



DIEZ AÑOS DE DATOS DEL OBSERVATORIO DE SALUD BUCODENTAL

Evidencia, impacto y el camino que queda por recorrer

OBSERVATORIO DE SALUD BUCODENTAL



TABLA DE CONTENIDOS

Abreviaturas.....	3
Resumen ejecutivo	4
I. Introducción	5
II. El Observatorio de Salud Bucodental: propósito, diseño y modelo operativo	6
¿Por qué se creó el Observatorio de Salud Bucodental?	6
¿Qué mide el Observatorio de Salud Bucodental?	6
¿Cómo funciona el Observatorio de Salud Bucodental?	7
Modelo de implementación.....	8
III. Países que participan en el Observatorio de Salud Bucodental	9
IV. Diez años de logros: el marco de evaluación del impacto	11
Tema 1. Relevancia estratégica y posicionamiento global	12
Tema 2. Uso académico, aprendizaje entre pares e influencia en las políticas	13
Tema 3. Representación geográfica y demográfica	19
V. Aspectos destacados y estudios de caso de cada país	20
VI. Debate y repercusiones del trabajo del Observatorio de Salud Bucodental	31
¿Qué revelan los datos del Observatorio de Salud Bucodental en cada país?	31
Tres conclusiones a nivel del sistema.....	32
¿Dónde está logrando resultados el Observatorio de Salud Bucodental?	32
El camino a seguir: oportunidades para la segunda década del Observatorio de Salud Bucodental.....	33
VII. Conclusión.....	34
VIII. Agradecimientos	35
Declaraciones	35
Referencias bibliográficas.....	36

ABREVIATURAS

AMS	Asamblea Mundial de la Salud
CSU	Cobertura sanitaria universal
ENSAB	Estudio Nacional de Salud Bucal
ENT	Enfermedades no transmisibles
FDI	FDI World Dental Federation
GOHAI	Índice de evaluación de la salud bucodental geriátrica (<i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i>)
ICHOM	Consortio Internacional para la Medición de Resultados en Salud (<i>International Consortium for Health Outcomes Measurement</i>)
OHIP	Perfil de impacto en la salud bucodental (<i>Oral Health Impact Profile</i>)
OHO	Observatorio de Salud Bucodental (<i>Oral Health Observatory</i>)
OIDP	Impactos bucodentales en las actividades diarias (<i>Oral Impacts on Daily Performances</i>)
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud



RESUMEN EJECUTIVO

En 2014, la Federación Dental Internacional (FDI World Dental Federation) creó el Observatorio de Salud Bucodental (OHO, por sus siglas en inglés) con el fin de recabar datos sobre salud bucodental estandarizados y comparables a nivel internacional procedentes de los consultorios dentales de atención primaria. Pasados diez años, ha recopilado datos de más de 10 000 pacientes y consultorios dentales participantes en más de 12 países, repartidos por las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este informe se evalúan los resultados obtenidos por el Observatorio de Salud Bucodental (OHO) durante la última década, así como las oportunidades de cara al futuro.

La contribución del OHO. El programa ha pasado de la fase preliminar de viabilidad a una base empírica que abarca la metodología fundamental, los análisis transnacionales y los estudios aplicados dirigidos por cada país. La mayoría de las publicaciones desde 2023 proceden de las asociaciones dentales nacionales o las han elaborado los propios países, y varias de ellas han influido directamente en los debates sobre políticas nacionales. Los indicadores medidos por los datos del OHO complementan y se corresponden estrechamente con el marco de seguimiento del Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental 2023-2030 de la OMS, lo que convierte al Observatorio en un complemento natural de la vigilancia nacional, sobre todo en los países de ingresos bajos y los de ingresos medios (incluidos los de ingresos medios-bajos y los de ingresos medios-altos), donde las encuestas nacionales sobre salud bucodental son poco frecuentes o inexistentes.

Qué revelan los datos. Varios de los países participantes han alcanzado fases avanzadas de la implementación y han publicado sus conclusiones, entre ellos algunos que han completado la recopilación y el análisis de datos mediante un proceso dirigido por el propio país (como Japón). El presente informe se basa en cinco perfiles de países de ingresos bajos y medios (incluidos los países de ingresos medios-bajos y los países de ingresos medios-altos) en los que las asociaciones dentales nacionales implementaron el OHO con la orientación y el apoyo de la FDI, incluida la participación en talleres presenciales de análisis de datos. En conjunto, estos perfiles indican cómo se han recopilado, analizado y aplicado los datos del OHO en distintos contextos nacionales, destacando al mismo tiempo las dificultades recurrentes en los sistemas de salud bucodental. Los cinco perfiles de país reflejan distintas caras de una misma realidad: la carga de morbilidad se concentra en lugares donde el sistema no está preparado para gestionarla. Así, por ejemplo, en China, las rigurosas medidas preventivas no se traducen necesariamente en mejores resultados periodontales. En Colombia, a pesar de unos comportamientos individuales y una capacidad asistencial robustos, se identifican lagunas preventivas encubiertas, ya que el acceso y la prevención primaria siguen distribuyéndose de forma desigual. Por su parte, en la India la capacidad asistencial ha mejorado, si bien sigue habiendo necesidades no cubiertas y una creciente carga de las enfermedades crónicas que indican que el sistema sanitario continúa estando más orientado al tratamiento de las enfermedades que a su prevención. El Líbano es el ejemplo de cómo las dificultades económicas prolongadas pueden alterar la continuidad de la atención en sistemas asistenciales que anteriormente funcionaban correctamente, fragmentando así el recorrido asistencial del paciente. En Tanzania, los datos del OHO ofrecen una de las fuentes de información empírica más sólidas que hay sobre la atención sanitaria en el punto de atención para comprender cómo es la prestación de servicios y orientar los debates sobre políticas nacionales. En estos cinco países, el denominador común es una brecha persistente entre la capacidad de tratamiento y el alcance de las medidas preventivas.

Próximos pasos. Tras consolidar una década de datos, se perfilan cuatro prioridades para el camino a seguir del OHO. Estas prioridades contribuyen directamente a diferentes Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), aprobados por las Naciones Unidas en el año 2015, e incluyen el ODS 3.4 (reducción de la mortalidad por enfermedades no transmisibles), con datos estandarizados sobre la prevalencia de las enfermedades bucodentales; el ODS 3.8 (cobertura sanitaria universal), al poner de manifiesto las deficiencias en el acceso y el uso de los servicios de salud bucodental; el ODS 3.c (fortalecimiento del personal sanitario), mediante datos empíricos basados en la práctica sobre la capacidad de los profesionales clínicos y los modelos de prestación de servicios, y el ODS 10 (reducción de las desigualdades), al reflejar los gradientes socioeconómicos en los resultados de salud bucodental. Todo esto subraya conjuntamente que la equidad en materia de salud bucodental no puede lograrse únicamente desde el consultorio dental. De ello surgen las cuatro prioridades siguientes:

01

Mayor alineación con el marco de seguimiento del Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental y la OMS

02

Colaboración sistemática entre la asociación nacional dental y el ministerio pertinente

03

Ampliación del alcance más allá de la clínica dental para llegar a entornos comunitarios y de atención primaria a fin de abordar las desigualdades

04

Integración con los sistemas nacionales de información sanitaria, de manera que los indicadores del OHO se incorporen a la vigilancia rutinaria

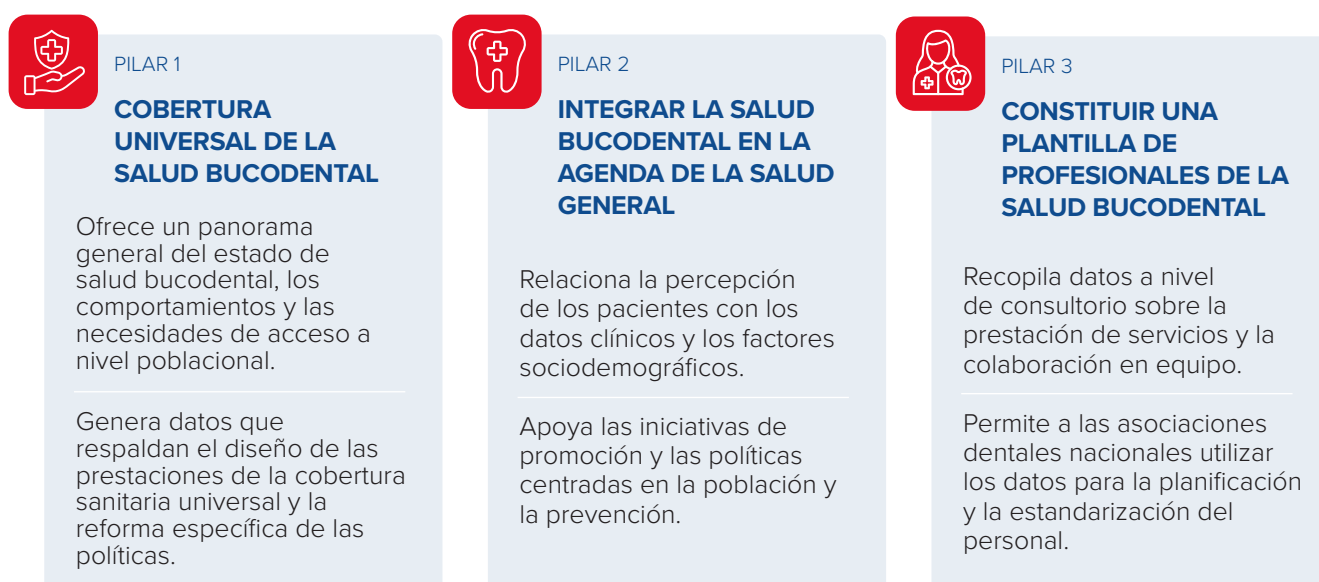
I. INTRODUCCIÓN

Se estima que las enfermedades bucodentales afectan a 3700 millones de personas en todo el mundo,¹ con una prevalencia global combinada del 45%, una cifra superior a la de cualquier otra enfermedad no transmisible (ENT);² la caries dental solo en los dientes definitivos afecta a 2300 millones de personas aproximadamente.³ El gasto público y privado en atención bucodental ha alcanzado una cifra estimada de 387 000 millones de dólares estadounidenses a nivel mundial,⁴ con una distribución muy desigual. Asimismo, las enfermedades bucodentales afectan de manera desproporcionada a las poblaciones marginadas, viéndose una relación constante entre un nivel socioeconómico más bajo y una mayor prevalencia y gravedad de las afecciones bucodentales. A pesar de ello, la salud bucodental ha estado estructuralmente infrarrepresentada en los sistemas de vigilancia sanitaria mundiales, en los paquetes de prestaciones de la cobertura sanitaria universal (CSU) y en los argumentos a favor de la inversión en enfermedades no transmisibles (ENT). La resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) de 2021 sobre salud bucodental (WHA74.5) reconoció la necesidad de que hubiera un cambio de paradigma de los enfoques curativos a los preventivos, y aprobó la Estrategia Mundial sobre Salud Bucodental y el Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental 2023-2030 de la OMS.² Más recientemente, la declaración política de la cuarta reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles y la salud mental (celebrada en septiembre de 2025) se refirió explícitamente a las enfermedades bucodentales, reforzando así el reconocimiento de la salud bucodental dentro de la agenda más amplia de las enfermedades no transmisibles.⁵

En 2021, la FDI publicó su informe *Visión 2030: Proporcionar una salud bucodental óptima para todos*,⁶ en consonancia con los temas establecidos por el Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental de la OMS. La Visión 2030 de la FDI se basa en tres pilares fundamentales: la cobertura universal de la salud bucodental, integrar la salud bucodental en las agendas de salud y de desarrollo, y constituir una plantilla de profesionales de la salud bucodental resilientes para conseguir sostenibilidad. Estos pilares se sustentan en la educación y están concebidos para prestar servicios de salud bucodental esenciales y de calidad que estén disponibles y sean accesibles y asequibles para todo el mundo.

El OHO funciona como un mecanismo práctico mediante el cual se fomentan los tres pilares, al generar de manera sistemática la evidencia necesaria para respaldar la cobertura universal, orientar las políticas centradas en la prevención y reforzar la planificación del personal. La figura 1 ilustra cómo se corresponden las actividades de recopilación de datos del OHO con cada pilar.

Figura 1: Recopilación de datos del OHO en relación con los pilares de la visión de la FDI.



En un momento en el que el Observatorio de Salud Bucodental se adentra en su segunda década, este informe recopila los datos disponibles para ofrecer un análisis estratégico sobre la evolución del programa, sus resultados, las lecciones aprendidas y su contribución a los datos y las políticas internacionales en materia de salud bucodental. Su objetivo es demostrar el valor del OHO a los responsables políticos, las instituciones sanitarias internacionales, las asociaciones miembros de la FDI y los socios de investigación, así como ayudar a definir las prioridades futuras del programa.



II. EL OBSERVATORIO DE SALUD BUCODENTAL: PROPÓSITO, DISEÑO Y MODELO OPERATIVO

¿POR QUÉ SE CREÓ EL OBSERVATORIO DE SALUD BUCODENTAL?

El Observatorio de Salud Bucodental (OHO) nació para abordar una brecha reconocida en los datos sobre salud bucodental. La falta de información estandarizada y comparable a nivel internacional que relacione el estado clínico, la experiencia del paciente y los factores de riesgo conductuales ha provocado que la salud bucodental se haya seguido desatendiendo sistemáticamente en las políticas sanitarias mundiales. Las fuentes de datos existentes, incluidas las encuestas nacionales sobre salud bucodental, se centran principalmente en el estado clínico, a menudo requieren una gran cantidad de recursos, se hacen con poca frecuencia y no están diseñadas para permitir comparaciones entre países.⁷

El OHO se creó como un modelo de aplicación complementario, basado en la recopilación rutinaria de datos en los consultorios dentales a fin de generar datos coherentes a nivel internacional dentro de un marco común. El Observatorio está estrechamente alineado con el Conjunto de estándares de salud bucodental en adultos de la FDI y el Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud (ICHOM), que define un conjunto de indicadores de resultados comunicados tanto por los pacientes como por los profesionales sanitarios, destinados a favorecer la comparación entre países y una comprensión de la salud bucodental más centrada en el paciente.⁷ Esta dimensión psicosocial permite al OHO recoger aspectos de la experiencia de salud bucodental que las encuestas de carácter puramente clínico no pueden.

No obstante, como el OHO se basa en datos de los pacientes que acuden a los consultorios dentales, eso significa que no se incluye a quienes no tienen acceso a la atención sanitaria por motivos económicos, geográficos o relacionados con el propio sistema sanitario. Por lo tanto, los resultados del OHO deben interpretarse como un complemento — y no como un sustituto— a los estudios epidemiológicos nacionales o a los instrumentos de evaluación a nivel poblacional. Estas fuentes pueden combinarse con la información que aportan los datos del OHO para ofrecer una base empírica más completa de cara a las actividades de incidencia y promoción y la formulación de políticas.

¿QUÉ MIDE EL OBSERVATORIO DE SALUD BUCODENTAL?

El OHO abarca múltiples dimensiones de la salud bucodental y sus factores determinantes en un único conjunto de datos, lo que permite analizar las relaciones entre los resultados clínicos, los resultados subjetivos, los comportamientos y el uso de los servicios en una misma población. Los cuestionarios fueron elaborados por el equipo de trabajo del OHO mediante un proceso de consenso basado en instrumentos consolidados para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud bucodental, entre ellos el Índice de impactos bucodentales en las actividades diarias (OIDP), el Perfil de impacto en la salud bucodental (OHIP-14), el Índice de evaluación de la salud bucodental geriátrica (GOHAI) y los métodos de la Encuesta sobre Salud Bucodental de la OMS.⁸ Las asociaciones dentales nacionales participantes también tuvieron la oportunidad de hacer propuestas sobre aportaciones específicas para cada contexto que fueron revisadas por un panel de expertos del proyecto antes de incluirlas.

Tabla 1: Dominios de datos recopilados por el OHO.

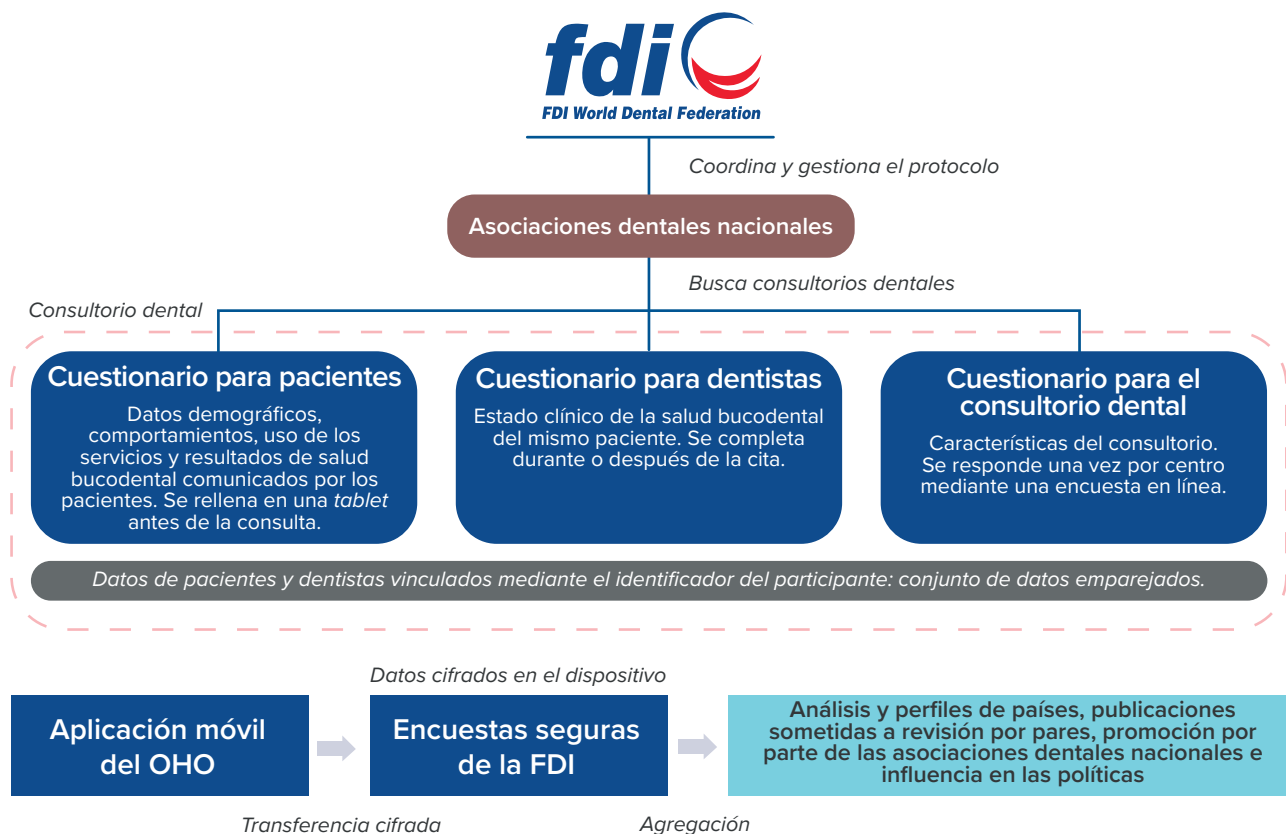
Dominio	Fuente	Descripción
Estado clínico de la salud bucodental	Dentista	Caries (componentes del índice CAOD: dientes cariados, ausentes y obturados), estado periodontal, dentadura, selladores, otras afecciones bucodentales (como la erosión ácida o la gingivitis).
Hábitos relacionados con la salud bucodental	Paciente	Frecuencia y horario del cepillado, uso de productos con flúor, ingesta de azúcares en la dieta, tabaquismo, consumo de alcohol.
Acceso y uso de los servicios	Paciente	Frecuencia y motivo de las visitas al dentista, obstáculos para acceder a la atención, tiempo de desplazamiento, situación respecto a la cobertura del seguro, acceso a las citas.
Consecuencias en la salud bucodental según lo comunicado por el paciente	Paciente	Dolor, molestias, limitaciones funcionales (en la alimentación o el habla), repercusiones psicosociales (vergüenza, interacción social, sueño), pérdida de productividad.
Características sociodemográficas	Paciente	Edad, sexo y nivel educativo.
Características del consultorio	Encuesta a los consultorios	Tipo de consultorio, plantilla, volumen de pacientes, distribución del tiempo, materiales de restauración, formación continua.

Fuente: Recopilado a partir del Protocolo de Investigación del OHO⁸ y Taylor et al.⁹

¿CÓMO FUNCIONA EL OBSERVATORIO DE SALUD BUCODENTAL?

El flujo de trabajo del sistema del OHO se desarrolla mediante un proceso estandarizado de recopilación de datos integrado en la atención odontológica habitual. Su estructura consiste en un flujo de trabajo de varios niveles que conecta a la FDI, las asociaciones dentales nacionales, los consultorios dentales y los pacientes (figura 2).

Figura 2: Flujo de trabajo del sistema del OHO.



Los datos se recogen mediante tres instrumentos:^{7,9,10}

- 1. Cuestionario para pacientes.** Recopila información sobre las características sociodemográficas, los hábitos de salud bucodental, el acceso y la utilización de los servicios, y los resultados de salud bucodental comunicados por los pacientes. El paciente lo rellena en una *tablet* antes de la consulta en la sala de espera de la clínica dental.
- 2. Cuestionario para dentistas.** Recopila información sobre el estado clínico de la salud bucodental de un mismo paciente, incluidas las caries, el estado periodontal y la dentadura. Lo rellena el dentista durante la visita o después de esta.
- 3. Cuestionario para el consultorio dental.** Registra las características del consultorio dental (tipo, miembros del personal, modelos de prestación de servicios). Cada consultorio la completa una vez a través de un portal de inscripción en línea.

Este diseño permite crear un conjunto de datos exhaustivo que relaciona los resultados de salud bucodental comunicados por los pacientes con los resultados clínicos comunicados por los profesionales sanitarios individualmente, vinculados mediante los identificadores de los participantes. Los datos se cifran en el dispositivo móvil del usuario, se anonimizan y se transfieren a los servidores seguros de la FDI en Ginebra para su agregación y análisis. En ninguna fase se recopilan datos que identifiquen a los pacientes.¹¹

MODELO DE IMPLEMENTACIÓN

Las pautas del OHO se ponen en práctica a través de la red de asociaciones dentales nacionales de la FDI, que coordinan el proyecto a nivel nacional. Las asociaciones dentales nacionales se encargan de seleccionar los consultorios dentales, respaldar la implementación, obtener la autorización ética necesaria y facilitar la interacción con los resultados.⁷⁻⁹

Los consultorios dentales se seleccionan mediante métodos de muestreo estructurados adaptados al contexto nacional de cada país. En la fase inicial del estudio, esto incluyó un muestreo por conglomerados estratificados de dentistas según la región administrativa. Dentro de cada consultorio dental, se selecciona a los pacientes sistemáticamente en función del orden de llegada. Los dentistas participantes suelen recopilar datos de un número determinado de pacientes a lo largo del periodo del estudio (por ejemplo, 50 pacientes por dentista en la fase de viabilidad).

En la tabla 2 se detallan las funciones relacionadas con la recopilación y la gestión de datos del OHO en todos los niveles. Este modelo permite su aplicación en distintos contextos del sistema sanitario, manteniendo una metodología común.

Tabla 2: Niveles y funciones para la recopilación de datos del OHO.

Nivel	Función
FDI	Coordinación general, desarrollo de la metodología, gestión de datos, garantía de calidad y difusión de los resultados.
ASOCIACIONES DENTALES NACIONALES	Selección de consultorios dentales en cada país, autorización ética, apoyo a la formación, participación de las partes interesadas y comunicación de los resultados.
CONSULTORIOS DENTALES	Recopilación de datos mediante la aplicación móvil del OHO, siguiendo los procedimientos estandarizados del consultorio y tras haber obtenido el consentimiento informado.
PACIENTES	Facilitar datos sobre comportamientos, la calidad de vida y las características demográficas a través del cuestionario para pacientes.

Fuente: Recopilado a partir del Protocolo de Investigación del OHO⁸ y Taylor et al.⁹



III. PAÍSES QUE PARTICIPAN EN EL OBSERVATORIO DE SALUD BUCODENTAL

El desarrollo del OHO refleja una trayectoria del programa por fases, que ha pasado de las primeras pruebas piloto a la implantación en varios países, seguida de una reestructuración y la consiguiente diversificación de las vías de participación de los países. El OHO abarca las seis regiones de la OMS: la región de África (AFRO), la región de las Américas (AMRO), la región del Asia Sudoriental (SEARO), la región de Europa (EURO), la región del Mediterráneo Oriental (EMRO) y la región del Pacífico Occidental (WPRO).

El desarrollo inicial comenzó con estudios piloto, entre los que se incluían trabajos preliminares de viabilidad en los Países Bajos y una primera puesta en marcha a pequeña escala en países como Alemania y México. Estas primeras experiencias demostraron la viabilidad de recopilar datos estandarizados y emparejados entre pacientes y dentistas en el marco de la práctica odontológica habitual y sirvieron de base para el diseño del modelo multinacional.

Partiendo de esa base, en mayo de 2017 se puso en marcha una fase de selección formal. Muchos países manifestaron su interés, y más de 12 países pasaron a participar en la fase inicial de viabilidad, entre ellos Alemania, Armenia, China, Colombia, Costa Rica, India, Italia, Japón, Kenia, el Líbano, Polonia, Sudáfrica y Tanzania. Durante este periodo, el OHO se puso en marcha en una amplia variedad de contextos del sistema sanitario, lo que dio lugar a uno de los primeros conjuntos de datos sobre salud bucodental estandarizados basados en la práctica clínica a nivel mundial.⁹

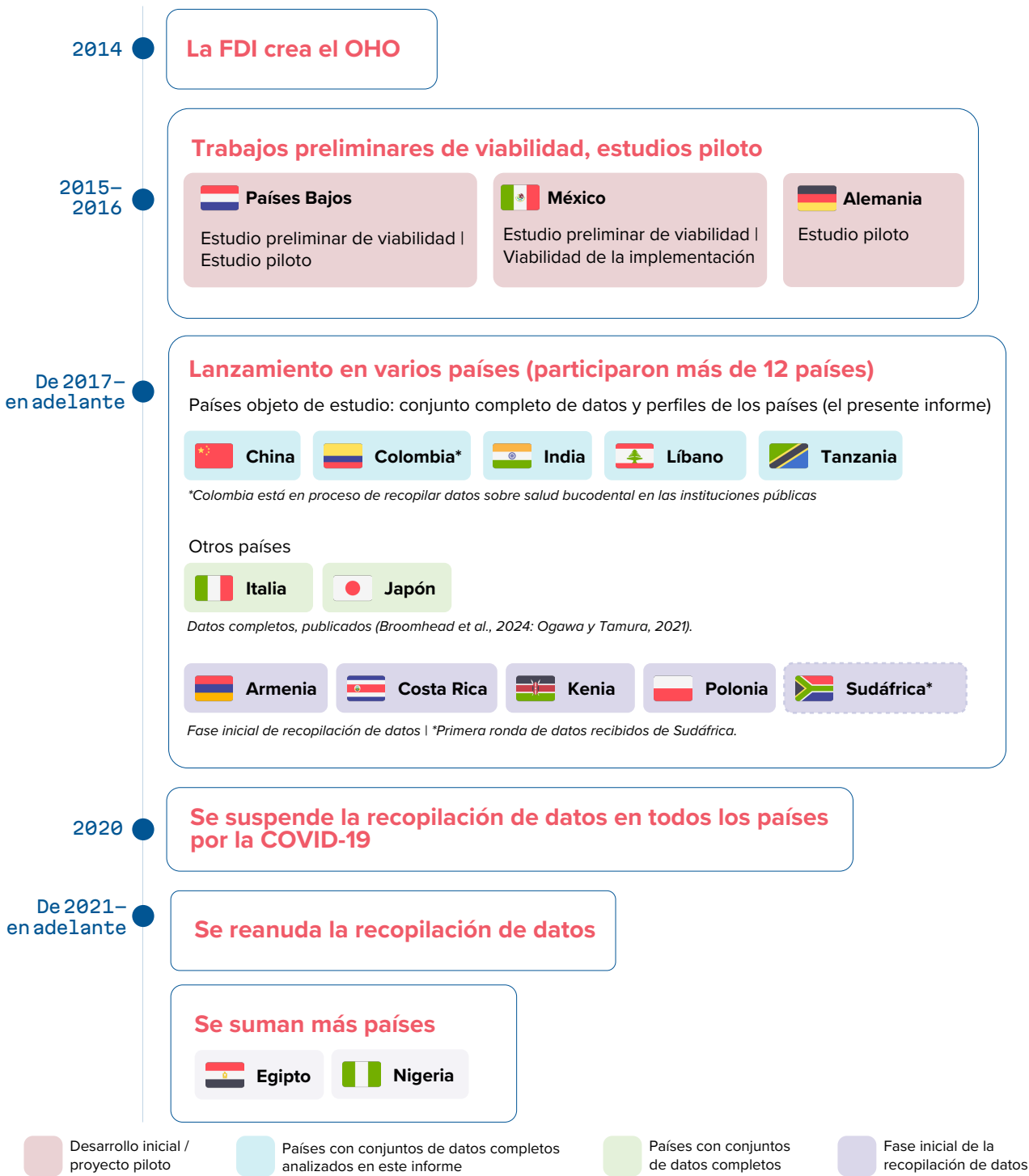
A mediados de 2020, seis países —China, Colombia, India, Italia, Japón y Líbano— habían alcanzado la fase más avanzada de implementación. Esta fase proporcionó el conjunto de datos fundamental en el que se basaron los primeros resultados analíticos del OHO, incluidos los estudios comparativos entre países y los análisis a nivel nacional. Japón logró finalizar la recopilación y el análisis de datos mediante un modelo dirigido por el propio país, cuya experiencia demuestra cómo los datos del OHO pueden generarse y aplicarse con éxito gracias a un liderazgo nacional sólido. Aunque Japón no figura entre los estudios de caso detallados que se presentan en este informe, su contribución constituye una parte importante de la base empírica global del programa.

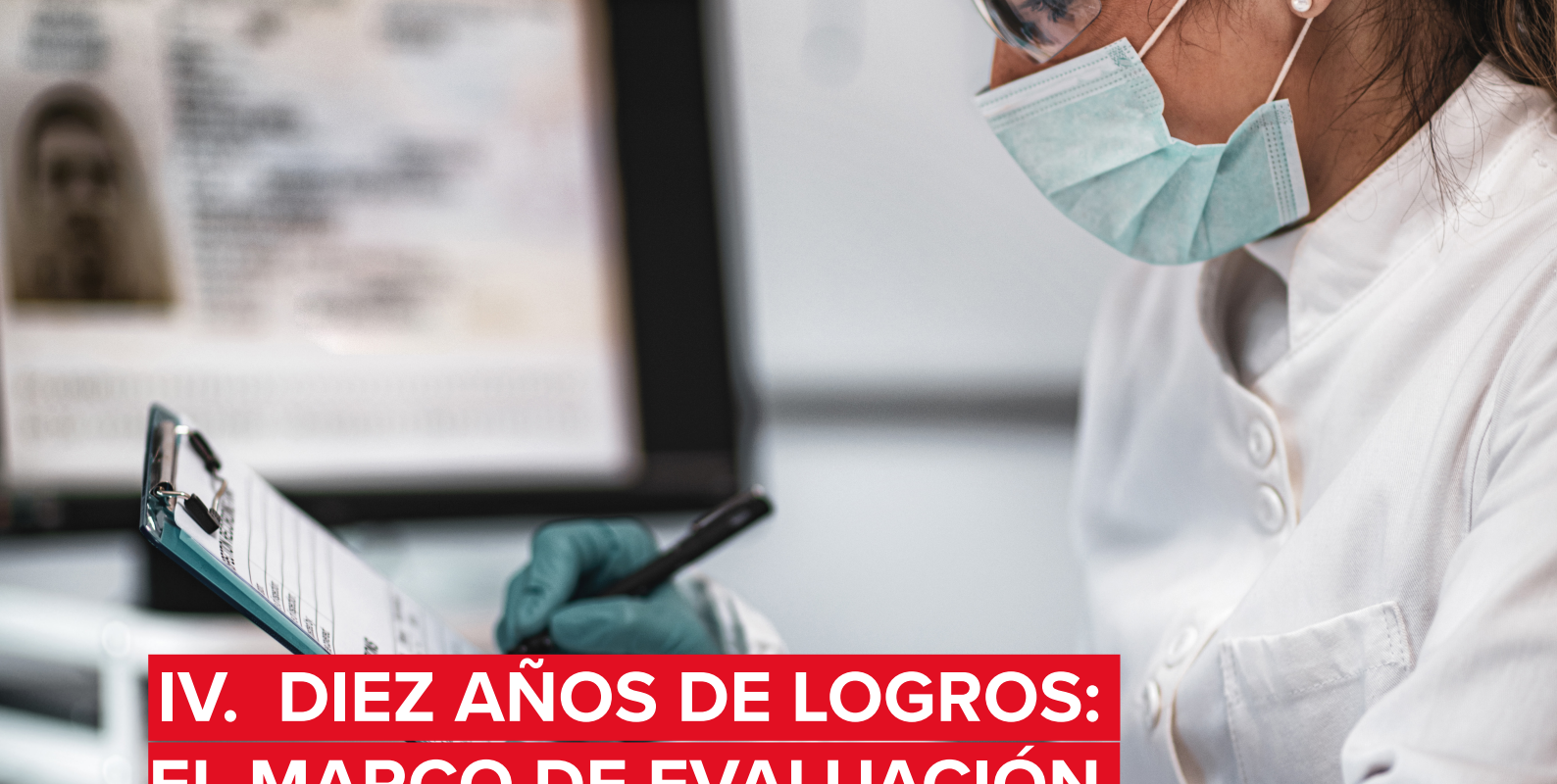
Sin embargo, la recopilación de datos en todos los países se interrumpió en 2020 debido a la pandemia de la COVID-19. En aquel momento, los países se encontraban en distintas fases de implementación: algunos habían completado total o parcialmente la recopilación de datos, otros no pudieron avanzar más allá de las primeras fases (como Armenia) y otros reanudaron o adaptaron sus actividades en momentos posteriores (como Kenia); finalmente, otros países han aportado conjuntos de datos parciales o se encuentran en el proceso de reincorporación y ampliación. Esta variedad refleja las diferencias en cuanto a la capacidad nacional, los recursos y los factores contextuales; además, constituye una característica inherente a un modelo de ejecución descentralizado y dirigido por las asociaciones dentales nacionales.

En conjunto, la lista actual de países refleja la amplitud del alcance global del OHO así como la diversidad de su implementación en distintos contextos. Esta variación no se considera una limitación del programa, sino una parte importante de su desarrollo, ya que sirve de base para evaluar el rendimiento del OHO en distintos niveles de madurez de los datos, desde proyectos piloto e interrumpidos hasta conjuntos de datos plenamente desarrollados capaces de respaldar análisis relevantes para las políticas.

La figura 3 resume el estado de la participación y el avance en la recopilación de datos en todos los países, incluida la fase de implementación y los hitos clave. En los siguientes apartados se recurre a esta lista de países para evaluar el impacto del OHO, con especial atención a los cinco países de ingresos bajos y medios en los que la implementación sostenida liderada por las asociaciones dentales nacionales y la implicación de la FDI permiten hacer un análisis sistémico detallado.

Figura 3: Resumen del progreso y la situación actual de los países participantes.





IV. DIEZ AÑOS DE LOGROS: EL MARCO DE EVALUACIÓN DEL IMPACTO

En esta sección se evalúa el conjunto de datos del OHO con arreglo a un marco de evaluación del impacto. El marco sintetiza los datos disponibles correspondientes a todo el período 2016-2026 en todos los países participantes y se estructura en torno a tres temas estratégicos elaborados a partir de las aportaciones de las partes interesadas (figura 4).

Figura 4: Temas de la evaluación del impacto.



TEMA 1

RELEVANCIA ESTRATÉGICA Y POSICIONAMIENTO GLOBAL



TEMA 2

**USO ACADÉMICO, APRENDIZAJE ENTRE PARES
E INFLUENCIA EN LAS POLÍTICAS**



TEMA 3

REPRESENTACIÓN GEOGRÁFICA Y DEMOGRÁFICA



TEMA 1. RELEVANCIA ESTRATÉGICA Y POSICIONAMIENTO GLOBAL

Al integrar las experiencias comunicadas por los pacientes con los indicadores clínicos, el OHO sirve de puente entre el seguimiento de la salud de la población y la atención centrada en el paciente. Su implementación a través de las asociaciones dentales nacionales refleja el enfoque basado en la colaboración de múltiples partes interesadas e impulsado por los países previsto en el Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental,² lo que posiciona al OHO tanto como un recurso internacional de salud pública como una plataforma para la acción nacional. Los ámbitos de recopilación de datos del OHO se ajustan a los objetivos estratégicos del Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental de la OMS (figura 5), cuya aplicación práctica se describe a continuación.

Figura 5: Correlación del OHO con los objetivos estratégicos del Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

Gobernanza en materia de salud bucodental

El OHO proporciona datos sobre la evaluación de las necesidades de la población para la elaboración de políticas basadas en datos empíricos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades

Las metodologías del OHO recogen directamente los factores de riesgo que el segundo objetivo del Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental de la OMS pretende mejorar.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

Personal sanitario

El OHO recopila información sobre el tipo de consultorio dental, los miembros del personal, las horas de atención al paciente y otros datos relacionados con el consultorio que podrían utilizarse para mejorar la planificación del personal.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

Atención de salud bucodental

Los datos del OHO reflejan directamente el estado clínico de la salud bucodental y las barreras de acceso asociadas.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

Sistemas de información sobre salud bucodental

El OHO gestiona directamente el acceso al sistema de información a través del modelo de cuestionario en línea y de la aplicación móvil del OHO.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

Agendas de investigación en salud bucodental

Las publicaciones sometidas a revisión por pares y editadas por el OHO contribuyen a satisfacer la necesidad de actualizar las agendas de investigación en materia de salud pública.



Gobernanza en materia de salud bucodental (objetivo estratégico 1): el OHO contribuye a la gobernanza mediante la generación de datos sobre el acceso a la atención sanitaria y las necesidades no cubiertas, lo que permite a los responsables políticos evaluar las necesidades de la población entre las personas que acuden a recibir servicios dentales, identificar las carencias en la prestación de servicios y fundamentar la planificación y la asignación de recursos en base a datos empíricos.

Promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades (objetivo estratégico 2): el OHO contribuye a las estrategias preventivas al registrar sistemáticamente los factores de riesgo conductuales, como las prácticas de higiene bucodental y los hábitos alimenticios, permitiendo así identificar los riesgos modificables y servir de base para el diseño de intervenciones de salud pública específicas.

Personal sanitario (objetivo estratégico 3): el OHO ofrece información sobre el personal odontológico a través de datos recopilados en el consultorio, como el contexto de prestación de servicios, lo que contribuye a las iniciativas de planificación, distribución y desarrollo de capacidades del personal.

Atención de salud bucodental (objetivo estratégico 4): el OHO mejora la prestación de la atención sanitaria al recopilar datos estandarizados sobre los resultados de salud bucodental, tanto clínicos como comunicados por los propios pacientes, lo que permite evaluar la carga de morbilidad y su impacto en los pacientes, las necesidades de tratamiento y las diferencias en la atención bucodental entre las distintas poblaciones.

Sistemas de información sobre salud bucodental (objetivo estratégico 5): el OHO pone esto en práctica directamente al contribuir al desarrollo de un sistema de información sobre salud bucodental que implementa una plataforma digital estandarizada de recopilación de datos, la cual permite generar datos coherentes, escalables y comparables en la atención dental primaria en distintos países.

Agendas de investigación en salud bucodental (objetivo estratégico 6): el OHO facilita la investigación al proporcionar un conjunto de datos armonizado y basado en la población que permite realizar análisis comparativos entre países y explorar las relaciones entre variables sociodemográficas, conductuales y clínicas, así como los resultados de salud bucodental comunicados por los pacientes.

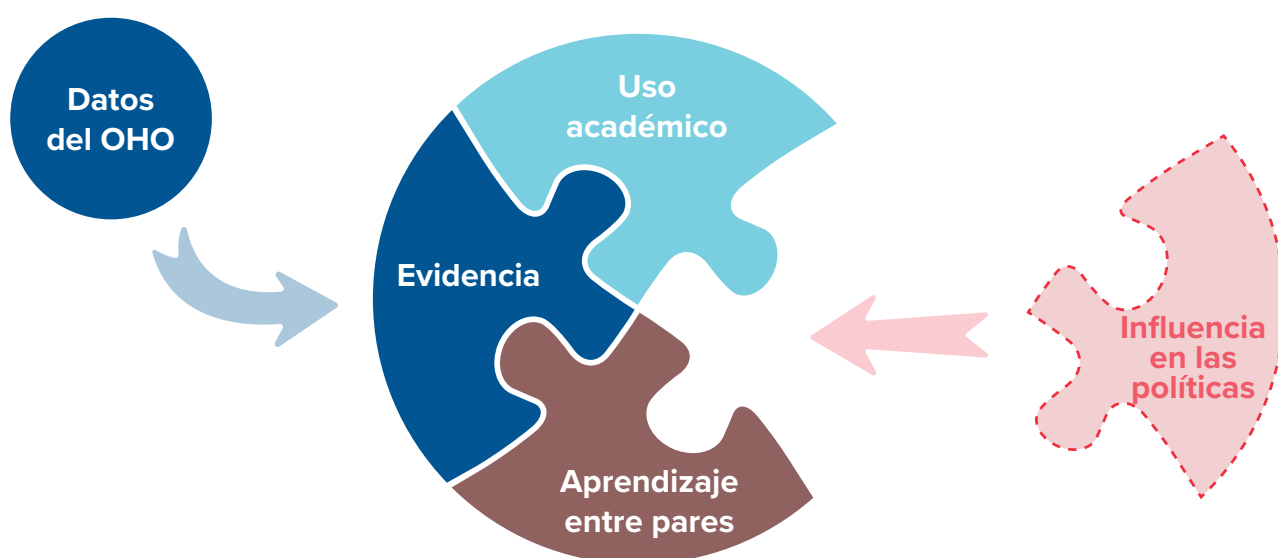
Como ejemplo relevante, el estudio de Broomhead et al. realizado en seis países¹¹ demostró la capacidad única del OHO para realizar comparaciones transnacionales mediante el uso de datos estandarizados, una capacidad que no ofrece ninguna otra plataforma de datos sobre salud bucodental impulsada por la sociedad civil. Además, la implementación del OHO a través de las asociaciones dentales nacionales refleja el modelo de ejecución previsto en el Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental, lo que lo convierte en un ejemplo práctico y ampliable de la participación de la sociedad civil en la vigilancia mundial de la salud bucodental.



TEMA 2. USO ACADÉMICO, APRENDIZAJE ENTRE PARES E INFLUENCIA EN LAS POLÍTICAS

A lo largo de sus diez años de historia, el OHO ha pasado de ser una iniciativa de recopilación de datos a convertirse en una plataforma que apoya activamente la investigación, la elaboración de políticas y la promoción de la salud bucodental. En todos los países participantes, su valor radica no solo en la generación de datos estandarizados, sino también en facilitar su uso práctico por parte de las asociaciones dentales nacionales para fundamentar la toma de decisiones y favorecer la acción a nivel nacional. En esta sección se describe la contribución del OHO en tres ámbitos: el uso académico, el aprendizaje entre pares y la influencia en las políticas, tal y como se ilustra en la figura 6. El OHO ha alcanzado un grado considerable de madurez en los dos primeros ámbitos (uso académico y aprendizaje entre pares), y aún tiene potencial para consolidar aún más su influencia en las políticas, tal y como se analiza en esta sección.

Figura 6: Marco de aportación de pruebas del OHO.



1. Uso académico y científico

Desde 2018, el OHO ha generado nueve publicaciones revisadas por pares en dos líneas de trabajo complementarias. La primera línea es la de los estudios fundacionales que validaron la metodología de la aplicación móvil¹² y establecieron el OHO como un modelo de datos viable a nivel multinacional.⁹ La segunda consiste en análisis transnacionales aplicados que se basan en el conjunto de datos armonizado. Esto incluye publicaciones sobre la salud general declarada por los propios pacientes¹¹ y la salud gingival declarada por los propios pacientes¹³ en seis países. La mayoría de las publicaciones desde 2023 han sido impulsadas por las asociaciones dentales nacionales o los propios países, y no por la FDI, situación que refleja la evolución del programa hacia una plataforma de investigación asumida a nivel local. En la tabla 3 se ofrecen detalles sobre estas publicaciones, junto con sus respectivas referencias.

Tabla 3: Lista de publicaciones relacionadas con el OHO.

Núm.	Título	Autores	Año	Cómo se utilizaron los datos del OHO
1	<i>Collecting standardised oral health data via mobile application: A proof-of-concept study in the Netherlands</i> [Recopilación de datos bucodentales estandarizados a través de la aplicación móvil: estudio preliminar de viabilidad en los Países Bajos]	den Boer JCL, van Dijk W, Horn V, Hescot P, Bruers JJM. ¹²	2018	Estudio preliminar de viabilidad realizado en los Países Bajos para evaluar la metodología de la aplicación móvil del OHO destinada a la recopilación de datos estandarizados sobre salud bucodental. La primera validación publicada del instrumento del OHO antes de su implantación en varios países.
2	<i>Developing a Standard Set of Patient-centred Outcomes for Adult Oral Health – An International, Cross-disciplinary Consensus</i> [Elaboración de un conjunto estándar de resultados centrados en el paciente para la salud bucodental de los adultos: un consenso internacional e interdisciplinar]	Ni Riordain R, Glick M, Al Mashhadani SSA, Aravamudan K, Barrow J, Cole D, et al. ¹⁰	2021	Sirvieron para desarrollar el Conjunto de estándares de salud bucodental en adultos de la FDI-ICHOM, un marco de medidas de resultados comunicados tanto por los pacientes como por los profesionales sanitarios que se adapta perfectamente a la recopilación de datos del OHO. Este conjunto de estándares se elaboró mediante un proceso de consenso en el que participaron unos 30 expertos internacionales de los cinco continentes.
3	<i>Japanese version of the Oral Health Observatory Project using a mobile application</i> [Versión japonesa del Proyecto del Observatorio de Salud Bucodental mediante una aplicación móvil]	Tamura K, Ogawa H. ¹⁴	2021	Estudio transversal basado en datos primarios de OHO en Japón (2018-2019). Se analizaron las asociaciones entre los hábitos de estilo de vida comunicados por los pacientes (frecuencia de cepillado, tabaquismo, consumo de alcohol y alimentación) y los resultados bucodentales evaluados por los profesionales sanitarios (estado periodontal, caries y pérdida de dientes). Asimismo, se examinaron el estado de salud bucodental comunicado por los pacientes y sus patrones de asistencia al dentista.
4	<i>Standardised Practice-Based Oral Health Data Collection: A Pilot Study in Different Countries</i> [Recopilación estandarizada de datos sobre salud bucodental basados en la práctica: estudio piloto en distintos países]	Taylor S, Baker SR, Broomhead T, England R, Mason S, Sereny M, Tsakos G, Williams DM. ⁹	2023	Se informó sobre la viabilidad del OHO en 12 países y se evaluó la calidad de los datos de 6 países (China, Colombia, India, Italia, Japón y Líbano). Se estableció el OHO como un modelo viable para la recopilación internacional y estandarizada de datos en la práctica odontológica.
5	<i>Using Standardised International Oral Health-Related Datasets in 6 Countries</i> [Uso de conjuntos de datos internacionales estandarizados sobre salud bucodental en seis países]	Broomhead T, England R, Mason S, Sereny M, Taylor S, Tsakos G, Williams D, Baker SR. ¹¹	2024	Primer análisis comparativo transnacional realizado a partir de conjuntos de datos armonizados del OHO en seis países (China, Colombia, India, Italia, Japón y Líbano). Se examinaron las asociaciones entre la salud general comunicada por los propios encuestados y las características sociodemográficas, los hábitos de salud bucodental, las repercusiones bucodentales y las variables clínicas. Se demostró la capacidad única del OHO para realizar comparaciones internacionales estandarizadas.
6	<i>Assessment of Oral Health Status, Care Seeking Behaviours, and Oral Health-Related Quality of Life among Indian Adults Using the World Dental Federation's Digital Application</i> [Evaluación del estado de salud bucodental, los hábitos de búsqueda de atención sanitaria y la calidad de vida relacionada con la salud bucodental entre adultos indios mediante la aplicación digital de la Federación Dental Internacional]	Balraj L, Oswal K, Reddy R, Kunjan P, Chandu V, Mathur M. ¹⁵	2024	Encuesta transversal basada en datos del OHO (2018-2020). Se analizaron el estado de salud bucodental, los hábitos de búsqueda de atención sanitaria y el estado de salud bucodental declarado por los pacientes. Se trata de un conjunto de datos independiente del conjunto de datos principal de la Federación Dental de la India y la FDI sobre salud bucodental, aunque se solapa con este.
7	<i>Patient- and Clinician-Reported Oral Health Data in Primary Dental Care Practices in Lebanon</i> [Datos sobre la salud bucodental comunicados por pacientes y profesionales sanitarios en los consultorios de atención dental primaria del Líbano]	Daou D, Choufani A, Mashmouchi M, Doumit M. ¹⁶	2025	Primera publicación revisada por pares del conjunto de datos del OHO en el Líbano (2019-2020). Se recopilaban datos sobre la salud bucodental, tanto proporcionados por los pacientes como por los profesionales sanitarios, procedentes de centros de atención dental primaria. Se utilizó un modelo de ecuaciones estructurales para identificar las relaciones entre los factores demográficos, los comportamientos y los resultados en materia de salud bucodental.

Núm.	Título	Autores	Año	Cómo se utilizaron los datos del OHO
8	<i>India's oral health outlook: challenges, economic impact and need for preventative strategies</i> [Perspectivas sobre la salud bucodental en la India: desafíos, repercusiones económicas y la necesidad de estrategias preventivas]	Narang P, Dhoble A, Mathur M, Rana S, Mason S, Ali A. ¹⁷	2025	Análisis de métodos mixtos que integra datos primarios de OHO India (2016-2020) con una revisión sistemática de la bibliografía secundaria. Se examinaron la carga económica, los comportamientos a la hora de buscar tratamiento y las intervenciones a nivel normativo necesarias para la India. Elaborado conjuntamente por la Asociación Dental India (IDA) y los participantes en el taller, entre los que se incluyen el Ministerio de Sanidad y Bienestar Familiar, la OMS en la India y el Consejo Odontológico de la India.
9	<i>Exploring Patient-Reported Gingival Health in Adults Using Standardised International FDI Oral Health Observatory Data</i> [Estudio de la salud gingival en adultos comunicada por los pacientes, a partir de datos estandarizados internacionales del Observatorio de Salud Bucodental de la FDI]	Broomhead T, Kettle J, Mason S, Baker S. ¹³	2023	Se investigó la salud gingival percibida por los pacientes adultos utilizando datos del OHO procedentes de seis países (China, Colombia, India, Italia, Japón y Líbano). Se examinaron las asociaciones entre la salud gingival percibida por los propios pacientes, las características sociodemográficas, el bienestar y los efectos en la salud bucodental. Se amplió el alcance analítico del OHO para incluir los resultados periodontales comunicados por los pacientes.

Además de los estudios publicados mencionados en esta tabla, actualmente se están elaborando varios análisis liderados por las asociaciones dentales nacionales, entre otros:

1. Dos estudios realizados en Colombia (“Comparación de los hábitos y el estado de salud bucodental en Colombia: datos del ENSAB IV [cuarto estudio nacional representativo sobre salud bucodental de Colombia] y de la encuesta del OHO”; “Factores asociados a la percepción de la salud bucodental en Colombia: análisis mediante modelos logísticos ordinales”) que examinan las comparaciones entre la sanidad bucodental pública y privada, así como los modelos predictivos de la percepción de la salud bucodental.^{18,19}
2. Un análisis, dirigido por la Asociación Dental de Tanzania sobre los factores sociodemográficos asociados al impacto en la salud bucodental, que constituirá el primer análisis publicado de los datos del OHO procedentes del África subsahariana.²⁰
3. Otros trabajos (redactados en chino) basados en los datos del OHO recopilados en China (“Situación de la caries dental y factores asociados entre los pacientes adultos que acuden a clínicas dentales en China: resultados del Observatorio de Salud Bucodental de la FDI”; “Prevalencia y factores asociados a la enfermedad periodontal en China: resultados del Observatorio de Salud Bucodental”).²¹

Se espera que estas próximas publicaciones amplíen la profundidad analítica de la base empírica del OHO, sobre todo en lo referente a los análisis comparativos a nivel nacional y a la investigación aplicada liderada por los países.

2. Aprendizaje entre pares

El OHO ha reforzado la capacidad de incidencia y promoción de las asociaciones dentales nacionales al ofrecer una base empírica sólida y específica para cada país con el objetivo de respaldar la colaboración con los responsables políticos. Al relacionar los datos conductuales, clínicos, los facilitados por los pacientes y los relacionados con el acceso a la atención bucodental posible llevar a cabo una labor de incidencia más específica y adaptada al contexto. Los resultados del OHO se han utilizado en distintos países para respaldar debates sobre políticas relacionadas con las prioridades clave en materia de salud pública (tabla 4). Contar con datos comparables entre países refuerza aún más estas iniciativas, lo que permite difundir mensajes comunes de sensibilización y fortalecer la participación tanto a nivel nacional como internacional.¹⁶

Tabla 4: Actividades de aprendizaje entre pares llevadas a cabo con datos del OHO.

País	Último uso comunicado de los datos del OHO
China	Los resultados se han comparado con los datos de encuestas nacionales sobre salud bucodental, y el OHO ha aportado datos empíricos complementarios basados en la práctica clínica para subsanar aquellas carencias en las que los datos de la encuesta nacional no logran ofrecer una visión completa de la salud bucodental. ²²
Colombia	La Federación Odontológica Colombiana ha propuesto la creación de un observatorio nacional permanente de salud bucodental que combine los datos del OHO con los registros administrativos y las estadísticas nacionales, y ha vinculado las conclusiones del OHO con acciones para promover la tributación a las bebidas azucaradas, el tabaco y el alcohol. ^{18,19} Asimismo, Colombia ha ampliado la recopilación de datos del OHO a las instituciones públicas, ampliando así la cobertura a una población con una situación socioeconómica distinta y permitiendo la primera comparación directa entre los entornos de atención dental privada y pública en el marco del programa.
India	Los datos del OHO se utilizaron como evidencia para acciones nacionales de incidencia relacionadas con el consumo de tabaco y azúcar, lo que contribuyó a la Declaración de Bombay sobre las bebidas azucaradas y la alimentación saludable, así como a la puesta en marcha de campañas institucionales mensuales con el lema “Menos azúcar”. Las conclusiones se presentaron ante el Ministerio de Sanidad y Bienestar Familiar, lo que ha permitido reforzar las colaboraciones entre el sector público y el privado y mejorar los conocimientos sobre salud bucodental en todo el país. ^{22,23}
Kenia	Se está llevando a cabo una recopilación activa de datos mediante la última versión de la aplicación. Kenia participó en el grupo de trabajo del Congreso Dental Mundial de la FDI de 2025 sobre los retos asociados con la recopilación de datos. ²²
Líbano	Los resultados del OHO se recopilaron en un informe aprobado por el Consejo de la FDI, que se utilizó para facilitar un taller nacional de la asociación dental nacional y que contribuyó directamente a la elaboración de la primera estrategia nacional de salud bucodental del Líbano (septiembre de 2024), estructurada en torno a cinco objetivos alineados con el Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental de la OMS. El quinto objetivo de la estrategia hace referencia explícita a la metodología digital del OHO como modelo para los sistemas de información nacionales. Además, la Asociación Dental Libanesa ha propuesto la creación de una oficina dental oficial dependiente del Ministerio de Sanidad Pública con el fin de reforzar la coordinación entre la asociación dental nacional y el Gobierno. ^{16,22,24}
Sudáfrica	Participó en el taller del Congreso Dental Mundial de la FDI de 2025, y está previsto que la recopilación de datos se reanude en 2026 tras haber sido interrumpida por la COVID-19. ²²
Tanzania	Los datos del OHO se han presentado en foros legislativos y políticos, entre los que se incluyen los debates en torno a la Ley de Seguro Sanitario Universal (2023) y la elaboración del Plan Estratégico Nacional de Salud Bucodental (2026-2031). La asociación dental nacional de Tanzania ha citado las conclusiones del OHO en conversaciones de incidencia ²⁰ en torno a los impuestos sobre las bebidas azucaradas y a la ampliación de la cobertura dental en el marco del seguro sanitario universal, y ha propuesto estudiar la armonización de los indicadores clínicos del OHO con el sistema nacional DHIS2 para el seguimiento en tiempo real.

3. Influencia en las políticas y estrategias nacionales

En todos los países participantes, el OHO está empezando a demostrar cómo los datos basados en la práctica pueden respaldar el desarrollo de políticas, las labores de incidencia y promoción y la toma de decisiones a nivel sistémico. Si bien esta función aún no está plenamente consolidada, los ejemplos que surgen demuestran que es posible influir en las políticas y que ya está sucediendo, tal como lo ilustran los casos del Líbano y la India.

Esta capacidad de influir en las políticas se sustenta en las características específicas del conjunto de datos del OHO. Su metodología estandarizada permite realizar comparaciones entre países, lo que refuerza la credibilidad de los resultados nacionales en el marco de políticas de alcance mundial. Al mismo tiempo, la integración de indicadores clínicos, factores de riesgo conductuales y resultados de salud bucodental comunicados por los propios pacientes en un único conjunto de datos emparejados permite comprender de forma más completa los sistemas de salud bucodental, al relacionar la carga de morbilidad con sus factores subyacentes y la experiencia vivida por los pacientes. Resulta especialmente relevante para la formulación de políticas el hecho de que el OHO recoja los impactos psicosociales y funcionales, entre los que se incluyen el dolor, las dificultades para realizar las actividades cotidianas y los resultados de salud bucodental comunicados por los pacientes, en línea con el Conjunto de estándares de salud bucodental en adultos de la FDI-ICHOM. Estas dimensiones van más allá del recuento clínico de la prevalencia de las enfermedades, y permiten cuantificar cómo las afecciones bucodentales afectan a la vida cotidiana, ya que traducen los datos epidemiológicos al lenguaje de la carga social, al que responden los ministerios de Sanidad y los responsables de la formulación de políticas. De esta manera, la evidencia pasa a ser intrínsecamente relevante desde el punto de vista de las políticas, ya que no solo contribuyen a identificar los problemas, sino que también constituyen un argumento convincente a favor de la inversión en medidas preventivas y de transformación del sistema.

Además, el modelo de recopilación de datos periódico y escalable del OHO permite obtener información oportuna, que puede alinearse con los ciclos de las políticas nacionales y las oportunidades para la incidencia y promoción. Esto distingue al OHO de los sistemas tradicionales basados en encuestas —que suelen ser poco frecuentes— y de los datos administrativos rutinarios, que no cuentan con las dimensiones conductuales ni centradas en el paciente. Por lo tanto, el OHO complementa las fuentes de datos existentes al proporcionar evidencias útiles y específicas para cada contexto que pueden utilizarse directamente en la formulación de políticas (figura 7).

Figura 7: Complementariedad del OHO con otros sistemas de recopilación de datos.

	ENCUESTAS NACIONALES	DATOS RUTINARIOS	OHO
 FRECUENCIA	Periódica, ciclos de entre 5 y 10 años	Recogidos de forma continua	Periódica y escalable por los ciclos más cortos comparables entre países
 ESTANDARIZACIÓN	Por lo general, no existe debido a la variabilidad entre países	Muy limitada por las prácticas específicas de cada país	El marco del Conjunto de estándares de salud bucodental en adultos permite hacer una comparación directa entre países
 RESULTADOS COMUNICADOS POR LOS PACIENTES	Prácticamente inexistentes o limitados	Prácticamente inexistentes o limitados	Un componente fundamental que incorpora las perspectivas de los pacientes junto con los datos clínicos
 RELACIÓN ENTRE ASPECTOS CLÍNICOS Y CONDUCTUALES	Por lo general, no hay vinculación	Poco común	Conjunto integrado de datos emparejados que ofrece la posibilidad de realizar análisis a nivel individual

La experiencia en distintos países demuestra que los datos no garantizan por sí solos que influyan en las políticas; de hecho, lo que ha permitido al OHO influir en las políticas es la existencia de una vía clara para traducir los datos en impacto, lo que suele incluir:

- 1. La elaboración de documentos orientados a las políticas, tales como informes nacionales y análisis específicos.**
- 2. Una colaboración estructurada entre las asociaciones dentales nacionales y los ministerios de Sanidad, que incluya talleres y procesos de asesoramiento.**
- 3. La alineación de los resultados del OHO con las prioridades nacionales y los marcos globales, como el Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental de la OMS.**

Cuando estos elementos han estado presentes, como en el Líbano y la India, el OHO ha contribuido directamente a los procesos de formulación de políticas; cuando no han existido, la función del Observatorio se ha limitado principalmente a documentar la situación y a aportar algunos elementos analíticos.

En otros ámbitos, se observan los primeros indicios de esta transición, entre los que se incluyen el uso de datos del OHO en debates legislativos, la defensa de políticas fiscales y de prevención, y las propuestas para su integración en los sistemas nacionales de información sanitaria. Estos avances indican que el OHO no solo está generando datos empíricos, sino que también está empezando a hacer de puente entre los datos y la toma de decisiones.

En general, el OHO aborda una brecha fundamental en el panorama de las políticas de salud bucodental al dar respuesta no solo a la falta de datos, sino también a la falta de pruebas integradas y preparadas para utilizarlas en políticas. En resumen, reforzar la capacidad del programa para plasmar esos datos en medidas políticas supone una oportunidad clave para su siguiente fase.



TEMA 3. REPRESENTACIÓN GEOGRÁFICA Y DEMOGRÁFICA

El OHO ha logrado un amplio alcance geográfico durante su primera década de existencia, con una participación que abarca las seis regiones de la OMS y que incluye una combinación diversa de contextos de países con ingresos altos, medios-altos y medios-bajos. El grado de cobertura varía entre países —solo hay un país representado en Asia Sudoriental (SEARO, la India), uno en la región del Mediterráneo Occidental (EMRO, el Líbano) y uno en la región de las Américas (AMRO, Colombia)—, ^{8,22,23} por lo que abordar estas brechas será importante para que el OHO pueda funcionar como una plataforma de vigilancia internacional que refleje la distribución completa de la carga mundial de enfermedades bucodentales. Además, como los datos del OHO se recopilan en los consultorios dentales, reflejan a la población que acude a recibir tratamiento y no a la población general, por lo que es probable los grupos con menor acceso a la atención sanitaria estén infrarrepresentados.

Asimismo, esa dependencia de los consultorios dentales de miembros de las asociaciones dentales nacionales podría sesgar las muestras hacia grupos urbanos con mayores ingresos y un mayor nivel educativo, en función de la estructura del personal dental a nivel nacional. En muchos países, el reducido tamaño de las muestras a nivel subnacional limita los análisis regionales o de equidad, mientras que la falta de variables económicas en el marco actual del Conjunto de estándares de salud bucodental en adultos restringe la evaluación de las barreras financieras y las desigualdades relacionadas con los costes de la atención.

Estas limitaciones, más que su valor, definen el alcance actual del OHO. El conjunto de datos ofrece una visión detallada de las personas que acceden a la atención dental, una perspectiva que a menudo no se recoge en los sistemas nacionales de vigilancia. No obstante, es importante complementar los datos mediante una mayor inclusión de los colectivos que no tienen acceso a los servicios dentales habituales, con el fin de alinearse plenamente con los objetivos de igualdad internacionales.

De cara al futuro, para reforzar la representación demográfica será necesario ampliar el modelo del Observatorio de Salud Bucodental, lo que podría incluir analizar la recopilación de datos en entornos comunitarios y de atención primaria, así como desarrollar estrategias para llegar a las personas que no acuden a las consultas y ampliar la participación en regiones con escasa representación. Estas prioridades están estrechamente alineadas con el énfasis que pone el Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental de la OMS en la equidad y en el principio de no dejar a nadie atrás² y representan un ámbito fundamental para el desarrollo en la próxima fase del OHO. En la tabla 5 se resume la representación geográfica y demográfica en el conjunto de datos del OHO.

Tabla 5: Representación geográfica y demográfica.

Dimensión	Estado	Resumen
Cobertura geográfica internacional	SIGNIFICATIVO	La cobertura abarca todas las regiones de la OMS, lo que demuestra un alcance verdaderamente mundial. Sin embargo, la participación sigue siendo desigual dentro de las regiones, con brechas en el Sudeste Asiático, Sudamérica y algunas zonas del África subsahariana.
Equidad en la representación de los países	SIGNIFICATIVO	La elevada participación de los países de ingresos bajos-medios y de los países de ingresos medios-altos va en consonancia con la distribución internacional de la carga de morbilidad bucodental. La representación de los países con ingresos altos es más limitada (Italia, Japón), lo cual respalda una base empírica orientada a la igualdad.
Representatividad de la población	CON RESTRICCIONES	El muestreo basado en la práctica recoge únicamente a las poblaciones que solicitan tratamiento. Las personas que no acuden a recibir atención, la población rural y los grupos con menores ingresos están infrarrepresentados, lo que limita la posibilidad de generalizar los resultados al conjunto de la población.
Profundidad subnacional y demográfica	LIMITADO	El tamaño de las muestras a nivel subnacional es relativamente reducido, lo que limita el análisis regional. La ausencia de variables económicas limita la evaluación de las barreras financieras y la equidad.
Trayectoria de expansión	EN CURSO	Los países en proceso de implementación (por ejemplo, Egipto, Nigeria y Sudáfrica) apuntan a una expansión geográfica continuada del OHO, sobre todo en regiones infrarrepresentadas.
Integración futura de sistemas	EMERGENTE	Se ha reconocido el potencial del OHO para llevar a cabo vigilancia nacional en tiempo real ⁸ y se ha propuesto su integración en sistemas como el DHIS2 de Tanzania. ²⁰



V. ASPECTOS DESTACADOS Y ESTUDIOS DE CASO DE CADA PAÍS

Los perfiles de los países que figuran a continuación permiten aplicar la base empírica del OHO en los distintos contextos nacionales. En ese sentido, los perfiles muestran cómo un mismo instrumento estandarizado ofrece perspectivas nacionales distintas, y cómo cada asociación dental nacional ha recurrido a esa perspectiva para defender la necesidad de cambios en su propio país.

Cinco son los países que se analizan en profundidad: China, Colombia, India, Líbano y Tanzania.²⁵⁻²⁹ En conjunto, abarcan cinco regiones de la OMS, una amplia variedad de niveles de ingresos y diferentes etapas de madurez de los datos.

Cada perfil se basa en el conjunto de datos emparejados de pacientes y dentistas para resumir lo que revelan los datos sobre la salud bucodental de la población que acude en busca de tratamiento en cada país. Los resultados describen a los pacientes que acudieron a las clínicas dentales participantes durante el periodo de estudio: sus características, comportamientos, estado clínico y repercusiones en la salud bucodental; no se trata de estimaciones de prevalencia a nivel nacional, sino de una descripción de la población que accede a la atención sanitaria, y no de aquella que no lo hace. En su conjunto, los perfiles también destacan en qué aspectos los datos basados en la práctica complementan, difieren de o subsanan las lagunas de las encuestas nacionales.

Los perfiles siguen la misma estructura de ocho secciones (tabla 6), que está diseñada para garantizar la coherencia entre países y ofrecer información comprensible a partir de una amplia variedad de categorías de datos. Cada perfil concluye con una síntesis con visión de futuro de las prioridades para la siguiente fase del trabajo.

Tabla 6: Estructura del perfil del país.

Sección		Contenido que cubre
01	Contexto del país y perfil de la muestra	El panorama nacional de la salud bucodental, las características relevantes del sistema sanitario y las principales características de las muestras.
02	Indicadores de acceso	La cobertura del seguro, el tiempo que pasa hasta la cita, la última visita al dentista, el motivo de la visita y las razones para buscar atención: una visión general de cómo y por qué los pacientes acuden al sistema.
03	Carga de morbilidad	Datos clínicos extraídos del cuestionario para dentistas que tienen que ver con la caries, los dientes obturados y los ausentes, el estado periodontal y la relación de necesidades de tratamiento no cubiertas.
04	Resultados de salud bucodental comunicados por los pacientes	Impacto de la salud bucodental en la vida cotidiana, según lo comunicado por los pacientes, en cuanto a dolor, molestias, alimentación y habla, sueño, interacción social y trabajo.
05	Comportamientos y factores de riesgo	Hábitos de higiene bucodental, uso de flúor, tabaquismo, consumo de alcohol y de azúcar en la alimentación.
06	Conclusiones principales	Un resumen de las conclusiones más importantes extraídas de los datos, adaptada para su uso en actividades de promoción y en la formulación de políticas.
07	Recopilación de datos y experiencia de la asociación dental nacional	La perspectiva de la asociación dental nacional sobre el valor del programa, las dificultades de implementación durante la recopilación de datos y las recomendaciones para futuras rondas.
08	¿Qué nos revelan los datos?	Una síntesis con visión de futuro que incluye las prioridades para la siguiente fase de trabajo, dirigida a las asociaciones dentales nacionales, los responsables de la elaboración de políticas y otros socios.



01 CONTEXTO DEL PAÍS Y PERFIL DE LA MUESTRA

El perfil de la salud bucodental en China muestra una mejora en las prácticas de higiene, si bien la carga de las enfermedades periodontales sigue siendo elevada. La Cuarta Encuesta Nacional de Salud Bucodental en China reveló una prevalencia de la caries del 62,7% entre los adultos de 35 a 44 años, y unas tasas de enfermedad periodontal superiores al 80% en los adultos mayores de 35 años. La muestra del OHO (n = 2233) es más joven (el 53,1% tiene entre 18 y 34 años) y cuenta con un nivel educativo más alto (el 56% tiene estudios universitarios de grado o superiores) que la población general, lo que aporta datos complementarios basados en la práctica, junto con los datos de las encuestas nacionales.

02 INDICADORES DE ACCESO

88,6%

Sin seguro dental

20,0%

Recibe atención de urgencia

6,8%

Nunca ha ido al dentista

53,2%

Última visita hace menos de un año

35,6%

Consulta de revisión

Cuando los pacientes acuden a recibir asistencia, el sistema responde con relativa rapidez: el 49% consiguió una cita en un plazo de 24 horas. Sin embargo, el 88,6% de los pacientes carecía de seguro dental, y uno de cada cinco acudió para recibir tratamiento de urgencia. El panorama general es coherente con un sistema en el que la protección financiera limitada reduce la asistencia preventiva, es decir, los pacientes tienden a acudir al médico en respuesta a una necesidad aguda, más que para el seguimiento rutinario.

03 CARGA DE MORBILIDAD

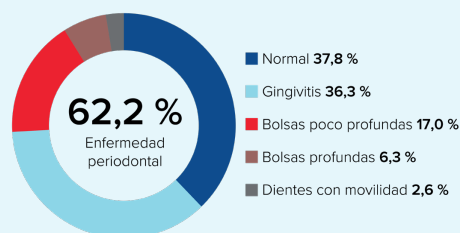
CRIES, TRATAMIENTO Y PÉRDIDA DENTAL (ADULTOS)

Media de dientes ausentes	3,5
Media de dientes con caries	2,4
Media de dientes obturados	2,0

Índice de brecha en el tratamiento 1,2: 1
Por cada diente obturado, quedan 1,2 dientes con caries sin tratar.

El 72,6% de los pacientes presentaba al menos un diente con caries (1537 de 2116), con una media de 2,4 dientes con caries por paciente. Media de dientes obturados: 2,0. Cabe destacar que el 70,1% de las personas tenía al menos una obturación, lo que indica que una mayoría considerable ha tenido algún tipo de acceso previo a tratamientos de restauración dental.

ESTADO PERIODONTAL (ADULTOS)



El 62,2% de los pacientes presentaba algún tipo de enfermedad periodontal, lo que incluía gingivitis (36,3%), bolsas periodontales poco profundas de 4 a 5 mm (17,0%), bolsas profundas de más de 6 mm (6,3%) y dientes con movilidad (2,6%). El 37,8% presentaba un estado periodontal normal.

04 RESULTADOS DE SALUD BUCODENTAL COMUNICADOS POR LOS PACIENTES

44,3%

Malestar bucodental

35,5%

Dolor bucodental

29,0%

El aspecto de la boca les afectó en entrevistas de trabajo

18,8%

Adultos en activo que faltaron al trabajo (media de 4,3 días)

La puntuación media del impacto en la calidad de vida fue de 6,04 sobre 45 (mediana: 4; rango: 0-43). El malestar bucodental fue el aspecto más mencionado, seguido del dolor bucodental. Entre los impactos funcionales figuraban la dificultad para comer (26,2%) y los días de trabajo perdidos (el 18,8% de los pacientes que trabajaban, con una media de 4,3 días de trabajo perdidos entre los afectados).

05 COMPORTAMIENTOS Y FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE PROTECCIÓN

82%

Usa dentífrico fluorado

79%

Se cepilla los dientes al menos dos veces al día

38%

Nunca bebe alcohol

EXPOSICIONES A RIESGOS

27%

Cualquier tipo de consumo de tabaco

35%

Alimentos azucarados más de una vez al día

26%

Bebidas azucaradas más de una vez al día

Las prácticas de cuidado bucodental en el hogar están bien consolidadas, pero la exposición a una alimentación que supone riesgos sigue siendo elevada. Más de un tercio de los pacientes consume alimentos azucarados más de una vez al día y una cuarta parte consume bebidas azucaradas una vez al día. Más de uno de cada cuatro pacientes consume tabaco habitualmente (27%), lo que constituye un factor estructural que influye en el riesgo de padecer enfermedades bucodentales.

06 CONCLUSIONES PRINCIPALES



1. EL COMPORTAMIENTO NO ES EL OBSTÁCULO

Las buenas prácticas de higiene bucodental en el hogar (el 79 % se cepilla los dientes dos veces al día y el 82 % utiliza flúor) no se reflejan en los resultados periodontales. Esto sugiere que el acceso a una atención periodontal profesional, más que el comportamiento individual, podría ser el factor limitante más importante.



2. LA PROTECCIÓN ECONÓMICA INFLUYE EN LA ASISTENCIA A LAS CITAS

El 88,6 % de los pacientes no tiene seguro dental. La poca cobertura financiera parece retrasar la asistencia a las consultas preventivas, lo que concuerda con el porcentaje relativamente elevado de visitas para recibir tratamiento de urgencia (20,0 %).



3. LAS ENFERMEDADES CONLLEVAN COSTES ECONÓMICOS Y SOCIALES

El 18,8 % de los pacientes que trabajaba faltó al trabajo (una media de 4,3 días) y el 29,0 % indicó que el aspecto de su boca afectaba a su capacidad para presentarse a entrevistas de trabajo.



4. LOS FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES SIGUEN SIENDO PREVALENTES

El 27 % de los pacientes son fumadores en la actualidad y el 35 % consume alimentos azucarados más de una vez al día. Ambos factores están directamente relacionados con la carga de morbilidad observada y pueden ser objeto de una intervención específica.

07 RECOPIACIÓN DE DATOS Y EXPERIENCIA DE LA ASOCIACIÓN ESTOMATOLÓGICA DE CHINA (CSA)

Valor del programa

La Asociación Estomatológica de China (CSA, por sus siglas en inglés) considera que el OHO constituye un modelo valioso para la recopilación estandarizada de datos sobre salud bucodental a gran escala. El conjunto de datos emparejados de pacientes y profesionales sanitarios resultó muy útil tanto para evaluar la calidad clínica como para la defensa de los intereses a nivel nacional. Hay un gran interés institucional en desarrollar el OHO como una base para un sistema nacional de vigilancia de la salud bucodental en consonancia con la Visión 2030 de la FDI.⁶ El valor de los datos del OHO también está resultando fundamental para dos próximas publicaciones identificadas por la CSA, tituladas: *Dental Caries Status and Associated Factors Among Adult Patients Attending Dental Clinics in China: Findings from the FDI Oral Health Observatory* ("Situación de la caries dental y factores asociados entre los pacientes adultos que acuden a clínicas dentales en China: conclusiones del Observatorio de Salud Bucodental de la FDI") y *Prevalence and Correlates of Periodontal Disease in China: Results from the Oral Health Observatory* ("Prevalencia y factores asociados a la enfermedad periodontal en China: resultados del Observatorio de Salud Bucodental").³⁰

Experiencia en la implementación

En China no era posible acceder a la aplicación OHO a través de Google Play, por lo que fue necesario preinstalarla individualmente en las *tablets* de 63 clínicas. A la hora de realizar el muestreo, la escala geográfica y la distribución desigual de los dentistas plantearon dificultades. Siete miembros del personal de la CSA se encargaron de coordinar el seguimiento semanal. La participación voluntaria y no remunerada limitó el ritmo y el grado de exhaustividad de la participación a lo largo de todo el período de recopilación de datos.

Prioridades de incidencia de la CSA y alineación con el OHO

Desarrollar una modalidad de distribución de aplicaciones compatible con el mercado chino o una opción de introducción de datos sin necesidad de conexión, adaptar el diseño del muestreo para tener en cuenta la heterogeneidad regional, analizar la acreditación de desarrollo profesional continuo o el reconocimiento profesional para los dentistas participantes y establecer una vía clara para plasmar los resultados del OHO en materiales orientados a las políticas que demuestren su valor para las clínicas y la profesión odontológica en general.

08 PERSPECTIVAS DE FUTURO

Los datos del OHO sobre China describen una población con sólidos hábitos de higiene bucodental, pero con una carga considerable de enfermedad periodontal que requiere un tratamiento profesional más allá de los cuidados en el hogar. Los resultados son coherentes con un modelo asistencial orientado al tratamiento episódico y reactivo, más que a la prevención de enfermedades crónicas. Entre las prioridades para la fase siguiente se incluyen la **ampliación de la cobertura del seguro para los servicios preventivos, la integración del cribado periodontal en la atención dental de rutina** y la utilización del OHO como una fuente complementaria de base empírica para apoyar los esfuerzos de vigilancia nacional de la salud bucodental entre los ciclos de la Encuesta Nacional sobre Salud Bucodental.



01 CONTEXTO DEL PAÍS Y PERFIL DE LA MUESTRA

Colombia cuenta con un sector dental privado bien desarrollado, si bien presenta desigualdades persistentes en materia de salud bucodental en función de los ingresos, la ubicación geográfica y el tipo de servicio. El ENSAB IV (Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal de Colombia) pone de manifiesto una elevada prevalencia de caries y de enfermedad periodontal, así como claras diferencias socioeconómicas. La reciente recopilación de datos del OHO en 26 instituciones públicas permitirá comparar directamente las poblaciones de pacientes odontológicos del sector público y del privado utilizando el mismo instrumento. El conjunto de datos del sector privado del OHO en Colombia incluye 1112 registros emparejados de adultos, coordinados por la Federación Odontológica Colombiana.

02 INDICADORES DE ACCESO

2,0%

Nunca ha ido al dentista

58,5%

Consulta de revisión

53,5%

Última visita hace menos de un año

11,0%

Recibe atención de urgencia

24,4%

Desplazamiento de más de una hora

En esta muestra del sector privado, los indicadores de acceso a la atención son relativamente favorables, aunque estos resultados solo reflejan las personas que lograron acudir a las consultas privadas participantes, por lo que no permiten extraer conclusiones sobre el acceso a nivel de la población general. Solo el 2,0% de las personas no había ido nunca al dentista, el 58,5% había ido a consultas de revisión, y las visitas de urgencia representaron tan solo el 11,0% de las consultas. Esto refleja las características de una muestra del sector privado que acude a una clínica dental a recibir tratamiento en un país con una infraestructura dental urbana desarrollada.

03 CARGA DE MORBILIDAD

CARIES, TRATAMIENTO Y PÉRDIDA DENTAL (ADULTOS)

Media de dientes con caries 2,2

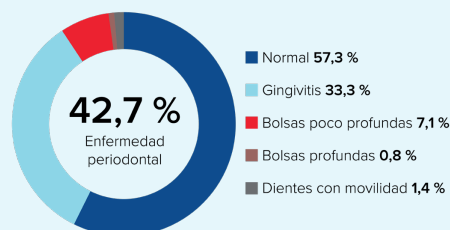
Media de dientes ausentes 4,8

Media de dientes obturados 3,9

Índice de brecha en el tratamiento 0,6: 1,
lo que supone un mayor número de obturaciones que de caries activas.

El 74,7% de los pacientes presentaba al menos un diente con caries, con una media de 3,9 dientes obturados por paciente frente a 2,2 dientes con caries. Esto refleja la prestación de atención restauradora a la población que precisa tratamiento. Sin embargo, la media de 4,8 dientes ausentes refleja una pérdida dental acumulada.*

ESTADO PERIODONTAL (ADULTOS)



El 42,7% de los adultos tenía algún tipo de enfermedad periodontal, lo que incluía gingivitis (33,3%), bolsas periodontales poco profundas de 4 a 5 mm (7,1%), bolsas profundas de más de 6 mm (0,8%) y dientes con movilidad (1,4%). El 57,3% presentaba un estado periodontal normal.

04 RESULTADOS DE SALUD BUCODENTAL COMUNICADOS POR LOS PACIENTES

18,7%

Dolor bucodental

19,3%

Dificultades para comer

13,6%

Sentía vergüenza al sonreír

8,1%

Adultos en activo que faltaron al trabajo (media 3,5 días)

Los efectos sobre la calidad de vida en Colombia pueden reflejar, en parte, al acceso de la muestra al sector privado y una carga de morbilidad comparativamente menor. En este estudio no se presentan datos estratificados por edades y, por ende, no es posible realizar una comprobación directa de la hipótesis sobre la distribución por edades a partir de los indicadores mostrados. El malestar bucodental fue el aspecto más mencionado (23,1%), seguido de la dificultad para comer (19,3%) y el dolor bucodental (18,7%). En torno al 8% de los adultos con empleo declararon haber faltado al trabajo debido a problemas de salud bucodental.

05 COMPORTAMIENTOS Y FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE PROTECCIÓN

81,7%

Se cepilla los dientes al menos dos veces al día

83,4%

No es fumador

45,2%

Nunca consume alcohol

EXPOSICIONES A RIESGOS

16,6%

Consumo cualquier tipo de tabaco

51,8%

Autoevaluación de la salud bucodental como regular o deficiente

* Los datos transversales no permiten determinar si se trata de una tendencia en curso o de un efecto de cohorte, ni si se ha proporcionado rehabilitación protésica.

El perfil de protección de Colombia es sólido en lo que respecta a la frecuencia del cepillado: el 81,7% de las personas se cepilla los dientes al menos dos veces al día. Esto se suma a una carga persistente de caries que, sin embargo, plantea la hipótesis de que la frecuencia del cepillado por sí sola podría ser insuficiente para prevenir la caries sin un uso adecuado de dentífrico fluorado. El conjunto de datos actual no permite responder directamente a esta cuestión, ya que en el estudio de Colombia no se recopilaban datos sobre el uso de dentífrico fluorado. En el 16,6 % de los adultos se registró algún tipo de consumo de tabaco, y más de la mitad de los participantes calificaron su salud bucodental como aceptable o deficiente.

06 CONCLUSIONES PRINCIPALES



1. LA ATENCIÓN RESTAURADORA ESTÁ LLEGANDO A ESTA POBLACIÓN

La brecha asistencial de 0,6:1 y una tasa de salud periodontal del 57,3% apuntan a que la atención restauradora está llegando a los pacientes del sector privado incluidos en este conjunto de datos, si bien el diseño transversal no permite determinar si la atención fue oportuna, equitativa o clínicamente eficaz.



2. EL CEPILLADO ES SÓLIDO, PERO FALTAN DATOS SOBRE EL FLÚOR

El 81,7% de las personas se cepilla los dientes dos veces al día. Sin embargo, la ausencia de una variable sobre dentífrico fluorado en el cuestionario de Colombia constituye una brecha estructural en los datos que limita la interpretación de los hábitos preventivos y la comparabilidad entre países.



3. LA BRECHA ENTRE EL SECTOR PRIVADO Y EL PÚBLICO

El OHO recoge una muestra del sector privado con resultados comparativamente favorables. El ENSAB IV revela que el 69% de la población a nivel nacional tiene dificultades para masticar. La nueva recopilación de datos sobre instituciones públicas por parte de la Federación Odontológica Colombiana constituirá la primera comparación directa entre el sector privado y el público en el marco del programa del OHO.



4. PERSISTEN LAS BARRERAS DE ACCESO

El 24,4% de los pacientes tuvo que viajar más de una hora para tener acceso a la asistencia sanitaria. Entre las personas que no tienen ningún tipo de acceso a la asistencia sanitaria — poblaciones que, según los datos recabados en el ENSAB IV, proceden de manera desproporcionada de zonas rurales, con bajos ingresos y de menor edad—, es probable que las barreras sean más pronunciadas, aunque el conjunto de datos actual del OHO no incluye a las personas que no utilizan los servicios dentales, y esta conclusión se basa en datos del estudio nacional, más que en los datos del OHO. El azúcar, el tabaco y la igualdad en el acceso a la atención son las prioridades en las políticas declaradas por la Federación Odontológica Colombiana.

07 RECOPIACIÓN DE DATOS Y EXPERIENCIA DE LA FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA COLOMBIANA (FOC)

Valor del programa

La Federación Odontológica Colombiana (FOC) considera que el conjunto de datos del OHO constituye un valioso complemento al ENSAB IV para comprender la población que recibe asistencia dental privada. Se han identificado como puntos fuertes metodológicos destacados la estructura vinculada entre el paciente y el dentista y el proceso bilingüe de recopilación de datos. Además, los resultados del OHO se han usado para respaldar las iniciativas en favor de la imposición de impuestos al azúcar, el control del tabaquismo y el acceso a la asistencia sanitaria. Asimismo, el programa presentó datos en el Congreso Dental Mundial de la FDI de 2024, celebrado en Estambul. Colombia ha propuesto la creación de un observatorio nacional permanente de salud bucodental que combine los datos del OHO con los registros administrativos y las estadísticas nacionales.²³

Experiencia en la implementación

La recopilación de datos se llevó a cabo entre 2019 y 2020 en consultorios dentales privados, con cuestionarios en español e inglés. Este diseño bilingüe exigió la armonización de los códigos de respuesta durante el análisis (los valores en español se asignaron a sus equivalentes en inglés en lo referente al estado periodontal, el motivo de la visita y los campos clínicos).

Prioridades de incidencia de la FOC y alineación con el OHO

Las prioridades nacionales en materia de salud bucodental se ven respaldadas directamente por las pruebas recabadas por el OHO: la aplicación de impuestos al azúcar y los alimentos ultraprocesados (el OHO documenta la carga de caries en una población con un alto nivel educativo y que se cepilla los dientes con frecuencia, lo que refuerza la necesidad de una política alimentaria estructural); el control del tabaco (16,6 % de las personas consumen algún tipo de tabaco), la equidad en el acceso y la prevención primaria (hay un 24,4 % de desplazamientos de más de una hora para recibir atención dental; se revela una alta tasa de revisiones entre los usuarios actuales, si bien el ENSAB IV muestra una atención insuficiente en la población general) y la estrategia nacional “Soy Generación más Sonriente”, que hace hincapié en la prevención en las primeras etapas de la vida y en el barniz fluorado.³¹

08 PERSPECTIVAS DE FUTURO

Los datos del OHO en Colombia describen una población que recurre a la atención dental privada con hábitos de higiene bucodental relativamente sólidos y un buen acceso a los tratamientos restauradores. Sin embargo, la persistencia de la carga de la caries, la acumulación de dientes ausentes y las importantes barreras de acceso indican que se trata de un sistema que ofrece acceso a tratamientos restauradores a quienes acuden a la atención privada —si bien no se evaluaron los resultados de los tratamientos, la calidad de la atención recibida ni la eficacia a largo plazo—, mientras que la prevención a nivel de toda la población sigue estando poco desarrollada. **El avance más importante es la ampliación del alcance del OHO por parte de Colombia a 26 instituciones públicas**, lo que permitirá realizar la primera comparación directa entre el sector privado y el público en el marco del programa. Así Colombia podrá demostrar uno de los usos potenciales más valiosos del OHO: cuantificar las desigualdades y aportar argumentos a favor de la **prevención primaria, el acceso al flúor, las políticas fiscales sobre el azúcar y la cobertura sanitaria universal**.

Fuentes: Conjunto de datos del OHO en Colombia, analizado por Triangulate Health²⁶ y validado mediante consulta a la asociación dental nacional.³¹ Fuentes publicadas: Taylor et al.,⁹ Broomhead et al.¹¹ Documentos internos facilitados por la FDI: Pinto Morales et al.,¹⁸ Pinto Morales et al.¹⁹



01 CONTEXTO DEL PAÍS Y PERFIL DE LA MUESTRA

La India registra el mayor número total de casos de enfermedades bucodentales del mundo, con unos 632 millones de casos estimados según el análisis de la carga global de enfermedades.³ Asimismo, el acceso a la atención dental presenta profundas desigualdades: el 95% de los dentistas trabaja en el sector privado, y se estima que la proporción de dentistas por habitante en las zonas rurales es inferior a 1:250 000 en muchos estados.³² El conjunto de datos del OHO en la India (n = 2030 adultos) constituye una de las muestras del OHO más amplias de un solo país. Los datos se recopilaron mediante cuestionarios en inglés y en hindi, basándose en las prácticas de los miembros de la Asociación Dental de la India (IDA, por sus siglas en inglés).

02 INDICADORES DE ACCESO

11,1%

Nunca ha ido al dentista

13,9%

Recibe atención de urgencia

8,4%

Desplazamiento de más de 1 hora

50,2%

Última visita hace menos de un año

47,2%

Consulta de revisión

Los patrones de asistencia sugieren que la vía de atención funciona parcialmente: la mitad de los pacientes acudió al dentista en el último año (50,2%), el 58,5% acudió de forma habitual y casi la mitad (47,2%) acudió a revisiones en lugar de por tratamientos de urgencia. Sin embargo, el 11,1% nunca había ido al dentista y es probable que la tasa relativamente baja de atención de urgencia (13,9%) refleje más bien la composición de la muestra —personas que buscan recibir atención dental— que el acceso universal a la atención dental. La asistencia a las consultas de revisión disminuyó notablemente a partir de los 35 años, mientras que las visitas para recibir atención de urgencia se mantuvieron estables en todos los grupos de edad en edad laboral, una tendencia compatible con el aplazamiento de la atención preventiva.

03 CARGA DE MORBILIDAD

CARIES, TRATAMIENTO Y PÉRDIDA DENTAL

Media de dientes con caries 3,0

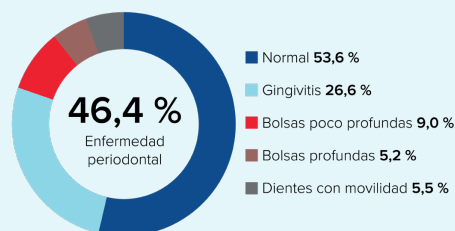
Media de dientes ausentes 3,8

Media de dientes obturados 2,8

Índice de brecha en el tratamiento 1,1: 1,
lo que supone una paridad casi total, aunque la brecha aún no se ha cerrado.

La proporción casi igual entre los dientes con caries y los obturados (3,0 frente a 2,8) sugiere que los servicios de restauración dental están llegando parcialmente a la población que busca tratamiento. Sin embargo, aún queda mucho por hacer: **uno de cada nueve adultos nunca había ido al dentista.**

ESTADO PERIODONTAL (ADULTOS)



El 46,4% de los adultos tenía algún tipo de enfermedad periodontal, lo que incluía gingivitis (26,6%), bolsas periodontales poco profundas de 4 a 5 mm (9,0%), bolsas profundas de más de 6 mm (5,2%) y dientes con movilidad (5,5%). El 53,6% de las personas presentaba un estado periodontal normal. La prevalencia de dientes con movilidad del 5,5% es un resultado específico de la India que no se ha registrado en otros países donde también se ha implementado el OHO.

04 RESULTADOS DE SALUD BUCODENTAL COMUNICADOS POR LOS PACIENTES

30,9%

Dolor bucodental

31,7%

Dificultades para comer

17,2%

Sentía vergüenza al sonreír

14,3%

Adultos en activo que faltaron al trabajo (media de 10 días)

Las dificultades para comer (31,7%) y el dolor bucodental (30,9%) fueron los impactos funcionales más frecuentes. En torno al 14% de los adultos en activo declaró haber faltado al trabajo debido a afecciones bucodentales.

05 COMPORTAMIENTOS Y FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE PROTECCIÓN

85%

Usa dentífrico fluorado

53,5%

Se cepilla los dientes al menos dos veces al día

62,5%

Nunca consume alcohol



EXPOSICIONES A RIESGOS

30%

Consumo cualquier tipo de tabaco

16,6%

Fuma cigarrillos

2,7%

Un médico determinó lesión precancerosa o cáncer de boca



Las prácticas de higiene bucodental están razonablemente bien extendidas: el 85% de las personas utiliza dentífrico fluorado y el 53,5% se cepilla los dientes dos veces al día. Estas cifras van acompañadas de una elevada carga de morbilidad, lo que refuerza la idea de que el comportamiento individual, aunque relevante, no es el principal factor determinante de los resultados en materia de salud bucodental en esta población. El consumo de tabaco es el factor de riesgo modificable más importante. Se registró consumo de tabaco de algún tipo en el 30% de los adultos, lo que incluye fumar cigarrillos (16,6%), pero también el tabaco de mascar y la nuez de areca o *paan*. La India concentra aproximadamente un tercio de la carga mundial de cáncer de boca, y la prevalencia del 2,7% de cáncer de boca o lesiones precancerosas que hubo en esta muestra está directamente relacionada con el consumo de tabaco sin humo. El conjunto de datos del OHO es una de las pocas fuentes de datos basados en la práctica sobre esta exposición en el contexto de la India.

06 CONCLUSIONES PRINCIPALES



1. LA SENSIBILIZACIÓN SUPERA AL ACCESO

El 86,5% de los adultos reconoce que la salud bucodental influye en su bienestar general; sin embargo, el 11,1% nunca ha ido al dentista, la asistencia a las revisiones disminuye a partir de los 35 años y la carga de morbilidad sigue siendo elevada. La carencia es estructural, no se trata de una cuestión de actitud.



2. EL TABACO CONSTITUYE UN RIESGO ESPECÍFICO Y URGENTE

El consumo de cualquier tipo de tabaco —incluido el tabaco de mascar y la nuez de areca— llega al 30% y es la causa principal de la desproporcionada incidencia de cáncer de boca en la India (un 2,7% de lesiones precancerosas o de cáncer en esta muestra). Los tipos de tabaco sin humo están considerablemente infrarrepresentados en la mayoría de las bases de datos internacionales.



3. LA BRECHA EN EL ACCESO AL TRATAMIENTO SE ESTÁ REDUCIENDO, PERO AÚN NO SE HA CERRADO

La proporción de 1:1 entre caries y obturaciones dentales sugiere que el sistema está llegando, al menos parcialmente, a la población que solicita atención dental. La presencia de dientes con movilidad en el 5,5% de los adultos indica que hay un subgrupo que padece una enfermedad avanzada que se podría prevenir.



4. PÉRDIDA DE PRODUCTIVIDAD

El 14,3% de los adultos en activo faltó al trabajo debido a problemas de salud bucodental, con una media de 10 días por trabajador afectado. Las enfermedades bucodentales suponen un coste económico directo para la población activa, una cifra que guarda relación con la carga que representan las enfermedades no transmisibles en la India y con los argumentos económicos a favor de integrar la salud bucodental en los marcos de las empresas y de la atención primaria.

07 RECOPIACIÓN DE DATOS Y EXPERIENCIA DE LA ASOCIACIÓN DENTAL DE LA INDIA (IDA)

Valor del programa

La Asociación Dental de la India (IDA) considera que el OHO supone una importante contribución a la base de datos empíricos sobre salud bucodental en la India. El conjunto de datos se ha presentado en foros de alto nivel sobre políticas, entre ellos un taller celebrado en febrero de 2023 al que asistieron representantes del Ministerio de Sanidad y Bienestar Familiar, la OMS en la India, el Consejo Odontológico de la India y socios académicos, lo que ha presentado los resultados del estudio OHO directamente a los responsables de la toma de decisiones. El programa generó dos publicaciones sometidas a una revisión por pares^{15,17} y proporcionó datos que respaldan las iniciativas nacionales de promoción en materia de tabaco, azúcar y acceso a la asistencia sanitaria.

Experiencia en la implementación

El proyecto del OHO en la India se llevó a cabo en todos los consultorios dentales afiliados a la IDA mediante un método de muestreo sistemático modificado. Cada día laborable se realizaba una encuesta a un paciente por orden de llegada; la recopilación de datos se llevó a cabo mediante tres variantes lingüísticas o de instrumento (inglés para pacientes, versión predeterminada en inglés y versión en hindi). La amplia extensión geográfica de la India y el predominio de los consultorios privados plantearon dificultades inherentes a la hora de lograr una cobertura geográfica representativa, ya que el conjunto de datos presenta un sesgo hacia entornos urbanos, de habla inglesa y del sector privado.

Prioridades de incidencia de la IDA y alineación con el OHO

La IDA está llevando a cabo iniciativas clave en materia de salud bucodental respaldadas por la evidencia recopilada por el OHO: el control del tabaco y el azúcar, la mejora del acceso a la atención sanitaria, la salud bucodental en personas mayores y la fragilidad, la salud bucodental en el ámbito escolar y la integración de la atención dental en la atención primaria. Asimismo, los datos del OHO también sirvieron de base para la Declaración de Bombay sobre bebidas azucaradas y alimentación saludable y respaldaron las campañas “Less Sugar” (Menos azúcar) tras el taller celebrado en 2023.²³

08 PERSPECTIVAS DE FUTURO

Los datos del OHO en la India describen una población con un alto nivel de sensibilización sobre la salud bucodental, donde **el acceso a la atención sigue siendo el principal obstáculo**. La carga de morbilidad— en particular la caries, las lesiones relacionadas con el tabaco y la movilidad dental indicativa de una enfermedad periodontal avanzada— refleja deficiencias estructurales más que un comportamiento inadecuado. Los resultados son coherentes con un sistema sanitario que atiende parcialmente a los pacientes urbanos del sector privado, pero que deja sin la atención necesaria a una parte considerable de la población, incluidas las comunidades rurales, los niños y los grupos con menores ingresos. Entre las prioridades respaldadas por la evidencia están **la integración de la salud bucodental en la atención primaria, las intervenciones específicas contra el tabaco sin humo, los programas escolares de salud bucodental y el uso del OHO como plataforma permanente para supervisar las deficiencias en materia de acceso y equidad a lo largo de todo el proceso asistencial**.

Fuentes: Conjunto de datos del OHO en la India, analizado por Triangulate Health²⁷ y validado mediante consulta con la asociación dental nacional.³⁴ Fuentes publicadas: Narang et al.,¹⁷ Taylor et al.,⁹ Broomhead et al.,¹¹ Singh y Purohit.^{32,33}



01 CONTEXTO DEL PAÍS Y PERFIL DE LA MUESTRA

Históricamente, el Líbano ha contado con un sólido sector odontológico privado y un acceso relativamente elevado a la atención dental restauradora. Sin embargo, la crisis económica de 2019 afectó gravemente a la asequibilidad y a la protección financiera de los tratamientos dentales.¹⁶ En junio de 2019 se inició la recopilación de datos bajo la coordinación de la Asociación Dental Libanesa en cinco provincias del país, en la cual participaron 26 dentistas. Por lo tanto, el conjunto de datos (n = 798 adultos) refleja el estado de salud bucodental de la población que acudió a recibir tratamiento al inicio de la crisis económica.

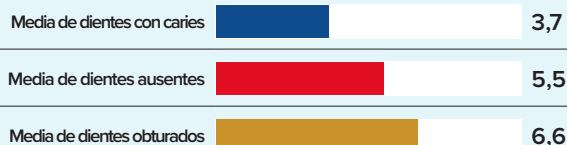
02 INDICADORES DE ACCESO



Los indicadores de acceso a la atención bucodental en el Líbano presentan un panorama ambivalente. Por un lado, la mayoría de los pacientes acudía regularmente al dentista (63,9%) y el 65,5% había acudido en el último año, lo que refleja el buen funcionamiento histórico del sector odontológico privado en el Líbano. La mayoría de los pacientes (el 53,2%) consiguió una cita en un plazo de 24 horas. Por otra parte, el 74,0% de los pacientes que respondió a la pregunta sobre el reembolso indicó que no recibían ninguno. Si a esto le sumamos el contexto más amplio de la crisis económica, todo ello apunta a un sistema sometido a tensiones financieras: la infraestructura de atención bucodental restauradora existe, pero el acceso a ella depende cada vez más del pago directo por parte del paciente.

03 CARGA DE MORBILIDAD

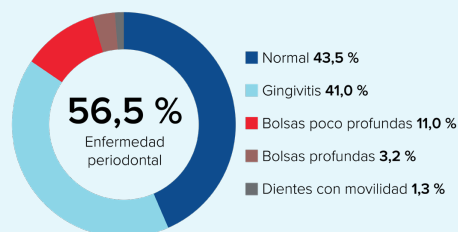
CARIES, TRATAMIENTO Y PÉRDIDA DENTAL (ADULTOS)



Brecha de tratamiento invertida 0,56: 1,
lo que supone casi dos obturaciones dentales
por cada diente con caries.

El Líbano presenta un índice de cobertura dental favorable, con una media de **6,6 dientes obturados por paciente frente a 3,7 dientes con caries. El 72,6% de los pacientes presentaba al menos un diente con caries,** pero el 85,3% tenía al menos un diente obturado, lo que indica un amplio acceso previo a la atención restauradora.

ESTADO PERIODONTAL (ADULTOS)



La enfermedad periodontal constituye la principal necesidad no cubierta del sistema de salud bucodental del Líbano. A pesar de que el sector de la odontología restauradora funciona correctamente, más de la mitad de los pacientes padecen una enfermedad periodontal activa. Este patrón es coherente con un modelo asistencial orientado al tratamiento reparador episódico, más que al tratamiento continuado de una enfermedad crónica.

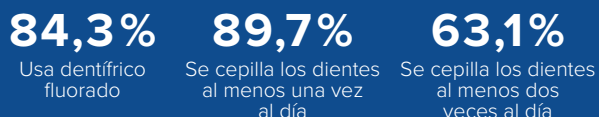
04 RESULTADOS DE SALUD BUCODENTAL COMUNICADOS POR LOS PACIENTES



El 46,6% de los pacientes declaró haber sufrido dolor bucodental en los últimos 12 meses, y el 35,2% tuvo dificultades para comer. El 33,4% de los pacientes consideraba que su vida era menos satisfactoria debido a problemas de salud bucodental y el 11,3% señaló que su aspecto bucodental afectaba a su capacidad para presentarse a una entrevista de trabajo. El 6,2% de los adultos en edad laboral declaró haber faltado al trabajo debido a problemas de salud bucodental.

05 COMPORTAMIENTOS Y FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE PROTECCIÓN



EXPOSICIONES A RIESGOS



Las prácticas de higiene bucodental están bien establecidas: el 84,3% de las personas utiliza dentífrico fluorado y el 63,1% se cepilla los dientes al menos dos veces al día. Sin embargo, estos hábitos no han logrado evitar la prevalencia de la enfermedad periodontal, lo que pone de manifiesto la necesidad de un tratamiento periodontal profesional como complemento de los cuidados en el hogar.

El consumo de tabaco es el factor de riesgo modificable más importante. El 45,2% de los pacientes consume tabaco actualmente, ya sea por consumo de cigarrillos (29,2%) o de *shisha* (15,4%). La cultura de la *shisha* en el Líbano es un elemento distintivo del perfil de riesgo que no se observa en la mayoría de los demás países donde el OHO tiene actividad: el tabaco de la *shisha* conlleva riesgos directos para el tejido periodontal y la mucosa bucal, y es probable que contribuya a una elevada prevalencia de gingivitis.

06 CONCLUSIONES PRINCIPALES



1. FUNCIONES DE LA ATENCIÓN RESTAURADORA

La brecha de tratamiento invertida de 0,56:1 refleja un elevado nivel histórico de acceso a obturaciones dentales. Sin embargo, el 56,5% de los pacientes padece enfermedad periodontal activa. Por lo tanto, la prioridad clínica debe reorientarse hacia el tratamiento periodontal y la prevención de enfermedades crónicas, en lugar de una atención reparadora puntual.



2. EL TABACO ES UN FACTOR DE RIESGO IMPORTANTE Y DISTINTIVO

El 45,2% consume tabaco actualmente, incluido un 15,4% de consumidores de *shisha*. El consumo de *shisha* conlleva riesgos específicos para el tejido periodontal y la mucosa bucal, si bien ambas formas están directamente relacionadas con la carga periodontal observada.



3. LA PROTECCIÓN ECONÓMICA SE ESTÁ DETERIORANDO EN UN MOMENTO CRÍTICO

El 74,0 % de los encuestados afirmó no haber recibido ningún tipo de reembolso, y la crisis económica ha reducido aún más el acceso a la asistencia dental privada. Si la atención dental restauradora no va acompañada de una protección económica, la ratio favorable de brecha en el tratamiento podría empeorar en futuras rondas de recopilación de datos.



4. LOS DATOS DEL OHO SE REFLEJARON DIRECTAMENTE EN LAS POLÍTICAS NACIONALES

El Líbano representa el caso más destacado de aplicación de políticas en el marco del programa del OHO en el momento de elaboración del presente informe. Así, los datos del OHO se utilizaron para fundamentar directamente la Estrategia Libanesa de Salud Bucodental, finalizada en junio de 2025 y respaldada por el Consejo de la FDI. Se trata de un caso de uso ejemplar de los datos del OHO.

07 RECOPIACIÓN DE DATOS Y EXPERIENCIA DE LA ASOCIACIÓN DENTAL LIBANESA (LDA)

Valor del programa

La Asociación Dental Libanesa (LDA, por sus siglas en inglés) considera que el OHO es el conjunto de datos sobre salud bucodental más completo del que se dispone en el Líbano hasta la fecha. Los resultados del OHO se recopilaban en un informe nacional de resultados y se utilizaron para organizar un taller de la LDA que contribuyó directamente a la elaboración de la Estrategia Libanesa de Salud Bucodental (2025), estructurada en torno a cinco objetivos alineados con el Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental de la OMS. Además, la Asociación Dental Libanesa ha propuesto la creación de una oficina dental oficial dentro del Ministerio de Salud Pública para reforzar la coordinación.

Experiencia en la implementación

Los datos se recopilaron en cinco provincias entre junio de 2019 y principios de 2020, y a principios de 2020 hubo una interrupción debido a la pandemia de la COVID-19 y al inicio simultáneo de la crisis económica en el Líbano. Por ese motivo, el conjunto de datos del OHO refleja un momento histórico concreto del país que, por un lado, mejora su interpretabilidad y, por otro, la limita. La publicación de Daou et al.¹⁶ constituye el primer análisis revisado por pares de los datos del OHO en el Líbano; en él se han usado modelos de ecuaciones estructurales para identificar las relaciones entre los factores demográficos, los comportamientos y los resultados de salud bucodental y general.

Prioridades de incidencia de la LDA y alineación con el OHO

La Estrategia de Salud Bucodental del Líbano para 2025 es el caso más claro de cómo los datos del OHO se pueden trasladar a la formulación de políticas, ya que adopta explícitamente su modelo de datos digitales para un sistema nacional. Las pruebas recopiladas por el OHO respaldan asimismo las prioridades de la Asociación Dental Libanesa en materia de enfermedad periodontal, tabaco, reducción del consumo de azúcar y protección económica. Al mismo tiempo, dichas pruebas avalan la propuesta de crear una oficina dental permanente en el seno del Ministerio de Salud Pública.

08 PERSPECTIVAS DE FUTURO

Los datos del OHO en el Líbano reflejan la realidad de un sistema de atención dental que, aunque históricamente ha funcionado bien, se enfrenta a amenazas cada vez más graves. El modelo de atención restauradora resulta eficaz para quienes acceden a él, si bien **las enfermedades periodontales afectan a más de la mitad de la población que solicita tratamiento dental**, impulsado por la exposición al tabaco y una atención preventiva insuficiente. La crisis económica añade urgencia a la situación, ya que aumentan los gastos del paciente y la cobertura de los seguros sigue siendo limitada. La estrategia nacional ofrece ahora un marco de actuación. Las prioridades inmediatas pasan por la **integración de la atención periodontal en la atención rutinaria, el fortalecimiento de las políticas sobre el tabaco y el azúcar**, y el uso del OHO como columna vertebral de datos para el sistema nacional de información sobre salud bucodental que se está desarrollando en el Líbano.

01 CONTEXTO DEL PAÍS Y PERFIL DE LA MUESTRA

Tanzania se enfrenta a una carga considerable de enfermedades bucodentales, predominantemente urbana, que se concentra en una población que busca atención dental y que se caracteriza por importantes barreras estructurales: poca cobertura del seguro, distancia geográfica hasta los centros de atención y limitaciones en el personal sanitario. La caries dental y la enfermedad periodontal son las afecciones más frecuentes, lo que convierte al conjunto de datos del OHO en una de las fuentes de evidencia clínica más detalladas disponibles en el país. El conjunto de datos del OHO en Tanzania (n = 875 adultos; n = 150 niños; 2021-2022; 21 clínicas) constituye la primera iniciativa sistemática de recopilación de datos sobre salud bucodental basada en la práctica clínica que se ha llevado a cabo a través de la Asociación Dental de Tanzania (TDA).

02 INDICADORES DE ACCESO

16,3 %

Nunca ha ido al dentista

45,7 %

Recibe atención de urgencia

23,0 %

Desplazamiento de más de una hora

32,6 %

Última visita hace menos de un año

6,5 %

Solo visita de revisión

El resumen sobre el acceso a la atención refleja un sistema sanitario predominantemente reactivo. Casi la mitad de todas las consultas (45,7%) correspondieron a tratamientos de urgencia, mientras que las visitas de revisión fueron solo del 6,5%. Solo el 30,1% eran pacientes habituales, el 59,4% carecía de seguro dental y el 23,0% tenía que desplazarse más de una hora para acceder a la atención sanitaria. Por último, el 16,3% nunca había ido al dentista.

03 CARGA DE MORBILIDAD

CARIES, TRATAMIENTO Y PÉRDIDA DENTAL (ADULTOS)

Media de dientes con caries **3,6**

Media de dientes ausentes **4,4**

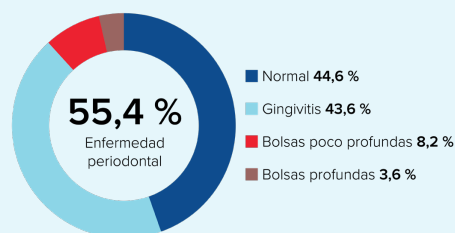
Media de dientes obturados **1,7**

Índice de brecha en el tratamiento 2,2: 1

Por cada diente obturado, quedan sin tratar más de dos dientes con caries.

La brecha de tratamiento de 2,2:1, con una media de tan solo 1,7 dientes obturados por paciente indica que el sistema de atención restauradora está cubriendo solo una pequeña parte de las necesidades de tratamiento. La elevada cifra media de dientes ausentes (4,4) refleja, además, la acumulación de enfermedades no tratadas a lo largo del tiempo.

ESTADO PERIODONTAL (ADULTOS)



El 55,4% de los adultos presentaba algún tipo de enfermedad periodontal, como gingivitis (43,6%), bolsas periodontales poco profundas de 4 a 5 mm (8,2%) y bolsas profundas de más de 6 mm (3,6%). El 44,6% de las personas presentaba un estado periodontal normal. La gingivitis es la afección más frecuente en el perfil periodontal (43,6%), lo que sugiere que una proporción significativa de la carga de morbilidad podría encontrarse en una fase reversible o controlable si se dispone de atención profesional.

04 RESULTADOS DE SALUD BUCODENTAL COMUNICADOS POR LOS PACIENTES

70,5 %

Dolor bucodental

73,3 %

Dificultades para comer

64,6 %

Alteraciones del sueño

28,7 %

Adultos en activo que faltaron al trabajo (media de 18 días)

En la base de datos del OHO en Tanzania, el 70,5% de los participantes declaró haber sufrido dolor bucodental y el 73,3%, dificultades para comer en los últimos 12 meses. El 64,6% declaró sufrir trastornos del sueño. Muchos adultos en activo (aproximadamente el 29%) faltaron al trabajo debido a problemas de salud bucodental.

05 COMPORTAMIENTOS Y FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE PROTECCIÓN

95,1 %

Usa dentífrico fluorado

46,0 %

Se cepilla los dientes al menos dos veces al día

75,8 %

Nunca consume alcohol

EXPOSICIONES A RIESGOS

6,4 %

Fuma actualmente

2,7 %

Consumo otros tipos de tabaco

70 %

Consumo azúcar a diario

El perfil conductual de Tanzania presenta lo que podría describirse como una paradoja del comportamiento protector: el 95,1% de los adultos utiliza dentífrico fluorado, y el consumo de tabaco es bajo (el 6,4% son fumadores), si bien el 70,5% padece dolor bucodental y la proporción de personas que no se trata es de 2,2:1. Este patrón es coherente con la idea de que las barreras estructurales de acceso —como la escasez de personal de salud bucodental, la distancia geográfica y la falta de protección financiera— son las principales causas de la carga de morbilidad, y no los comportamientos individuales de la gente. Los datos sobre la frecuencia de consumo sugieren una elevada exposición a alimentos y bebidas azucarados (aproximadamente el 70% de los adultos declaró consumir bebidas azucaradas a diario y más del 50% declaró consumir alimentos azucarados diariamente), si bien el instrumento no recoge información sobre los productos específicos ni las cantidades, lo que limita la precisión de las estimaciones sobre la ingesta de azúcar.

06 CONCLUSIONES PRINCIPALES



1. SON LAS BARRERAS ESTRUCTURALES, Y NO EL COMPORTAMIENTO INDIVIDUAL, LAS QUE DETERMINAN LA CARGA

El 95,1% utiliza dentífrico fluorado y el consumo de tabaco es bajo; sin embargo, el 70,5% padece dolor bucodental. Los factores limitantes son la escasez de profesionales, la distancia geográfica y la falta de protección económica, más que las prácticas de higiene individuales.



2. EL SISTEMA DE ATENCIÓN DENTAL ES CASI TOTALMENTE REACTIVO

El 45,7% de las consultas fue para recibir tratamiento de urgencia, el 6,5% para visitas de revisión y el 30,1% para visitas de pacientes habituales. Esto pone de manifiesto que se trata de un sistema que responde a necesidades agudas, en lugar de gestionar las enfermedades de forma preventiva.



3. LA CARGA QUE SUPONE PARA LA CALIDAD DE VIDA ES ELEVADA

El 70,5% presentó dolor bucodental, el 73,3% tenía dificultades para comer y el 64,6% sufría alteraciones del sueño. Estos resultados ponen de manifiesto una carga funcional diaria cuantificable que afecta a la productividad y al bienestar.



4. LOS NIÑOS Y NIÑAS SE ENFRENTAN A BARRERAS DE ACCESO AÚN MÁS IMPORTANTES

El 48,5% de los niños y niñas nunca había acudido al dentista, frente al 16,3% de los adultos. El hecho de que exista una necesidad no cubierta de esta magnitud en edades tempranas concuerda con el patrón de la enfermedad en la edad adulta y pone de manifiesto la necesidad de contar con programas de salud bucodental en el ámbito escolar.

07 RECOPIACIÓN DE DATOS Y EXPERIENCIA DE LA ASOCIACIÓN DENTAL DE TANZANIA (TDA)

Valor del programa

La Asociación Dental de Tanzania (TDA, por sus siglas en inglés) considera que el OHO es una valiosa iniciativa que ha generado los datos empíricos sobre salud bucodental en el punto de atención más detallados de los que se dispone actualmente en Tanzania. Así, la TDA ha propuesto armonizar los indicadores clínicos del OHO con el sistema nacional DHIS2 para facilitar un seguimiento en tiempo real, algo que podría ser un modelo potencial para la integración del OHO en el sistema nacional de vigilancia.

Experiencia en la implementación

La recopilación de datos se llevó a cabo en 21 clínicas dentales entre 2021 y 2022, durante el periodo de recuperación de Tanzania tras la pandemia de la COVID-19. La TDA coordinó la recopilación de datos con recursos centrales limitados, y se encargó de la selección de las clínicas, la obtención de la autorización ética y la formación de los profesionales. El hecho de que las clínicas pertenezcan mayoritariamente al sector público refleja la estructura de la atención dental en Tanzania, aunque esto puede limitar la posibilidad de generalizar los resultados a las poblaciones atendidas en consultorios privados. El reducido número de pacientes con dientes obturados ($n = 340$) indica que muchos pacientes no tenían obturaciones dentales, lo cual constituye en sí mismo un hallazgo significativo sobre el acceso a la atención restauradora, más que un problema de calidad de los datos.

Prioridades de incidencia de la TDA y alineación con el OHO

Los datos del OHO han respaldado la labor de incidencia y promoción de la TDA en varios ámbitos: la aplicación de impuestos a las bebidas azucaradas (al relacionar la elevada incidencia de caries con la necesidad de una política estructural sobre el azúcar), la ampliación de la cobertura dental en el marco del sistema de Seguro Médico Universal (usando datos sobre el acceso y la brecha en el tratamiento) y la integración de la salud bucodental en la atención primaria (demostrando la viabilidad de la recopilación rutinaria de datos y las necesidades no cubiertas). La TDA también ha recomendado la acreditación de desarrollo profesional continuo para la formación relacionada con el OHO, el acceso a datos locales para las clínicas y la elaboración de informes de políticas como resultados prioritarios para la siguiente ronda.

08 PERSPECTIVAS DE FUTURO

Los datos del OHO en Tanzania no abogan por un cambio de comportamiento, sino por el **fortalecimiento del sistema**. En la muestra ya se detectan comportamientos de protección muy arraigados, pero más del 70% de las personas presenta dolor bucodental. Las principales limitaciones son de carácter estructural: la escasez de personal sanitario, la distancia geográfica y la falta de protección financiera. Las medidas políticas podrían centrarse en **integrar la salud bucodental en la atención primaria, ampliar la protección financiera en el marco del Seguro sanitario universal de Tanzania** y utilizar los datos del OHO para sentar las bases de la primera política nacional específica de salud bucodental de Tanzania. La integración del DHIS2 propuesta por la TDA supone una vía práctica para conseguir una vigilancia nacional en tiempo real.



VI. DEBATE Y REPERCUSIONES DEL TRABAJO DEL OBSERVATORIO DE SALUD BUCODENTAL

¿QUÉ REVELAN LOS DATOS DEL OBSERVATORIO DE SALUD BUCODENTAL EN CADA PAÍS?

En los cinco perfiles de países se observa un patrón constante. La carga de morbilidad bucodental es alta en todos los contextos, pero los sistemas que responden a dicha carga difieren significativamente en cuanto a su estructura y eficacia.

Las afecciones predominantes observadas en los distintos países (caries y enfermedad periodontal) son de carácter crónico, en consonancia con la evidencia a nivel mundial que indica que la caries y la enfermedad periodontal no tratadas siguen figurando entre las enfermedades no transmisibles de mayor prevalencia en todo el mundo.¹ Además, los resultados sobre la salud bucodental comunicados por los pacientes indicaron que los problemas bucodentales afectan considerablemente a la vida cotidiana de las personas. A pesar de todo, **la organización de la atención sanitaria que se refleja en los datos del OHO sigue siendo predominantemente episódica y orientada al tratamiento, con pocos indicios de una prevención sistemática o de una gestión estructurada de la enfermedad a largo plazo.** Este patrón refleja lo que se ha descrito en otros lugares como un modelo centrado en el tratamiento que no ha logrado abordar los factores determinantes subyacentes de las enfermedades bucodentales, particularmente en los países de ingresos medios-bajos.³⁶

Esta falta de correspondencia entre el perfil de la enfermedad y la respuesta del sistema se manifiesta de distintas formas. En Tanzania, por ejemplo, las limitaciones de acceso a la atención dental provocan un sistema predominantemente reactivo caracterizado por la atención de urgencia, grandes brechas en el tratamiento y un elevado nivel de efectos en la salud bucodental. Por su parte, la India refleja un sistema en fase de transición, en el que se observa el acceso a una atención dental de carácter restaurador, pero donde sigue habiendo casos de consulta de atención tardía y necesidades no cubiertas. En el caso del Líbano, se muestra un sistema que ha funcionado bien a lo largo de la historia, si bien está sometido a una presión financiera cada vez mayor, y se enfrenta a obstáculos emergentes que afectan a la continuidad de la atención recibida. En China, se da una situación en que unos hábitos de higiene relativamente buenos coexisten con una carga considerable de enfermedad periodontal, algo que indica que los factores conductuales por sí solos no son suficientes sin una atención profesional continuada. Finalmente, Colombia presenta un caso distinto, con un acceso al sector privado y una atención con soluciones restauradoras que funcionan relativamente bien; sin embargo, la comparación con los datos del estudio nacional pone de manifiesto importantes desigualdades entre las personas que consiguen acceso a atención dental y aquellos que no lo hacen.^{16,19} En conjunto, estos resultados sugieren que **las diferencias entre países no radican tanto en el tipo y la carga de las enfermedades bucodentales, sino en la forma en que los sistemas responden a dicha carga.**

Otra conclusión que se desprende de forma sistemática es que **el comportamiento individual no representa la principal limitación** para los resultados. En numerosos países, las prácticas de higiene bucodental y la sensibilización al respecto están relativamente bien arraigadas, pero la carga de morbilidad sigue siendo elevada. Esto respalda la evidencia generalizada de que los resultados en materia de salud bucodental no solo dependen de comportamientos individuales, sino también de factores a nivel del sistema, entre ellos el acceso a la atención sanitaria, la protección económica y la distribución del personal dental.^{37,38} En ese sentido, una revisión exploratoria reciente sobre la utilización de la atención dental en países de ingresos medios-bajos reveló que el factor determinante para acceder a la atención dental señalado con más frecuencia eran las barreras estructurales y económicas— y no los factores conductuales—, y que el coste se identificó como el principal factor que determinaba que hubiera necesidades no cubiertas.³⁷

TRES CONCLUSIONES A NIVEL DEL SISTEMA

1

Existe una brecha entre el carácter crónico de las enfermedades bucodentales y la forma en que se presta la atención sanitaria. En todos los países, los protocolos asistenciales parecen estar determinados en mayor medida por los episodios puntuales de necesidad que por una estrategia de prevención estructurada o de gestión a largo plazo. En Tanzania, esto se refleja en los elevados niveles de atención de urgencia; en la India, en el tratamiento en fases avanzadas y, en el Líbano, en las interrupciones en la continuidad asistencial. Incluso en entornos en los que hay un mayor acceso a la atención necesaria —como el sector privado de Colombia—, la atención sigue centrándose principalmente en el tratamiento.^{35,37}

2

Las diferencias en los resultados entre países parecen deberse en mayor medida al acceso a la atención sanitaria que a las diferencias de comportamientos individuales. Aunque los comportamientos declarados por los pacientes varían, no se corresponden de manera sistemática con los resultados. Los países en los que, según sus propios datos, se observan prácticas de higiene bucodental relativamente sólidas no presentan necesariamente una menor carga de morbilidad, si bien cabe señalar que es posible que los datos facilitados por los propios países no reflejen con exactitud el comportamiento real. A pesar de ello, podría decirse que los países con peores resultados se caracterizan por las barreras estructurales, entre las que se incluyen el coste, la disponibilidad de los servicios de atención dental y la distribución desigual de los profesionales que la prestan.³⁷⁻³⁹ Esto sugiere que la mejora de los resultados en materia de salud bucodental dependerá principalmente del fortalecimiento de los sistemas de atención y también de garantizar que los comportamientos preventivos no solo se comuniquen, sino que se pongan en práctica de forma efectiva.

3

Los datos también destacan el impacto más amplio de las afecciones bucodentales más allá del estado clínico, sobre todo en lo que se refiere a las actividades diarias y a la carga económica. En los distintos países, se ha notificado dolor, dificultad para comer y afectación en la asistencia al trabajo y las actividades cotidianas, lo cual indica que las enfermedades bucodentales son frecuentes y además limitan la capacidad funcional de las personas. Los cinco países presentados como estudios de caso registran ausencias laborales debido a problemas de salud bucodental, y tanto la prevalencia y la gravedad de la pérdida de días de trabajo guardan una estrecha relación con las barreras estructurales de acceso a la atención dental. En Tanzania, el 28,7% de los adultos en activo declaró haber faltado al trabajo, con una media de 18 días perdidos por cada trabajador afectado. Por su parte, en la India, el 14,3% de los trabajadores faltó al trabajo, con una media de 10 días perdidos, mientras que en China se registró una prevalencia del 18,8% y una media de 4,3 días perdidos. Colombia (8,1%, 3,5 días) y el Líbano (6,2%, 5,7 (días) mostraron una menor prevalencia, pero los efectos sobre la productividad siguieron siendo considerables. Estos resultados concuerdan con las estimaciones mundiales de una elevada carga económica total de las enfermedades bucodentales, situándola en aproximadamente 710 000 millones de dólares estadounidenses anuales en costes de tratamiento y pérdidas de productividad, de los cuales casi la mitad corresponde a pérdidas de productividad.⁴⁰⁻⁴² Asimismo, hay estudios a nivel poblacional que documentan de manera similar que las afecciones bucodentales representan una proporción importante del absentismo laboral por enfermedad y del “presentismo” entre los adultos.⁴¹ En conjunto, estos resultados confirman que la carga de las enfermedades bucodentales va mucho más allá de los resultados clínicos y abarca también las consecuencias económicas y sociales.

¿DÓNDE ESTÁ LOGRANDO RESULTADOS EL OBSERVATORIO DE SALUD BUCODENTAL?

En el conjunto del programa, el valor del OHO se encuentra en cómo se integra un conjunto de datos en el sistema de salud bucodental, y no tanto en su mera existencia.

A nivel de base, el OHO demuestra que es posible generar datos sobre salud bucodental estandarizados y comparables a nivel internacional en contextos nacionales diversos, utilizando un marco común. La armonización con el Conjunto de estándares de salud bucodental en adultos de la FDI-ICHOM permite registrar de forma coherente el estado clínico, los factores de riesgo conductuales y los resultados de salud bucodental comunicados por los pacientes, de conformidad con las directrices establecidas en el Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental de la OMS. En la práctica, esto da lugar a un conjunto de datos directamente alineado con las prioridades mundiales actuales, en particular con el cambio de paradigma hacia la prevención, los resultados centrados en el paciente y el fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia de la salud bucodental.

Asimismo, el programa también ha establecido un modelo eficaz para la generación y el intercambio de conocimientos. En ese sentido, el OHO ha prestado su apoyo en distintos países a investigaciones sometidas a revisión por pares, análisis a nivel nacional y talleres estructurados en los que han participado asociaciones dentales nacionales, ministerios de Salud y socios académicos. Estas actividades demuestran que el programa no funciona de forma aislada, sino que ya forma parte de redes profesionales y de políticas. De cara al futuro, la FDI tiene previsto organizar una Cumbre del OHO en el Congreso Dental Mundial de la FDI de 2027, que se celebrará en Bombay, y en la que se darán cita los países participantes, la OMS, los responsables de elaboración de políticas y los responsables nacionales de salud bucodental. Además, también se está debatiendo la posibilidad de que la comunidad científica tenga acceso completo a los conjuntos de datos del OHO, lo cual supone un cambio deliberado que pasa de la generación de datos a la acción colectiva. Al reunir a los responsables de la toma de decisiones en torno a una base empírica común, la Cumbre ofrecerá una oportunidad estructurada para plasmar los resultados obtenidos por el OHO a lo largo de diez años en compromisos de políticas coordinados a escala nacional y mundial.

EL CAMINO A SEGUIR: OPORTUNIDADES PARA LA SEGUNDA DÉCADA DEL OBSERVATORIO DE SALUD BUCODENTAL

En conjunto, estas tendencias sugieren que el OHO ha establecido un modelo operativo para generar y utilizar datos sobre salud bucodental en distintos países, pero que su pleno potencial depende ahora de cómo se integre dentro de los procesos de elaboración de políticas y los sistemas sanitarios. En la tabla 7 se recogen algunas de estas oportunidades.

Tabla 7: Oportunidades para el OHO.

Área	Oportunidad	Justificación
Integración global	Una mayor armonización con el marco de seguimiento del Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental y el Informe mundial sobre el estado de la salud bucodental de la OMS.	Los dominios del OHO se alinean con las prioridades del Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental; su integración formal contribuiría a cubrir las lagunas existentes en los sistemas de vigilancia de los países de ingresos medios-bajos que carecen de encuestas nacionales de salud bucodental.
Traducción de la evidencia disponible en políticas	Sistematizar la colaboración entre las asociaciones dentales nacionales y los ministerios de Salud, y elaborar resultados orientados a la formulación de políticas para cada país.	El Líbano demuestra que el modelo funciona; la India y Colombia muestran un impulso creciente; Tanzania y China disponen de los datos, pero aún no tienen un proceso para plasmarlos en políticas públicas.
Representatividad de la población	Ampliar la recopilación de datos más allá de las clínicas dentales para incluir entornos comunitarios y de atención primaria	Las muestras actuales de personas que solicitan tratamiento excluyen a las poblaciones con mayor carga de la enfermedad; incorporar módulos para recabar datos de la comunidad permitiría abordar esta situación.
Integración de sistemas	Vincular los datos del OHO con los sistemas nacionales de información sanitaria (por ejemplo, DHIS2).	Permitiría incorporar los indicadores del OHO a los sistemas de vigilancia habituales y fortalecería el compromiso y la implicación de las instituciones responsables.
Desarrollo analítico	Permitir la realización de modelos multinivel avanzados y de análisis de equidad a nivel nacional.	Broomhead et al. ¹¹ demostraron que esto es factible y que su aplicación a otros países permitiría ampliar la base empírica.



VII. CONCLUSIÓN

A lo largo de la última década, el OHO ha demostrado la viabilidad de la recopilación estandarizada de datos sobre salud bucodental basados en la práctica clínica en contextos nacionales muy diversos.

El programa ha logrado pasar de ser un mecanismo de recopilación de datos a convertirse en una plataforma de investigación y aprendizaje entre pares. Los perfiles de países que figuran en este informe ponen de manifiesto la profundidad de los conocimientos que pueden aportar los datos del OHO, y la siguiente fase de desarrollo dependerá de si el OHO consigue pasar de ser una plataforma de generación de datos a convertirse en una herramienta integrada en el sistema y relevante para las políticas. Para ello, será necesario mejorar la alineación con los marcos de la OMS, fomentar un compromiso más coherente con las políticas a nivel nacional, ampliar las iniciativas para abordar las brechas en materia de representatividad y equidad e invertir de manera sostenida en la infraestructura analítica e institucional que permita convertir los datos en medidas concretas.

El OHO se encuentra en una posición idónea para contribuir de manera significativa a esta agenda, ya que es una sólida fuente de datos complementaria basada en la práctica que conecta la base de evidencia científica internacional con lo que ocurre en las clínicas dentales, en tiempo real, en todo el mundo.

El Observatorio de Salud Bucodental tiene el potencial de desempeñar un papel importante y diferenciador a la hora de fortalecer los sistemas de salud bucodental y favorecer el avance de las prioridades internacionales en materia de salud bucodental durante la próxima década.

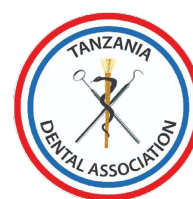


VIII. AGRADECIMIENTOS

El documento *Diez años de datos del Observatorio de Salud Bucodental: evidencia, impacto y el camino que queda por recorrer* se elaboró bajo la dirección y revisión del Equipo de Trabajo del Observatorio de Salud Bucodental (OHO) de la FDI: Dr. Michael Sereny, Prof. David Williams, Prof.^a Sarah Baker y Prof. Georgios Tsakos.

Asimismo, nos gustaría expresar nuestro agradecimiento al Dr. Steve Mason por su apoyo constante y sus valiosas aportaciones al desarrollo de la iniciativa OHO durante su etapa en Haleon.

Este informe no habría sido posible sin las valiosas aportaciones de las asociaciones dentales nacionales de los países participantes: la **Asociación Estomatológica de China**, la **Federación Odontológica Colombiana**, la **Asociación Dental de la India**, la **Asociación Dental Libanesa (LDA-Beirut y LDA-Trípoli)** y la **Asociación Dental de Tanzania**.



Asimismo, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a las clínicas dentales inscritas en todos los países participantes, cuyos profesionales dentales y pacientes han contribuido generosamente a la recopilación de los datos en los que se basa este informe.

Finalmente, este informe ha sido posible gracias a la financiación de **Haleon**.

HALEON

DECLARACIONES

Triangulate Health Ltd. recibió el encargo de la Federación Dental Internacional (FDI) de llevar a cabo la investigación, entrevistar a las partes interesadas y dirigir el desarrollo estratégico y la redacción del informe. El diseño y la maquetación corrieron a cargo de la consultora independiente **Array**.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Oral Health. Accessed April 9, 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. WHO. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030. World Health Organization. Published online 2024:1-104.
3. GBD 2021 Oral Disorders Collaborators. Trends in the global, regional, and national burden of oral conditions from 1990 to 2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2025;405(10482):897-910. doi:10.1016/S0140-6736(24)02811-3
4. Sugars and dental caries. Accessed May 7, 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sugars-and-dental-caries>
5. Political declaration of the fourth high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases and the promotion of mental health and well-being. Accessed June 17, 2026. <https://www.who.int/publications/m/item/political-declaration-of-the-fourth-high-level-meeting-of-the-general-assembly-on-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-and-the-promotion-of-mental-health-and-well-being>
6. Glick M, Williams DM. FDI Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All. *Int Dent J*. 2021;71(1):3-4. doi:10.1016/j.identj.2020.12.026
7. FDI, World Dental Federation. FDI and ICHOM develop baselines and indicators to measure oral health outcomes globally. FDI World Dental Federation. 2020. <https://www.fdiworlddental.org/fdi-and-ichom-develop-baselines-and-indicators-measure-oral-health-outcomes-globally>
8. FDI, World Dental Federation. Oral Health Observatory Project: Research Protocol. FDI World Dental Federation; 2019.
9. Taylor S, Baker SR, Broomhead T, et al. Standardised Practice-Based Oral Health Data Collection: A Pilot Study in Different Countries. *Int Dent J*. 2023;73(4):566-573. doi:10.1016/j.identj.2023.02.002
10. Riordain RN, Glick M, Mashhadani SSA Al, et al. Developing a Standard Set of Patient-centred Outcomes for Adult Oral Health – An International, Cross-disciplinary Consensus. *Int Dent J*. 2021;71(1):40-52. doi:10.1111/ijdj.12604
11. Broomhead T, England R, Mason S, et al. Using Standardised International Oral Health-Related Datasets in 6 Countries. *Int Dent J*. 2024;74(3):647-655. doi:10.1016/j.identj.2024.01.001
12. Den Boer JCL, Van Dijk W, Horn V, Hescot P, Bruers JJM. Collecting standardised oral health data via mobile application: A proof of concept study in the Netherlands. *PLoS One*. 2018;13(2). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0191385
13. Broomhead T, Kettle J, Mason S, Baker S. Exploring Patient-Reported Gingival Health in Adults Using Standardised International FDI Oral Health Observatory Data. *Int Dent J*. 2026;76(1):109320. doi:10.1016/J.IDENTJ.2025.109320
14. Tamura K, Ogawa H. Japanese Version of the Oral Health Observatory Project Using a Mobile Application [モバイルアプリを用いた日本版口腔衛生調査プロジェクトについて]. 2021. Accessed May 7, 2026. <https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2024-01/Japan%20Dental%20Association%20publication.pdf>
15. Balraj L, Oswal KC, Reddy RBV, Kunjan PD, Chandu VC, Mathur MR. Assessment of Oral Health Status, Care Seeking Behaviours, and Oral Health Related Quality of Life among Indian Adults Using the World Dental Federation's Digital Application. *Indian Journal of Dental Research*. 2024;35(4):390-394. doi:10.4103/IJDR.IJDR_423_24
16. Daou D, Choufani A, Mashmouchi M, Doumit M. Patient- and Clinician-Reported Oral Health Data in Primary Dental Care Practices in Lebanon. *Cureus*. 2025;17(6):e86434. doi:10.7759/CUREUS.86434
17. Narang P, Dhoble A, Mathur M, Rana S, Mason S, Ali A. India's oral health outlook: challenges, economic impact and need for preventative strategies. *Frontiers in Dental Medicine*. 2025;6:1544899. doi:10.3389/fdmed.2025.1544899
18. Pinto Morales JS, Peñaloza-Quintero RE. Factors Associated with the Perception of Oral Health in Colombia: An Analysis Using Ordinal Logistic Models. Internal document shared by FDI. Colombian Dental Federation. Preprint posted online 2024.
19. Pinto Morales JS, Peñaloza-Quintero RE. Comparison of Oral Health Habits and Conditions in Colombia: Evidence from ENSAB IV and the OHO Survey. Internal document shared by FDI.
20. Tanzania Dental Association. Socio-Demographic Variables and Oral Health Habits as Predictors of the Oral Health Impact Score (OIS) among dental attendees, Tanzania. Internal document shared by FDI.
21. FDI World Dental Federation, Triangulate Health Ltd. Internal Conversation with China NDA. 2026.
22. Oral Health Observatory. Oral Health Observatory Workshop – World Dental Congress 2025 - Minutes. Internal document shared by FDI. Preprint posted online 2025.
23. Oral Health Observatory. Workshop on Oral Health Observatory held for analysis of the collected data. Internal document shared by FDI. Preprint posted online 2023.
24. FDI World Dental Federation, Triangulate Health Ltd. Internal Conversation with Lebanon NDA. 2026.
25. FDI World Dental Federation, China Stomatological Association. OHO matched patient-provider dataset: China. Internal document shared by FDI. Oral Health Observatory. Preprint posted online 2023.
26. FDI World Dental Federation, Colombia National Dental Association. OHO matched patient-provider dataset: Colombia. Internal document shared by FDI. Oral Health Observatory. Preprint posted online 2023.
27. FDI World Dental Federation, Indian Dental Association. OHO matched patient-provider dataset: India. Internal document shared by FDI. Oral Health Observatory. Preprint posted online 2023.
28. FDI World Dental Federation, Lebanese Dental Association. OHO matched patient-provider dataset: Lebanon. Internal document

shared by FDI. Oral Health Observatory. Preprint posted online 2023.

29. FDI World Dental Federation, Tanzania Dental Association. OHO matched patient-provider dataset: Tanzania. Internal document shared by FDI. Oral Health Observatory. Preprint posted online 2023.
30. FDI World Dental Federation, Triangulate Health Ltd. Second internal conversation with China NDA.
31. FDI World Dental Federation, Triangulate Health Ltd. Internal Conversation with Colombia NDA. 2026.
32. Singh A, Purohit BM. Addressing oral health disparities in rural India. *Int Dent J*. 2015;65(2):135-141.
33. Singh A, Purohit BM. Addressing oral health disparities, inequity in access and workforce issues in a developing country. *Int Dent J*. 2013;63(5):225. doi:10.1111/IDJ.12035
34. FDI World Dental Federation, Triangulate Health Ltd. Internal Conversation with India NDA. 2026.
35. FDI World Dental Federation, Triangulate Health Ltd. Internal Conversation with Tanzania NDA. 2026.
36. Watt RG, Daly B, Allison P, et al. The Lancet Oral Health Series: Implications for Oral and Dental Research. *J Dent Res*. 2020;99(1):8-10. doi:10.1177/0022034519889050
37. Shrivastava PK, Mehta A, Deka BP, Mathur MR. Barriers and facilitators in utilisation of dental health services across low- and middle-income countries: a scoping review. *Evid Based Dent*. 2026;27(1):19-19. doi:10.1038/s41432-025-01200-0
38. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*. 2019;394(10194):249-260. doi:10.1016/S0140-6736(19)31146-8
39. Watt RG, Daly B, Allison P, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *The Lancet*. 2019;394(10194):261-272. doi:10.1016/S0140-6736(19)31133-X
40. Jevdjevic M, Listl S. Global, Regional, and Country-Level Economic Impacts of Oral Conditions in 2019. *J Dent Res*. 2025;104(1):17-21. doi:10.1177/00220345241281698
41. Listl S, Moeller J, Manski R. A multi-country comparison of reasons for dental non-attendance. *Eur J Oral Sci*. 2014;122(1):62-69. doi:10.1111/EOS.12096;JOURNAL:JOURNAL:16000722;ISSUE:ISSUE:DOI
42. World Economic Forum. The Economic Rationale for a Global Commitment to Invest in Oral Health. 2024. Accessed June 17, 2026. https://www3.weforum.org/docs/WEF_The_Economic_Rationale_for_a_Global_Commitment_to_Invest_in_Oral_Health_2024.pdf



FDI World Dental Federation

Chemin des Coquelicots 16 • 1214 Vernier - Geneva • Switzerland
T +41 22 560 81 50 • info@fdiworlddental.org

Apoyo estratégico y editorial:

Dra. Charanjit Jagait, Salud pública de la FDI, directora de Comunicación y Promoción
Sr. Masaki Fujita, responsable de proyectos de Salud Pública

fdiworlddental.org

©2026 FDI World Dental Federation

Conecte con nosotros

 [FDIWorldDentalFederation](https://www.facebook.com/FDIWorldDentalFederation)

 [fdiworlddental](https://twitter.com/fdiworlddental)

 [fdiworlddental](https://www.youtube.com/fdiworlddental)

 [FDI World Dental Federation](https://www.linkedin.com/company/FDI-World-Dental-Federation)