



Osakidetza

51 

El PADI del País Vasco.  
El principio de un modelo para la salud.



Fundación  
**Odontología Social**





Osakidetza

51 

## El PADI del País Vasco. El principio de un modelo para la salud.

Dr. Federico Simón Salazar.  
Jefe del Servicio Dental Comunitario. Osakidetza/servicio vasco de salud.

### Contenidos:

Análisis del sistema de regulación, aseguramiento, financiación y provisión de la asistencia dental infantil en la Comunidad Autónoma del País Vasco (España). Reformas estructurales realizadas y colaboración pública/privada. Resultados de dos décadas de evolución del modelo PADI y expectativas de futuro.

### Objetivos:

1. Analizar la situación de partida que motiva la intervención institucional.
2. Fijar la orientación estratégica de política de salud dental del País Vasco.
3. Definir las características técnicas del modelo PADI, desarrollado en 1990.
4. Detallar la forma de aseguramiento y la financiación del PADI, y sus costes.
5. Conocer los resultados de utilización del sistema y la asistencia dispensada.
6. Describir la evolución de la salud tras 20 años de aplicación del modelo PADI.
7. Avanzar expectativas de futuro para la evolución del sistema, y nuevas metas.

### RESUMEN

La asistencia dental ha estado excluida históricamente de las prestaciones que asegura el Sistema Nacional de Sanidad en España, afectando a la salud dental de los niños, cuyos niveles de enfermedad no tratada eran inaceptables para nuestra sociedad. La transferencia de Sanidad al País Vasco propició el abordaje de este problema con una política dental propia, desarrollando un modelo de atención dental orientado a la salud: el Programa de Asistencia Dental infantil (PADI). Desde 1990, el modelo PADI se aplica en el País Vasco, en 1991 se implantó en la Comunidad Foral Navarra, y progresivamente se ha ido extendiendo a otras comunidades autónomas del Estado.

### SITUACION DE PARTIDA

Los problemas de salud dental en el País Vasco, especialmente la caries, eran en 1986 la patología más frecuentemente referida por la población de menos de 45 años en las encuestas del Departamento de Sanidad sobre salud percibida, y el coste económico el principal obstáculo de acceso a una adecuada asistencia dental.

La mayor parte de la población adulta había padecido en la infancia y adolescencia dolores de causa dental, infecciones, anestias, empastes y extracciones. Ser portador de prótesis dentaria removible se asumía como inevitable al llegar a cierta edad tras repetidos tratamientos, pérdida de horas de estudio, trabajo, disfrute y calidad de vida. Esta situación era en gran medida evitable con los cuidados dentales preventivos y reparadores apropiados desde la infancia.

A diferencia de otros países europeos, nuestro Sistema Nacional de Sanidad (SNS) sólo ofertaba en la práctica la extracción dental como "solución" a las lesiones de caries. El sistema real de asistencia dental de la población del País Vasco, como en el resto del Estado, lo constituía una extensa red de consultas privadas, uniformemente distribuida y bien equipada tecnológicamente, donde desarrollaban su actividad asistencial profesionales cualificados. Los tratamientos dentales en un sistema exclusivamente privado y basado en el pago por servicio, suponían la mitad del gasto en salud que cada familia afrontaba directamente<sup>1</sup>.



La transferencia al País Vasco de competencias en Sanidad y la creación en 1984 de Osakidetza/servicio vasco de salud, posibilitaron que nuestra comunidad autónoma se planteara desarrollar una política dental propia en respuesta a las necesidades detectadas y a las carencias estructurales heredadas. El Departamento de Sanidad formó profesionales para incorporar a Osakidetza los conocimientos específicos de Salud Dental Comunitaria, realizó el estudio epidemiológico de base para fijar la situación de partida, analizó el sistema de asistencia dental del País Vasco, y evaluó diferentes opciones de intervención institucional<sup>2</sup>.

En 1988, el estudio epidemiológico del Departamento de Sanidad indicó que el 82% de los niños de 14 años tenía experiencia de caries; un promedio de 4 caries (CAOD=3,98), más de la mitad de ellas sin tratar. La severidad y complejidad de las lesiones, un promedio de 8 superficies (CAOS=8,2), afectaría de forma permanente su salud dental como adultos<sup>3</sup>.

La mitad de la población menor de 15 años no había acudido nunca al dentista<sup>1</sup>. La referida ausencia de aseguramiento público de la atención dental y su alto coste dificultaba a las familias, sobre todo entre los niveles socioeconómicos menos favorecidos, el cuidado profesional de la salud dental de los niños.

Por todo ello, el Gobierno Vasco estableció la salud dental infantil como área de intervención prioritaria, impulsando dos nuevas acciones de Salud Pública mediante sendos decretos: la implantación del esquema de fluorización del agua, Decreto 49/1988, que desde hace dos décadas cubre al 80% de la población; y el desarrollo de un sistema de asistencia básica dental de calidad, Decreto 118/19904, para asegurar a todos los niños una atención periódica y adecuada en las edades de erupción y maduración posteruptiva de su dentición permanente: el PADI. La meta de esta política sanitaria era conseguir que los niños crecieran libres de caries dental.

## ORIENTACION ESTRATEGICA

La experiencia de los países más avanzados mostraba que los enfoques reparadores de la caries que se habían intentado bajo diferentes sistemas de aseguramiento y provisión llevaban invariablemente a ciclos de restauraciones dentales, cada vez más complejas, que se repetían y retroalimentaban, dando como resultado una población adulta edéntula parcial o totalmente, tras haber invertido ingentes cantidades de recursos públicos y privados<sup>5</sup>.

Como es sabido, la erupción de la dentición permanente se produce entre los 6 y los 12 años. A la erupción de cada pieza dental le sigue un período, estimado en dos años, de maduración posteruptiva del esmalte. Es en estos primeros años cuando el riesgo de caries es más elevado y su progresión más rápida. Superada la etapa de erupción y maduración de la dentición permanente sin caries ni acumulación de obturaciones, las posibilidades de una buena salud dental el resto de la vida se incrementan<sup>6</sup>.

La política de salud dental del País Vasco tendría un enfoque preventivo y orientado a los más jóvenes. La estrategia era evitar iniciar en la infancia ciclos de tratamientos cuya complejidad y coste crece con cada fase de lesión-reparación y donde la vida media de las restauraciones se acorta al aumentar el número de superficies dentales afectadas y la severidad de las lesiones.

Si incorporáramos el enfoque preventivo a un sistema de asistencia dental accesible económicamente para toda la población infantil en edad de erupción de su dentición permanente, facilitaríamos las condiciones para evitar que nuevas generaciones de ciudadanos se convirtieran en pacientes crónicos dentales y así lograr paulatinamente una mejor salud dental en la población general<sup>7</sup>.

## DISPOSITIVO ASISTENCIAL Y PUESTA EN MARCHA

Osakidetza carecía del dispositivo de asistencia dental necesario para desarrollar el PADI. Establecida como población diana todos los niños en edad de erupción y maduración posteruptiva de su dentición permanente, 170.000 niños de edades comprendidas entre los 6 y los 15 años, sería necesario dotar al menos 85 nuevas unidades dedicadas específicamente al PADI. La alternativa era concertar la amplia red de consultas privadas del País Vasco, que análisis prospectivos preveían en creciente expansión<sup>8</sup>, y desarrollar el PADI con los dentistas privados que lo solicitaran.

Finalmente, para la puesta en marcha del PADI, el Departamento de Sanidad estableció un dispositivo mixto público/privado formado por 19 unidades asistenciales de nueva creación en Osakidetza, con dedicación exclusiva al PADI, y la concertación de 60 dentistas privados, del total de 600 colegiados entonces en el País Vasco, que solicitaron incorporarse en aquel primer año al cuadro facultativo.

La implantación del PADI fue incremental<sup>10</sup>. En 1990, primer ejercicio del despliegue del sistema, se incluyeron los 24.000 niños residentes en el País Vasco que a lo largo del citado ejercicio cumplían 7 años de edad; concretamente el PADI comenzó asegurando su asistencia a los niños nacidos en 1983. Cada año, se incorporaría una nueva cohorte; así en 1991 se incorporaron los niños nacidos en 1984, los que a lo largo del ejercicio cumplían los 7 años y se sumaban a los ya incorporados el año anterior. De esta forma, añadiendo la cohorte que cumplía 7 años cada ejercicio y manteniendo incluidas en el sistema las cohortes incorporados en ejercicios previos, se consiguió que en 1998, tras nueve años de desarrollo, los 170.000 niños de 7 a 15 años residentes en el País Vasco tuvieran asegurada asistencia dental.

El desarrollo incremental del PADI a lo largo de nueve ejercicios daría la oportunidad de evaluar su adecuación a la meta de salud buscada, su aceptabilidad para los usuarios y profesionales, introducir las mejoras y adaptaciones precisas, e ir incrementando paulatinamente mediante nueva concertación de dentistas su dispositivo asistencial y su dotación económica, partiendo de una situación donde el SNS carecía siquiera de una partida presupuestaria destinada a cubrir esta necesidad.

## ENFOQUE DE SALUD Y REFORMAS ESTRUCTURALES

Por otra parte, impulsar el enfoque de salud en el sistema de asistencia dental de la población era un importante reto. A pesar de que el avance en el conocimiento de la lesión de caries y sus técnicas de prevención estaba integrado en la formación reglada de los profesionales, la escasa actividad preventiva en la práctica diaria de los dentistas venía siendo una constante en todos los países<sup>11</sup>.

Los usuarios valoran y están dispuestos a pagar por implantes dentales de titanio, prótesis fijas de cerámica, blanqueamientos con láser... técnicas y materiales de alta complejidad que respondan a sus necesidades percibidas. El prestigio profesional y la viabilidad económica de la consulta privada, están vinculados a ellos en gran medida. Su utilización se impulsa en cursos de formación continuada auspiciados por intereses comerciales que fomentan la demanda inducida. Por el contrario, las actividades preventivas son menos tangibles, su tecnología es más sencilla y sus beneficios en la salud no son fácilmente perceptibles a corto plazo. Todo esto lleva a una menor disposición de los usuarios a asumir los costes y a su menor oferta y demanda.

Como muestra de ello, la baja utilización de selladores de fosas y fisuras había sido repetidamente reseñada en estudios epidemiológicos y en los análisis de la práctica de los profesionales en sus consultas. A este respecto, la OMS señalaba que: "Para surtir efecto en la salud dental de la población, los cambios progresivos en la educación del personal deberán ir acompañados de modificaciones y reformas estructurales en los sistemas asistenciales"<sup>12</sup>.

La publicación del Decreto 118/1990, de 24 de abril, sobre asistencia dental a la población infantil, inició en el País Vasco las reformas estructurales necesarias para reorientar el sistema de asistencia dental de la población, eminentemente reparador y de reposición, al que se acudía cuando el dolor o la disfunción se hacía evidente, hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Con el PADI se regulaba<sup>13</sup> y aseguraba para todos los niños de 7 a 15 años de edad una atención básica dental de calidad con enfoque preventivo, y se eliminaba la barrera económica de acceso de las familias en el cuidado dental de sus hijos al financiarla con cargo al presupuesto público de Sanidad.

## EL MODELO PADI

El modelo PADI del País Vasco ha sido ampliamente descrito<sup>10</sup>, analizado<sup>14,15,16,17,18</sup> y comparado<sup>19,20</sup> desde su inicio en 1990. Su descripción técnica pormenorizada rebasaría los límites de extensión del presente capítulo. Una relación detallada de su conceptualización, planificación, aspectos técnicos y costes, proceso de implantación, desarrollo y evaluación está disponible en: <http://eprints.ucm.es/2885/>



Las características del modelo PADI pueden sintetizarse en cinco puntos:

- 1º) Financiación pública de la asistencia básica dental a todos los niños de 7 a 15 años.
- 2º) Protocolos clínicos explícitos de atención para garantizar el enfoque preventivo.
- 3º) Cuadro facultativo público/privado al que acudir con total libertad de elección.
- 4ª) Talón dental anual personalizado enviado a cada niño para sustanciar la oferta.
- 5º) Sistema mixto de pago por capitación y acto médico, en la asistencia concertada.

El 5º punto, el cambio desde el habitual sistema de pago por servicio que venía realizando directamente cada usuario, utilizado en la odontología privada en nuestro medio, a un sistema de pago por capitación, una cantidad fija por niño y año abonada por el Departamento de Sanidad, generó fuertes reticencias en la Profesión Dental.

Sin embargo, el sistema mixto de pago por capitación<sup>21</sup> y acto médico es un aspecto nuclear del modelo. Una cantidad fija por niño y año cubre las necesidades preventivas y reparadoras de la dentición permanente asegurada en el PADI (Asistencia General), mientras que la atención por traumatismos y malformaciones en incisivos y caninos (Asistencia Adicional) se abona adicionalmente por cada tratamiento realizado.

Este sistema de pago de la asistencia concertada cumple un doble objetivo. En primer lugar refuerza en los profesionales el enfoque preventivo y de promoción de la salud, desincentivando el sobretratamiento<sup>22</sup>; en segundo término posibilita la elaboración anual del presupuesto con la precisión requerida en la Administración Pública.

## **COSTES ECONOMICOS**

Una de las principales dificultades e incertidumbres para incorporar la asistencia dental infantil a las prestaciones aseguradas por la Sanidad en el País Vasco, era poder garantizar en el tiempo su viabilidad económica.

La hipótesis de trabajo de los técnicos del Servicio Dental Comunitario de Osakidetza se basaba en que, con los cuidados dentales adecuados, los niños atendidos en el PADI crecerían sanos y la necesidad de intervención profesional, y consecuentemente el coste de la asistencia necesaria a corto y medio plazo, se mantendría estabilizada. Su expectativa de costes a más largo plazo sería aún más favorable al ir mejorando paulatinamente la situación epidemiológica y reduciéndose la carga asistencial.

En base a las necesidades previstas de atención dental, el Departamento de Sanidad estimó para el ejercicio 1990 un coste asistencial de 30 euros/niño/año<sup>23</sup>. En cada ejercicio económico, la cantidad estimada anualmente como capitación se multiplica por el número de niños que se prevé atender en dicho año y se le suma un porcentaje para la Asistencia Adicional, porcentaje que se ha mantenido durante dos décadas cercano al 5% de la cantidad prevista para Asistencia General. Este sistema de cálculo permite realizar el presupuesto anual del PADI sin desviaciones reseñables.

En 2010, el PADI atendió 98.740 niños de 7 a 15 años a través de la asistencia concertada; el mayor número de niños desde su puesta en marcha. El coste de esta asistencia ascendió a 4.323.578 euros. El 96,4% de la cantidad corresponde a la Asistencia General, pago por capitación, mientras que el 3,6% representa el total de pagos por acto médico de la Asistencia Adicional. El coste promedio fue de 43,79 euros/niño/año en el citado ejercicio<sup>24</sup>.

La evolución del gasto por niño y año de la asistencia concertada se ha mantenido dentro de las estimaciones realizadas en la planificación del PADI. Pocas áreas de la asistencia sanitaria pueden presentar retornos de salud similares con incrementos de costes tan contenidos a lo largo de veinte años.

## DOS DECADAS DE PADI

Desde la puesta en marcha del PADI en 1990 han transcurrido más de dos décadas. En cada ejercicio el Servicio Dental Comunitario, la estructura encargada en Osakidetza de desarrollar el PADI, ha elaborado un informe anual de gestión con indicadores históricos de utilización, frecuentación, asistencia dispensada y costes.

Actualmente, 2 de cada 3 niños de edades comprendidas entre 7 y 15 años en el País Vasco utilizan anualmente la asistencia del PADI. Este porcentaje de utilización se viene manteniendo estable, en torno al 66%, durante la última década. El 90% de los niños atendidos cada año acuden a los dentistas concertados, que en 2011 forman ya una extensa red uniformemente distribuida de cerca de un millar de consultas. El sector público aporta una veintena de dentistas de Osakidetza, que atiende al restante 10% de los niños que utilizan cada año el PADI<sup>24</sup>.

Respecto a la frecuentación, cabe señalar que sólo 1 de cada 4 (el 27,7% en 2010) de los niños de la cohorte saliente, la que cumple los 15 años de edad, utilizó el PADI en todos y cada uno de los nueve ejercicios en que ha tenido derecho desde los 7 años de edad. La frecuentación media está siendo de 6,3 ejercicios sobre 9 posibles<sup>24</sup>.

La mejora de la adherencia a revisión dental anual y frecuentación durante la infancia y adolescencia respecto a la situación de partida es notable. No obstante, superar este techo de utilización y frecuentación para conseguir que todos los niños acudan todos los años a revisión dental y reciban los cuidados preventivos y asistenciales necesarios es objetivo irrenunciable del PADI.

## ASISTENCIA DENTAL DISPENSADA

La asistencia dispensada a lo largo de estos veinte años ha sido la adecuada para que los niños crezcan sanos. Los protocolos clínicos del PADI y el sistema de pago por capitación han demostrado su potencial en la práctica. Es de destacar que la mayor parte de la asistencia dental dispensada por el PADI, el 90% como ha quedado indicado, se ha provisto mediante dentistas privados concertados.

La atención preventiva, representada por las revisiones anuales y la aplicación de selladores de fisuras, ha predominado en todos y cada uno de los ejercicios sobre la asistencia reparadora, sin que los dentistas del PADI, Osakidetza y concertados, hayan descuidado la realización de los tratamientos necesarios por caries o traumatismos.

La carga asistencial se ha ido reduciendo a lo largo de los años, desde una mayor necesidad de intervenciones en los primeros ejercicios de desarrollo del PADI, por la desfavorable epidemiología descrita, hasta la actual situación donde las mejoras de salud obtenidas requieren menor necesidad de intervención profesional, tal como se había previsto en el proceso de planificación.

Los perfiles asistenciales dispensados a los niños de cada cohorte han sido acordes con lo esperado para cada edad. En 2010, por cada 100 niños de la cohorte de 7 años se realizaron 55 selladores frente a 8 obturaciones. El perfil realizado en los niños mayores recoge un menor número de selladores que de obturaciones, 25 y 37 respectivamente. La necesidad de extracciones y tratamientos pulpares por caries no alcanza actualmente a 1 por cada 100 niños en ninguna de las edades incluidas<sup>24</sup>.

El perfil realizado por las unidades de Osakidetza ha reflejado siempre una mayor necesidad de intervención, llegando a duplicar el perfil realizado en el sector privado, como corresponde a la función de Osakidetza como red pública garantista para los casos de mayor complejidad médica y/o social.



## RESULTADOS DE SALUD

La correcta asistencia dispensada por los dentistas del PADI es en gran parte responsable de la buena salud que disfrutaban hoy nuestros jóvenes. A ello ha contribuido el efecto de medidas de Salud Pública como la fluoración del agua y otras a nivel individual, con una mayor implicación activa de las familias en la higiene dental de sus hijos, cuya repercusión porcentual es difícil de discernir.

Todo ello ha reducido en volumen y complejidad el problema dental detectado hace dos décadas en la infancia, y nuevas generaciones de ciudadanos, los niños que iniciaron el PADI en 1990 con 7 años han cumplido ya los 28 años, tienen una mejor oportunidad de salud como adultos. La mejora se ha monitorizado periódicamente mediante estudios epidemiológicos<sup>25,26</sup> estandarizados de acuerdo a normativa OMS.

El último estudio epidemiológico del Departamento de Sanidad, realizado en 2008, indicó que el 61% de los niños de 14 años estaba libres de experiencia de caries (CAOD=0) con un promedio de menos de 1 caries (CAOD=0,9) y una notable reducción de la severidad y complejidad de las lesiones (CAOS=1,2) a esa edad<sup>26</sup>.

No obstante ser éstos unos de los mejores resultados a nivel internacional, el índice de restauración (IR=75%) indica que aún queda margen de mejora para el desarrollo del PADI, pues, a pesar del esfuerzo realizado, 1 de cada 4 de las lesiones remanentes sigue sin recibir el tratamiento adecuado. Como ha quedado indicado, conseguir que todos los niños reciban la asistencia del PADI todos los años es objetivo irrenunciable.

## SITUACION ACTUAL

La caries está dejando de ser la enfermedad que hace unos años afectaba a la práctica totalidad de la población infantil del País Vasco. Hoy día, la mayor parte de nuestros jóvenes no han padecido caries o en todo caso con menos severidad.

El escenario epidemiológico de la salud dental en el País Vasco ha cambiado drásticamente. Ahora, la incidencia y la prevalencia de la caries es mucho menor y las lesiones remanentes en los niños se concentran en un reducido sector de la población infantil que se relaciona directamente con peores condiciones médicas y sociales.

Continuar aplicando la misma respuesta de Salud Dental Comunitaria de enfoque poblacional, imprescindible en su momento y aún válida, sin introducir nuevas estrategias para grupos de riesgo, no parece lo más apropiado para resolver las necesidades actuales ni para un eficiente uso de los recursos disponibles.

Por otra parte, el sector privado dental ha experimentado en este tiempo un espectacular aumento de la oferta, un rejuvenecimiento de su fuerza de trabajo y la entrada en escena de nuevos sistemas organizativos de la asistencia. Franquicias y empresas, cuya propiedad es frecuentemente ajena al sector salud contratan, y dirigen en muchos casos, la actividad de nuestros profesionales más jóvenes.

En la actualidad, el sistema de atención dental de la población del País Vasco lo forman cerca de 5.000 profesionales (1.700 dentistas, higienistas, protésicos, auxiliares...), más de 150.000 m<sup>2</sup> de instalaciones y una gran cantidad de equipamiento sanitario, de radiología dental, autoclaves, instrumental odontológico... equivalente en volumen al mayor hospital terciario de Osakidetza. Su presupuesto anual, abonado directamente por la población, es superior al 5% del presupuesto del Departamento de Sanidad.

Atomizado, cercano a la población y compitiendo entre sí por los pacientes, no existe un sistema de asistencia dental alternativo de titularidad pública que lo pueda reemplazar. Por ello, la orientación de la asistencia del sector privado determina el tipo de atención dental que recibe la población. Una deriva economicista en el sistema, mediatizaría negativamente la salud dental y general de la población, y puede hacer baldío el esfuerzo institucional realizado en la edad escolar.

A pesar de ello, la especificidad del sistema de atención dental, su desconocimiento desde el sector público, y la ausencia de órgano responsable de su orientación, lo excluyen de la agenda institucional, tanto en niveles políticos como ejecutivos, para el redireccionamiento del SNS hacia la prevención de la enfermedad. En esta situación, crear condiciones que faciliten la evolución apropiada del dispositivo de asistencia dental de la población del País Vasco hacia la salud es tan necesario como difícil.

## EXPECTATIVAS DE FUTURO

Como ha quedado indicado, las reformas estructurales introducidas por el PADI en el sistema de atención dental a los niños han posibilitado que nuestros jóvenes tengan hoy un excelente nivel de salud. Una respuesta adaptativa del dispositivo asistencial privado será precisa para adecuarse a las necesidades de estos usuarios.

Los adolescentes que cada año salen de la cobertura del PADI, al cumplir en el ejercicio los 16 años, han venido utilizando desde los 7 años un sistema de aseguramiento dental orientado a la salud. La continuación de su atención mediante un nuevo modelo de aseguramiento desarrollado ad hoc posibilitaría reorientar paulatinamente el sector de la asistencia dental hacia una odontología más adecuada para el mantenimiento de la salud de nuestra población<sup>27</sup>.

Desde un básico consenso institucional para mantener la regulación, el aseguramiento y la financiación pública de la asistencia dental de los niños por su carácter estratégico, se deben explorar diferentes alternativas de continuidad del PADI, con progresiva reducción de la financiación pública, garantizándola para aquellos colectivos que por motivos médicos o sociales así se determine.

El nuevo modelo facilitaría el acceso a la atención dental más allá de la edad escolar, colaboraría a la evolución paulatina del sistema de atención dental de la población hacia enfoques de mantenimiento de la salud, a una activa implicación de los usuarios, y liberaría recursos públicos para cubrir necesidades dentales de mayor prioridad y retorno en salud como la atención dental a preescolares o la asistencia requerida por personas con discapacidad intelectual.

## CONCLUSION

La aplicación del PADI en el País Vasco en las últimas dos décadas, partiendo de elevados niveles de enfermedad, una escasa experiencia del SNS en asistencia dental a la infancia, de importantes limitaciones en su dispositivo asistencial y de la ausencia de presupuesto específico en Sanidad para ello, nos ha llevado a un nuevo escenario epidemiológico con excelente nivel de salud dental en nuestros niños y jóvenes.

El camino recorrido hasta aquí ha sido más complejo y difícil de abrir que el trecho que nos resta avanzar hasta la erradicación de la caries como enfermedad de la infancia, posible de conseguir en pocos años con la experiencia adquirida.

(Algorta, 03-enero-2012)

## BIBLIOGRAFIA

1. ESCAV-1986. Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. 1987.
2. Sheiham A, Plamping D. Bases científicas para la prevención y el tratamiento precoz de enfermedades dentales más comunes. Documentos Técnicos de Salud Pública Dental nº 3. Servicio Vasco de Salud, Vitoria-Gasteiz; 1990.
3. Estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil de la Comunidad Autónoma Vasca (1988). Documentos Técnicos de Salud Pública Dental nº 2. Servicio Vasco de Salud, Vitoria-Gasteiz; 1990.
4. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Decreto 118/1990, de 24 de abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOPV, núm. 89, págs. 4117-4120, de 7 de Mayo de 1990.
5. Elderton R. Evolution in dental care. Bristol: Clinical Press Limited; 1990.
6. Moss SJ. Growing up cavity free: a parent's guide to prevention. Illinois: Quintessence Publishing Co; 1993.
7. WHO-FDI. Health through oral health. Guidelines for planning and monitoring for oral health care. London: Quintessence Publishing Co; 1989.
8. Simón F. Dental manpower policy for the Basque Country (Spain). [MSc dissertation]. University of London; 1987.
9. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Orden de 3 de mayo de 1990, del Consejero de Sanidad, por la que se regulan los requisitos y el procedimiento para el contrato-habilitación de los médicos estomatólogos u odontólogos precisos para el Programa Dental Infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco BOPV, núm. 94, págs. 4513-4515, de 14 de Mayo de 1990.
10. Simón F. Evaluación de los seis primeros años de desarrollo del Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) de la Comunidad Autónoma del País Vasco (1990-1995) [tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid; 1996.
11. Cowell CR, Sheiham A. Promoting Dental Health. London: King Edward's Hospital Fund for London; 1981.



- 12.OMS. *Elementos esenciales en la formación de personal de salud bucodental: ¿cambio o deterioro?. Serie de informes técnicos.* N° 794. Ginebra; 1990.
- 13.Dependencia de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Orden de 2 de mayo de 1990, del Consejero de Sanidad, por la que se fija el contenido mínimo obligatorio de la asistencia bucodental a los niños incluidos en el Programa Dental Infantil. BOPV, núm. 94, págs. 4512-4513, de 14 de Mayo de 1990.
- 14.Rioboo R. Nueve años del PADI en el País Vasco. *Las cosas bien hechas.* Gaceta Dental. 1998; 92: 84
- 15.Cortés FJ, Simón F. El PADI a examen de sus profesionales. *La opinión de los dentistas concertados del País Vasco y Navarra.* RECOE 2004; 9(3): 289-296.
- 16.Simón F, Cortés J, Llodra JC, Bravo M. *El PADI en el País Vasco y Navarra. Actividad, opinión de sus dentistas y epidemiología (1990-2002).* 1ª Ed. Valencia: Promolibro SESPO; 2006.
- 17.Bravo M, Llodra JC. Modelos de provisión y financiación en Odontología. *La prestación de servicios odontológicos en España.* En: Cuenca E, Baca P. *Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones.* Barcelona: Masson; 2005. P. 413-424.
- 18.Freire JM. *El Programa Dental de Atención Infantil (PADI) de Navarra y el País Vasco: logros y nuevas metas.* An. Sist. Sanit.Navar. 2003; 26(3): 423-428.
- 19.Rosell EM. *Evaluación del Programa de Asistencia Dental Infantil en Andalucía. Salud oral y calidad de vida [tesis doctoral].* Universidad de Granada; 2009.
- 20.Erans O. *Evolución del Programa de Salud Bucodental Infantil en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia tras 8 años desde su implantación (2003-2010) [tesis doctoral].* Universidad de Murcia; 2011.
- 21.Coventry P, Holloway PJ, Lennon MA, Mellor AC, Worthington. *A trial of capitation system of payment for treatment of children in the General Dental Service.* Community Dental Health 1989; 6(Supl 1):1-63.
- 22.Schanschieff SG, Shovelton Ds, Toulmin JK. *Report of the committee of enquiry into unnecessary dental treatment.* Department of Health and Social security. London: Her majesty's stationery office; 1986.
- 23.Simón F. *Salud pública dental y presupuesto.* Gaceta Dental. 1990; 6: 8.
- 24.Servicio Dental Comunitario de Osakidetza. *PADI-2010. Informe anual del desarrollo del Decreto 118/90, sobre asistencia dental a la población infantil de la C.A.P.V. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; 2011.* [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl02/es/contenidos/informacion/losk\\_publicaciones/es\\_publicad/juntos/memorias/padi2010.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl02/es/contenidos/informacion/losk_publicaciones/es_publicad/juntos/memorias/padi2010.pdf)
- 25.Segundo estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil de la Comunidad Autónoma Vasca (1998). *Documentos Técnicos de Salud Pública Dental n° 5.* Servicio Vasco de Salud, Vitoria-Gasteiz; 1998.
- 26.Tercer estudio epidemiológico de la salud bucodental infantil de la Comunidad Autónoma Vasca (2008). *Documentos Técnicos de Salud Pública Dental n° 5.* Servicio Vasco de Salud, Vitoria-Gasteiz; 2010.
- 27.Simón F. *Una nueva odontología para los nuevos pacientes.* Gaceta Dental. 1998; 92: 76-80.