



PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DEL USO DE AMALGAMAS DENTALES

Introducción

El mercurio metálico y el metilmercurio son tóxicos para el sistema nervioso central y el periférico. La inhalación de vapor de mercurio puede ser perjudicial para los sistemas nervioso e inmunitario, el aparato digestivo y los pulmones y riñones, con consecuencias a veces fatales. El mercurio metálico es persistente en el medio ambiente y puede transformarse naturalmente en metilmercurio, su forma más tóxica, que atraviesa fácilmente la barrera placentaria y la barrera hematoencefálica y puede dificultar el desarrollo del cerebro. Afecta al sistema nervioso central y periférico provocando importantes efectos neurológicos y de otro orden, siendo particularmente graves los que afectan a la salud del niño y del feto¹. Las sales de mercurio inorgánicas son corrosivas para la piel, los ojos y el tracto intestinal y, al ser ingeridas, pueden producir efectos nefrotóxicos. De hecho, para la OMS, el mercurio es uno de los diez productos o grupos de productos químicos que plantean especiales problemas de salud pública.

Además de su persistencia en el suelo, el transporte del mercurio en el medio ambiente² hace que la contaminación por mercurio sea un problema generalizado, crónico y difuso que va mucho más allá de sus fuentes, involucrando a todo el planeta. Ello fue la razón fundamental para decidir que era preciso poner en marcha medidas de alcance mundial con objeto de hacer frente al problema de la contaminación por mercurio en el medio ambiente.

El Convenio de Minamata tiene por objetivo **proteger la salud humana y el medio ambiente de las emisiones y liberaciones antropogénicas de mercurio y compuestos de mercurio**. Para ello hace un seguimiento del ciclo de vida del mercurio (desde su extracción hasta su gestión como desecho) para ayudar a todos los países mediante la adopción de las mejores prácticas y de las alternativas más seguras que ya existen.

En él se recogen una serie de medidas que contribuirán a reducir los riesgos para la salud y el medio ambiente a los que están expuestas la población mundial. Dichas medidas son:

- prohibir la apertura de nuevas minas de mercurio y eliminar las existentes;
- reducir el uso, las emisiones y liberaciones de mercurio procedente de la extracción de oro artesanal y a pequeña escala y de las principales actividades industriales;

¹ Además de los expuestos directos por motivos laborales, el grupo más sensibles a la exposición al mercurio son los niños, mujeres embarazadas y mujeres en edad de procrear.

² Puede recorrer largas distancias a través de la atmósfera y el agua

- eliminar y reducir el uso de mercurio en una serie de productos y procesos con mercurio añadido, en concreto su uso en la amalgama dental;
- restringir el comercio y prohibir la fabricación, importación y exportación de mercurio y de muy diversos productos con mercurio añadido como las pilas o las lámparas;
- controlar y reducir las emisiones en la atmósfera y las liberaciones en el suelo y el agua;
- garantizar un almacenamiento más seguro y una gestión adecuada de los residuos de mercurio

El Convenio de Minamata (en adelante, el Convenio) toma como base las disposiciones de los Convenios de Basilea, Estocolmo y Rotterdam. En él figuran las mismas obligaciones sustantivas básicas para todos los países, aunque se establece cierta diferenciación específica y se proporciona flexibilidad respecto de determinadas disposiciones sustantivas; incluye también disposiciones relativas a la movilización de recursos financieros por parte de todos los países, con arreglo a sus capacidades, para su aplicación en los países en desarrollo. Junto con los Convenios de Basilea, Estocolmo y Rotterdam constituye un régimen mundial amplio para la gestión racional de los productos químicos y los desechos peligrosos.

Con su entrada en vigor el 16 de agosto de 2017 (adoptado oficialmente en Japón el 10 de octubre de 2013), el Convenio se convierte en el primer acuerdo mundial sobre salud y medio ambiente concertado en el siglo XXI.

En agosto del 2017, 74 países habían ratificado el Convenio de Minamata, incluyendo importantes países productores y comerciantes de oro. La Unión Europea y siete países miembros de la UE (Bulgaria, Dinamarca, Hungría, Malta, Países Bajos, Rumanía y Suecia)³ ratificaron el convenio el 18 de mayo de dicho año.

Sin perjuicio de las obligaciones que emanen para los países de la firma de Convenio, a lo largo de los últimos años, **a nivel de la Unión Europea** se ha venido siguiendo una hoja de ruta que se inició con la firma del Convenio (octubre 2013), el establecimiento de una “**Estrategia sobre el mercurio**”⁴ y el inicio de normativa

³ España lo firmó el 10/10/2013 en la misma fecha que la UE y no se tiene constancia de su Ratificación, Aceptación, Aprobación o Adhesión.

⁴ Resolución del Parlamento Europeo referente a la estrategia comunitaria sobre el mercurio (2005/2050(INI)) y Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo: Estrategia comunitaria sobre el mercurio (Bruselas, 28.01.2005, COM(2005) 20 final).

La Comisión Europea adoptó la Estrategia comunitaria sobre el Mercurio en el año 2005, estableciendo 20 medidas enfocadas a la reducción de los niveles de mercurio en el medio ambiente y la exposición del ser humano a dicho elemento. Las medidas propuestas se engloban en seis objetivos principales:

- Reducir las emisiones de mercurio;
- Restringir la oferta y la demanda de esta sustancia;
- Gestionar las cantidades de mercurio actualmente existentes (almacenadas o presentes en los productos);
- Prevenir la exposición de las poblaciones;
- Mejorar la comprensión del problema y sus soluciones;
- Promover iniciativas internacionales en este ámbito.

específica en la materia⁵. Ya en dicha Estrategia (2005) dentro del objetivo de “Reducir la apuesta en circulación de mercurio en la sociedad restringiendo la demanda” se identifica a las amalgamas dentales como uno de los principales usos dado al mercurio en la UE, proponiéndose el estudio de su sustitución siempre respetando el marco de lo establecido en la Directiva sobre los productos sanitarios y entre las medidas (Medida 6) a corto plazo se propuso que un Grupo de expertos en la materia de productos sanitarios examine el uso de mercurio en las amalgamas dentales y se solicitó un dictamen al Comité científico de riesgos sanitarios y medioambientales con miras a determinar si procede adoptar medidas reguladoras.⁶

A su vez, dentro del objetivo “reducir las emisiones de mercurio” se identificó la necesidad de una adecuada gestión de los residuos de las amalgamas dentales (Medida 4), considerados como residuos peligrosos⁷ y se incluyó el mercurio dentro del ámbito del agua (Directiva marco del Agua como sustancia peligrosa prioritaria y la Directiva 2008/105/CE relativa a las normas de calidad ambiental en el ámbito de la política de aguas. (Nota: En el momento actual, la normativa de la UE no alcanza a las emisiones de los **hornos crematorios** aunque estas están reguladas en varios EEMM y han sido objeto de una recomendación OSPAR⁸)

⁵Una de las medidas más importantes derivada de la Estrategia fue la promulgación del Reglamento (CE) n.º 1102/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de octubre de 2008, relativo a la prohibición de la exportación de mercurio metálico y ciertos compuestos y mezclas de mercurio y al almacenamiento seguro de mercurio metálico. Posteriormente, se adoptó la Directiva 2011/97/UE del Consejo, de 5 de diciembre de 2011, que modifica la Directiva 1999/31/CE por lo que respecta a los criterios específicos para el almacenamiento de mercurio metálico considerado residuo, que establece los requerimientos a aplicar en caso de almacenamiento temporal superior a un año y con un límite de 5 años de mercurio metálico.

⁶ En el marco de la Revisión de la Estrategia Comunitaria del Mercurio, se presenta en Bruselas el informe preliminar de la Comisión Europea (CE) que evalúa el ciclo de vida completo del mercurio en odontología y la posibilidad de reducir la contaminación debida al mercurio de las amalgamas dentales (COM(2010) 723 final, *Comunicación de la Comisión al Parlamento y al Consejo Europeo sobre la revisión de la Estrategia Comunitaria del Mercurio*) en el cual por lo que respecta a la Medida 6 de la estrategia indica “Los servicios de la Comisión consultaron a dos Comités científicos sobre la utilización de amalgama dental, a saber, el Comité Científico de los Riesgos Sanitarios y Medioambientales (CCRSM) y el Comité Científico de los Riesgos Sanitarios Emergentes y Recientemente Identificados (CCRSERI). Los dictámenes [11],[12] de ambos Comités **no fueron concluyentes respecto a la conveniencia de medidas reglamentarias adicionales para limitar el uso de amalgama dental.**

[11] http://ec.europa.eu/health/archive/ph_risk/committees/04_scher/docs/scher_o_089.pdf

[12] http://ec.europa.eu/health/archive/ph_risk/committees/04_scenihp/docs/scenihp_o_016.pdf

No obstante, dado que algunos Estados miembros **ya han limitado sustancialmente el uso de amalgama dental en sus sistemas nacionales de salud pública y que la amalgama dental representa la segunda mayor cantidad de mercurio utilizada en la UE, la Comisión ha decidido realizar una evaluación completa del ciclo de vida de ese uso del mercurio, cuyos resultados están previstos para finales de 2011.**”

⁷ Decisión 2005/532/CE de la Comisión, de 3 de mayo de 2000, que sustituye a la Decisión 94/3/CE por la que se establece una lista de residuos de conformidad con la letra a) del artículo 1 de la Directiva 75/442/CEE del Consejo relativa a los residuos y a la Decisión 94/904/CE del Consejo por la que se establece una lista de residuos peligrosos en virtud del apartado 4 del artículo 1 de la Directiva 91/689/CEE del Consejo relativa a los residuos peligrosos.

⁸ Los proyectos que entran en el ámbito de aplicación de la Directiva sobre la evaluación del impacto ambiental (EIA)(*) se definen en su artículo 4, que a su vez se remite a los anexos I y II. Los proyectos de crematorios no figuran en ninguno de dichos anexos y, por lo tanto, la Directiva EIA(*) no resulta aplicable en este caso. Por otra parte, las emisiones de mercurio de los crematorios no han sido reguladas por la legislación de la Unión Europea, por ejemplo la Directiva sobre las emisiones industriales, que se centra en las principales actividades industriales, y están por tanto sujetas a la normativa sobre emisiones de cada Estado miembro.

En ausencia de legislación de la UE aplicable, el asunto se circunscribe al ámbito de responsabilidad de las autoridades competentes del Estado miembro.

Con carácter previo a la ratificación por la UE del Convenio, el 2 de febrero de 2016, la Comisión, velando por que el Derecho de la UE fuera conforme con el Convenio, presentó un conjunto de medidas de ratificación compuesto por dos propuestas legislativas: una propuesta de reglamento y una decisión⁹.

En relación con la propuesta de reglamento sobre mercurio y en lo que se refiere a la prohibición del uso de amalgama dental, hay que tener presente lo recogido en la evaluación de impacto (EI) de la Propuesta de reglamento efectuada por la Comisión Europea¹⁰

“A la luz de la información científica disponible, la EI llega a la conclusión de que no sería proporcionado prohibir el uso de amalgama dental, dado que los riesgos que esta representa para la salud no están claramente demostrados y el coste de la prohibición sería elevado. Además, la evaluación pone de manifiesto los beneficios —a un coste reducido para la salud y el medio ambiente— de dos medidas incluidas en la lista de medidas previstas en el Convenio, de las que las Partes deben aplicar al menos dos, es decir, la restricción del uso de amalgamas dentales en su forma encapsulada y el fomento del uso de las mejores prácticas medioambientales en los gabinetes dentales. Esas medidas están en consonancia con la medida 4 de la Estrategia sobre el mercurio, que se confirmó como un ámbito prioritario para ulteriores actuaciones en la revisión de la Estrategia en 2010. Con ellas se reduciría la exposición de dentistas y pacientes a las emisiones de mercurio y se garantizaría una drástica disminución de las liberaciones de mercurio a las redes de alcantarillado y al medio ambiente a través de las plantas de tratamiento de aguas residuales urbanas. Además, cabe esperar la generación de nuevos puestos de trabajo en empresas de fabricación, instalación y mantenimiento de separadores de amalgama y en empresas especializadas en la recogida y el tratamiento de los residuos que contienen mercurio.”

El Reglamento (UE) 2017/852 del Parlamento Europeo y del Consejo de 17 de mayo de 2017 sobre el mercurio, establece en su articulado las políticas a seguir en el ámbito de la UE respecto al uso de amalgamas dentales (Artículo 10).

En relación con las amalgamas dentales el Reglamento establecen cuatro líneas de trabajo, dos las cuales ya se encuentran en aplicación:

Las Partes contratantes del Convenio OSPAR(**), entre ellas España, han informado, con arreglo a su Recomendación 2003/4(4), sobre la carga de mercurio que dispersan en el medio ambiente los crematorios, así como sobre las medidas que han tomado y seguirán tomando a fin de reducir significativamente las cargas de mercurio procedentes de los crematorios que entran en el medio ambiente, y han reconocido que las técnicas de reducción de emisiones y eliminación de mercurio, incluidas las mejores técnicas disponibles, deben ser la norma

(*) Directiva 2011/92/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de diciembre de 2011, relativa a la evaluación de las repercusiones de determinados proyectos públicos y privados sobre el medio ambiente.

(**) Convenio para la Protección del Medio Ambiente Marino del Atlántico del Nordeste (OSPAR), disponible en <http://www.ospar.org/convention/text>

⁹ Decisión (UE) 2017/939 del Consejo, de 11 de mayo de 2017, relativa a la celebración, en nombre de la Unión Europea, del Convenio de Minamata sobre el Mercurio, que fue refrendada por el Parlamento Europeo el 27 de abril de 2017

Reglamento (UE) 2017/852 del Parlamento Europeo y del Consejo de 17 de mayo de 2017 sobre el mercurio y por el que se deroga el Reglamento (CE) n° 1102/2008.

¹⁰ Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre el mercurio y por el que se deroga el Reglamento (CE) n° 1102/2008 (Bruselas, 2.2.2016. COM(2016) 39 final. 2016/0023 (COD))

1. Utilización de amalgama dental solo en su forma de capsula predosificada lo que conlleva la eliminación del uso del mercurio a granel.
2. El uso, en los centros sanitarios en los que se utilicen amalgamas dentales o se retiren empastes de amalgamas dentales o extraigan piezas dentales que contengan amalgamas, de separadores de amalgamas para retener y recoger las partículas de amalgamas, incluidas las contenidas en el agua usada. Los residuos deben ser tratados y recogidos por un establecimiento o empresa de gestión de residuos autorizados.
3. La no utilización de la amalgama dental en dientes de leche, en menores de 15 años y de mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, salvo cuando desde el profesional dental lo considere estrictamente necesario debido a las necesidades médicas específicas del paciente.
Es decir, en concordancia con los resultados de la evaluación llevada a cabo en la revisión de la Estrategia, para estos cuatro supuestos existe la posibilidad, acorde con el criterio del profesional, de la utilización de amalgama dental mientras que para el resto de la población no establece restricciones al respecto.
4. El establecimiento a nivel nacional de un Plan que contemple las medidas que tenga previsto aplicar para la reducción gradual del uso de amalgama dental. Reducción gradual con un horizonte de eliminación a largo plazo (preferiblemente a más tardar en 2030) en función de la información obtenida de la aplicación de los planes nacionales.

Si bien el reglamento no establece orientaciones respecto al contenido del Plan a establecer por cada Estado miembro, sí que en su Considerando 21¹¹ orienta sobre los referentes a tener presente a la hora de establecerlo y que son, principalmente, las medidas enumeradas en el anexo A, parte II del Convenio de Minamata.

“Las medidas a adoptar para reducir el uso de la amalgama dental tendrán en cuenta las circunstancias nacionales y las orientaciones internacionales pertinentes e incluirán dos o más de las medidas que figuran en la lista siguiente:

- I. Establecer objetivos nacionales destinados a la prevención de la caries dental y a la promoción de la salud, a fin de reducir al mínimo la necesidad de restauración dental.*
- II. Establecer objetivos nacionales encaminados a reducir al mínimo su uso.*

¹¹ “El uso de mercurio en las amalgamas dentales representa el uso más extendido del mercurio en la Unión y constituye una fuente de contaminación importante del medio ambiente. El uso de amalgamas dentales debe por lo tanto reducirse progresivamente, de conformidad con el Convenio y los planes nacionales basados, en particular, en las medidas enumeradas en el anexo A, parte II, del Convenio. La Comisión debe evaluar e informar sobre la viabilidad de una eliminación gradual del uso de amalgama dental a largo plazo, y preferiblemente antes de 2030, teniendo en cuenta los planes nacionales exigidos por el presente Reglamento y respetando plenamente la competencia de los Estados miembros en la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica. Además, deben adoptarse medidas sanitarias preventivas concretas en relación con miembros vulnerables de la población, como los niños y las mujeres embarazadas y lactantes.”

- III. *Promover el uso de alternativas sin mercurio eficaces en función de los costos y clínicamente efectivas para la restauración dental;*
- IV. *Promover la investigación y el desarrollo de materiales de calidad sin mercurio para la restauración dental;*
- V. *Alentar a las organizaciones profesionales representativas y a las escuelas odontológicas para que eduquen e impartan capacitación a dentistas profesionales y estudiantes sobre el uso de alternativas sin mercurio en la restauración dental y la promoción de las mejores prácticas de gestión;*
- VI. *Desincentivar las políticas y los programas de seguros que favorezcan el uso de amalgama dental en lugar de la restauración dental sin mercurio;*
- VII. *Alentar las políticas y los programas de seguros que favorezcan el uso de alternativas de calidad a la amalgama dental para la restauración dental;*
- VIII. *Limitar el uso de amalgama dental en su forma encapsulada;*
- IX. *Promover el uso de las mejores prácticas ambientales en los gabinetes dentales para reducir las liberaciones de mercurio y compuestos de mercurio al agua y al suelo.”*

Con la entrada en vigor de las obligaciones que emanan de las medidas establecidas en el artículo 10 del Reglamento, y con el fin de disponer de información relativa al papel que juega en la actualidad las amalgamas en España, la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios y el Consejo General de Dentistas de España llevaron a cabo una encuesta (Anexo I) entre los profesionales colegiados y cuyo resultado se traslada en el Anexo II.

A su vez, desde la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, se han revisado las comunicaciones de comercialización para dar cumplimiento a lo establecido en relación con la utilización exclusiva de amalgama dental en su forma de cápsula predosificada a partir del 1 de enero de 2019.

Asimismo, en el grupo de trabajo de productos sanitarios perteneciente al Comité Técnico de Inspección, se ha dado difusión a las Comunidades autónomas de la entrada en vigor de la citada normativa.

Objetivo

El objetivo del presente Plan es la reducción paulatina de las emisiones de mercurio al medio ambiente a través de las amalgamas dentales, mediante la adopción de medidas o actuaciones dirigidas a la reducción de la utilización a nivel nacional de las amalgamas dentales con el fin de proteger la salud pública.

Líneas de actuación

Acorde con las medidas que se recogen en la parte II del Anexo A del Convenio y teniendo presente que, con la aplicación del Reglamento ya se abordan algunas de las medidas de las establecidas en el referido anexo del Convenio, a la hora de establecer las líneas de actuación que constituirían el Plan, se estima oportuno abordarlas contemplando tanto las medidas establecidas en dicho anexo como las contempladas en la actualidad en el Reglamento (UE) 2017/852 del Parlamento Europeo y del Consejo de 17 de mayo de 2017, sobre el mercurio.

I. Establecer objetivos nacionales destinados a la prevención de la caries dental y a la promoción de la salud, a fin de reducir al mínimo la necesidad de restauración dental.

Si bien el Reglamento no establece ninguna medida al respecto, el pilar de la salud pública es la prevención.

En el momento actual, prácticamente la totalidad de las Comunidades y Ciudades Autónomas poseen planes/programas destinados a la prevención de las caries dentales en la población infantil y a la promoción de la salud,¹² e incluso algunas de ellas han ampliado el alcance del grupo de población e incluso han dado un paso en su inclusión en el catálogo de servicios sanitarios públicos. (Ver Anexo III)

Sin llegar a efectuar un estudio profundo sobre los programas y medidas adoptadas a nivel autonómico para la prevención de la caries dental y el desarrollo de hábitos saludables, sí, se observa heterogeneidad en los alcances respecto a los grupos de edades y grupos de población (niños, embarazadas, resto de población,...)

A su vez, hay que tener presente la esperanza de vida de la población y la necesidad de preservar las piezas a lo largo de toda la vida.

Por ello se debería valorar e insistir en reforzar las medidas correspondientes a la prevención y adquisición (mantenimiento) de hábitos saludables relativos a la salud bucodental a lo largo de toda la vida, haciendo énfasis en la fase infantil y en el embarazo.

Medidas propuestas: Refuerzo de las campañas de prevención de caries a lo largo de todas las fases de la vida, y en particular a nivel de la población infantil y durante el embarazo.

¹² Plan de Salud Bucodental Infantil:

https://www.msbs.gob.es/campanas/campanas08/bucoDental/objetivos_de_salud_bucodental.html

II. Establecer objetivos nacionales encaminados a reducir al mínimo su uso

La medida establecida en el apartado 2 de su artículo 10 del Reglamento ya supone un primer paso, al limitar con carácter general el uso de amalgama dental en grupos de riesgo (dientes de leche, menores de 15 años y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia).

La medida se vería complementada con la reducción del uso de amalgamas dentales en toda la población y que su uso se reduzca a aquellas situaciones en las que el profesional dental lo considere estrictamente necesario debido a las necesidades específicas del paciente.

*Medida propuesta: **Establecer la reducción de la utilización de las amalgamas dentales limitando su uso a aquellas situaciones en las que la única alternativa (necesidades médicas específicas, tanto en la población de riesgo como en la población general) sea el recurrir a las mismas.***

III. Promover el uso de alternativas sin mercurio eficaces en función de los costos y clínicamente efectivas para la restauración dental

Respecto al coste, aparte del coste propio del material a utilizar en la restauración de la pieza dental, las exigencias medio ambientales que conlleva tanto el uso como la eliminación de la amalgama dental, supone un coste añadido respecto al recurso a otras alternativas.

No obstante, no se puede descartar la posibilidad de igualar por el profesional de los costes al paciente con fines de fidelización o de captación del paciente.

A su vez, no hay que obviar:

- El estado del conocimiento técnico - científico actual en el comportamiento a largo plazo de las otras alternativas.
- En el caso de España, la asistencia bucodental (salvo excepciones para grupos de edad) no siempre se encuentra incluida en catálogo de servicios sanitarios públicos o es asumida por el SNS, siendo abordada con carácter general con recursos propios por el paciente.

*Medida propuesta: **Vincular posibles medidas al respecto (campañas oficiales, elaboración de guías dirigidas a los profesionales etc.) a la evolución del conocimiento al respecto.***

IV: Promover la investigación y el desarrollo de materiales de calidad sin mercurio para la restauración dental

La consideración de las amalgamas como productos sanitarios conlleva que le sea de aplicación la normativa en la materia. Ello, conlleva que la investigación y el desarrollo de nuevos materiales sin mercurio se desarrollen básicamente en el sector privado.

Ello no va en detrimento de iniciativas nacionales orientadas a recopilar información de los profesionales sobre la eficacia de los diferentes materiales, lo que proporcionaría una base de datos sobre la aplicabilidad y vida útil de los diferentes materiales utilizados en el momento actual y los que en el futuro se pongan en el mercado.

La nueva legislación europea de productos sanitarios, que será de aplicación a partir de mayo de 2020, tiene prevista la transparencia y un acceso adecuado a la información, incluyendo sistemas electrónicos de la base Eudamed, facilitando que los pacientes y profesionales de la salud estén bien informados sobre los productos comercializados en la Unión.

Medidas propuestas:

- ***Elaboración de encuestas y campañas de control del mercado nacional en la que se recoja información sobre la vida útil de los nuevos materiales de restauración ..***
- ***Fomento de la investigación de nuevos materiales.***

V. Control de la correcta gestión de los residuos generados en la aplicación de amalgamas como en su extracción (amalgama, piezas dentales con amalgamas)

Por tener el mercurio la consideración de residuo peligroso, el Reglamento en el apartado 6 de su artículo 10¹³ hace referencia expresa a la gestión como tal del mismo.

La gestión correcta de los residuos se efectúa al amparo de lo establecido en la Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados.

A su vez, la obligación actual de utilizar separadores en los centros dentales en los que se utiliza amalgama dental, se retiran empastes de amalgama dental o extraigan piezas que contengan dichas amalgamas contribuye directamente en la gestión

¹³ Los profesionales dentales garantizarán que los residuos de amalgama, incluidos los restos, las partículas y los empastes de amalgama, y los dientes o partes de estos contaminados por la amalgama dental sean tratados y recogidos por un establecimiento o empresa de gestión de residuos autorizado.

Los profesionales dentales no liberarán directa ni indirectamente tales residuos de amalgama al medio ambiente, bajo ninguna circunstancia.

correcta de los residuos que se generen, viene a completar una gestión integral del mercurio como residuo tóxico.

Debido que a nivel nacional, este tipo de actividad sanitaria es objeto de una autorización sanitaria expresa¹⁴, un control oficial eficiente de la gestión correcta del mercurio como residuos, pasaría por identificar dentro de los establecimientos autorizados como “clínicas dentales” aquellas que reúnen los requisitos establecidos en el Reglamento. Ello permitiría tanto a los profesionales como a los pacientes, de forma inequívoca la posibilidad de llevar a cabo dicha actividad.

Las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, deberán comprobar en las inspecciones a clínicas dentales que utilizan o retiran amalgamas, que cumplen los requisitos técnicos en cuanto a los retenedores exigidos en la normativa.

No obstante, quedaría por identificar qué departamento es el competente en cada CCAA del control oficial de la gestión correcta de los residuos ya que necesariamente no precisa que coincida con la autoridad competente del registro sanitario.

Medida propuesta: Establecer, integrado en el marco del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, el censo de centros sanitarios autorizados para la aplicación de amalgamas así como la extracción de piezas con amalgama o la remodelación de la misma.

VI. Alentar a las organizaciones profesionales representativas y a las escuelas odontológicas para que eduquen e impartan capacitación a dentistas profesionales y estudiantes sobre el uso de alternativas sin mercurio en la restauración dental y la promoción de las mejores prácticas de gestión

Si bien, el Reglamento no hace referencia expresa al respecto, de la indicación que figura en el apartado 2 de su artículo 10 y relativo a la discrecionalidad en el uso de las amalgamas en grupos de riesgo y en extensión para la población general, se desprende que *la evaluación de las necesidades médicas específicas del paciente* conlleva potenciar la formación de los especialistas al respecto.

Medidas propuestas:

- ***Inclusión expresa de la evaluación de alternativas y usos de las amalgamas en la formación de los especialistas.***

¹⁴ Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, son objeto de autorización e inclusión en el Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios (C.2.5.1 Clínicas dentales y C.3 Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria).

- ***Elaboración junto con los grupos profesionales de guías orientativas sobre los usos de amalgamas y alternativas a las mismas.***

VII y VIII. Desincentivar las políticas y los programas de seguros que favorezcan el uso de amalgama dental en lugar de la restauración dental sin mercurio. Alentar las políticas y los programas de seguros que favorezcan el uso de alternativas de calidad a la amalgama dental para la restauración dental

Hay que tener presente que si bien se está avanzando, aunque de forma paulatina y desigual, en la incorporación de la salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud, este aspecto se aborda por los propios pacientes.

Es por ello, que la valoración de posibles medidas al respecto y teniendo presente el horizonte del 2030 pasaría, sin perjuicio de la potencialización de los planes autonómicos en materia de salud dental, por la reducción del uso de las mismas a favor de otras de igual o similar eficacia.

*Medida propuesta: **Establecer la reducción de la utilización de las amalgamas dentales limitando su uso a aquellas situaciones en las que la única alternativa (necesidades médicas específicas, tanto en la población de riesgo como en la población general) sea el recurrir a las mismas.***

IX. Limitar el uso de amalgama dental a su forma encapsulada

Esta disposición del Convenio, en base a la aplicación del apartado 1 del artículo 10 del Reglamento (Art. 10.1) ya se encuentra en vigor desde principios de 2019.

A este respecto y al tratarse de un producto sanitario, desde la DGSPCI se dirigió el correspondiente escrito a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, solicitando información sobre las presentaciones diferentes a las de capsulas pre dosificadas disponibles en el mercado nacional

Que las amalgamas encapsuladas predosificadas que actualmente circulan en el mercado nacional dispongan de un certificado de marcado CE emitido por un Organismo notificado europeo siendo un requisito a acreditar por los fabricantes/comercializadores de las mismas.

Medidas propuestas:

- ***Difusión a agentes económicos involucrados en la comercialización de productos sanitarios de las limitaciones del uso a formas encapsuladas, así como a autoridades sanitarias de control del mercado de productos sanitarios, incrementando la vigilancia y control de estos productos.***

- ***Realizar acciones divulgativas sobre las nuevas restricciones en los productos con mercurio competencia de la Agencia, tanto a nivel de profesionales como del público en general***

Publicidad del Plan

Acorde con lo establecido en el propio Reglamento el Plan debe estar disponible en la página Web del Ministerio y sería recomendable la elaboración de un informe anual sobre el seguimiento del mismo.



Anexo I. Encuesta dirigida a profesionales y relativa al uso actual de las amalgamas dentales



El Convenio de Minamata de las Naciones Unidas sobre el mercurio se acordó en 2013 con miras a proteger la salud humana y el medio ambiente de los efectos adversos del mercurio. Aunque el uso de mercurio ha disminuido significativamente en las últimas décadas, el mercurio liberado en el aire, el agua y la tierra sigue siendo una seria amenaza para la salud humana y el medio ambiente.

La perspectiva de una prohibición absoluta de la amalgama dental ha mantenido, durante los últimos años, a los sanitarios en continua incertidumbre. En el año 2017, la Unión Europea aprobó una reducción gradual en el uso de amalgama y con un horizonte de eliminar totalmente, siempre que sea factible, su utilización en el año 2030.

Para ello, los Estados miembros deben adoptar medidas orientadas a la disminución gradual de su uso, estableciendo para ello un Plan a los efectos.

El objetivo de esta encuesta es tener una primera y somera aproximación al estado actual del nivel de utilización de las amalgamas dentales con el fin de disponer de datos aproximados del estado actual en España y su evolución a medio plazo.

Es por ello, que esta Dirección General junto con la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios y el Consejo General de Colegios de Dentistas de España se dirigen a ti con el fin de recabar la información que puedas proporcionar y que contribuya a dicho fin. Te agradecemos tu disposición y colaboración

Dirección General de Salud Pública, Calidad e
Innovación

Consejo General de Dentistas de España



ENCUESTA SOBRE EL USO DE RESTAURACIONES DE AMALGAMA

1. Datos Generales

Comunidad Autónoma a la que pertenece:

Provincia:

Nº de años de ejercicio:

Año en el que empezó a trabajar:

Edad:.....

Sexo:.....

2. Información relativa a restauración dental en el año 2018

A continuación, te solicitamos nos proporciones el número aproximado de restauraciones que has realizado durante todo el año 2018, separando las realizadas en dentición temporal y en dentición permanente. Asimismo, te rogamos nos indiques el reparto en % aproximado del material que has utilizado para estas restauraciones.

2.1. Dentición Temporal

| | Nº |
|---|----------|
| Numero de restauraciones efectuadas durante el último año (2018) | |
| % Restauraciones efectuadas con | % |
| - Amalgamas | |
| - Resinas compuestas | |
| - Ionómeros | |
| - Otros (Indíquese) | |
| | |
| | |
| | |
| | |

2.2. Dentición Permanente

| Restauraciones efectuadas durante el último año (2018) | Total | ≤ 15 años ⁽¹⁾ | Embarazadas ⁽¹⁾ |
|--|-----------|--------------------------|----------------------------|
| | Nº | | |
| Numero de restauraciones efectuadas | | | |
| % de Restauraciones efectuadas con | % | | |
| - Amalgamas | | | |
| - Resinas compuestas | | | |
| - Ionómeros | | | |
| - Otros (<i>Indíquese</i>) | | | |
| | | | |
| | | | |

(1) Cumpliméntese en caso de disponer de dicha información.

3. Información relativa a la evolución en la utilización de los materiales de restauración dental

A continuación, te rogamos nos indiques cual ha sido tu evolución en la utilización de los materiales dentales en los últimos 5 años de ejercicio:

3.1. En los últimos 5 años en mi clínica:

- * el uso de las restauraciones de amalgama ha disminuido
- * el uso de las restauraciones de amalgama se ha mantenido constantes
- * el uso de las restauraciones de amalgama ha aumentado

3.2. En el caso de haber señalado que en tu clínica las restauraciones de amalgama han disminuido, por favor indica el grado aproximado de esa disminución:

- han disminuido un 10%
- han disminuido entre un 11-20%
- han disminuido entre un 21-30%
- han disminuido entre 31-40%
- han disminuido entre 41-50%

- han disminuido más de un 50%

4. Opinión sobre la viabilidad de la supresión total del uso de amalgamas en el año 2030

En tu opinión, y basándote en tu experiencia personal, señala tu nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

4.1. Teniendo en cuenta las opciones de utilización de otros materiales dentales, la supresión total del uso de amalgama es perfectamente viable en el año 2030:

| | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|--|
| Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/> | En desacuerdo <input type="radio"/> | Ni de desacuerdo ni en desacuerdo <input type="radio"/> | De acuerdo <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo <input type="radio"/> |
|---|--|--|-------------------------------------|--|

4.2. A pesar de las opciones de utilización de otros materiales dentales, en determinadas circunstancias clínicas y/o pacientes, no será viable la supresión total de uso de amalgamas en el año 2030:

| | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|--|
| Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/> | En desacuerdo <input type="radio"/> | Ni de desacuerdo ni en desacuerdo <input type="radio"/> | De acuerdo <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo <input type="radio"/> |
|---|--|--|-------------------------------------|--|

4.3. En el caso de creer que NO será viable la supresión total del uso de amalgama en el año 2030, por favor señala las circunstancias clínicas y/o particularidades de los pacientes, en los que crees que el uso de amalgama (en base a las opciones alternativas de materiales existentes en la actualidad) no podrá ser totalmente suprimido en el 2030:

Circunstancias clínicas y/o particularidades del paciente que impedirán la supresión total del amalgama en 2030: (por favor señalar las circunstancias clínicas y/o particularidades del paciente):

.....

.....

.....

.....

.....



Anexo II. Resultado de la encuesta dirigida a profesionales y relativa al uso actual de las amalgamas dentales

(El documento que se transcribe se encuentra disponible en <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-consejo/notas-de-prensa-consejo/item/1627-en-espana-solo-1-de-cada-100-restauraciones-dentales-se-hace-con-amalgama.html>)



RESULTADOS DE LA ENCUESTA A DENTISTAS ESPAÑOLES SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LA AMALGAMA DENTAL

TIPO DE DOCUMENTO
Informe

PROYECTO
Encuesta sobre el uso de la amalgama dental en España

FECHA
Mayo 2019



ENCUESTA SOBRE EL USO DE LA AMALGAMA DENTAL EN ESPAÑA

Copyright © 2019. Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos

Índice

1. JUSTIFICACIÓN
2. FICHA TÉCNICA DEL ESTUDIO
3. MATERIAL Y MÉTODO
4. RESULTADOS
5. CONCLUSIONES
6. ANEXOS

La Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación junto con la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios y el Consejo General de Colegios de Dentistas de España han elaborado la presente encuesta para recabar la información necesaria para contribuir a este fin.

Justificación y Ficha Técnica



El Convenio de Minamata de las Naciones Unidas sobre el mercurio se acordó en 2013 con miras a proteger la salud humana y el medio ambiente de los efectos adversos del mercurio. Aunque el uso de mercurio ha disminuido significativamente en las últimas décadas, el mercurio liberado en el aire, el agua y la tierra sigue siendo una seria amenaza para la salud humana y el medio ambiente.

La perspectiva de una prohibición absoluta de la amalgama dental ha mantenido, durante los últimos años, a los sanitarios en continua incertidumbre. En el año 2017, la Unión Europea aprobó una reducción gradual en el uso de amalgama y con un horizonte de eliminar totalmente, siempre que sea factible, su utilización en el año 2030. Para ello, los Estados miembros deben adoptar medidas orientadas a la disminución gradual de su uso, estableciendo para ello un Plan a los efectos.

El objetivo de esta encuesta es tener una primera y somera aproximación al estado actual del nivel de utilización de las amalgamas dentales con el fin de disponer de datos aproximados del estado actual en España y su evolución a medio plazo.

Es por ello, que la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación junto con la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios y el Consejo General de Colegios de Dentistas de España han elaborado la presente encuesta para recabar la información necesaria para contribuir a este fin.

FICHA TÉCNICA

| | |
|---|--|
| Tipo de estudio | Cuantitativo a través de base de datos de dentistas colegiados en España. |
| Técnica empleada | Entrevista on line autoadministrada (CAWI) con un modelo de cuestionario semiestructurado. |
| Tipo de muestreo | Muestreo aleatorio estratificado a base de la variable área de residencia de ejercicio, al objeto de respetar las proporciones de distribución de dentistas españoles por áreas geográficas. |
| Universo de análisis | El estudio se ha realizado con dentistas colegiados que actualmente ejercen la actividad profesional de vida activa. |
| Detalle de planteamiento metodológico y justificación estadística | Realización de 985 entrevistas, lo que en un intervalo de confianza del 95,%%, 2 α representa un error muestral global de $e=\pm 3,16\%$. |
| Ámbito del estudio | Nacional. |
| Trabajo de campo | El trabajo de campo ha tenido lugar entre el 24 de abril y 22 de mayo de 2019. |

De manera consensuada entre las entidades participantes, se elaboró un cuestionario semiestructurado sobre varios aspectos relativos a la utilización de la amalgama en los consultorios dentales en España. Una vez revisado, el cuestionario (Ver Anexo I) se pasó a formato de relleno electrónico.

1. Universo: en la actualidad (datos diciembre 2018) existen 36.700 dentistas colegiados en nuestro país. El Consejo General de Dentistas dispone de una base de datos de 1600 profesionales, representativos del conjunto nacional en base a variables importantes como son la distribución por área geográfica de ejercicio, edad, sexo, nº de años en ejercicio profesional. Esa Base de datos es utilizada de manera periódica en todas las situaciones que requieren recabar de manera fiable, datos sobre la profesión dental, y son denominados internamente como “dentistas centinelas”.

2. A todos los miembros de la Base de datos interna se les remitió un correo electrónico informándoles de los propósitos del estudio y suministrando un link desde el que podían rellenar la encuesta de manera anónima. Para acceder a la misma tuvieron que hacerlo con su código individual (clave RIDO).

3. La encuesta se envió el 24 de abril. El día 8 de mayo se volvió a enviar un recordatorio al objeto de incrementar la tasa de respuestas. La encuesta se cerró el día 22 de mayo del 2019.

4. Los datos son posteriormente volcados a formato Excel y analizados mediante SPSS de forma descriptiva.



DATOS ACTUALES

El Consejo General de Dentistas dispone de una base de datos de 1600 profesionales, representativos del conjunto nacional en base a variables importantes como son la distribución por área geográfica de ejercicio, edad, sexo, nº de años en ejercicio profesional.

36.700

Dentistas
Colegiados

RESULTADOS

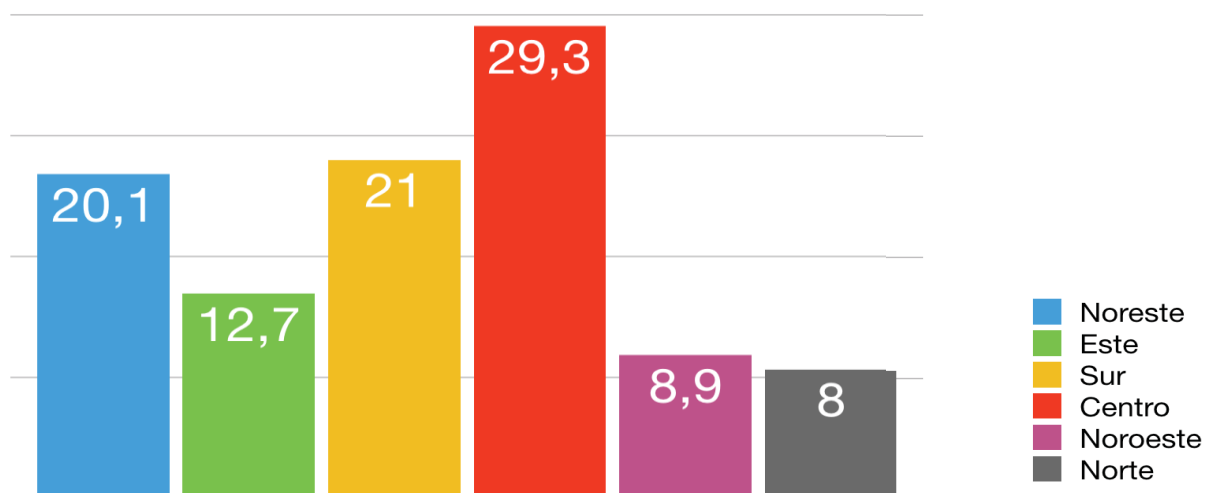
Resultados de la Encuesta

Se han obtenido 985 encuestas válidas lo que supone una tasa de respuesta del 61.5%.

1. Datos demográficos de los dentistas encuestados

| | |
|---|--|
| Área geográfica en la que ejerce Al objeto de agrupar a los profesionales se han establecido 6 áreas geográficas en las que ejercen | <ul style="list-style-type: none">• <u>Área noreste</u>: Cataluña, Aragón y Baleares• <u>Área este</u>: Comunidad valencia y Región Murcia• <u>Área sur</u>: Andalucía, Extremadura, Canarias, Ceuta y Melilla• <u>Área centro</u>: Comunidad Madrid, Castilla la Mancha, Castilla-León• <u>Área noroeste</u>: Asturias y Galicia• <u>Área norte</u>: País Vasco, Navarra, Cantabria y la Rioja |
|---|--|

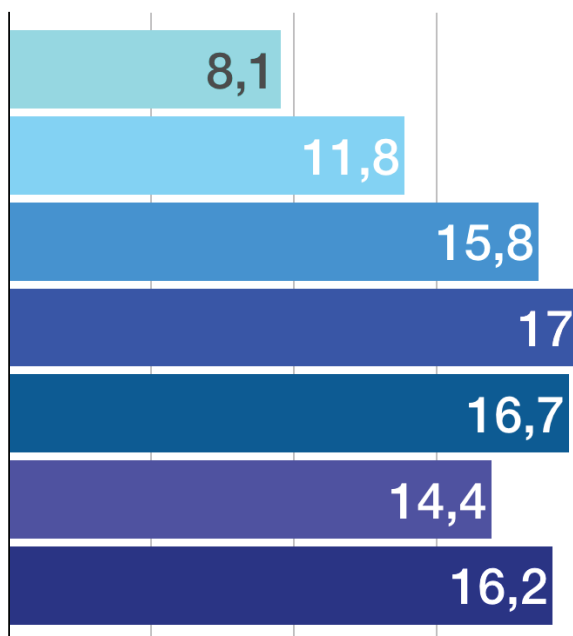
Gráfico: reparto de la muestra por área geográfica de ejercicio profesional



Número de años en el ejercicio profesional

Gráfico: reparto de la muestra por años de experiencia profesional

5 o menos años 6-10 11-15 16-20
21-25 26-30 31 o más



Edad de los encuestados

- Edad media 45.7 años (mínimo 34; máximo 68 años)

Sexo de los encuestados

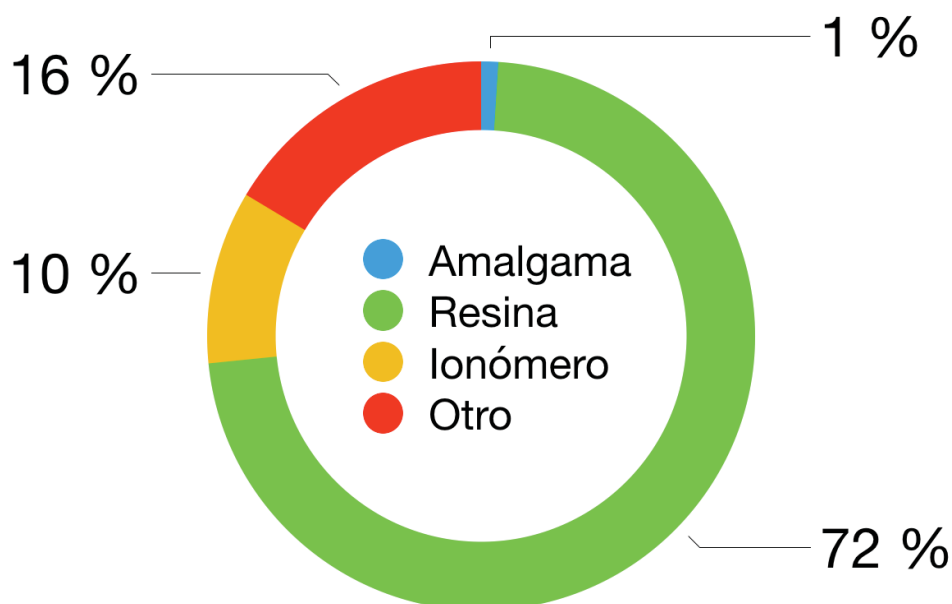
- Mujer: 52.3%
- Hombre: 47.7%

2. Información relativa a restauraciones dentales en el año 2018

A continuación, se solicita sea proporcionado el número aproximado de restauraciones realizadas durante todo el año 2018, separando las realizadas en dentición temporal y en dentición permanente, así como el reparto en % aproximado del material utilizado para estas restauraciones.

2.1. Análisis en dentición temporal

En promedio, los encuestados han realizado unas 256 restauraciones en dentición temporal el último año.



2.2. Análisis en dentición permanente

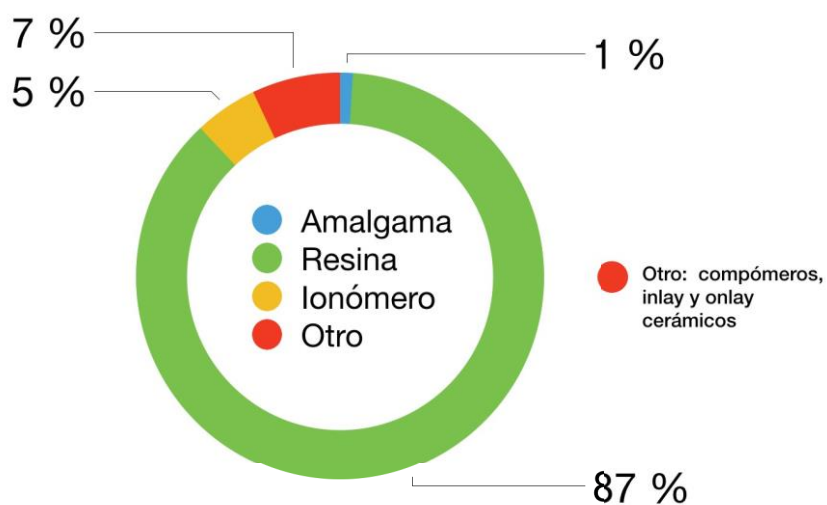
Para el análisis de las restauraciones en dentición permanente se han contemplados 3 grupos:

- Pacientes totales
- Pacientes menores de 16 años
- Pacientes embarazadas

Pacientes totales

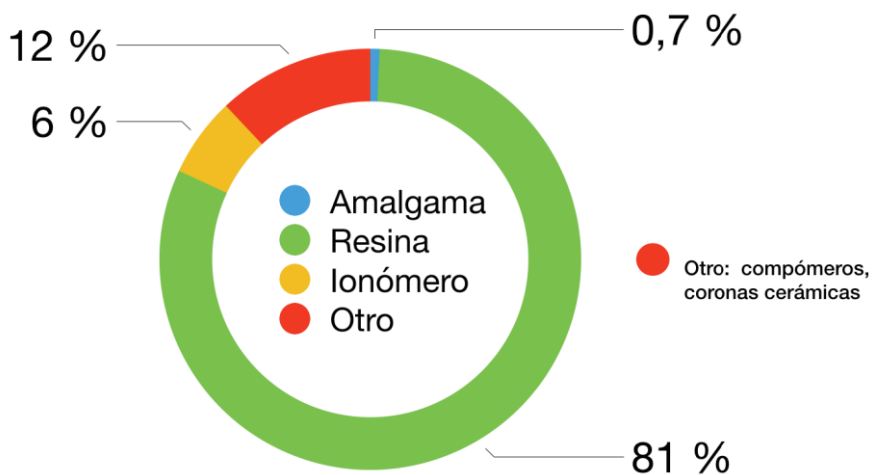
Se han realizado en promedio unas 746 restauraciones en 2018. Solo el 1% fueron realizadas

Gráfico: reparto de los materiales utilizados para restauración en el conjunto de los pacientes.



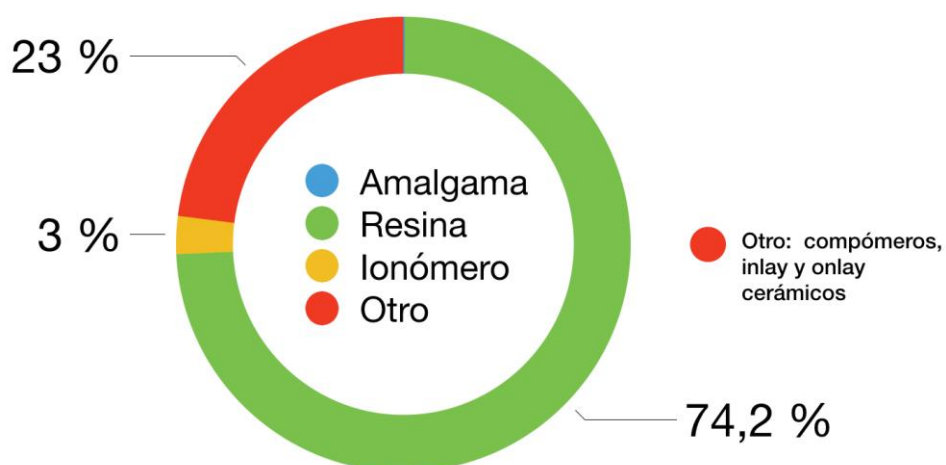
Pacientes de 15 años o menos

Se han realizado en promedio unas 234 restauraciones en 2018. El 0.7% fueron de amalgama.



Pacientes embarazadas

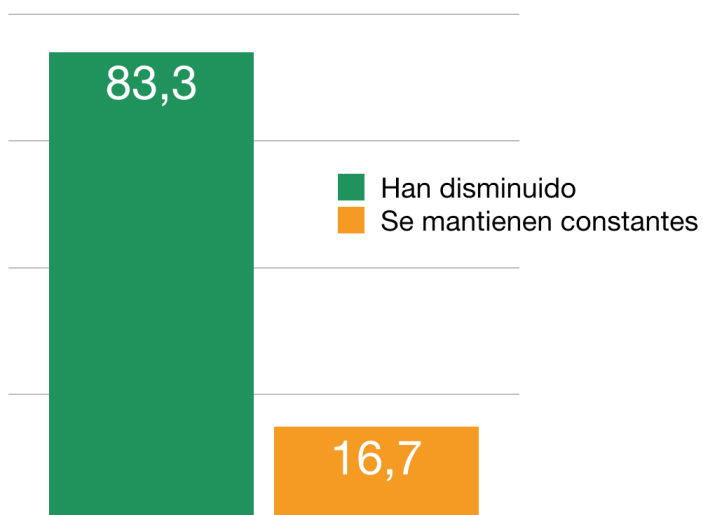
Se han realizado en promedio unas 28 restauraciones en 2018. Solo el 0.1% fueron amalgamas.



3. Información relativa a la evolución en la utilización de los materiales de restauración dental

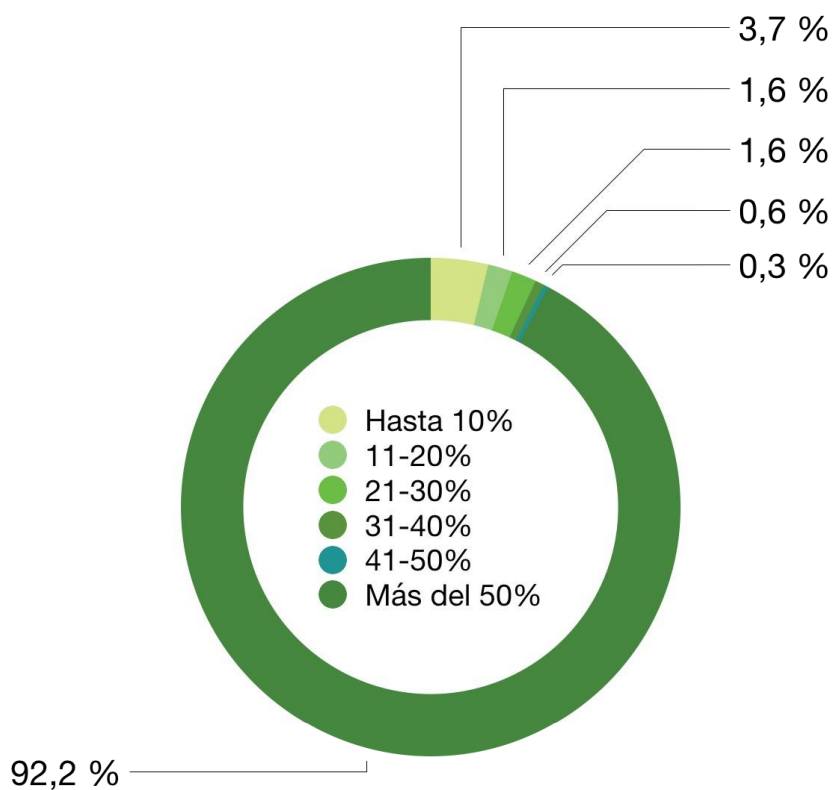
3.1. Evolución en el uso de la amalgama en las clínicas dentales en los últimos 5 años:

¿Cuál ha sido la evolución en tu consulta, de la utilización de la amalgama pensando en los últimos 5 años?



3.2. En el caso de haber señalado que en tu clínica las restauraciones de amalgama han disminuido, indica el grado aproximado de esta disminución en los últimos 5 años:

Más del 92% de los encuestados afirman haber reducido en más de un 50% la utilización de la amalgama en los últimos 5 años.

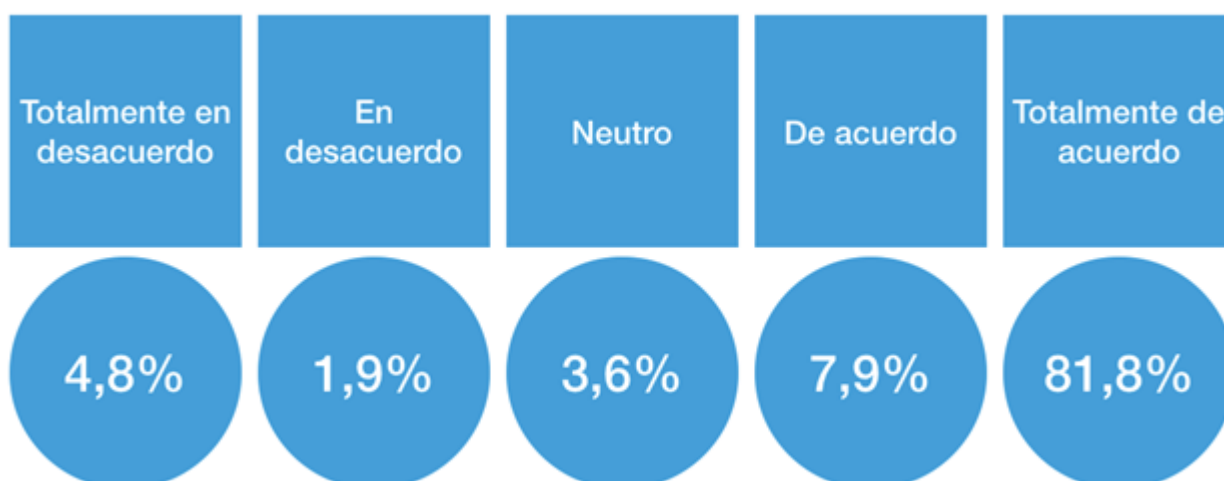


4. Opinión sobre la viabilidad de la supresión total del uso de amalgamas en el año 2030

En tu opinión, y basándote en tu experiencia personal, señala tu nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

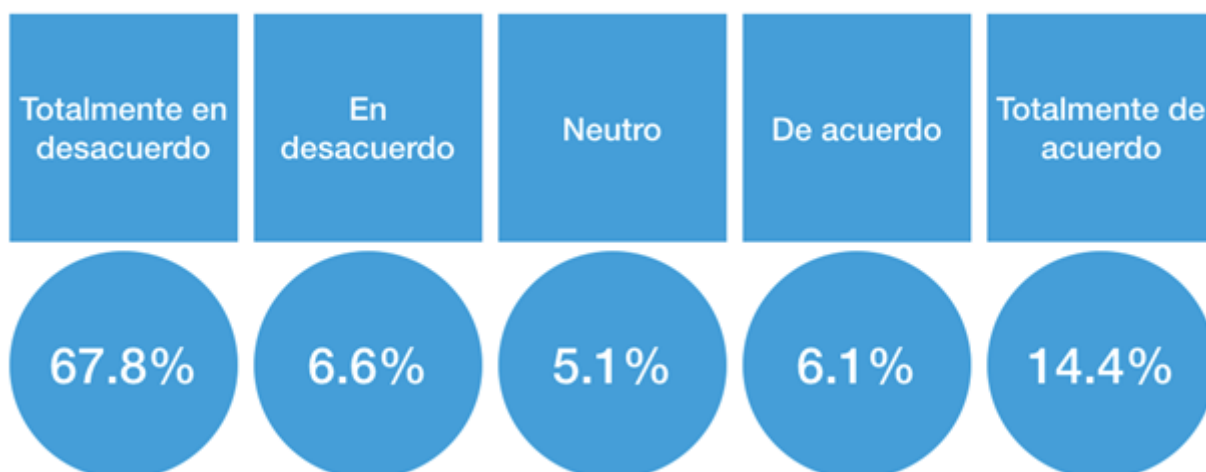
4.1. Teniendo en cuenta las opciones de utilización de otros materiales dentales, la supresión total del uso de amalgama es perfectamente viable en el año 2030:

Cerca del 90% de los encuestados están de acuerdo o totalmente de acuerdo con la viabilidad de la supresión de la amalgama en el horizonte 2030.



4.2. A pesar de las opciones de utilización de otros materiales dentales, en determinadas circunstancias clínicas y/o pacientes, no será viable la supresión total de uso de amalgamas en el año 2030:

Cuando se matiza más la pregunta, especificando determinadas circunstancias clínicas y/o propias del paciente, aumenta al 20% los que opinan que la supresión absoluta de la amalgama no es aún razonable. Aun así, para 3 de cada 4 dentistas, no hay motivos ni ninguna circunstancia clínica que no permita trabajar con materiales alternativos a la amalgama.



4.3. Entre los que piensan que no será viable la supresión total del uso de amalgama en el año 2030, estas son las principales razones y argumentos:

- ❖ Es indispensable para las restauraciones en pacientes poco colaboradores como los discapacitados intelectuales.
- ❖ En circunstancias clínicas en las que no es viable el aislamiento del campo operatorio: caríes cervicales, caries subgingivales.
- ❖ Los materiales de resinas compuestas son también un problema de salud general.
- ❖ La amalgama continúa siendo el material de obturación más duradero en base a todos los estudios de supervivencia de restauradores.
- ❖ Debería esperarse hasta lograr materiales alternativos de mejores calidades y que obtenga mejores resultados clínicos.
- ❖ La amalgama es indispensable en casos de pacientes de muy alto riesgo de caries, grandes destrucciones dentarias.
- ❖ En el sector público es muy complejo trabajar con materiales de resinas compuestas porque muchas veces no se dispone de una ayuda a 4 manos para realizar aislamiento correcto de la saliva.

CONCLUSIONES



1. La muestra es claramente representativa del universo de dentistas españoles como muestran los análisis de variables demográficas importantes.
2. La tasa de respuestas del 61% puede considerarse como aceptable en este tipo de estudios.
3. En dentición temporal, los dentistas españoles utilizan fundamentalmente resinas compuestas. Solo 1 de cada 100 restauraciones se realiza con amalgama.
4. En dentición permanente, tanto en población total como en menores de 16 años, la utilización de la amalgama también es residual (en torno al 1%), predominando el uso de resinas compuestas (entre el 81-87% de todas las restauraciones).
5. En pacientes embarazadas los dentistas españoles no utilizan amalgamas desde hace algunos años.
6. El 83% de los dentistas españoles han reducido el uso de la amalgama en los últimos 5 años mientras el resto (17%) afirman que su uso sigue estabilizado.
7. Más del 92% de los encuestados afirman haber reducido en más de un 50% la utilización de la amalgama en los últimos 5 años.
8. Nueve de cada 10 dentistas españoles están de acuerdo en que la supresión total de la amalgama es viable en el horizonte del 2030.
9. Algunos encuestados llaman la atención sobre la necesidad de seguir utilizando la amalgama por ahora, en determinadas circunstancias clínicas y/o pacientes específicos.

Anexo

Comprobaciones de calidad de la muestra de encuestados con respeto al universo de dentistas españoles

| VARIABLE | UNIVERSO DENTISTAS | MUESTRA |
|-------------------------|--------------------|-----------|
| REPARTO ÁREA GEOGRÁFICA | | |
| Noreste | 20% | 20,1% |
| Este | 13.6% | 12,7% |
| Sur | 21.3% | 21% |
| Centro | 29% | 29.3% |
| Noroeste | 8% | 8.9% |
| Norte | 7.8% | 8% |
| Sexo | | |
| Hombre | 45% | 47.7% |
| Mujer | 55% | 52.3% |
| Edad Media | 41.4 años | 45.7 años |



Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

© Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España

Diseñado por el Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España
www.consejodentistas.es

Anexo III. Planes Autonómicos en materia de Salud Bucodental

| Autonomía | Enlace a Información sobre Salud bucodental |
|--------------------|---|
| Andalucía | <ul style="list-style-type: none"> Atención bucodental infantil (6-15 años) https://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/infantil/bucodental.html Programa educativo de salud bucodental (Educación Infantil y Primaria: hábitos saludables de higiene bucodental y alimentación sana, en niños y niñas de 3 a 12 años) |
| Aragón | https://www.aragon.es/documents/20127/674325/SALUD%20BUCODENTAL%20FEBRERO%202010.pdf/4374db39-c217-4fbc-eea5-97b139a7c5d5 |
| Asturias | https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/programa-de-salud-bucodental-infantil-autonomico |
| Canarias | https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=f2b51416-d126-11df-a380-a19cf0dff4f6&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c |
| Cantabria | http://saludcantabria.es/index.php/plan-de-salud-bucodental |
| Castilla-La Mancha | https://sescam.castillalamancha.es/ciudadanos/tramitesyprestaciones/salud-bucodental |
| Castilla y León | https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-infantil/salud-escuela/cuida-dientes http://solidaridadintergeneracional.es/salud/ayudas-subservicios/castilla-leon/prestaciones-salud-bucodental/6646.html (Decreto 142/2003, de 18 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones de salud bucodental del sistema de salud de Castilla y León) |
| Cataluña | http://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/salut-bucodental/higiene-i-cura-de-les-dents/programes-de-salut-bucodental/ |
| Ceuta | INGESA http://www.areasanitariaceuta.es/unidades/ (Con equipos multidisciplinares ubicados en los tres centros de salud del Área. Se encarga de las revisiones a los niños de hasta 14 años, sellado de fisuras y caries hasta los 7 años y actividad odontológica básica) Ciudad Autónoma: https://www.ceuta.es/ceuta/por-consejerias/educacion-cultural/128-educacion/actividades-guia/educar-para-la-salud-y-el-consumo/802-prevencion-de-caries-infantiles (Charlas) |
| Extremadura | https://saludextremadura.ses.es/ventanafamilia/contenido?content=padiex |
| Galicia | https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/892/quiatecnica_saudebucodental.pdf |
| Islas Baleares | https://www.ibsalut.es/apmallorca/es/ap-mallorca/unidades-de-apoyo/salud-bucodental/unidades-de-salud-bucodental |
| La Rioja | https://www.riojasalud.es/salud-publica-y-consumo/vida-sana/infancia/3821-salud-bucodental |
| Madrid | http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/atencion-salud-bucodental |
| Melilla | Programa de Salud Bucodental Infantil del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) |
| Murcia | http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=28618&idsec=2435 |
| Navarra | Programa de Atención Dental Infantil (PADI) ¹⁵ Programa de Atención Dental para Personas con Discapacidad ¹⁶ DECRETO FORAL 70/2003, de 7 de abril, por el que se modifica el Programa de Atención Dental a minusválidos. ORDEN FORAL 51/2003, de 9 de mayo, del Consejero de Salud, por la que se desarrolla el Programa de Atención Dental a |

¹⁵PADI: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Me+cuido/Etapas+de+la+vida/Infancia+adolescencia+y+juventud/Atencion+dental+infantil/

¹⁶ Programa de Atención Dental para Personas con Discapacidad:
https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Actualidad/Preguntas+frecuentes/Salud+Bucodental/Programa+de+Atencion+Dental+para+Personas+con+Discapacidad.htm



| Autonomía | Enlace a Información sobre Salud bucodental |
|----------------------|---|
| | Minusválidos |
| País Vasco | PADI - Programa de Asistencia Dental Infantil (7-15 años) |
| Comunidad Valenciana | http://www.sp.san.gva.es/sscc/progSalud.jsp?CodProg=PS07&Opcion=SANMS1147&MenuSup=SANMS11&Nivel=2 (0-14 años) |

28 de febrero de 2020