

Editorial

Se cumplen 25 años desde los primeros pasos en la instauración de los “Planes de Atención Dental Infantil (PADI)” en nuestro país

A pesar de los “buenos números” que se presentan en algunas de las estadísticas que se manejan de actos realizados, sigue llamando la atención lo mismo que advertíamos desde un principio, los odontopediatras de nuestro país: la escasa y desequilibrada prestación de servicios odontológicos en el paciente infantil.

En las actuales horas bajas de la sanidad pública en nuestro entorno, no podemos pensar que hoy por hoy se piense en invertir tiempo o economía en salud oral.

Hace ya 10 años, cuando la instauración de los PADI se puso en marcha en la totalidad de las CCAA de nuestro país, la SEOP se unió para redactar unas reivindicaciones que reproducimos a continuación textualmente, ya que pensamos que podrían estar perfectamente adecuadas a lo que actualmente observamos en este aspecto:

La Sociedad Española de Odontopediatría, ante la voluntad del Gobierno Español Central y Autonómico de la implantación generalizada de los Planes de Atención Dental Infantil, desea realizar una serie de puntualizaciones:

1. *Que, según los datos aportados por este Consejo General a través de la RCOE (vol. 7, número especial de marzo de 2002), la salud oral de los ciudadanos de este país tiene unas claras deficiencias: el paciente discapacitado y el anciano, ambos grupos de población, con escasas ayudas sociales y gran cantidad de patología oral acumulada. Parece consecuente pues, que sea a estos grupos de españoles a los que debería estar encaminada la ayuda, que con objetivos de salud oral, se lleve a cabo en los ciudadanos de nuestro país.*

2. *Que si el objetivo primordial de estos planes es el paciente infantil, estos deben buscar la salud oral integral del niño. Los diseños actuales de dichos planes difieren absolutamente de dicho objetivo ya que tan solo los primeros molares permanentes (y no totalmente en su patología) son incluidos dentro del presupuesto sanitario.*

3. *El Plan trata de instaurar “salud” cuando el niño lleva seis años con posibilidad de padecer enfermedad, por tanto, las medidas preventivas se alejan de ser las ideales para todas las Ciencias de la Salud.*

4. *La no inclusión deliberada de la patología (del tipo que sea) de la dentición temporal induce, de forma inmediata, a pensar en lo que por mucho tiempo nos ha costado erradicar del pensamiento de los profesionales sanitarios: “que el diente deciduo carece absolutamente de importancia debido a su propia temporalidad”. A estas alturas del siglo XXI, convendría reflexionar profundamente en la inmediata vuelta atrás que supone este hecho.*

5. *Ante la absoluta desinformación general sobre el contenido de estos planes en la población y particularmente en el colectivo odontológico, la imagen que en este momento ofrecen estos es totalmente inexacta. De un lado, el ciudadano piensa que este plan cubrirá absolutamente la enfermedad oral del niño entre 6 y 14 años, nada más lejos de la realidad. Al colectivo odontológico se le ha dado el mensaje de que estos planes van a venir a solucionar los problemas de falta de pacientes en las consultas privadas y, de nuevo, nada más lejos de la realidad.*

6. *En este momento y cuando se acercan las fechas electorales, lo único que parece que queda por decidir es el Organismo que va a administrar el dinero que las distintas comunidades ofrecen para el Plan de Salud Oral Infantil, y de ahí el nerviosismo y las prisas por cerrar unos documentos hasta ahora inacabados, y con graves deficiencias.*

7. *La Sociedad Española de Odontopediatría, como representante dentro de las Sociedades Científicas adscritas al Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, del área de la salud bucal infantil tiene el sentimiento de haber sido ignorada, a pesar de sus continuos ofrecimientos, con respecto a la realización de dichos documentos, quizá, por su manifestación pública, basada en hechos científicos, de lo que debería de ser la atención integral a la salud oral del niño. Dichos escritos, nos consta han sido realizados igualmente, sin el consenso del área universitaria encargada de la docencia de la Odontopediatría en las Facultades de Odontología de nuestro país.*

8. *A pesar de lo anteriormente expuesto, nos gustaría ofrecer de nuevo nuestro apoyo en el sentido de que presentemos futuras necesidades de formación especializada en este área de la salud, organizando Cursos de Formación Continuada que ayuden a unificar criterios en los profesionales adscritos al plan y con necesidades de formación básica odontopediátrica.*

JUNTA DIRECTIVA DE LA SEOP

It is 25 years since the first steps were taken to implement the “Child Dental Care Plans” in our country. Despite the “good figures” reflected by the statistics for functions carried out, what continues to stand out is what pediatric dentists in our country warned about from the start: that dental care for child patients is weak and imbalanced. The low-ebb that is currently affecting the public health sector means that we cannot possibly think today that time and money is going to be spent on oral health. Ten years ago, when the Plans were implemented in all the autonomous communities in our country, the SEOP met to put together some grievances which you will find here verbatim, as we believe that they can be adapted perfectly to what we observe in this topic:

The Spanish Society of Pediatric Dentistry, given the desire of the central and autonomous government of Spain to implement the Child Dental Care Plans, wishes to make some observations:

- 1. That according to the data supplied by the General Council through the RCOR (vol. 7, special issue March 2002), the oral health of the citizens of this country is clearly deficient: the disabled and the elderly, two groups with little social assistance and with extensive accumulated oral pathologies. It would seem logical for this group of Spaniards to receive this help which, aimed at oral health, is to be implemented among the citizens of our country.*
- 2. That if the main objective of these plans is the child patient, the plans should therefore seek the integral health of the child. The current design of these plans deviates completely from this objective, as only the first permanent molars are included in the health budget (and not all its pathologies).*
- 3. The plan aims to implement “health” when a child has the possibility of suffering disease for six years. Therefore, the preventative measures are far from ideal for all the Health Sciences.*
- 4. The deliberate omission of pathologies (of whatever type) of the primary dentition leads us to immediately to think of what took us a long time to eradicate from the minds of health professionals: “that deciduous teeth have no importance as they are temporary”. Given that we are in the 21st Century we should reflect deeply on the fact that this represents a step backwards.*
- 5. Given the total lack of general information on the content of these plans among the population and particularly among the dental community, the image that is currently being offered is totally inexact. On the one hand citizens will think that the plan covers oral disease of children between the ages of 6 and 14 years completely, which cannot be further from the truth. While the dental community has received the message that these plans will solve the problems of a lack of patients in private consulting offices, which once again is a far cry from reality.*
- 6. At this moment and as the date for the elections draws closer, the only thing that still has to be decided on is the Organization that will administer the funds offered by the different communities for the Child Oral Health Plan, and we are now witness to a nervous rush to finish documents that have serious deficiencies.*
- 7. The Spanish Society of Pediatric Dentistry as a representative of the Scientific Societies that are part of the General Council of the Schools of Dentists and Stomatolo-*

gists of Spain in the area of child oral health, has felt ignored despite continuous offers of help with regard to the drafting of these documents, perhaps due to the public manifestation based on scientific fact of what should make up integral oral health care for children. We know that these documents have been drafted without the consensus of the university body in charge of teaching Pediatric Dentistry in the Faculties of Dentistry in our country.

8. *Despite what we have expounded, we would like to offer our support again in the sense that we feel that there will be a need for specialized training in this health area. Continuous training courses will have to be organized which will serve to unite criteria among the professionals forming part of the plan who will have needs regarding basic pediatric dentistry training.*

SEOP BOARD OF DIRECTORS