

LA SALUD ORAL EN ESPAÑA: ANÁLISIS DE UN CUARTO DE SIGLO (2000-2025)



**CONSEJO
DENTISTAS**
ORGANIZACIÓN COLEGIAL
DE DENTISTAS DE ESPAÑA



Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

© Consejo General de Colegios de Dentistas de España.

I.S.B.N.: 979-13-990616-9-7

Depósito legal: M-xxx-2025

Editorial:



GRUPO ICM DE COMUNICACIÓN
Avenida de San Luis, 47. 28033 Madrid.
Tel.: 91 766 99 34 / www.grupoicm.es
Impreso en España / Printed in Spain.

El papel utilizado en este producto procede de reciclado y fuentes controladas.

LA SALUD ORAL
EN ESPAÑA:
ANÁLISIS DE UN
CUARTO DE SIGLO
(2000-2025)

ÍNDICE

LA SALUD BUCODENTAL EN ESPAÑA EN 2025

● Los estudios	8
● Los preescolares y escolares	9
● Los adolescentes	10
● Los adultos jóvenes (35-44 años)	13
● Los adultos mayores (65-74 años)	14

LA EVOLUCIÓN 2000-2025

● La evolución de la caries	18
● La evolución de la enfermedad periodontal	21
● La evolución de las ausencias dentarias	22
● La evolución de las necesidades de tratamiento dental	24
● La evolución de la frecuencia de visitas dentales	25

DESIGUALDADES EN SALUD ORAL 28

EL IMPACTO COMUNITARIO DE LA PATOLOGÍA ORAL

● La demografía en España	32
● Impacto comunitario de la caries	33
● Impacto comunitario de la enfermedad periodontal	35
● Impacto comunitario de la patología de la ATM	37
● Impacto comunitario del bruxismo	39
● Impacto comunitario en la calidad de vida oral	40

ANÁLISIS DEL PLAN DE AMPLIACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS EN SALUD BUCODENTAL

● Análisis de los objetivos del Plan	44
● Análisis de los recursos	45
● Análisis de los costes	48

DISCUSIÓN 52

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES 58

BIBLIOGRAFÍA 62

PRÓLOGO

El Consejo General de Dentistas de España, consciente de la relevancia de disponer de datos epidemiológicos fiables y actualizados, viene asumiendo la responsabilidad de promover estudios sobre la salud oral en España, tras una única encuesta nacional realizada por el Ministerio de Sanidad en 1982. Estos estudios, tipo pathfinder, se llevan a cabo con periodicidad quinquenal.

Este *Libro Blanco* recoge los datos sobre la evolución del estado de salud bucodental en España a través de los 6 estudios realizados desde el año 2000 hasta 2025, lo que permite un profundo análisis de la situación oral en este último cuarto de siglo.

Asimismo, analiza el impacto comunitario de las principales patologías bucodentales en nuestro país y la repercusión que tienen sobre la calidad de vida oral. También es objeto de estudio en este *Libro Blanco* el Plan de Ampliación de la Cartera de Servicios en atención Bucodental, aprobado en 2022. Se intenta analizar la viabilidad de los objetivos propuestos en el Plan, los recursos disponibles, los costes y las limitaciones del mismo.

Este documento finaliza con una serie de propuestas y recomendaciones que emanan de la organización colegial con el único objetivo de contribuir así a una salud bucodental óptima, de calidad y equitativa en España.



Dr. Óscar Castro Reino
*Presidente del Consejo General
de Dentistas de España.*





LA SALUD BUCODENTAL EN ESPAÑA EN 2025

LOS ESTUDIOS

LOS PREESCOLARES Y ESCOLARES

LOS ADOLESCENTES

LOS ADULTOS JÓVENES (35-44 AÑOS)

LOS ADULTOS MAYORES (65-74 AÑOS)

LOS ESTUDIOS

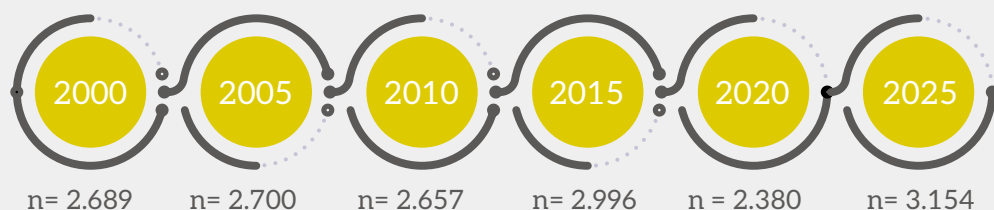
Con el objetivo de disponer de datos epidemiológicos actualizados y de calidad, el Consejo General de Dentistas de España realiza encuestas de salud oral siguiendo la metodología descrita por la OMS, con una periodicidad quinquenal. Estas encuestas recaban información clínica muy relevante en los 5 grupos etarios recomendados por la OMS (5-6 años, 12 años, 15 años, 35-44 años y 65-74 años).

Las encuestas nacionales sobre salud bucodental tienen como función básica el proporcionar un diagnóstico sobre salud y necesidades de tratamiento poblacional con el fin de vigilar la evolución de la prevalencia y algunos factores asociados. Nos permiten conocer:

- La medida en que los servicios odontológicos existentes responden a las necesidades de la población.
- La naturaleza y cuantía de los servicios de prevención y restauración necesarios.

En todas estas encuestas se han seguido los criterios unificados de la OMS para los estudios transversales tipo pathfinder, manteniéndose el mismo diseño, tamaño muestral y ejercicio de calibración de los exploradores, lo que permite valorar las tendencias de las enfermedades más prevalentes en España: caries y enfermedad periodontal. Este *Libro Blanco* se centra exclusivamente en el análisis del periodo 2000-2025 (Llodra JC 2002; Bravo M 2006; Llodra JC 2012; Bravo M 2016; Bravo M 2020; Bravo M 2025 en prensa).

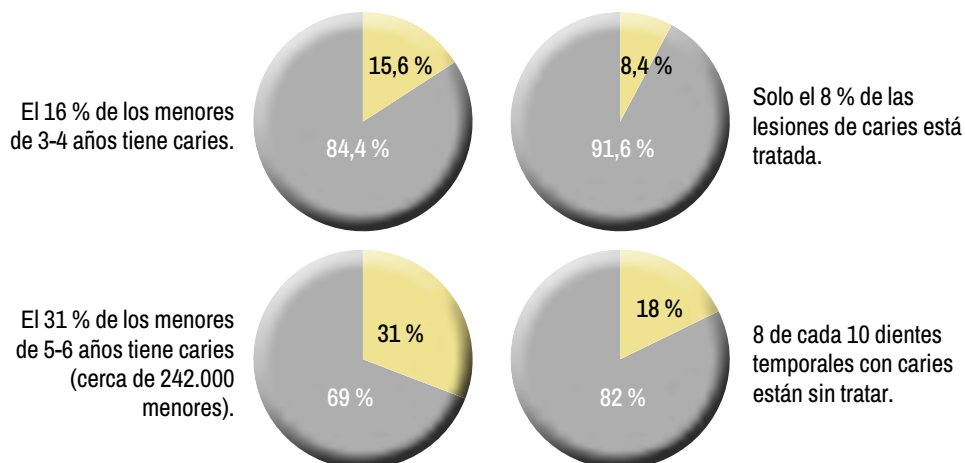
LAS ENCUESTAS EPIDEMIOLÓGICAS EN ESPAÑA



LOS PREESCOLARES Y ESCOLARES

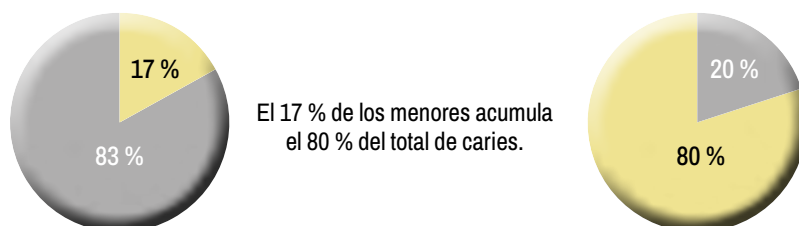
LA SALUD ORAL INFANTIL EN ESPAÑA 2025

1 millón de dientes temporales afectados.



En preescolares (3-4 años), el 16 % presenta caries, siendo el índice de restauración testimonial (8 %). El porcentaje de menores de 5-6 años con, al menos, un diente primario cariado u obturado es del 30,8 %, lo que supone unos 242.000 menores afectados a esas edades. El número medio de dientes temporales cariados u obturados es de 1,17, con un índice de restauración (IR) de 17,9 %, lo que supone que más de 8 de cada 10 dientes primarios cariados se encuentra sin tratar.

Los menores de nivel social bajo presentan 2 veces más caries que los de nivel alto.



El nivel social se asocia significativamente a los 5-6 años en dentición primaria con la prevalencia de caries (17,5 % en nivel alto frente al 39,4 % en nivel bajo) y la prevalencia de caries activas (11,6 % en nivel alto y 36 % en nivel bajo). Se observa un acumulo de patología en una minoría de menores: el 17 % de los niños presenta el 80 % del total de caries de su grupo etario.

CONCLUSIONES

La dentición temporal tiene una gran relevancia en la futura dentición permanente. La asociación entre la presencia de caries activas en dientes deciduos y el mayor riesgo de desarrollar caries en los dientes permanentes está bien descrita. En España, la atención prestada al tratamiento restaurador en dientes temporales es sumamente baja y requiere de un esfuerzo educativo y de comunicación a los padres de los menores.

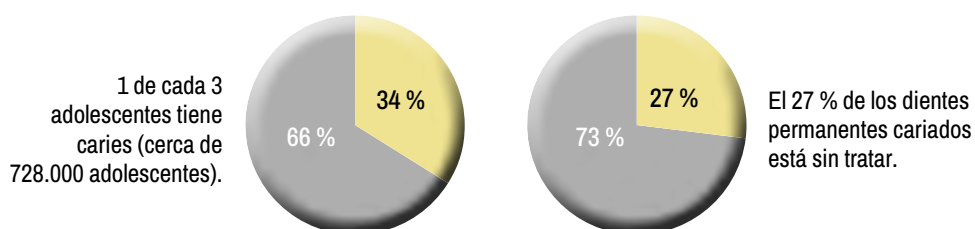


- Cerca de 1/3 de los menores en España tiene caries en dientes temporales.
- El 17 % de los menores en España acumula el 80 % del total de caries de su grupo.
- El 82 % de las caries en dientes temporales no recibe su oportuno tratamiento restaurador.
- Los menores de nivel social bajo presentan el doble de caries que los de nivel alto.

LOS ADOLESCENTES

680.000 dientes permanentes afectados.

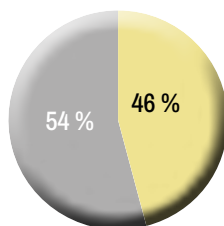
Media dientes cariados (CAOD): 12 años (0,67), 15 años (1,15).



El porcentaje de adolescentes de 12 años con, al menos, un diente permanente cariado, ausente u obturado es del 28 %, elevándose la prevalencia de caries a los 15 años al 40,1 %, lo que supone unos 728.000 adolescentes afectados a esas edades. El número medio de dientes permanentes cariados u obturados oscila entre 0,67 (12 años) y 1,15 (15 años), con un índice de restauración (IR) cercano al 73%, lo que supone que 3 de cada 10 dientes permanentes afectados se encuentran sin tratar.

Los adolescentes de nivel social bajo presentan mayor prevalencia de caries que los de nivel alto.

1/3 de los adolescentes (12-15 años) tiene maloclusión moderada o severa.



El 54 % de los adolescentes presenta gingivitis o cálculo.

En los adolescentes, el nivel social se asocia con la prevalencia de caries, notándose un aumento de la enfermedad a medida que desciende el nivel social (24 % en nivel alto y 34 % en nivel bajo). Uno de cada tres adolescentes presenta una maloclusión moderada o severa que requeriría tratamiento de ortodoncia. En cuanto a patología gingival, uno de cada dos adolescentes presenta gingivitis y/o cálculo.

CONCLUSIONES

La adolescencia tiene un gran potencial para mejorar la salud bucodental en la edad adulta, pero quizá sea el grupo de edad menos comprendido. Los investigadores de la salud bucodental han descuidado en gran medida esta etapa de la vida. Deben desarrollarse oportunidades de política, educación e investigación para abordar los retos únicos de salud bucodental en la adolescencia.

- Cerca de 1/3 de los adolescentes en España tiene caries en dientes.
- El 54 % de los adolescentes en España tiene gingivitis o sarro.
- Los adolescentes de nivel social bajo presentan mayor prevalencia de que los de nivel alto.
- El 30 % de las caries en adolescentes está sin tratar.
- 1/3 de los adolescentes en España tiene maloclusión moderada o severa.



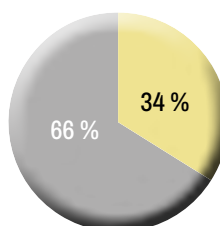
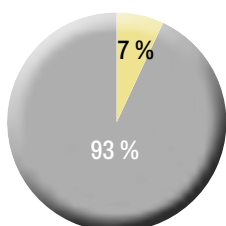


LOS ADULTOS JÓVENES (35-44 AÑOS)

LA CARIES DENTAL EN ADULTOS JÓVENES

Cada adulto joven presenta, de media, 7 dientes afectados por caries.

El 93 % de los adultos jóvenes tiene caries (7,3 millones de personas).

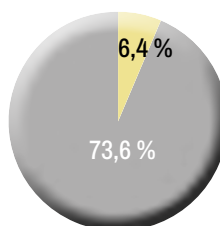
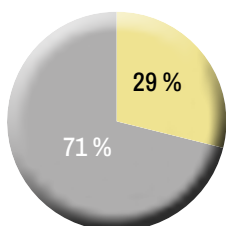


El 34 % de los dientes permanentes cariados está sin tratar.

El porcentaje de adultos jóvenes (35-44 años) con, al menos, un diente permanente cariado, ausente u obturado es del 92,7 %, lo que supone un total de 7,3 millones de adultos jóvenes afectados a esas edades. El número medio de dientes permanentes cariados u obturados es de 6,7, con un índice de restauración (IR) del 65,9 %, lo que indica que más de 3 de cada 10 dientes permanentes afectados se encuentran sin restaurar.

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN ADULTOS JÓVENES EN ESPAÑA 2025

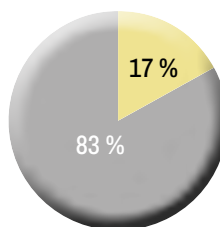
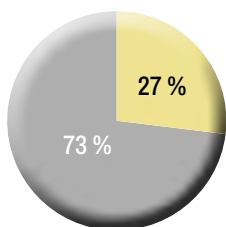
El 29 % de los adultos jóvenes presenta enfermedad periodontal (cerca de 1,8 millón de afectados).



El 6,4 % presenta periodontitis severa (pérdida de inserción superior a 6 mm).

LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN LA POBLACIÓN ADULTA JOVEN EN ESPAÑA 2025

El 27 % de los adultos jóvenes presenta algún signo de alteración en la ATM.



El 17 % presenta chasquido.

En la cohorte de 35-44 años encontramos un porcentaje de sujetos con patología periodontal (pérdida de inserción > 3 mm) del 29 % y un 6,4 % presenta pérdida de inserción severa (> 6 mm). La exploración clínica revela presencia de signos en la articulación temporomandibular en el 26,6 %. De todos los signos, el chasquido es el más prevalente, presentándolo el 17 % de los adultos jóvenes.

CONCLUSIONES

La salud bucodental de los adultos jóvenes ha mejorado sustancialmente en estos 25 años. A pesar de ello, tanto la caries como la enfermedad periodontal continúan siendo muy prevalentes y queda patología sin tratar.

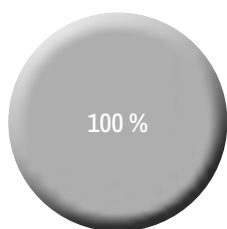
- Entre los adultos jóvenes (35-44 años), la caries es prácticamente universal, afectando al 93 % de este grupo.
- El porcentaje de lesiones de caries tratadas ha pasado del 49 % al 66 % en estos últimos 25 años.
- Cada adulto joven tiene, en promedio, 7 dientes afectados por la caries.
- El 29 % de los adultos jóvenes tiene enfermedad periodontal moderada o severa.



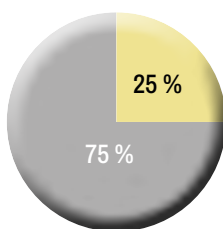
LOS ADULTOS MAYORES (65-74 AÑOS)

LA SALUD ORAL EN ADULTOS MAYORES (65-74 AÑOS) EN ESPAÑA 2025

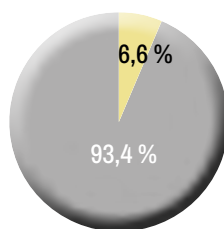
Cada adulto mayor presenta, de media, 14 dientes afectados por caries.



El 100 % de los adultos mayores tiene caries (5 millones de personas).



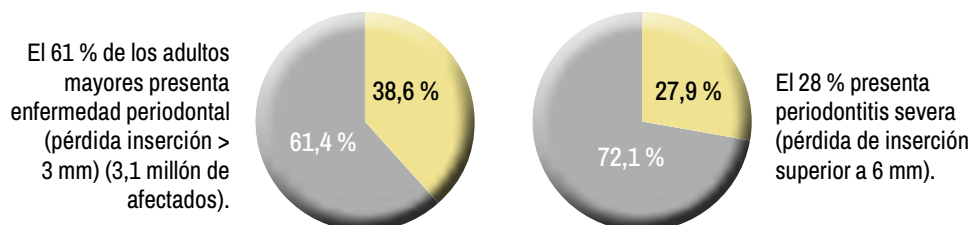
El 75 % de los dientes permanentes cariados está sin tratar.



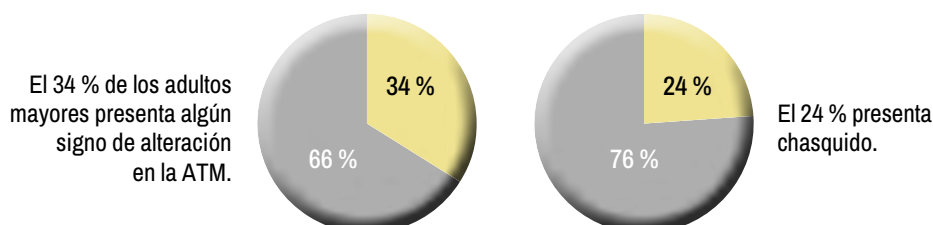
El 7 % de los adultos mayores es desdentado.

La caries en este grupo es universal, lo que supone un total de unos 5 millones de adultos mayores afectados a estas edades (65-74 años). El número medio de dientes permanentes cariados u obturados es de 13,8, con un índice de restauración (IR) del 24,8 %, lo que supone que 3 de cada 4 dientes permanentes afectados se encuentran sin tratar. El 6,6 % de los adultos mayores es edéntulo total.

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN ADULTOS MAYORES EN ESPAÑA 2025



LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN ESPAÑA 2025



En la cohorte de 65-74 años el porcentaje de sujetos con periodontitis (pérdida de inserción > 3 mm) es del 61,4 % y un 28 % presenta pérdida de inserción superior a los 6 mm. La exploración clínica revela presencia de signos en la articulación temporomandibular en el 33,6 %. De todos los signos, el chasquido es el más prevalente, presentándolo el 24,4 % de los adultos mayores.

CONCLUSIONES

En los últimos 25 años se ha producido una mejora significativa de la retención dental entre las personas mayores. Cada vez son más los adultos mayores que conservan más dientes y menos los que los han perdido todos (edentulismo). La asequibilidad y el acceso a la atención dental siguen siendo los obstáculos más importantes para la conservación de los dientes, ya que los adultos de menor nivel social tienen muchas más probabilidades de carecer de una dentición funcional.

- Entre los adultos de 65 años o más, el edentulismo ha disminuido del 24 % al 6,6 % en los últimos 25 años.
- Entre los adultos de 65 años o más, el 75 % de las lesiones de caries se encuentra sin tratar.
- La prevalencia de adultos mayores con 20 dientes ausentes o más ha pasado del 41 % al 14 % en este cuarto de siglo.
- El 61 % de los adultos mayores tiene enfermedad periodontal moderada o severa.



LA EVOLUCIÓN 2000-2025

EVOLUCIÓN DE LA CARIES

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

EVOLUCIÓN DE LAS AUSENCIAS DENTARIAS

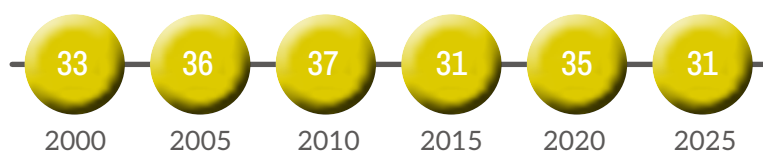
EVOLUCIÓN DE LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO DENTAL

EVOLUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE VISITAS DENTALES

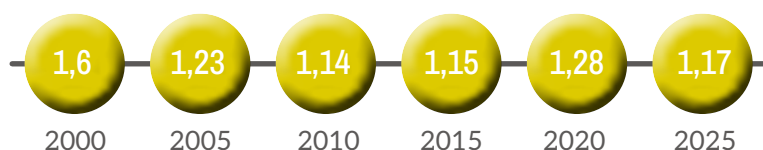


LA EVOLUCIÓN DE LA CARIES (2000-2025)

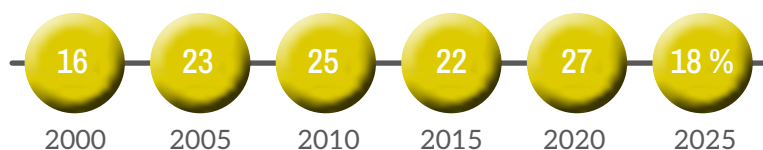
EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE CARIES EN DENTICIÓN TEMPORAL A LOS 5-6 AÑOS



EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE CARIES EN DENTICIÓN TEMPORAL (COD) A LOS 5-6 AÑOS



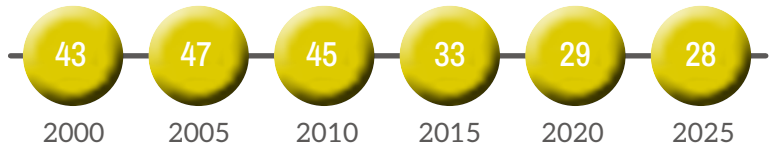
EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE RESTAURACIÓN EN DENTICIÓN TEMPORAL A LOS 5-6 AÑOS



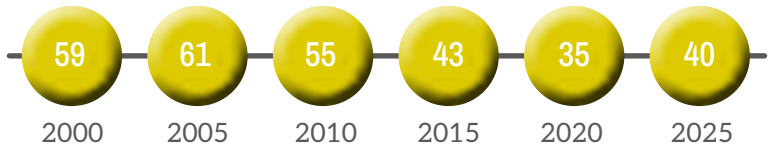
El porcentaje de menores con caries en sus dientes temporales no ha cambiado en este cuarto de siglo: un tercio tiene caries. Los índices de caries permanecen estables en este periodo. Los bajos índices de restauración revelan la poca trascendencia que se le da a la dentición temporal.

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE CARIES EN ADOLESCENTES

Grupo 12 años



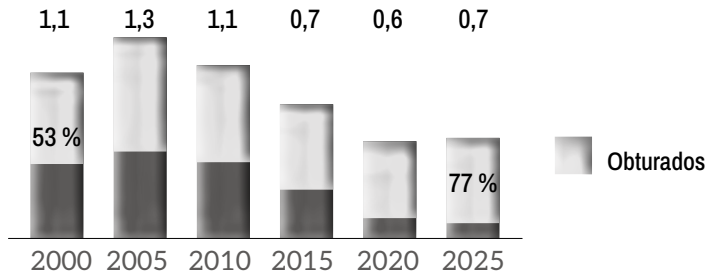
Grupo 15 años



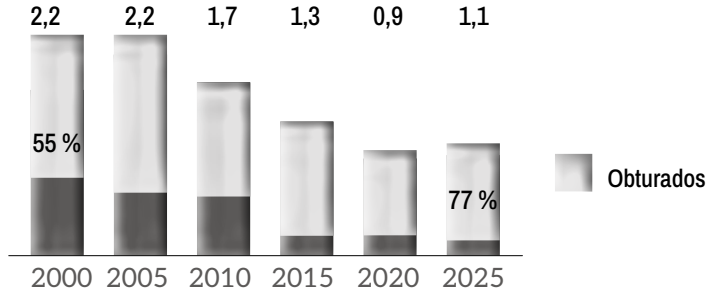
La prevalencia de caries se ha reducido el 35 % en el grupo de 12 años y el 32 % a los 15 años en este cuarto de siglo, reflejo de una clara mejoría y de un aumento de adolescentes libres de patología de caries.

EVOLUCIÓN DE LOS ÍNDICES DE CARIES (CAOD) E ÍNDICES DE RESTAURACIÓN

Grupo 12 años

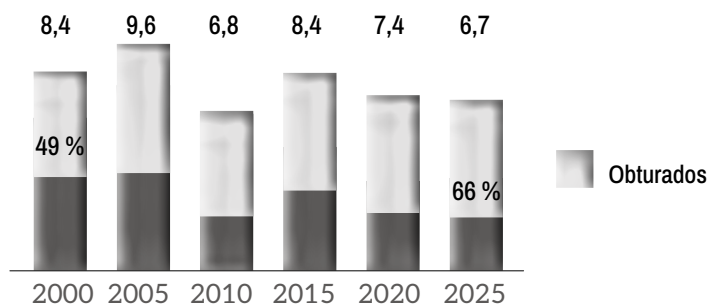


Grupo 15 años

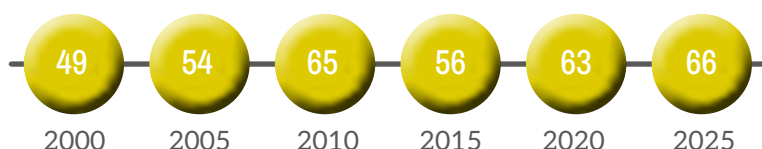


Los índices de caries se han reducido casi a la mitad y el índice de restauración ha aumentado un 35 % en este periodo.

EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE CARIES EN ADULTOS JÓVENES (35-44 AÑOS)

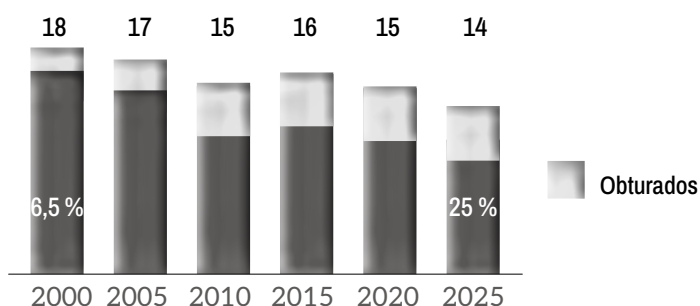


EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE RESTAURACIÓN EN ADULTOS JÓVENES (35-44 AÑOS)

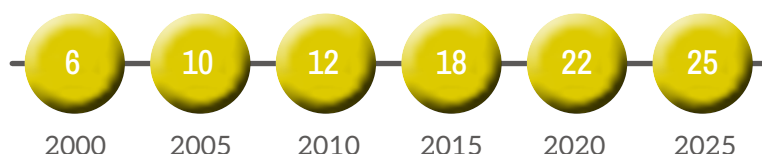


- La media de dientes afectados por la caries se ha reducido en casi 2 dientes.
- Los dientes restaurados han pasado del 49 % al 66 %, un incremento del 35 %.

EVOLUCIÓN DE LOS ÍNDICES CAOD EN ADULTOS MAYORES (65-74 AÑOS)



EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE RESTAURACIÓN EN ADULTOS JÓVENES (35-44 AÑOS)

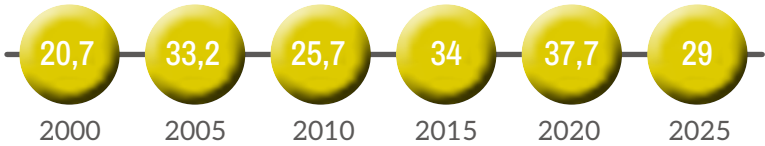


- La media de dientes afectados por la caries se ha reducido en 4 dientes.
- Los dientes restaurados han pasado del 6 % al 25 %. Sin embargo, la mayoría de la patología de caries sigue sin tratar.

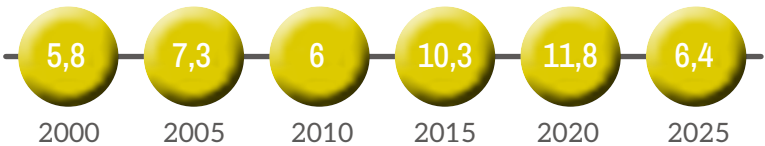
LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL (2000-2025)

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN ADULTOS JÓVENES

Prevalencia periodontitis (pérdida inserción > 3 mm)



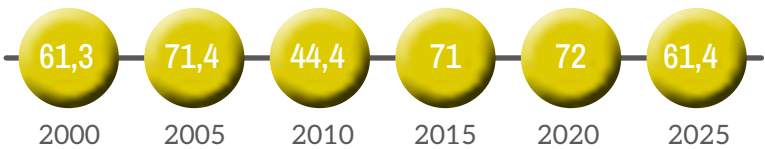
Prevalencia periodontitis severa (pérdida inserción > 6 mm)



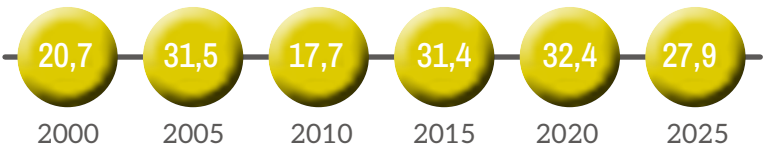
- La prevalencia de enfermedad periodontal ha oscilado entre el 21 % y el 29 %.
- La prevalencia de enfermedad periodontal severa parece estabilizada en torno al 6-7 %.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN ADULTOS MAYORES

Prevalencia periodontitis (pérdida inserción > 3 mm)



Prevalencia periodontitis severa (pérdida inserción > 6 mm)

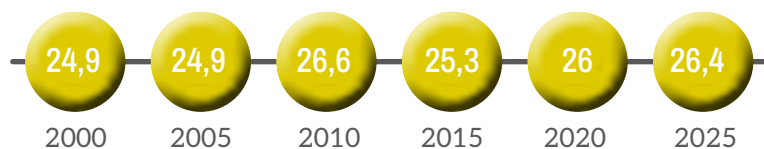


- La prevalencia de periodontitis se encuentra estabilizada en torno al 60 %.
- Asimismo, la prevalencia de pérdida de inserción severa es muy similar a lo largo del periodo, situándose entre el 20-30 %.

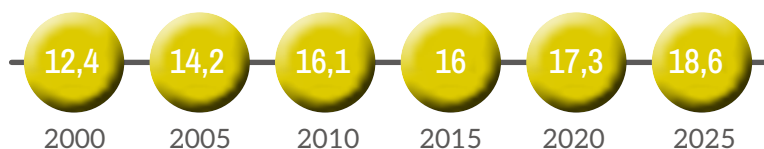
LA EVOLUCIÓN DE LAS AUSENCIAS DENTARIAS

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO MEDIO DE DIENTES PRESENTES (máximo 28 al excluir terceros molares)

Grupo 35-44 años

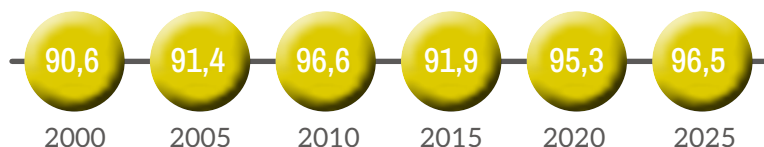


Grupo 65-74 años

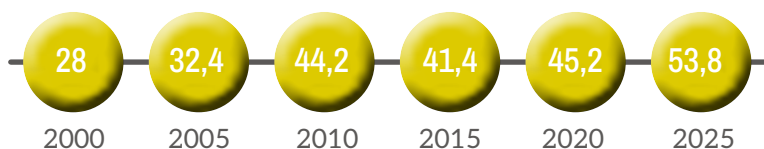


EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE SUJETOS CON, AL MENOS, 20 DIENTES PRESENTES

Grupo 35-44 años

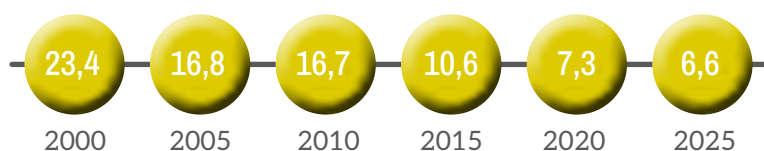


Grupo 65-74 años



EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE DESDENTADOS TOTALES

Grupo 65-74 años



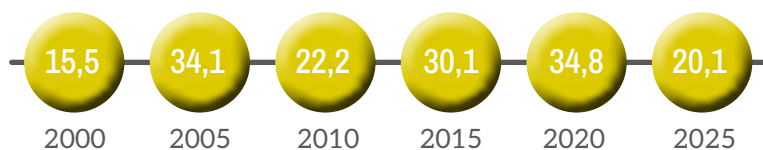
- La media de dientes presentes ha aumentado en 2 en los adultos jóvenes y en 6 dientes en los adultos mayores.
- El porcentaje de oclusión funcional (20 dientes o más) ha pasado del 28 % al 54 % en los adultos mayores.
- El porcentaje de desdentados totales en los adultos mayores se ha reducido del 24 % al 7 % en este periodo.



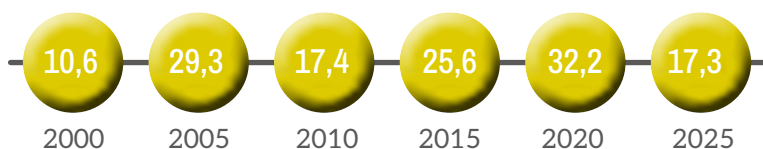
LA EVOLUCIÓN DE LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO DENTAL

EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE ADOLESCENTES CON, AL MENOS, 1 SELLADOR DE FISURAS

Grupo 12 años

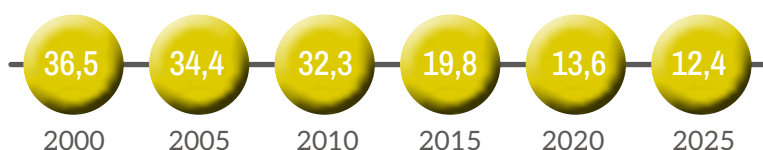


Grupo 15 años

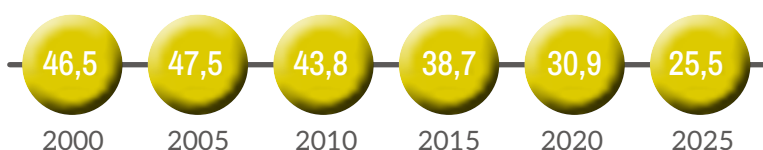


EVOLUCIÓN DE LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO RESTAURADOR

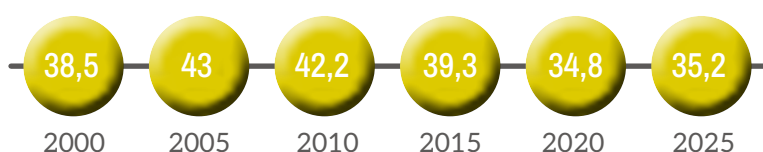
Grupo 15 años



Grupo 35-44 años

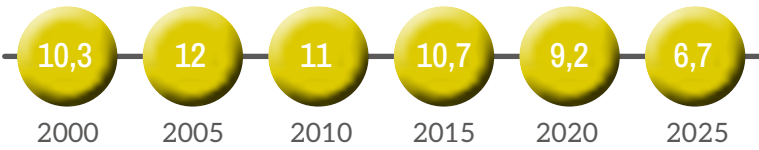


Grupo 65-74 años

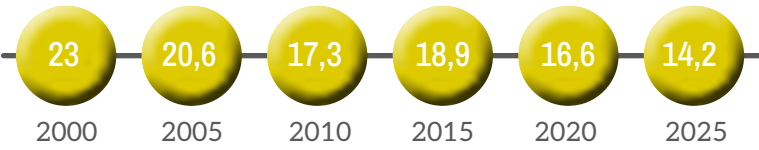


EVOLUCIÓN DE LAS NECESIDADES DE EXTRACCIÓN

Grupo 35-44 años



Grupo 65-74 años

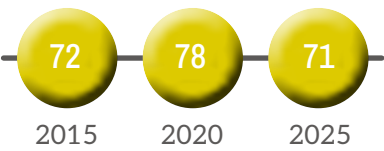


- Los adolescentes con selladores de fisuras, después de un incremento notable, se encuentran en niveles similares a los hallados al principio del periodo.
- Las necesidades de tratamiento restaurador se han reducido considerablemente en los adolescentes y en los adultos jóvenes.
- Las necesidades de extracción han disminuido entre un 35-40 % en la población adulta.

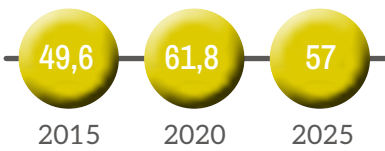
LA EVOLUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE VISITAS DENTALES

EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE LOS QUE ACUDEN AL DENTISTA, al menos, una vez en los últimos 12 meses (se dispone de datos a partir de 2015)

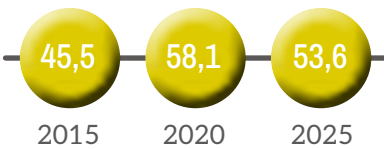
Grupo 12 años



Grupo 35-44 años



Grupo 65-74 años



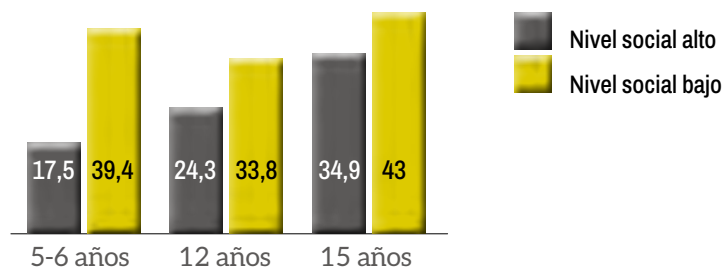
- La prevalencia de visitas al dentista, al menos, una vez al año es claramente superior en los adolescentes que en los adultos.
- En esta última década se asiste a una cierta estabilización de las cifras.



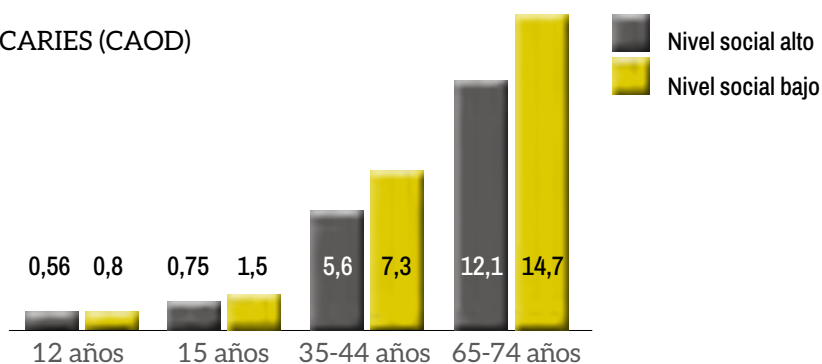
DESIGUALDADES EN SALUD ORAL

LA DESIGUALDAD EN CARIES

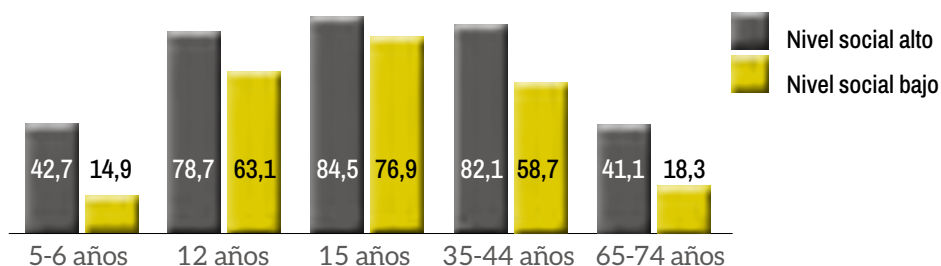
PREVALENCIA DE CARIES (%)



ÍNDICES DE CARIES (CAOD)



ÍNDICES DE RESTAURACIÓN



- La prevalencia de caries en los grupos infantil y adolescente es muy superior en aquellos de niveles socioeconómico más bajos, llegando a ser más del doble en dentición temporal a los 5-6 años.
- Los índices de caries son superiores en todos los tramos de edad en los sujetos de nivel socioeconómico bajo.
- Los índices de restauración son superiores en todos los tramos de edad, en los sujetos de nivel socioeconómico alto, llegando a ser el triple en dentición temporal.





EL IMPACTO COMUNITARIO DE LA PATOLOGÍA ORAL

LA DEMOGRAFÍA EN ESPAÑA

IMPACTO COMUNITARIO DE LA CARIES

IMPACTO COMUNITARIO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

IMPACTO COMUNITARIO DE LA PATOLOGÍA DE LA ATM

IMPACTO COMUNITARIO DEL BRUXISMO

IMPACTO COMUNITARIO EN LA CALIDAD DE VIDA ORAL

LA DEMOGRAFÍA EN ESPAÑA

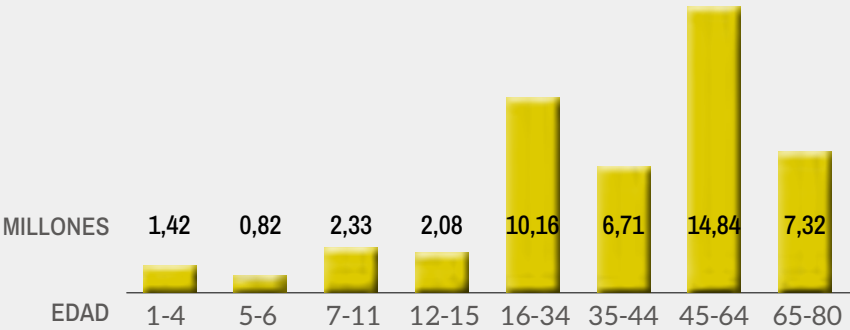
LA FUENTE

Los últimos datos disponibles sobre demografía se corresponden al 1 de abril de 2025. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2025), la población total residente en España asciende a 49,1 millones de habitantes; de los cuales, 24,1 millones son hombres, 25 millones son mujeres y 6,9 millones son extranjeros.

LOS TRAMOS ETARIOS CONTEMPLADOS

A efectos de poder realizar las aproximaciones del impacto de la salud oral, se han contemplado exclusivamente los siguientes tramos etarios, deteniendo el análisis a los 80 años de edad (93 % de la población total).

GRÁFICO: Población residente en España a 1 de abril de 2025, de 1 a 80 años, por tramos de edad (en millones de habitantes).



IMPACTO COMUNITARIO DE LA CARIES

LOS CÁLCULOS

El impacto de la caries ha sido calculado en base a los datos de la última Encuesta de Salud Oral en España, llevada a cabo en 2025 (Bravo et al, 2025). Los cálculos han sido realizados por tramo de edad, contemplándose dos variables:

- Cálculos para la experiencia global de caries (pasada y presente).
- Cálculos para la situación de caries activa (presente).

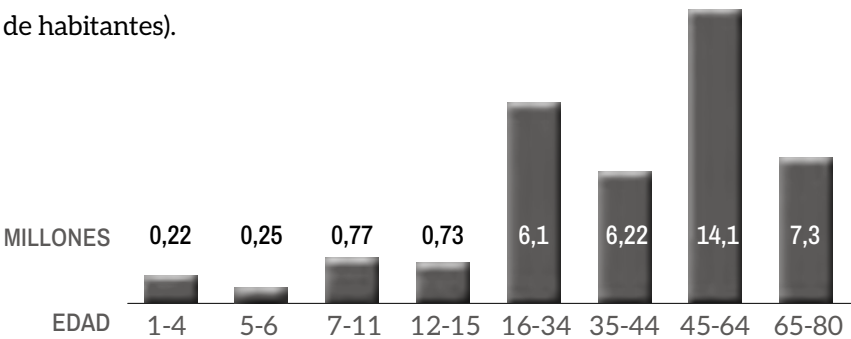
METODOLOGÍA DE LOS CÁLCULOS

Para aquellos tramos de edad de los que se dispone de datos específicos (3-4, 5-6 años, 12-15, 35-44 y 65-74 años), se han aplicado los datos directos de prevalencias de caries (global y caries activa) obtenidos en la encuesta nacional 2025. Para los tramos etarios de los que no existen datos directos de salud oral (1-4 años, 7-11 años, 16-34 años, 45-64 años y 75-80 años), se han extrapolado de los datos de los otros tramos, siguiendo la metodología descrita por el grupo de trabajo conjunto OMS-FDI (Joint Group WHO/FDI, 1991).

IMPACTO COMUNITARIO DE LA EXPERIENCIA GLOBAL DE CARIES

Definición: se considera afectación por caries a cualquier persona que presente lesión de caries, diente obturado o ausente debido a caries. Concretamente, se ha contabilizado a todo aquel con un índice CAOD superior a cero (cod superior a cero para los grupos 1-4 años y 5-6 años).

GRÁFICO: Impacto de la experiencia global de caries por tramos de edad (en millones de habitantes).

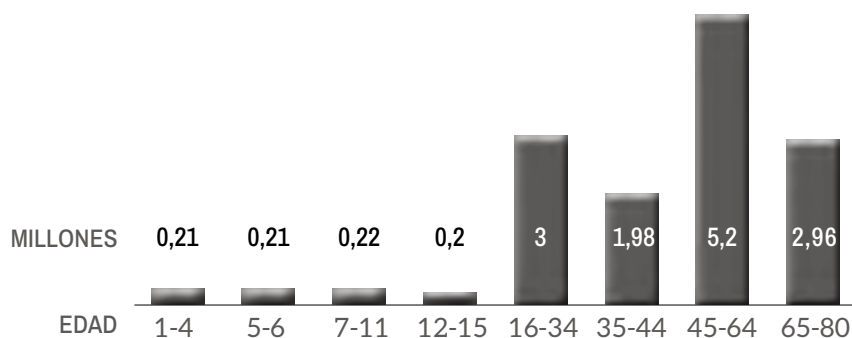


El impacto comunitario de la experiencia global de caries (pasada y presente) asciende a 35,7 millones de personas en España, el 78 % de toda la población comprendida entre 1 y 80 años.

IMPACTO DE LA CARIES ACTIVA

Definición: se considera afectación por caries activa a cualquier persona que presente lesión de caries actual (sin tratar). Concretamente, se contabiliza a todo aquel cuyo componente C del índice CAOD sea superior a cero (componente “c” del índice cod para los tramos de 1-4 años y 5-6 años).

GRÁFICO: Impacto de la experiencia de caries activa por tramos de edad (en millones de habitantes).



El impacto comunitario de la caries activa asciende a 14 millones de personas en España, el 30,6 % de toda la población comprendida entre 1 y 80 años.



IMPACTO COMUNITARIO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

LOS CÁLCULOS

El impacto de la enfermedad periodontal ha sido evaluado exclusivamente para la población de 35-80 años. Para los cálculos, se ha procedido a un doble análisis:

- En base al Índice Periodontal Comunitario (IPC) de la OMS.
- En base al análisis de la pérdida de inserción.

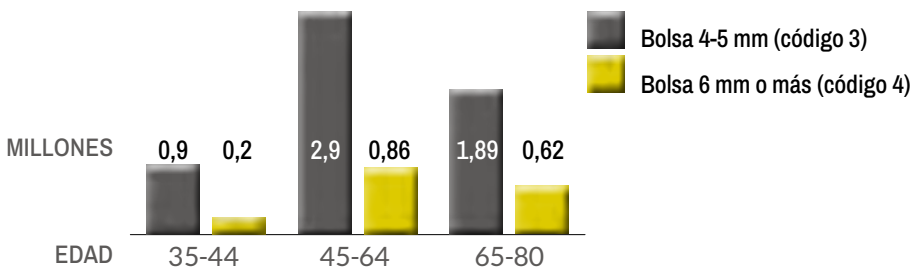
METODOLOGÍA DE LOS CÁLCULOS

Para aquellos tramos de edad de los que se dispone de datos específicos (35-44 y 65-74 años), se han aplicado los datos directos de prevalencias de enfermedad periodontal (IPC y pérdida de inserción) obtenidos en la encuesta nacional 2025. Para los tramos etarios de los que no existen datos directos de patología periodontal (45-64 años y 75-80 años), se han extrapolado de los obtenidos en los otros tramos.

IMPACTO COMUNITARIO DE LA PATOLOGÍA PERIODONTAL MEDIDO A TRAVÉS DEL IPC

Definición para análisis IPC: se considera afectación moderada a aquellos que presentan una máxima puntuación de 3 en el IPC, es decir, bolsa periodontal de 4-5 mm, siendo catalogada como bolsa profunda la puntuación de 4 (mediciones de 6 mm o más).

GRÁFICO: Impacto de la enfermedad periodontal, medido por el IPC máximo, por tramos de edad (en millones de habitantes).

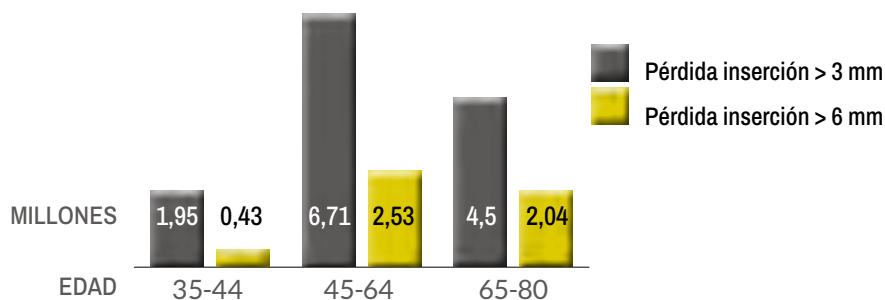


El impacto comunitario de la enfermedad periodontal, medido a través del IPC, asciende a 7,4 millones de personas en España, el 26 % de la población de 35-80 años. La presencia de bolsas profundas afecta a 1,7 millones de personas en ese intervalo etario.

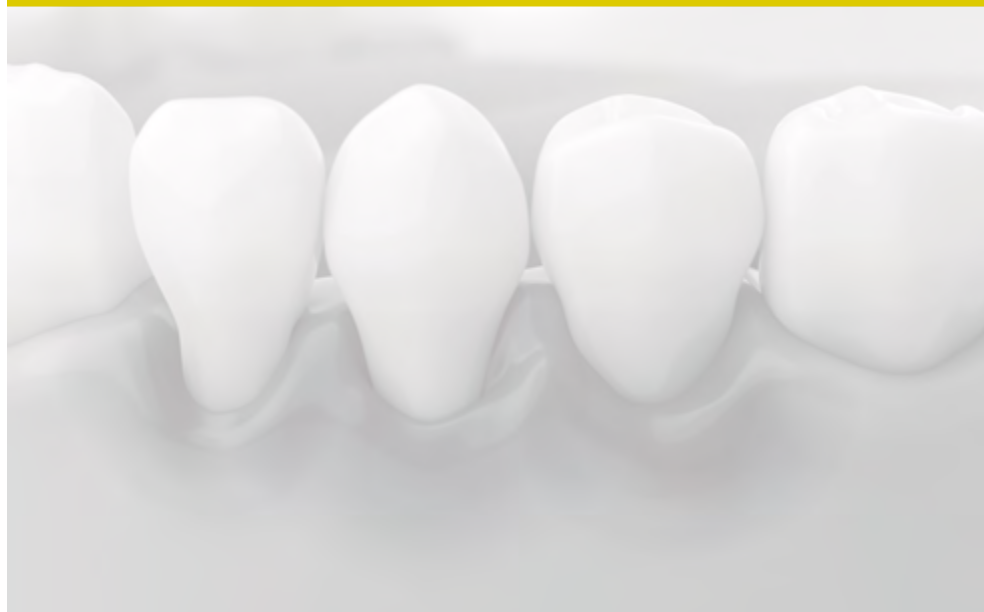
IMPACTO COMUNITARIO DE LA PATOLOGÍA PERIODONTAL MEDIDO A TRAVÉS DE LA PÉRDIDA DE INSERCIÓN

Definición para análisis de pérdida de inserción: se considera pérdida de inserción a toda aquella que supera los 3 mm, siendo considerada pérdida de inserción grave la que alcanza o supera los 6 mm.

GRÁFICO: Impacto de la enfermedad periodontal, medido a través de la pérdida de inserción máxima, por tramos de edad (en millones de habitantes).



El impacto comunitario de la enfermedad periodontal, medido a través de la pérdida de inserción máxima, asciende a 13,1 millones de personas en España, el 45 % de la población de 35-80 años. La presencia de pérdida de inserción grave (6 mm o más) afecta a 5 millones de personas en ese tramo etario (17,3 %).



IMPACTO COMUNITARIO DE LA PATOLOGÍA DE LA ATM

LOS CÁLCULOS

El impacto de la patología de la ATM ha sido evaluado exclusivamente para la población de 35-80 años. Para los cálculos, se han analizado las siguientes variables:

- Presencia de síntomas en el paciente (pregunta del encuestador).
- Presencia de signos: chasquido a la palpación, dolor a la palpación, limitación de apertura (<30 mm).

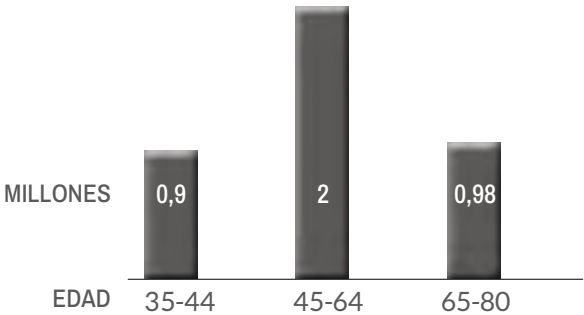
METODOLOGÍA DE LOS CÁLCULOS

Para aquellos tramos de edad de los que se dispone de datos específicos (35-44 y 65-74 años), se han aplicado los datos directos de prevalencias de patología de la ATM (presencia de síntomas y presencia de signos clínicos) obtenidos en la encuesta nacional 2025. Para los tramos etarios de los que no existen datos directos de patología periodontal (45-64 años y 75-80 años), se han extrapolado de los obtenidos en los otros tramos.

IMPACTO COMUNITARIO DE LA PATOLOGÍA DE LA ATM MEDIDO A TRAVÉS DE CUESTIONARIO

Definición para el análisis del cuestionario ATM: se considera presencia de problemas de ATM a aquellos que refieren sintomatología en el cuestionario directo al sujeto explorado.

GRÁFICO: Impacto de la patología de la ATM, medido a través del cuestionario de síntomas, por tramos de edad (en millones de habitantes).



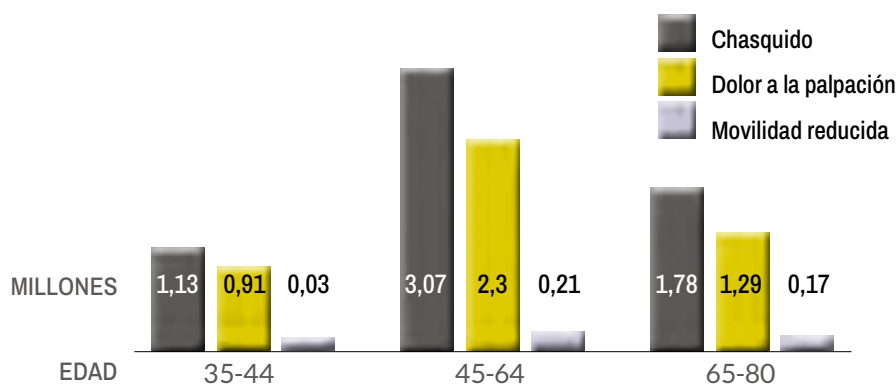
El impacto comunitario de la patología de la ATM, medido a través de cuestionario de síntomas, asciende a 3,9 millones de personas, el 13,5 % de la población de 35-80 años.

IMPACTO COMUNITARIO DE LA PATOLOGÍA DE LA ATM MEDIDO A TRAVÉS DE EXPLORACIÓN CLÍNICA

Definición para la exploración clínica de ATM: se considera presencia de problemas clínicos de ATM a aquellos que presentan, al menos, alguno de los 3 parámetros valorados en la exploración:

- Chasquido a la palpación.
- Dolor a la palpación.
- Limitación de apertura (<30 mm).

GRÁFICO: Impacto de la patología de la ATM medido a través de exploración clínica de ATM por tramos de edad (en millones de habitantes).



El impacto comunitario de la patología de la ATM, medido a través de la exploración clínica, asciende a 6 millones de personas para el chasquido, 4,5 millones para el dolor a la palpación y 0,4 millones para la reducción de apertura en la población de estos tramos etarios. En global, 8,7 millones presentan, al menos, un signo clínico (30 % de la población de 35-80 años).



IMPACTO COMUNITARIO DEL BRUXISMO

LOS CÁLCULOS

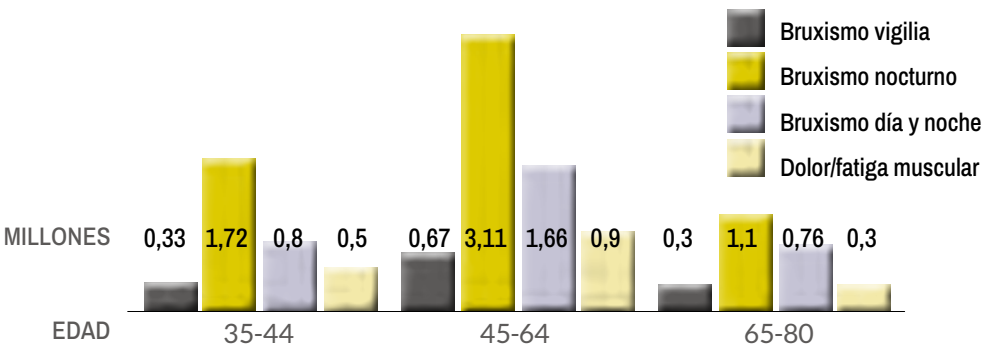
El impacto del bruxismo ha sido evaluado exclusivamente para la población de 35-80 años. Para los cálculos, se han analizado las siguientes variables procedentes de cuestionario directo al sujeto explorado:

- Consciencia de apretar/rechinar los dientes durante el día (bruxismo de vigilia).
- Consciencia o información de apretar/rechinar los dientes durante la noche (bruxismo nocturno).
- Consciencia o información de apretar/rechinar los dientes durante el día y la noche (bruxismo continuo).
- Dolor o fatiga muscular frecuente en cara o sienes al levantarse por la mañana.

METODOLOGÍA DE LOS CÁLCULOS

Para aquellos tramos de edad de los que se dispone de datos específicos (35-44 y 65-74 años), se han aplicado los datos directos de prevalencias de síntomas de bruxismo (bruxismo de vigilia, nocturno, continuo o dolor/fatiga muscular) obtenidos en la encuesta nacional 2025. Para los tramos etarios de los que no existen datos directos de bruxismo (45-64 años y 75-80 años), se han extrapolado de los obtenidos en los otros tramos.

GRÁFICO: Impacto del bruxismo, medido a través de cuestionario, por tramos de edad (en millones de habitantes).



El impacto comunitario del bruxismo, medido a través de cuestionario de percepción de rechinarlos (diurno, nocturno o ambos), asciende a 10,4 millones de personas en los grupos de 35-80 años de edad. La presencia de dolor o fatiga muscular en la cara o sienes al despertar afecta a 1,7 millones (6 % de los comprendidos entre 35-80 años).

IMPACTO COMUNITARIO EN LA CALIDAD DE VIDA ORAL

LOS CÁLCULOS

El impacto de las patologías bucodentales sobre la calidad de vida oral se ha analizado en base a dos preguntas de cuestionario directo:

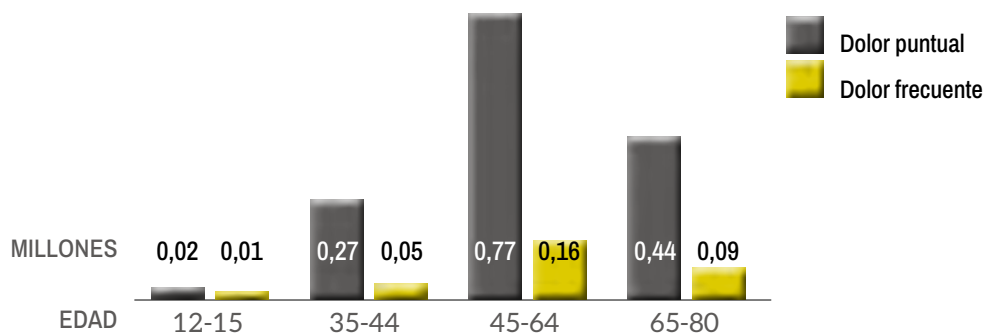
- Presencia de dolor dentario en los últimos 12 meses.
- Problemas para comer/masticar en los últimos 12 meses.

En ambos casos se ha recogido la prevalencia de estas dos variables en dos dimensiones: los que refieren algún episodio puntual y los que manifiestan un problema frecuente o muy frecuente, ambos referidos al último año.

METODOLOGÍA DE LOS CÁLCULOS

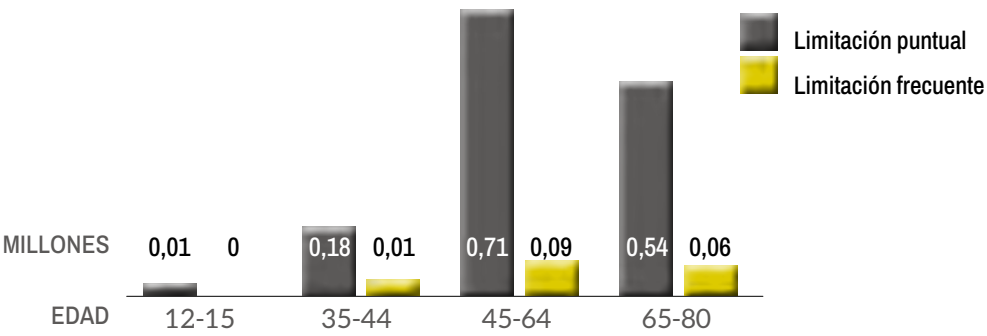
Para aquellos tramos de edad de los que se dispone de datos específicos (12-15, 35-44 y 65-74 años), se han aplicado los datos directos de calidad de vida oral (dolor dentario y/o problemas para masticar en los últimos 12 meses) obtenidos en la encuesta nacional 2025. Para los tramos etarios de los que no existen datos directos de bruxismo (45-64 años y 75-80 años), se han extrapolado de los obtenidos en los otros tramos.

GRÁFICO: Impacto del dolor dentario sobre la calidad de vida oral, medido a través de cuestionario, por tramos de edad (en millones de habitantes).



El impacto comunitario del dolor dentario sobre la calidad de vida oral afecta a 1,8 millones de personas; de las cuales unas 300.000 lo padecen con una alta frecuencia en los grupos de edad analizados.

GRÁFICO: Impacto de la limitación para comer/masticar de origen dentario sobre la calidad de vida oral, medido a través de cuestionario, por tramos de edad (en millones de habitantes).



El impacto comunitario de la limitación para comer/masticar de origen dentario sobre la calidad de vida oral asciende a 1,6 millones de personas en los grupos de edad analizados.



ANÁLISIS DEL PLAN DE AMPLIACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS EN SALUD BUCODENTAL

ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN

ANÁLISIS DE LOS RECURSOS

ANÁLISIS DE LOS COSTES



ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN

EL NUEVO PLAN

El Plan para la Ampliación de la Cartera Común de Servicios de salud Bucodental en el Sistema Nacional de Salud (Consejo Interterritorial del SNS, 2022) aprobado en junio de 2022 tiene un doble objetivo:

- Homogeneizar las prestaciones de atención de salud bucodental en el territorio nacional, garantizando la equidad en su acceso.
- Incrementar los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública, con un enfoque fundamentalmente preventivo y priorizando determinados colectivos (infantojuvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas con cáncer, en concreto aquellas personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial).

LOS COLECTIVOS BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES

- **Población infantojuvenil, de 0 a 14 años.** La cobertura incluye revisión periódica del estado de salud oral, determinación del riesgo de caries, uso de sustancias remineralizantes, selladores de fisuras, tartrectomía, técnicas de mínima intervención en dentición temporal, restauraciones en dentición permanente (siempre que no exista afectación pulpar irreversible), tratamiento de traumatismos dentales en permanentes (incluyendo tratamiento pulpar).
- **Embarazadas:** acudirán, al menos, a una visita odontológica, preferentemente durante el primer trimestre del embarazo. Dentro de la cartera de servicios se incluyen consejos para la madre y el bebé, exploración clínica y tartrectomía cuando esté indicada.
- **Personas con discapacidad:** a aquellos mayores de 14 años con discapacidad intelectual o con una discapacidad que limite la movilidad de los miembros superiores y que impida el correcto autocuidado necesario para alcanzar y mantener una adecuada salud bucodental se les facilitarán, cuando esté indicado por el riesgo que pueda comportar para el desarrollo de enfermedades bucodentales, los tratamientos de

Odontología Conservadora contemplados en esta cartera en el apartado infantojuvenil. Esto se aplicará, al igual que para el conjunto de las demás actuaciones, en el medio más adecuado a sus características individuales.

- **Personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial:** exploración clínica, aplicación de sustancias remineralizantes o antisépticas y trectomía cuando esté indicada.

LAS EXCLUSIONES

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

- Obturaciones definitivas y tratamientos pulpares en la dentición temporal.
- Tratamientos pulpares en la dentición definitiva, excepto lo señalado para los traumatismos dentarios.
- Tratamientos ortodóncicos.
- Exodoncias de dientes sanos por indicación exclusivamente ortodóncica.
- Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.
- Implantes dentarios y prótesis dentales, salvo los incluidos en la cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica.
- Realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones contempladas como financiables por el Sistema Nacional de Salud en esta norma.

LOS PLAZOS

Se estipuló que las nuevas prestaciones establecidas se empezaran a prestar de forma efectiva por los servicios de salud de las comunidades autónomas antes del 31 de diciembre de 2023.

ANÁLISIS DE LOS RECURSOS

LOS RECURSOS DEL SECTOR PÚBLICO

Los últimos datos disponibles indican que hay unos 1.400 dentistas trabajando en el sector público a nivel nacional (Ministerio de Sanidad, 2024) para una población que supera los 49 millones de personas (ratio 1 dentista/35.000 habitantes). El número de Unidades de Salud Bucodental asciende a 1.170 en todo el territorio nacional.

LA CUANTIFICACIÓN DE LOS GRUPOS DIANA

A efectos de poder realizar las aproximaciones del impacto de las nuevas prestaciones sobre los recursos humanos disponibles, es preciso cuantificar el volumen global de posibles beneficiarios del Plan de Ampliación, así como el porcentaje de cobertura



que se pretende alcanzar. El propio documento del Ministerio de Sanidad asume un porcentaje de cobertura del 70 % en todos los grupos contemplados.

- **Población infantojuvenil (0-14 años):** el número total de beneficiarios asciende a 6.830.633 personas, lo que equivale a unos 4,7 millones de menores para una cobertura del 70 %.
- **Embarazadas:** 358.747 mujeres anualmente (251.123 para cobertura del 70 %).
- **Cáncer cabeza y cuello:** incidencia anual de 7.720 personas (5.404 para cobertura del 70 %).
- **Personas > 14 años con discapacidad (incluye procesos neuromusculares):** 273.636 personas (191.545 para cobertura del 70 %).

Estos datos indican que las nuevas prestaciones alcanzan a un total potencial de unos 7,5 millones de personas (con una cobertura estimada para 5,1 millones), a los que hay que sumar la atención bucodental a demanda para el resto de la población residente.

El informe del Ministerio de Sanidad (nota prensa, 18 junio 2024) indica que en el año 2023 se realizó una inversión de 68 millones de euros ejecutándose el 85 % del presupuesto. Fueron atendidos 1,1 millones de menores de 0-14 años (23,3 % de cobertura) y 111.755 embarazadas (34 % de cobertura), además de pacientes con discapacidad o tumor de cabeza y cuello (sin especificar datos de cobertura para estos dos últimos colectivos). En cuanto a los datos de pacientes que consultan a demanda, no se dispone de información precisa de fuentes administrativas (ni nacional, ni autonómica). Sin embargo, los sucesivos *Libros Blancos* sobre encuesta poblacional llevados a cabo desde 2010 con periodicidad quinquenal indican que solo el 3-4 % de la población acude a una clínica dental pública, lo que equivaldría a unos 2 millones de usuarios anualmente.

LAS DEFICIENCIAS DE RECURSOS

En base a los propios datos suministrados por el Ministerio de Sanidad en 2024, la inversión realizada de 68 millones de euros (de la que se ejecutó el 85 %) solamente permitió alcanzar una cobertura del 23 % en el grupo infantojuvenil y del 34 % en embarazadas, lejos del 70 % fijado como objetivo. Dicho de otra forma, con los recursos actuales disponibles (económicos y de recursos humanos) parece a todas luces inviable alcanzar el grado de cobertura estipulado. Si bien, es sumamente complejo con los datos disponibles efectuar un cálculo preciso de los recursos humanos que serían necesarios para cumplir con los compromisos contraídos, una aproximación lógica indica que se necesitaría ampliar la plantilla en, al menos, unos 1.200 dentistas públicos más a nivel nacional, lo que conllevaría una inversión muy superior a la actual, amén de la convocatoria de una oferta de empleo público urgente.



ANÁLISIS DE LOS COSTES

EL GASTO PÚBLICO ACTUAL

El gasto público sanitario en España es de aproximadamente 98.000 millones de euros, lo que representa el 6,5 % del PIB global. Según datos del Ministerio de Sanidad (Informe Anual del SNS, 2023), el 0,4 % del gasto público sanitario se dedica a consultas odontológicas, lo que supondría unos 390 millones de euros (material, recursos humanos, mantenimiento, etc.).

EL GASTO PRIVADO ACTUAL

El gasto privado en salud bucodental en España oscila entre los 3.800-4.300 millones de euros anuales (INE, 2023), dependiendo de la fuente consultada, existiendo ciertas oscilaciones de un año a otro en el último lustro.

CÁLCULOS DE LA ESTIMACIÓN DE COSTES

La estimación de costes ha sido realizada asumiendo alcanzar una cobertura del 70 % en los grupos beneficiarios del Plan de Salud Bucodental. Asimismo, se diferencian dos capítulos diferentes:

- Ampliación de los recursos humanos necesarios.
- Ampliación de la aportación anual a las comunidades autónomas.

Como se ha comentado anteriormente, con los recursos actuales solamente se ha conseguido alcanzar una cobertura del 23 % en el grupo infantojuvenil y del 34 % en embarazadas. Si bien no se dispone de datos nacionales sobre el grado de cobertura en el grupo de personas con discapacidad, los datos de determinadas comunidades autónomas hacen sospechar que se está muy lejos de haber atendido a 192.000 pacientes de este grupo.

En el capítulo de costes públicos, se destinan unos 390 millones a consultas dentales (personal, gasto de material, mantenimiento, etc.) amén de una aportación anual de unos 68 millones de euros que son repartidos a las comunidades autónomas y el INGESA en base a unos criterios concretos.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, y asumiendo la enorme dificultad de poder realizar una estimación de costes precisa con los datos disponibles, parece evidente que los recursos disponibles en la actualidad son incapaces de asumir el compromiso de alcanzar una cobertura del 70 % en los grupos destinatarios definidos en el Plan de ampliación.

LA APROXIMACIÓN A LOS COSTES

Actualmente, hay 1.432 dentistas (además de personal auxiliar e higienista) repartidos en 1.170 unidades de salud bucodental a nivel nacional. Estos recursos son incapaces de dar cumplimiento a una cobertura del 70 % para la atención bucodental de 5 millones de menores, 251.000 embarazadas, 191.000 personas con discapacidad, pacientes oncológicos de cabeza y cuello, y los millones de pacientes que acuden anualmente a solicitar atención bucodental a demanda por diferentes motivos (dolor, infección, extracciones, etc.). Para poder dar respuesta a los objetivos marcados, sería necesario ampliar la plantilla entre 1.200-1.400 nuevos dentistas públicos, además de la contratación de más personal auxiliar e higienista en las unidades de salud bucodental. Esto supondría elevar el gasto público actual de 390 millones de euros a una cifra comprendida entre los 750-780 millones de euros.

Por otra parte y de manera paralela, la aportación anual a las comunidades autónomas y al INGESA debería duplicarse, pasando de los 68 millones de euros anuales a los 136-140 millones de euros.

Con estas cifras, el gasto público sanitario dedicado a la salud bucodental duplicaría la cantidad asignada actualmente para alcanzar el 0,8-0,9 % del total del gasto público sanitario, lejos aún de la media europea (1,6 %).



DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

EVOLUCIÓN DE LA SALUD ORAL 2000-2025

En este análisis se tendrá en cuenta la evolución experimentada desde la encuesta del año 2000 hasta el último estudio llevado a cabo en 2025, incluyendo encuestas intermedias con periodicidad quinquenal. Esta es la sexta encuesta realizada con metodología estandarizada de la OMS. Esta serie histórica de 25 años permite observar con suficiente precisión la tendencia de estos indicadores sanitarios. Para interpretar los datos sobre caries dental, ha de tenerse en cuenta que en todos los casos se recurre al criterio diagnóstico de la OMS, es decir, aquellas lesiones con una “lesión cavitada inconfundible y/o invasión de la dentina” que necesitan tratamiento restaurador.

En la encuesta de 2025 se ha introducido por primera vez el grupo etario de 3-4 años. El único antecedente de datos epidemiológicos en estas edades es la encuesta del año 2007 (Bravo M, 2007). Su introducción se justifica por la necesidad de monitorizar la caries en dentición temporal, toda vez que la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha incorporado algunas prestaciones de Odontología para las cohortes de 0-5 años.

EVOLUCIÓN DE LA CARIES DENTAL

• Grupos infantiles (3-4 años y 5-6 años)

En el grupo de 3-4 años el índice cod de 2007 arrojaba un resultado de $0,62 \pm 1,76$, siendo de $0,49 \pm 1,50$ en 2025 ($p=0.124$). Aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, sí marca una tendencia al descenso en el intervalo 2007-2025.

En la cohorte 5-6 años no hay diferencias significativas, ni en la prevalencia de caries en dentición temporal, ni en la media de dientes afectados. En el índice de restauración (IR) de dentición temporal (tratamiento no cubierto por el SNS) se observa una caída de cerca de diez puntos porcentuales respecto de 2020 (27,1 vs 17,9 %), aunque en valores cercanos a otras encuestas, sin que estas diferencias sean significativas. Los niños de nivel socioeconómico (NSE) bajo tienen significativamente más historia de caries y más lesiones sin tratar que el resto de la población. Lo mismo ocurre con la variable “nacido en el extranjero” respecto de los nacidos en España.

• Grupos adolescentes (12 y 15 años)

La caries en dentición permanente continúa con su tendencia descendente. Si bien esta bajada no es significativa desde la última encuesta, sí lo es en la última década y desde el inicio de esta serie. La prevalencia de caries en adolescentes ha descendido un 36 % a los 12 años y un 32 % a los 15 años durante este cuarto de siglo. El descenso

del índice CAOD entre 2000 y 2025 se sitúa entre el 40-48 %, pasando de 1,12 a 0,67 (a los 12 años) y de 2,20 a 1,15 (a los 15 años).

En una enfermedad de distribución claramente asimétrica como la caries dental, tan importante como la media es observar la distribución de la misma. Se constata nuevamente que un bajo porcentaje de individuos concentra la mayor parte de las lesiones, confirmándose el llamado “fenómeno 20/80”. Así, a los 12 años, el 72,1 % está libre de caries, mientras que el 17,5 % acumula el 84,5 % de las lesiones; a los 15 años, el 59,9 % está libre de caries y el 17,3 % acumula el 69,7 % de las lesiones. En 2025, el nivel socioeconómico (NSE) y el origen de nacimiento (España/extranjero) no muestran diferencias significativas en el nivel de caries, asociación que si se observaba en encuestas anteriores. En cuanto al índice de restauración (proporción de dientes obturados), se ha incrementado un 31 % en los de 12 años y un 40 % en los adolescentes de 15 años.

• Grupos adultos (35-44 años y 65-74 años)

En la cohorte 35-44 años y en el análisis de los periodos mencionados anteriormente no se observan cambios en la prevalencia de caries (afecta entre el 93-96 % de los adultos jóvenes), pero sí hay un descenso significativo de caries no tratada del 46 % en el 2000 al 29 % en 2025. El índice CAOD se ha reducido de 8,40 a 6,75 en el periodo, disminuyendo de manera notable la proporción de dientes ausentes y aumentando proporcionalmente la media de dientes restaurados. La población de esta edad accede a más tratamiento, aunque no esté financiado por el SNS. El índice de restauración ha pasado del 49 % (en el año 2000) al 66 % en 2025. La actual generación de 35-44 años fueron niños y adolescentes cuando, a principios de los 90, comenzaron los primeros programas preventivos y asistenciales en España (PADIs), por lo que muy probablemente su nivel educativo en materia de salud bucodental haya mejorado. En el grupo de 65-74 años la historia de caries afecta prácticamente a la totalidad de los sujetos. Aquí, la mayor parte del índice, que es de 13,81, está compuesto al 68 % por dientes ausentes. No obstante, parte de estas ausencias lo han podido ser por causa diferente a la caries, por lo que el índice CAOD en estas edades refleja una combinación de factores y no es solamente atribuible a esta patología. Se ha producido un descenso significativo del CAOD del 24 %, lo que supone unos 4 dientes menos afectados de promedio. En cuanto a las restauraciones, si bien han aumentado en este periodo al pasar del 6,5 % a poco menos del 25 %, en este grupo se continúa confirmando la baja demanda asistencial. Se aprecia un claro gradiente social, con un índice de restauración del 41 % en los adultos mayores de nivel social alto frente al 18 % en los de nivel bajo.



EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

La patología periodontal ha sido evaluada en dos vertientes. Mediante el Índice Periodontal Comunitario (IPC) que mide la presencia de bolsas periodontales e inflamación y a través de la pérdida de inserción que cuantifica los milímetros de sujeción que ha perdido el complejo diente-periodonto, con o sin patología inflamatoria.

• Índice Periodontal Comunitario (IPC)

El índice IPC muestra cifras fluctuantes, pero sin diferencias significativas respecto de las últimas encuestas. De nuevo, lo más reseñable es el bajo porcentaje de sujetos con un periodonto completamente sano, 29,4 % y 23,1 % en 35-44 y 65-74 años, respectivamente. Entre los adultos jóvenes, la patología periodontal severa con bolsas > 6 mm afecta sólo al 2,9 %.

Entre los mayores de 65-74 años, el índice muestra también unos valores estables en el periodo con una prevalencia de bolsas moderadas del 26 % (35 % en 2000, diferencias no significativas). La presencia de bolsas > 6 mm afecta al 8,5 % de los sujetos (8,7 % en 2000).

• Pérdida de inserción

En los adultos jóvenes, la prevalencia de pérdida de inserción superior a 3 mm ha venido oscilando entre el 21-29 % y la pérdida de inserción severa (superior a 6 mm)

se encuentra estabilizada en torno al 6-7 %. En los adultos mayores, la prevalencia de pérdida de inserción se encuentra estabilizada afectando a 6 de cada 10 mayores. Las cifras de pérdida de inserción severa (superior a 6 mm) han oscilado entre el 20-30 % en el periodo analizado.

EVOLUCIÓN DEL ESTADO Y NECESIDAD DE PRÓTESIS

En los adultos jóvenes, un 14,1 % porta una prótesis, siendo la más frecuente la prótesis fija sobre dientes o sobre implantes osteointegrados (un 8,3 % en el maxilar superior y un 5,4 % en el inferior). En la evolución, hay menos portadores de prótesis que en 2000, ganando peso la prótesis fija (tanto dentosoportada como implantosoportada). En la cohorte de adultos mayores, el 65,7 % porta algún tipo de prótesis. Aquí también la más frecuente es la fija sobre dientes o sobre implante. Se observan diferencias significativas en función del nivel socioeconómico: en los niveles más altos predomina la prótesis fija, mientras en los niveles menos favorecidos el tipo de prótesis más habitual es la removible. En el análisis de la evolución, los portadores de prótesis completa se reducen en un 68 % y los de parcial removible un 28 %, mientras los portadores de fija aumentan un 84 % (diferencias todas ellas estadísticamente significativas).

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DIENTES PRESENTES Y PREVALENCIA DE DESDENTADOS

En los adultos jóvenes, la media de dientes ausentes ha pasado de un valor de 3 en el año 2000 al 1,56 actual. En el grupo de 65-74 años esta media de dientes ausentes era de cerca de 16 en el año 2000, disminuyendo a 10 en la actualidad. En cuanto a la oclusión funcional (al menos, 20 dientes presentes) en los adultos mayores, las cifras han pasado del 28 % (en 2000) al 54 % en 2025. Finalmente, la prevalencia de desdentados totales en los mayores ha descendido del 23,4 % al 6,55 % en estos 25 años.

EVOLUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE VISITAS AL DENTISTA

Durante el periodo analizado, solamente se disponen de datos fiables para la década 2015-2025. Las cifras indican una cierta estabilización en el porcentaje de población que ha acudido al dentista, al menos, una vez en el último año. También se aprecia que la frecuencia de visitas es claramente superior en la población infantojuvenil que en la adulta. Los datos de la OCDE (2019) indican que la media en la UE se situaba en torno al 60 % en 2019, última fecha en la que se dispone de información. El análisis del gradiente social en España mostraba diferencias importantes, de tal manera que en el nivel socioeconómico alto se rozaba la media europea (58 %), mientras que solo el 35 % de los del nivel socioeconómico más bajo acudió al dentista en el último año.



PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

La decisión de aumentar la cartera de servicios comunes de salud bucodental dentro del SNS (Orden SND/454/2025) promovida por el Gobierno de España a través del Plan de Salud Bucodental es una nueva oportunidad para mejorar la salud de la ciudadanía en nuestro país. Este impulso se alinea con las directrices marcadas en la primera conferencia global en salud bucodental de la OMS (Bangkok, 26-29 noviembre de 2024) en la que se realiza un llamamiento a todos los países para que den prioridad a la prevención y amplíen el acceso a servicios de salud bucodental asequibles como parte del camino hacia la cobertura sanitaria universal con la declaración de Bangkok: “No hay salud sin salud bucodental” (OMS, 2024). El desarrollo del Plan para la Ampliación de la Cartera Común de Servicios de Salud Bucodental en el Sistema Nacional de Salud (Consejo Interterritorial del SNS, 2022) requiere no únicamente de una evaluación futura de la actividad realizada (ya establecida y consensuada en el propio Plan), sino una evaluación basada en criterios de salud con unos objetivos de futuro fijados para 2040-2050. De hecho, la declaración de Bangkok determina “Establecer objetivos nacionales claros para la salud bucodental, alineados con los objetivos globales del Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental 2023-2030, y medir los avances utilizando sistemas de monitoreo integrados con otras enfermedades no transmisibles” (OMS, 2024).

En el documento del Plan para la Ampliación de la Cartera no se ofrecen datos numéricos sobre la actividad desarrollada en la actualidad con fondos del SNS, ya sea por la red de centros de atención primaria o concertados, como tampoco figuran datos sobre el total de profesionales de salud bucodental en el SNS (dentistas, higienistas y personal auxiliar). La única información disponible, basada en simples cuestionarios a las CC.AA, indica si una actividad determinada se realiza o no (tartrectomía, sellado, obturación, etc.) en una determinada comunidad autónoma. Probablemente, se trata de un ejercicio de recolección de información heterogénea donde los datos provenientes de las CC.AA. son insuficientes y donde el ejercicio comparativo de la actividad realizada se reduce a información de nivel básico cualitativo. Se recomienda desarrollar una base de datos en tiempo real sobre la actividad realizada por los servicios de salud bucodental del SNS a partir de las historias clínicas electrónicas. En la actualidad, únicamente existe información parcial fruto de la publicación de estudios a nivel de comunidad autónoma o de territorios más pequeños y los datos relacionados con salud bucodental no suelen aparecer de forma pormenorizada en las memorias de actividad de los servicios de salud autonómicos.

El desarrollo y ejecución de una evaluación periódica del estado de salud bucodental de los españoles debería recaer en el Ministerio de Sanidad, tal y como propone la OMS en su medida número 1 del documento Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre Salud Bucodental 2023-2030 (OMS Estrategia y Plan de acción, 2024) dirigida a los estados miembros donde establece la necesidad de “elaborar una guía nacional para la implementación que incluya un marco de monitoreo armonizado con el marco de monitoreo del Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental. Debería llevarse a cabo una revisión periódica de la política cada cinco años contados a partir de su puesta en marcha”. En los últimos treinta años, el Consejo General de Dentistas de España, en un ejercicio de responsabilidad institucional, ha promovido y sufragado completamente la realización de las encuestas epidemiológicas de salud bucodental tipo pathfinder de acuerdo con las directrices de la OMS cada cinco años, cubriendo así el vacío dejado por el Ministerio de Sanidad.

Asimismo, es necesario desarrollar Guías de Práctica Clínica (GPC) relacionadas con las actividades diarias de los equipos de Odontología del SNS, ya que decenas de miles de tratamientos que se realizan anualmente no tienen una GPC en el catálogo de guías del SNS.

En la Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre Salud Bucodental 2023-2030 de la OMS mencionadas anteriormente, se establece en su medida 2 dirigida a los estados miembros “fortalecer el liderazgo nacional en salud bucodental, crear un departamento de salud bucodental en el Ministerio de Sanidad, o bien en otro organismo sanitario gubernamental nacional pertinente, que se encargue de supervisar las funciones que asume el país en materia de políticas, técnica, vigilancia, gestión, coordinación y promoción, así como nombrar a una persona responsable de dirigir dicho departamento”. En el desarrollo del Plan para la Ampliación de la Cartera, el Ministerio de Sanidad asignó a un equipo de cuatro técnicos el trabajo de síntesis y explotación de los datos provenientes de las diferentes autonomías en materia de salud bucodental. Se creó un grupo de expertos de comunidades autónomas y sociedades científicas con un extensa participación de odontólogos y estomatólogos. Es necesario que el Ministerio de Sanidad establezca el correspondiente departamento de salud bucodental con una persona responsable del mismo, pareciendo lógico recurrir a profesionales del ámbito de la salud bucodental.

La OMS establece en la medida 3 dirigida a los estados miembros “crear y mantener unos presupuestos dedicados específicamente a la salud bucodental, a nivel nacional



y subnacional que cubran los costes de las políticas, el personal de los servicios públicos, los programas y los suministros”. El Plan para la Ampliación de Cartera dota con unos presupuestos finalistas en salud bucodental a las diferentes CC.AA., si bien la aplicación final de los mismos muestra una importante heterogeneidad, dado que los sistemas de provisión de estos servicios difieren en su modelo (público, mixto, caputivo). La publicación del presupuesto destinado por el SNS específicamente a la salud bucodental es difícil de localizar y de interpretar en la actualidad.

La salud bucodental en el SNS solo cuenta con aproximadamente 1.400 dentistas públicos con una formación de dentista generalista para atender a 49 millones de españoles. La OMS establece la necesidad por parte de los estados miembros de “fortalecer las capacidades del personal del departamento de salud bucodental evaluando sus necesidades formativas y ofreciéndole oportunidades de capacitación y acompañamiento experto, también para mejorar sus capacidades de gestión, liderazgo y salud pública, según proceda. Facultar a los organismos nacionales de reglamentación para que garanticen la aplicación de unas normas éticas de conducta profesional y una atención de salud bucodental de calidad”. Queda claro que el aumento en la cartera de servicios del SNS, con una visión preventiva de la enfermedad (frente al clásico enfoque restaurador), junto a la necesidad de cohesionar el sistema de atención primaria con la acción comunitaria enfocada a la prevención, comporta la necesidad de estimular la formación de profesionales con un perfil específico. Esto enlaza con la reiterada solicitud de creación de especialidades odontológicas llevada a cabo por el Consejo General de Dentistas de España, la Conferencia de Decanos de Odontología y las Sociedades Científicas. Una mejor formación en Odontología Comunitaria parece claramente necesaria.

La reducción significativa en el número de sellados encontrada en esta última encuesta (descenso del 35 % de adolescentes con sellador en 2020 al 20 % en 2025), cuando esta intervención debería aumentar, se alinea con el requerimiento de la OMS de potenciar la investigación sobre intervenciones efectivas y basadas en la evidencia para la prevención y el manejo de enfermedades bucodentales. Esto permitirá investigar las causas de esta reducción y conocer la percepción y el uso de productos de reciente incorporación a la cartera, como el fluoruro diamino de plata. Es necesario hacer más equitativa la atención bucodental, planificando y reorientando los recursos y las actuaciones de una forma eficiente.

La ampliación de la cartera de servicios del SNS vuelve a dejar nuevamente fuera al colectivo de adultos mayores de escasos recursos, a pesar de la propuesta formulada por el Consejo General de Dentistas de España. Este sector poblacional presenta problemas para comer por culpa de un estado de salud oral deficiente sin que exista ningún recurso en el SNS para facilitar el acceso a servicios restauradores o de prótesis dental. Facilitar el acceso a recursos restauradores en la población de avanzada edad que no ha recibido otra prestación pública a lo largo de su vida distinta a la extracción dental debería formar parte de las propuestas prioritarias, máxime si se tiene en cuenta el importante gradiente social detectado en estas edades.

BIBLIOGRAFÍA

- BOE . Orden SND/454/2025, de 9 de mayo, por la que se modifican los anexos I, II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE, núm. 115, de 13 de mayo de 2025, 1910.
- Bravo-Pérez M, et al. Encuesta de Salud Oral en España 2005. RCOE 2006; 11 (4): 409-456. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000400002&lng=es.
- Bravo-Pérez M, et al. Encuesta de Salud Oral en España 2015. RCOE 2016; 21 (monográfico): 8-48. Bravo-Pérez M, et al. Encuesta de Salud Oral en España 2020. RCOE 2020; 25 (4): 12-69.
- Bravo-Pérez M, et al. Encuesta de Salud Oral en España 2025. RCOE (en prensa).
- Bravo Pérez M; Llodra Calvo JC; Cortés Martinicorena FJ; Casals Peidró E. Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007. RCOE 2007; 12: 143-168.
- Consejo Interterritorial del SNS. Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el sistema nacional de salud, celebrado el 15 de junio de 2022. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental.pdf. Ministerio de Sanidad, 2022.
- INE. Encuesta de Presupuestos Familiares, 2023. Instituto Nacional de Estadísticas. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176806&menu=resultados&idp=1254735976608#_tabs-1254736194790.
- Juan Carlos Llodra Calvo, Manuel Bravo Pérez y Francisco Javier Cortés Martinicorena. Encuesta de Salud Oral en España (2000). RCOE: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España 0 (2002): 19-63.
- Llodra Calvo, Juan Carlos. Encuesta de Salud Oral en España 2010. RCOE: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España 2012; 17 (1): 13-41.
- Ministerio de Sanidad. Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2023 Informe monográfico. 2024.
- Ministerio de Sanidad. Nota de prensa. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6457> (18 junio 2024)
- Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
- OECD. Health for Everyone? Social inequalities in health and health systems. OECD Health Policy Studies, 2019. Available at: <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en> (acceso 14 noviembre 2025).
- OMS. Declaración de Bangkok. Organización Mundial de la Salud. Noviembre 2024. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/mnd/oral-health/bangkok-declaration-oral-health-es.pdf?sfvrsn=15957742_26&dow nload=true. WHO: 2024.
- OMS. Estrategia y plan de acción mundiales sobre salud bucodental 2023-2030 [Global strategy and action plan on oral health 2023-2030]. Licencia CC BYNC-SA 3.0 IGO. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2024.

**LA SALUD ORAL
EN ESPAÑA:
ANÁLISIS DE UN
CUARTO DE SIGLO
(2000-2025)**



**CONSEJO
DENTISTAS**
ORGANIZACIÓN COLEGIAL
DE DENTISTAS DE ESPAÑA

