XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral

11-12 NOV 2016
MURCIA
Hospital Morales Meseguer

BASES PARA LA ESTRATEGIA DE SALUD ORAL PARA ASTURIAS

José Mª Blanco González

CONTENIDO

1. Situación de partida

- Sociedad
- Caries infantil
- Recursos

2. Marco teórico

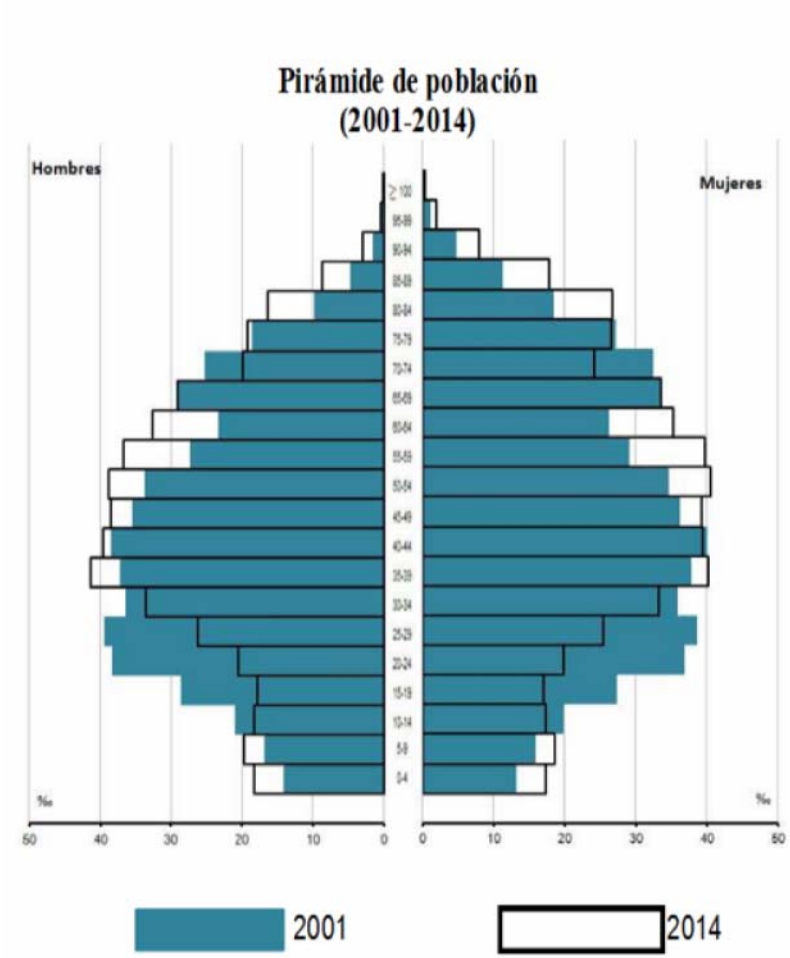
3. Estrategia en Asturias

1. Situación de partida

1. Situación de partida

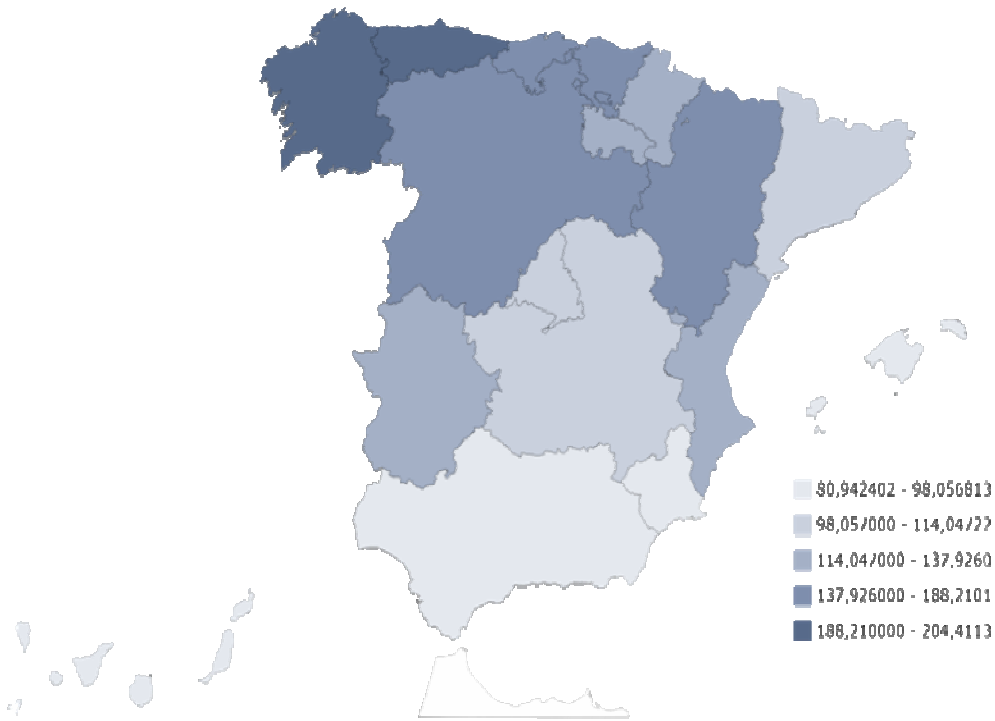
Sociedad

Pirámide de población de Asturias 2001-2014. INE

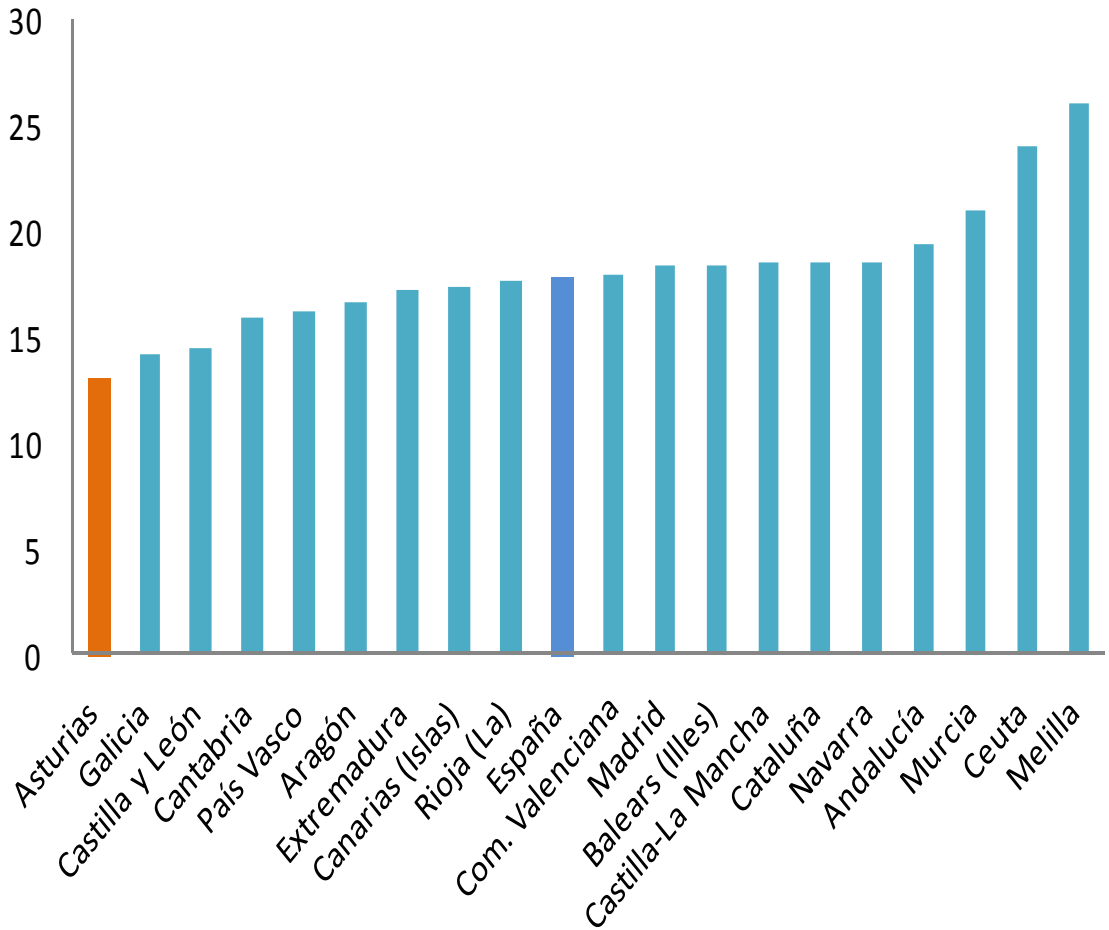


índice de envejecimiento 2015. INE

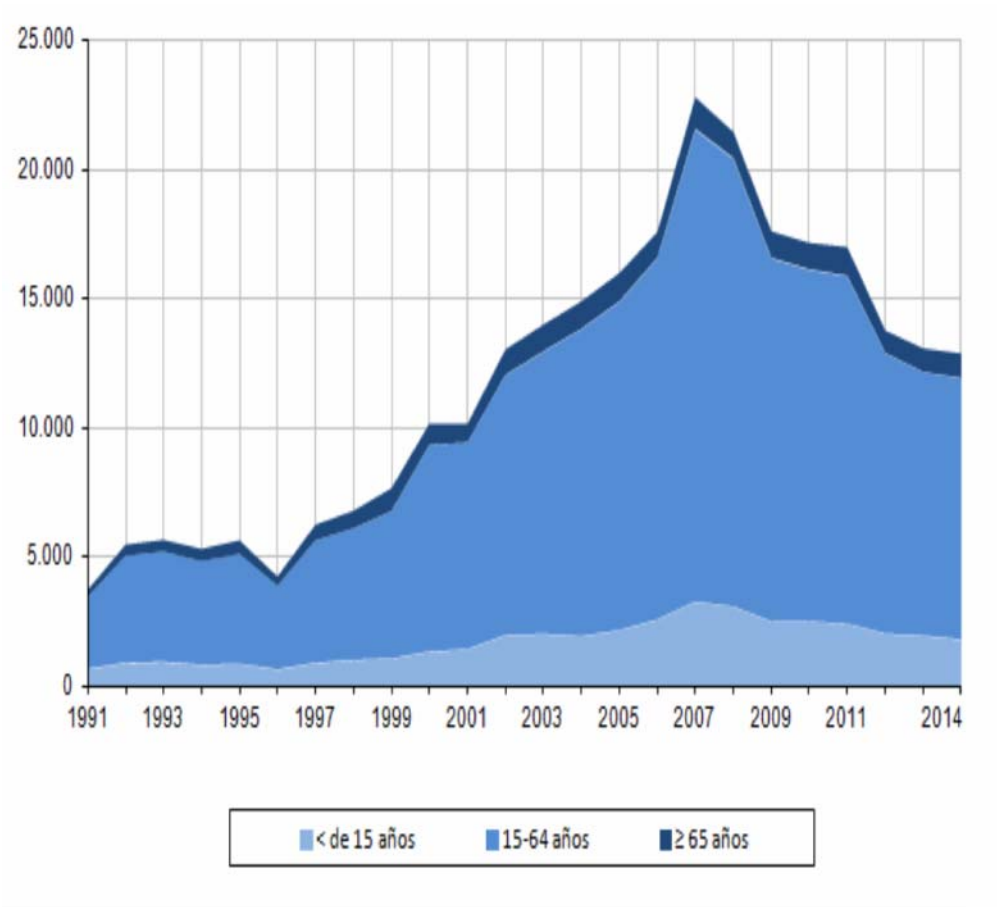
Asturias, Principado de	204,41
Galicia	188,21
Castilla y León	185,07
País Vasco	141,92
Cantabria	140,17
Aragón	137,93
Extremadura	130,35
Rioja, La	126,52
Total Nacional	114,72
Navarra	114,08
Comunitat Valenciana	114,05
Castilla - La Mancha	110,72
Cataluña	108,77
Madrid, Comunidad de	100,69
Canarias	98,06
Balears, Illes	92,92
Andalucía	92,86
Murcia, Región de	80,94



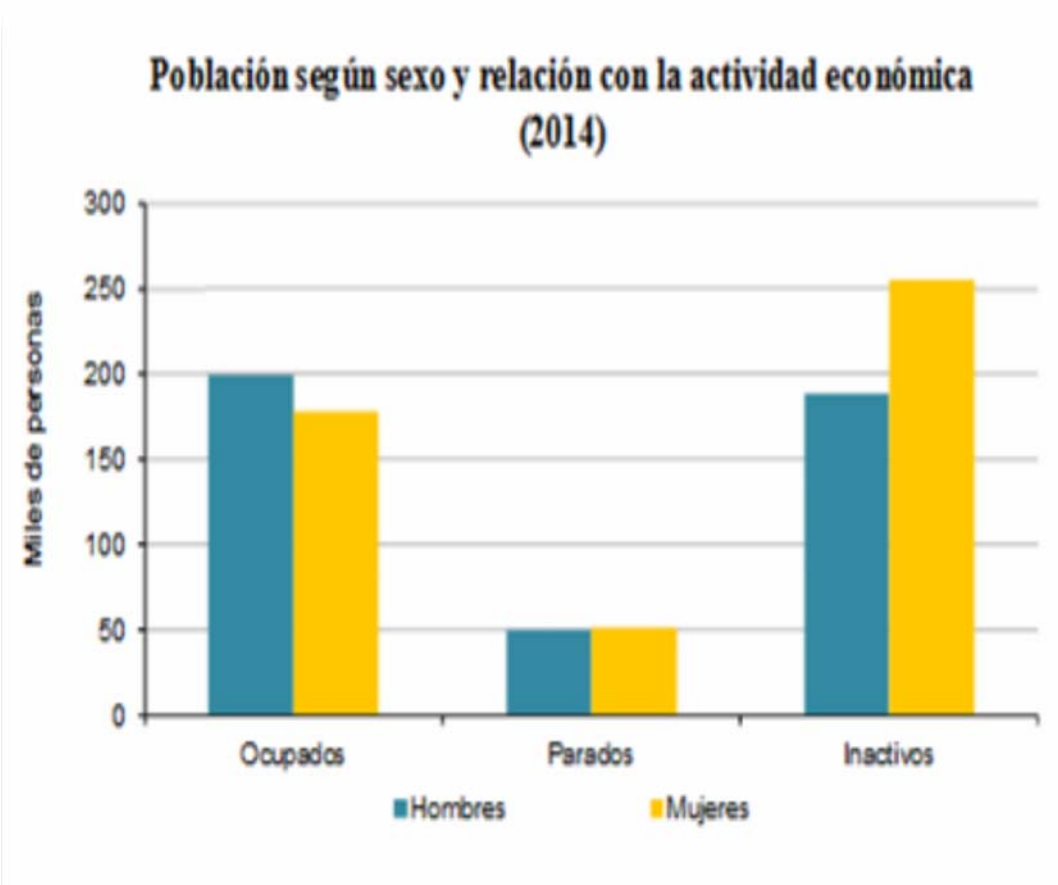
Porcentaje de población menor de 18 años, ambos sexos, 2014



Población residente de origen extranjero 1991-2014



Población según sexo y actividad económica



6º INFORME
2016

EL ESTADO DE LA POBREZA

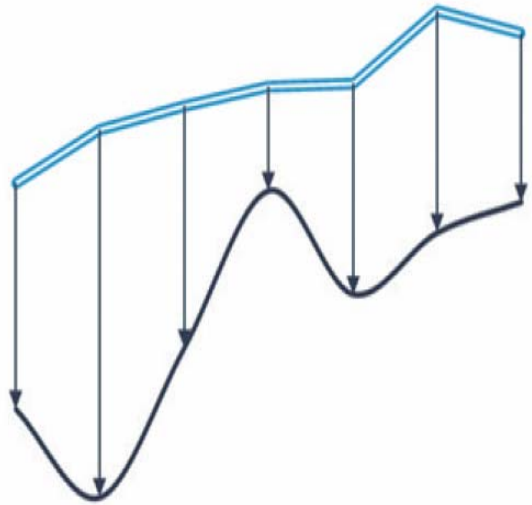
SEGUIMIENTO DEL INDICADOR DE RIESGO DE POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL EN ESPAÑA

2009-2015

Juan Carlos Llano Ortiz
EAPN-ESPAÑA

AROPE
2009-2015

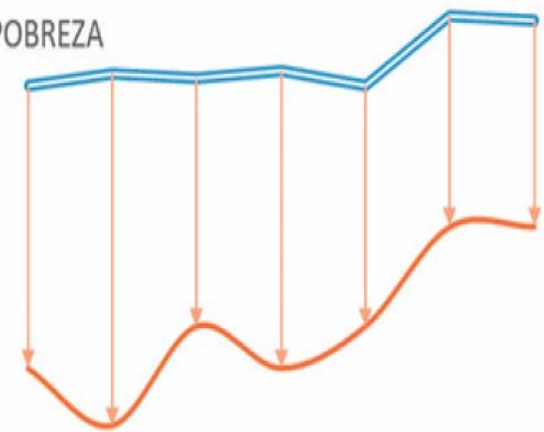
Asturias



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nacional	24,7	26,1	26,7	27,2	27,3	29,2	28,6
Asturias	18,8	16,5	20,4	24,5	21,8	23,4	24,2

RIESGO DE POBREZA
2009-2015

Asturias

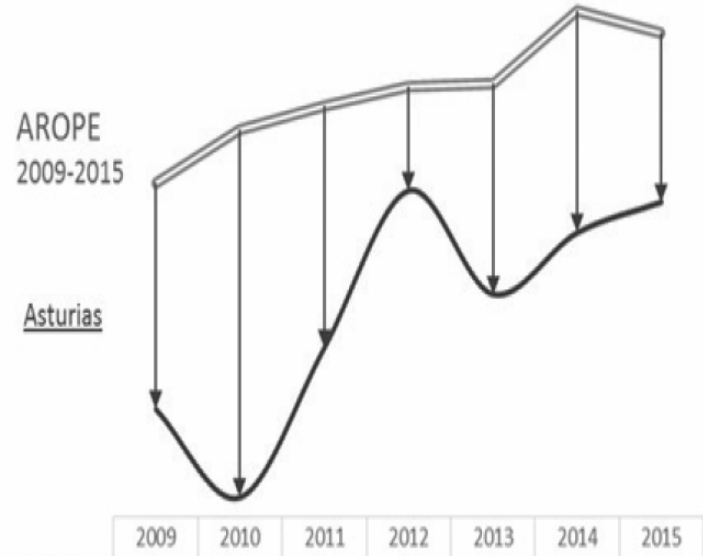


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nacional	20,4	20,7	20,6	20,8	20,4	22,2	22,1
Asturias	13,0	11,5	14,1	13,0	14,1	16,7	16,7

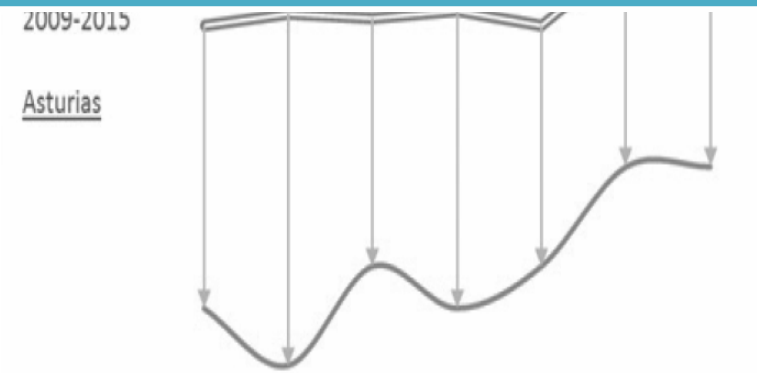
6º INFORME
2016

EL ESTADO DE LA POBREZA

SEGUIMIENTO DEL INDICADOR DE RIESGO
DE POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL EN ESPAÑA
2009-2015



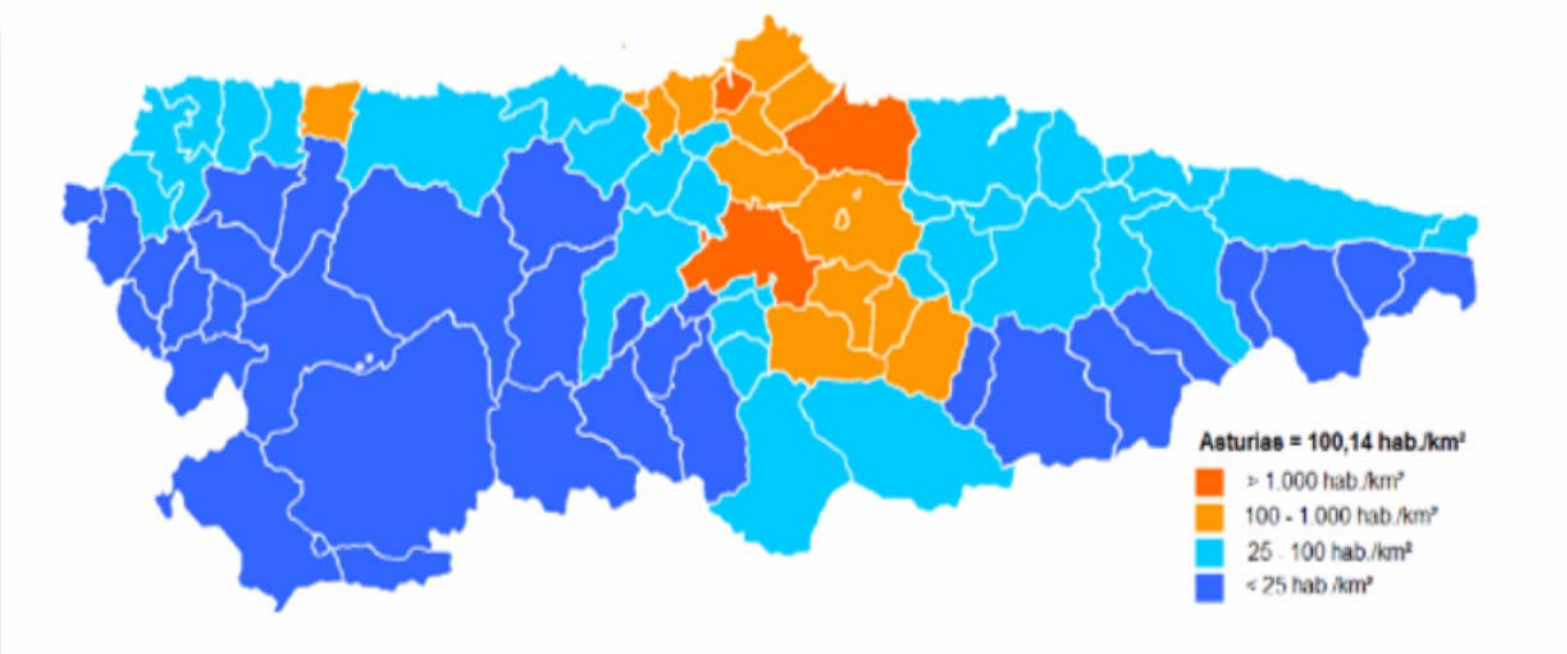
"Además, Asturias tiene algo más de 46.000 personas en pobreza extrema, que suponen el 4,4 % del total de su población, que tienen que sobrevivir con ingresos inferiores a 332 € mensuales por unidad de consumo"



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nacional	20,4	20,7	20,6	20,8	20,4	22,2	22,1
Asturias	13,0	11,5	14,1	13,0	14,1	16,7	16,7

Juan Carlos Llano Ortiz
EAPN-ESPAÑA

Densidad de población 2014



Sociedad: conclusiones

Perdemos población. Apenas inmigración.

Este es un “país para viejos”. Infancia bajo el efecto “Hamelin”.

Dispersión rural y concentración en el centro geográfico.

Población activa que trabaja es menos de la mitad del total. Por cada persona activa hay 1,47 personas inactivas (parados o pensionistas).

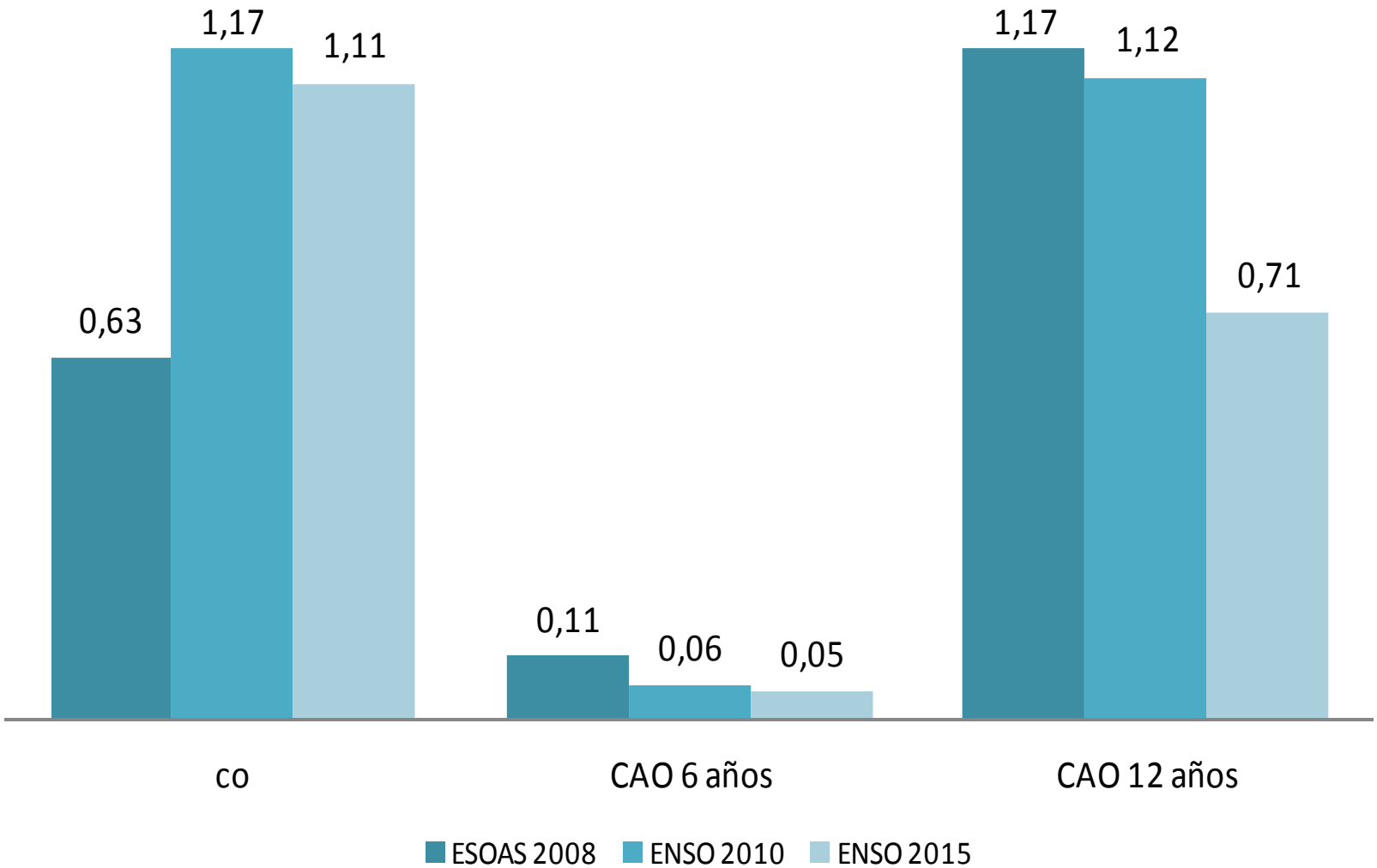
Población en riesgo de exclusión representa casi una cuarta parte del total. La pobreza extrema afecta al 4,4% de la población.

La renta disponible se mantiene por las pensiones (jubilación sobre todo).

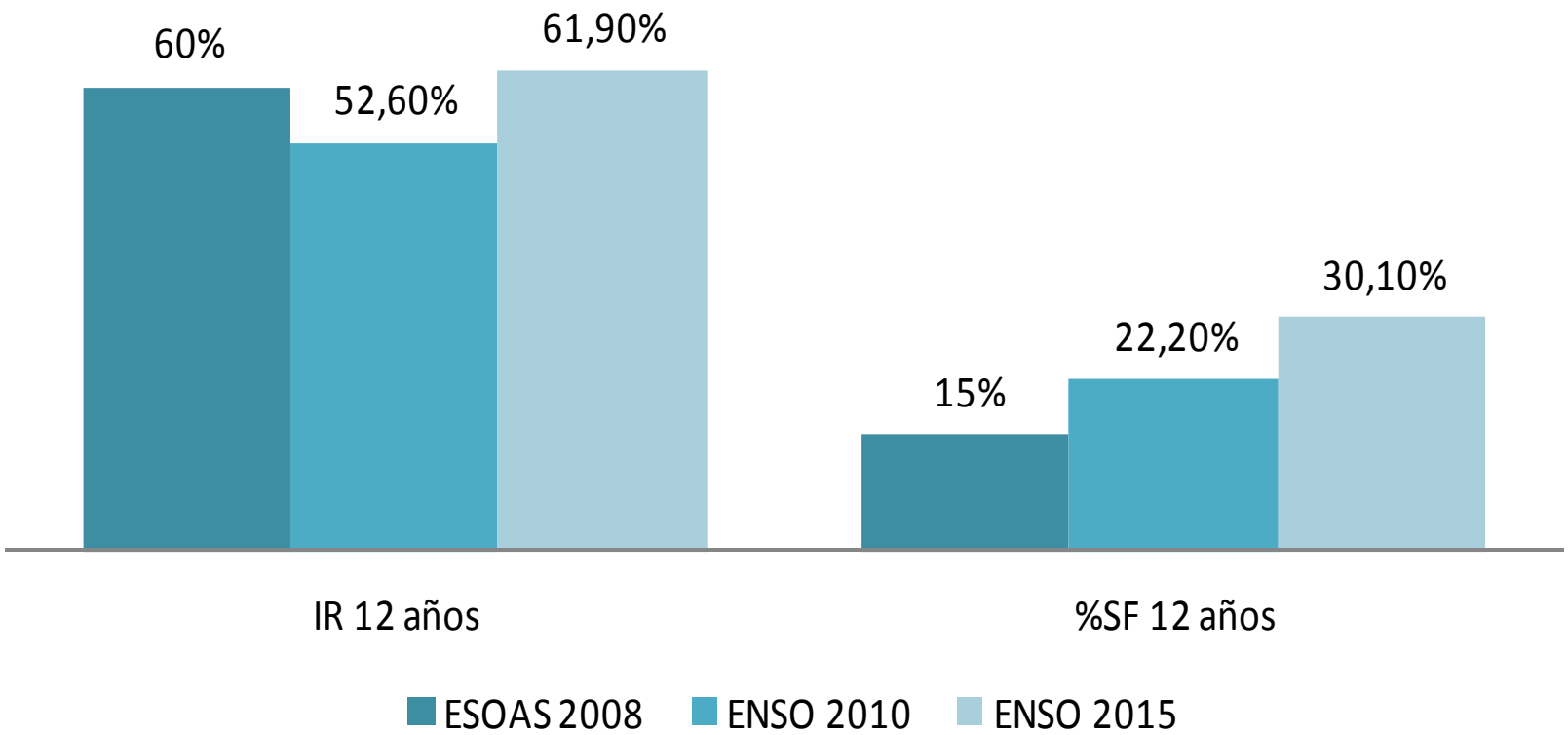
1. Situación de partida

Caries infantil

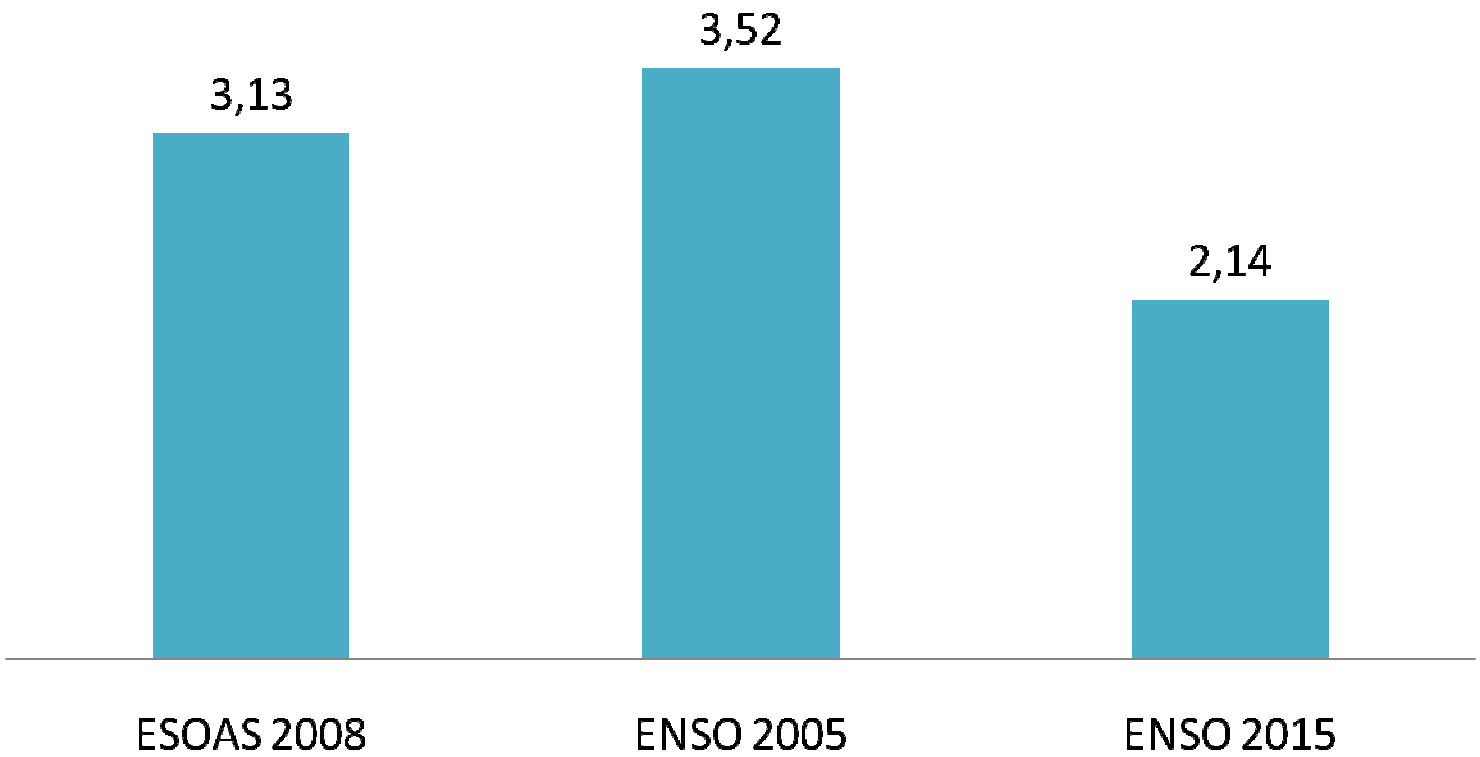
Comparativa entre Encuestas de Salud Oral



Comparativa entre Encuestas de Salud Oral



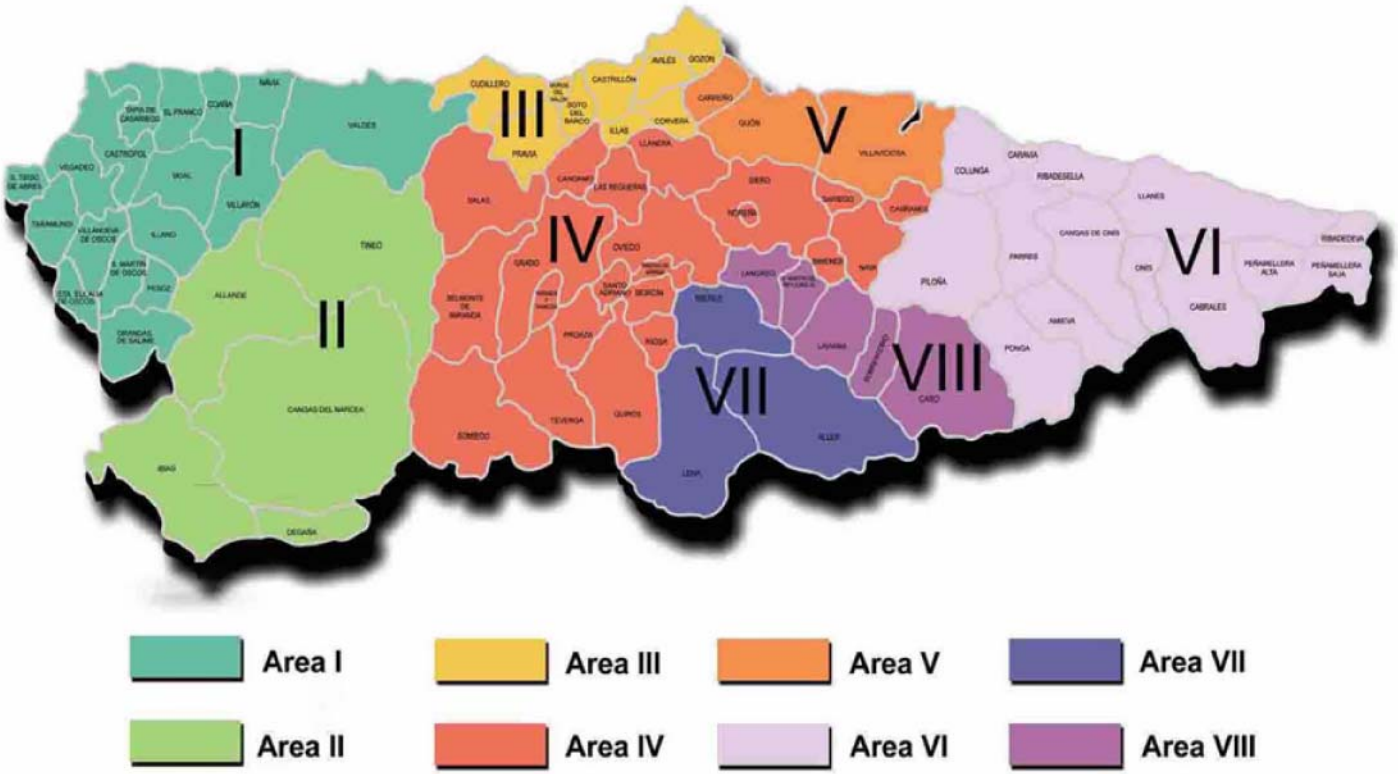
Comparativa entre Encuestas de Salud Oral: Sic a los 12 años



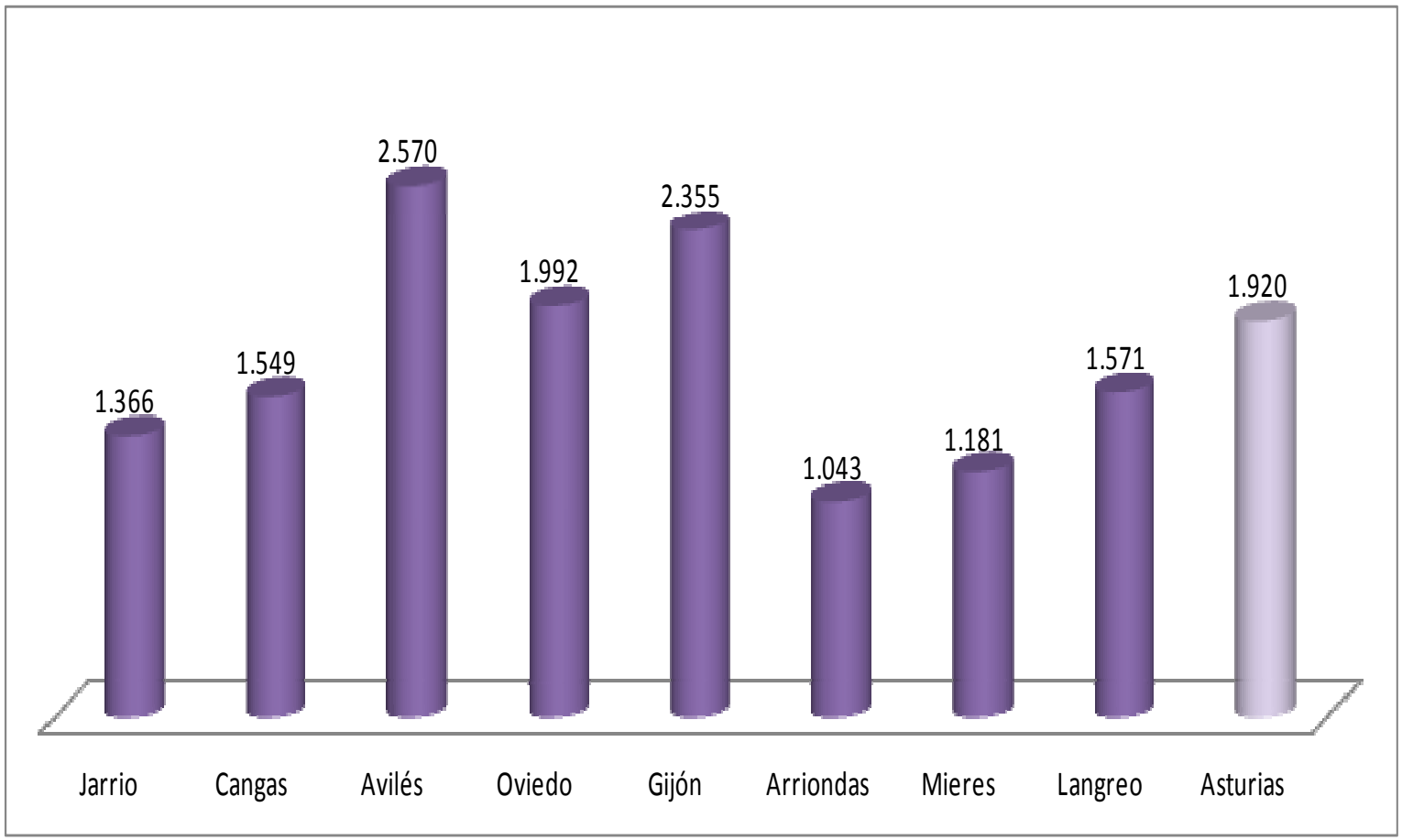
1. Situación de partida

Recursos

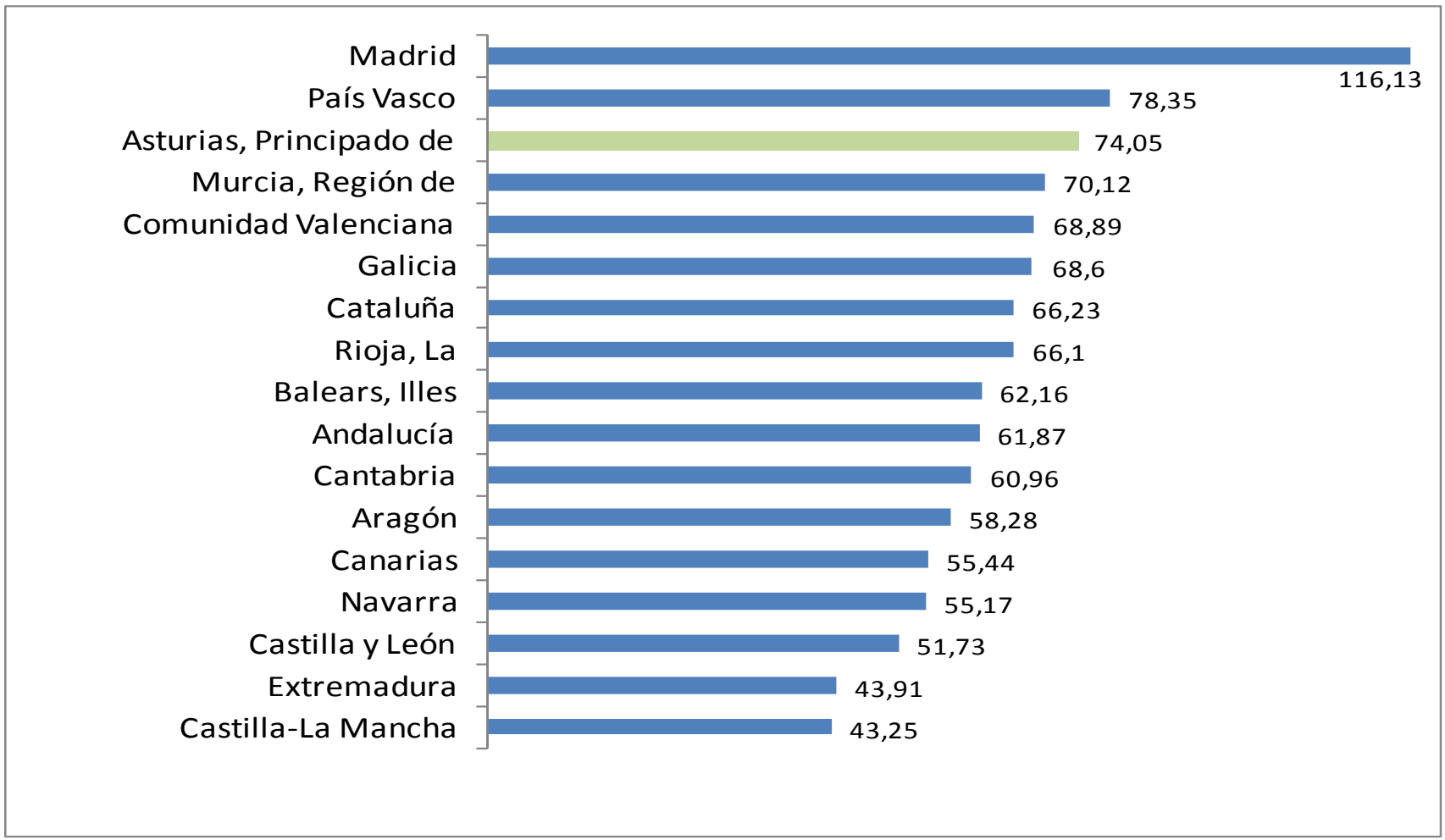
Mapa Sanitario de Asturias. Decreto 112/1984



Media de TIS 6-14 AÑOS asignadas a cada USBD



Dentistas colegiados no jubilados por cada 100.000 habitantes en 2014



Legislación y Cartera de Servicios

RD 1030/2006 Cartera de Servicios de AP del SNS

- PSBD Infantil 6-14 años: EXPL y asignación de riesgo individual / RVG / OBT / CF / BF / SF / TAR / EXO
- Embarazadas: REV / CF /TAR
- Discapacidad: Mismas que SBD infantil sin límite de edad en medio hospitalario
- Población general. Procesos agudos odontológicos

Tratamientos complejos en 2010 (7-10 años)

- Endodoncias
- Apicoformaciones
- Restauraciones Incisivos-Caninos

Colegios EI y EP **La Conquista de la Boca Sana** (5 a12 años)

- Unidades didácticas: profesorado
- Talleres de cepillado: higienistas / enfermería de pediatría

Protocolos, guías, normas técnicas

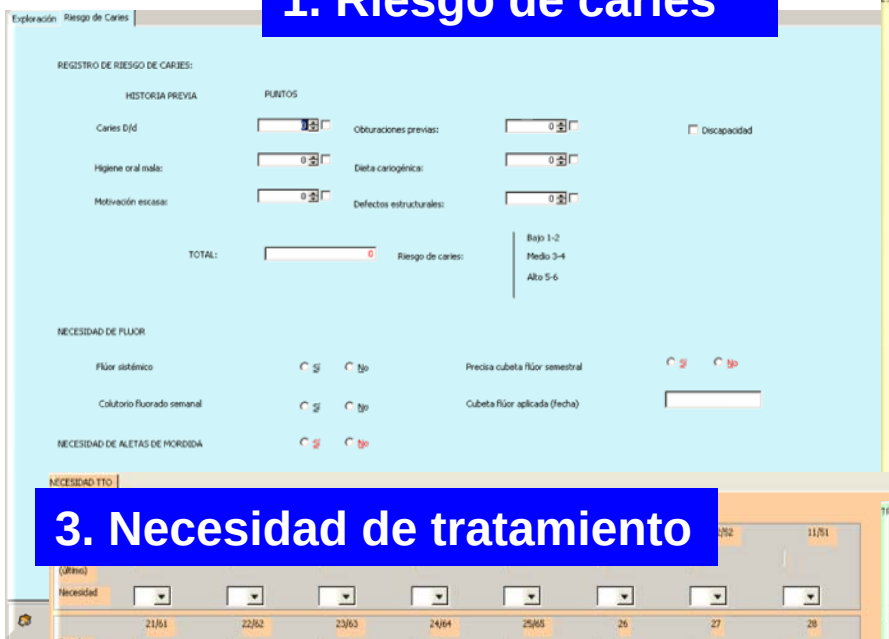
Guía para la atención a la SBD en AP de Asturias. DGSP 2010.

Protocolos Clínicos 2015

- ONM y Bisfosfonatos
- Anticoagulados-Antiagregados
- Endocarditis infecciosa

Historia clínica empleada

1. Riesgo de caries

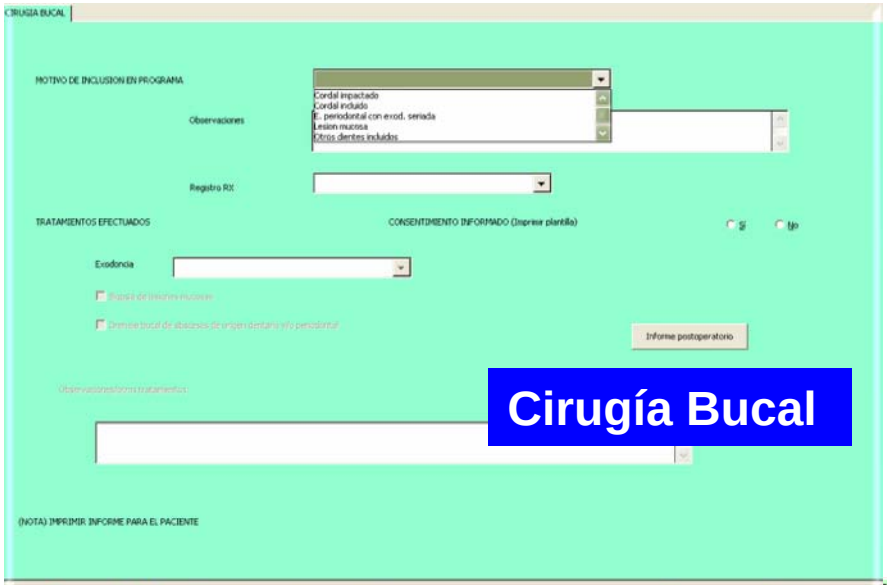


2. Estado Dental

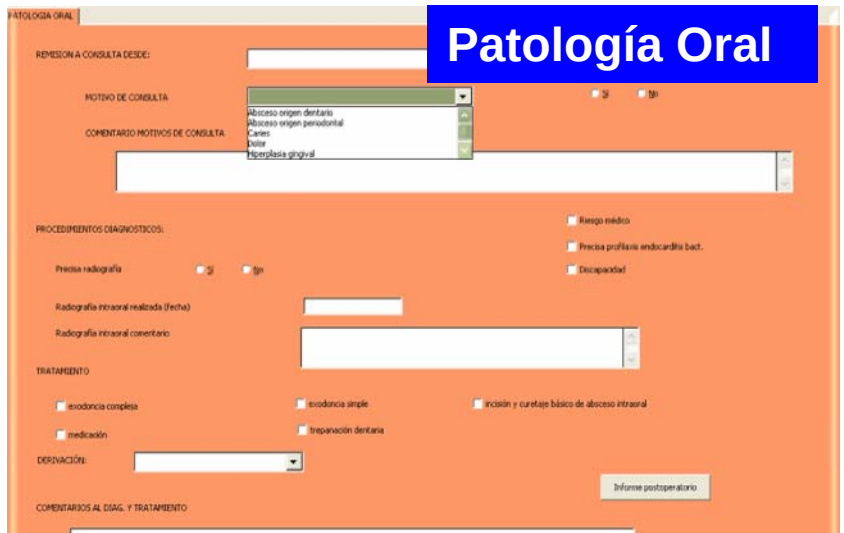
3. Necesidad de tratamiento

4. Tratamiento realizado

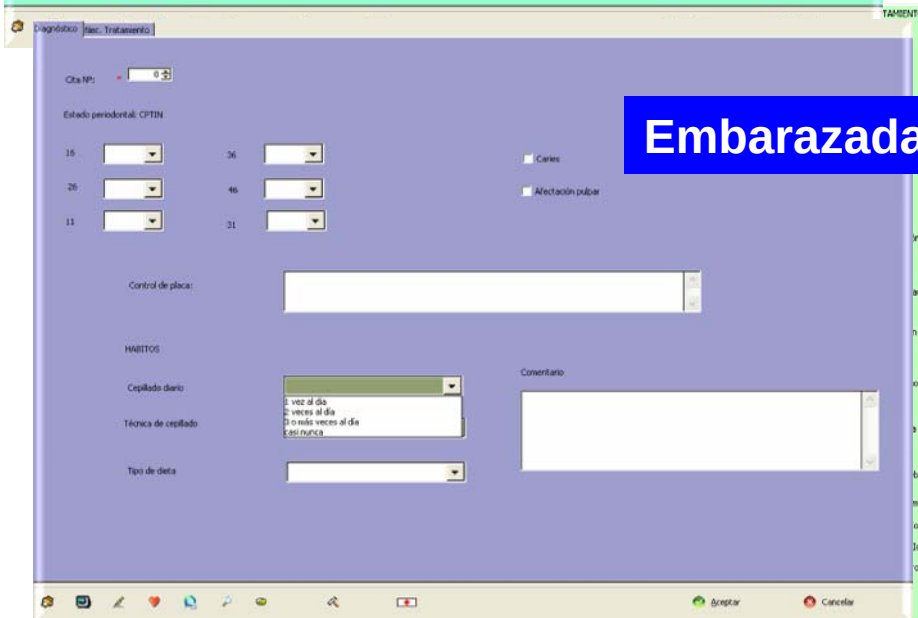
Historia clínica empleada



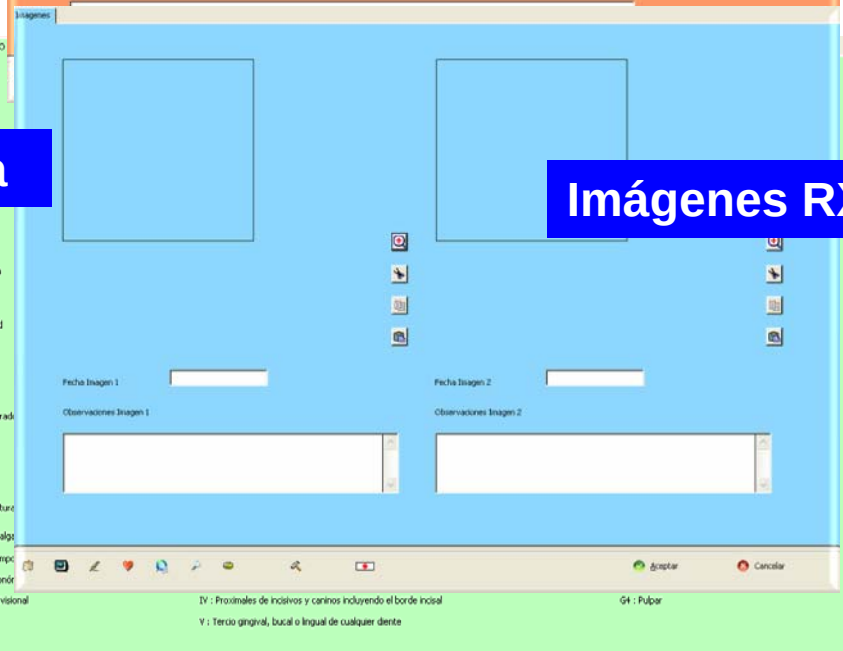
Cirugía Bucal



Patología Oral

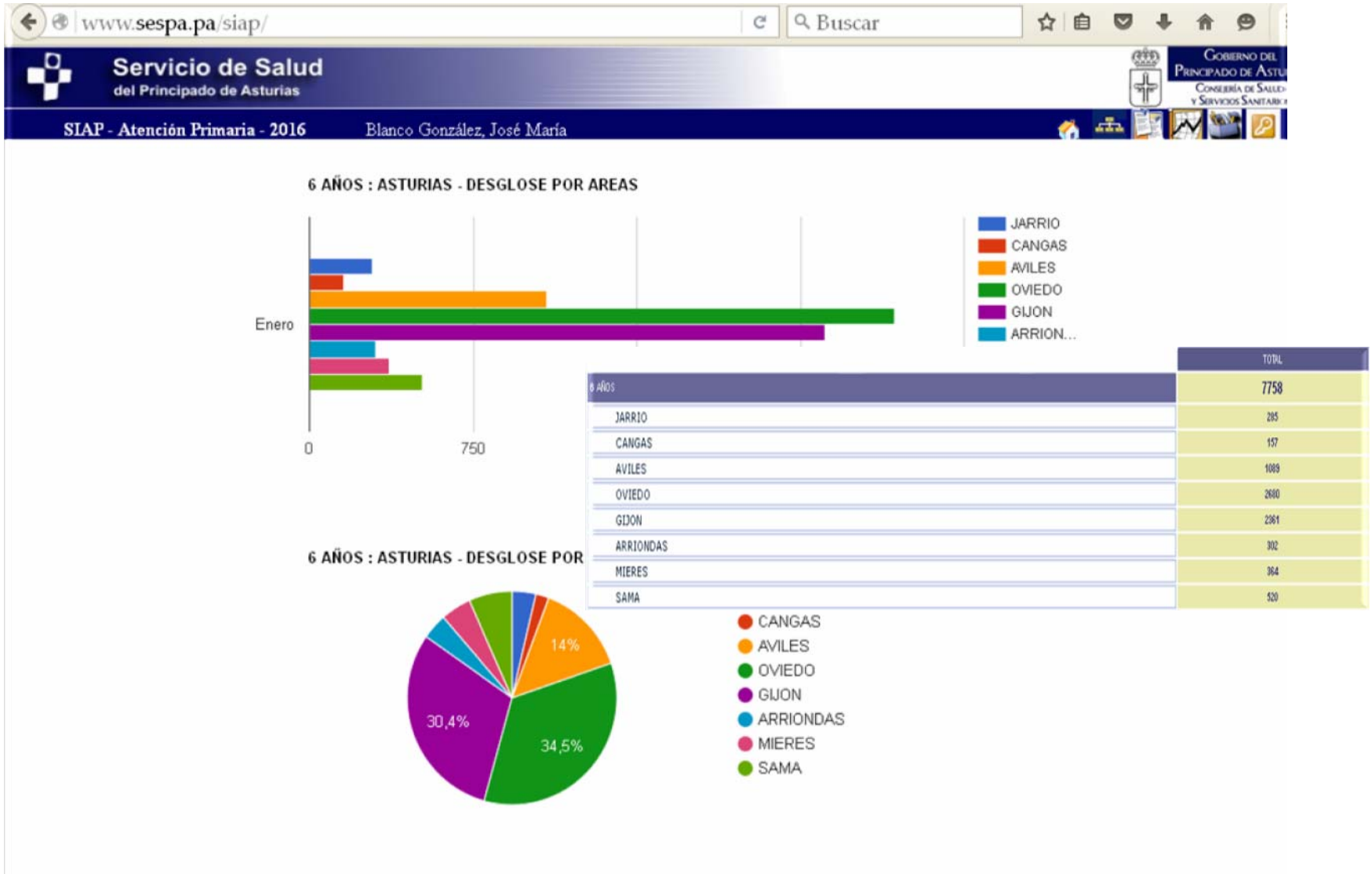


Embarazada



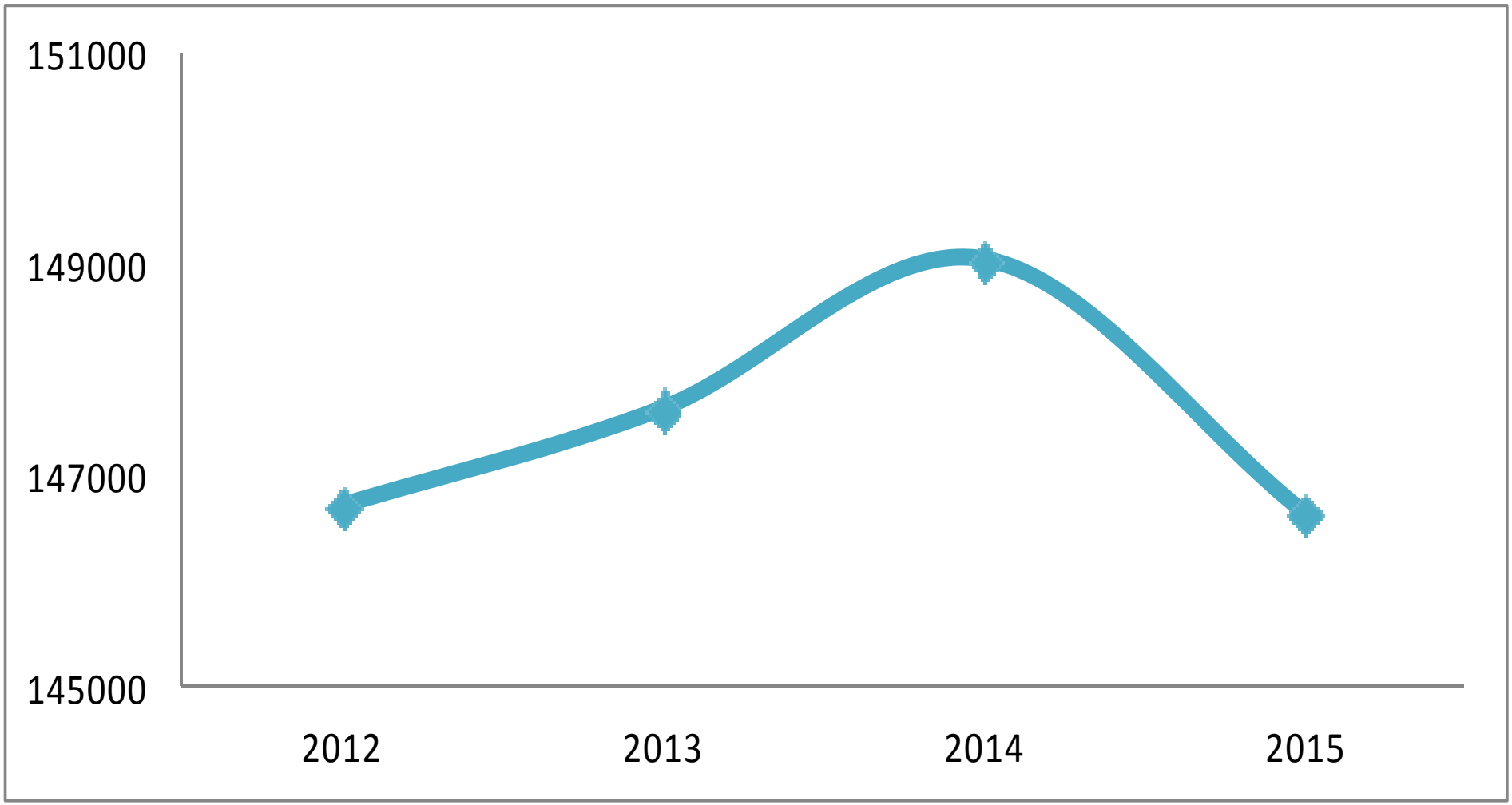
Imágenes RX

Sistema de Información de AP (SIAP)

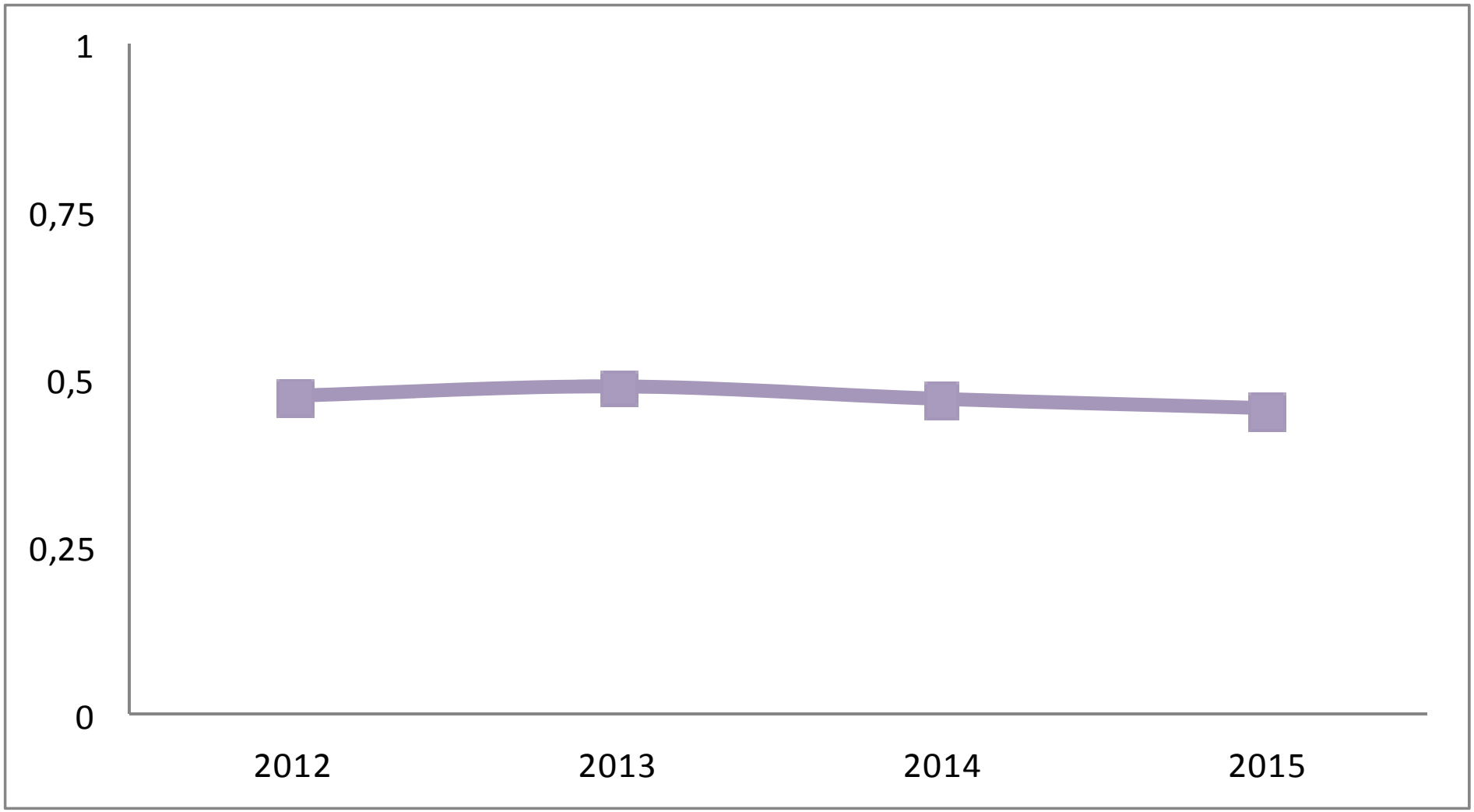


6 AÑOS	TOTAL
	7758
JARRIO	285
CANGAS	157
AVILES	1089
OVIEDO	2680
GIJON	2361
ARRIONDAS	302
MIERES	364
SAMA	520

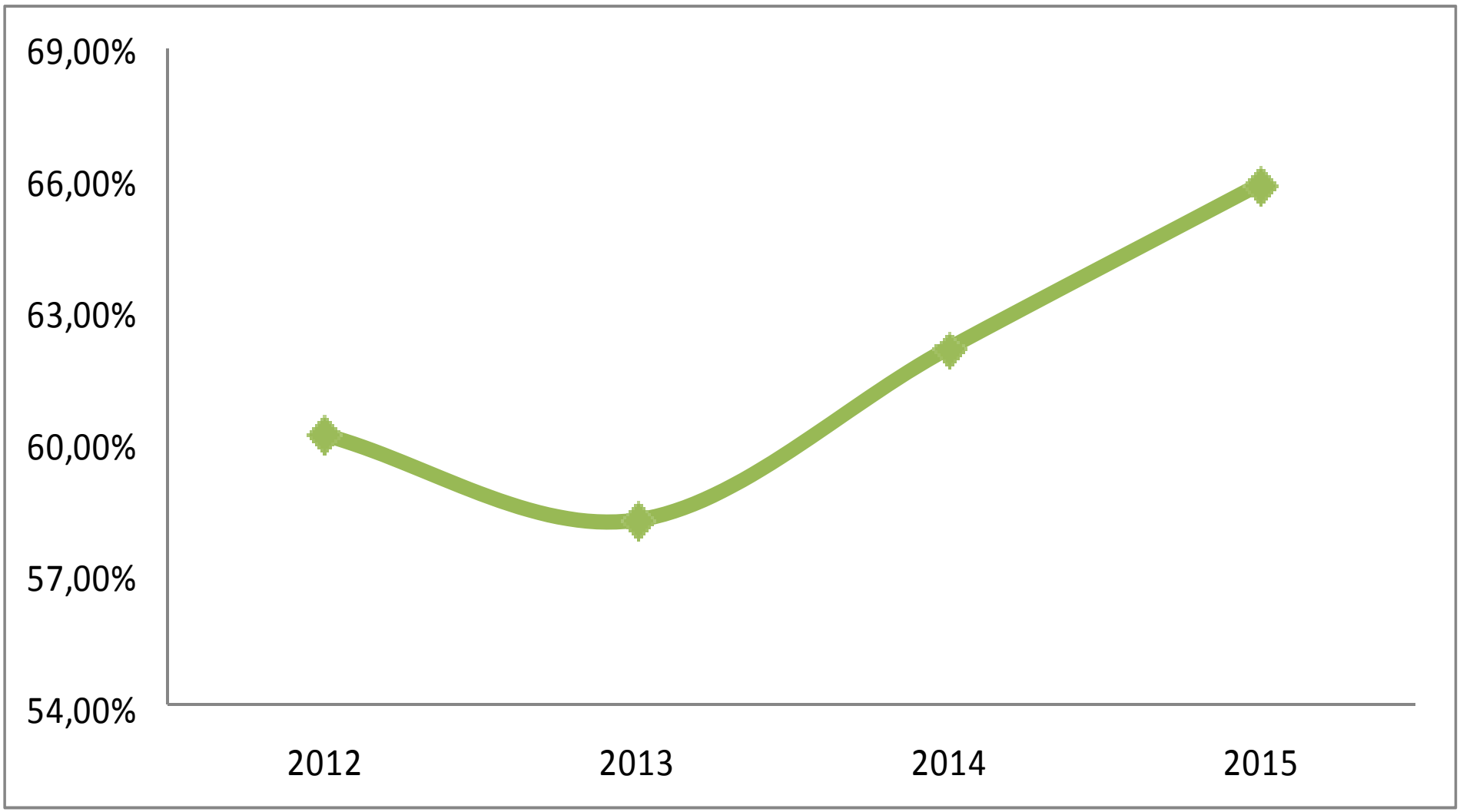
Agenda anual USBD



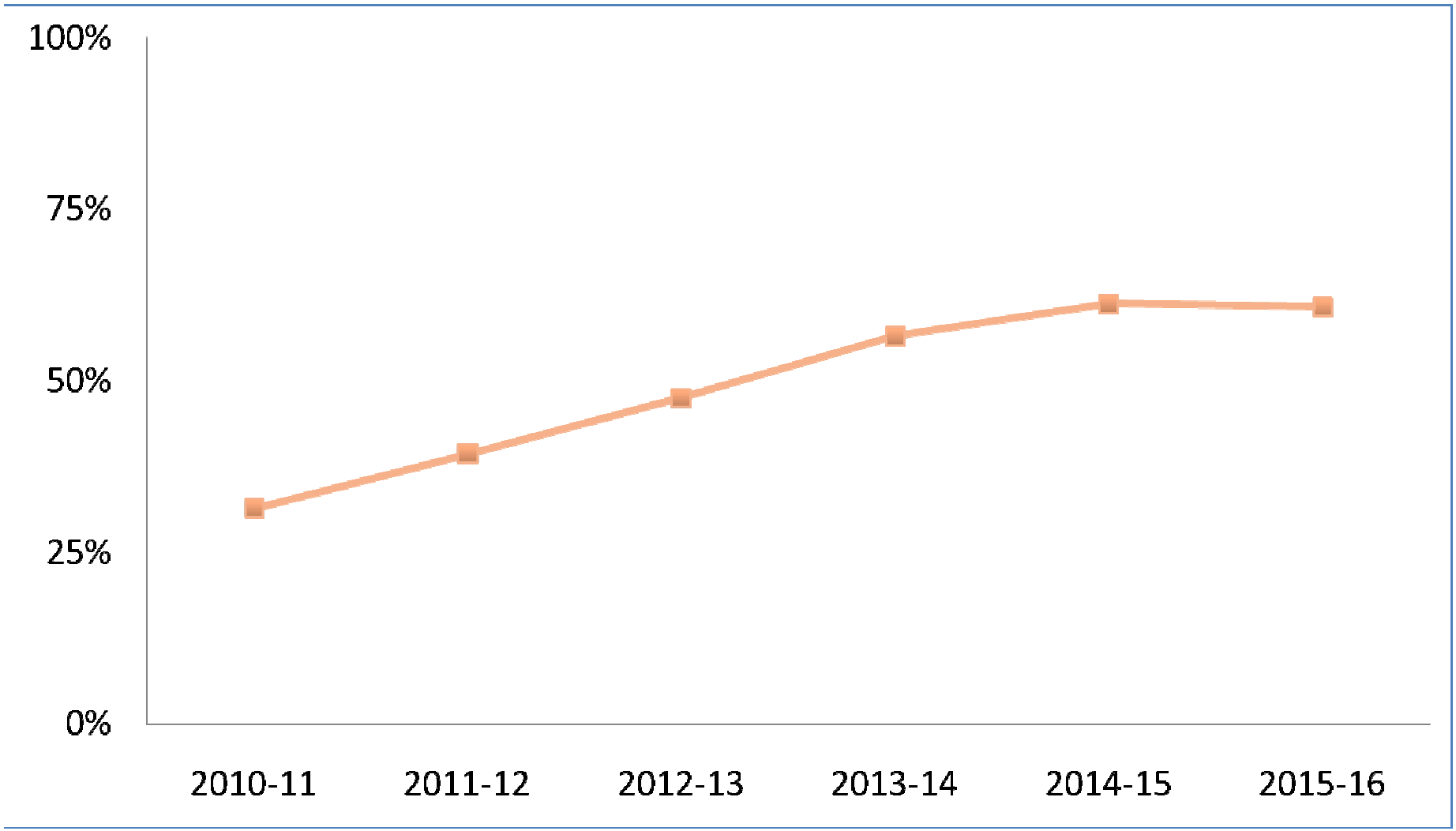
Alcance del PSBD (cohortes a explorar)



Alcance del Programa de Atención a la SO de la embarazada



Evolución de la Cobertura de LCBS en los centros PÚBLICOS de Asturias



DGSP: análisis de necesidades y evaluación de actuaciones

SSCC del SESPA: planificación y despliegue de actividades

Gerencias de Área Sanitaria: gestión de personas y recursos materiales

USBD: ejecución de los programas

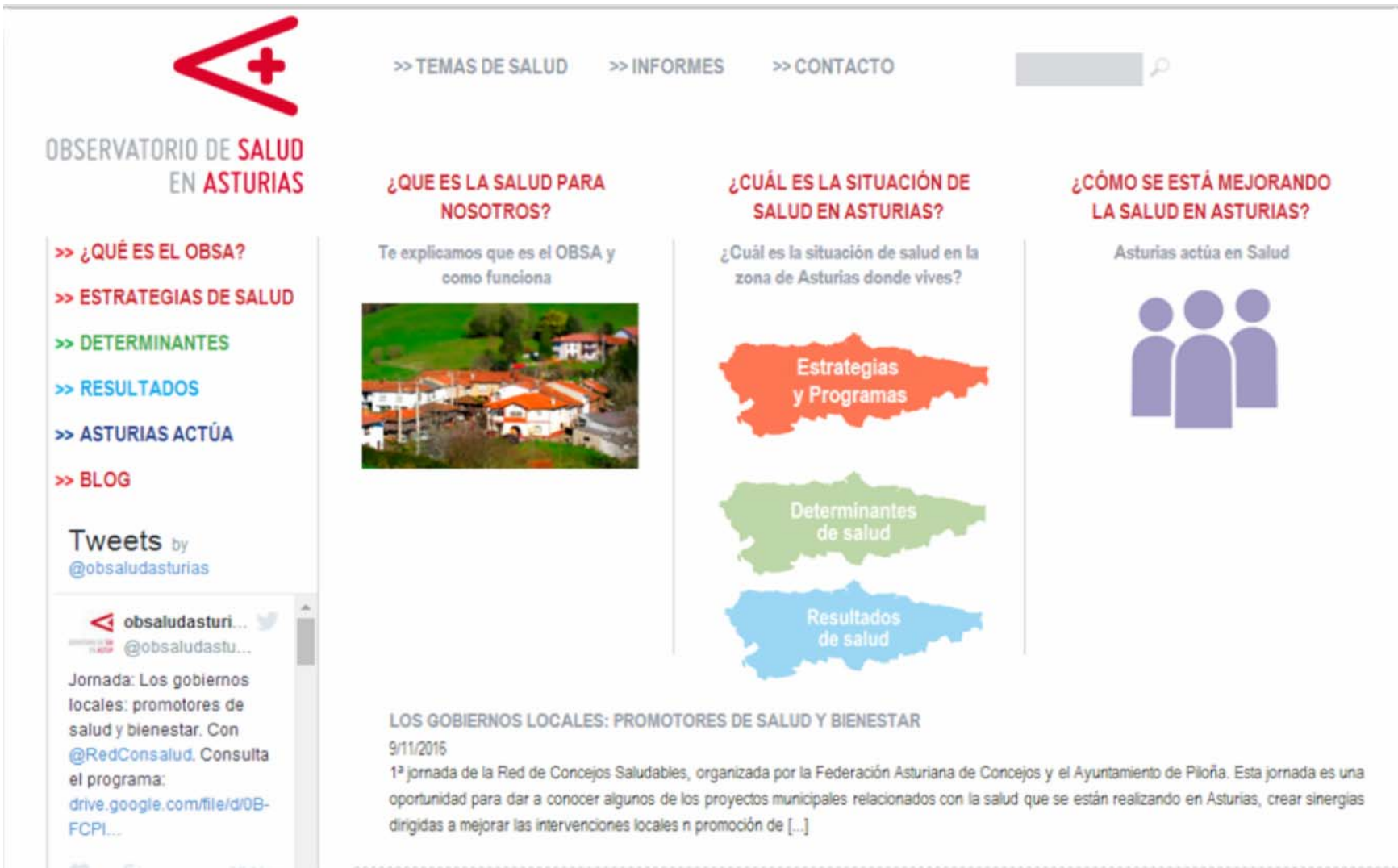
Usuarios: reciben el resultado de todo el proceso

Formación

A. Oferta formativa GENÉRICA en materia sanitaria, recursos personales, idiomas,...

B. Aspectos ESPECÍFICOS DE Salud

Observatorio de Salud



asturSalud
Portal de Salud del Principado de Asturias

Salud Oral

La Estrategia de Salud Oral incluye las actuaciones e iniciativas diseñadas para el cuidado de la boca de la población asturiana.

Protocolos Clínicos AP/AE
Documentos técnicos diseñados para ofrecer a los profesionales del Servicio de Salud la manera más adecuada de resolver mediante algoritmos sencillos y concretos situaciones clínicas complejas. Se incluyen tanto circuitos asistenciales como actualizaciones para el abordaje de pacientes con alguna condición especial de salud o que reciben medicación de riesgo.

Programa de Salud bucodental
Actualización del programa de promoción de la salud bucodental infantil de asturias. Año 2010.

Guía para la atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria en Asturias
Esta Guía nace con la intención de ofrecer un marco de trabajo común a todo el sistema público asturiano para facilitar la mejor atención posible en salud oral.

La Conquista de la Boca Sana
Documento completo del proyecto de promoción de la salud oral infantil que se trabaja en el ámbito educativo y familiar a lo largo del curso académico.

Encuesta de Salud Oral en Escolares del Principado de Asturias 2008
Se constata una mejoría evidente en todos los indicadores de caries estudiados, así como un aumento de la población infantil libre de caries, desde la Encuesta realizada en Asturias en 1993 hasta la realizada en el año 2008.

Recursos: conclusiones

Coberturas del PSBD mejorables ¿quién falta?

Las embarazadas como activo en salud oral

El ámbito educativo como recurso de promoción de la salud oral

Gestión vertical de los procesos sin participación ni información del usuario

2. Marco teórico

1978: Estudio Whitewhall

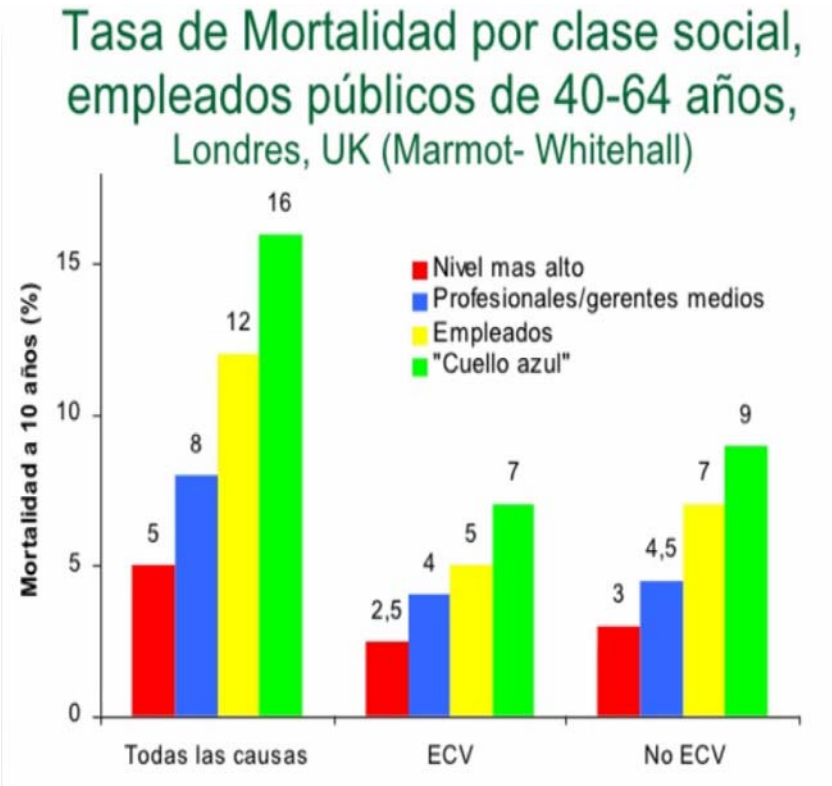
Journal of Epidemiology and Community Health, 1978, **32**, 244-249

Employment grade and coronary heart disease in British civil servants

M. G. MARMOT, GEOFFREY ROSE, M. SHIPLEY, AND P. J. S. HAMILTON
From the Department of Medical Statistics and Epidemiology, London School of Hygiene and Tropical Medicine

SUMMARY The relationship between grade of employment, coronary risk factors, and coronary heart disease (CHD) mortality has been investigated in a longitudinal study of 17 530 civil servants working in London. After seven and a half years of follow-up there was a clear inverse relationship between grade of employment and CHD mortality. Men in the lowest grade (messengers) had 3·6 times the CHD mortality of men in the highest employment grade (administrators). Men in the lower employment grades were shorter, heavier for their height, had higher blood pressure, higher plasma glucose, smoked more, and reported less leisure-time physical activity than men in the higher grades. Yet when allowance was made for the influence on mortality of all of these factors plus plasma cholesterol, the inverse association between grade of employment and CHD mortality was still strong. It is concluded that the higher CHD mortality experienced by working class men, which is present also in national statistics, can be only partly explained by the established coronary risk factors.

Las conductas solo explican el 40% de los resultados en mortalidad

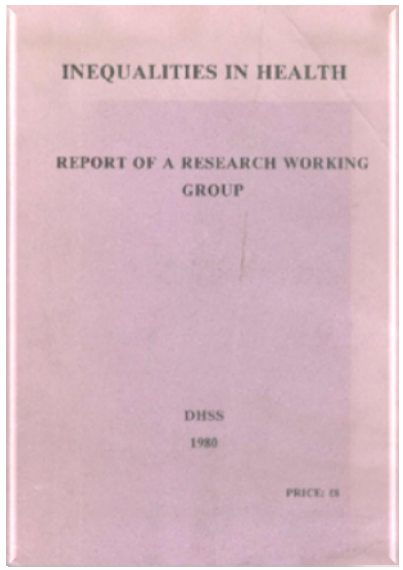

Tasa de Mortalidad por clase social, empleados públicos de 40-64 años,
Londres, UK (Marmot- Whitehall)
Mortalidad a 10 años (%)
0
5
10
15
Nivel mas alto
Profesionales/gerentes medios
Empleados
"Cuello azul"
5
8
12
16
2,5
4
5
7
3
4,5
7
9
Todas las causas
ECV
No ECV

Michael Marmot. The Status Syndrome

"Un fumador que está en una categoría profesional baja tiene más riesgo de enfermedad coronaria que un fumador que está en un nivel superior..."

"Un no fumador que está en una categoría profesional baja tiene un riesgo mayor de enfermedad coronaria que un no fumador que tiene un nivel superior...."

1980: Informe Black



El riesgo de morir prematuramente (antes de los 65 años) era mayor en las clases sociales más desfavorecidas

Existe un gradiente social en las tasas de mortalidad entre las clases ocupacionales, en ambos sexos y a lo largo de toda la vida

Causas subyacentes (fuera del NHS): ingresos, paro, medioambiente, educación, vivienda, transporte y estilos de vida.

También el NO USO del NHS por las clases desfavorecidas

2000: Sheiham & Watt

Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28: 399–406
Printed in Denmark . All rights reserved

Copyright © Munksgaard 2000

COMMUNITY DENTISTRY AND ORAL EPIDEMIOLOGY
ISSN 0301-5661

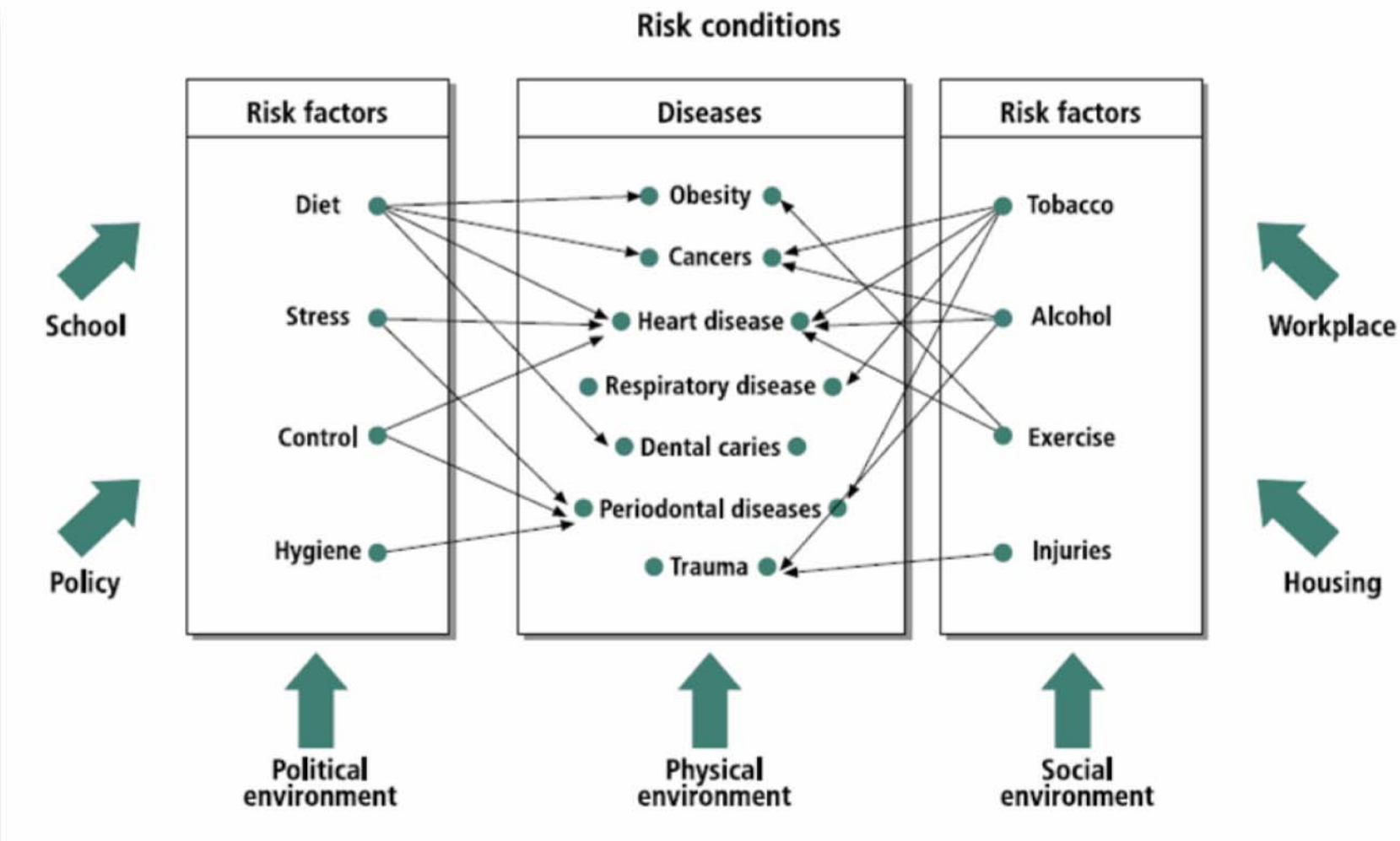
Commentary

The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health

Aubrey Sheiham and Richard Geddie Watt
Department of Epidemiology and Public Health, Unversity College London, London, UK

Sheiham A, Watt RG: The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28: 399–406.
© Munksgaard, 2000

2000: Sheiham & Watt



2000: Sheiham & Watt

Los programas habituales de promoción y prevención en salud oral no son efectivos ni eficientes

Se centran en las conductas individuales y olvidan la influencia de factores socio-políticos que son claves para la salud

Existen factores de riesgo comunes para las enfermedades orales y las enfermedades crónicas: tabaco, dieta, estrés, abuso de alcohol, higiene, traumatismos y sedentarismo

Controlando un pequeño número de factores de riesgo tendremos un importante impacto en gran número de enfermedades

Abordaje horizontal, común y colaborativo: Herramientas individuales, Sistema educativo, Sector alimentario, Entornos saludables y seguros,…

2005: Boletín OMS

عربي 中文 English Français Русский Español

Organización Mundial de la Salud

Temas de salud | Datos y estadísticas | Centro de prensa | Publicaciones | Países | Programas y proyectos | Gobernanza | Acerca de la OMS | Buscar

Boletín de la Organización Mundial de la Salud

- Boletín
- Números anteriores
- Información para los autores
- Equipo editorial
- Solicitud de ejemplares
- Sobre el Boletín
- Los descargos de responsabilidad

Estrategias y enfoques de prevención de las enfermedades bucodentales y promoción de la salud

Richard G. Watt

RESUMEN

La salud bucodental es un elemento importante de la salud y el bienestar general. En todo el mundo, muchas personas sufren aún innecesariamente el dolor y el malestar asociados a las enfermedades bucodentales, pese a que éstas son en gran medida prevenibles. Además, el costo de los tratamientos dentales es elevado, tanto para el individuo como para la sociedad. Se necesitan enfoques preventivos eficaces basados en la evidencia para abordar este importante problema de salud pública. El objeto de este artículo es describir someramente algunas estrategias de salud pública destinadas a promover la salud bucodental y reducir las desigualdades. Se analiza una extensa recopilación de documentos sobre políticas de salud pública elaborados por la Organización Mundial de la Salud para orientar la formulación de

2005: Boletín OMS

Table 1. **Evidence base summary of oral health interventions**

Topic	Reference	Review type	Summary findings
Water fluoridation	Locker (1999) (*10*) McDonagh et al. (2000) (*11*)	Systematic reviews	Quality of studies low to moderate Estimated caries preventive effect — 14% reduction Effect tends to be greatest in primary dentition
Topical fluorides	Marinho et al. (2002) (*12*) Marinho et al. (2002) (*13*) Marinho et al. (2003) (*14*) Marinho et al. (2003) (*15*) Marinho et al. (2003) (*16*) Marinho et al. (2004) (*17*) Marinho et al. (2004) (*18*)	Cochrane reviews	Specific reductions in caries rates were estimated to be 24% for fluoride toothpaste, 26% for mouth rinses, 28% for gels and 46% for varnishes. Overall estimate of benefit was 26% in permanent dentition and 33% in primary dentition
Fissure sealants	Ahovuo-Saloranto et al. (2004) (*19*)	Cochrane review	Caries reductions ranging from 86% at 12 months to 57% at 48 months were achieved. The level of effectiveness is dependent upon the baseline caries rate
Dental health education	Brown (1994) (*20*) Schou & Locker (1994) (*21*) Kay & Locker (1996) (*22*) Sprod et al. (1996) (*23*) Kay & Locker (1997) (*24*)	Effectiveness review	Majority of interventions health education in nature Short-term improvements in oral health knowledge achieved, but effects on behaviour and clinical outcomes limited Provision of health information alone did not produce long-term behaviour changes School-based toothbrushing campaigns ineffective at improving oral hygiene No evidence on effectiveness of dietary interventions to reduce dental caries Mass media campaigns are ineffective at promoting either knowledge or behaviour change Study design and evaluation quality generally poor

2007: Watt

Community Dent Oral Epidemiol 2007; 35: 1–11
All rights reserved

© 2007 The Author. Journal compilation
© 2007 Blackwell Munksgaard

COMMUNITY DENTISTRY AND ORAL EPIDEMIOLOGY

Commissioned Review

From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities

Richard Geddie Watt

Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK

Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. Community Dent Oral Epidemiol 2007; 35: 1–11. © 2007 The Author. Journal Compilation © 2007 Blackwell Munksgaard

2007: Watt

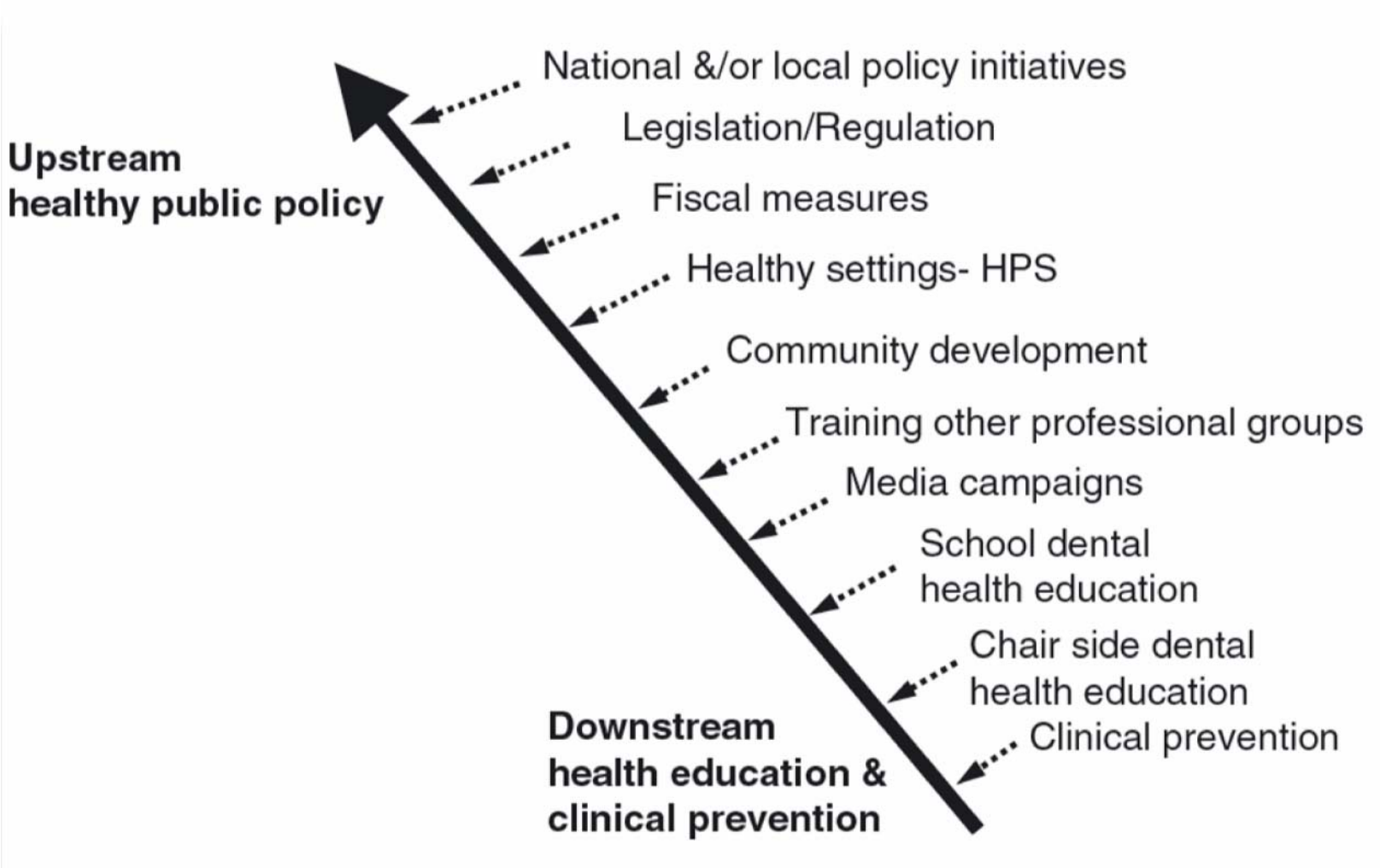
Las elecciones en las conductas no surgen solo de elecciones libres, sino también de condiciones sociales ambientales

Consejos, recomendaciones, búsqueda de cambios de hábitos no sirven de gran cosa para mantener las mejoras y reducir las desigualdades en salud

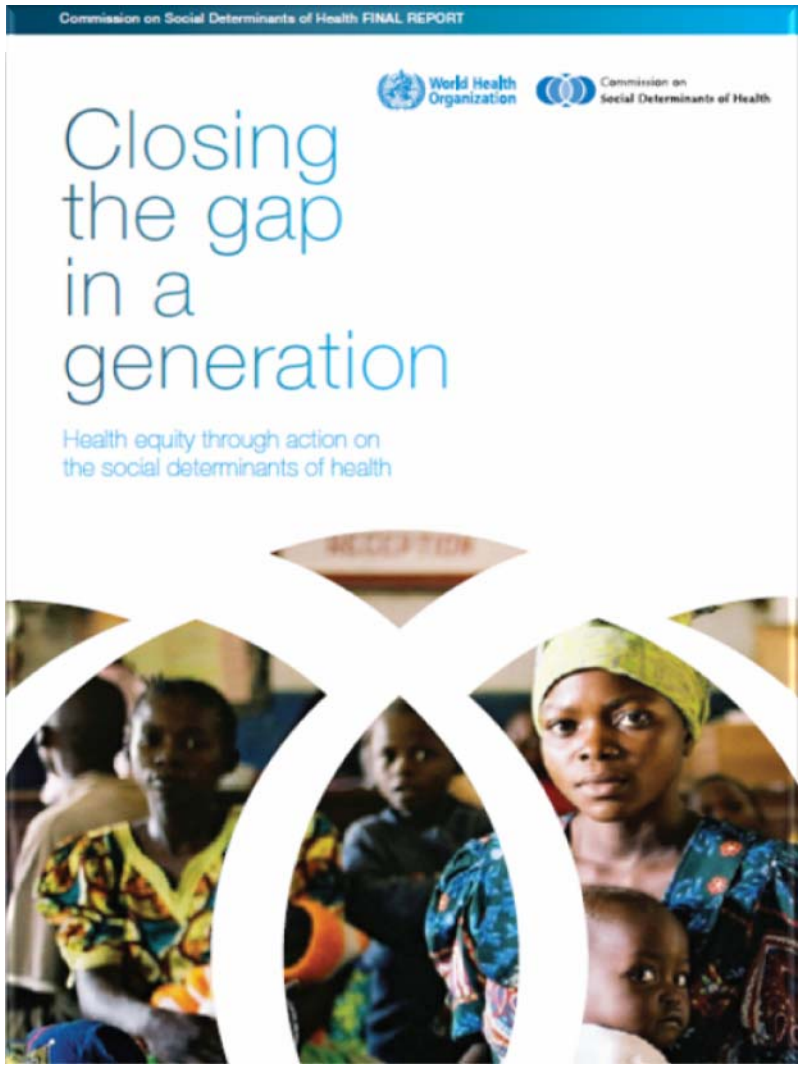
Para reducir la desigualdad: Combinación de aproximaciones poblacionales y de grupos sociales de alto riesgo

Intervenciones en SO: trabajo holístico, intersectorial , basado en la evidencia, búsqueda de socios y coaliciones. ...

2007: Watt

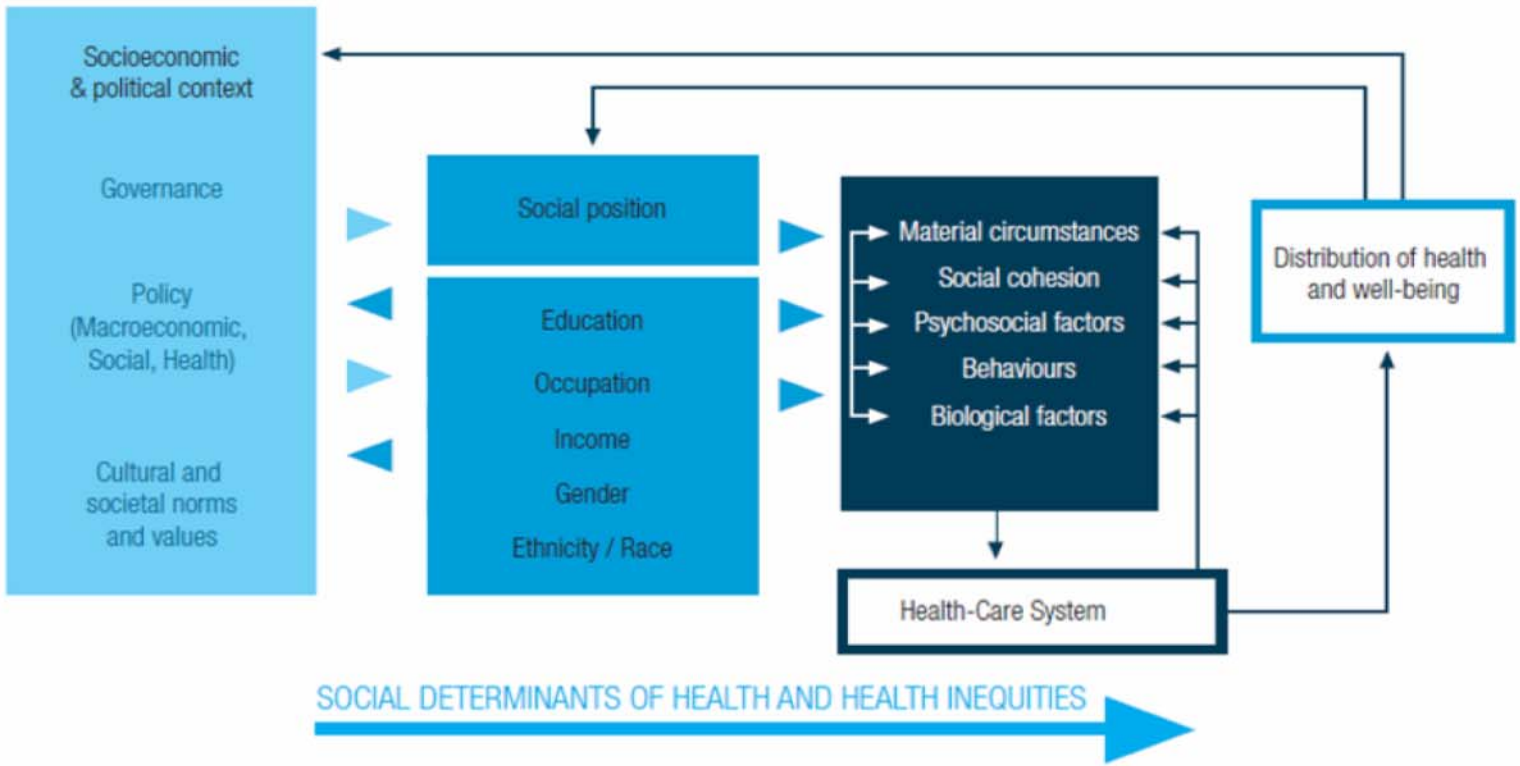

National &/or local policy initiatives
Legislation/Regulation
Fiscal measures
Healthy settings- HPS
Community development
Training other professional groups
Media campaigns
School dental health education
Chair side dental health education
Clinical prevention
Upstream healthy public policy
Downstream health education & clinical prevention

2008: OMS


Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT
World Health Organization
Commission on Social Determinants of Health
Closing the gap in a generation
Health equity through action on the social determinants of health

2008: OMS

Figure 4.1 Commission on Social Determinants of Health conceptual framework.



Source: Amended from Solar & Irwin, 2007

2010: Ministerio SSS e I

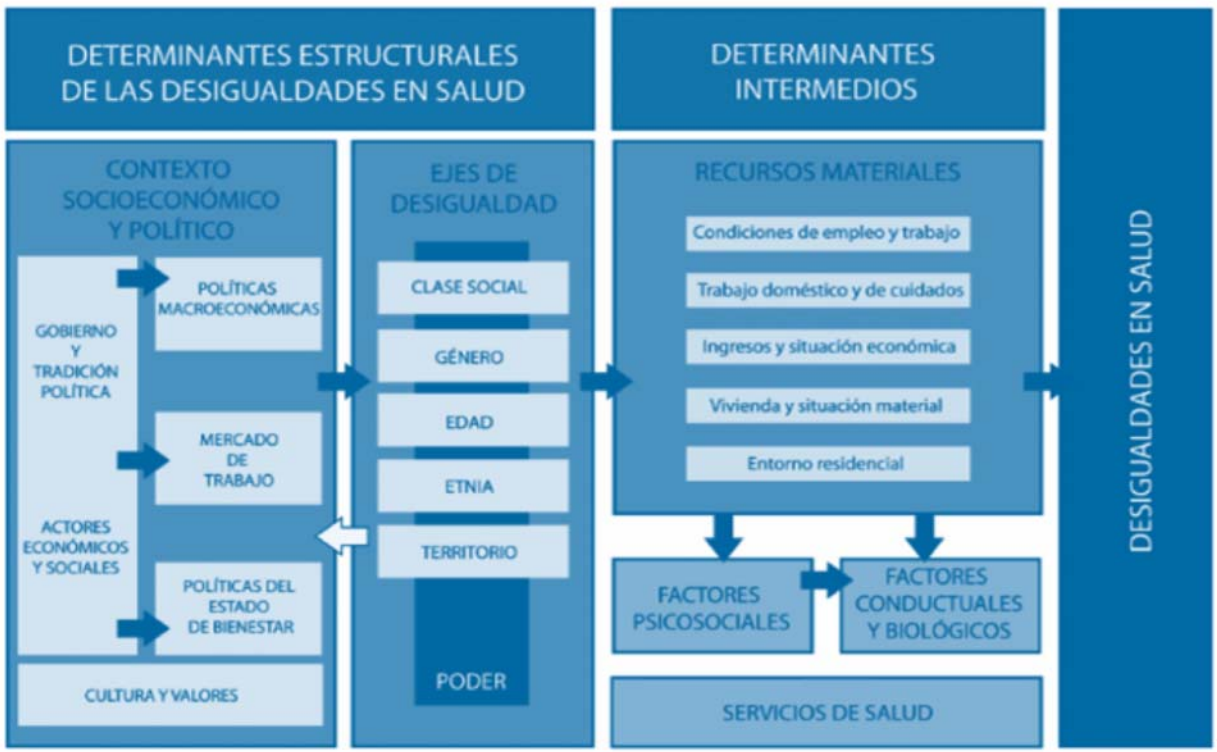
Avanzando hacia la equidad

Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2015
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

2010: Ministerio SSS e I

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Basado en Solar e Irwin[1] y Navarro[7].



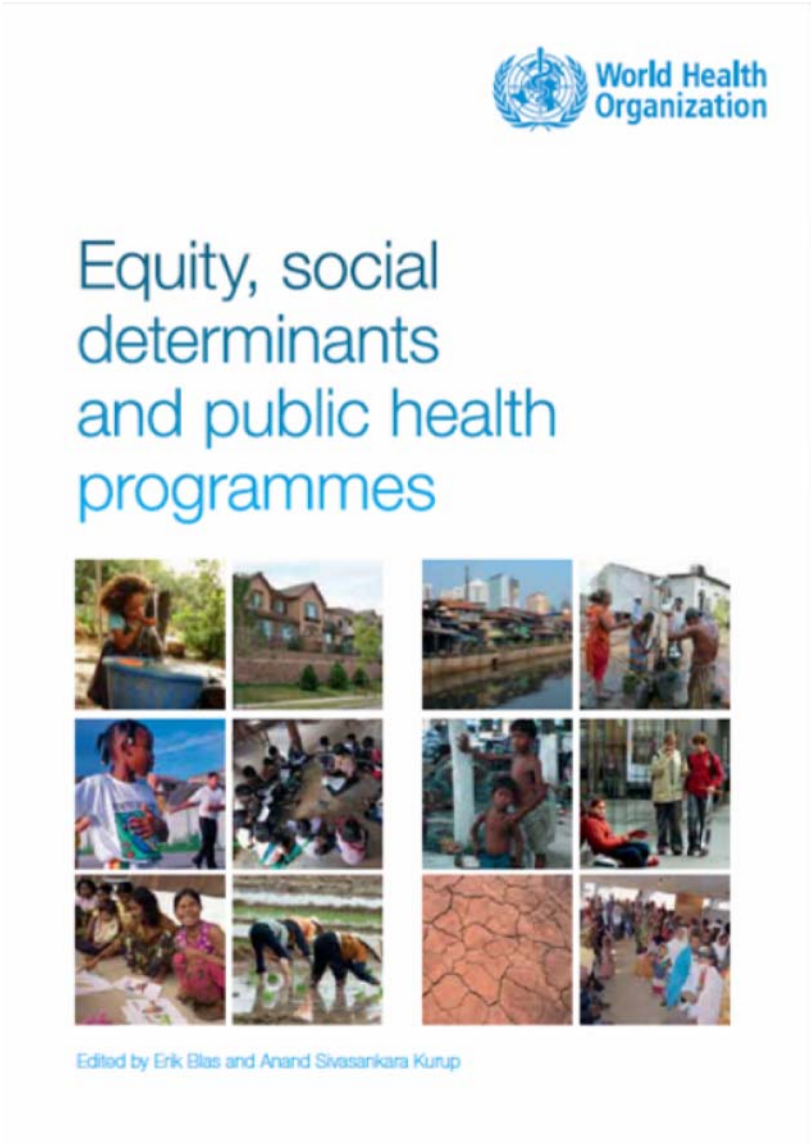
ESO 2015: peso de los determinantes en la salud oral

A los 12 años, el 18.8 % de los escolares acumula el 79.8 % de los dientes cariados

El IR más elevado corresponde al nivel social alto

Peor nivel social, ser mujer, haber nacido en el extranjero se asocia en todas las cohortes con peores índices de caries y de restauración

2010: OMS


World Health Organization
Equity, social determinants and public health programmes
Edited by Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup

2010: OMS

Oral health: equity and social determinants

9

Stella Kwan and Poul Erik Petersen

2010: OMS

Salud oral es más que la salud dental

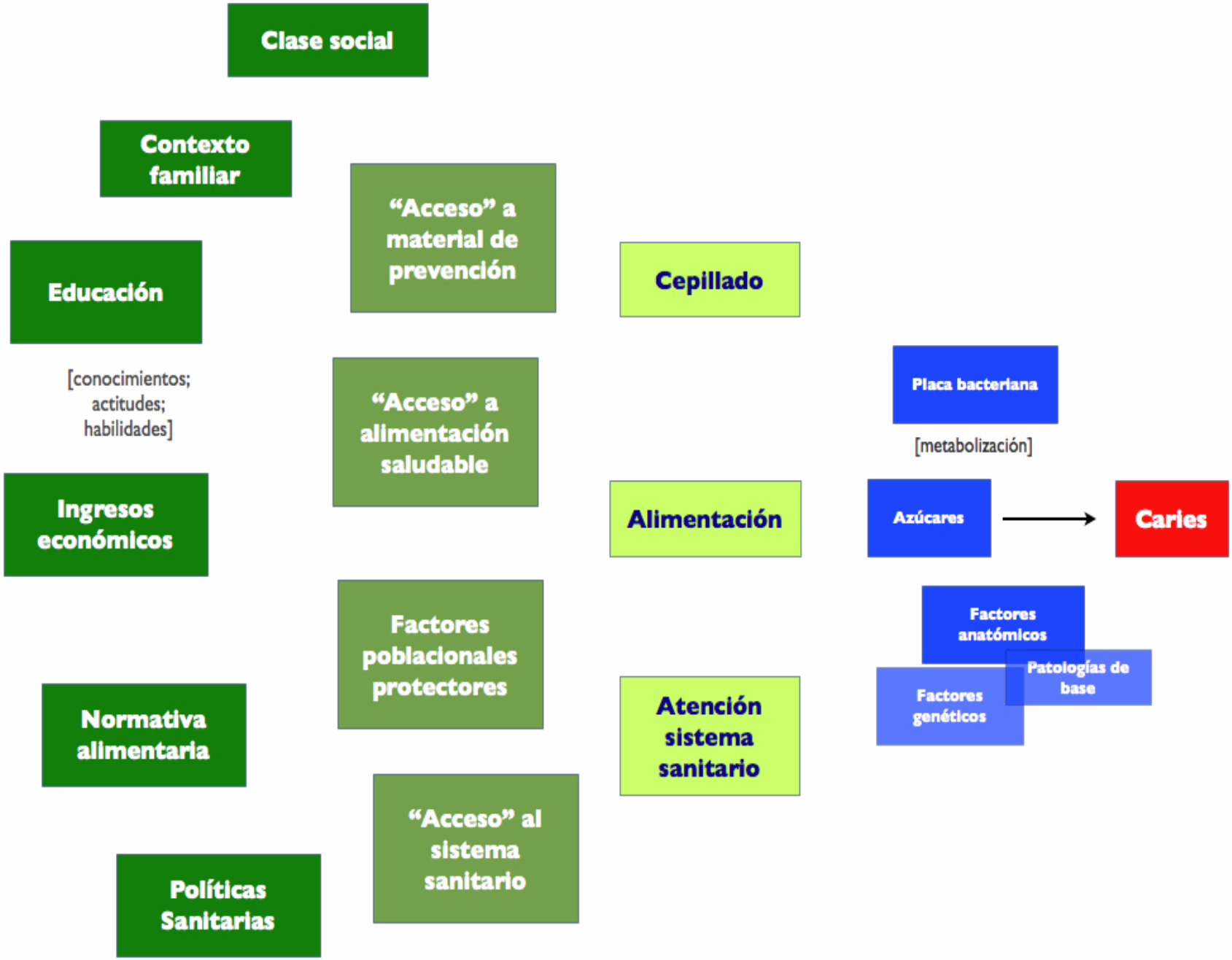
Problema global que afecta más a los más desfavorecidos: determinantes sociales

Relación con enfermedades prevalentes: integrar SO y SG

Aproximación: APS y estrategias comunitarias

Regulación legislativa

Describe intervenciones para abordar los determinantes sociales y las desigualdades


Clase social
Contexto familiar
Educación
[conocimientos; actitudes; habilidades]
Ingresos económicos
Normativa alimentaria
Políticas Sanitarias
"Acceso" a material de prevención
"Acceso" a alimentación saludable
Factores poblacionales protectores
"Acceso" al sistema sanitario
Cepillado
Alimentación
Atención sistema sanitario
Placa bacteriana
[metabolización]
Azúcares
Caries
Factores anatómicos
Patologías de base
Factores genéticos

2012: Watt & Sheiham

Community Dent Oral Epidemiol 2012; 40: 289–296
All rights reserved

© 2012 John Wiley & Sons A/S

COMMUNITY DENTISTRY AND ORAL EPIDEMIOLOGY

Commentary

Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework

Richard G. Watt and Aubrey Sheiham

Department of Epidemiology and Public Health, University College, London, London, UK

Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. Community Dent Oral Epidemiol 2012; 40: 289–296.
© 2012 John Wiley & Sons A/S

Abordar las causas sociales que generan la enfermedad oral

2012: Watt & Sheiham

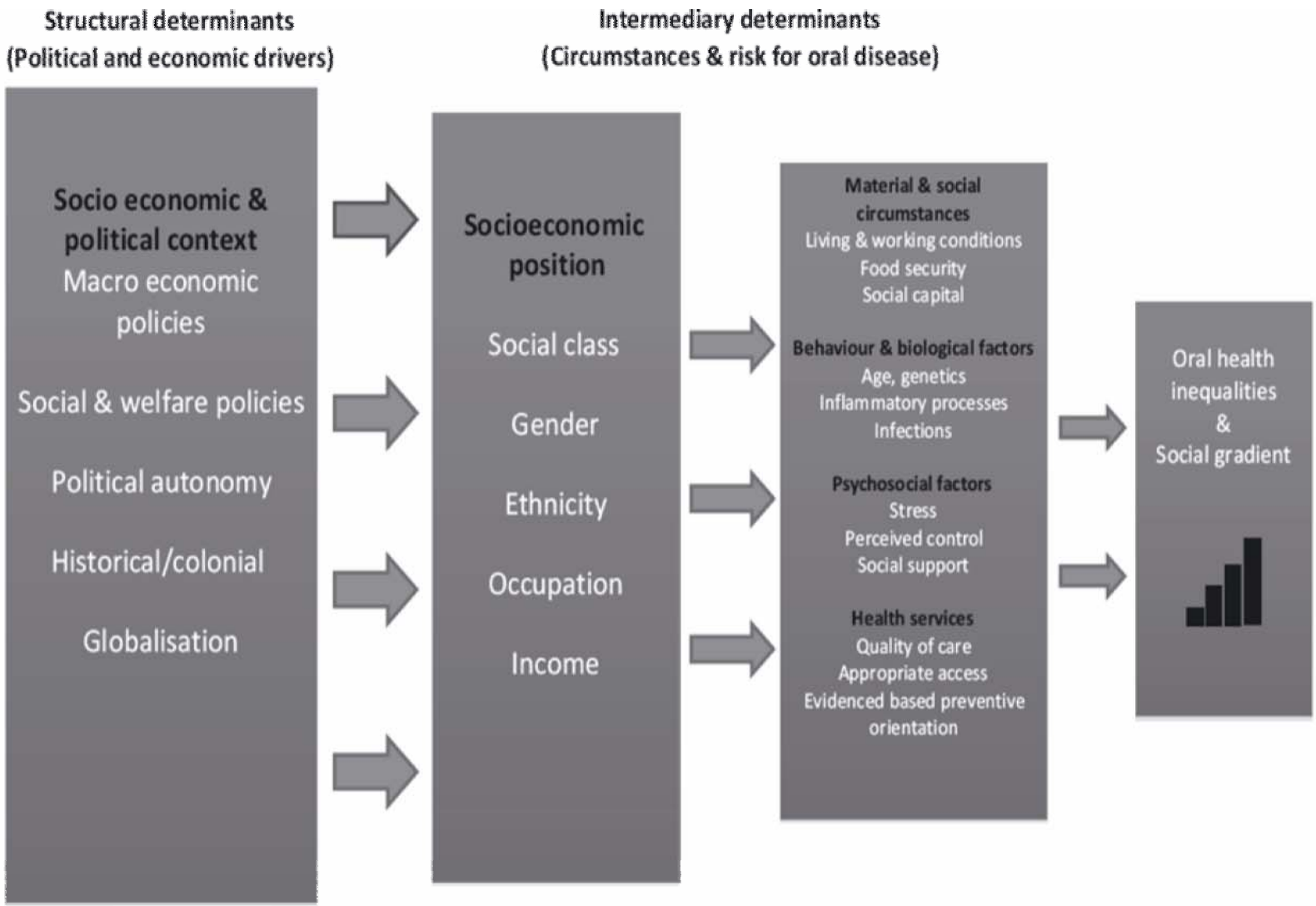
Los factores comunes incluyen conductas, influencias psicosociales y ambiente social (determinantes sociales)

Las conductas solas no explican las desigualdades en salud oral

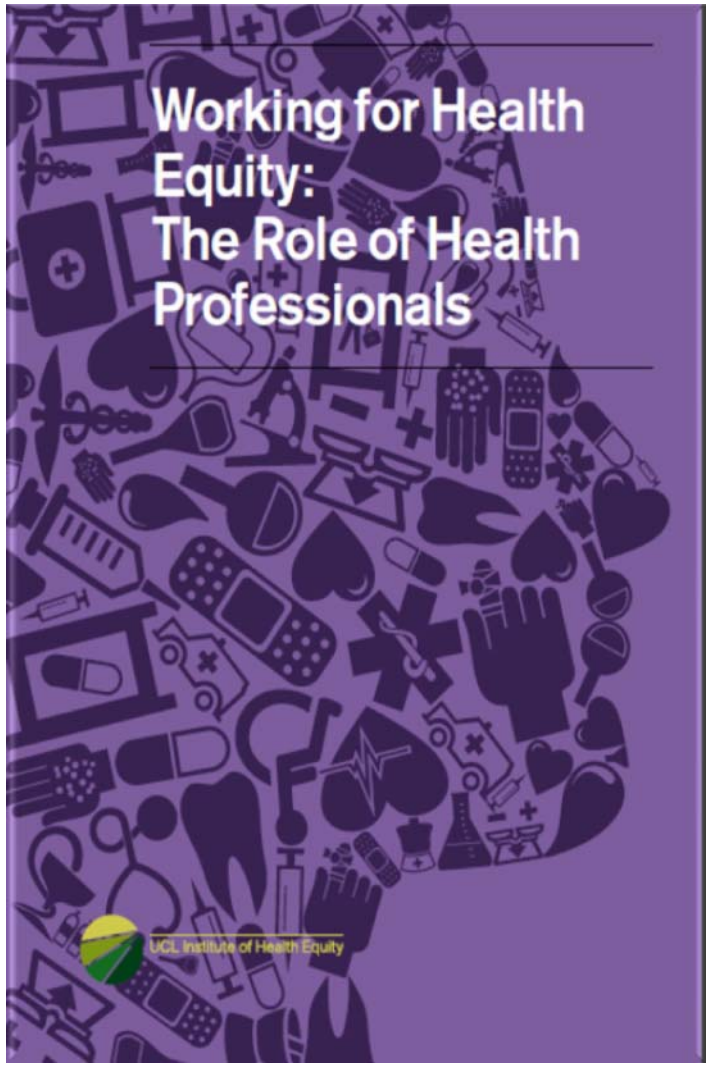
Las políticas dentales se aferran a la teoría conductual en exclusiva

Las intervenciones para cambiar conductas tendrán éxito cuando la elección más fácil sea la más saludable a lo largo de todas las etapas de la vida

2012: Watt & Sheiham



2013: UCL Institute of Health Equity



2013: UCL Institute of Health Equity

Allen M, Allen J, Hogarth S y Marmot M

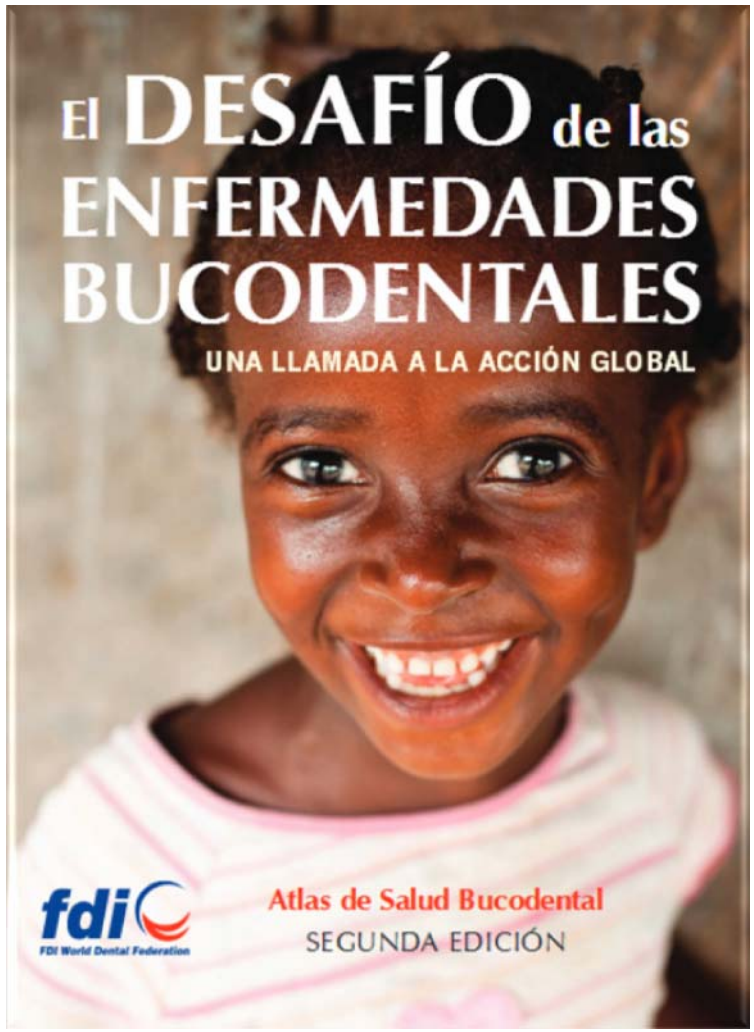
Enfermeras, Médicos de Familia, Pediatras, Psiquiatras, Dentistas, estudiantes de Medicina, Musicoterapistas, Dietistas, ...

Apoyado por colegios profesionales y sociedades científicas

Papel del dentista y del “oral health team” en abordar los determinantes sociales en SO

“Odontología Familiar y Comunitaria”

2015: FDI World Dental Federation



2015: FDI World Dental Federation

- Determinantes sociales y FR comunes
- Desigualdades en SO
- Paquete básico de cuidado bucodental
- Alianzas con actores diferentes
- Atención, Educación, Investigación, Costes,
- Hitos en Odontología

INFLUENCIAS A NIVEL COMUNITARIO
comunitaria, entorno físico, seguridad ambiental, características del sistema sanitario, características del sistema de cuidados bucodentales

INFLUENCIAS A NIVEL FAMILIAR
función familiar, estado de salud de los padres, seguridad física, apoyo social, estatus socioeconómico

INFLUENCIAS A NIVEL INDIVIDUAL
seguros dentales, práctica y comportamiento de salud, y demográficas, legado biológico y genético, desarrollo

ENTORNO CAVIDAD ORAL

cultura, capital social, entorno de salud bucodental

hábitos de conducta saludable de la familia, cultura,

utilización de servicios dentales, características físicas

TIEMPO

AZUCARES

HUÉSPED Y DIENTE

CARIES

BIOFILM BACTERIANO/ PLACA DENTAL

TIEMPO

2015: Internacional Centre for OH Inequalities Research and Policy

ICOHIRP

Social inequalities in oral health: from evidence to action

Edited by Richard G Watt, Stefan Listl, Marco Peres and Anja Heilmann

2015: Internacional Centre for OH Inequalities Research and Policy

Impacto de los problemas de salud oral

Desigualdad y cómo abordarla

Fortalecer la acción comunitaria

Conseguir y mantener los cambios de conducta: abandono del modelo biomédico

Reorientar los servicios de salud y la formación odontológica

2015: Carta de Londres sobre DSO

London Charter on Oral Health Inequalities

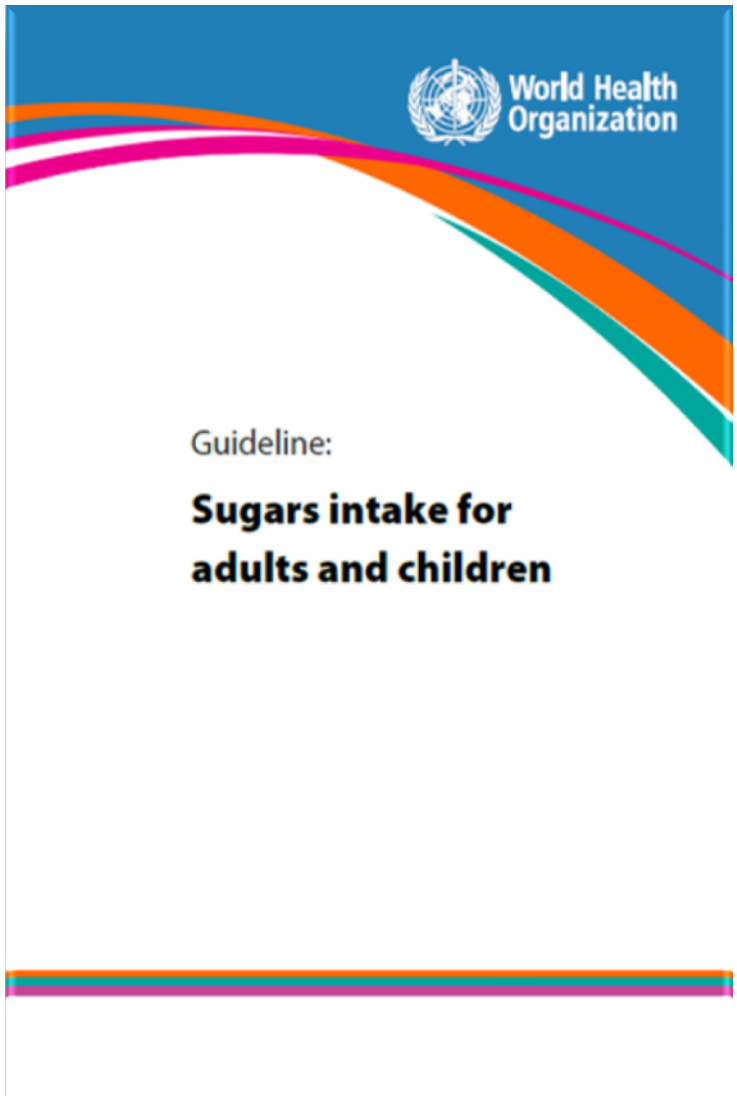
Journal of Dental Research
2016, Vol. 95(3) 245–247
© International & American Associations for Dental Research 2015
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0022034515622198
jdr.sagepub.com

R.G. Watt[1], A. Heilmann[1], S. Listl[2,3], and M.A. Peres[4]

Keywords: social determinants of health, social epidemiology, oral health policy, public health dentistry, health status disparities, preventive dentistry

2015: Carta de Londres sobre DSO

2015: OMS


World Health Organization
Guideline:
Sugars intake for adults and children

2015: OMS

Azúcares libres menos del 10% de la ingesta calórica total.

Una reducción por debajo del 5% produciría beneficios adicionales.

Recomendaciones «firmes»: pueden ser adoptadas como políticas en la mayoría de los contextos.

Otras medidas: directrices dietéticas, etiquetado, concienciación , regulación, políticas fiscales.

Conclusiones del marco teórico

- Enfoque “aguas arriba” hacia los procesos que ponen en riesgo de enfermedad a la población
- Incluir los determinantes sociales de la salud oral en la planificación y evaluación
- Pensar en poblaciones y en grupos de alto riesgo más que en individuos
- Universalismo proporcional
- Abordaje simultáneo de los factores de riesgo comunes
- Políticas transversales
- Abandono del modelo bio-médico y de las políticas ineficaces de promoción

3. ESTRATEGIA DE SALUD ORAL EN ASTURIAS

MARCO DE ACTUACIÓN

Marco teórico de abordaje basado en el modelo de los determinantes de la salud

Líneas políticas de abordaje definidas en otras estrategias puestas en marcha en Asturias.

Proyectos que se originen en cada línea política deberán ser concretos y viables.

Optimizar los recursos sanitarios existentes, dado el escaso margen de mejora en la dotación

Sin cambios normativos, al menos en la mayor parte del recorrido de la Estrategia.

OBJETIVOS

- Mejora de los indicadores epidemiológicos
- Alcanzar grupos vulnerables
- Mejora de los procesos
- Implicación y participación de profesionales y usuarios

LÍMITES

- Competenciales
- Presupuestarios

Línea 4: Adaptación de las intervenciones
Línea 3: Participación y Autonomía
Línea 2: Salud en todas las políticas
Línea 1: Enfoque poblacional

Línea 1: Enfoque poblacional

- Monitorizar la situación de salud oral de la población
- Difundir la salud oral en la comunidad

Línea 2: Salud en todas las políticas

- Promover el cepillado y la dieta saludable en el medio escolar
- Embarazadas y sus familias
- Población con discapacidad intelectual
- Ancianos
- Población en riesgo de exclusión

Línea 3: Participación y Autonomía

- Conocer la opinión ciudadana
- Participación en la mejora

Línea 4: Continuidad Asistencial y adaptación de las intervenciones

- PSBD
- Formación
- Atención al cáncer oral

Buenas noticias

Las enfermedades orales son prevenibles

La desigualdades en salud son evitables

Existen herramientas para conseguirlo

¡¡Muchas gracias!!