiones.....	49
7.2	Consideraciones finales del proyecto	51
7.3	Aplicaciones en la práctica de la salud pública y futuras líneas de investigación.....	51
7.4	Beneficios y limitaciones del estudio	52
7.4.1	Beneficios	52
7.4.2	Limitaciones del estudio	52
8.	BIBLIOGRAFÍA	53
9.	ANEXOS	56

RESUMEN

Introducción: La odontología a diferencia de las demás ramas sanitarias no goza de una integración plena en el Sistema Nacional de Salud y, además, la transferencia en materia de sanidad a las distintas Comunidades Autónomas provoca diferencias dentro de la cartera asistencial, creando confusión en el conocimiento acerca de prestaciones, algo que sucede del mismo modo en Europa.

Objetivos: Dentro de los objetivos de este TFM están los de analizar los distintos modelos asistenciales dentales existentes en España y nuestro entorno, así como el de evaluar el grado de conocimiento de los alumnos de odontología de la Universidad Europea de Madrid sobre ellos y la importancia de los determinantes de la salud y su relación con la salud oral.

Material y método: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, tomando como muestra a los alumnos de odontología de la Universidad Europea de Madrid, la recogida de datos se completó gracias a un cuestionario de elaboración propia que consta de tres bloques, información general, modelos asistenciales y cartera de servicios y determinantes de la salud, divididos en 17 preguntas. El análisis de los datos recogidos se llevó a cabo mediante una tabla de volcado de datos, elaborada con el programa Microsoft Excel.

Resultados: 110 alumnos contestaron a la encuesta de los cuales la mayoría (43) eran españoles, y mayores de 24 años. Las opiniones sobre modelos asistenciales y determinantes de la salud, se resume en que cerca de un 22% no sabe si existen tratamientos dentales gratuitos en su país y un 42% afirma que los existen serían suficientes y no los ampliarían. Igualmente, un 90% de media de los encuestados afirman que existe una relación directa causa-efecto entre pobreza/baja educación y enfermedad oral.

Discusión: Existe una diferencia significativa entre la literatura y los resultados obtenidos en la segunda parte de nuestro cuestionario, no siendo así en relación con los artículos seleccionados sobre determinantes de la salud y la interpretación e importancia de los alumnos sobre los mismos.

Conclusiones: En lo que refiere a los modelos asistenciales podemos afirmar que existe un desconocimiento por parte del alumnado de odontología sobre grupos poblacionales y tratamientos adscritos a la cartera asistencial de las diversas regiones o países, mientras que en lo referente a los determinantes sociales de la salud los alumnos si son en gran número conocedores de la relación directa entre pobreza, nivel cultural o falta de oportunidades con una peor salud oral por parte de los pacientes.

Palabras clave: “Odontología comunitaria”, “Salud pública oral”, PADI, “Determinantes salud”

ABSTRACT

Introduction: Dentistry, unlike other health branches, does not enjoy full integration into the National Health System and, furthermore, the transfer of health care to the different Autonomous Communities here in Spain ends, as a result of, significant differences within the healthcare portfolio among these regions, causing confusion in the population in terms of knowledge about benefits and the same thing happening at the European level.

Objectives: Among the objectives of this Thesis, are to analyse the different dental care models that exist in Spain and our European neighbours, as well as to evaluate the degree of knowledge of the dental students at the Universidad Europea de Madrid about them and the importance that they give to the determinants of health and their relationship with oral health.

Material and method: A cross-sectional descriptive observational study was carried out, taking dentistry students from the European University of Madrid as a sample. Data collection was completed thanks to a self-developed questionnaire that consists of three blocks, general information, models. care and portfolio of services and determinants of health, divided into 17 questions. The analysis of the collected data was carried out using a data dump table, prepared with the Microsoft Excel program.

Results: 110 students responded to the survey, the majority (43) of which were Spanish, and over 24 years old. The opinions on care models and determinants of health are summarized in that about 22% do not know if there are free dental treatments in their country and 42% affirm that they exist would be sufficient and they would not expand them. Likewise, an average of 90% of those surveyed affirm that there is a direct cause-effect relationship between poverty/low education and oral disease.

Discussion: There is a significant difference between the literature and the results obtained in the second part of our questionnaire, but this is not the case in relation to the selected articles on health determinants and the students' interpretation and importance of them.

Conclusions: Regarding healthcare models, we can affirm that there is a lack of knowledge on the part of dentistry students about population groups and treatments assigned to the healthcare portfolio of the various regions or countries, while regarding the social determinants of health, students are in large numbers aware of the direct relationship between poverty, cultural level, or lack of opportunities with worse oral health on the part of patients.

Keywords: “Odontología comunitaria”, “Salud pública oral”, PADI, “Determinantes salud”

1. JUSTIFICACIÓN

Dentro de la sociedad que integra nuestro país, es especialmente relevante la importancia que damos a la salud y para ser más concreto, es especialmente relevante la importancia que le damos en España a accesibilidad gratuita que tenemos a esa salud. Sería ciertamente incomprensible para la sociedad española la pérdida de esos derechos y que tal y como podemos leer en el libro Medicina Preventiva y salud pública de Piédrola, el principal fin de esa salud de carácter público no es más o al menos de debería de diferir de intentar reducir la prevalencia de la patología así como evitar nuevas o conseguir que los individuos mantengan su salud a través de educación y promoción de la misma.(1) sin distinción del nivel socioeconómico al que pueda pertenecer, el nivel cultural, la raza o la religión.

Con la intención de alcanzar esta meta, existen en nuestro país una amplia gama de especialidades médicas que gozan de una implementación plena dentro del Sistema Nacional de Salud, de ahora en adelante SNS, pero no siendo así con la odontología donde como veremos más adelante de una forma más exhaustiva, forma parte del SNS, pero con un papel secundario o incluso anecdótico.

Si queremos otorgar a este trabajo el contexto adecuado y así poder entender como ha sido la integración de la odontología en la salud pública, debemos de retrotraernos a 1986, momento de la aprobación en las Cortes del Estado de la Ley General de Salud, en adelante LGS. Esta ley, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Salud (2) es donde empieza el camino de la odontología en la atención primaria. Un camino lento que hoy en día seguimos intentando trazar y ampliar.

Es a partir del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (3), cuando se materializa la cobertura de la salud bucodental en las diferentes Comunidades autónomas, en adelante, CCAA, cubriendo aspectos muy básicos tales como la educación y promoción de la salud dental en mujeres embarazadas y niños, el uso de selladores de fosas y aplicación de flúor tópico profesional en sus distintas formas, ya sea en gel o barniz, o tal vez la más importante y más llamativa de todas, las obturaciones en dentición permanente para ciertos grupos específicos y la asistencia ante urgencias de carácter dental donde se englobaba la posibilidad de realizar una exodoncia siempre que el diente no fuese restaurable de ninguna forma. Aun así, cabe destacar que este Real Decreto representó un antes y un después, pero también debemos mencionar, que debido a la transferencia en materia de sanidad que existe en nuestro país a las distintas Comunidad Autónomas y ante la falta de un presupuesto exclusivamente asignado a esta cobertura dental, estas medidas han sido implementadas de forma paulatinas y con más o menos voluntad por parte de las distintas

administraciones al cargo de dichas CCAA, encontrándonos ya desde el principio con un mapa complejo que no se basa en conceptos de igualdad o equidad entre todos los ciudadanos españoles, construyéndose un marco asistencial claramente diferencial entre ellas, en ocasiones basado más en la voluntad política de cada región que no en el marco legal establecido y provocando de este modo, que poco a poco, hayan crecido en España un galimatías de modelos asistencias bucodentales a veces difíciles de entender, analizar o diferenciar.

Es aquí donde nace el interés de este trabajo, que pretende estudiar la situación de la atención dental de carácter público en nuestro país y situarla además dentro del marco europeo, donde existen otros modelos asistenciales, pero sobre todo se intenta a través de este Trabajo de Fin de Master, (en adelante TFM) analizar el grado de conocimiento de los alumnos de 4º curso del Grado de Odontología de la Universidad Europea de Madrid sobre los distintos modelos asistenciales de salud oral implementados en sus países o regiones. Algo que se considera primordial, ya que esto también demostrará el grado de conocimiento de los futuros Odontólogos sobre su propia profesión y como esta evoluciona hacia una nueva realidad.

Otro aspecto importante al cual se intentará dar respuesta a través de este trabajo es el de la importancia percibida por parte de estos mismos alumnos de 5º de Odontología, acerca de los distintos determinantes de la salud y como estos pueden influir en relación con la salud dental o con la prestación de la asistencia odontológica en el Sistema Nacional de Salud, y es que, en este sentido y a pesar de la integración de la profesión dentro de la atención primaria, sigue siendo escaso su conocimiento por parte de la población y además de la cobertura ofrecida lo que nos sitúa con una dura realidad y es que cerca del 13% de los ciudadanos no tiene acceso a ningún tipo de cobertura dental y por lo tanto no puede acudir al dentista con la asiduidad que debería(4). Siendo también un elemento de importancia y una pregunta de interés, el conocer como perciben los estudiantes de odontología este problema o si lo consideran como tal y si valoran que la cobertura sanitaria pública en carácter dental debería de ampliarse o no para así dar cabida a esa población desatendida.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Determinantes de salud en Odontología

En lo que se refiere a la Odontología cabe destacar que la forma más prevalente de enfermedad en esta rama sanitaria se expresa a través de la caries y la enfermedad periodontal y teniendo en cuenta esto, es importante mencionar que más de 3.500 millones de personas en todo el mundo, es decir, casi el 50% de la población mundial, padece alguna de estas dos patologías (5), situando a la caries como la enfermedad no transmisible (en adelante ENT) más prevalente a nivel global.

Si estudiásemos en profundidad este tema y su repercusión en los distintos estratos de la sociedad, nos encontraríamos con un gran número de estudios publicados que establecerían una inferencia entre las patologías bucales y las poblaciones más pobres y desfavorecidas (6) y no solamente esto, sino que además, existe una intrínseca relación entre la enfermedad de la caries o de las encías (gingivitis o periodontitis) con otras enfermedades como pueden ser las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, neumonía, el parto prematuro o la obesidad. Algo que no podemos obviar es que además, estamos ante una patología como es la caries que podría ser tratada desde fases muy tempranas, puesto que tenemos sin duda la capacidad para establecer un correcto diagnóstico precoz y un tratamiento casi preventivo en muchas circunstancias, pero este diagnóstico y tratamiento precoz en muchos casos resulta imposible puesto que para el común de los pacientes, y de una forma habitual, la odontología está excluida de la cartera asistencial común en muchos sistemas sanitarios alrededor del mundo.

Como decíamos existen diversos estudios (7) que establecen una relación entre una situación desfavorable ya sea económica, social, cultural y la severidad y la prevalencia de las distintas patologías de carácter oral. En este sentido, y llevando estos estudios y apreciaciones a nuestra propia casa, España, existe un documento de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) (8) que, aun alabando la integración de las distintas ramas de la sanidad en nuestro SNS, menciona la falta de cobertura en materia de salud bucodental con la que se cuenta en nuestro país. Según este informe, alrededor de 300.000 hogares en nuestro país, sufre alteraciones en sus necesidades básicas como la alimentación, vivienda y calefacción, cada vez que tienen que acudir a al dentista.

Es por esto y por su puesto por muchas más razones que desgraciadamente ya se escapan a la extensión y análisis de este TFM, que la salud bucodental ha sido una de las especial fuentes de interés y preocupación durante la última y 74ª Asamblea Mundial de la Salud, llevada a cabo de forma virtual entre mayo y junio del año 2021, motivo por el cual se firmó y aprobó la Resolución sobre salud bucal (9) integrándola de esta forma en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, concretamente el número 3, aquel que pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades,), y reconociendo además, lo importante de esto para con otros puntos de esta Agenda 2030 como serían: ODS 1 (Poner fin a la pobreza), ODS 2 (Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible), ODS 4 (educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos) y el ODS 12 (Garantizar un consumo y producción sostenibles)(9,10), zanjando en esta misma resolución que es de vital importancia cambiar el enfoque clásico que se podía tener sobre el enfoque restaurador e instaurar uno más preventivo, centrado en la promoción y la educación para la salud. En la siguiente figura se puede ver cuáles son todos aquellos objetivos integrados dentro del desarrollo sostenible que se intenta lograr (Figura 1)



Figura 1. Desarrollo de Objetivos sostenible OMS(9)

2.2 Evolución histórica y antecedentes

Tal y como se ha descrito previamente en la justificación de este Trabajo Fin de Máster (TFM), no sería entendible nuestra sociedad sin una cobertura y una accesibilidad gratuita a las distintas especialidades médicas, ya que tal y como se registra en nuestra constitución, existe el derecho de cualquier ciudadano español a poder tener acceso a una calidad de vida digna, y en este sentido, esto no sería posible sin el principal proveedor de esta en nuestro país, el Sistema Nacional de Salud.

Dentro de este intento de adquisición de la salud y el bienestar, se incluyen en nuestra sanidad pública una gran cantidad de especialidades de la medicina y aunque en este apartado también aparece la Odontología, esta tiene un papel muchas veces más secundario y con una cobertura asistencial en muchas ocasiones insuficiente o incluso desigual cuando observamos las distintas comunidades autónomas, algo que rompe con ese derecho a una calidad de vida digna indistintamente de edad, sexo, religión o lugar de residencia. Algo que además cobra especial relevancia si en lugar de realizar la comparación entre nuestras Comunidades Autónomas (en adelante CCAA) la realizamos con los países de nuestro entorno, donde en muchos casos esa cobertura es significativamente más amplia y universal.

En este sentido, se considera en este TFM que podría ser conveniente otorgar un contexto cronológico apropiado para de esta forma poder comprender la evolución de nuestro sistema sanitario y el papel de la odontología dentro del mismo.

Como se comentó anteriormente, el punto de partida de nuestro modelo de salud pública, nace con la Ley General de Salud del año 1986, esta ley 14/1986, de 25 de abril, siendo esta la que sienta las bases de la cartera asistencial en carácter sanitario que gozamos actualmente, comenzando de ese modo a incorporar a las distintas disciplinas médicas que la conforma, pero cuando hablamos de odontología, esta no aparecería como tal ni ninguno de los tratamientos específicos de la misma hasta el año 1995 con el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, cuando por fin se aumenta la involucración de la odontología en la atención primaria, implementando nuevos tratamientos y ampliando la cartera asistencial, pero si bien es cierto, que siendo éstas de un carácter muy básico: educación en salud oral, programas específicos, medidas preventivas básicas o la cobertura a las mujeres embarazadas además de regularse y reconocerse otras profesiones del ámbito dental como la de Protésico Dental o Higienista Dental y por supuesto, tal como ya se ha descrito, se regula también por primera vez la profesión de Odontólogo, para posteriormente ser a través de la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias (11), la que finalmente establecería el papel que

tienen los dentistas actualmente en la atención al paciente, pública o privada, así como las profesiones dentales también asociadas a las de odontólogo. Algo que ciertamente supuso un avance en materia de salud pública oral, pero tal y como se mencionaba previamente, todas estas medidas nunca llegaron e incluso actualmente no se han podido implementar de forma igualitaria a lo largo y ancho de nuestro país, un hecho que algunas sociedades científicas dentales, tales como SESPO, la sociedad centrada en salud pública oral y epidemiología han puesto de evidencia en varias ocasiones, mencionando la necesidad de un marco común y una cartera asistencial común que goce de una implementación real(12). Con la intención de acabar con esta situación, nace en el marco del Real Decreto RD 1030/2006 un plan de salud bucodental infantil y con él la obligatoriedad de otorgar de cobertura dental básica a los niños comprendidos entre los 7-15 años(13). En la figura 2 se puede observar una breve representación gráfica de algunas de las distintas leyes y reales decretos anteriormente mencionados.

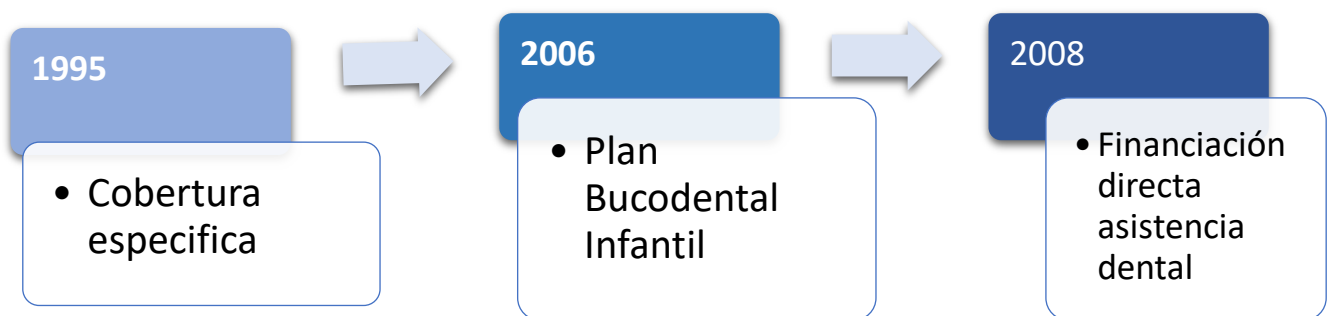


Figura 2. Representación gráfica de Leyes y Reales Decreto relacionadas con la salud oral en España.

Pero no sin sufrir alteraciones en el futuro con el recorte de cobertura, tratamientos o grupos de edad a los cuales van dirigidos los mismos, tales como los que se llevaron a cabo en Navarra, Galicia, Murcia o Madrid y Castilla y León(14).

De este modo, tras lo expuesto con anterioridad y como resultado de una fuerte disparidad en los factores económicos, políticos y sociales de nuestro país se han desarrollado simultáneamente tres modelos asistenciales, uno que incorpora un sistema por capitación con pago al dentista privado, algo que inició en País Vasco y Navarra allá por los años 1990 y 1991, modelo denominado PADI (Programa de Atención Dental Infantil), un sistema público con competencias más básicas que se llevan a cabo en el sector público, donde el personal es asalariado y realizará sus labores en el ámbito hospitalario o

ambulatorio y por último un modelo mixto que aun otorgando competencias a los dentistas públicos, se encargaran de realizar otros tratamientos dentales; más específicos que serán realizados en clínicas privadas pero con financiación total o parcial pública como es por ejemplo el caso de la Comunidad de Madrid.(15).

2.3 MODELOS ASISTENCIALES Y SU RELACIÓN CON LA ODONTOLOGÍA

Como comentábamos, conviven actualmente distintas formas de implementar la odontología y en este sentido, analizando por lo tanto la forma de provisión y obtención de recursos nos encontramos con tres sistemas de asistencia o de provisión dental principales, tratándose estos del Estatal, el basado en un modelo de Seguridad Social y finalmente el Privado, algo que podemos observar en la figura 3.

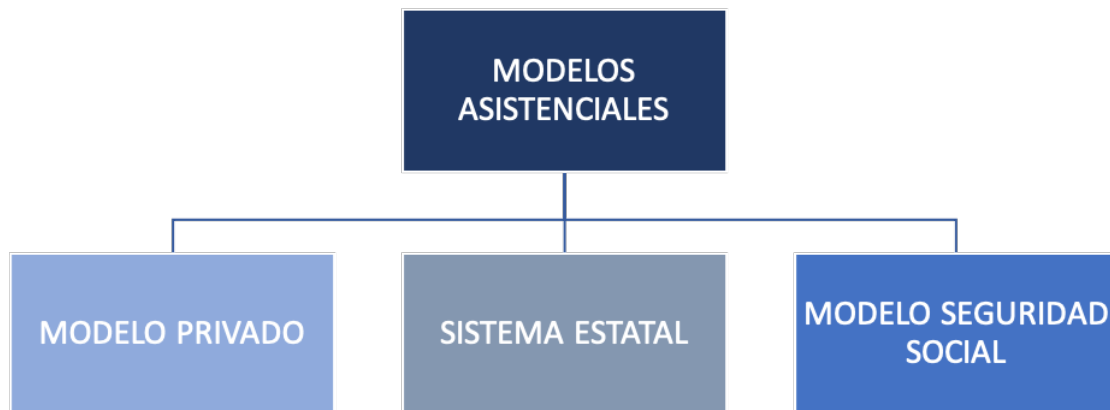


Figura 3. Sistemas o modelos de salud en relación con la odontología.

2.3.1 Sistema Privado

Este es el modelo predominante en nuestro país, un modelo que está casi exclusivamente basado en el pago por servicios, es decir, se trata de un modelo centrado en el libre mercado, donde o existe ningún tipo de involucración por parte de estado que solo se involucra en la salud bucodental de su población asistiéndolos en tratamiento de urgencia o ciertas cirugías orales y donde el pago lo realiza el paciente al ser tratado, es decir, por acto médico. Como se exponía, este el modelo más extendido en nuestro país, existen en España cerca de 23.000 clínicas dentales, de las cuales, más del 94% se correspondían con clínicas privadas, dejando tan solo en un 6% a cualquier otro tipo de clínica, como pudiesen ser aquellas que forman parte de aseguradoras o fuesen corporativas (16).

Tratándose este de un modelo basado casi estrictamente en un factor económico, es evidente que puede llevar a los pacientes a dos realidades, la de aquella población que acude al dentista con la suficiente solvencia económica para hacer frente al tratamiento dental, pero la falta de cobertura pública y dejar todo a la voluntad de los intereses económicos puede suponer que también exista un porcentaje de ciudadanos que se vean excluidos de este sistema al no poder solucionar el coste económico que esto supone(17). Con relación a este apartado y relevante en el análisis de los determinantes sociales de salud y más concretamente la influencia de esos determinantes sobre la salud bucodental cabe mencionar lo que se hace destacar en la figura que aparece a continuación, (figura 4).

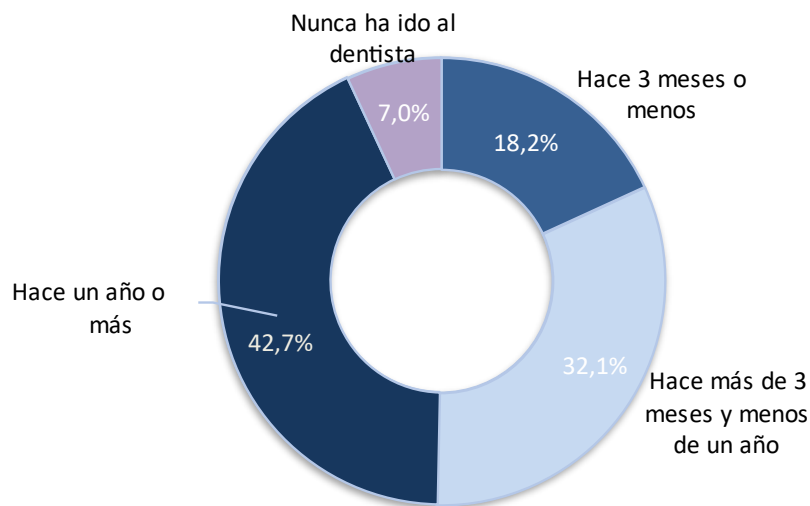


Figura 4. Respuesta acerca de la última vez que se acudió al dentista en España.(4)

Se puede observar en esta encuesta(4) el gradiente económico existente a la hora de acceder a la clínica dental, representado en el hecho de que un 62,4% de la población perteneciente a un estrato social superior o más pudiente realizaron revisiones, limpiezas o cualquier otro tratamiento dental en el pasado curso, a diferencia de la población perteneciente a un estrato socioeconómico más bajo que solo acude a la clínica dental el pasado año en un 38,7%(4).

2.3.2 Sistema de Seguridad Social

En el modelo basado en un sistema de Seguridad Social, a diferencia del modelo privado, el proveedor no cobra por acto médico si no que puede estar pagado directamente por el estado a través de acto médico, pero también de salario o capitación. Pagos que son llevados a cabo principalmente con fondos públicos, los cuales han podido ser obtenidos a partir de impuestos, aunque también es posible que de algún modo estos estén sustentados o apoyados a través de un copago también gracias a distintas compañías aseguradoras. En este caso la cobertura elegibilidad y accesibilidad al servicio dental puede variar, pudiendo ser igualitario y por lo tanto universal o estando solamente centrado en ciertos grupos especiales o a aquella población que se acogen estrictamente a ella pero la asistencia independientemente de la población a la que cubra, casi siempre se proporciona en clínicas dentales de carácter privado existiendo además libre elección de profesional(18).

2.3.3 Sistema Estatal

Por último, en el caso del Sistema Estatal, nos encontramos ante un modelo plenamente gratuito y que abarca la totalidad de la ciudadanía de ese territorio. Los dentistas siempre llevarán a cabo sus funciones hospitalares, o clínicas dispuestas en todo ~~o~~ para tal efecto en algún tipo de centro de atención primaria o de atención sanitaria, en definitiva, lugar donde la asistencia, así como el mantenimiento de los recursos materiales y de infraestructura estarán proporcionados por el Estado.

Al contrario que en modelo de Seguridad Social, este, al tratarse de un modelo plenamente asumido por el Estado, no dará posibilidad al paciente en cuanto a la libre elección de centro o profesional siendo de esta forma el dentista un profesional más dentro del cuadro médico de cualquiera que fuese el ámbito sanitario donde lleve a cabo su función.

A modo de resumen y para la facilidad de la comprensión de lo antes expuesto se muestra la siguiente figura, (figura 5) resumiendo los principales aspectos de todos los modelos de sanidad que podemos encontrar

	S. PRIVADO	SEGURIDAD SOCIAL	S. ESTATAL
Costes	Se cargan al paciente	Impuestos	Cubiertos íntegramente por el Estado
Cobertura	Bajo demanda	Población general o acogida a dicha Seguridad Social	Universal
Remuneración	acto médico	Capitación o acto medico	Asalariado
Libre elección	Sí	Si	No

Figura 5. Sistemas asistenciales globales (18)

2.4 MODELOS ASISTENCIALES ODONTOLÓGICOS EN EUROPA

Algo parecido a lo que sucede en nuestro país con la implementación de distintos modelos asistenciales en función de la Comunidad Autónoma que analicemos sucede con Europa. En esto influyen, al igual que con las CCAA y la atribución transferida en carácter sanitario a las mismas, las distintas voluntades administrativas de cada país, así como las realidades y demandas sociales exigidas tradicionalmente por las poblaciones de estos estados. En este sentido también es valor predisponente y no podemos obviar, la capacidad económica de los países.

Dicho lo cual, en nuestro entorno, se puede distinguir, todos ellos representados en la siguiente figura, (figura 6), 6 modelos asistenciales distintos, desde el nórdico que engloba a los países escandinavos, hasta el español que es compartido con el resto de países del sur de Europa, lo que da nombre al modelo, pasando por modelos mixtos como el de Países Bajos o Irlanda o modelos en transición como los del Este de Europa.(18,19), pero si bien es cierto que exceptuando nuestro modelo en e resto de países de la unión europea existe una mayor facilidad para grupos vulnerables desde el punto de vista social o económico en poder acceder a los mismo(20).

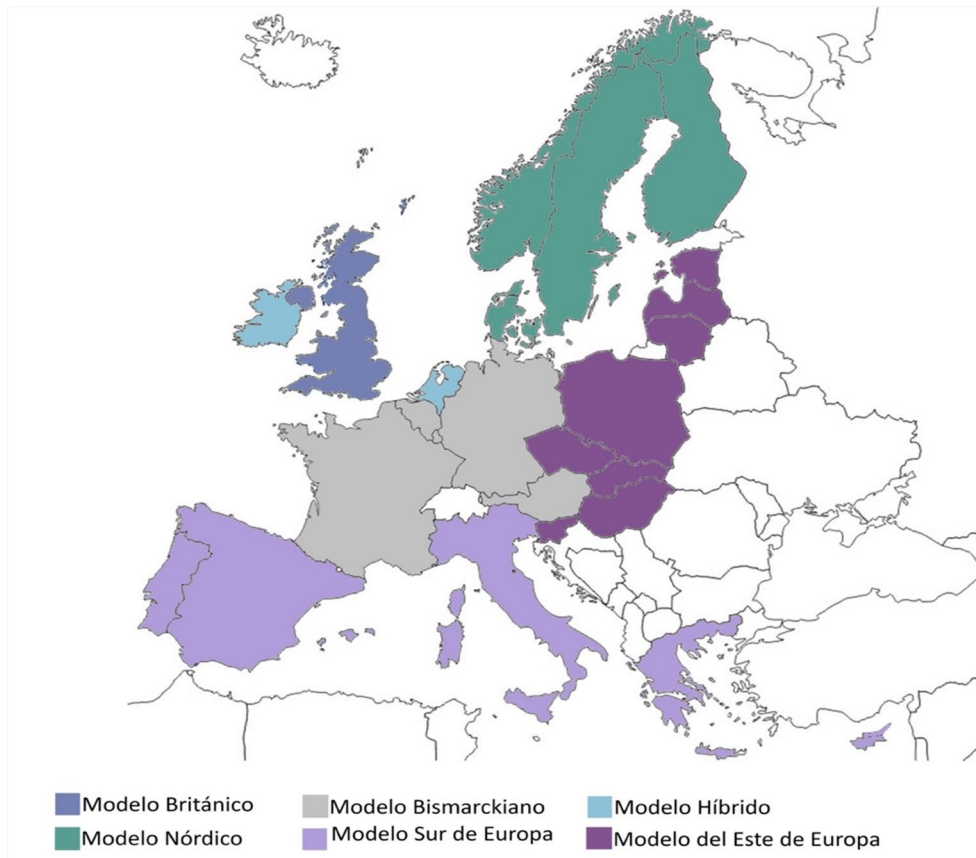


Figura 6. Distribución de los distintos modelos asistenciales en Europa.

2.4.1 Modelo Nórdico

Este es el modelo predominante en los países escandinavos como Noruega, Finlandia, Suecia y Dinamarca, se trata de un modelo que incluye una gran cobertura asistencial dental y que cuenta por lo tanto con un fuerte Servicio Dental Público y donde la voluntad del estado en este sentido es fuerte y con pocas fisuras, siendo además un servicio con amplia demanda por parte de la población, sobre todo de la población infantil ampliamente cubierta con tratamientos dentales gratuitos pero también dentro de la población adulta donde también existen ciertos tratamientos cubiertos y entre la que además la odontología goza de una integración similar a la de otras ramas de la medicina dentro de sus sistemas nacionales de salud con incluso el uso de otras profesiones dentales dentro de la administración pública como protésicos, higienistas o auxiliares de clínica(18).

2.4.2 Modelo Británico

Modelo representado en todo el Reino Unido: Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte) algo relevante si recordamos que la implicación por ejemplo en España varía entre Comunidades Autónomas y donde observamos al igual que en el modelo nórdico un elevado interés por parte las distintas administraciones en la odontología, lo que se traduce con que el 89% de las clínicas dentales formas parte del National Health Service o más concretamente del denominado GDS (General Dental Service)(18,19)

2.4.3 Modelo Bismarckiano

El Bismarckiano en lo referente a la Odontología, es un modelo que se puede encontrar en distintos países centroeuropeos y aunque el nombre procede del modelo más tradicional alemán, cabe destacar que en los últimos tiempos Alemania está tomando medidas que a pesar de no ser del todo concluyentes en lo referente a la odontología, lo alejan de este modelo, algo similar está sucediendo en Francia, donde este mismo septiembre se ampliaron los tratamiento o los porcentajes de ayuda a ciertos tratamientos para grupos más desfavorecidos económicamente, igualmente podríamos encontrar este modelos en países como Bélgica donde también están migrando a un modelo más similar al francés o en Austria. Este es un modelo basado como mencionábamos en la cobertura parcial o total de un tratamiento dental, ya sea por parte del estado o por aseguradores privadas o mutuas ya sean de inscripción pública o privada, pero, en cualquier caso, estos seguros publico/privados, serán los encargados de acarrear los costes del tratamiento dental en cuestión, algo que supone un alivio importante para los pacientes(18).

2.4.4 Modelo Sur de Europa

El establecido en España, Portugal, Italia y Grecia. Todos estos países con una característica en común y es la baja importancia otorgada por los distintos estados a las políticas públicas en materia de salud bucodental y el esfuerzo económico que supone para el paciente solucionar la patología oral.

Si bien es cierto que las reciente actualizaciones de servicios públicos como podría ser el caso de Madrid en el 2016 o la reciente firma de un nuevo convenio y cartera asistencia integrada a nivel nacional firmada en 2022 pero que aún no ha entrado en vigor (10), podría arrojar algo de luz concretamente en nuestro país y tal vez ayudar a comenzar a revertir la situación de una forma real.

2.4.5 Modelo Híbrido

Un modelo que no acaba de ser plenamente británico ni tampoco Bismarckiano, es el modelo implementado en los Países Bajos e Irlanda, donde dependiendo del grupo etario al que pertenezcas tendrás acceso a un modelo o al otro, siendo principalmente británico en la población infanto-juvenil y un modelo subvencionados por seguros públicos o privados ya en la edad adulta(18,19).

2.4.6 Modelo del Este de Europa

En último lugar, hablaremos brevemente del modelo que incluye a los países del este de Europa países como pueden ser: Hungría, Lituania, Letonia, Republica Checa, Eslovaquia, Estonia, Polonia y Eslovenia, que a pesar venir de sistema público absoluto (Modelo Estatal), previa a la caída del telón de acero en el año 1989, han ido evolucionando hacia un sistema plenamente privado(18).

2.5 SITUACIÓN ACTUAL Y MODELOS ASISTENCIALES EN ESPAÑA

En lo referente a España, como ya hemos visto con anterioridad, la atención dental pública está principalmente reducida al grupo infanto-juvenil, lo cual nos da como resultado una diferencia significativa en cuanto a las prestaciones de salud bucodental indexadas en la cartera de servicios común a la cual tendrán alcance y obviamente al porcentaje de uso de los servicios dentales públicos de cada uno de esos dos grupos(4), tal y como se observa en la siguiente figura (figura 7)

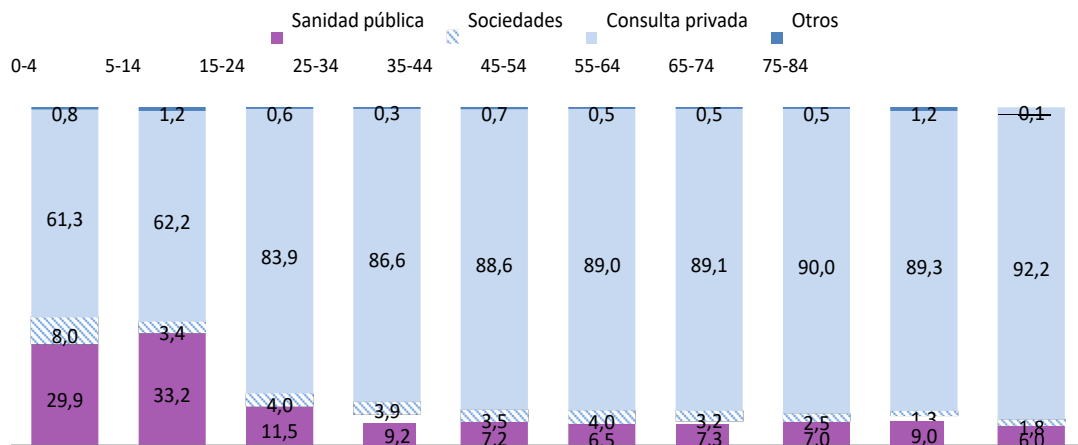


Figura 7. Porcentaje de utilización de los distintos proveedores de salud dental en España(4).

Cabe mencionar que los pasos que se han dado en materia de integración de la salud bucodental en SNS ha sido lento, aun a pesar de esto, a lo largo de los años y desde el nacimiento allá por el año 1986 de la LGS y posteriormente de los distintos Reales Decretos, se ha ido ampliando la cobertura y tratamientos. Después de este tiempo, en España, hemos ido creciendo hacia tres modelos de provisión distintos, conviviendo al mismo tiempo y distribuidos indistintamente por todo nuestro territorio sin lo que podría ser un criterio aparente. tal y como representa a continuación la figura 8,

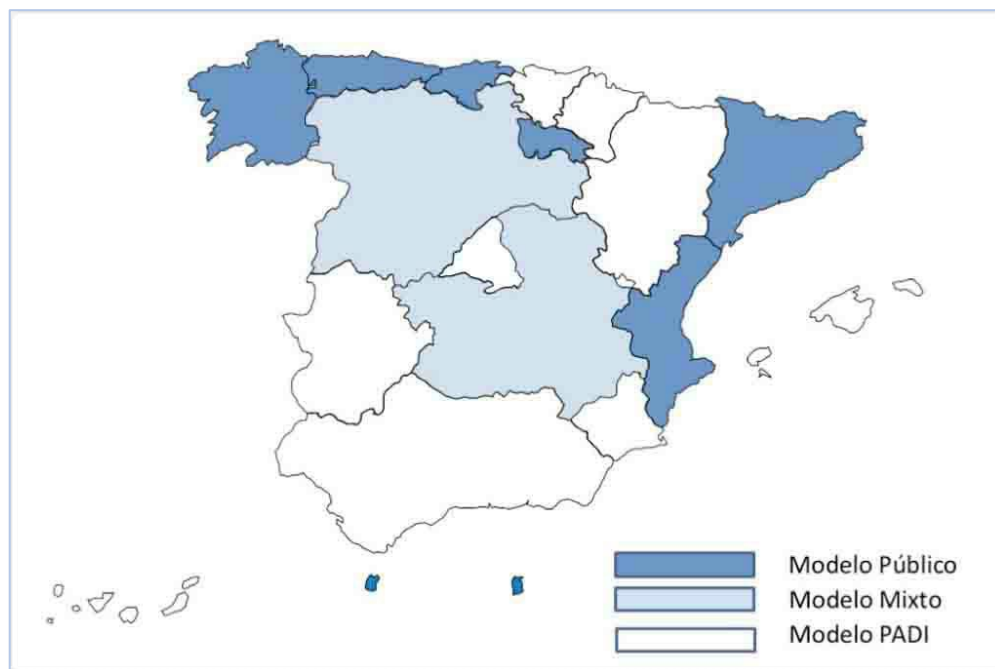


Figura 8. Distribución de los distintos sistemas de asistencia dental en España.

2.5.1 PADI

“Programa de Asistencia Dental Infantil” más conocido como PADI y desde ahora mencionado de tal forma, es el que a priori goza de una mejor aceptación entre los pacientes de aquellas regiones donde está establecido, siendo de hecho, la tasa de utilización anual mucho mayor en estas CCAA que en aquellas donde gozan de otro sistema, variando por ejemplo entre el 26,2% de Canarias y el 69% de Navarra (21), y se trata además del más extendido en nuestro territorio. Este modelo data del año 1990 cuando nace en Euskadi (País Vasco) y en 1991 ya comienza su andadura de igual modo en la Comunidad Foral de Navarra y donde a día de hoy el PADI es aplicado en nueve Comunidades Autónomas distintas (14), transcurridos 30 años, y cubre al 38% de la población de 6 años en España.

Las principales características de este modelo residen en la utilización de las clínicas privadas y el modo de pago, donde dependiendo del tipo de tratamiento que se va a realizar el pago será por acto médico, para aquellos tratamientos más complejos o por capitación, para aquellos tratamiento más básicos tales como tartrectomias, aplicaciones de flúor, colocación de selladores u obturaciones de dentición permanente en cierta franja de edad(21). Convirtiéndose de este modo en un sistema de provisión mixta, utilizando para tal efecto y como se mencionaba anteriormente, centros privados pero también públicos, donde también se podrán realizar esos tratamientos más básicos(20,21).

2.5.2 Mixto

Otro modelo es el que mezcla el carácter público para tratamientos más sencillos y el pago de tarifa concertada para ciertos tratamientos que se derivarían la clínica privada, es este el Modelo Mixto. Actualmente Castilla y León y Castilla la Mancha cuentan con este modelo, teniendo en nómina a dentistas asalariadas que realizaran tratamientos dentro de la cartera asistencial bucodental, pero que derivarán aquellos tratamientos que supongan una complejidad mayor o que pudiesen suponer un coste más elevado tanto para la administración como para el paciente, tratamientos tales como: endodoncias, apicoformaciones o tratamientos protésicos restauradores.

2.5.3 Público

El tercer y último modelo que se va a exponer en este apartado es el modelo público, tipo de asistencia que se desarrolla en 8 de las comunidades o ciudades autónomas de nuestro país, y donde se realizan todos los tratamientos inscritos en la cartera asistencial en los centros de salud o en las instalaciones públicas para tal efecto, pero donde no se van a derivar tratamientos adicionales, siendo esta responsabilidad única del paciente en caso de que fuesen necesarios.

Entre estos tratamientos estarían los de carácter preventivo, tales como, educación para salud oral y que sobre todo, haciendo un vistazo general, el control y atención de procesos infecciosos, traumatismos, exodoncias, aplicación de flúor de uso profesional (13). Aun con todo esto, es importante mencionar que existen diferencias significativas entre los tratamientos que se realizan en según qué región y que en 2008 con el Real Decreto 111/2008 fue cuando finalmente se dio financiación exclusiva (fondos directos) a la odontología integrada en el SNS(22).

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS E HIPOTESIS.

El Objetivo principal de este estudio realizado en el marco de un trabajo de fin de master de salud pública, reside en analizar el grado de conocimiento de los alumnos de Odontología sobre los distintos modelos asistenciales odontológicos, así como la percepción en cuanto a la importancia de los determinantes de la salud y su relación con la profesión dental, es por eso que la pregunta de investigación que nos planteamos sería la siguiente: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los estudiantes de Odontología de la Universidad Europea de Madrid en relación con la atención dental pública de sus países y que importancia tienen los determinantes de la salud en nuestra profesión?

Otros de los objetivos que se plantea este TFM de investigación son los de analizar cuál es la realidad actual que presenta la Odontología dentro del Sistema Nacional de Salud español y por lo tanto, distinguir cuales son los sistemas de asistencia de salud bucodental vigentes en nuestro país resaltando y prestando especial importancia acerca de las posibles diferencias entre las regiones que integran España.; además de, conocer y otorgar un contexto a la odontología también dentro del marco europeo.

3.1 Objetivos

Por lo tanto, los objetivos definidos para este trabajo son:

3.1.1 Principal

- Analizar el grado de conocimiento de los estudiantes de Odontología sobre los distintos modelos asistenciales odontológicos, así como la percepción en cuanto a la importancia de los determinantes de la salud y su relación con la salud bucodental

3.1.2 Secundarios

- Analizar cuál es la situación de la odontología en el sector público de España.
- Conocer los modelos asistenciales proveedores de salud bucodental con implantación en España y Europa.
- Entender la situación relacionada con implantación de la salud bucodental pública en las diferentes Comunidades Autónomas.

3.2 Hipótesis

En cuanto a la hipótesis con la que se trabaja, esta, se basaría en el desconocimiento por parte de los alumnos de la existencia de una cartera asistencial en carácter de salud bucodental en sus distintos países, pero cobrando especial importancia este desconocimiento en el nuestro, así como en la percepción de baja importancia de los determinantes de la salud sobre las distintas patologías bucodentales.

4. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio con diseño observacional descriptivo transversal, cuyos sujetos de estudio fueron los alumnos matriculados en Odontología de la Universidad Europea de Madrid, durante el curso académico 2022/2023. Se excluyeron aquellos estudiantes de primer y segundo curso dado que los resultados se cree que podrían ser similares a los de los alumnos de tercer año, excluyéndose también aquellos alumnos que hayan cursado previamente la asignatura de Odontología Comunitaria y Salud

Pública Oral, una asignatura perteneciente al Quinto curso y donde se imparten los conocimientos necesarios sobre modelos asistenciales y determinantes de la salud.

4.1 Ámbito y población de estudio

El estudio se desarrolló entre los alumnos de tercero, cuarto y quinto del Grado en Odontología de la Universidad Europea de Madrid. Dentro del mencionado grado, hay un total de 1500 alumnos matriculados en todos sus cursos, teniendo estos además un carácter ampliamente internacional. Entre los principales países de origen de estos alumnos se encuentran: España, Italia, Francia, Reino Unido, Alemania o Suecia.

4.2 Herramientas de recogida de datos

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario elaborado expresamente para este estudio compuesto de 17 preguntas, puesto que tras llevar a cabo una amplia revisión bibliográfica no se encontró ningún cuestionario validado que sirviese para tal efecto o que pudiendo modificarse así fuese. Este cuestionario se dividió estructuralmente en tres apartados, todos ellos con preguntas cerradas: un primer apartado se incorporó la recogida de datos sociodemográficos que constaba de cuatro ítems de respuesta cerrada, un segundo bloque con seis ítems para explorar las diferentes variables sobre conocimiento de los distintos modelos asistenciales en materia de salud bucodental, la cartera asistencial y el posible interés de estos estudiantes en poder desempeñarse de forma profesional en este ámbito de salud oral pública y por último también se incluyó un tercer bloque con seis ítems con el objetivo de poder analizar el grado de importancia de los determinantes de la salud en la odontología. Se informó a los alumnos del carácter anónimo de los cuestionarios y su finalidad. Los cuestionarios fueron distribuidos a través de *Microsoft Forms* entre mayo y julio siendo estos auto cumplimentados por los alumnos. En total, se recogieron 110 cuestionarios, divididos en tres cursos correspondientes a el tercer, cuarto y quinto año del Grado de Odontología.

4.3 Variables del estudio

4.3.1 Variables sociodemográficas

- Edad. Variable cuantitativa recogida en forma de intervalos.
- País de origen. Variable nominal politómica.

- Haber cursado la asignatura “Odontología Comunitaria y Salud Pública Oral”. Variable nominal dicotómica.
- Curso del grado de odontología. Variable nominal politómica.
- Nivel socioeconómico de zona de trabajo. Variable ordinal.

4.3.2 Variables principales

- Conocimiento de la existencia de asistencia dental pública en su país de origen. Variable cuantitativa discreta (Escala 0-10).
- Conocimiento del grado de implicación de la asistencia dental dentro de la cartera asistencial pública. Variable cuantitativa discreta (Escala 0-10).
- Conocimiento del tipo de tratamientos dentales integrados en la cartera asistencial de sus países. Variable cuantitativa discreta (Escala 0-10).
- Conocimiento de la importancia de los determinantes sociales de salud en odontología. Variable cuantitativa discreta (Escala 0-10).
- Aplicación de los determinantes sociales de la salud en la salud oral. Variable cuantitativa discreta (Escala 0 -100).

4.4 Análisis de datos

El análisis de los datos recogidos se llevó a cabo mediante una tabla de volcado de datos, elaborada con el programa Microsoft Excel.

4.5 Consideraciones éticas

Este estudio ha sido sometido a aprobación por el Comité de Ética de la Universidad Europea de Madrid, Valencia y Canarias, que vela por la calidad científica de los proyectos de investigación que se llevan a cabo en el centro. Cuando la investigación se hace con personas, este Comité vela por el cumplimiento de lo establecido en la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente sobre investigación biomédica (ley 14/2007, de junio de investigación biomédica) y ensayos clínicos (R.D. 223/2004 de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, modificado por Real Decreto 1276/2011, del 16 de septiembre).

4.6 Plan de trabajo

	Enero	Feb/Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio/Sep	Octubre	Diciembre
Elección del tema.	X							
Creación del Marco teórico		X						
Diseño de la metodología y elaboración del Consentimiento Informado			X					
Solicitud de la aprobación por parte del comité de ética				X				
Recogida de datos				X	X			
Análisis de datos y redacción de los resultados.						X		
presentación borrador y documento final.							X	
Exposición TFM ante tribunal								X

4.7 Revisión Bibliográfica

Se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de analizar cuál es la realidad que presenta la Odontología dentro del Sistema Nacional de Salud español y, por lo tanto, distinguir cuales son los sistemas de asistencia de salud bucodental vigentes en nuestro país resaltando y prestando especial importancia acerca de las posibles diferencias entre las regiones que integran España.; además de, conocer y otorgar un contexto y una evolución a tal aspecto además de a la odontología también dentro del marco europeo.

- **Criterios de inclusión:** Artículos relacionados con los “Determinante de la salud”, los “Determinantes sociales de la salud”, los “Determinantes de la salud oral” y aquellos artículos que menciones temas relacionados con modelos asistenciales en odontología o con la “Salud Publica Oral”.

Se lleva a cabo por lo tanto criterios de búsqueda bibliográfica basados en la evidencia, la relevancia, similitud o que en definitiva puedan ayudar a responder a los objetivos planteados para este TFM. A tal efecto, se utilizan las principales bases a las cuales como estudiantes tenemos acceso a través de la página web de la Universidad Europea de Madrid, siendo estas Pubmed y Medline, sin obviar la

circunstancia de que, debido al gran número de referencias bibliográficas a distintas leyes, reales decretos y documentos de organismos oficiales también se han utilizado páginas webs de dichos organismos a los que se ha tenido acceso a través de motores de búsqueda clásicos.

Palabras clave: “Odontología comunitaria”, “Salud pública oral”, PADI, “Determinantes salud”

5. RESULTADOS

5.1 Descripción de la población objeto de estudio

Los alumnos estudiados se agruparon en tres categorías principales, edad, curso académico, donde se especifica si el alumno ha cursado la asignatura de Odontología Comunitaria y Salud Pública Oral y, por último, por país de origen, en cuanto a la categoría relacionada con la edad, se valoraron los siguientes tramos: de 17 a 23, de 24 a 34 y de 35 años o más. En cuanto al curso académico se preguntó a los participantes si pertenecían a Tercero, Cuarto o Quinto curso, siendo además de relevancia si habían cursado ya la asignatura de Odontología Comunitaria y Salud Pública Oral que, como ya se mencionó anteriormente se trata de la asignatura donde los alumnos deberían adquirir las competencias necesarias para conocer los distintos modelos asistenciales relacionados con la salud oral así como la cartera asistencial de distintas Comunidades Autónomas españolas y países de nuestro entorno. Se agruparon además los estudiantes por país de origen de la siguiente forma: España, Francia Italia, Reino Unido, Alemania, Suecia, Otro (Europa), Latinoamérica, Resto del Mundo.

5.2 Descripción de la muestra

En la tabla se recogen los resultados obtenidos para los parámetros de edad. Se encuestaron 110 sujetos, siendo casi la mitad de estos, un 49,09% de la franja comprendida entre los 24 a los 34 años, seguidos de un 47,27% de los alumnos encuestados que tienen entre 17 y 23 años y finalmente, suponiendo un porcentaje bajo estarían aquellos alumnos que tienen 35 años o más (figura 9):

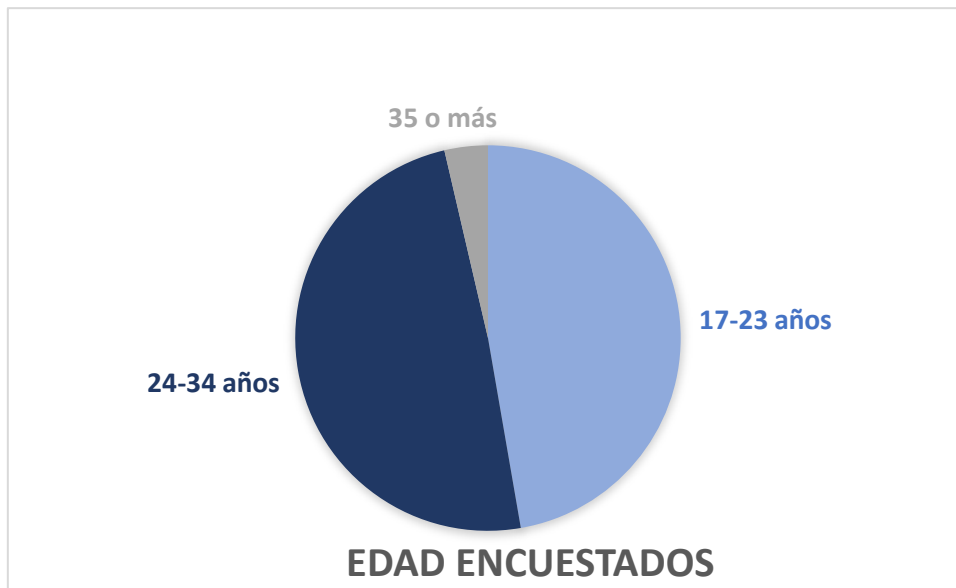


Figura 9. Representación gráfica de las edades de los encuestados.

Además de esto, se preguntó el curso académico que estaban cursando en ese momento los alumnos (figura 10), respondiendo un 90% que estaban cursando Cuarto (4°) curso, mientras que solamente un 5,45% respondieron que cursaban Quinto (5°) curso, año académico en el que se imparte la asignatura de Odontología Comunitaria y Salud pública Oral, así mismo se realizó la pregunta de si habían cursado la asignatura de Odontología Comunitaria y Salud Pública Oral, con el resultado de que un 84,55% de los alumnos encuestados no habían cursado dicha materia siendo solamente cursada anteriormente por un 15,45% de la muestra preguntada.

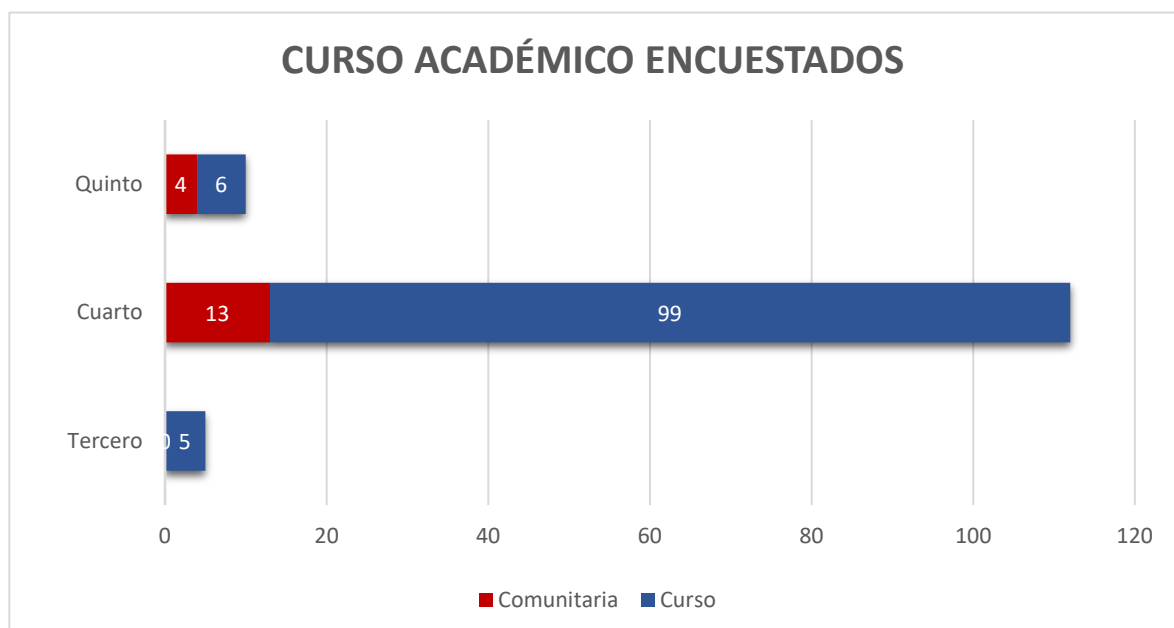


Figura 10. Curso académico de los encuestados y cuantos de ellos han cursado Odontología Comunitaria previamente.

Por ultimo y como se ha visto antes, también se indicó el país de origen de los encuestados, siendo un 39% de los mismos alumnos españoles, un 24% franceses, un 17% corresponderían al grupo de los alumnos italianos y el 17% restante representaría a otros países europeos u otras regiones del mundo (Latinoamérica 3%, Resto de Europa 7% y Resto del Mundo 7%) (figura 11):

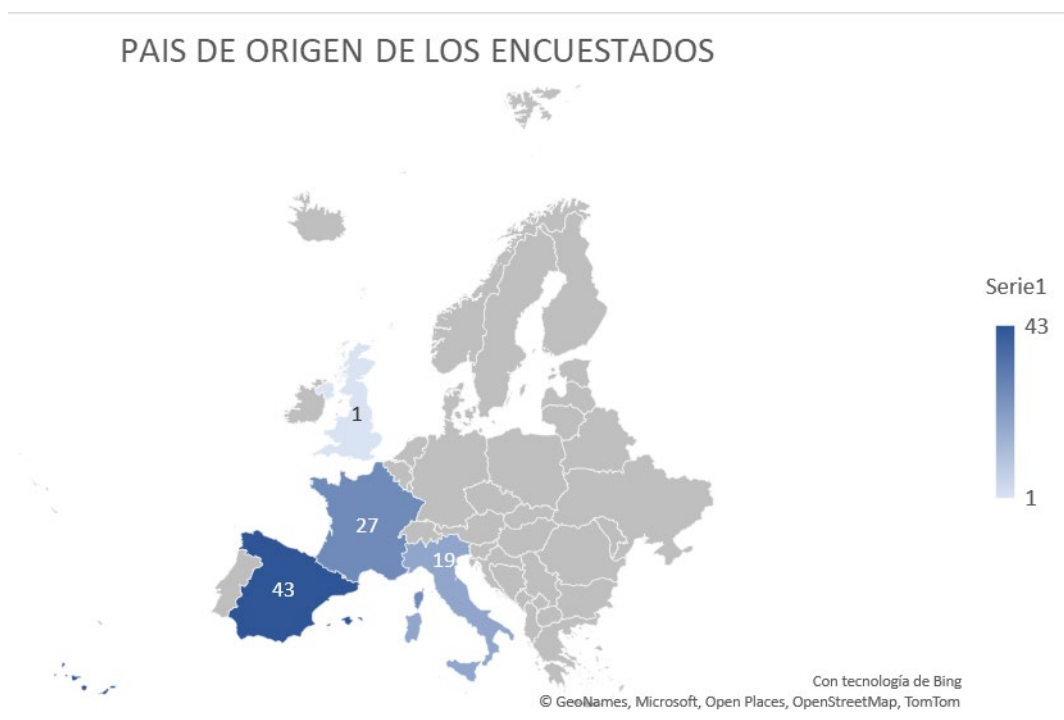


Figura 11. País de origen de los alumnos encuestados.

5.3 Modelos asistenciales y cartera de servicios en odontología.

En el segundo de los tres bloques en los que se divide la encuesta y después de conocer la muestra, se preguntó a lo largo de seis ítems, acerca de los conocimientos, percepciones y opiniones a los alumnos encuestados sobre los modelos asistenciales en odontología en sus países, así como si conocen los distintos grupos poblacionales o tratamientos que estaría incluidos en la cartera de prestaciones de las distintas regiones en materia de salud bucodental.

De este modo, en la primera pregunta de este bloque (pregunta 6) (figura 12) se preguntó a los encuestados si conocían de la existencia en su país de tratamientos bucodentales gratuitos, pregunta que fue contestada por todos los participantes y donde 74 de ellos, correspondiente a un 67,27% dicen conocer de la existencia de tratamientos dentales gratis en su país, mientras que 12 alumnos, un 10,91%,

afirman que en su país no se llevan a cabo ningún tipo de tratamiento gratuito, por último, un 21,82% es desconocedor de si efectivamente se llevan a cabo en su país algún tipo de tratamiento dental sin coste para el paciente.

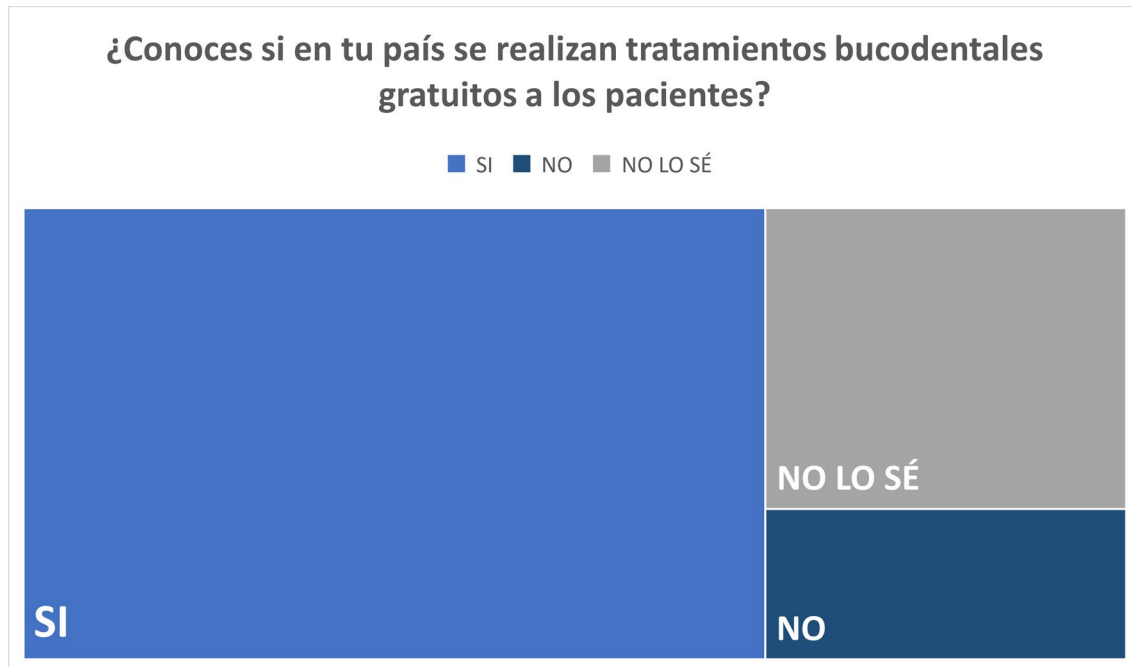


Figura 12. Representación gráfica del volumen de los encuestados que tienen constancia de la existencia de tratamientos dentales gratuitos dentro de su sistema de salud.

Dentro de este bloque y después de valorar si los alumnos eran conocedores, si no lo eran, o si desconocían de la existencia de tratamientos dentales gratuitos, se preguntó acerca del grupo poblacional al que pensaban que estaban dirigidos estos procesos asistenciales (pregunta 7). La pregunta “En caso de que creas que hay tratamientos gratuitos para la población en tu país, señala los grupos a los que crees que se les realiza”, es una pregunta de opción múltiple, donde el resultado fue el siguiente (figura 13).

El mayor número de las respuestas en esta pregunta se centraron en la población infanto-juvenil, un 36,59%, así como en el grupo poblacional que incluye a aquellas personas con un bajo nivel socioeconómico que se corresponde con un 34,96% de las respuestas, lo que representa un 71,54% de las respuestas totales. El resto de las respuestas, un 11,38%, se centran en las personas ancianas y un 8,13% en las mujeres embarazadas, dejando por último a un total de 11 respuestas, 8,94% de las mismas desconocedores de la población que se pudiese beneficiar de esos tratamientos gratuitos.

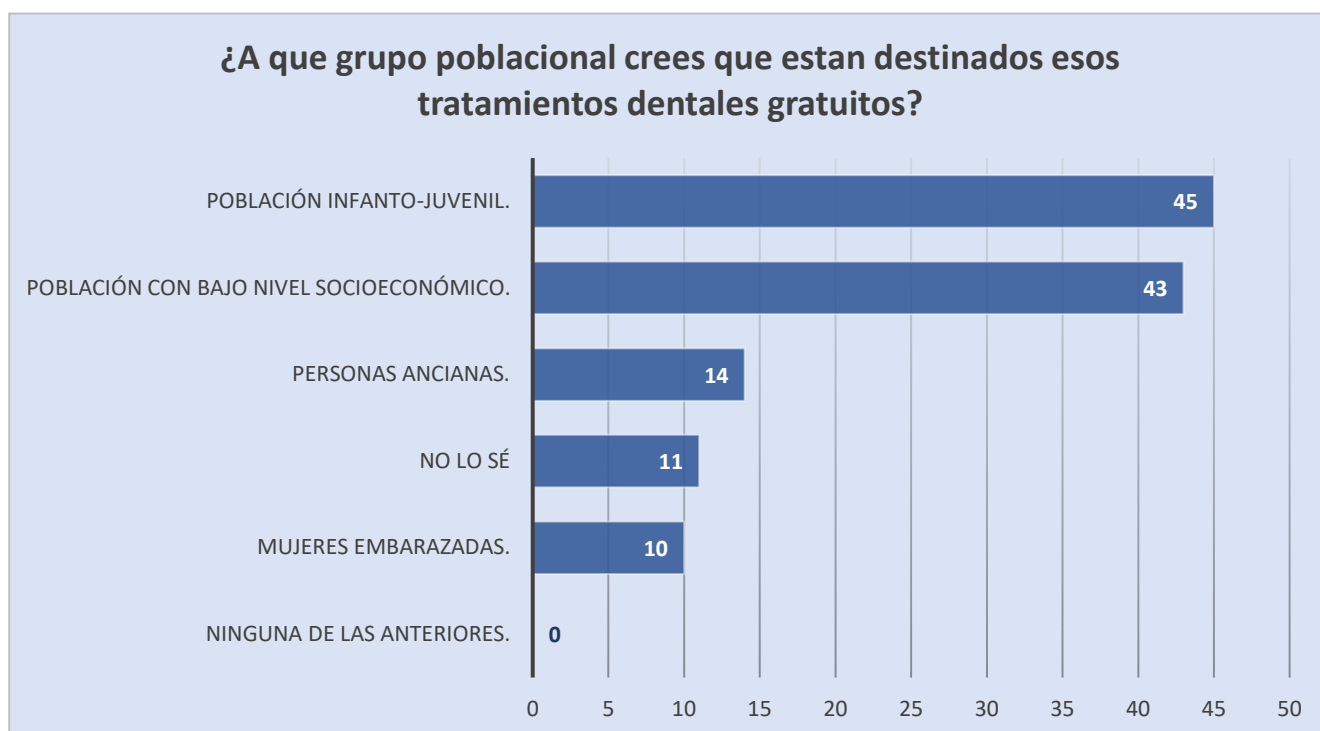


Figura 13. Respuesta de los encuestados y representación gráfica del grupo o grupos poblacional al que creen que estarían destinados esos tratamientos integrados en la cartera asistencial de sus regiones o países.

La siguiente pregunta del cuestionario (pregunta 8) de elaboración propia destinado para este TFM, es; “¿Qué tratamientos crees que se realizan de forma gratuita a la población infanto-juvenil de tu país? Puedes elegir más de una opción”, siendo las respuestas las siguientes (figura 14): la mayor parte de los alumnos creen que los tratamientos gratuitos que se realizan con mayor frecuencia en la población infanto-juvenil serían aquellos que incluyen una acción preventiva (revisiones, aplicación de flúor profesional, selladores de fosas y fisuras, pautas de higiene dental y dieta) con un total de 56 respuestas, lo que supone un 28,14%, seguidos de las extracciones de dientes tanto temporales como permanentes, que se ven representados en el mismo número de respuestas y porcentajes, 22 respuestas y un 11,06%, con un resultado similar aparecerían las obturaciones de dientes permanentes, 10,55% y 21 respuestas, obturaciones de dietes temporales 9,05% y 18 respuestas, radiografías dentales 8,54% y 17 respuestas y por ultimo y con un porcentaje más bajo de respuesta encontraríamos, los tratamientos pulpares en dentición permanente 5,53% y 11 respuestas, mantenedores de espacio con un 4,02% y 8 respuestas o tratamientos de estética/funcionales como podrían ser los tratamientos de ortodoncia aparecen en último lugar con un 3,02% y 6 respuestas. Cabe mencionar que un 4,52% de los encuestados, 9 sujetos, desconocen cuales son los tratamientos que se desarrollarían en este grupo poblacional.

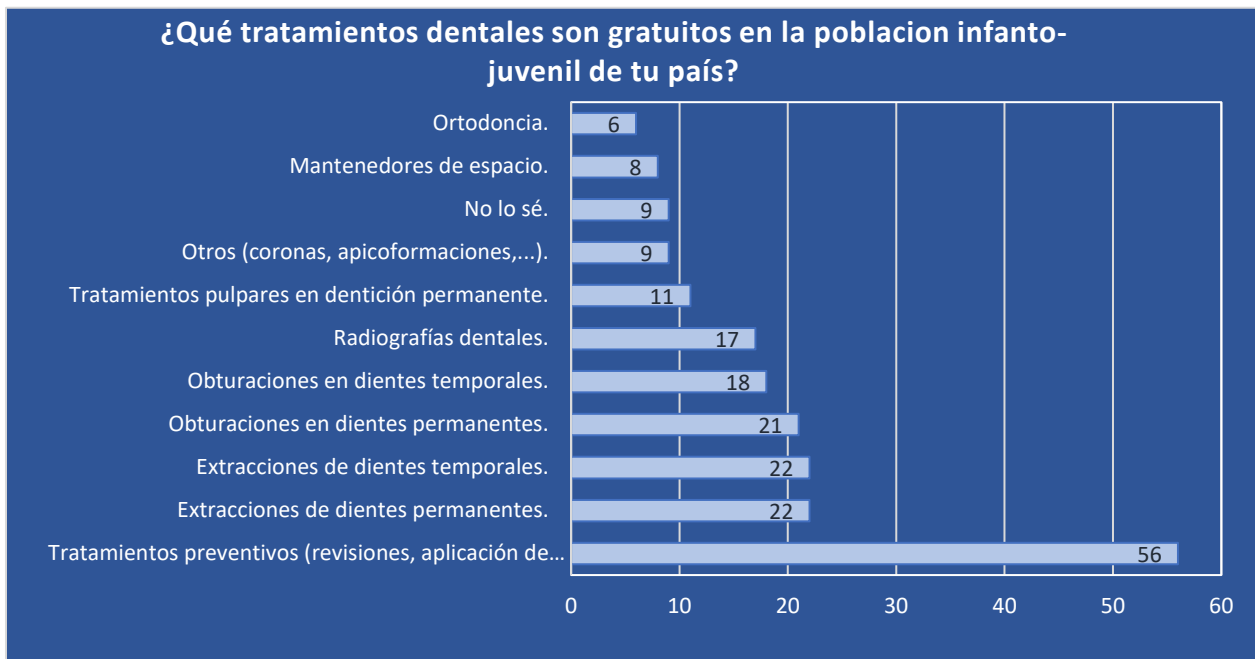


Figura 14. Representación de que tratamientos están cubiertos y son gratuitos según la opinión de los encuestados.

En cuanto a la pregunta 9 (figura 15) del cuestionario, “En tu opinión, ¿crees que más tratamientos dentales deberían estar cubiertos de forma gratuita?” un 58% de los encuestados mostraron su aprobación para ampliar la cartera asistencial existente en sus países de origen, mientras que un 15% afirma que la cobertura ya es muy alta y que en consecuencia la considera suficiente, mientras tanto, un 14% de los encuestados muestran su negativa a ampliar esta cartera asistencial y un 13% no podría dar una respuesta.

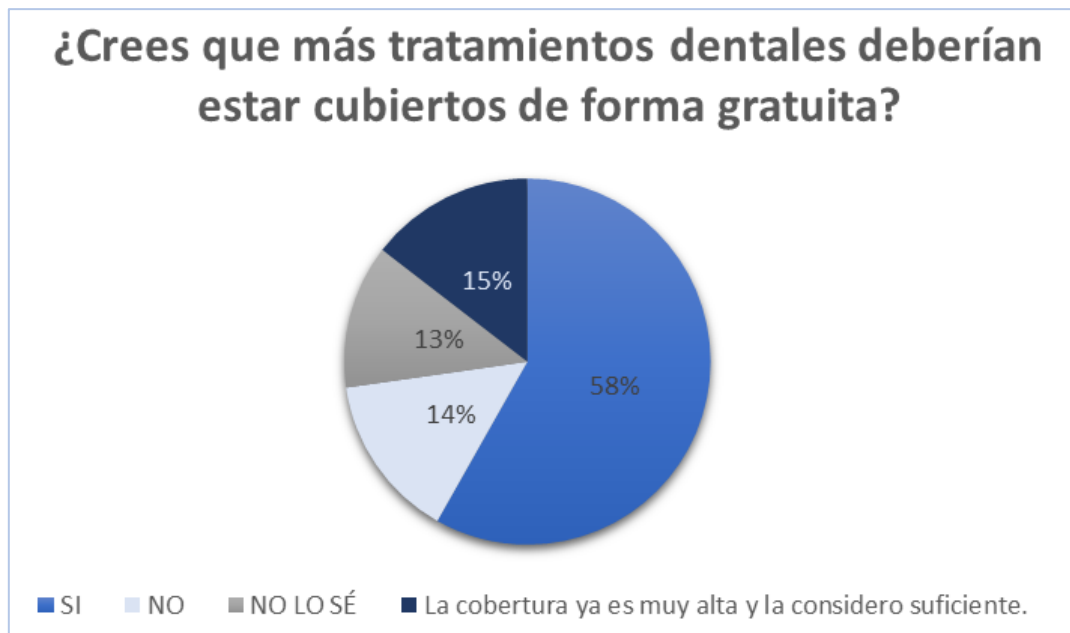


Figura 15. Respuesta de los encuestados acerca de si mas tratamientos deben de estar cubiertos o no por los servicios nacionales de salud de sus países.

En cuanto al nivel de importancia que los tratamientos dentales realizados de forma pública tienen en los diferentes países (pregunta 10) y así mismo de la percepción que tienen los alumnos encuestados sobre qué porcentaje representan los mismos sobre el total de los tratamientos dentales llevados a cabo en el país en cuestión, respondieron lo siguiente: un 37,27% entienden que tienen una baja importancia con respecto al total, mientras que un 27,27% valoran que un 25% de los tratamientos estarían financiados de alguna forma por parte de fondos públicos. Un 7,27% entienden que al menos el 50% de los tratamientos se realizan de forma pública en su país y un 8,18%, 9 sujetos, hacen referencia a que más del 75% de los tratamientos están sujetos a financiación pública, siendo de un 20% el valor correspondiente a los alumnos que desconocen el porcentaje de involucración de la odontología pública en la realidad de su país. (figura 16):

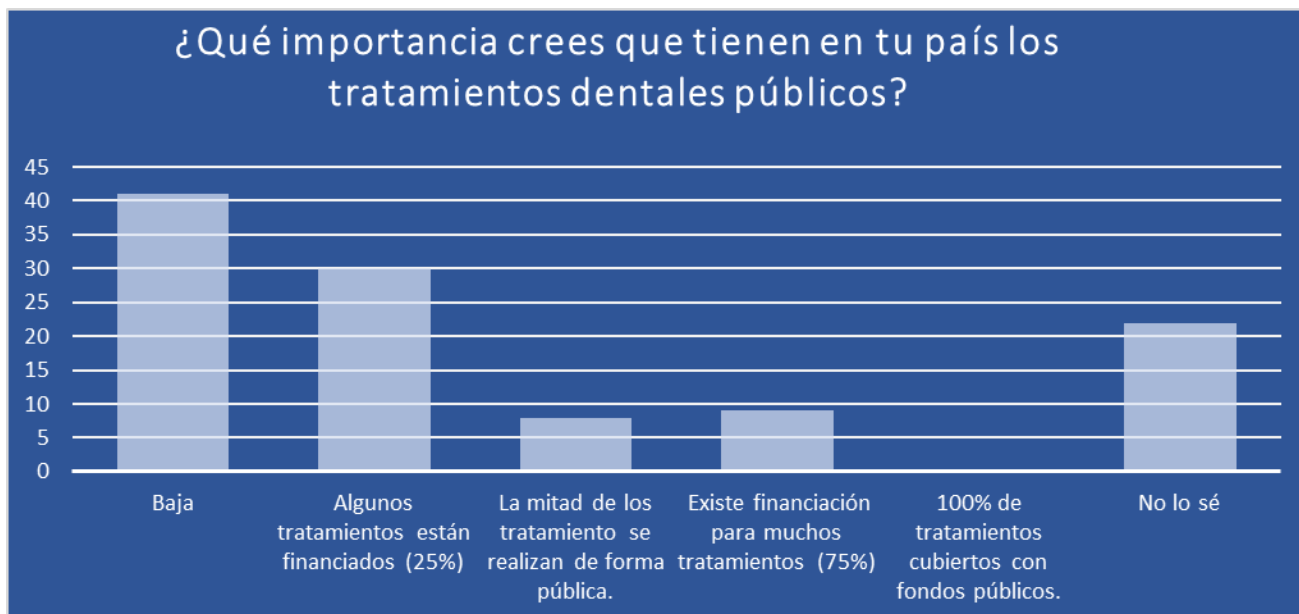


Figura 16. Representación gráfica de la respuesta de los alumnos encuestados a la pregunta: ¿Qué importancia crees que tienen en tu país los tratamientos dentales públicos?

En cuanto a la pregunta 11, última pregunta dentro del bloque destinado a los modelos asistenciales y cartera de servicios de salud bucodental de los distintos países se preguntó a los estudiantes si “¿Has considerado como una salida profesional trabajar en el sector público como dentista en tu país?” a lo que los encuestados respondieron en un 55% que no lo valoran como una alternativa profesional, mientras que un 37% de los mismos sí que lo han considerado y un 8% de no sabían de la existencia de esa posibilidad. (figura 17)



Figura 17. Respuestas de los alumnos encuestados acerca de si valoran el sector público dental como una salida profesional.

5.4 Determinantes de la salud en odontología

En el último de los tres bloques de la encuesta, destinada a los determinantes sociales relacionados con la salud bucodental y la percepción e importancia que los alumnos de odontología de la Universidad Europea de Madrid le dan a los mismos, se realizaron seis preguntas que arrojaron el siguiente resultado.

A la primera pregunta del bloque, (pregunta 12) “¿Cuál de las siguientes opciones crees que influye de forma más importante para NO tener una boca sana?” los alumnos contestaron (figura 18), que no mantener una buena higiene oral, con 60 respuestas, sería lo que supone un mayor impacto en la salud oral, seguido de comer muchos alimentos azucarados con 25 respuestas, con 10 respuestas encontraríamos pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, no acudir habitualmente al dentista, 5 respuestas, no utilizar productos con flúor, 1 repuesta y con 9 respuestas podemos observar a aquellos alumnos que no saben cuál de los ya mencionados determinantes de la salud influye con mayor peso en el no mantenimiento de una adecuada salud oral.

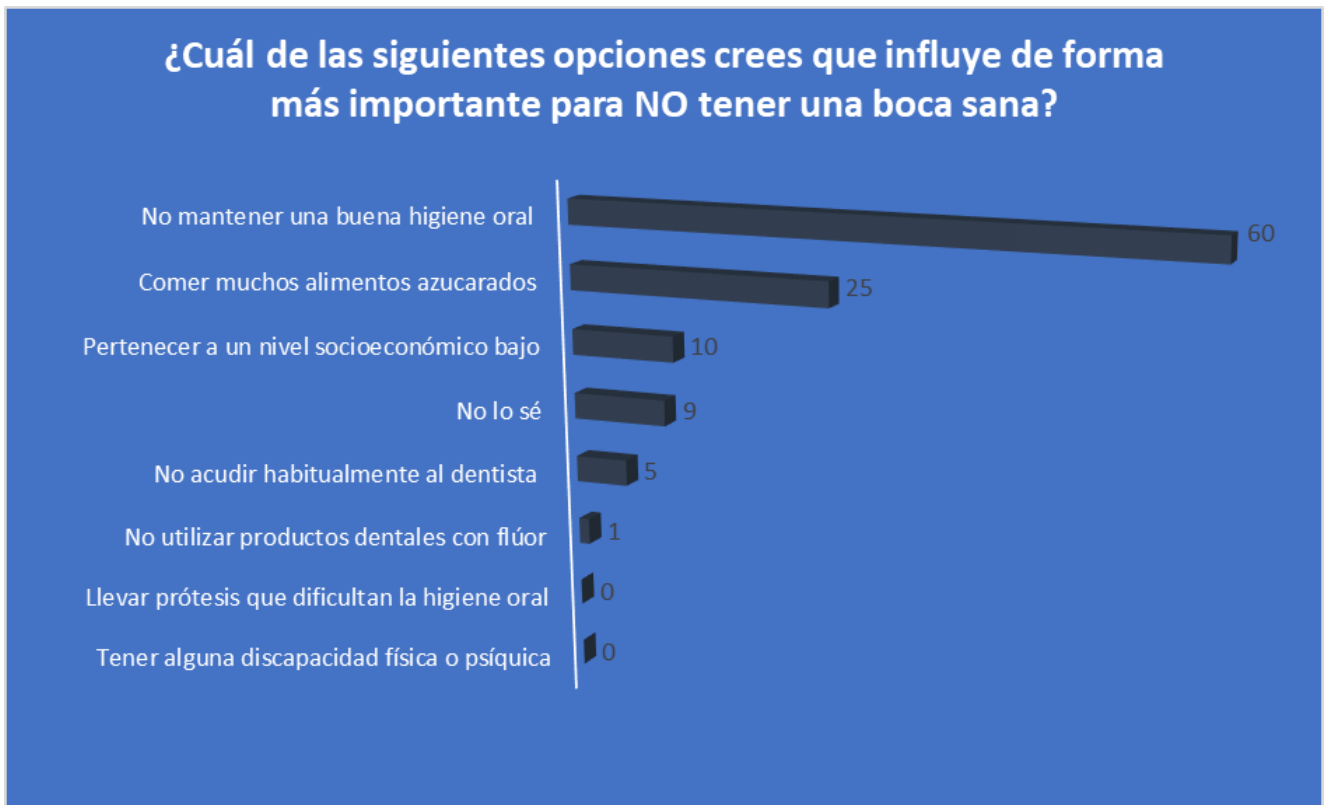


Figura 18. Representación gráfica de la opinión de los alumnos acerca de cuál creen que es una consideración relevante a la hora de tener una peor salud oral.

Ahondando algo más en los determinantes de la salud, la siguiente pregunta (pregunta 13) corresponde con “¿Cuál de las siguientes opciones consideras que tiene mayor importancia para mejorar la salud bucodental de una población?” pudiendo ver los datos en la (figura 19) que serían los siguientes, 61 respuestas a, informar sobre hábitos de vida saludables, seguido de aumentar el número de visitas al dentista con 24 respuestas, 9 de los alumnos consideran que los tratamientos dentales gratuitos tienen la mayor de la importancia en relación con mejorar la salud bucodental, por último, encontramos 5 respuestas que valoran modificar las leyes como el factor más determinante a dicho efecto y 11 encuestados que desconocen cuál de los preguntados es el factor más determinante.

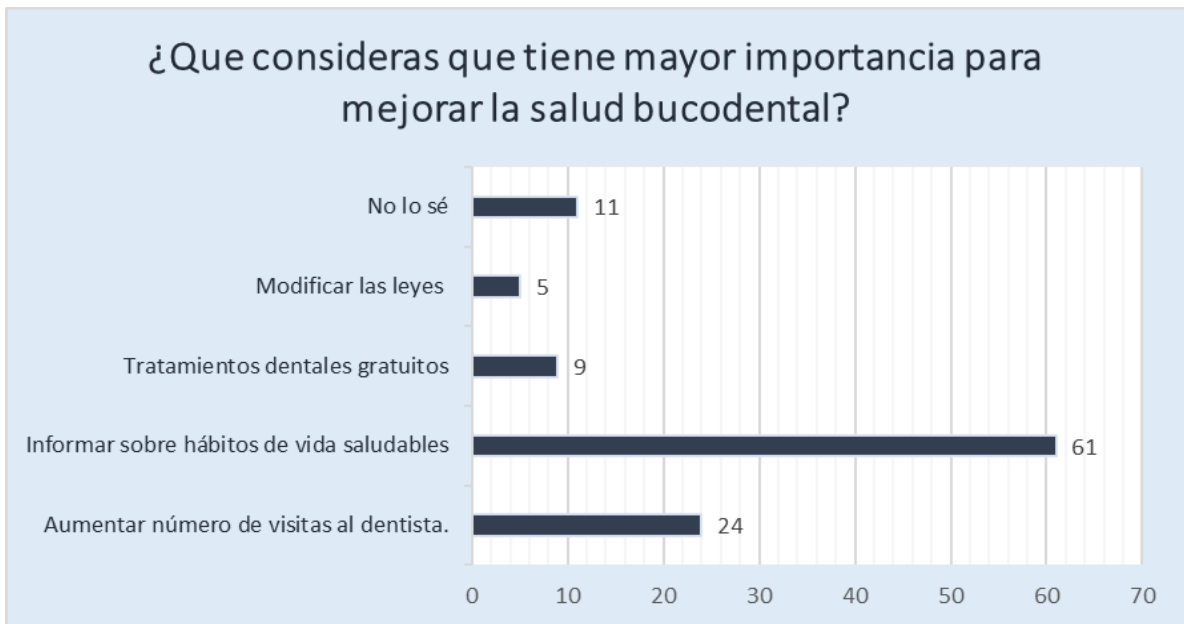


Figura 19. Representación sobre lo que los alumnos consideran más importante para conservar un estado de salud.

A la siguiente pregunta (pregunta 14) “¿Crees que existen pacientes que han tenido que abandonar algún tratamiento dental por no poder pagarlo?” los alumnos preguntados respondieron (figura 20):



Figura 20. Opinión de los encuestados acerca de consideran que hay pacientes que hayan abandonado tratamientos dentales por no poder permitírselos.

Un 91% valorar que si puede existir algún paciente que haya abandonado algún tratamiento ante la falta de financiación, mientras que un 6% no sabe y un 3% dice que no cree que existan pacientes que se vean en la necesidad de abandonar un tratamiento por falta de dinero.

Llegando al final de nuestra encuesta podemos observar los resultados de dos preguntas similares que hacen referencia al nivel socioeconómico y al nivel cultural de los pacientes y su capacidad para que un bajo nivel de independientemente el que sea pueda suponer un problema y por lo tanto que repercuta de forma negativa en la salud bucodental de la población.

A la pregunta “¿Crees que las personas con un menor nivel socioeconómico tienen una peor salud oral?” (figura 21). 87 sujetos respondieron que, si puede tener una relación directa, mientras que 16 entienden que no es una relación causa efecto y 7 no lo saben.

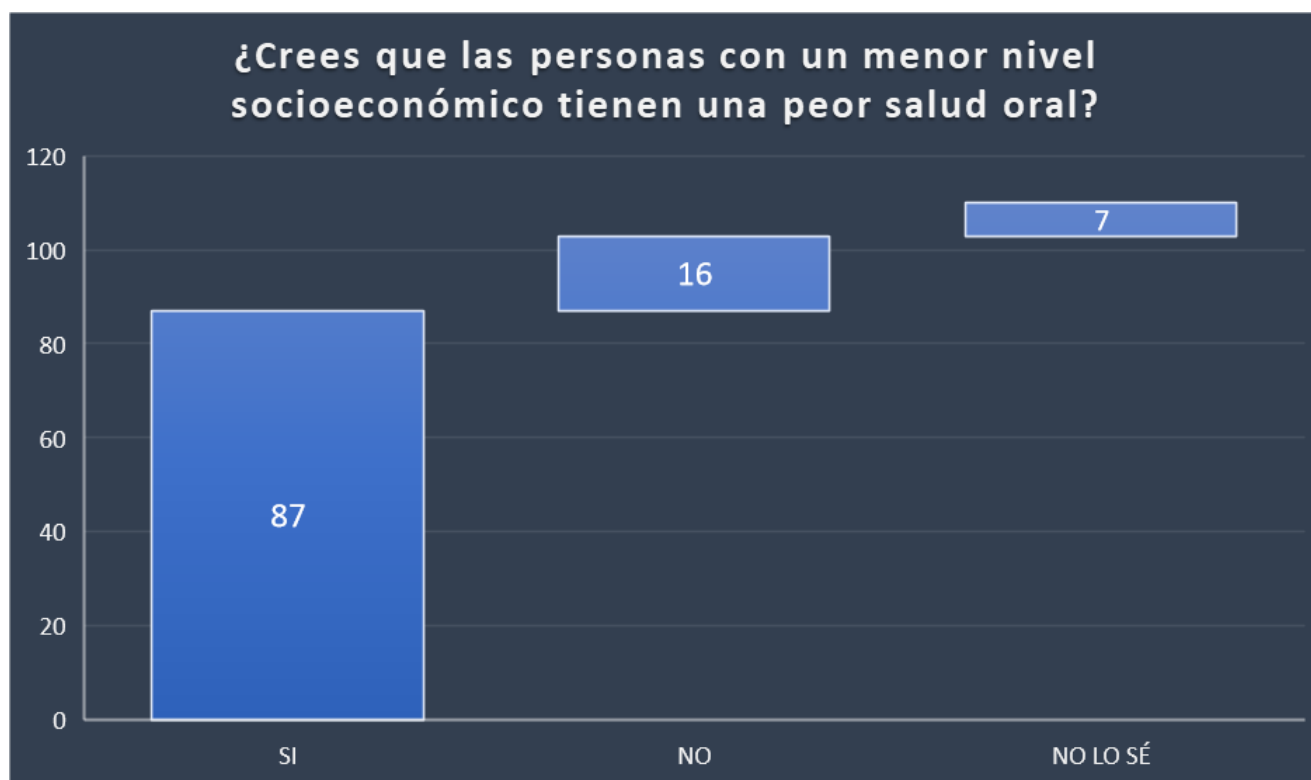


Figura 21. Representación gráfica de la opinión de los alumnos acerca de si creen que las personas con un menor nivel socioeconómico presentan también una peor salud oral.

Como se mencionaba anteriormente, la pregunta 16 “¿Crees que las personas con un menor nivel educativo, cultural presentan también una peor salud oral?” ha sido igualmente contestada por todos los sujetos de la muestra con el resultado de que 92 sujetos han valorado relevante e importante que tener un bajo nivel cultural puede suponer un incremento de la patología oral, 11 alumnos no lo consideran de esta forma y 7 estudiantes no contestaron. (figura 22)

¿Crees que las personas con un menor nivel educativo, cultural presentan también una peor salud oral?

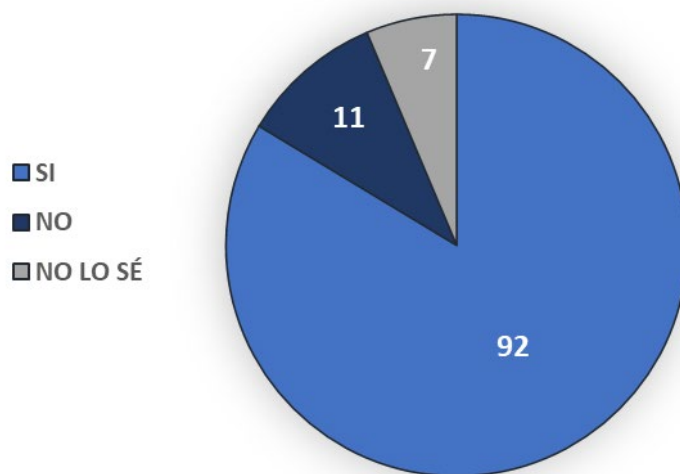


Figura 22. Representación gráfica de la opinión de los alumnos acerca de si creen que las personas con un menor nivel educativo presentan también una peor salud oral.

En último lugar, (pregunta 17) podemos estudiar la pregunta “¿Crees que algún grupo especialmente vulnerable debería de estar incluido en los servicios dentales gratuitos?” y que arrojó los siguientes resul

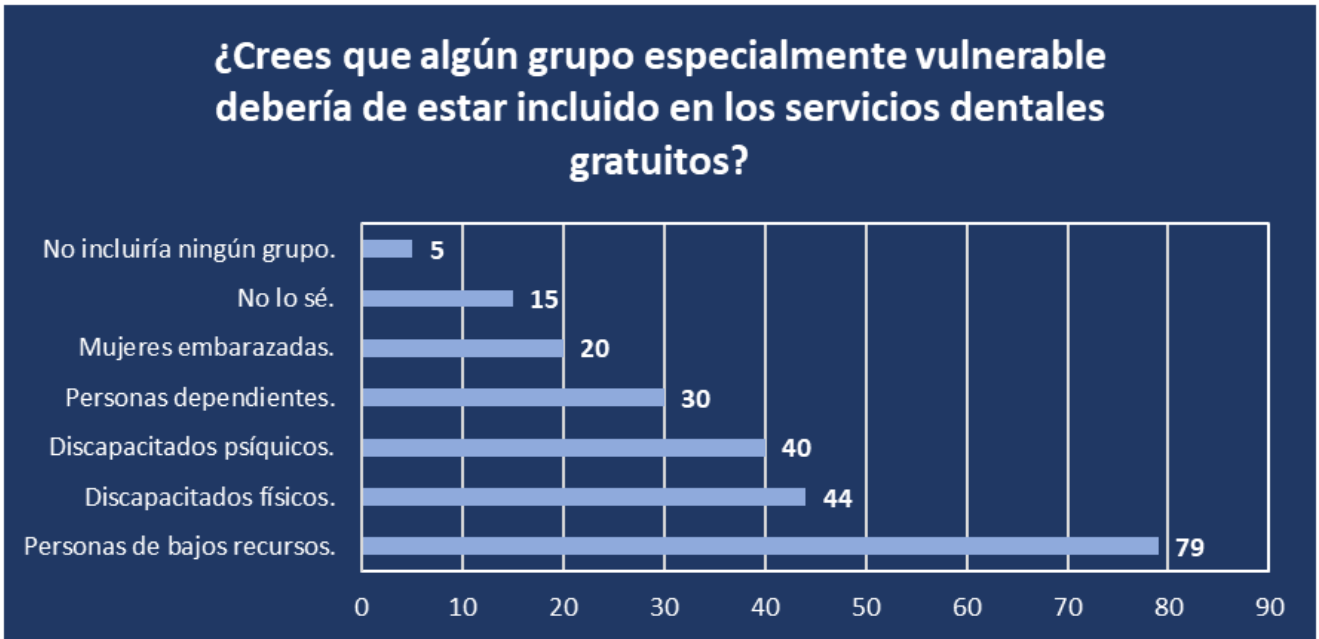


Figura 23. Respuesta de los encuestados a la pregunta “¿Crees que algún grupo especialmente vulnerable debería de estar incluido en los servicios dentales gratuitos?”.

79 sujetos valoran que las personas de bajos recursos debería de estar incluidas en algún tipo de servicio dental gratuito, seguidos de discapacitados físicos con 44 respuestas, discapacitados psíquicos, 40 respuestas, personas dependientes con un resultado de 30 respuestas, mujeres embarazadas, 20 respuestas, 15 alumnos no saben que grupo incluirían en la cartera asistencial dental y 5 estudiantes no incluirían a ninguno de estos grupos.

6. DISCUSIÓN

Una de las principales limitaciones que encontramos en los programas públicos relacionados con la salud bucodental, son, en primer lugar, la falta de cobertura asistencial y la equidad a la hora de tener acceso a la misma, algo que cobra especial importancia si tenemos en cuenta la LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud que presenta como objetivo el de establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias con la intención de que se garantice la equidad, la calidad y la eliminación de todas aquellas desigualdades de la salud(23), así como, la agenda programada y pensada por la Federación Dental Internacional, de ahora en adelante FDI, con su agenda 2030 donde se incluye y se menciona el objetivo de “salud oral óptima para todos”(24), pero en segundo lugar y aún si cabe más o al menos igual de importante, el desconocimiento por parte de la población general, de los odontólogos y de los estudiantes de odontología de la mera existencia de estos modelos asistenciales públicos y por lo tanto, de las prestaciones y los tratamientos llevados a cabo en el Sistema Nacional de Salud en nuestro país y en los países de nuestro entorno.

Además de esto, existe una tendencia generalizada en cualquier especialidad médica a identificar múltiples determinantes como efectos causales de una enfermedad, dado que existe una gran cantidad de evidencia empírica y epidemiológica desde ya el siglo XIX, tanto en el Informe Chadwick como el Informe de Massachusetts(18) que muestra que las variaciones en el grado de salud y patología pueden explicarse por el nivel socioeconómico y por lo tanto, para así establecer también a los determinantes sociales de la salud como un pilar importante para tener en cuenta en el desarrollo de una patología por parte del paciente o en la consecución del mantenimiento de la salud, una perspectiva que, aunque tarde, también se ha ido incorporando recientemente en odontología, gracias entre otros a autores como Garcillán, Cortés-Martínicorena, Llodrà o Bravo y a comisiones científicas de carácter epidemiológico dentro del seno de la odontología como es la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO), en este sentido uno de los más recientes ejemplos que podemos encontrar en la literatura tratando el tema de las desigualdades dentales en nuestro país, serían los documentos de 2013 y 2022-2023 realizados por la Fundación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (FCOEM)(25) y por el Consejo de dentistas de España (26,27).

Es por eso, que como se mencionaba con anterioridad, el objetivo de este trabajo es el de aportar algo de claridad acerca de los distintos modelos asistenciales en carácter de salud bucodental, que se desarrollan así como evaluar el grado de conocimiento de los alumnos de odontología sobre los mismos

y también el de identificar o estudiar los determinantes de la salud y la inequidades o desigualdades en odontología y conocer también el grado de importancia que tienen los mismos para los alumnos del grado de Odontología de la Universidad Europea de Madrid.

En este sentido y debido a que el presente estudio se ha realizado con un cuestionario de elaboración propia y debido a la falta de estudios similares, es importante mencionar que no se pueden comparar nuestros resultados con otros estudios similares previamente realizados, la intención de este estudio es completarlo al volver a realizarlo al finalizar este semestre en estos mismo alumnos que ya lo han podido contestar y así medir si las respuestas a nuestro cuestionario varían tras cursar la asignatura de Odontología Comunitaria y Salud Publica Oral y el impacto que pudiésemos tener como docentes en el conocimiento y percepciones de los estudiantes.

6.1 Comparativa de las variables

Es por lo mencionado con anterioridad que la presente discusión se centra en comparar el conocimiento de los alumnos con la situación real respecto a los modelos asistenciales, así como de la importancia percibida de los determinantes de salud por parte de los mismo y la evidencia existente a tal efecto en la literatura actual dentro del marco de la salud bucodental.

6.1.1 Modelos asistenciales y cartera de servicios

Como ya se ha explicado en este TFM, la implantación de la odontología en el sector público es variada ya no solo el entorno europeo, si no también dentro de nuestras fronteras, encontrándonos varios sistemas de atención bucodental conviviendo a lo largo y ancho de nuestro territorio y mostrando incluso diferencias cuando el modelo que se realiza es el mismo. Modelos asistenciales que están implementados a raíz de la aparición de diversas leyes o reales decretos que de forma paulatina y hasta la aparición de la última actualización el pasado año 2022, han ido ampliando lentamente los tratamientos que se realizan nuestro sistema sanitario. En la tabla 1 se muestran las características principales de estas leyes y Reales Decretos incluidos en este apartado de discusión sobre la realidad de odontología pública en España y el grado de conocimiento de los alumnos de odontología de la Universidad Europea de Madrid, así como el año en el que se aprobaron.

LEY/REAL DECRETO	AÑO	ACCIÓN
Ley General de Salud (LGS)	1986	Creación Sistema Nacional de Salud
RD 1594/1994	1994	Regulación profesión de Odontólogo
RD 63/1995	1995	Medidas básicas de Salud Bucodental supeditas a financiación
RD 1030/2006	2006	Establecimiento de prestaciones en carácter de Salud Bucodental
RD 111/2008	2008	Universalización de cartera asistencial y financiación directa actividades salud bucodental
Ampliación de cartera asistencial salud bucodental	2022	Aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial

Tabla 1. Leyes y Reales Decretos relacionados con la cobertura dental en España.

La odontología pública en España, por lo tanto, existe, si bien es cierto que la implementación ha sido lenta y escasa, es importante conocer como ha sucedido, para ello debemos de entender que la implicación gubernamental, así como desarrollar unas directrices políticas concisas a nivel estatal es un pilar fundamental en este sentido(12) y es evidente que va asociado a la implicación y voluntad política, además de la contribución económica, y que una alteración de las mismas pueden resultar en que se recortan atribuciones que tanto se han costado desarrollar(14).

En este marco, debemos de poner de manifiesto que la entrada en vigor de la LGS, Ley General de Salud del año 1986(2) con la creación de un Sistema nacional de Salud, siendo además esta una ley con un claro objetivo, aumentar la calidad de la salud y, por consiguiente, la calidad de vida de la población española y la universalización en la accesibilidad a los servicios sanitarios, dotó de músculo y bolsillo a la Sanidad Pública.

Si bien es cierto que la integración de los aspectos relacionados con la salud bucodental en materia de cartera asistencial común no se vio reflejado en ningún marco legal hasta ya el año 1995 con el Real Decreto 63/1995 que se centró en prevención y en el tratamiento de urgencias dentales(3), ya han transcurrido 28 años y los resultados obtenidos en relación al grado de conocimiento de tratamientos y asistencias en carácter de salud bucodental ofrecidos por la administración pública siguen siendo desconocidos por una mayoría de alumnos de odontología, siendo similar lo que sucede en nuestro entorno. Como se puede observar en los resultados un amplio número de los encuestados no son de

España por lo que es cierto que no deberían de tener un conocimiento pleno del funcionamiento de la profesión en nuestro país, pero cabe recordar que todos los encuestados son alumnos de 4º curso del Grado de Odontología residente en España desde hace años y cursando dicho grado, donde hasta el quinto año no se le dan nociones básicas a tal efecto.

Aun así y siendo conscientes de este aspecto, se realizó una revisión bibliográfica sobre los distintos modelos asistenciales, incluyendo tanto artículos en español como artículos en inglés donde se especifican las características de los modelos asistenciales de los países de origen de los encuestados. Dichos artículos se pueden observar en la siguiente tabla (Tabla 2)

	AÑO	AUTORES
Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones.	2013	Cuenca Sala E.
Comparing oral health systems for children in six European countries to identify lessons learned for universal oral health coverage: A study protocol.	2022	McAuliffe Ú.
Asamblea Mundial de la Salud. Resolución sobre Salud Bucodental.	2021	Naciones Unidas
Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas	2013	Cortés-Martinicorena
Estudio de las comunidades autónomas que proveen atención dental con este modelo en España.	2016	Cortés-Martinicorena
La Salud Bucodental en la Unión Europea	2022	Consejo General de Dentistas de España
Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: a vignette approach	2022	Winkelmann J.
Delivering Optimal Oral Health for All	2020	Glick M.
Estudio y análisis de la equidad en salud. una visión en salud oral	2013	Garcillán R.
La demografía de los dentistas en España. Situación pasada, presente y futura. Análisis 1994-2020	2020	Llodra JC.

Tabla 2. Artículos y libros seleccionados para la realización del análisis de los modelos asistenciales odontológicos en España y Europa.

Después de analizar dichos artículos y llevar a cabo una revisión bibliográfica de la literatura tanto legal española como de análisis de los modelos asistenciales españoles y europeos, podemos observar que, tal y como mencionábamos anteriormente, existe ya una tradición en los tratamientos dentales públicos pero seguimos con un amplio desconocimiento por parte de los alumnos de 4º curso

del Grado de Odontología al respecto y es que un 67,27% dicen conocer de la existencia de tratamientos dentales gratis en su país, pero un 21,82% es desconocedor de si efectivamente se llevan a cabo en su país algún tipo de tratamiento dental sin coste para el paciente, además, cabe mencionar que podría existir una falsa percepción la hora de saber si realmente existen o no tratamiento dentales gratuitos en nuestro país ya que como observaremos a continuación, muchos alumnos creen o entienden que grupos a todos los efectos excluidos de una cartera asistencial especifica si están cubiertos de algún modo debido a sus características, como se observa en la siguiente respuesta, donde un 36,59% de los encuestados responden que estos tratamientos dentales gratuitos están centrados en población infanto-juvenil, algo que podemos distinguir en los distintos Reales Decretos(3,13,22), pero donde también un 34,96% respondieron que el segundo grupo poblacional es el que incluye a aquellas personas con un bajo nivel socioeconómico, algo que si bien puede ser cierto en otros países de nuestro entorno donde se lleva a cabo, nos hace pensar en que los alumnos tal vez puedan tener ideas preconcebidas antes que un conocimiento real de su futura profesión. En este último sentido, cabe mencionar que en los últimos tiempo han aparecido en odontología nuevos enfoques que tienen como objetivo satisfacer de forma real las necesidades de salud bucal de las poblaciones, y particularmente de los grupos vulnerables y donde se insta a los responsables políticos a ubicar adecuadamente la salud bucal dentro de la agenda emergente de atención sanitaria universal o Universal Health Coverage (UHC)(28).

Continuando con el análisis de los resultados obtenidos en nuestro estudio en comparación con la realidad que vivimos en nuestro país, nos encontramos con que la mayor parte de los alumnos creen que los tratamientos gratuitos que se realizan con mayor frecuencia en la población infanto-juvenil son los tratamientos preventivos tales como las revisiones, o la aplicación de flúor profesional en forma de gel o barniz, así como, la colocación de selladores de fosas y fisuras y educación para la salud relacionada con las pautas de higiene dental y dieta relacionada con cariogenicidad de los alimentos) siendo esto expresado en un 28% de las respuestas, algo que como ya hemos observado esto si es acorde a la cobertura que podemos observar tanto en España como en Europa(3,13,19,22,29), pero donde los encuestados aunque en un valor significativamente menos también incluyen los tratamientos de estética/funcionales como podrían ser los tratamientos de ortodoncia con un 3,02% algo que no solamente no se realiza en nuestro SNS sino que además está expresamente negado tal prestación en el Real Decreto de 2008(22). Además, debemos de mencionar que un 4,52% de los encuestados, se declaran desconocen cuales son los tratamientos que se desarrollarían en este grupo poblacional y que un porcentaje de 4% reconoce que se realizan mantenedores de espacio, algo que según datos del Ministerio de Sanidad de España únicamente se realiza en 5 Comunidades Autónomas. (Madrid, Cantabria, Baleares, Navarra y P. Vasco)(10).

En cuanto a la pregunta, “En tu opinión, ¿crees que más tratamientos dentales deberían estar cubiertos de forma gratuita?” un 58% de los estudiantes mostraron su aprobación en la posibilidad de que la cartera asistencial pública pueda crecer y de ese modo englobar a más grupos específicos o más y tratamientos dentro de los ya existentes. existente en sus países de origen, mientras que un 42% muestra su disconformidad con esta circunstancia o no sabrían dar una respuesta y un 58% de los estudiantes mostraron su aprobación en la posibilidad de que la cartera asistencial pública pueda crecer y de ese modo englobar a más grupos específicos o más y tratamientos dentro de los ya existentes. existente en sus países de origen, mientras que un 42% muestra su disconformidad con esta circunstancia o no sabrían dar una respuesta.

En relación con el nivel de importancia que los tratamientos dentales realizados de forma pública puedan tener en España o los diferentes países de los encuestados e igualmente de la percepción que tienen los alumnos encuestados sobre qué porcentaje representan los mismos sobre el total de los tratamientos dentales llevados a cabo, un 67% de los alumnos respondieron que un 25% de los tratamientos o menos estarían subvencionados o financiados totalmente o en parte por fondos públicos algo que puede ser cierto en algunos grupos poblacionales, dado que en nuestro país, el grupo predominante a la hora de acceder o utilizar servicios públicos de atención dental es la población infantil, (29,9% en el grupo de 0 a 4 años y 33% en el grupo de 5 a 14 años). A diferencia de lo que sucede con los demás grupos etarios, encontrando un acceso o utilización de servicios públicos en la edad adulta de entorno al 10% y con la utilización de servicios dentales dentro del modelo prioritario en España que es el privados(4).

6.1.2 Determinantes de salud en Odontología

En relación con la segunda parte del cuestionario realizado para este estudio, centrado en analizar el grado de conocimiento y de importancia que los alumnos le dan a los determinantes de la salud, se aplicaron los mismos criterios a la hora de realizar la discusión ante la falta de una bibliografía concreta centrada en los alumnos de odontología además de la falta de un enfoque actual en salud dental con una orientación multidisciplinar, en este sentido es importante recordar que el enfoque aplicado en odontología es restaurador y no preventivo. Para poder llevar a cabo esta comparación y tal y figuran en la siguiente tabla (Tabla 3), fueron estudiados los siguientes artículos, libros etc.

	AÑO	AUTORES
Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study.	2020	Bernabe E et al.
Achieving better oral health as part of the universal health coverage and noncommunicable disease agendas towards 2030	2020	WHO
Factors determining access to oral health services among children aged less than 12 years in Peru	2017	Azañedo D HVA
Libro Blanco 2023, ENCUESTA POBLACIONAL DE LA SALUD BUCODENTAL	2023	Consejo Gneral de Dentisas de España
The Causal Effect of Education on Tooth Loss: Evidence from United Kingdom Schooling Reforms.	2019	Matsuyama Y JH
Ending the neglect of global oral health: time for radical action	2019	Watt RG DB
La Salud Bucodental en la Unión Europea	2022	Consejo Gneral de Dentisas de España
WHA 74. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución sobre Salud Bucodental. online: Naciones Unidas	2021	WHO
Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: a vignette approach	2022	Winkelmann J.
Delivering Optimal Oral Health for All	2020	Glick M.
Social inequalities in oral health: from evidence to action	2015	Watt RG DB
Estudio y análisis de la equidad en salud. una visión en salud oral	2013	Garcillán R.
World Health Assembly Resolution paves the way for better oral health care	2021	WHO
Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones.	2013	Cuenca Sala E.
¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria? Nueva evidencia sobre la protección financiera en España.	2021	Urbanos-Garrido R

Tabla 3. Literatura seleccionada sobre determinantes de la salud en odontología.

Como ya es sabido, la caries dental y la enfermedad periodontal es la enfermedad más prevalente a nivel global(9,30), a pesar de tratarse una enfermedad evitable(31), una patología que hoy en día ya se reconoce como multifactorial debido al gran número de bibliografía que así lo acredita lo largo y ancho del mundo, Perú(32), Brasil(33), España(25,27) y por su puesto el resto de Europa(26,34). Es por eso por lo que se antojaba relevante conocer la importancia que los alumnos de odontología y por lo tanto futuros profesionales sanitarios les dan a los distintos determinantes que pueden influir en la aparición de la enfermedad o en el mantenimiento de la salud.

En este sentido, los resultados obtenidos se ajustan en mayor medida a la bibliografía encontrada(35) que como se puede observar con los modelos asistenciales en odontología, de tal modo que dichos resultados demuestran en mayor o menor medida la importancia que los alumnos le dan a múltiples factores asociados a la enfermedad oral, tales como presentar una mala higiene oral en primer lugar, seguido de una mala alimentación, pertenecer a un nivel socioeconómico bajo o no acudir habitualmente al dentista. Del mismo modo los alumnos consideran que existen varios factores que pueden suponer una mejora en la salud bucodental de una población tales como informar sobre hábitos de vida saludables, aumentar el número de visitas al dentista, los alumnos también mencionan que los tratamientos dentales gratuitos tienen importancia significativa a la hora de mejorar la salud bucodental. En relación con el posible gradiente económico y la realidad de los pacientes a la hora de tener que abandonar tratamientos dentales debido a problemas monetarios, las respuestas de los alumnos también se ajustan a lo recientemente mencionado por la oficina regional de la Organización Mundial de salud sobre esta situación en nuestro país(8), al mencionar en un 91% de sus respuestas que podría existir pacientes que hayan tenido que abandonar un tratamiento dental por no poder pagarlo.

En lo referente a la relación que puede tener el gradiente económico y cultural, un bajo nivel socioeconómico o sociocultural con una peor salud oral, los alumnos en porcentaje similar al 80% para ambas preguntas, creen que estas circunstancias pueden tener una relación directa entre sí, algo que consolida la identificación de los determinantes de la salud y que nos hace pensar en la asimilaciones los alumnos tienen acerca de ellos dentro de su futura profesión y que también va en concordancia con la literatura aportada para este TFM(9,18,24,25,27,28,30,31). Además, en la misma línea, un gran número de los encuestados creen que, de no tener acceso a prestaciones de salud oral, este sería el grupo principal en el que deberían centrarse dichas políticas de cobertura asistencial bucodental casi con un 34% de las respuestas, seguidos de personas con discapacidad física o psíquica.

6.2 Comprobación de la hipótesis

A partir de los resultados encontrados en nuestra investigación, podemos confirmar la primera de nuestra hipótesis de trabajo, “el desconocimiento por parte de los alumnos de la existencia de una cartera asistencial pública en carácter de salud bucodental” presentando los mismos un amplio desconocimiento tanto de los modelos que desarrollan en España con en los países de nuestro entorno, pero cobrando especial importancia este desconocimiento en el nuestro. En cuanto a la importancia de los determinantes de la salud sobre las distintas patologías bucodentales, así como la relación de estos determinantes con la patología y el carácter multifactorial de las patologías orales, hay que decir que no se confirma la hipótesis basada en el desconocimiento por parte de los alumnos en este tema.

7. CONCLUSIONES

7.1 Conclusiones

Dentro de las principales conclusiones que podemos encontrar en este estudio se encontrarían las siguientes:

- a) Los alumnos que ha contestado a este cuestionario, 110 en total, están en una proporción similar, haciéndolo un 49,09% de sujetos dentro de la franja entre los 24 a los 34 años, seguidos de un 47,27% de los alumnos encuestados que tienen entre 17 y 23 años.
- b) Tras la realización de la encuesta y dado el carácter internacional de la Universidad Europea de Madrid, observamos que un 39% de los alumnos son españoles, representados en 43 encuestados, seguidos de 27 alumnos franceses que representan el 24% del total de sujetos en el estudio, un 17% corresponderían al grupo de los alumnos italianos y el 17% restante representaría a otros países europeos u otras regiones del mundo (Latinoamérica 3%, Resto de Europa 7% y Resto del Mundo 7%).
- c) Dentro del grado de conocimiento que presentan los encuestados sobre la existencia o no de algún tipo de asistencia dental pública en su país de origen, observamos que 74 de ellos, una cifra que corresponde con un 67,27% del total de la muestra, dicen conocer de la existencia de tratamientos dentales gratis en su país, mientras que un 21,82% es desconocedor de si efectivamente se llevan a cabo en su país algún tipo de tratamiento dental sin coste para el paciente. Por último, existen 12 alumnos, un 10,91%, dentro del estudio que afirmaron que en su país no se llevan a cabo ningún tipo de tratamiento gratuito.
- d) Después de analizar aquellas preguntas que estaban directamente relacionadas con saber si los alumnos son conocedores de los grupos poblacionales a los que irían destinados esos tratamientos, podemos afirmar que los alumnos de, principalmente 4º curso de odontología, no son conocedores del modelo de salud de pública oral que se desarrolla en su país, esto se puede ver reflejado por ejemplo, con los resultados que afirman que el mayor número tratamientos se realizarían en la población infanto-juvenil, un 36,59%, algo que es cierto, pero se menciona en segundo lugar a aquellas personas con un bajo nivel socioeconómico que se corresponde con un 34,96% de las respuestas, algo que al menos en nuestro país no es así, donde la cartera asistencial solo está centrada en niños, paciente discapacitados y mujeres embarazadas. Lo cual nos hace

pensar en que los alumnos tal vez puedan tener ideas preconcebidas antes que un conocimiento veraz de su futura profesión.

- e) En cuanto al tipo de tratamientos que están cubiertos por los distintas carteras asistenciales de los diferentes países de nuestro entorno pero principalmente de España, puesto que el mayor número de encuestados, casi un 50% serían de origen español, podemos observar algo similar, si bien es cierto que los alumnos creen que los tratamientos gratuitos que se realizan con mayor frecuencia en la son aquellos tratamientos preventivos (revisiones, aplicación de flúor profesional, selladores de fosas y fisuras, pautas de higiene dental y dieta) con un 28,14%, seguidos de extracciones con un resultado de entorno al 10%, algo que se ajusta dentro de la cartera asistencial.
- f) Algo también representativo es que un 58% de los encuestados mostraron su aprobación para ampliar la cartera asistencial existente en sus países de origen, pero un 15% afirmó que la cobertura ya es muy alta o mientras que un 14% de los alumnos mostraron su negativa a directamente ampliar esta cartera asistencial y un 13% no podría dar una respuesta.
- g) Por último, aunque ciertamente relevante, las conclusiones varían notablemente con la anteriormente mencionadas, a la hora de analizar el grado de conocimiento o importancia que los alumnos dan a los determinantes de la salud y de cómo estos influyen en la patología bucodental, puesto que un alto porcentaje de los encuestados, en torno al 80%, creen que existe una condición negativa relacionada con la salud en el hecho de pertenecer a grupos socioeconómicos o socioculturales desfavorecidos, del mismo modo que el porcentaje de pacientes que creen que han podido abandonar algún tratamiento dental por problemas económicos.

7.2 Consideraciones finales del proyecto

El escaso grado de conocimiento que apreciamos en los alumnos de odontología acerca de los tratamientos incluidos en la cartera asistencial dental demuestra el bajo nivel de conocimiento que tienen acerca de la integración de la Odontología en los modelos de salud de España y su entorno europeo, además de lo relevante que es esto para su futuro profesional y para nosotros como formadores. Tener una percepción real sobre los servicios de salud se antoja fundamental en el marco de una formación sanitaria y debemos de entender la responsabilidad que tenemos en ese sentido como docentes y transmisores de esa información. En otro sentido y relacionando los determinantes de la salud con los modelos asistenciales, al igual que creen los alumnos encuestados, el desarrollo de mayores programas públicos podría reducir las grandes desigualdades en salud oral que ocurren en nuestro país. En este sentido si cabe destacar que gracias a la formación desde los primeros cursos donde se relaciona la salud oral con múltiples factores, existe por parte de los un reconocimiento y una importancia otorgada a las múltiples etiologías de la caries y la enfermedad periodontal.

7.3 Aplicaciones en la práctica de la salud pública y futuras líneas de investigación

La formación de los profesionales sanitarios del futuro guarda una especial relación con el interés que nosotros como docentes podemos despertar en los alumnos y futuros odontólogos sobre las distintas implementaciones de nuestra profesión tanto en España como en los países de nuestro entorno, lo que puede ayudar a fomentar la participación de estos en los distintos modelos asistenciales, así como en la demanda que puedan tener de cara al futuro en la ampliación de cartera asistencial en España y la implicación de nuestra profesión en este ámbito. Del mismo modo, analizar el grado de conocimiento de los alumnos de Odontología sobre los distintos determinantes de la salud que pueden influir en la salud de los pacientes se antoja primordial desde un punto de vista de promoción y educación de la salud, algo que de forma más lenta y reciente que en las demás ramas sanitarias se está implementando en la profesión odontológica y de lo que si parecen ser conscientes los alumnos. Todo esto tiene como resultado la obtención de profesionales mejor formados y más actualizados con los aspectos de la patología oral y los procesos asistenciales de la misma, algo que sin duda tiene una aplicación en la práctica y se desea que cada vez más en la práctica pública.

Así mismo este trabajo abre la puerta a futuras líneas de investigación centradas en analizar el grado de conocimiento y repercusión de la odontología pública y los determinantes de la salud por parte de alumnos de diversas universidades, así como continuar evaluando e investigando a cerca de las

actualizaciones más recientes relacionadas con distintos modelos asistenciales de la salud oral a nivel español europeo y mundial.

7.4 Beneficios y limitaciones del estudio

7.4.1 Beneficios

En el marco académico y de formación universitaria en el cual se incluye esta investigación, podemos valorar que una mejor formación de los estudiantes del Grado de Odontología sobre los modelos públicos de salud bucodental podría aumentar su interés sobre ellos y hacer crecer esta parte del sistema sanitario que a fecha de hoy y según lo expuesto en este TFM se encuentra ampliamente limitado y fraccionado. Del mismo modo, otorgar una mayor importancia a lo largo del Grado de Odontología a los Determinantes de la Salud, así como los Determinantes sociales de la Salud y el carácter multifactorial de las distintas patologías orales ayudaría a que los alumnos puedan identificar ciertos aspectos como un factor predisponente de la patología y que lo integren en su práctica diaria en la clínica dental en un futuro cercano.

7.4.2 Limitaciones del estudio

El presente estudio se realizó tan solo en una única universidad, la Universidad Europea de Madrid y con un gradiente socioeconómico y cultural por parte de los alumnos similar, lo que no ha permitido medir el conocimiento que otros estudiantes en otras universidades, tanto privadas como públicas podrían tener acerca de los distintos modelos asistenciales en materia de salud oral, así como la importancia de los Determinantes de la salud en la odontología.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Piédrola Gil G, FCNJ. Medicina preventiva y salud pública. 12.^a ed. Barcelona: Masson; 2016.
2. BOE. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 abr 25, 1986 p. páginas 15207 a 15224.
3. BOE. Real Decreto sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. 63 ene 20, 1995.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE. Serie informes monográficos #5 – SALUD BUCODENTAL Resultados de la Encuesta Nacional de Salud ENSE. España; 2017.
5. World Health Organization. Oral health Achieving better oral health as part of the universal health coverage and noncommunicable disease agendas towards 2030. 2020 dic. Report No.: EB148/8.
6. Peres MA ML, Weyant RJ DD, Venturelli R MM, et al. Oral diseases: a global public health challenge. The Lancet. 2019;(394):249-60.
7. Matsuyama Y JH. The Causal Effect of Education on Tooth Loss: Evidence From United Kingdom Schooling Reforms. American Journal of Epidemiology. 2019;(188):87-95.
8. Urbanos-Garrido R PLL, Comendeiro-Maaløe M, OJ. ¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria? Nueva evidencia sobre la protección financiera en España. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS; 2021.
9. WHA 74. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución sobre Salud Bucodental. online: Naciones Unidas; 2021 may.
10. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud. 2022.
11. BOE. Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. 44 nov 21, 2003.
12. Bravo M CE, Cortés-Martínicorena FJ, et al. Encuesta de Salud Oral en España 2005. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2006;(11):409-56.
13. BOE. Real Decreto por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE-A-2006-16212 sep 15, 2006.
14. Cortés-Martínicorena FJ, CFS, Blanco González JM. Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2013;(19):12-42.
15. Bravo M et al. Encuesta de salud oral en España 2015. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2015;21(1).
16. Consejo de dentistas. Informe de quejas y reclamaciones registradas en los Colegios Oficiales de dentistas. 2016.

17. Llodra JC,. La demografía de los dentistas en España. Situación pasada, presente y futura. Análisis 1994-2020. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2020;
18. Cuenca Sala E, BGP. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. 4.^a ed. Barcelona: Masson; 2013.
19. McAuliffe Ú, Woods N, Barrett S, Cronin J, Whelton H, Harding M, et al. Comparing oral health systems for children in six European countries to identify lessons learned for universal oral health coverage: A study protocol. HRB Open Res. 17 de enero de 2022;5:5.
20. Casals Peidró E, CSE, Almerich Silla JM. Las nuevas prestaciones y los nuevos retos de la salud oral en España. En Barcelona; 2008.
21. Cortés-Martinicorena FJ,. El sistema PADI. Estudio de las comunidades autónomas que proveen atención dental con este modelo en España. Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2016;(21):191-9.
22. BOE. Real Decreto 111/2008. 111/2008 feb 1, 2008.
23. BOE. LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. 2003.
24. Glick M, Williams DM, Yahya IB, Bondioni E, Clark P, Jagait CK, et al. Delivering Optimal Oral Health for All.
25. Garcillan R. Estudio y análisis de la equidad en salud. una visión en salud oral. Madrid: Fundación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (FCOEM); 2013.
26. Consejo General de Colegios de Dentistas de España. La Salud Bucodental en la Unión Europea. En ICM; 2022.
27. Consejo General de Colegios de Dentistas de España. Libro Blanco 2023, ENCUESTA POBLACIONAL DE LA SALUD BUCODENTAL. ICM; 2023.
28. Watt RG DB, Allison P. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. The Lancet. 2019;394:261-72.
29. Winkelmann J, Gómez Rossi J, Schwendicke F, Dimova A, Atanasova E, Habicht T, et al. Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: a vignette approach. BMC Oral Health. diciembre de 2022;22(1):65.
30. Bernabe E et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. Journal of Dental Research. 2020;99(4):362-73.
31. WHO. Achieving better oral health as part of the universal health coverage and noncommunicable disease agendas towards 2030. 2020.
32. Azañedo D HVA, Casas-Bendezú M GC. Factors determining access to oral health services among children aged less than 12 years in Peru. 2017;

33. Pucca G Jr GM, De Araujo M. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *Journal of Dental Research*. 2015;94(10):1333-7.
34. Watt RG LS, Peres MA. Social inequalities in oral health: from evidence to action. *ICOHIRP*; 2015.
35. WHO. World Health Assembly Resolution paves the way for better oral health care. 2021.

9. ANEXOS

Villaviciosa de Odón, 13 de junio de 2023

Estimado investigador,

La Comisión de Investigación de la Escuela de Doctorado e Investigación, una vez revisada la documentación e información, remitida por el investigador responsable con fecha 29 de mayo de 2023, relativa al proyecto abajo indicado, autoriza su desarrollo en la Universidad Europea.

- **Título del proyecto:** "La atención dental en el Sector público. Una visión a los modelos asistenciales y los determinantes de la Salud en Odontología"
- **Tipo de proyecto:** Proyecto de Trabajo fin de Máster
- **Investigador responsable:** José Miguel Mansilla Domínguez

- **Código de registro:** 23.304
- **Fecha de registro:** 13/06/2023

- **Dictamen:** APROBADO

Atentamente,



Fdo. Lola Pujol

Secretaria de la Comisión de Investigación

ci@universidadeuropea.es