



Observatorio de la Salud Oral en España.

La salud oral y el Plan de Ampliación de la Cartera de Servicios

INFORME TÉCNICO
2026



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



PRÓLOGO



DR. ÓSCAR CASTRO REINO

*Presidente del Consejo General
de Dentistas de España.*

El Consejo General de Dentistas de España, consciente de la relevancia de disponer de datos epidemiológicos fiables y actualizados, viene asumiendo la responsabilidad de promover estudios sobre salud oral en España. Tras una única encuesta nacional realizada bajo petición del Ministerio de Sanidad en 1982, la organización colegial se ha visto en la necesidad de suplir la carencia de datos y de llevar a cabo estudios tipo pathfinder a escala nacional, con periodicidad quinquenal.

El Informe Técnico que aquí se presenta se corresponde con los datos epidemiológicos recabados en 2025 y analiza varios aspectos relevantes de la salud oral en nuestro país. Se ha obtenido información muy valiosa de los 5 grupos etarios estipulados por la O.M.S. (desde el grupo de 5-6 años hasta el de 65-74 años) lo que permite disponer de una fotografía amplia del estado de salud oral actual en nuestro país. Además, y por primera vez, se ha incorporado el grupo de preescolares de 3-4 años.

Este Informe Técnico analiza asimismo, las repercusiones del Plan para la Ampliación de la Cartera Común de Servicios de Salud Bucodental en el Sistema Nacional de Salud, en términos de viabilidad, recursos disponibles y evaluación del mismo.

Finaliza con la incorporación de unas recomendaciones y propuestas, con el único objetivo de colaborar a una salud oral óptima de la población en España.

Contenidos

Introducción	4
I. La salud oral en España: 2025	5
Principales patologías bucodentales	5
Repercusiones en la salud y en la calidad de vida	11
Un ámbito marcado por graves desigualdades	11
Métodos de prevención eficaces	15
La prestación de los cuidados bucodentales	16
Economía de la atención bucodental	17
II. Un sector ausente de las políticas de Salud Pública	19
III. Las recomendaciones y propuestas	24
Infografías	32
Bibliografía	41





La alta frecuencia de las afecciones bucodentales, su repercusión en el estado general y en la calidad de vida, así como su distribución muy desigual entre la población, las convierten en un problema de salud pública por derecho propio.

Además de los aspectos médicos en sentido estricto, una mala salud bucodental también puede interferir en la autoestima y en el bienestar. Puede afectar la vida social y limitar las relaciones con los demás. A menudo también supone un obstáculo para la integración social y profesional: una boca desdentada es un signo de marginación. Este ámbito de la salud, subestimado durante demasiado tiempo, está iniciando su integración en la política de salud pública del Gobierno, al haberse aprobado en 2022 el Plan para la Ampliación de la Cartera Común de Servicios de salud Bucodental en el Sistema Nacional de Salud, incorporando a unos grupos poblacionales prioritarios. Este Plan tiene por principales objetivos homogeneizar la atención bucodental en el territorio nacional garantizando la equidad en su acceso, además de incrementar los servicios que hasta ahora se prestaban por la sanidad pública, con un enfoque fundamentalmente preventivo.

Este Informe Técnico describe sucintamente la situación actual, hace balance del estado de avance del Plan de Ampliación bucodental en curso, y propone iniciativas para evaluar dicho plan y garantizar su continuación.

INTRODUCCIÓN



I. LA SALUD ORAL EN ESPAÑA HOY

A - Principales patologías bucodentales:

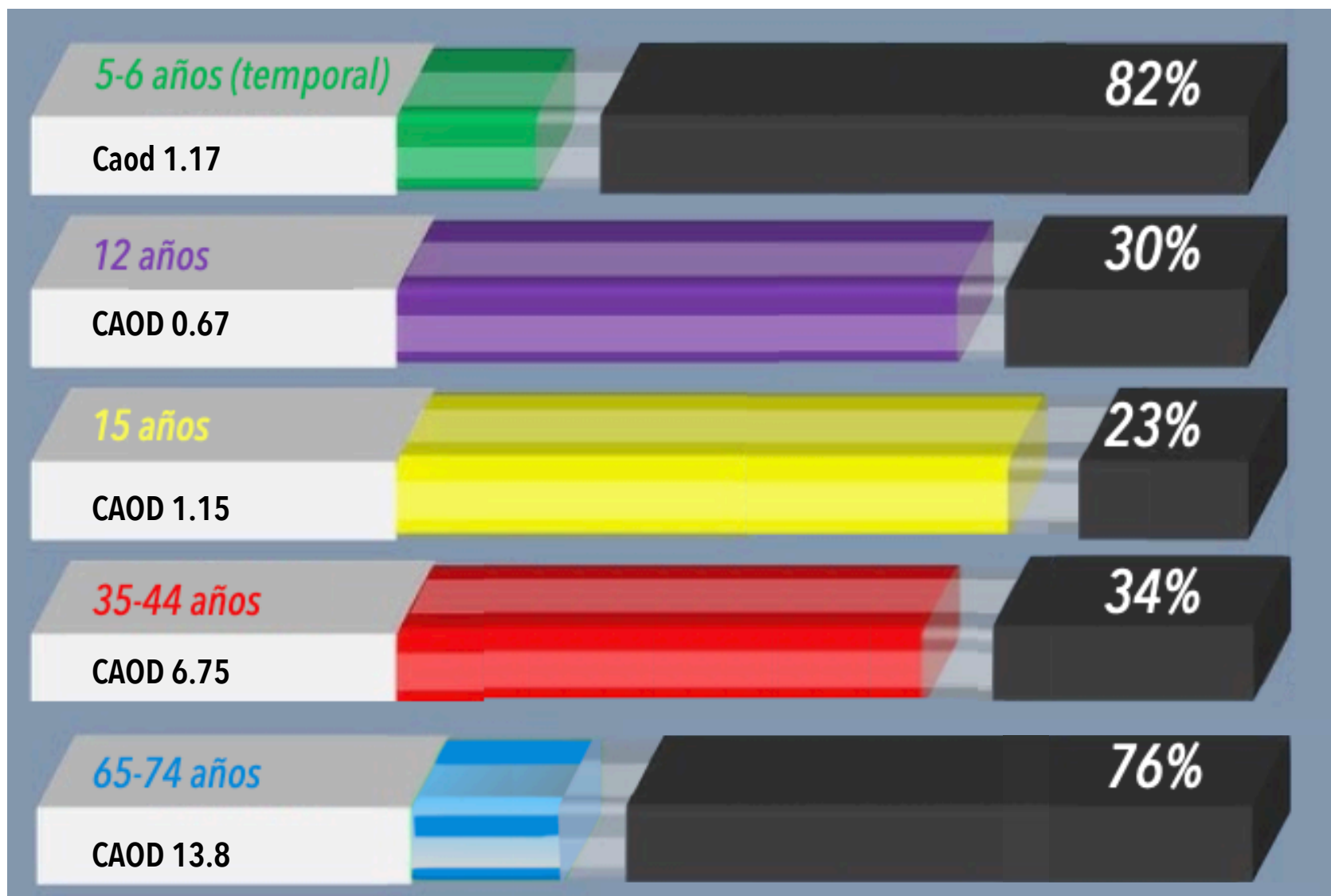
La caries y las enfermedades periodontales son, debido a su prevalencia, las dos principales patologías en el ámbito bucodental. De origen infeccioso, estas patologías (que, si no se tratan, provocan la pérdida dentaria prematura) están relacionadas principalmente con la presencia de biofilm, aunque otros factores (consumo frecuente de bebidas y alimentos azucarados, exposición insuficiente al flúor, en el caso de la caries; tabaco, diabetes, inmunodeficiencia, en el caso de las enfermedades periodontales) constituyen cofactores de riesgo y contribuyen a la gravedad de las lesiones.

La caries, que destruye los tejidos duros del diente y a la que los niños y adolescentes son más vulnerables, sigue siendo la principal afección bucodental. En España, a pesar de una disminución sustancial de su prevalencia en la población en edad escolar desde hace unos veinticinco años (el índice «CAO» a los 12 años pasó de 1,1 en 2000 a 0,7 en 2025), sigue afectando en 2025, a un tercio de la población infantil y adolescente. En la población adulta, los datos epidemiológicos muestran una afectación casi universal en términos de prevalencia, con un índice CAO medio cercano a 7 en el grupo de adultos jóvenes (de 35 a 44 años) y de 14 en el grupo de adultos mayores (65-74 años).

LA SALUD ORAL EN ESPAÑA EN 2025

CARIES (2025)

Índices de caries (cao en 5-6 años y CAOD en resto). Columna en negro: % no restaurado.



Los principales factores de riesgo de caries son:

- Una alimentación muy azucarada (biberones y chupetes azucarados, jarabes, bebidas carbonatadas, zumos de frutas, caramelos, etc.), sobre todo cuando las tomas son frecuentes (picoteo).
- Una higiene insuficiente que favorece el desarrollo de una biopelícula (biofilm) muy rica en bacterias cariogénicas.
- Demanda de cuidados insuficiente y a menudo tardía: el miedo a los cuidados, a veces considerados dolorosos y costosos, así como la subestimación, debida al desconocimiento, de la relación entre la salud dental y el estado de salud general, siguen llevando a menudo a descuidar las patologías bucodentales y a esperar a que aparezcan los síntomas dolorosos para demandar asistencia.
- Además, la vulnerabilidad de los dientes frente a la caries es máxima en la fase post eruptiva, debido a la inmadurez del esmalte, por lo que toda la infancia y la adolescencia pueden considerarse periodos de alto riesgo desde el punto de vista de riesgo cariogénico.



**un tercio de la población
infantil y adolescente tiene
patología de caries**



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



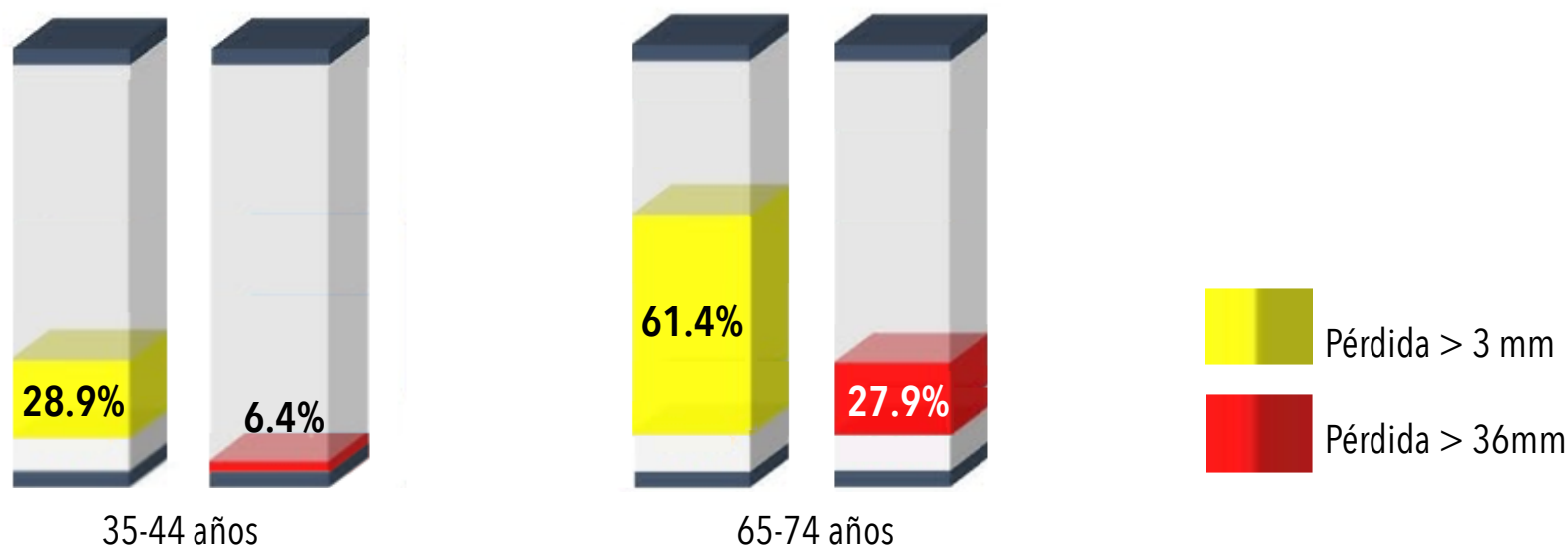


Las **enfermedades periodontales** suelen provocar una pérdida de inserción de la encía y una reabsorción progresiva del hueso de soporte. Son responsables de muchas pérdidas dentales en la segunda mitad de la vida. Su prevalencia en la población adulta joven (35-44 años) es del 29% mientras asciende al 61% en los adultos mayores (65-74 años). El número medio de dientes perdidos es de 9 en el grupo de edad de 65 a 74 años, el 14% tienen más de 20 dientes ausentes, el 46% no presenta oclusión funcional (al menos 20 dientes en oclusión) y cerca del 7% es desdentado total.

Además de la presencia de biofilm como resultado de una higiene bucodental insuficiente o ineficaz, los principales factores de riesgo son el tabaquismo, la diabetes y todas las patologías o tratamientos que provocan una alteración de las defensas inmunitarias (VIH, tratamientos contra el cáncer, etc.).

ENFERMEDAD PERIODONTAL (2025)

% de pérdida de inserción





**el 61% de los adultos
mayores presenta
enfermedad periodontal
moderada o severa**



CONSEJO
DENTISTAS
ORGANIZACIÓN COLECCIONAL
DE DENTISTAS DE ESPAÑA



El **cáncer oral** está muy relacionado con el consumo excesivo de alcohol y tabaco y también constituye un importante problema de salud pública. Tiene mal pronóstico (50 % de supervivencia a los 5 años) debido a un diagnóstico tardío en el 75% de los casos. Afecta principalmente a los hombres (más del 80 % de los casos), sobre todo en el grupo de edad de 65 a 69 años. Su incidencia en España es alta, con más de 8000 casos en 2025 (Sociedad Española de Oncología Médica).



Otras patologías justificarían una observación regular: lesiones dentales de origen traumático (frecuentemente relacionadas con la práctica de determinados deportes), las anomalías orofaciales congénitas (fisuras faciales, labio leporino), cuyas consecuencias bucodentales a menudo requieren cuidados prolongados y específicos y los trastornos de la armonía dentomaxilofacial, que tienen consecuencias estéticas y funcionales, originando una gran demanda de tratamientos de ortodoncia.

B – Repercusiones de las afecciones bucodentales en la salud y calidad de vida:

Las afecciones bucodentales, en la medida en que suelen implicar infección y dolor, repercuten (a veces, gravemente) en el estado de salud general. Pueden provocar complicaciones infecciosas locales o a distancia, especialmente en determinados pacientes frágiles: personas inmunodeprimidas (VIH, quimio o radioterapia...), pacientes diabéticos más vulnerables a las infecciones, pacientes cardíacos con riesgo de endocarditis infecciosa, personas mayores dependientes o personas con discapacidad (infecciones respiratorias provocadas, mantenidas o agravadas por la inhalación de bacterias de origen bucal).

Además, existen correlaciones significativas, especialmente debido a factores de riesgo comunes, entre un deterioro del estado bucodental (en particular, las periodontopatías severas) con múltiples procesos como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las neumopatías crónicas, los cánceres de las vías aerodigestivas superiores y complicaciones en el embarazo (parto prematuro y bajo peso al nacer), entre otros.

Por último, las afecciones bucodentales también pueden alterar las funciones de masticación y fonación y, en general, provocar un deterioro de la calidad de vida, de la autoestima y de las relaciones con los demás: alimentación inadecuada, pérdida del placer de comer, deterioro de la autoestima, miedo a hablar, a sonreír, a besar.

C – Un ámbito marcado por las fuertes desigualdades:

A pesar de la tendencia general a la mejoría, observada especialmente en los adolescentes y que beneficia a todas las categorías socioprofesionales, las desigualdades en materia de salud bucodental siguen siendo notables:

- Desigualdades en la distribución de patología: por ejemplo, a los 12 años, el 17 % de los adolescentes acumulan el 84% del total de caries de su grupo.
- Desigualdades relacionadas con la situación social de los padres: los menores de progenitores de nivel socioeconómico más bajo presentan mayor prevalencia de caries que sus homónimos de nivel social alto.
- El índice CAO a los 15 años es el doble (1,46) en los niveles sociales más bajos frente a 0,75 en niveles altos.

En general, en toda la población, las desigualdades en salud bucodental están estrechamente relacionadas con las desigualdades sociales:

- El índice de restauración dental (indicador de atención odontológica) entre los jóvenes de 12 años es del 63% en las clases sociales desfavorecidas mientras se eleva al 79% en los niveles sociales más altos.
- Según la categoría socioprofesional: el porcentaje de adultos mayores (grupo 65-74 años) completamente desdentado es el 0% en los niveles altos y del 8.4% en niveles bajos.
- Según la encuesta epidemiológica de 2025, solo el 9% de los adolescentes de nivel bajo habían recibido sellador de fisuras frente al 25% en los niveles altos.

El uso de la atención odontológica, medido por el consumo de servicios dentales, también revela importantes desigualdades: este uso está estrechamente vinculado al nivel de ingresos, siendo la tasa de renuncia a la atención bucodental significativamente mayor entre los hogares con bajos ingresos.

Las desigualdades observadas reflejan:

- Una exposición desigual al riesgo: los hábitos favorables a la salud bucodental (cepillado dos veces al día, exposición al flúor, dieta variada, etc.) están más extendidos entre la población con mayor nivel educativo e ingresos.
- Un acceso desigual a la demanda de atención: los de nivel social alto consultan al dentista con mayor frecuencia que quienes pertenecen a categorías socioeconómicas más bajas. Varios factores contribuyen a explicar este menor acceso a la atención dental entre las poblaciones más desfavorecidas: un factor económico evidente (algunos procedimientos dentales son a veces costosos, asumiendo el paciente la totalidad de los costes); pero también un factor sociocultural: el miedo a los tratamientos percibidos como dolorosos, la atención prestada a la salud general y el nivel de información sanitaria no se distribuyen equitativamente entre la población. Las diferentes probabilidades de visitas al dentista y sus desigualdades entre los niveles de ingresos reflejan, en gran medida, la cobertura en cada país, así como el grado de cultura sanitaria en materia bucodental. En países como Alemania o Dinamarca la brecha en función del nivel de ingresos es de tan solo 8-9 puntos porcentuales, mientras que en España alcanza los 28 puntos.

Grupos especialmente vulnerables:

Además de las desigualdades sociales en salud, las encuestas realizadas en diferentes contextos europeos han puesto de relieve grupos específicos que, debido a dificultades particulares para acceder a la prevención y la atención, presentan una salud bucodental especialmente deficiente y no siempre tienen acceso a la atención adecuada. Este es el caso de muchos niños o adultos con discapacidad (dificultad para adquirir hábitos de higiene y dificultad de acceso a la atención), así como de las personas mayores dependientes institucionalizados y los adultos mayores de bajos recursos, entre otros colectivos.



**existen grandes
desigualdades en la salud
oral, tanto en población
infantil como adulta**

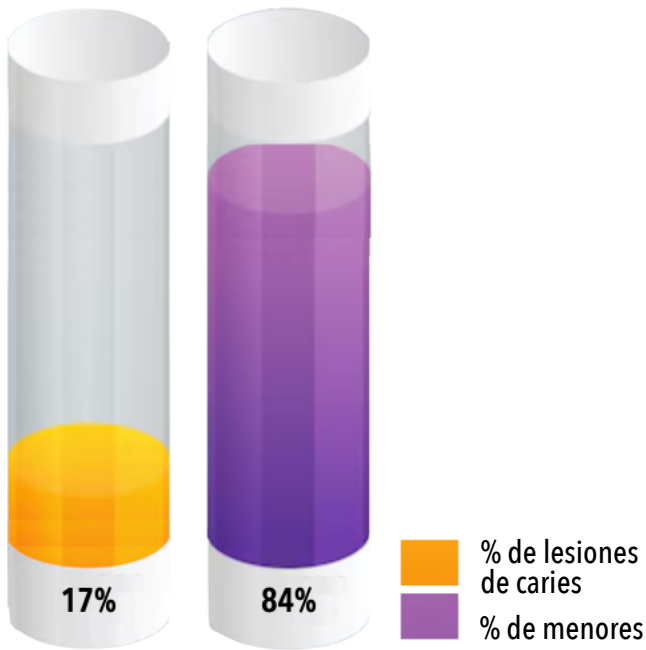


**CONSEJO
DENTISTAS**
ORGANIZACIÓN COLECCIONAL
DE DENTISTAS DE ESPAÑA

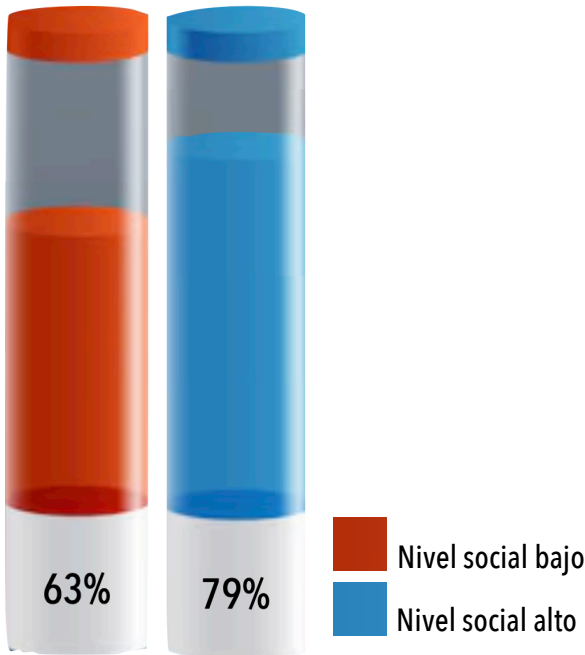


DESIGUALDADES EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL (2025)

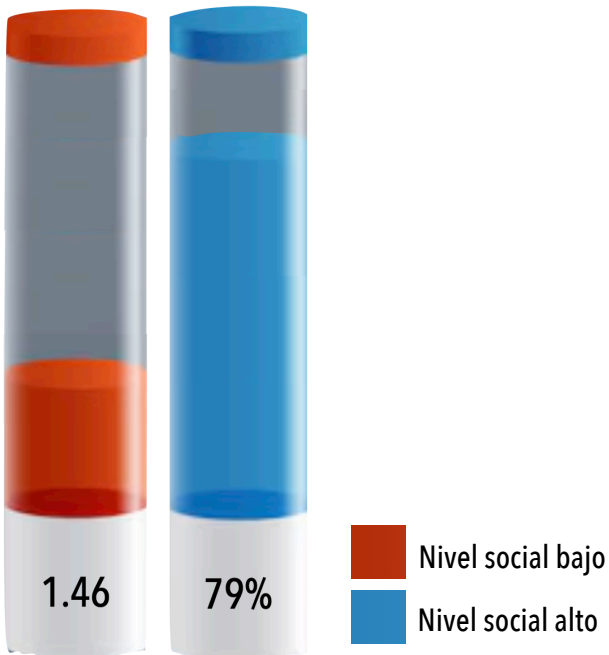
Distribución desigual de la caries en grupo 12 años



Índice de restauración en grupo de 12 años

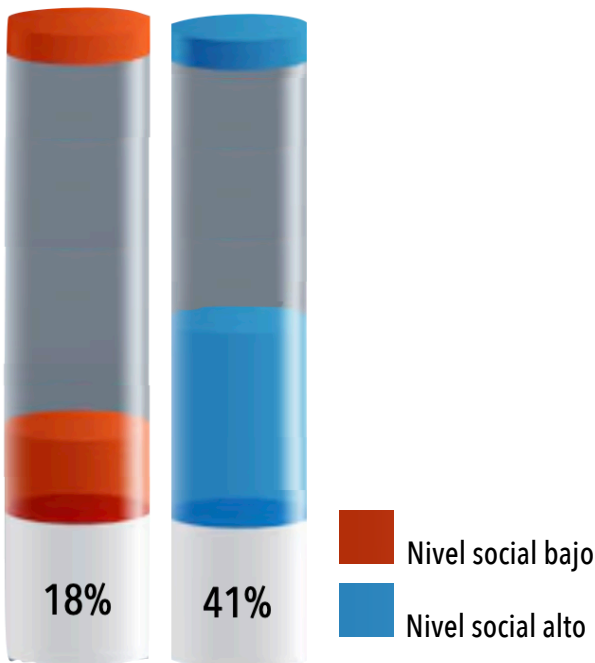


Índice CAOD en grupo de 15 años

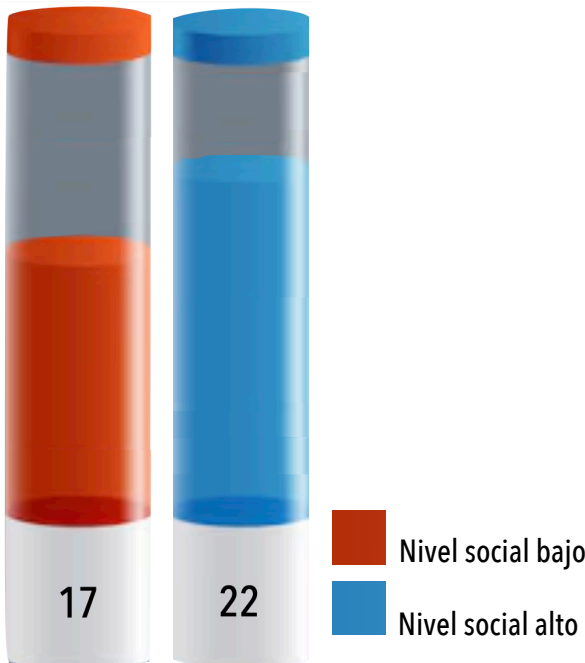


DESIGUALDADES EN POBLACIÓN ADULTA (2025)

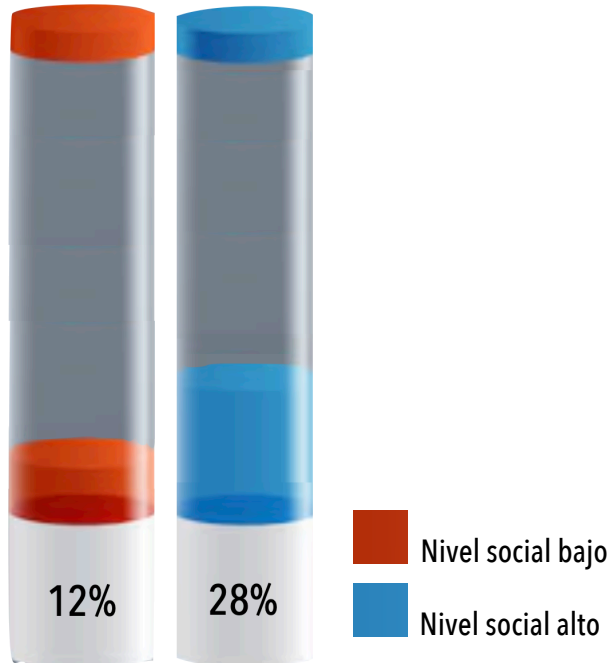
Índice de restauración en grupo de adultos mayores



Media de dientes naturales presentes en grupo de adultos mayores



% de sujetos con prótesis sobre implantes



D – Métodos de prevención eficaces:

Varios ejemplos fuera de nuestro país (Suiza, Suecia, Australia y Finlandia, en particular), así como ciertos programas llevados a cabo en España (en particular, los Programas de Asistencia Dental Infantil o PADIs), demuestran que la prevención puede ser muy eficaz y permitir no solo una mejora significativa de la salud bucodental (que es la razón de ser de la prevención), sino también una reducción significativa de los gastos de atención dental a corto y medio plazo.

La prevención de las enfermedades bucodentales se basa, por un lado, en la reducción de los factores de riesgo para prevenir la aparición de patologías y, por otro, en el tratamiento precoz de las lesiones que previene eficazmente su agravamiento.

Prevención de caries: implica principalmente consolidar hábitos que promuevan la salud oral, incluyendo la higiene (cepillarse los dientes dos veces al día con pasta dental con flúor y usar diariamente la higiene interdental), la alimentación (evitar el consumo reiterado de alimentos y bebidas azucaradas) y el acceso temprano a la atención dental.

Los métodos eficaces incluyen:

- educación sanitaria desde una edad muy temprana, idealmente con la participación de los progenitores.
- identificar a los niños en riesgo para implementar medidas preventivas más intensivas (visitas más frecuentes, selladores de fisuras, flúor tópico profesional, etc.).
- promover el uso de flúor diario (pasta dental, enjuague bucal, fluoración del agua o de la sal de mesa).
- detectar y tratar las lesiones tan pronto como aparezcan, promoviendo unas técnicas mínimamente invasivas.

Prevención de enfermedades periodontales y cáncer oral: se basa principalmente en una higiene bucodental rigurosa (incluyendo espacios interdenciales), no fumar y suspender o moderar el consumo de alcohol. Estas medidas deben complementarse con una mejora de los niveles de educación sanitaria enfocada a informar sobre las señales de alarma de la enfermedad periodontal y del cáncer oral, para facilitar un diagnóstico temprano e incrementar el éxito de los tratamientos y la supervivencia (en el caso del cáncer oral).



E – Prestación de cuidados bucodentales:

El número de dentistas en España en 2025 era de 42.860 (fuente: INE), con una tasa de 89 profesionales por cada 100.000 habitantes, lo que sitúa a España por delante de la media europea (76:100.000 habitantes) y de muchos países de nuestro entorno como Francia (68:100.000 habitantes), Alemania (84:100.000 habitantes) o el Reino Unido (42:100.000 habitantes). A esta mayor densidad de dentistas por población hay que sumar una menor utilización de los servicios dentales en nuestro país. Si la media de visitas dentales se eleva a 1,5 para el conjunto de la UE, en España apenas alcanza 0,7. Poco más del 50% de la población en España acude al dentista, al menos, una vez al año.

La gran mayoría de los dentistas (97%) ejerce en el sector privado y su distribución es desigual en el país. El 37% de los dentistas ejercen en la Comunidad de Madrid o en Cataluña. La densidad de dentistas por habitantes varía entre 133 por 100.000 en Madrid y 47 por 100.000 habitantes en Castilla la Mancha.

En la actualidad, España continúa siendo el único país de la UE en el que no se reconocen las especialidades dentales, aunque se están realizando avances en este sentido.

No existe una cifra oficial actualizada que indique cuántos, de los 387 hospitales públicos (según el Catálogo Nacional de Hospitales 2025) disponen de un servicio de Odontología u Estomatología, pero el número es sumamente bajo. Según cifras del Ministerio de Sanidad, alrededor de 1.400 dentistas trabajan en Centros de Salud públicos en Atención Primaria.



F - Economía de la atención bucodental:

- Gasto sanitario total: 133 403 millones de euros (99.347 gasto público+ 34.056 gasto privado)
- Gasto dental total : aproximadamente 3.680 millones de euros (últimos datos fiables, año 2022)
- Reparto del gasto dental:
 - Gasto público: 68 millones de euros (2%)
 - Gasto privado de los hogares : 3.612 millones de euros (98 %)





**el gasto dental directo es
del 98% en España cuando,
de media, es del 47% en la
Unión Europea**



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



II. UN SECTOR AUSENTE POR MUCHO TIEMPO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA

A - La situación actual:

Este ámbito, durante mucho tiempo subestimado, está ahora siendo progresivamente integrado en las políticas de Salud Pública, al ser la salud bucodental, objeto de un Plan Nacional para la Ampliación de la Cartera Común de Servicios de salud Bucodental en el Sistema Nacional de Salud, aprobado en 2022 incorporando a unos grupos poblacionales prioritarios. El Plan tiene por objetivos homogeneizar las prestaciones de atención de salud bucodental en el territorio nacional, garantizando la equidad en su acceso. Asimismo, pretende incrementar los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública, con una vocación eminentemente preventiva.

La salud bucodental debe ser una prioridad permanente para el Estado en el futuro y, en consecuencia, requiere una reflexión, una evaluación transparente y estudios periódicos (que con frecuencia escasean en la actualidad) para fundamentar las decisiones de política pública en este ámbito.

**ODONTOLOGÍA:
CENICIENTA DEL
SISTEMA SANITARIO**



B – Los recursos disponibles:

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

C – La cuantificación de la población diana:

El propio documento del Ministerio de Sanidad asume como objetivo un porcentaje de cobertura del 70% en todos los grupos prioritarios contemplados. Los datos demográficos indican que las nuevas prestaciones alcanzan a un total potencial de unos 7.5 millones de personas (5.1 millones si se tiene en cuenta una cobertura estimada del 70%), a los que hay que sumar la atención bucodental a demanda para el resto de la población residente.

En cuanto a los datos de pacientes que consultan a demanda, no se dispone de información precisa de fuentes administrativas (ni nacional, ni autonómicas). Sin embargo, los sucesivos Libros Blancos sobre Encuesta poblacional llevados a cabo desde 2010 con periodicidad quinquenal indican que solo el 3-7% de la población que demanda asistencia bucodental, recurre a una clínica dental pública, lo que equivaldría a unos 1,2 millones de usuarios anualmente.

D – Las deficiencias de recursos públicos:

El gasto público sanitario en España es de aproximadamente 106.000 millones de euros, lo que representa el 6.7% del PIB global. Según datos del Ministerio de Sanidad (Informe Anual del SNS, 2024), el 0.4% del gasto público sanitario de atención ambulatoria (unos 28.000 millones de euros) se dedica a consultas odontológicas, lo que supondría unos 112 millones de euros. Teniendo en cuenta que existen unas 1.170 Unidades de Salud Bucodental, el gasto medio por unidad asciende a unos 96.500€.

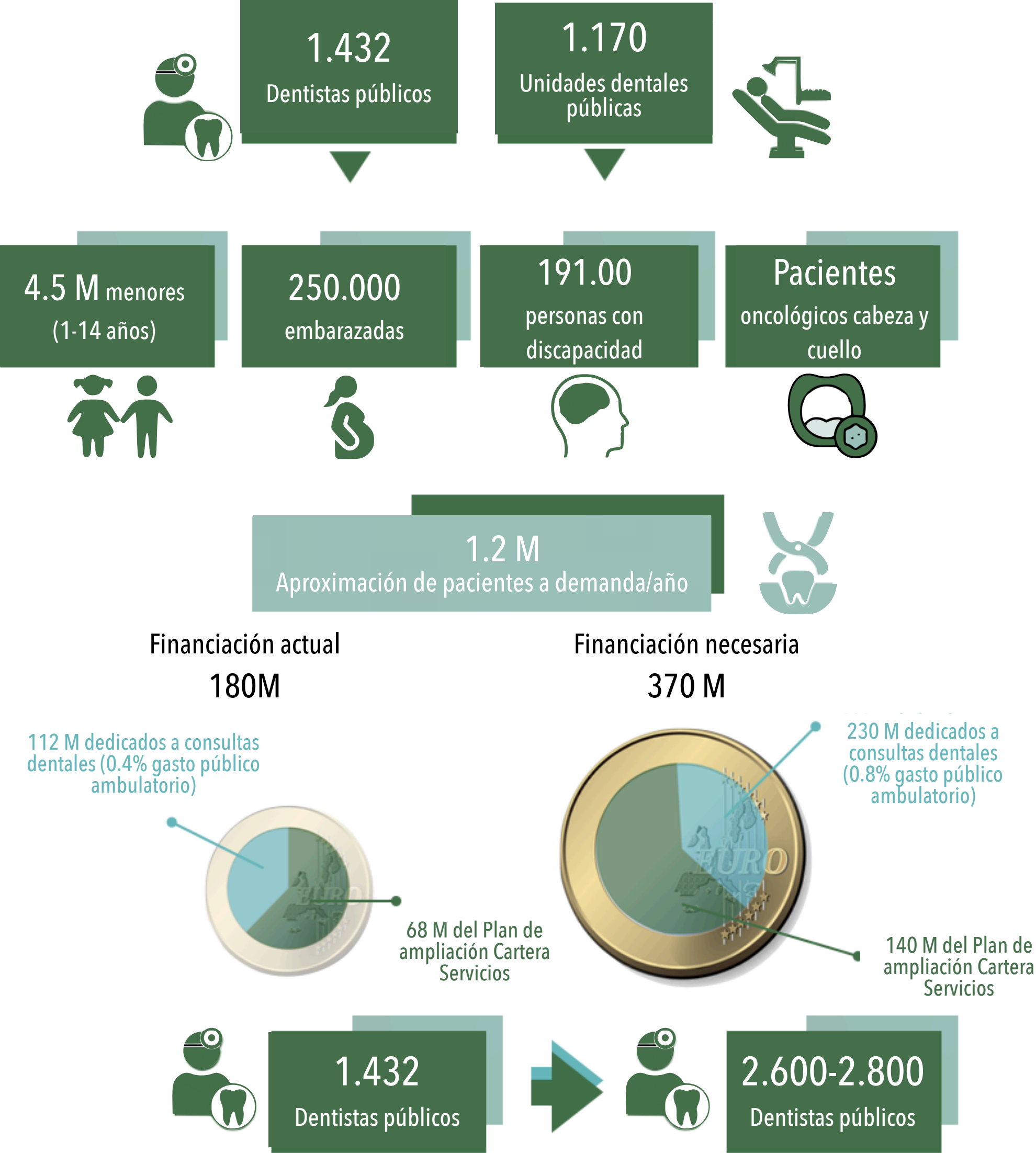
E – La aproximación a los costes:

Actualmente, se dispone de 1.432 dentistas repartidos en unas 1.170 Unidades de Salud Bucodental a nivel nacional. Estos recursos son incapaces de dar cumplimiento a una cobertura del 70% para la atención bucodental de 4,5 millones de menores (1-14 años), 251.000 embarazadas, 191.000 personas con discapacidad, pacientes oncológicos de cabeza y cuello, y 1,2 millón de pacientes que acuden anualmente a solicitar atención bucodental a demanda por diferentes motivos (dolor, infección, extracciones, etc.). Para poder dar respuesta a los objetivos marcados sería necesario ampliar la plantilla entre 1.200-1.400 nuevos dentistas públicos, además de la contratación de más personal (auxiliares e higienistas dentales) en las Unidades de Salud Bucodental. Esto supondría elevar el gasto público actual de 112 millones de euros a una cifra comprendida entre 220-240 millones de euros.

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

Con estas cifras, el gasto público sanitario dedicado a salud bucodental duplicaría la cantidad asignada actualmente para alcanzar el 0.8-0.9% del total del gasto público sanitario de atención ambulatoria, lejos aun de la media europea (1.6%).

RESUMEN INFOGRAFÍA APROXIMACIÓN A LOS COSTES Y RECURSOS HUMANOS





**solamente se dispone de
unos 1.400 dentistas
públicos para dar atención
bucodental a unos 49
millones de personas**



CONSEJO
DENTISTAS
ORGANIZACIÓN COLEGIAL
DE DENTISTAS DE ESPAÑA





III. LAS RECOMENDACIONES

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

RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS



- Los datos cuantitativos sobre la actividad desarrollada en la actualidad con fondos del SNS, ya sea por la red de Centros de Atención Primaria o por los dentistas privados concertados son dispares, a veces con definiciones ambiguas y reflejan claro problemas en el registro procedente de las Comunidades Autónomas. Todos los datos se corresponden al año 2024 y muestran un aumento progresivo en las tasas de cobertura en los grupos priorizados. La cobertura en la población infantojuvenil fue del 25,2% y del 28,3% para las embarazadas. Se atendieron unos 20.000 pacientes diagnosticados de procesos oncológicos del territorio cervicofacial y unas 222.000 personas con discapacidad superior al 33%. Se recomienda **desarrollar una base de datos en tiempo real sobre la actividad realizada** por los servicios de salud bucodental autonómicos a partir de las historias clínicas electrónicas e incorporarla a las Memorias de actividad anuales.
- El **desarrollo y ejecución de una evaluación periódica del estado de salud bucodental en España debería recaer en el Ministerio de Sanidad**, tal y como propone la propia OMS en su medida número 1 del documento *Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre Salud Bucodental 2023-2030* (OMS Estrategia y Plan de acción, 2024) dirigida a los Estados miembros estableciendo la necesidad de "elaborar una guía nacional para la implementación que incluya un marco de monitoreo armonizado con el marco del plan de acción mundial sobre salud bucodental. Debería llevarse a cabo una revisión periódica de la política cada cinco años contados a partir de su puesta en marcha". En los últimos treinta años, el Consejo General de Dentistas de España, en un ejercicio de responsabilidad institucional, ha promovido y financiado la realización de las encuestas epidemiológicas de salud bucodental tipo pathfinder, con periodicidad quinquenal, de acuerdo con las directrices de la OMS, cubriendo así el vacío dejado por el Ministerio de Sanidad.

- Asimismo, es necesario **desarrollar Guías de Práctica Clínica (GPC)** relacionadas con las actividades diarias de los equipos de Odontología del SNS, ya que millones de tratamientos que se realizan anualmente no disponen de unas directrices claras en el catálogo de guías del SNS.
- La Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre Salud Bucodental 2023-2030 de la OMS establece en su medida 2º, *"fortalecer el liderazgo nacional en salud bucodental, crear un departamento de salud bucodental en el ministerio de salud, o bien en otro organismo sanitario gubernamental nacional pertinente, que se encargue de supervisar las funciones que asume el país en materia de políticas, técnica, vigilancia, gestión, coordinación y promoción así como nombrar a una persona responsable de dirigir dicho departamento"*. Es urgente que el **Ministerio de Sanidad establezca el correspondiente Departamento de Salud Bucodental** con una persona responsable del mismo, pareciendo lógico **recurrir a dentistas**.
- El Plan para la Ampliación de la Cartera de Servicios dota con unos presupuestos finalistas en salud bucodental a las diferentes CC.AA., si bien la aplicación última de los mismos muestra una importante heterogeneidad dado que los sistemas de provisión de estos servicios difieren en su modelo (público, mixto, capitativo). La publicación del **presupuesto global destinado por el SNS específicamente a la salud bucodental es difícil de localizar** y de **interpretar en la actualidad**.
- La salud bucodental en el SNS solo cuenta con aproximadamente 1400 dentistas públicos con una formación de dentista generalista para atender a 49 millones de españoles. Queda claro que el aumento de prestaciones en la Cartera de Servicios del SNS, junto a la necesidad de cohesionar el sistema de atención primaria con la acción comunitaria, comporta la necesidad de **estimular la formación continua** insistiendo en **protocolos claros que faciliten las tomas de decisiones de los dentistas públicos**.
- La reducción significativa en la prevalencia de menores con selladores de fisuras encontrada en la última encuesta de 2025 (reducción del 50% de adolescentes con selladores con respecto a 2020), se alinea con el requerimiento de la OMS de potenciar la investigación sobre intervenciones efectivas y basadas en la evidencia para la prevención y el manejo de enfermedades bucodentales, al objeto de investigar las causas de esta reducción o conocer la frecuencia del uso de productos de reciente incorporación a la cartera (como el fluoruro diamino de plata). **Es necesario hacer más equitativa la atención bucodental planificando y reorientado los recursos y las actuaciones preventivas de una manera eficiente**.

- El Plan para la Ampliación de la Cartera de servicios del SNS dejó inicialmente fuera al colectivo de adultos mayores de escasos recursos, a pesar de la propuesta insistente formulada por el Consejo General de Dentistas de España. Afortunadamente, en julio de 2025 el Ministerio decidió como principal novedad de ese ejercicio, reconsiderar esta medida e incorporar progresivamente al colectivo de personas mayores de 65 años como nuevo grupo destinatario de las prestaciones públicas de salud bucodental, comenzando por aquellas personas que se encuentren institucionalizadas así como por los mayores "*dependientes/inmovilizados*" en domicilio. Este sector poblacional presenta, muchas veces, problemas debido a un estado de salud oral deficiente. Facilitar el acceso a recursos restauradores en la población de avanzada edad que no ha recibido otra prestación pública a lo largo de su vida distinta a la extracción dental, debe formar parte de las propuestas prioritarias, máxime si se tiene en cuenta el importante gradiente social detectado en estas edades. Sin embargo, solamente se dedicará el 10% de los 68 millones de euros a este colectivo (menos de 7 millones de euros). Teniendo en cuenta que los adultos mayores representan unos 9-10 millones de personas, de los cuales unos 340.000-380.000 se encuentran institucionalizados, la cifra es claramente insuficiente para poder abordar las amplias necesidades acumuladas en salud bucodental de este grupo etario, especialmente sensible a padecer complicaciones sistémicas (cardiovasculares, respiratorias, digestivas, renales, diabetes, neurológicas, etc.) como consecuencia de una deficiente salud oral, lo que está ampliamente avalado por la evidencia científica.
- Los buenos resultados obtenidos hasta ahora a través de la colaboración pública/privada en el desarrollo de los PADIs refuerzan la necesidad de seguir avanzando en modelos de prestación de servicios en los que los profesionales del sector privado se han mostrado de gran utilidad. El ejemplo del modelo de capitación ya implantado para la cobertura en los menores pone en evidencia que, entre el 80-90% del total de la asistencia, es proporcionada por los dentistas privados concertados. Amén de otras consideraciones importantes (libre elección de profesional, mayor libertad horaria, proximidad geográfica del profesional, etc.), estas cifras demuestran la trascendencia que tiene esta modalidad mixta, para compensar la deficiencia actual de recursos del sector público.



**los 68 millones de euros
destinados actualmente al
Plan de ampliación son
claramente insuficientes
para dar respuesta a sus
objetivos**



CONSEJO
DENTISTAS
ORGANIZACIÓN COLEGIAL
DE DENTISTAS DE ESPAÑA



LAS PROPUESTAS

Del embarazo al adulto mayor

El desarrollo de las propuestas

EMBARAZADA



- Mejorar cobertura en este colectivo (actualmente del 28%).
- Reforzar la integración de salud oral en cursos de parto.
- Vigilar la salud gingivo periodontal en embarazadas.

PREESCOLAR



- Desarrollar material educativo específico.
- Incorporar la salud bucodental en centros preescolares y guarderías.
- Primera visita al año para evaluación y educación sanitaria.
- Reforzar la importancia de la dentición primaria.

POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE



- Identificar a grupos en función del riesgo de caries.
- Captación activa de menores en situación de exclusión social (reducir el gradiente social).
- Mejorar el % de cobertura (actualmente del 25%).
- Publicar resultados de los PADIs.

POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD



- Desarrollar programas educativos y preventivos dirigidos a este colectivo.
- Crear más unidades específicas para el abordaje integral del tratamiento dental en estos pacientes.

LAS PROPUESTAS

Del embarazo al adulto mayor

El desarrollo de las propuestas

CÁNCER ORAL



- Campañas públicas informativas sobre cáncer oral (signos de alarma).
- Revisiones y cribado sistemático de cavidad oral en pacientes de riesgo a partir de los 45 años.
- Incorporar posibles signos de alarma del cáncer oral en historia clínica médica en Atención Primaria.

ADULTO MAYOR



- Desarrollar protocolos de prevención bucodental en pacientes médicamente comprometidos.
- Rehabilitar funcionalmente a los adultos mayores de escasos recursos y aquellos institucionalizados, con mayor partida presupuestaria.



LAS PROPUESTAS

Propuestas políticas, legislativas y organizativas

El desarrollo de las propuestas

INTEGRACIÓN



- Incrementar las OPE para dentistas en Atención Primaria.
- Integración plena de los dentistas en la Atención Primaria.
- Estimular y favorecer una mejor y mayor interconsulta entre médicos y dentistas en Atención Primaria.

EVALUACIÓN



- Realizar encuestas epidemiológicas nacionales, con periodicidad quinquenal.
- Desarrollar una base de datos sobre la actividad realizada por los servicios de salud bucodental de las CCAA y publicar Memoria anual.

UNIDAD CENTRAL



- Crear una Unidad Central (Servicio Dental Comunitario) con el objetivo de coordinar las acciones entre las comunidades autónomas y reducir las desigualdades y la falta de equidad.
- Incorporar a la Unidad Central a dentistas con formación en Salud Pública.

FORMACIÓN Y RECURSOS



- Facilitar la creación de las especialidades dentales solicitadas.
- Analizar las necesidades de recursos en el sector público.
- Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia.
- Estimular la formación continuada de los profesionales del sector público ajustada a las necesidades del Plan.

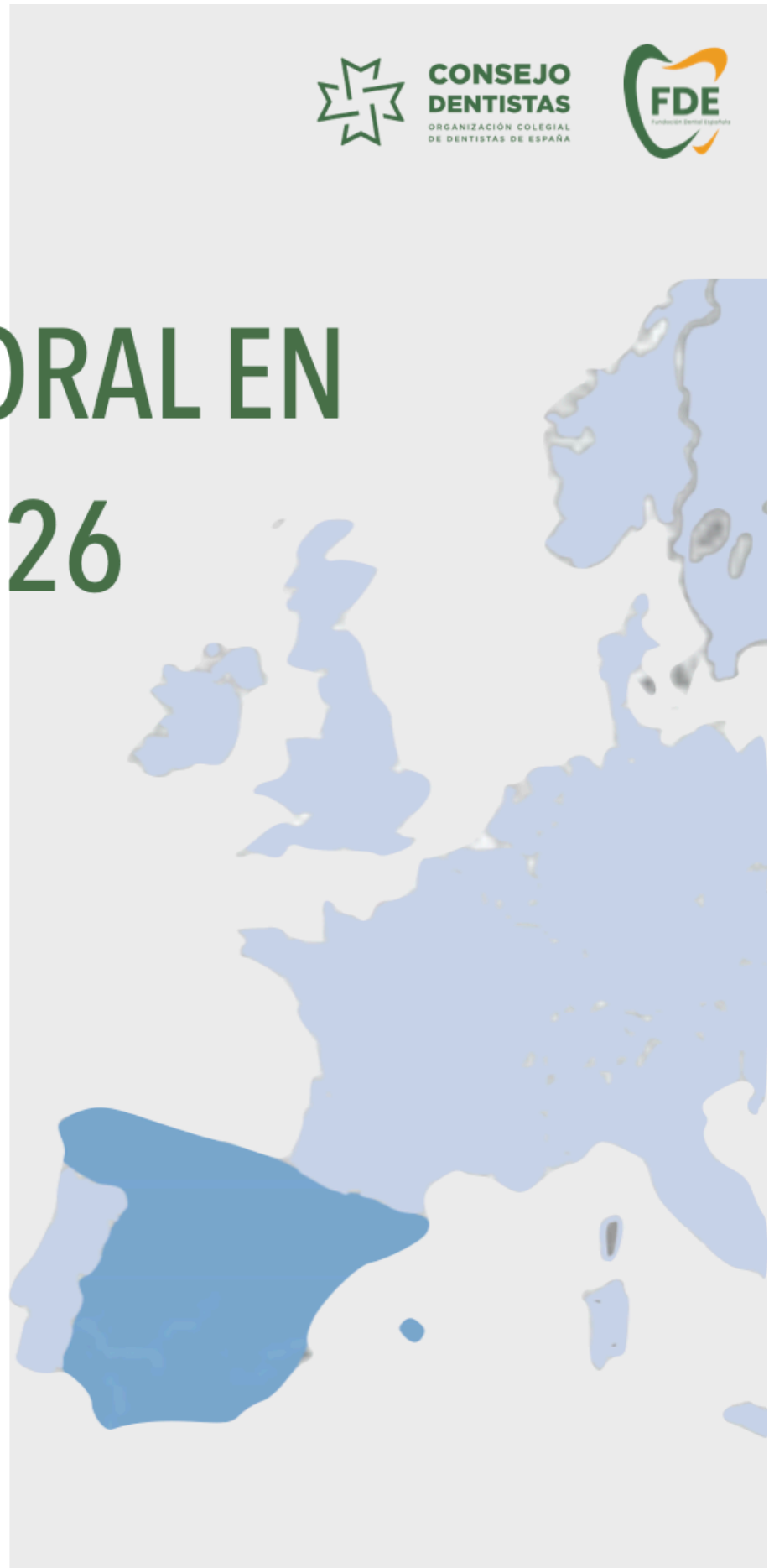
INFOGRAFÍAS

LA SALUD ORAL EN ESPAÑA 2026

Un resumen



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



POBLACIÓN INFANTIL

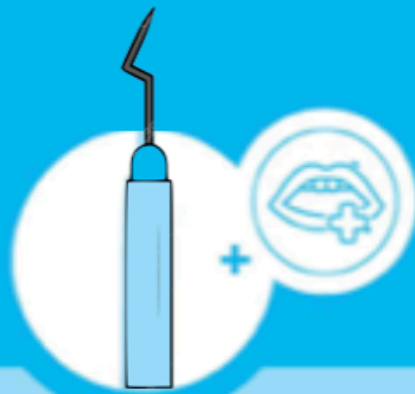
Resultados principales

La caries infantil



31%

de los menores presentan caries en sus dientes temporales



La caries infantil es una de las enfermedades infecciosas más frecuente a nivel mundial.



Las revisiones periódicas al dentista permiten detectar lesiones de caries en su fase precoz. Además, en esas visitas, además de una exhaustiva revisión, se suministran consejos sobre higiene bucodental, alimentación sana y prevención de traumatismos dentales.

Tratamiento recibido



82%

de las caries en dientes temporales no están tratadas



La falta de tratamiento en dientes temporales cariados implica infección crónica, dolor, falta de sueño y posibles repercusiones en la futura dentición permanente.



La presencia de caries no tratadas va acompañada de posibles complicaciones en el menor. Las más habituales son la presencia de dolor y flemones que alteran el sueño e incluso pueden asociarse a pérdida de actividad escolar. No tratar a tiempo las lesiones de caries, también en dientes temporales, supone, además, un mayor coste debido a una mayor complejidad de la técnica. La presencia de caries no tratadas en dientes temporales se ha asociado a un mayor riesgo de caries en los futuros dientes permanentes.

Cepillado adecuado



50%

de los menores no se cepilla al menos 2 veces al día



Es clave incorporar unos buenos hábitos de higiene oral desde el principio. El cepillado debe ser supervisado por un adulto hasta que el menor cumpla los 7-8 años de edad.



El cepillado constante, al menos dos veces al día, es fundamental para prevenir la caries y la gingivitis. Debe durar unos 2 minutos cada vez e ir acompañado de pasta dentífrica fluorada. La cantidad y concentración de flúor en la pasta depende de la edad y será aconsejada por el dentista. Hasta que el menor cumpla los 7-8 años de edad, el cepillado debe ser supervisado por un adulto para que sea eficaz.

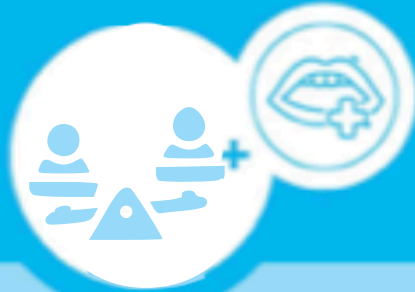
POBLACIÓN INFANTIL

Otros resultados

Desigualdad social

23%

de los
preescolares de
nivel social bajo
tienen caries



Se aprecia un claro gradiente social en la caries temporal: el 23% de los de nivel social bajo presenta patología frente a solo el 7% en los de nivel alto.



El nivel socioeconómico del menor guarda una estrecha relación tanto con la prevalencia de caries, como con la intensidad de la misma (caod). Los profesionales deben incluir este parámetro entre las variables de evaluación del riesgo de caries al ser considerado de gran relevancia.

Visita al dentista

60%

de los menores
de 3-4 años no ha
visitado nunca al
dentista



La primera visita al dentista se recomienda hacerla cuando el menor cumple el primer año de vida.



En España, la atención prestada a la asistencia bucodental en la dentición temporal es sumamente baja. A pesar de los múltiples esfuerzos educativos realizados, es imprescindible continuar insistiendo en la necesidad de revisar el estado de salud oral de los menores desde su primer año de vida, y seguir haciéndolo de forma periódica, con la frecuencia que determine el dentista en base, entre otros, al nivel de riesgo de caries del paciente.

Cepillado supervisado

41%

de los menores
se cepillan
solos, sin
supervisión de
un adulto



Solamente 6 de cada 10 menores se cepillan los dientes de manera supervisada por un adulto.



La supervisión por un adulto del cepillado en los menores, hasta que cumplan los 7-8 años es clave. Por una parte, permite controlar la técnica y el tiempo del cepillado para asegurar su eficacia. Por otra parte, permite asegurar que la cantidad y el tipo de pasta dentífrica fluorada empleada son los recomendados.

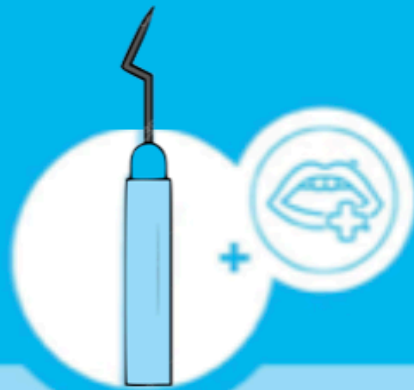
POBLACIÓN ADOLESCENTE

Resultados principales

La caries en adolescentes

35%

de los adolescentes presentan caries



A pesar de haber disminuido de manera importante en los últimos 25 años, sigue afectando a un tercio de los adolescentes.



La adolescencia tiene un gran potencial para mejorar la salud bucodental en la edad adulta futura, pero quizá sea el grupo de edad menos comprendido. Deben realizarse los máximos esfuerzos educativos para conseguir disminuir la patología de caries, principal responsable de las futuras pérdidas dentarias y demás complicaciones en la salud oral.

Tratamiento recibido

27%

de las caries en dientes permanentes no están tratadas



Continúa apreciándose que 3 de cada 10 caries no reciben su tratamiento oportuno.

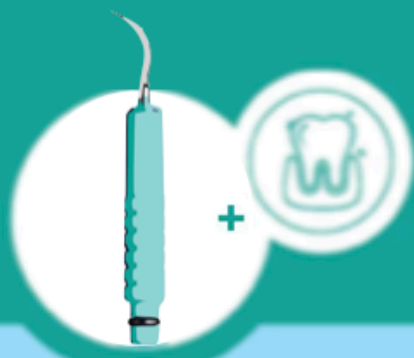


En los últimos 25 años, el % de lesiones de caries tratadas en adolescentes ha aumentado considerablemente. Sin embargo cerca del 30% de las mismas no reciben su tratamiento oportuno. Ello lleva a un avance de la lesión pudiendo llegar a afectar a la pulpa dental (nervio) provocando infección y dolor, o incluso a la pérdida del diente.

Gingivitis o sarro

50%

de los adolescentes tienen gingivitis o sarro



La mitad de los adolescentes presentan sangrado de las encías (gingivitis) o sarro, reflejo de una inadecuada higiene bucodental.



La presencia de gingivitis (inflamación y sangrado de las encías) o de sarro, es un signo claro de una higiene bucodental deficiente. Ambas situaciones son el primer paso de la enfermedad periodontal. Si no se corrigen a tiempo, pueden desembocar en una afectación del hueso de soporte de los dientes, produciéndose una bolsa periodontal, la cual, dependiendo de su profundidad, puede tener mal pronóstico.

POBLACIÓN ADOLESCENTE

Otros resultados

Selladores en adolescentes



18%

de los adolescentes tienen selladores de fisuras



Solamente 2 de cada 10 adolescentes presentan en boca, al menos, un sellador de fisuras preventivo.



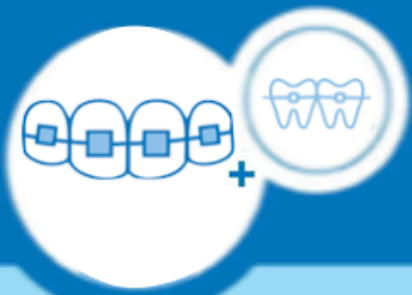
Los selladores de fisuras son uno de los métodos más eficaces para prevenir la caries en adolescentes, al concentrarse la patología, eminentemente, en la superficie oclusal. Son de muy especial relevancia en aquellas situaciones en las que el paciente presenta algún molar permanente afectado, al objeto de evitar patología en el resto de molares sanos.

Maloclusiones y ortodoncia



22%

de los adolescentes tienen maloclusión



Las maloclusiones moderadas o severas afectan al 22% de los adolescentes a lo que hay que sumar un 15% que se encuentran en tratamiento activo de ortodoncia.



Las maloclusiones no constituyen solo un problema estético. Son sobre todo una cuestión funcional. Muchas de ellas pueden ser perfectamente interceptadas a su debido tiempo evitando un agravamiento de las mismas. Las técnicas ortodóncicas actuales también incluyen el uso de alineadores invisibles, cuando están indicados.

Cepillado adecuado



25%

de los adolescentes no se cepillan, al menos, 2 veces al día



Solamente 3 de cada 4 adolescentes realiza su higiene bucodental con la frecuencia mínima recomendada.



Si bien la adolescencia es una etapa de la vida en la que los hábitos higiénicos en general pueden relajarse, es importante insistir en la trascendencia que tiene el eliminar adecuadamente el Bofill. Las cifras del 50% de gingivitis o sarro encontradas, avalan la necesidad de continuar insistiendo en estos aspectos.

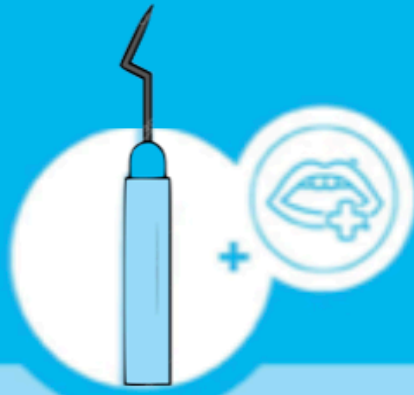
POBLACIÓN ADULTO JOVEN

Resultados principales

La caries en adulto joven

93%

de los adultos jóvenes presenta caries



La caries en los adultos es un proceso universal. Supone un coste elevado en la UE, ocupando el tercer lugar tras el derivado de la diabetes y de las cardiovasculares.



La caries es un proceso irreversible una vez que ha alcanzado la dentina del diente. Si no recibe su oportuno tratamiento, continua progresando hasta alcanzar la pulpa dental produciéndose infección y dolor. La gran mayoría de las pérdidas dentarias son debidas a esta enfermedad. Aún persisten muchas lesiones sin tratar. Su prevalencia, a pesar de ser perfectamente prevenible, continua siendo muy alta.

Articulación temporo-mandibular (ATM)

27%

de los adultos jóvenes tienen signos de alteración en la ATM



Los problemas en la articulación temporomandibular (ATM) afectan a más un cuarto de los adultos jóvenes en España.



Los principales desórdenes de la ATM son el dolor en la articulación, la presencia de chasquidos y la limitación funcional al abrir la boca. De todos los signos, el chasquido es con mucho el más habitual. Requiere de un adecuado diagnóstico y tratamiento para evitar complicaciones mayores.

Enfermedad periodontal

29%

de los adultos jóvenes presenta enfermedad periodontal



El 29% de los adultos jóvenes padece enfermedad periodontal, de los cuales el 7% la presentan en su modalidad severa.



La enfermedad periodontal en el adulto se caracteriza por la presencia de pérdida del hueso de sostén de los dientes, lo que da lugar a la aparición de las llamadas bolsas periodontales. Dependiendo de la cantidad de milímetros de hueso que se haya perdido, se habla de bolsa moderada o severa. Si diagnóstico y tratamiento precoz permite en muchos casos controlar la patología. En sus fases muy avanzadas, la enfermedad periodontal origina movilidad de los dientes y pérdida de los mismos.

POBLACIÓN ADULTO JOVEN

Otros resultados

El bruxismo

42%

de los adultos jóvenes presenta bruxismo



El bruxismo es una patología muy frecuente en el adulto joven, siendo la modalidad nocturna la más habitual.



El bruxismo alcanza a 4 de cada 10 adultos jóvenes. Si bien puede ser diurno, la modalidad nocturna es la más habitual. En muchas ocasiones va asociado a situaciones de estrés y ansiedad. Su manejo clínico incluye una gran variedad de posibilidades terapéuticas. Es importante tratarlo para evitar complicaciones dentarias y en la articulación temporomandibular.

Tratamiento recibido

34%

de las lesiones de caries se encuentran sin tratar



En el adulto joven, más de 3 de cada 10 lesiones de caries no reciben su oportuno tratamiento restaurador.

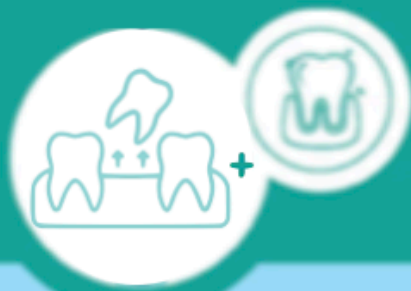


Si bien la demanda de asistencia dental restauradora ha aumentado de manera importante en España en los últimos 25 años, aun quedan muchas lesiones sin tratar. Ello origina que las necesidades de tratamientos dentales más complejos (restauraciones de varias superficies, coronas, endodoncias, etc.) continúen siendo elevadas.

Ausencia dentaria

51%

de los adultos jóvenes presenta al menos 1 diente ausente



La mitad de los adultos jóvenes han perdido, al menos, un diente debido a la caries.



La mitad de los adultos jóvenes han perdido al menos un diente. El principal motivo a estas edades es la caries. Es muy importante que el paciente entienda la importancia, en primer lugar de prevenir esta situación y, una vez ocurrida, sustituir el diente perdido para evitar problemas de extrusión, inclinación dentaria y enfermedad periodontal. En los casos de pérdida unitaria, la elección de implante es la más recomendada.

POBLACIÓN ADULTO MAYOR

Resultados principales

La oclusión en adultos mayores

46%
de los adultos mayores carecen de oclusión funcional



La oclusión funcional se define como la presencia de, al menos, 20 dientes presentes con capacidad masticatoria.



La oclusión funcional permite una masticación adecuada. La pérdida masiva de dientes origina una importante limitación en la alimentación del mayor, además de suponer una barrera social. En la actualidad se dispone de varios métodos innovadores para reponer los dientes perdidos y recuperar la estética y la función.

Tratamiento recibido

25%
3 de cada 4 lesiones de caries se encuentran no tratadas



La demanda asistencial de tratamiento por caries es sumamente baja en los adultos mayores, y va asociada a un gradiente socioeconómico.



El tratamiento de la caries es importante para evitar las pérdidas dentarias. Desgraciadamente, los adultos mayores son el grupo de edad donde más baja es la demanda asistencial restauradora. Se aprecia un claro gradiente social, de tal forma que en los mayores de alto nivel social la demanda es del 41% cayendo al 18% en aquellos de niveles sociales menos favorecidos.

Enfermedad periodontal

61%
de los adultos mayores (65 o más) presenta enfermedad periodontal



El 61% de los adultos mayores padece enfermedad periodontal, de los cuales el 28% la presentan en su modalidad severa.



La enfermedad periodontal en el adulto mayor se caracteriza por la presencia de pérdida del hueso de sostén de los dientes, lo que da lugar a la aparición de las llamadas bolsas periodontales. Tres de cada diez adultos mayores presentan enfermedad periodontal severa. Se sabe que esta patología se asocia con múltiples enfermedades sistémicas como la patología cardiovascular, pulmonar, el Alzheimer o la diabetes, entre otras.

POBLACIÓN ADULTO MAYOR

Otros resultados

La caries radicular

29%
de los adultos mayores presentan caries radicular



3 de cada 10 adultos mayores son diagnosticados de caries radicular, la mayoría de ellas no tratadas.



La caries radicular es producto de la recesión gingival en el adulto mayor, junto a unos hábitos higiénicos deficientes. El 80% de las lesiones radiculares se encuentran sin tratar. Recientemente, varios metaanálisis y revisiones sistemáticas han analizado la eficacia de la aplicación local del fluoruro diamínico de plata en las lesiones, con resultados muy prometedores.

Necesidad de prótesis

55%
1 de cada 2 mayores necesitan prótesis



La mitad de los mayores requieren de algún tipo de prótesis, bien porque no la llevan o porque la que tienen se encuentra en un estado no aceptable.



La media de dientes ausentes es de cerca de 10 en los adultos mayores, signo de la acumulación de patología de caries y de enfermedad periodontal severa. El 21% presenta más de 16 dientes ausentes. Esta situación clínica justifica la elevada necesidad de tratamientos prostodóncicos en el adulto mayor. A ello, hay que sumarle, entre quienes sí llevan prótesis, el mal estado de las mismas, lo que aconseja su reemplazo.

Cepillado adecuado

46%
de los adultos mayores no se cepilla al menos 2 veces al día



El hábito de cepillado adecuado, entre los adultos mayores es muy deficiente.



El hábito de higiene bucodental es muy deficiente en el adulto mayor: solamente se cepillan los dientes, al menos dos veces al día, la mitad de los mayores. Ello justifica la alta prevalencia de enfermedad periodontal en este grupo etario (61%, de los cuales, el 28% la presentan en su forma severa).



LA BIBLIOGRAFÍA

- BOE . Orden SND/454/2025, de 9 de mayo, por la que se modifican los anexos I, II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE, núm. 115, de 13 de mayo de 2025, 1910.
- Bravo-Pérez Manuel et al. Encuesta de Salud Oral en España 2025. RCOE, junio 2026 (en prensa).
- Consejo General de Dentistas de España. Libro Blanco La Salud Oral en España: análisis de un cuarto de siglo (2000-2025). Madrid, 2026.
- Consejo Interterritorial del SNS . Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el sistema nacional de salud, celebrado el 15 de junio de 2022. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental_.pdf. Ministerio de Sanidad, 2022.
- INE . Encuesta de Presupuestos Familiares, 2023. Instituto Nacional de Estadísticas. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176806&menu=resultados&idp=1254735976608#_tabs-1254736194790
- Ministerio de Sanidad. Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2023 Informe monográfico. 2024.
- Ministerio de Sanidad. Nota de prensa. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6457> (18 junio 2024)
- Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
- OECD. Health for Everyone? Social inequalities in health and health systems. OECD Health Policy Studies, 2019. Available at: <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en> (acceso 14 noviembre 2025).
- OMS . Declaración de Bangkok. Organización Mundial de la Salud. Noviembre 2024. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/mnd/oral-health/bangkok-declaration-oral-health-es.pdf?sfvrsn=15957742_26&download=true. WHO: 2024.
- OMS . Estrategia y plan de acción mundiales sobre salud bucodental 2023-2030 [Global strategy and action plan on oral health 2023-2030]. Licencia CC BYNC-SA 3.0 IGO. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2024.

INFORME TÉCNICO 2026

Observatorio de la Salud Oral en España.



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

