

## La higienista dental en la sanidad pública

Varela Centelles, Pablo

Odontólogo de Área. Centro de Salud "Praza do Ferrol". Lugo.

Martínez González, Andrés

Médico de Familia. Centro de Salud de Serantes. Ferrol. A Coruña.

Varela Centelles, Almudena

Higienista Dental. Práctica privada

Cad Aten Primaria  
Año 2007  
Volumen 14  
Pág. 88-90

### RESUMEN

En este artículo se analizan las prestaciones odontológicas recogidas por la legislación vigente, se relacionan con las capacidades reconocidas al higienista dental y se propone una ampliación de las funciones de la higienista dental dentro de las prestaciones actualmente reconocidas en el Sistema Nacional de Salud.

### PALABRAS CLAVE:

Sistema Nacional de Salud, Higienista Dental, Odontología, Cartera de Servicios.

### INTRODUCCIÓN

La aparición de la ley que creaba la profesión de higienista dental y su posterior desarrollo en el Real Decreto de 1994<sup>(1)</sup> no estuvo exenta de polémica. Hechos como el desconocimiento por parte de la Administración, el recelo de algunos miembros de la Profesión Dental y la ausencia de una diferenciación entre las funciones del Higienista Dental y el Auxiliar favorecieron las controversias.

La presencia de Higienistas Dentales en las consultas es inferior a la de Auxiliares Dentales y predomina la composición de un dentista y un auxiliar. Al menos unas 20.000 las personas que trabajan como auxiliares dentro del sector odontológico español. Dentro de esta cifra, el porcentaje de Higienistas es cada vez mayor, con lo cual, pronto se llegará a una plétora de profesionales, ya que se necesitarían un Higienista por cada 12.600-15.300 habitantes<sup>(2,3)</sup>. Casi la totalidad (95%) de los profesionales ejercen en el sector privado. Si la profesión nació con una evidente vocación comunitaria y preventiva, puede resultar paradójico que la mayoría de los titulados ejerzan en el sector privado con funciones posiblemente no bien definidas, dándose un entrecruzamiento entre la labor del Higienista y del Auxiliar. Aunque es imposible contar con datos exactos, la presencia de higie-

nistas dentales en la sanidad pública es desigual en los distintos servicios de salud autonómicos y a todas luces insuficiente si se pretende proporcionar adecuadamente (y no sólo formalmente) a los ciudadanos las prestaciones reconocidas en la legislación en materia de salud bucodental. Sirva como ejemplo el caso de Galicia, que con una población de 2.764.250 habitantes muy dispersos en los 29.575 Km<sup>2</sup> de su territorio<sup>(4)</sup>, cuenta con 43 plazas de higienistas dentales en la sanidad pública<sup>(5)</sup>, no siendo infrecuente que un mismo profesional simultanee su ejercicio en dos y hasta en tres de estas plazas.

Podría atribuirse esta desigualdad entre sanidad pública y sanidad privada bien a lo exiguo de la cartera de servicios odontológica en la sanidad pública o bien a las capacidades que su titulación confiere al higienista dental.

El objetivo de este trabajo es analizar las prestaciones odontológicas reconocidas por la legislación vigente, relacionarlas con las capacidades reconocidas al higienista dental y proponer una ampliación de las funciones de la higienista dental dentro de las prestaciones actualmente reconocidas en el Sistema Nacional de Salud.

### MARCO LEGAL

#### El higienista dental

El Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, desarrolla la Ley 10/1986, de 17 de marzo y en su artículo 10.1 define al Higienista Dental como "el titulado de Formación Profesional de Grado Superior que tiene como atribuciones, en el campo de la promoción de la salud y la educación sanitaria buco-dental, la recogida de datos, la realización de exámenes de salud, el consejo de medidas higiénicas y preventivas, individuales y colectivas, y la colaboración en estudios epidemiológicos".

El artículo 10.2 del Real Decreto señala que los higienistas dentales podrán actuar como ayudantes y colaboradores de los facultativos Médicos y Odontólogos realizando funciones técnico-asistenciales.

#### Dirección para correspondencia

Pablo I. Varela Centelles

Dr. Fleming, 8. 2º Izda. • 27002 Lugo  
pvarelac@infomed.es • Tel: 982254490

En el artículo 11.1 especifica dichas funciones que el higienista dental puede ejercer en materia de Salud Pública:

1. Recogida de datos acerca del estado de la cavidad oral para su utilización clínica o epidemiológica.
2. Practicar la educación sanitaria de forma individual o colectiva, instruyendo sobre la higiene bucodental y las medidas de control dietético necesarias para la prevención de procesos patológicos bucodentales.
3. Controlar las medidas de prevención que los pacientes realicen.
4. Realizar exámenes de salud bucodental de la comunidad.

En el artículo 11.2, especifica más detalladamente las funciones que el higienista dental puede desarrollar en materia técnico-asistencial (en clínicas dentales):

1. Aplicar fluoruros tópicos en sus distintas formas.
2. Colocar y retirar hilos retractores.
3. Colocar selladores de fisuras con técnicas no invasivas.
4. Realizar el pulido de obturaciones y eliminar los eventuales excesos de las mismas.
5. Colocar y retirar el dique de goma.
6. Eliminar cálculos y tinciones dentales y realizar detartrajes y pulidos.

### Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece la regulación de las acciones conducentes a la efectividad del derecho a la protección de la salud reconocido en los artículos 43 y concordantes de la Constitución.

El derecho a la protección de la salud debe entenderse como algo más que el establecimiento de unas normas o pautas de salubridad en el entorno en que la vida se desarrolla. Para ello, los poderes públicos actuarán tanto en el plano de la prevención, para la que es fundamental la labor educativa encaminada a la difusión de hábitos saludables de conducta en la vida cotidiana, y en el de la asistencia, mediante las necesarias prestaciones en caso de enfermedad.

La Ley General de Sanidad establece que «los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades». La asistencia preventiva y reparadora, mediante las prestaciones financiadas con cargo a la Seguridad Social o a fondos estatales adscritos a la sanidad, es función capital del Sistema Nacional de Salud, en cumplimiento de lo previsto en los artículos 41 y 43.2 de la Constitución, desarrollados en los artículos 3.2, 6, 18, 45 y concordantes de la Ley General de Sanidad y teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 101 de la Ley General de la Seguridad Social, de 30 de mayo de 1974.

En cuanto a lo que debe considerarse prestación sanitaria, el Real Decreto 63/95 de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (B.O.E. 10-2-95 nº 35), establece:

### Artículo 2.

3. En todo caso, no se considerarán incluidas en las prestaciones sanitarias aquellas atenciones, actividades o servicios en las que concurra alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Que no exista suficiente evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínicas o que hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.
- b) Que no esté suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento.
- c) Que se trate de meras actividades de ocio, descanso, confort, deporte, mejora estética o cosmética, uso de aguas, balnearios o centros residenciales, u otras similares, sin perjuicio de su posible atención por los servicios sociales o de otra naturaleza."

En cuanto a grupos de población específicos se detalla:

### 3.º Atención al adulto y anciano.

Además de lo ya indicado con carácter general, la atención primaria a los mayores de catorce años comprenderá:

- b) La detección de factores de riesgo, cuando existan medidas de eficacia comprobada para eliminarlos o reducirlos.
- c) La educación, la atención y asistencias sanitarias a enfermos con procesos crónicos.
- e) La atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales"

Y en el apartado específico de salud buco-dental se indica que "la prestación comprenderá:

- a) La información y educación en materia de higiene y salud buco-dental.
- b) Las medidas preventivas y asistenciales: aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellados de fisuras u otras, para población infantil, de acuerdo con la financiación y los programas especiales para la salud buco-dental de cada año.
- c) Tratamiento de procesos agudos odontológicos, incluida la extracción de piezas dentarias.
- d) La exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas."

Además, las distintas comunidades autónomas han desarrollado sus programas de salud bucodental, desarrollando las líneas generales establecidas en la legislación estatal, bien estableciendo conciertos con entidades privadas de forma directa o indirecta, o bien aportando los recursos adicionales a su red asistencial para ampliar la cartera de servicios para los menores de 14 años, casi de forma exclusiva.

### ACTIVIDADES DE LA HIGIENISTA DENTAL EN LA SANIDAD PÚBLICA

La labor de la higienista en la sanidad pública hacia los menores de 14 años no difiere significativamente de la realizada en la consulta privada; sin embargo se obvian sus capacidades en el campo de la

salud comunitaria, siendo muy infrecuentes -por ejemplo- las intervenciones de educación y promoción de la salud en colectividades (colegios, asociaciones, etc.), actividades que son parte de sus capacidades y están reconocidas como atribuciones del sistema público de salud en la legislación vigente.

De la lectura atenta del marco legal vigente se puede deducir que no existe límite de edad alguno en lo que a la educación y promoción de la salud y prevención de la enfermedad se refiere, por lo que resulta cuanto menos llamativo que estas actividades se vean restringidas en el ámbito bucodental a los menores de 14 años y gestantes. Frente a esta situación se ha argumentado que los antedichos grupos poblacionales son los que obtendrían mejor aprovechamiento de una asignación de recursos por definición limitados y con frecuencia insuficientes. Esta prelación asistencial es discutible desde el momento en que excluye de facto al resto de la población y cuando existen otros colectivos - como veremos a continuación- que se verían tan beneficiados o más que los actuales receptores de las prestaciones preventivas.

### UN EJEMPLO DE PRESTACIÓN PARA ADULTOS

No se trata en este artículo de abogar por la cobertura universal de las necesidades de tratamiento del aparato estomatognático, como ocurre, por ejemplo con el aparato locomotor o cualquier otro de la economía (por otra parte tan lógica como inasumible por nuestro actual Sistema Nacional de Salud), sino de hacer llegar las prestaciones preventivas (reconocidas en nuestro ordenamiento jurídico) a ciertos grupos de riesgo que verían mejorar grandemente su salud y calidad de vida con una mínima asignación de recursos.

Los grupos de riesgo que se proponen son:

**Diabéticos mal controlados:** Una de las patologías orales más prevalentes entre el paciente diabético es la enfermedad periodontal. En pacientes diabéticos se ha hallado una actividad quimiotáctica y fagocitaria disminuida en los leucocitos polimorfonucleares que parece contribuir decisivamente a la destrucción periodontal. De este modo, diabéticos infantiles con enfermedad bien controlada experimentan más gingivitis y pérdida de inserción epitelial que los no diabéticos, teniendo ambos grupos los mismos valores de placa bacteriana y aún adultos con diabetes controlada tienen más gingivitis y pérdida de inserción que los no diabéticos<sup>(6)</sup>.

**Cardiópatas de alto riesgo:** Existen estudios que demuestran una significativa correlación entre prevalencia de infecciones (periodontales o periapicales) y grado de ateromatosis coronaria, después de ajustar por edad, perfil lipídico, índice de masa corporal, hipertensión, hábito tabáquico o nivel socioeconómico<sup>(7)</sup>. Estos y otros datos aportados a la literatura científica apoyan la consideración de la enfermedad periodontal como un factor de riesgo independiente de sufrir patología coronaria o infarto cerebral<sup>(8)</sup>.

**Síndrome de Down:** Estos pacientes son más susceptibles a patología periodontal, con una incidencia superior al 90%. La salud oral de estos pacientes empeora significativamente cuando son institucionalizados, lo que podría reflejar diferencias en el cuidado oral o una combinación de factores medioambientales y sistémicos<sup>(9)</sup>. En general, el estado de su boca empeora con la edad, habiéndose descrito algunos factores sistémicos implicados: anormal funcionamiento de polimorfonucleares y monocitos, envejecimiento prematuro de linfocitos B y defectos de maduración de linfocitos T<sup>(10)</sup>.

**Irradiados en el territorio máxilofacial:** Como consecuencia de la radiación, se produce una lesión de las glándulas salivares que ocasiona xerostomía, que a su vez implica la producción en primer lugar de una saliva más viscosa, seguida de una posterior reducción del volumen total de saliva. La poca saliva producida presenta, además, un viraje hacia el ácido en su pH y disminuye su capacidad de tampón y de secreción protéica, que se acompaña por un aumento de un 25% en el recuento de gérmenes cariogénos<sup>(11)</sup>.

Como se puede apreciar, se trata de grupos poblacionales muy concretos y relativamente poco numerosos, que se verían grandemente beneficiados de intervenciones de educación para la salud oral y -por qué no- de tartrectomías cuando fuesen necesarias (al no responder a motivos estéticos y tener probada eficacia podrían ser incluidas en la cartera de servicios de la sanidad pública), mejorando de este modo la salud y la calidad de vida de estos pacientes.

### BIBLIOGRAFÍA

1. B.O.E. Real Decreto 1.594/1994 del 15 de Julio.
2. Noguero B, Llodra JC, Sicilia A, Follana M.: La Salud Bucodental en España. 1994. Antecedentes y perspectivas de futuro. Ed. Avances Medico-dentales. 1995.
3. EDITORIAL: El S.A.S. no reconoce a 2.000 Higienistas. "El País". 6 de Junio de 1995.
4. Principais datos de Galicia. Instituto Galego de Estadística. [http://www.ige.eu/hipertablas/datos\\_basicos.jsp?idioma=ga](http://www.ige.eu/hipertablas/datos_basicos.jsp?idioma=ga)
5. Centros de Atención Primaria. Centros. Servizo Galego de Saúde. <http://www.sergas.es/>
6. Seymour RA, Heasman A. "Systemic diseases and the periodontium". En: Seymour RA, Heasman A. (Editores). Drugs, diseases and the periodontium. Oxford University Press. Oxford 1992.
7. Beck J, García R, Heiss G, Vokonas PS, Offenbacher S. Periodontal disease and cardiovascular disease. J Periodontol 1996;67:1123-37.
8. Mattila KJ. Dental infections as a risk factor for acute myocardial infarction. Eur Heart J 1993;14:51-3.
9. Brown RH, Cunningham WM. Some dental manifestations of mongolism. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1961;14:664-76.
10. Whittingham S, Sharm DLB, Pitt DB, Mackay IR. Stress deficiency of the T-lymphocyte system exemplified by Down's syndrome. Lancet 1977;i:163.
11. Toht BB, Martin JW, Fleming TJ. Complicaciones orales asociadas con la terapia oncológica. La experiencia del Centro Oncológico M D Anderson. Arch Odontostomatol 1991;7:87-96.