



**UNIVERSIDAD DE SEVILLA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA**

**EL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL DE
CASTILLA Y LEÓN Y SU PERCEPCIÓN POR LOS
PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE SEGOVIA**

ANA I. SANJOSE RODRIGUEZ

2013

Directores:

Prof. Dr. DAVID RIBAS PEREZ

Prof. Dr. ANTONIO CASTAÑO SÉIQUER

AGRADECIMIENTOS



AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que, con su apoyo, su aliento o su mera presencia han permitido que este proyecto por fin pudiera terminarse. La lista sería demasiado larga, así pues, utilizaré un genérico "A todos ellos, muchas gracias".

Sin embargo, hay algunas excepciones y quiero detenerme en algunos de ellos por su destacado y excepcional papel:

En primer lugar, quiero mostrar mi agradecimiento a los que han sido los directores de esta tesis a la que han aportado excelentes ideas, dedicación, perseverancia y en definitiva, toda la ayuda que he necesitado para poder llevara cabo este trabajo.

Todo mi agradecimiento al Profesor Dr. D. Antonio Castaño Séiquer, referencia imprescindible y autor de esta idea.

Del mismo modo, al co-director del proyecto y asesor, el Profesor Dr. D. David Rivas, cuya ayuda constante ha sido vital desde el principio ha este momento, tiempo en el que ha hecho gala de su enorme calidad humana y en el que me ha aportado con enorme generosidad todo su saber y experiencia.

A mi compañera, Cristina Velarde Mayol por su orientación, ayuda y horas invertidas en el desarrollo de la metodología y la estadística de este trabajo. Este trabajo hubiera sido imposible sin su ayuda.

Antes incluso que ellos, casi "desde siempre", he estado alentada a realizar esta trabajo por Juan Martín Villalón, cuyo tesón y ejemplo han conseguido que nunca "tirara la toalla" y venciera los momentos de debilidad. Si he llegado hasta aquí, sin duda es gracias a su insistencia y amistad.

Para el final he dejado lo más importante: mi familia.

Tengo presente constantemente un recuerdo muy especial para mi padre, cuya forma de educarme y preocupación por mi formación me inculcó valores de esfuerzo, de auto exigencia constante para responder e insistir en los muchos o pocos talentos que a cada uno se nos da, por transmitirme sus valores de esfuerzo, voluntad y constancia. Él estaría satisfecho si pudiera verme hoy y yo quiero pensar que en buena parte, puedo representarle, por ser su propio reflejo.

A Enrique, mi marido, mi antítesis, mi complemento y mi constante apoyo. Es esta una

AGRADECIMIENTOS

excelente ocasión para el reconocimiento agradecido de su enorme sacrificio por intentar entenderme, animarme y tranquilizarme en todos los momentos, buenos y malos, una tarea que reconozco que no siempre es fácil. En este, como en todos los proyectos que he emprendido, siempre he sentido su apoyo incondicional.

Finalizo con lo mejor que me ha dado la vida: mis hijos Enrique y Clara, a los que debo demasiados momentos en los que quizá no les he prestado toda la atención que necesitaban en diferentes etapas de su vida y que sin embargo también han sabido y saben entenderme y quererme.

Muchas gracias a todos por haberme acompañado hasta aquí.

ACRÓNIMOS

AP: Atención Primaria.

APS: Atención Primaria de Salud.

A.S.: Área de Salud.

CC.AA.: Comunidades Autónomas

ESBD: Equipo de Salud Bucodental.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INP: Instituto Nacional de Previsión.

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud

INSERSO: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PADI: Programa de Atención Dental Infantil.

PSBD: Programa de Salud Bucodental

SBD: Salud Bucodental.

SACYL: Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

SES: Servicio Extremeño de Salud.

SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias.

SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

SESPO: Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SOE: Seguro Obligatorio de Enfermedad.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.

TADA: Talón de Asistencia Dental Anual.

INDICE



1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Salud pública oral en España.

1.2. Evolución de la Salud Pública en España

1.2.1. El INSALUD.

1.2.2. Leyes reguladoras de la sanidad española.

1.3. Evolución de la Salud Pública oral en España.

1.4. La Salud Pública oral en Castilla y León.

2. OBJETIVOS.

2.1. Generales.

2.2. Específicos.

3. MATERIAL Y MÉTODOS.

3.1. Diseño del Estudio.

3.2. Enfoque metodológico.

3.3. Selección de los informantes.

3.4. Variables.

3.5. Técnica de recogida de la información.

3.6. Sesgos

3.7. Métodos de análisis de los datos.

3.8. Confidencialidad

4. RESULTADOS.

5. DISCUSION.

6. CONCLUSIONES.

7. BIBLIOGRAFIA.

8. ANEXOS.

INTRODUCCIÓN

1



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Salud Publica

La SALUD, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.¹

La salud oral o salud bucodental, no debe ser considerada como independiente de la salud global del individuo. Un individuo no puede ser considerado como completamente sano si existe en él enfermedad bucal. La salud oral y la salud general no deben ser consideradas como entidades diferenciadas y por tanto la salud oral debe ser incluida dentro de los programas comunitarios.

La patología bucal ha sido tradicionalmente menospreciada como problema médico y de salud pública por los servicios sanitarios. Su elevada prevalencia, el dolor que ocasiona, las repercusiones estéticas e incluso las graves complicaciones sistémicas que pueden derivar, justifican plenamente una atención por parte de los profesionales médicos así como de la administración sanitaria ante un problema históricamente infravalorado.² La patología bucal debe ser considerada como un autentico problema de salud pública y requiere una sistemática preventivista y asistencial planificada.³

Milton Terris en 1990, definiría: "La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud".⁴

Por lo tanto el eje de la Salud Publica es centrarse en "los esfuerzos organizados de la comunidad dirigidos a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud".

La promoción de la salud como estrategia de la nueva salud pública surgió como resultado de un importante cambio en el concepto y la teoría de la salud pública provocada por el informe Lalonde⁵ (Canadá 1974). En este informe se reconocieron los factores sociales y ambientales y los estilos de vida como factores determinantes de la salud, relegando al sistema sanitario como un factor escasamente influyente en la mejora de los estándares de salud.

La promoción de la salud es el nuevo paradigma de la salud pública ya que parte de la pregunta: ¿Dónde se crea la salud? De acuerdo a la carta de Ottawa “la salud se crea en el contexto de la vida cotidiana”

La promoción de la salud engloba todas aquellas medidas que se orienten para el mantenimiento y conservación de la salud en general. Si hablamos de promoción de salud oral, el equivalente serán todas aquellas medidas que se encaminan para la consecución de una preservación de la salud bucodental no siendo una protección específica sino de una manera más global.⁶

Los sistemas sanitarios y la práctica de la medicina han tenido tradicionalmente casi como único objetivo, la enfermedad y han dirigido sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el tratamiento de las patologías, prestando poca o nula atención a su prevención y a la conservación y promoción de la salud.

A partir de principios de la década de 1970 y, sobre todo, a raíz de la conferencia de Alma-Ata (1978), el conjunto del entramado profesional, social y político de gran parte de las naciones ha ido asumiendo la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios.

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata definió la Atención Primaria de salud (APS) como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La integración de actividades de promoción de salud, prevención de enfermedad, cura y rehabilitación que preconiza la Atención Primaria de Salud mejora la continuidad del

proceso asistencial, reduce el uso inapropiado de recursos, mejora la gestión de parte importante del gasto directo (farmacia) e indirecto, facilita y conduce el acceso a la atención especializada y permite una mejor evaluación de las actividades de los programas de salud.⁷

Tanto en el informe sobre Salud Oral en los Estados Unidos (2001), como la OMS (2003) citan una serie de conclusiones sobre la patología oral que deben ser tomados como punto de partida para una correcta actuación en Salud Pública. Estos hallazgos son los siguientes:

- Las enfermedades y desórdenes orales afectan a la salud y al bienestar durante toda la vida. La salud oral es un factor determinante de la calidad de vida
- La salud bucal es parte integral y esencial de la salud general.
- Existen medidas preventivas seguras y efectivas para las enfermedades dentales frecuentes - caries dental y enfermedad periodontal.
- Los hábitos de vida que afectan a la salud general como el tabaquismo, la ingesta excesiva de alcohol y los hábitos alimentarios incorrectos afectan a la salud oral y craneofacial. Los factores sociales, ambientales y del comportamiento juegan un papel significativo sobre la salud/enfermedad bucal.
- La patología oral está asociada con otras patologías generales (sistémicas). Algunas enfermedades bucales comparten factores de riesgo con algunas enfermedades crónicas no transmisibles.
- La investigación científica es la clave para una mayor reducción del global de enfermedades y desórdenes que afectan a cara, boca y dientes.

La población juega su papel en la mejora y en la promoción de la salud oral de forma que se ha de trabajar con la colectividad para una mejor comprensión pública de la importancia de la salud oral y de su papel en el conjunto de la salud general y del bienestar, asegurando que las medidas de prevención existentes y futuras así como el diagnóstico y las medidas terapéuticas de las enfermedades orales estén a la disposición de todos los ciudadanos.^{8,9,10,11}

La APS representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".¹²

Para todo programa de salud es exigible una evaluación del mismo, que al menos debería ser quinquenal incluyendo: estudios epidemiológicos de estado de salud, grado de satisfacción de los usuarios externos, grado de percepción de los usuarios internos y grado de utilización de los servicios.

Los ciudadanos deben tener información de las prestaciones en salud y para dar respuesta, los profesionales sanitarios además de la competencia técnica, deberán tener y transmitir información.

Las instituciones sanitarias deben introducir los cambios organizativos necesarios para facilitar la accesibilidad del ciudadano a los servicios.

La Atención Primaria (AP) constituye la puerta de entrada al sistema sanitario. Los ciudadanos tienen acceso directo a este primer nivel asistencial al que deben acudir, incluso, para solicitar atención especializada, salvo en casos de urgencia.

Esta atención primaria, proporciona Medicina de Familia, pediatría, cuidados de enfermería, salud bucodental, urgencias, atención a la mujer, salud mental y tratamientos rehabilitadores básicos.

El equipo de AP es el primer promotor de la salud. Tiene la responsabilidad de fomentar formas de vida saludables. Es necesario poner énfasis en la protección de la salud, es decir, realizar intervenciones en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación bajo un enfoque integral, con apoyo de un equipo multidisciplinario de profesionales. Dentro de este equipo, el papel de liderazgo le corresponde al médico y a la enfermería, quienes deben asumir tareas de integración y coordinación entre los distintos profesionales de la salud.

Al equipo de AP llega un gran número de usuarios que recibe evaluación médica, su labor podría potencialmente expandirse a la salud oral, ya que es donde se da el escenario más propicio para implementar la prevención dental. Estas tareas incluirían

inculcar la importancia de acudir al control dental, la evaluación y derivación precoz de problemas dentales

La eficacia de las soluciones de salud pública contra las enfermedades bucodentales es máxima cuando se integran con otras enfermedades crónicas y con los programas nacionales de salud pública.

La gran mayoría de estos problemas de salud bucal y sus repercusiones, podrían ser evitados si existiera un conocimiento por parte de la población de las medidas de prevención y el manejo adecuado de la salud oral del individuo, durante todo el ciclo vital desde la vida intrauterina hasta su muerte.

Se hace entonces, imprescindible que sea todo el equipo de salud el que se responsabilice de informar sobre salud oral a la población en las diferentes etapas de la vida de las personas para así poder prevenir el daño y evitar que este aparezca.

Es importante la toma de conciencia por parte del equipo de salud con relación a la Salud Bucal como parte de la salud integral

1.2. EVOLUCION DE LA SALUD PUBLICA EN ESPAÑA

Hoy podemos reconocer nuestro actual sistema sanitario español como fruto de una historia impulsada desde la visión regeneracionista y aceptada por varias generaciones. Ha sido un desarrollo político y normativo parejo a la evolución social de nuestro país. Con evidentes factores diferenciales, nuestro modelo sanitario no ha evolucionado de un modo diferente a los que se encuentran en otros países occidentales de nuestro entorno. En el estado actual, su origen bismarckiano sigue siendo reconocible, e identificable es también la similitud que presenta con modelos similares en los países europeos.

En España disponemos de un régimen de aseguramiento público prevalente, con una dedicación en términos de porcentaje de riqueza nacional y con una clase profesional sanitaria bien formada y capaz de proporcionar una provisión sanitaria de calidad.

El ciudadano conoce tanto sus derechos como las capacidades asistenciales exigibles al régimen general de la sanidad pública, y hemos hecho de la sanidad un mecanismo de cohesión social, eliminación de las desigualdades y generación de riqueza.

La creación del Instituto Nacional de Previsión en el año 1908 configura todo el proceso posterior de génesis de la Seguridad Social. En su Ley Fundacional, el INP se previó como un organismo compilador de los distintos sistemas de seguro existentes.

En 1942 se aprueba la Ley de 14 de diciembre, ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad (**SOE**), implantado a partir de 1944, al tiempo que se regulan el resto de seguros citados y que la expansión de la Seguridad Social seguía haciéndose por el cauce de los seguros voluntarios, como los representados por las distintas mutualidades.

La ley del Seguro Obligatorio creaba la figura del beneficiario, distinta y distante de un planteamiento laboralizado de la cobertura del riesgo, y respondía a un modelo bismarckiano ya desarrollado en Alemania, financiado por trabajadores y empresarios en base a un sistema productivo.

No es hasta 1963 cuando se establece la base necesaria para *"operar el tránsito de un conjunto de seguros sociales a un sistema de Seguridad Social"*. La novedad principal, al margen de la reordenación organizativa, estriba en que en el nuevo sistema se prevé la consignación permanente en los presupuestos generales del Estado de subvenciones a la Seguridad Social, que por su expansión no puede ser financiada enteramente por los empresarios y los obreros. El factor de solidaridad se extrae no sólo de las aportaciones singulares de los ocupados, sino que responde a un papel de redistribución y reducción de las desigualdades otorgadas a poder público.

Treinta años más tarde, el Pacto de Toledo consagró definitivamente la financiación de la Sanidad a cargo de los impuestos, alcanzado plenamente en los presupuestos generales del Estado de 1999 de las aportaciones directas de los contribuyentes a través del Estado, en un modelo que definitivamente se plantea la universalización de las prestaciones en un ámbito de equidad, en un sistema Nacional de Salud como el modelo inglés.

En 1919 el instituto nacional de previsión (INP) se convierte en el gestor de todos los servicios. El sistema se va desarrollando hasta 1974 en el que la Ley General de la Seguridad Social configura un sistema de asistencia sanitaria que ha ido asumiendo cada vez un mayor número de patologías dentro de su cuadro de prestaciones, así como cubriendo a un mayor número de personas y colectivos

En 1978 se celebra una conferencia sobre APS en la ciudad de ALMA-ATA los expertos cuestionan los sistemas de salud por costosos e ineficaces y propone como solución que la atención primaria de salud dirigida a las comunidades sea el corazón de los nuevos sistemas sanitarios. Ese mismo año se crea en España la especialidad de medicina de familia y comunitaria encargada de la atención primaria de salud.

Es en este mismo año (1978) cuando se promulga la Constitución española y el órgano hasta entonces encargado de la sanidad pública (INP) se trasforma **en tres instituciones**:

- **INSS** (instituto nacional de la seguridad social, encargado de gestionar y administrar las prestaciones de índole económica de la SS.)
- **INSERSO** (instituto nacional de servicios sociales, responsable de dirigir los servicios sociales de tipo complementario y gestionar las pensiones de invalidez y jubilación no contributivas)
- **INSALUD** (instituto nacional de la salud, se encarga de gestionar y administrar los servicios sanitarios de la seguridad social).

1.2.1. EI INSALUD.

El Instituto Nacional de Salud o INSALUD se creó, en 1978, como la institución pública de la Administración General del Estado, responsable directa de la gestión de la red de servicios públicos de asistencia sanitaria. Se hallaba adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria.

Las transferencias del INSALUD a las comunidades autónomas han culminado en el año 2002.

Mediante el Real Decreto 840/2002 de 2 de agosto, que modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del ministerio de Sanidad y Consumo se establece la desaparición del INSALUD.¹³

LEYES REGULADORAS DE LA SANIDAD ESPAÑOLA

1.2.1.1. La Constitución Española de 1978

En su artículo 41, afirma que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos sus ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes en caso de necesidad; en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Establece asimismo las competencias asumibles por las comunidades autónomas (CC.AA.) y las exclusivas del Estado.

1.2.1.2. Ley 14/1986 General de Sanidad

La Ley General de Sanidad se formuló por dos razones, una de ellas por provenir de un mandato de la Constitución Española, porque en el artículo 43 y en el artículo 49 de texto normativo fundamental. La finalidad de esta ley recogida en el artículo primero es regular todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. La Ley reconoce el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España.

La segunda, razón es de origen organizativo, ya que el título VIII de la Constitución confiere a las Comunidades Autónomas amplias competencias en materia de Sanidad. Las Comunidades Autónomas tienen en la organización sanitaria una trascendencia de primer orden y la Ley permite poner en funcionamiento los procesos de transferencias de servicios, un dispositivo sanitario suficiente como para atender las necesidades sanitarias de la población residente en sus respectivas jurisdicciones.

La herramienta administrativa que propone Ley es la creación de un **Sistema Nacional de Salud**. El eje del modelo que la Ley adopta es que las Comunidades Autónomas,

Administraciones que estén suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria, para que los beneficios de la autonomía no queden empeñadas por las necesidades de eficiencia en la gestión.

El Sistema Nacional de Salud se concibe así como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.

Los servicios sanitarios se concentran, pues, bajo, la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado. La creación de los respectivos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas se ha ido realizando de forma paulatina según se iban realizando las transferencias en materia de Sanidad.

Son principios generales de la ley:

- PRIORIDAD A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
- EXTENSIÓN DE LA ASISTENCIA A TODA LA POBLACIÓN
- ACCESO AL SISTEMA EN CONDICIONES DE IGUALDAD
- SUPERACIÓN DE LAS DESIGUALDADES , TERRITORIALES Y SOCIALES
- PARTICIPACIÓN COMUNITARIA A TRAVÉS DE LAS COOPERACIONES TERRITORIALES
- ESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS
- LIBRE ELECCIÓN DE MEDICO EN EL ÁREA SANITARIA

Características de este sistema:

- **extensión de su servicio a toda la población.**
- **atención integral a la salud comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y la rehabilitación.**
- **la coordinación y la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un único dispositivo.**

- la financiación de las coordinaciones derivadas de esta ley mediante recursos de las administraciones públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- altos niveles de calidad en la atención debidamente evaluada y controlada.
- los límites en la prestación de tipo sanitario se producen en la odontología.

1.2.1.3. LEY 16/2003 DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La Ley de Sanidad fue complementada el año 2003 por la *Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que manteniendo las líneas básicas de la Ley modificó y amplió el articulado para adaptarlo a la nueva realidad social y política vigente en España.

Esta Ley se promueve cuando todas las comunidades autónomas han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad y se ha establecido un modelo estable de financiación de todas las competencias asumidas.

Esta ley establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

La Ley define un núcleo común de actuación del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de salud que lo integran. Sin interferir en la diversidad de fórmulas organizativas, de gestión y de prestación de servicios consustancial con un Estado descentralizado, se pretende que la atención al ciudadano por los servicios públicos sanitarios responda a unas garantías básicas y comunes. De esta forma, la ley crea o potencia órganos especializados, que se abren a la participación de las comunidades autónomas.

El órgano básico de cohesión es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España, al que se dota de mayor agilidad en la toma de decisiones y de mecanismos para la búsqueda de consensos, así como para la vinculación entre las

partes en la asunción de estas decisiones. El sistema incluye la Alta Inspección, a la que se atribuye el seguimiento de los acuerdos de aquél, entre otras funciones.

1.3. EVOLUCION DE LA SALUD PUBLICA ORAL EN ESPAÑA

Debido a que las transferencias de competencias sanitarias se fueron haciendo de forma paulatina, cada comunidad autónoma ha ido creando programas de salud con una serie de características propias y completamente diferentes a los de otras comunidades autónomas (hecho claramente evidente en el caso de la salud bucodental) no cumpliendo el principio de equidad dictado por la Ley General de Sanidad del año 1986 como desarrollo del principio constitucional de igualdad y protección de salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio nacional.¹⁴

Es por ello por lo que se dictó la Ley 16/2003, que pretendía paliar estas diferencias dentro del territorio español.¹⁵

La única cobertura odontológica que clásicamente era ofertada por la Sanidad pública en España hasta hace relativamente poco tiempo, era la prestada en las consultas de odontología de cupo donde se realizaban extracciones dentarias y consultas diagnósticas sin llevarse a cabo técnicas preventivas o conservadoras, correspondiéndose el siguiente nivel asistencial a los servicios de cirugía maxilofacial.

El crecimiento de los servicios públicos odontológicos no fue planificado adecuadamente en los últimos años en nuestro país y la respuesta que se dio a una demanda de atención odontológica creciente (ante el aumento desmesurado en la segunda mitad del siglo XX de la prevalencia de las dos enfermedades dentarias más comunes -caries y enfermedad periodontal-) fue insuficiente y muchas veces iatrogénica (exodoncia prematura del diente con dolor), no resolviendo los problemas sino retrasándolos e incluso ocasionando más patología al aumentar considerablemente el número de desdentados jóvenes en nuestra población.

Los datos de esta Encuesta Epidemiológica de Salud Bucodental de carácter nacional del año 1985, ponían de manifiesto la precaria situación de la salud bucodental en

España, planteando la necesidad de establecer unos servicios dentales públicos más equilibrados y completos para la prestación regular de asistencia preventiva, curativa y rehabilitadora.¹⁶

Algunas reformas han posibilitado un cambio que era necesario, como la creación de equipos de SBD que fueron posibles gracias a la reforma de la Atención Primaria.

Este crecimiento de la Salud Pública Oral experimentado en nuestro país en los últimos veinte años, nos ha hecho pasar de una atención odontológica comunitaria básicamente mutiladora (se hacían fundamentalmente extracciones dentarias) sin ningún tipo de planificación sanitaria a la paulatina instauración de programas de salud bucodental que, en mayor o menor grado, han logrado disminuir la prevalencia de enfermedades bucodentales con estrategias preventivistas y de acción comunitaria.¹⁷

Cada una de las CC.AA. ha desarrollado de forma independiente sus programas de acción comunitaria en materia de salud bucodental, originando de esta manera los múltiples programas de salud pública oral existentes, prácticamente uno por cada Comunidad Autónoma.

Durante los últimos veinte años, podemos decir que la prevención y la atención de los problemas relacionados con la salud bucodental han sido una de las áreas menos desarrolladas en el Sistema Sanitario Español. Los servicios ofertados han sido por lo general limitados, no correspondiéndose con las necesidades de tratamiento ni con las demandas de la población por una falta de planificación previa, paso necesario e ineludible para la puesta en marcha de todo programa de tipo preventivo-asistencial en cualquier problema de salud-enfermedad.¹⁸

De este modo, a propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo, el INSALUD puso en marcha en 1986 un Programa de salud bucodental dirigido a la población infantil en aplicación de la Ley General de Sanidad 14/1986. Este programa incluía actividades específicas de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades bucodentales, en el ámbito de la APS.

En el mismo orden de cosas, en ese mismo año 1986 es dictada la Ley 10/1986 de ordenación de las profesiones sanitarias de odontólogo, higienista dental y protésico dental. La ley se dirige a la creación y estructuración de las profesiones sanitarias de odontólogos, protésicos e higienistas dentales con la finalidad de hacer posible y efectiva la atención en materia de salud dental a toda la población.¹⁹

Siguiendo la filosofía de la Conferencia de Alma-Ata de 1978, se estaba gestando la estructuración de la Atención Primaria de Salud, lo cual propiciaba la creación de Equipos de Salud Bucodental (ESBD) en los centros de salud y, por tanto, la posibilidad de iniciar actividades preventivas y de promoción de salud oral orientada hacia la comunidad.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobó en el año 1990 una serie de recomendaciones de salud oral, entre las que incluían la realización de estudios epidemiológicos por parte de las Comunidades Autónomas, medidas de educación para la salud, aplicación de medidas preventivas etc., para la realización de sus programas de atención dental comunitaria.²⁰

Desde el momento en que tuvo lugar la transferencia de competencias sanitarias a las primeras Comunidades Autónomas (las llamadas comunidades históricas), estas pusieron en marcha programas preventivos y asistenciales para reducir la prevalencia de las principales enfermedades bucodentales, programas dirigidos casi exclusivamente a la población infantil en edad escolar.

En el momento actual, la organización de servicios públicos dentales ha experimentado un enorme crecimiento existiendo un marcado interés por la Salud Pública Oral en nuestro país.

La mayoría de las CC.AA., han realizado estudios epidemiológicos de prevalencia de enfermedades bucodentales (paso previo para la planificación de programas destinados a prevenir y tratar estas enfermedades) y han venido desarrollando a lo largo de la década de los noventa con mayor o menor éxito, programas de salud bucodental, como una oferta más de sus servicios e incluso han elaborado toda una

serie de actividades asistenciales como parte integrante de los programas y no solamente preventivas.

El Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias, reconoció el derecho de los usuarios del Sistema Nacional de Salud a recibir ciertos servicios gratuitos, financiados con cargo a la Seguridad Social y fondos estatales adscritos a la sanidad. Se ha destacado la inclusión de prestaciones de odontología restauradora en este Real Decreto como un hito histórico en la corta historia de la salud pública oral en España.²¹

Las prestaciones sanitarias descritas en este Real Decreto en su Anexo I apartado 2.f) 5ºb) para salud bucodental y con aplicación en todas las Comunidades Autónomas del por aquel entonces territorio INSALUD eran:

- Información y educación en materia de higiene y salud bucodental.
- Medidas preventivas y asistenciales en la población infantil:
 - Aplicación de flúor tópico, obturaciones y sellados de fisuras.
- Tratamiento de procesos agudos odontológicos, incluida la exodoncia de piezas dentarias.
- Exploración preventiva de la cavidad oral en mujeres embarazadas.
- Ayudas económicas para prótesis dentarias (supeditadas a un “baremo”)

Como en aquellos años coexistían en nuestro sistema sanitario público servicios de salud dependientes directamente de la Administración del Estado y servicios dependientes de las Consejerías de Sanidad de las distintas CC.AA. se apreciaba que

los servicios y prestaciones vigentes en las CC.AA., ya fueran con competencias transferidas o no, eran muy diversos, de tal manera que se daban grandes diferencias de un territorio a otro. De hecho la presentación de su Cartera de servicios o catálogo de servicios mínimos en cada Comunidad difería ampliamente, no habiendo ningún tipo de equidad entre la atención recibida por los individuos cuya salud bucodental dependerá en mayor medida de la región en la que desarrolle su vida cotidiana.

Un nuevo Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que con bases en el anterior Real Decreto 63/1995, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Con ello y en aras de la equidad se quiso establecer para la totalidad del territorio español los servicios mínimos comunes que debía de tener todo programa de salud en general y de salud bucodental en particular.²²

En su **ANEXO II de Prestaciones mínimas de la Atención Primaria**, punto 9 de atención de salud bucodental donde se expone lo siguiente:

- Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y acciones preventivas dirigidas a la atención a la salud bucodental.
- La indicación de esta prestación se realiza por los odontólogos y especialistas en estomatología.

Las actividades descritas en este **Real Decreto 1030/2006** son:

- Información, educación para la salud y, en su caso, adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental.
- Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiéndose por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación témporo-mandibular.
- Incluye consejo bucodental, tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera, exodoncias, exodoncias quirúrgicas, cirugía menor de la cavidad oral, revisión oral para la detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.
- Exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas:
Incluye instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental, acompañadas de adiestramiento en higiene bucodental, y aplicación de flúor tópico de acuerdo a las necesidades individuales de cada mujer embarazada.

- Medidas preventivas y asistenciales para la población infantil de acuerdo con los programas establecidos por las administraciones sanitarias competentes:
 - ✓ Aplicación de flúor tópico.
 - ✓ Obturaciones.
 - ✓ Sellados de fisuras.
 - ✓ Otras.
- Se consideran excluidos de la atención bucodental básica los siguientes tratamientos:
 - ✓ Tratamiento reparador de la dentición temporal.
 - ✓ Tratamientos ortodóncicos.
 - ✓ Exodoncias de piezas sanas.
 - ✓ Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.
 - ✓ Implantes dentarios.
 - ✓ Realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones contempladas como financiadas por el Sistema Nacional de Salud en esta norma.

En el caso de personas con discapacidad que, a causa de su deficiencia, no son capaces de mantener, sin ayuda de tratamientos sedativos, el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, para facilitarles los anteriores servicios serán remitidas a aquellos ámbitos asistenciales donde se les pueda garantizar su correcta realización.

Uno de los grandes problemas que desde siempre se han esgrimido para la no inclusión de la salud bucodental dentro de los servicios mínimos de atención sanitaria ha sido el económico.

Un informe de la OMS estima que los tratamientos bucodentales suponen entre el 5 y el 10% del gasto sanitario de los países industrializados.²³

Los Reales Decretos 111/2008 de 1 de febrero y 1464/2009 de 18 de septiembre, han fijado la concesión directa de subvenciones a las Comunidades Autónomas para la promoción de actividades para la salud bucodental infantil.^{24, 25}

Dado que no todas las Comunidades Autónomas tienen las mismas actividades programáticas en sus programas de atención dental infantil,^{26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36} el Decreto fija las actividades que subvenciona.

En el ámbito de la salud bucodental de los niños y adolescentes españoles, la provisión de sus servicios la podemos clasificar en tres modelos diferentes. (Fig. 1)

A) Modelo Público

Son prestaciones de la cartera de servicios de la red pública de Atención Primaria de cada administración sanitaria, prestados por dentistas asalariados, e integrados en los equipos de salud. El usuario acude a su Centro de Salud donde los dentistas realizan todos los tratamientos según la cobertura de cada Comunidad y programa de su zona que, como se ha descrito anteriormente, es muy variada y desigual. No tienen legislación propia y, por tanto, se rigen por el RD 1030/2006. Estas comunidades son: Asturias, Galicia, Comunidad de Madrid, La Rioja, Comunidad Valenciana y ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Algunas CC.AA., aún rigiéndose por este decreto, tienen su propio programa desarrollado, como Cataluña y Cantabria.^{6,37,38}

B) Modelo Mixto: Público- Privado

En la CC.AA. donde rige este modelo, la administración sanitaria ha concertado con la red privada la realización de determinados tratamientos. El usuario es atendido por los dentistas de la red pública (asalariados) que realizan los tratamientos genéricos o básicos, y derivan a los pacientes a la red privada concertada para los tratamientos denominados especiales. Estos tratamientos especiales se concretan en: endodoncia, apicoformación, traumatismos, malformaciones y tratamientos protésicos restauradores. El pago a los dentistas concertados es por "acto médico" a tarifa concertada. En este modelo, las CC.AA. tienen su propia legislación y cartera de servicios. Estas comunidades son: Castilla y León y Castilla La Mancha^{6,37,38}

C) Modelo PADI

La financiación es pública pero la provisión es mixta, a través de la red pública (dentistas asalariados) y de la red de clínicas privadas que han sido previamente concertadas.

Existe libre elección de dentista y el pago a los privados es por capitación para la patología general y por acto médico, a tarifa concertada y previamente publicada, para los traumatismos y malformaciones de incisivos y caninos. Ambos sectores realizan los mismos tratamientos.

Las CC.AA. con este modelo tienen legislación y cartera de servicios propios. Existe también gran variabilidad en las tarifas que paga la Administración de cada comunidad autónoma tanto en la capitación como por cada uno de los tratamientos especiales realizados.

Este modelo se apoya mayoritariamente en la red privada concertada para la oferta de sus servicios, y la pública, que provee los mismos servicios que la privada, actúa como garante del servicio ante posibles lagunas no cubiertas por aquélla. Es el modelo instaurado por País Vasco y Navarra a comienzos de los años 90 y posteriormente adoptado por otras Comunidades, en algunas de ellas con ligeras modificaciones.

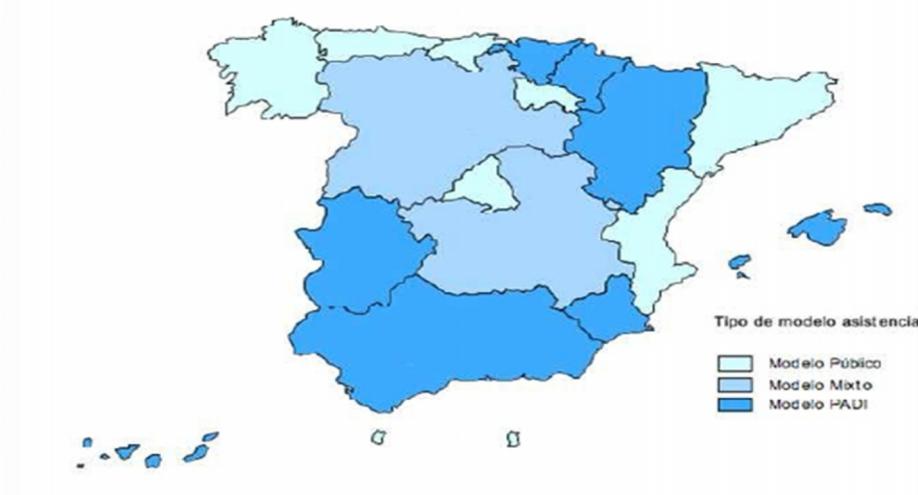


Figura 1: Distribución geográfica de los 3 modelos de asistencia bucodental en el paciente infantil (Cortés, 2008).

Según los datos que aporta la Encuesta Nacional de Salud de 1997³⁹, los adultos mayores de 16 años han aumentado sus visitas al dentista respecto a años anteriores, y lo hacen cada vez más por motivos conservadores. Esta tendencia se hace todavía más favorable entre los niños y adolescentes donde el motivo de su última visita fue

para revisión en el 64% de los casos, para obturación de una caries en el 20%, mientras que sólo fue del 12% para la extracción de un diente. El 70% recibió estos servicios en un centro privado y el 23% en un centro público.

Por último decir que es opinión generalizada que tanto los niveles de salud como los hábitos en relación a la salud bucodental (SBD) han cambiando rápidamente en este país.

Está mejorando la salud dental y están mejorando los hábitos de consumo, tanto de productos de higiene oral como de servicios dentales. Pero es igualmente cierto que la odontología continúa siendo una asignatura pendiente del sistema sanitario público español ya que la oferta de prestaciones es notoriamente inferior a la que se brinda para otros aspectos de la salud de la población.^{40,41,42,43}

Las actuaciones de la Administración Central en este sector en los últimos años, han evolucionado a impulsos y hasta el momento no han seguido las directrices de una estrategia propia y específica previamente establecida que pudiera ser sometida a evaluación específica del sistema.⁴⁴

En el ámbito de los servicios públicos, la creación de equipos de salud bucodental, que fueron posibles gracias a la reforma de la Atención Primaria también germinaron en un cambio necesario pero todavía no existe, en el ámbito estatal, una política en salud bucodental. Esta es un área con elementos suficientemente diferenciadores del resto de la actividad sanitaria, como para tener una entidad gerencial y planificadora específica y que así se refleje en el organigrama del Sistema Nacional de Salud (SNS) como sucede en otros países de nuestro entorno.⁴²

1.4. LA SALUD PUBLICA ORAL EN CASTILLA Y LEON

La atención bucodental a la población de Castilla y León, está regulada por el Decreto 142/2003 de 18 de diciembre, publicado en el Boletín Oficial de Castilla y León,³⁶ en el cual se desarrollan las siguientes prestaciones:

Asistencia dental básica a TODA LA POBLACIÓN

Todos los usuarios pueden acceder a las siguientes prestaciones:

- **Educación** sanitaria sobre higiene de la boca.
- **Exploración** y valoración de la boca cuando lo considere necesario el Equipo de Salud Bucodental de su zona.
- **Tratamientos:**
 - Farmacológicos
 - Traumatismos osteodentarios
 - Heridas y lesiones de la mucosa
 - Enfermedades de la articulación témporo-mandibular
 - Extracciones de dientes
 - Cirugía menor de la cavidad oral

Asistencia dental a personas MAYORES

Los usuarios que tengan 75 años cumplidos o más, tienen la posibilidad de:

- Una exploración anual programada, de carácter preventiva, en la que se buscarán si se padece de:
 - Caries
 - Enfermedad periodontal
 - Lesiones orales cancerosas y precancerosas
- Recibir educación sanitaria, dirigida a prevenir las enfermedades de la boca.

Asistencia dental a DISCAPACITADOS

Las personas que sufran una discapacidad psíquica, que impida la realización de la exploración bucodental y/o la realización de los tratamientos que le correspondan por su edad, se les garantizan las mismas prestaciones aunque precisen anestesia, previa autorización del tutor, bien anestesia en el Equipo de Salud Bucodental de su zona o en el Hospital de referencia.

Asistencia dental a mujeres EMBARAZADAS

Las mujeres embarazadas, cuando acudan al primer control con su Matrona, serán remitidas por éstas al Equipo de Salud Bucodental que le corresponda, el cual realizará las siguientes acciones:

- Exploración programada preventiva a la búsqueda de:

- Caries
- Gingivitis gravídica
- Cáncer oral

- Actuaciones:

- Flúor tópico
- Controladores de placa, si precisa.
- Al menos una limpieza de boca (placa y/o tártaro) entre el 4º y 6º mes de embarazo. Y todas las necesarias a criterio de los Equipos de Salud Bucodental.
- Revisiones periódicas en pacientes de riesgo que determinen los Equipos de Salud Bucodental.

- Educación sanitaria:

- Cambios orales en la embarazada
- Higiene dental
- Dentición infantil
- Encuesta de conocimientos
- Medidas dietéticas

Asistencia dental INFANTIL

La población infantil tiene la posibilidad de dos tipos de asistencia:

Asistencia dental básica:

- Una revisión anual:
 - Disposición de piezas dentales
 - Índice de caries
 - Maloclusiones
 - Enfermedad periodontal

- Educación sanitaria y valoración de la higiene dental.
- Cuando el Equipo de Salud Bucodental lo considere necesario se realizarán:
 - Aplicación de colutorios y/o gel de flúor.
 - Aplicación de flúor tópico profesional.
 - Sellado de fisuras permanentes, en molares definitivos
 - Obturaciones en el primer molar definitivo.

Tratamientos especiales: Se implantarán progresivamente:

- Para el año 2004 a los niños nacidos entre 1.994 y 1.998, cuando cumplan los 6 años.
- Para el año 2005 los niños de 6 a 12 años.
- Para el año 2006 todos los niños entre 6 y 14 años.

Podrán recibir, si lo precisan, los siguientes tratamientos:

- Apicoformación
- Endodoncias
- Ferulización del grupo anterior
- Mantenedor de espacio
- Reimplante dentario
- Perno preformado
- Reconstrucción
- Gran reconstrucción por traumatismo o malformación
- Corona acrílica
- Corona completa de metal-porcelana

La estructura organizativa se basa en **Unidades de Área** que, a su vez, se ubican en Centros de Atención Primaria. En su ubicación puede haber uno o más Equipos de Atención de Salud Bucodental, los cuales pueden atender una o más Zonas Básicas de Salud, hasta alcanzar una cobertura del total de la población.

Los recursos humanos que pueden existir en cada equipo son distintos debido a las peculiaridades de cada uno de ellos y a la actividad que se realiza. En la actualidad se componen de: odontoestomatólogos, enfermeros de apoyo (se irán reemplazando progresivamente por higienistas dentales), higienistas dentales y auxiliares de enfermería.

Los Equipos están dotados de una Aplicación Informática específica, que tiene como objetivo la gestión de las consultas odontológicas y su registro informático, utilizando ordenadores portátiles de pantalla táctil (Tablet PC) y sistemas de comunicación que permiten el volcado en un Servidor.

Para esta comunicación se emplea: una base de datos centralizada, accesos fijos desde la Intranet del Sacyl y accesos móviles mediante tecnología de telefonía móvil (G.P.R.S.).

ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS REALIZADOS

En **1993** se realizó un estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares de Castilla y León ⁴⁵ obteniéndose:

Una prevalencia de caries del 52,32% a los 7 años, Prevalencia del 74,14% a los 12 años y del 82,84% a los 14 años que fueron los tres grupos de edad estudiados. El cod era de 1,47 a los 7 años con un CAOD de 0,46. El CAOD de 2,32 a los 12 años. A los 14 años se encontró una cifra de 3,62 para el CAOD.

En **1999** vuelve a repetirse el estudio y se estudian grupos de edad de 6, 12 y 14 años.⁴⁶

La prevalencia de caries disminuye hasta un 30% en los 6 años, 27,31 % a los 12 y 64% a los 14. El índice CAOD es de 1,05 a los 12 años y de 1,61 a los 14.

A los 6 años este índice es casi imperceptible con un 0,06. La comparativa de los datos que se puede vislumbrar de ambos estudios nos refleja un marcado descenso del índice CAOD a la edad de 12 años de 2,32 en el primer estudio a un 1,05 en el de 1998.

Año de realización	CAOD a los 12 años
1993	2,32
1999	1,05

OBJETIVOS

2

2. OBJETIVOS

2.1. GENERAL

Analizar el nivel de conocimiento de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras AP) de Segovia, del programa de atención bucodental de Castilla y León.

2.2. ESPECIFICOS

Establecer el grado de accesibilidad al programa de atención bucodental

Determinar el grado de información recibida y percibida por los profesionales sanitarios de dicho programa

Identificar los conocimientos que poseen los profesionales acerca del programa de salud bucodental de Castilla y León.

Identificar los conocimientos que poseen los profesionales a cerca de las competencias de los odontólogos.

Analizar la valoración por parte de los profesionales de atención primaria de los tratamientos en salud bucodental que presta el programa de salud bucodental de Castilla y León.

MATERIAL y MÉTODOS

3



3. METODOLOGIA

3.1 Diseño del estudio

Análisis descriptivo transversal en que la unidad de análisis fue el profesional sanitario (médicos y enfermeras) de Atención Primaria.

Estudio multicéntrico mediante cuestionario anónimo elaborado ad hoc para averiguar los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios ante el PSBD en Castilla y León. En el momento actual no existe ningún instrumento validado para realizar tal medida, ni para la población en la que pretendemos evaluar el problema, ni para ninguna otra. Por ello se confeccionó el cuestionario.

3.2 Enfoque metodológico.

3.2.1. Estudio basado en métodos de encuesta.

Para obtener información a partir de un colectivo amplio de sujetos, que resulte suficientemente representativo, recurrimos a los procedimientos de encuesta.

Concretamente, hemos utilizado un cuestionario, que se plantea como un conjunto de ítems diferentes que pueden ser planteados de forma interrogativa, enunciativa, afirmativa o negativa, con un formato determinado, un orden de preguntas y un contenido concreto sobre el tema que queremos investigar, en las que los sujetos expresan respuestas que son codificables numéricamente y susceptibles de tratamiento cuantitativo.^{47,48,49,50,51}

3.3 Selección de los informantes.

3.3.1. Población objeto de estudio. La población escogida para realizar las encuestas engloba a los médicos y enfermeras de AP, que en el año 2013 se encuentran ejerciendo en la provincia de Segovia.

3.3.2. Muestra de sujetos encuestados. La amplitud de la población estudiada, aconseja no seleccionar una muestra sino trabajar sobre la población, donde se centrará la recogida de información.

Se accederá a este grupo de profesionales a través de los Centros de Salud.

Se realizarán las encuestas al total de 296 profesionales que trabajen en la capital y en la provincia, distribuidos de la siguiente manera:

Médicos, 182 distribuidos de la siguiente manera: 41 urbanos, 125 rurales y 16 semiurbanos.

Enfermeros, 114 distribuidos de la siguiente manera: 40 urbanas, 64 rurales y 10 semiurbanos

3.4 Variables

- Variables sociolaborales: sexo, edad, profesión, centro de salud (urbano semiurbano o rural), antigüedad como profesional sanitario.
- Total de profesionales que conocen en algún grado el programa de salud bucodental.
- Total de profesionales que conocen las competencias de los odontólogos
- Total de profesionales que han recibido formación sobre el programa de salud bucodental
- Importancia de la salud bucodental dentro del sistema sanitario.
- Grado de conocimiento del programa para niños, adultos, ancianos, discapacitados
- Percepción de las prestaciones del programa de salud bucodental

3.5 Técnica de recogida de información.

Las técnicas de recogida de datos empleadas en el estudio se basan en metodología cuantitativas.

La metodología cuantitativa es una de las metodologías de investigación que tradicionalmente se han utilizado en las ciencias empíricas. Se centra en los aspectos observables susceptibles de cuantificación, y utiliza la estadística para el análisis de los datos.

3.5.1 Cuestionario

El cuestionario facilita la recogida de información de colectivos amplios, planteando por escrito una serie de preguntas acerca del tema objeto de estudio. Es posiblemente la técnica más utilizada en la investigación social, permitiendo obtener las opiniones de un elevado número de sujetos con un relativo bajo coste.^{47,48,49,50,51}

El cuestionario que se empleara en el estudio habrá de confeccionarse y validar, para permitir la mayor información posible.

Fases en la elaboración de un cuestionario^{51,52,53}

- El primer paso que debemos seguir es diseñar un borrador o boceto, indicando qué aspectos intenta abarcar y cómo se van a distribuir los elementos en las diferentes áreas de contenido.
- Decidir el formato de los ítems que vamos a utilizar, su distribución general, la longitud del cuestionario (número de preguntas), cuál será su forma de aplicación, cuándo se efectuará, instrucciones para su presentación y el sistema de puntuación que vamos a utilizar, que dependerá del tipo de preguntas.
- Las instrucciones pueden darse por escrito u oralmente. En las Instrucciones sobre modo de responder a los ítems, podría ser conveniente la inclusión de un ejemplo.

3.5.1.1 Estructura y contenido

Las dimensiones que forman el cuestionario son bloques temáticos en relación a los conocimientos del Programa de Salud Bucodental en Castilla y León: características, uso e indicaciones, El cuestionario consta de cuatro partes en la que se incluye:

TablaIV: Bloques del cuestionario

Introducción.	Explicación e instrucciones de realización.
Agradecimiento.	Agradecimiento a la colaboración.
Datos demográficos.	En los que se incluyen años de ejercicio profesional, sector profesional, titulación y lugar de trabajo.
Cuerpo de preguntas.	Afirmaciones con una escala del 1 al 5 o del 0 al 5 , para puntuarlas según corresponda con el grado de acuerdo o desacuerdo Afirmaciones si (1) no (0)

La introducción consta de una breve explicación de realización del cuestionario y se determina el propósito del estudio, también se indica que las respuestas serán anónimas.

Los datos demográficos incluyen: años de ejercicio profesional (menos de 10 años, entre 10 y 20 años y más de 20 años), sexo, titulación del profesional (enfermera o medico), y lugar de trabajo (urbano, semiurbano o rural).Con estos datos podremos observar relaciones entre las variables demográficas y los resultados obtenidos.

El cuerpo de preguntas consiste en 20 ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita una puntuación del 1 al 5 (Escala Likert), en la que cada valor numérico se corresponde con las opiniones y experiencias de los individuos respecto al ítem indicado. Otra pregunta de respuesta afirmativa (2) o negativa (1)

Se contemplaron varias dimensiones o aspectos objeto de estudio, agrupados en torno a cinco bloques o dominios (tabla 2).

Tabla V: Dimensiones de la validación

Programa de salud bucodental de Castilla y León	Valoración del conocimiento de dicho programa
Formación	Valoración de la Formación de los profesionales de Atención Primaria en Salud bucodental
Importancia del programa dentro del sistema sanitario	Valoración y consideraciones de los profesionales de la importancia del programa
Prestaciones del programa de salud bucodental de Castilla y León	Valoración de la percepción de los profesionales
Funciones del odontólogo de Atención Primaria	Valoración del conocimiento de las funciones del odontólogo por los profesionales

3.5.1.2 Validación ^{54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64}

➤ Estudio piloto

Una vez cumplimentados los apartados anteriores y redactados el cuestionario, el siguiente paso en la elaboración de un cuestionario es aplicarlo experimentalmente a un número reducido de sujetos, representativos de la muestra a utilizar para identificar aquellos ítems criticables acerca de los cuales hay desacuerdo en cuanto a la respuesta correcta debido a una incorrecta formulación de la pregunta. Se realiza un cribado semántico, sintáctico, conceptual y analítico. Con el resultado de este cribado las preguntas se eliminan o redactan de nuevo.

El cuestionario provisional se sometió a un pilotaje con el objeto de comprobar que todas las preguntas se entendían e interpretaban de la misma manera, confirmar que las categorías de respuestas eran exhaustivas y observar que el orden y disposición de las preguntas era el adecuado y daba fluidez en el desarrollo del cuestionario. Esta prueba piloto permitió reconocer y corregir errores en el diseño inicial del test así como calcular el tiempo de cumplimentación.

Se realizó la encuesta a través de Google ya que se pretendía valorar la posibilidad de realizar este tipo de encuestas al total de la muestra ya que requiere menos tiempo y garantiza el anonimato lo que podría derivar en una menor proporción de datos perdidos y mayor tasa de respuesta.

En noviembre 2012 se realizó otra prueba piloto para valorar la comprensibilidad y la factibilidad del cuestionario. Esta prueba piloto se realizó en un grupo de 11 profesionales sanitarios que trabajan en los centros urbanos de Segovia y 11 de los centros rurales.

Se entregaron un total de 22 cuestionarios, El tiempo dedicado a responder el cuestionario fue de 6 minutos.

Con los resultados y sugerencias aportadas se realiza un segundo cuestionario.

➤ **Validación por jueces**

La validación trata de someter el cuestionario a la valoración de investigadores y expertos, que deben juzgar la capacidad de éste para analizar todas las dimensiones que deseamos medir.

Evaluamos por tanto, la validez y la confiabilidad del cuestionario para asegurar que la medición representa el concepto medido a través de la opinión de expertos en el tema. Se valorará la pertinencia y claridad de cada ítem, agrupados en bloques temáticos. Los expertos puntuarán en una escala del 0 al 5 la pertinencia (correspondencia entre el contenido del ítem y la dimensión para la cual va a ser utilizado) y claridad (grado en que el ítem está redactado de forma clara y precisa, facilitando su comprensión por los sujetos encuestados) de los ítems que forman parte del cuestionario piloto. El valor 0 indicaba la mínima pertinencia o claridad en el ítem, mientras que el 5 indicaba el máximo valor en estos criterios. Además, se añade un apartado de

“Comentarios/formulación alternativa”, en el que los jueces podían hacer comentarios, observaciones y plantear modos alternativos de formular aquellos ítems que considerasen inadecuados por su falta de claridad o pertinencia (Anexo I).

Entre los expertos participantes en la validación se encuentran profesionales del ámbito académico y de la administración sanitaria. En la siguiente tabla se incluyen los perfiles de los expertos.

Tabla VI: Grupo de expertos

Gerente de Atención Primaria de Segovia
Coordinador de Odontología del Área de Segovia
Profesor Asociado de Odontología Infantil y Prótesis. UEM.
Profesor de Derecho Sanitario en la Facultad de Ciencias de la Salud.
Profesores asociados de Odontología Preventiva. Universidad Rey Juan Carlos.

- Dado el carácter transversal del diseño del estudio, se han evaluado la factibilidad, la validez de constructor y la fiabilidad en términos de consistencia interna.⁶⁵ Se realizó:

a) Validez:

Se ha evaluado la validez de contenido y constructo.

Primeramente la validez de **contenido** se ha llevado a cabo a través de expertos en la materia,

Posteriormente la validez de **constructo** se ha analizado mediante el análisis factorial para evaluar la estructura de las relaciones de los diferentes ítems del cuestionario (estructura interna) y la concordancia de las dimensiones con las secciones del modelo original.

No se ha podido evaluar la validez de criterio puesto que no se tiene otra medida directa de este concepto con la que podamos correlacionar los resultados de nuestro cuestionario.

b) Fiabilidad: se ha desarrollado mediante la evaluación de la consistencia interna (entendiendo consistencia en la medida en

que sus preguntas sean contestadas de forma similar en situaciones similares), a través del alfa de Cronbach, considerando $> 0,6$ aceptable, $> 0,7$ buena y $> 0,8$ excelente.

c) No se ha aplicado ningún método que mida la estabilidad (test-retest) puesto que solamente se ha realizado una medición en el tiempo a través del cuestionario.

d) La validez convergente no se puede estudiar por no haber otro instrumento semejante tras la revisión bibliográfica

e) **Cuestionario definitivo.** Las preguntas incluidas en el cuestionario, que se plantearan a modo de escalas y que son codificadas numéricamente y susceptibles de tratamiento cuantitativo.

- Descripción estadística de los ítems
- Se elaborará un diseño de tipo hoja de cálculo, y se introducirán los datos, para su posterior análisis mediante tratamiento estadístico. Para la realización de estos análisis se recurrirá al paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)

3.6 SEGOS

Los cuestionarios autoadministrados por vía e-mail requieren de preguntas claras y que no dejen lugar a la ambigüedad, existiendo riesgo de error en la cumplimentación y mayor falta de respuesta.

3.7 METODOS DE ANALISIS DE LOS DATOS

Análisis estadístico descriptivo en forma de distribución de frecuencias con sus respectivas medidas de dispersión. Se han calculado las frecuencias relativas de cada una de las categorías.

Para medir las variables cuantitativas se calcula la media, la desviación estandar y los valores máximos y mínimos. En caso de distribuciones asimétricas se calcularía la mediana y los percentiles.

Las variables cualitativas se expresan en porcentajes con sus intervalos de confianza del 95% [IC 95%].

La validez de los límites superior e inferior, depende de “n” (numero) y “p” (porcentaje) y han de ser el producto $n \times p$, $n \times (1-p)$ en ambos rangos mayor o igual a 5. Si no NO son validos los IC, ya que la condición de su aplicación es que sigan una distribución normal.

Optando en ese caso por:

1. Obtención de límites exactos(ley F de Snedecor)
2. Reconstruir categorías para que el producto sea mayor o igual a 5 y recalculan los IC95%

En el caso de que la categoría no fuera adyacente este proceso no se podría realizar

Para asociar las variables cualitativas se utiliza la prueba de la Chi-cuadrado, considerándose significativo una $p < 0,05$

Pruebas de significación estadística:

Con el objetivo de comparar la frecuencia de respuesta por grupos de sujetos, se ha empleado el contraste de Chi-cuadrado (analizar si las frecuencias son diferentes entre los grupos)

Sin embargo, este contraste exige ciertos requerimientos acerca del tamaño muestral y además, la prueba Chi- cuadrado es aplicable a los datos de una tabla de contingencia solamente si las frecuencias esperadas son suficientemente grandes (normalmente mayores de 5). De esta forma, en caso de no cumplir alguno de estos requisitos se ha utilizado el test exacto de Fisher.

Se ha considerado como hipótesis nula la inexistencia de diferencias, rechazándose

cuando el nivel de significación p-valor $\leq 0,05$. Todos los análisis se han realizado con el programa informático SPSS versión 15.0.

3.8 CONFIDENCIALIDAD

Para poder enviar el cuestionario a los profesionales sanitarios de AP se solicitó autorización a la Gerencia de AP de Segovia. Una vez autorizado, se procedió al envío del cuestionario.

El nombre del profesional permanece en el anonimato, tanto en la base de datos excell/SPSS como en la redacción del trabajo.

RESULTADOS

4

4. RESULTADOS

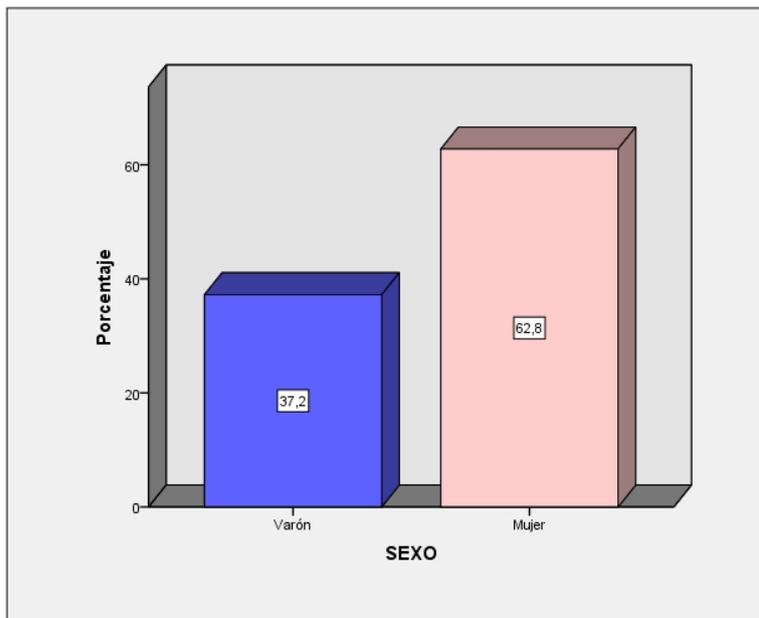
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

La población encuestada es de 296 profesionales de los cuales 182 son médicos y 114 son enfermeros.

Se recibieron 137 encuestas de las que 84 son médicos y 53 enfermeros

Del total de las encuestas recibidas, el 37,2 % [IC95%=29,1-45,3] de los encuestados son hombres y un 62,8% [IC95%=54,7-70,9] mujeres como se representa en la figura 2

Figura 2: Distribución de la muestra en función del sexo



		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	Varón	51	37,2	29,1-45,3
	Mujer	86	62,8	54,7-70,9
		137	Total 100,0	

El 38,7% son enfermeros y un 61,3% son médicos (figura 2)

Figura 3: Distribución de la muestra en función de los sectores profesionales

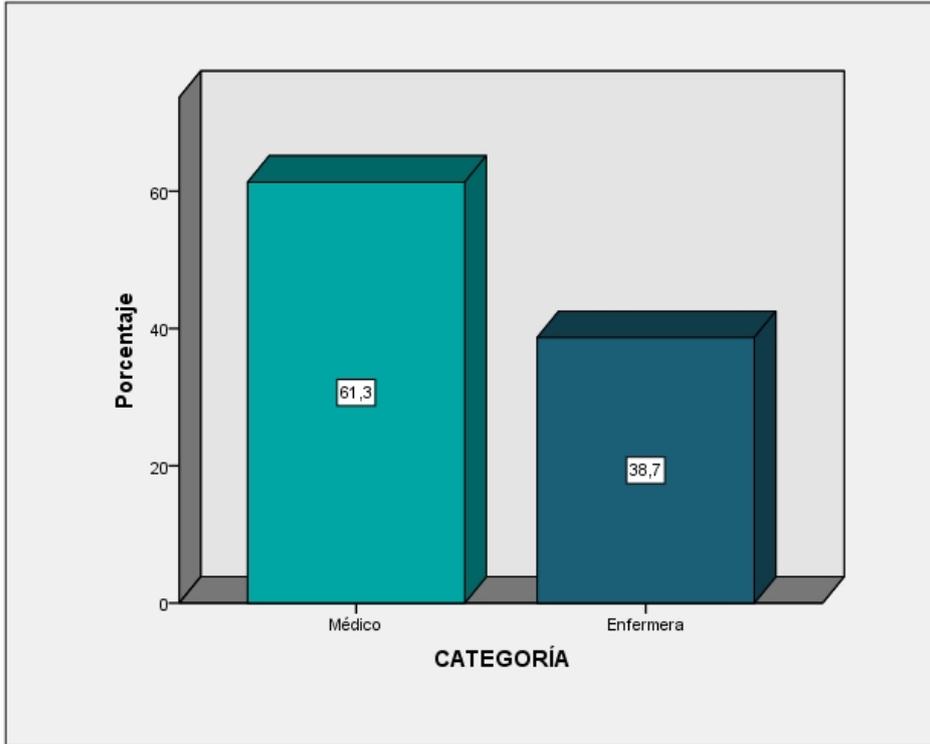


TABLA VIII: CATEGORÍA

		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	Médico	84	61,3	53,1-69,5
	Enfermera	53	38,7	30,5-46,9
	Total	137	100,0	

El 63,5% trabaja en centros rurales, el 30,7 % en centros urbanos y un 5,8 % en centros semiurbanos.

Figura 4: distribución de la muestra en función del lugar de trabajo

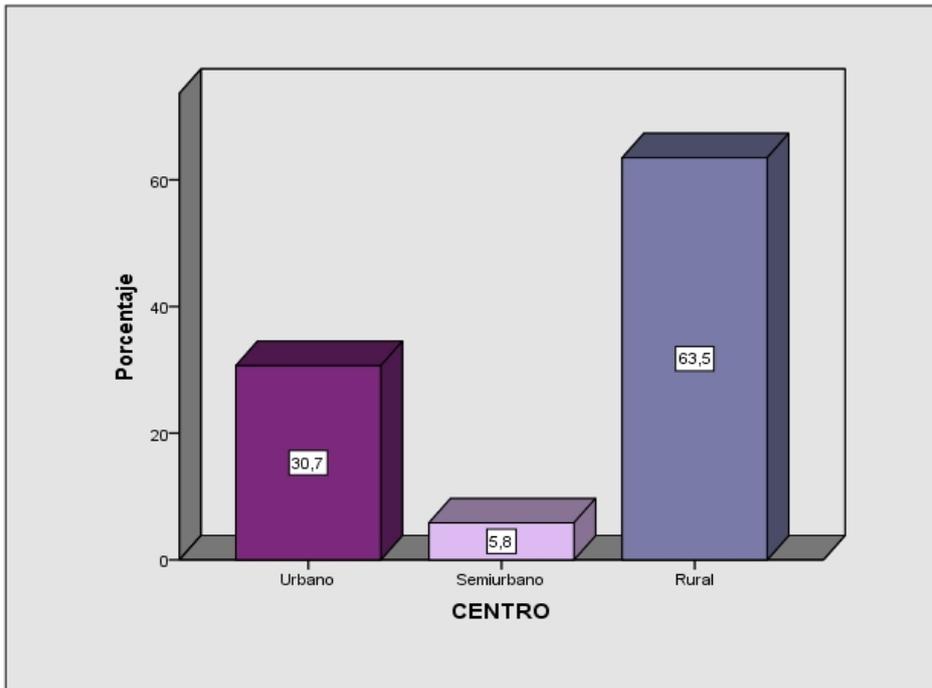


TABLA IX: CENTRO DE TRABAJO

		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	Urbano	42	30,7	23,0-38,4
	Semiurbano	8	5,8	1,9 – 9,7
	Rural	87	63,5	55,4 – 71,6
	Total	137	100,0	

El 55,4% de los encuestados tiene entre 50 y 59 años, un 23,4% entre 40 y 49 años, un 12,4% entre 30 y 39 años y un 8,8% más de 60 años

Figura 5: Distribución de la muestra en función de la edad

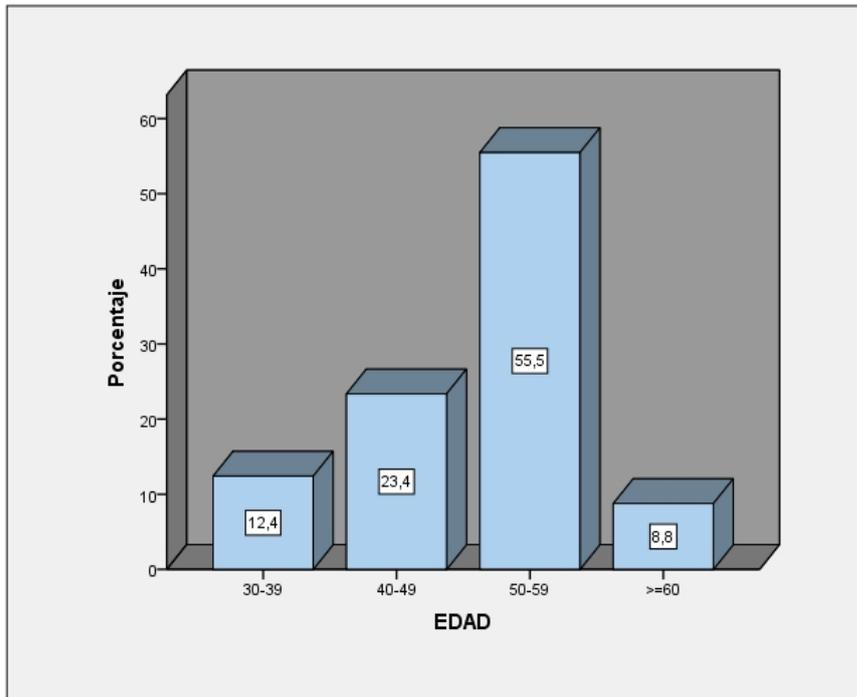
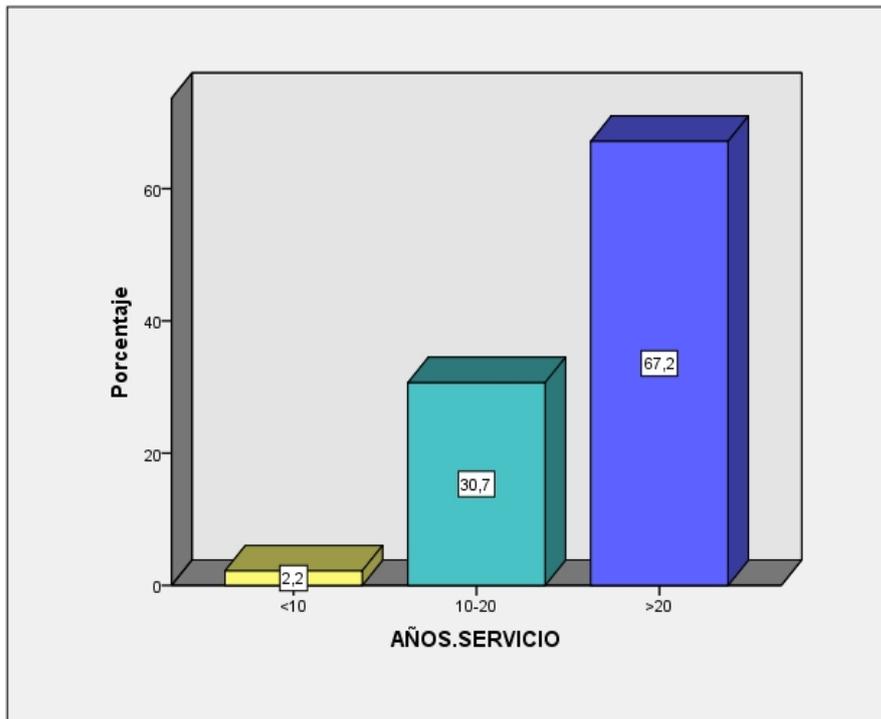


TABLA X: EDAD				
		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	30-39	17	12,4	6,9-17,9
	40-49	32	23,4	16,3-30,5
	50-59	76	55,5	47,2-63,8
	>=60	12	8,8	4,1-13,5
	Total	137	100,0	

La Figura 6 muestra los años de experiencia de los profesionales. Un 67,2% tiene una experiencia profesional de más de 20 años, un 30,7% posee una experiencia entre 10 y 20 años y un 2,2% una experiencia de menos de 10 años.

Figura 6: Distribución de la muestra en función de la experiencia profesional



		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	<10	3	2,2	25,00 – 40,8
	10-20	42	30,7	
	>20	92	67,2	59,3-75,1
	Total	137	100,0	

4.2 RESPUESTA A LOS ITEMS DEL CUESTIONARIO

CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL

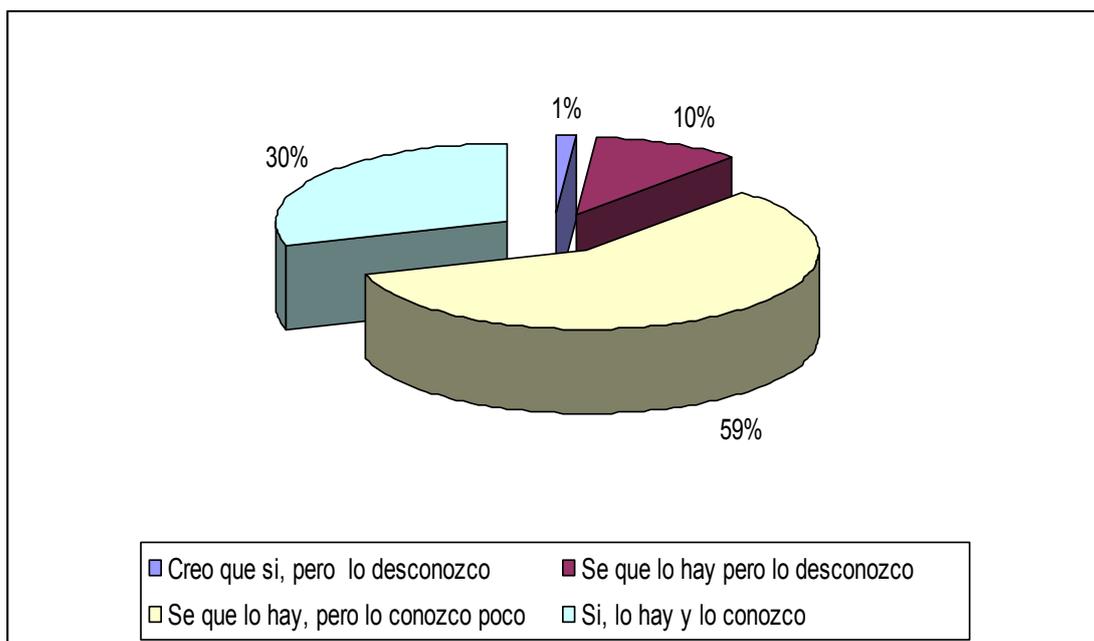
PREGUNTA 1: ¿Conoce la existencia del programa de salud buco dental (SBD) de la Junta de Castilla y León?

El 59% sabe de la existencia del programa pero lo conoce poco, el 30% sabe que existe y lo conoce y el 10% sabe que existe pero no lo conoce

TABLA XII: Conoce existencia PSBD

		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	Creo que sí, pero lo desconozco	2	1,5	6,3 – 17,1
	Se que lo hay, pero lo desconozco	14	10,2	
	Se que lo hay, pero lo conozco poco	80	58,4	51,1-66,6
	Sí, lo hay y lo conozco	41	29,9	22,3-37,6
	Total	137	100,0	

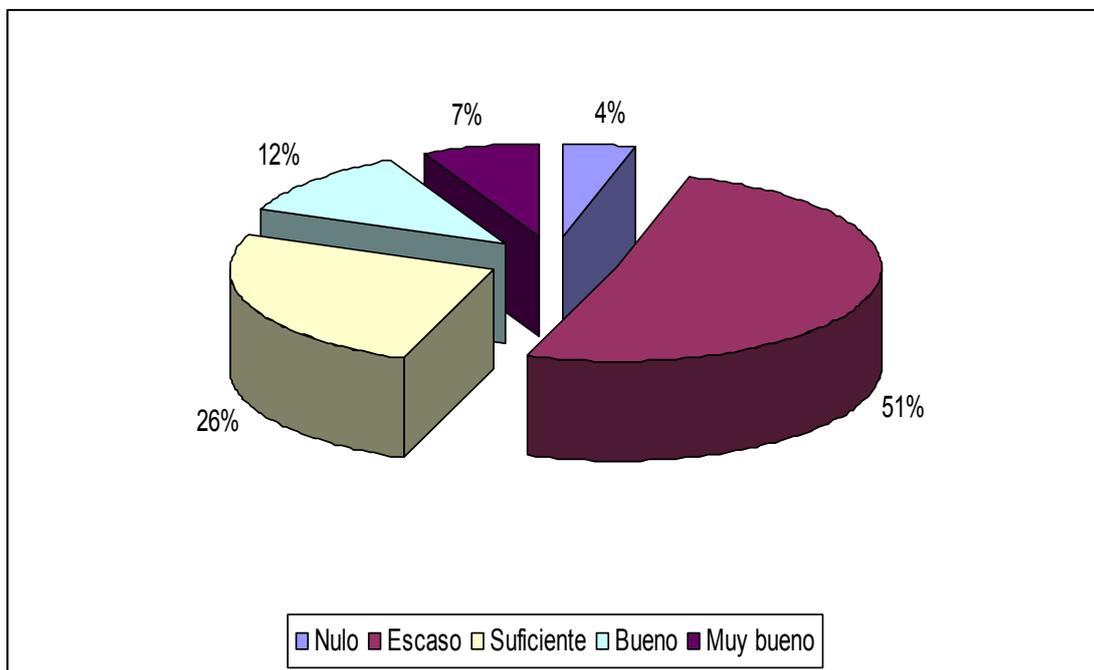
Figura 7: Distribución de la muestra: Conocimiento de la existencia del PSBD



PREGUNTA 6: ¿Su conocimiento sobre el programa de salud bucodental dirigido a niños considera que es?

TABLA XII: Conocimiento PSBD de niños				
		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	Nulo	6	4,4	47,2 – 63,8
	Escaso	70	51,1	
	Suficiente	35	25,5	18,2-32,8
	Bueno	16	11,7	6,3-17,1
	Muy bueno	10	7,3	2,9-11,7
	Total	137	100,0	

Figura 8: Distribución de la muestra: conocimiento PSBD dirigido a niños

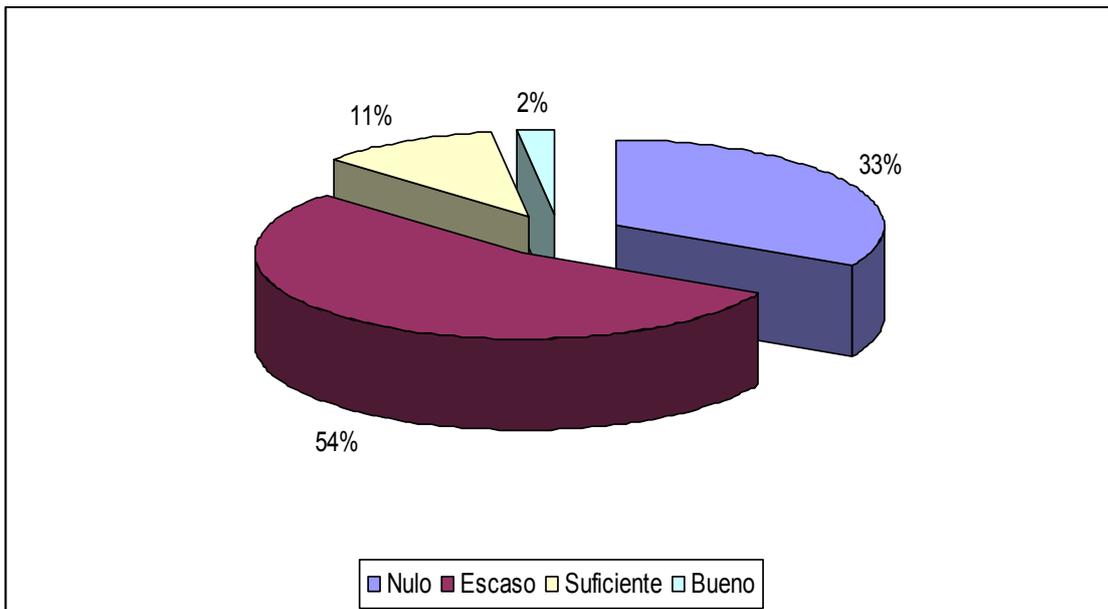


PREGUNTA 8: ¿Su conocimiento sobre las prestaciones del programa de salud bucodental dirigido a ancianos considera que es?

TABLA XIV: Conocimiento PSBD ancianos

		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	Nulo	45	32,8	24,4-40,0
	Escaso	74	54,0	45,9-62,5
	Suficiente	15	10,9	7,4-18,7
	Bueno	3	2,2	
	Total	137	100,0	

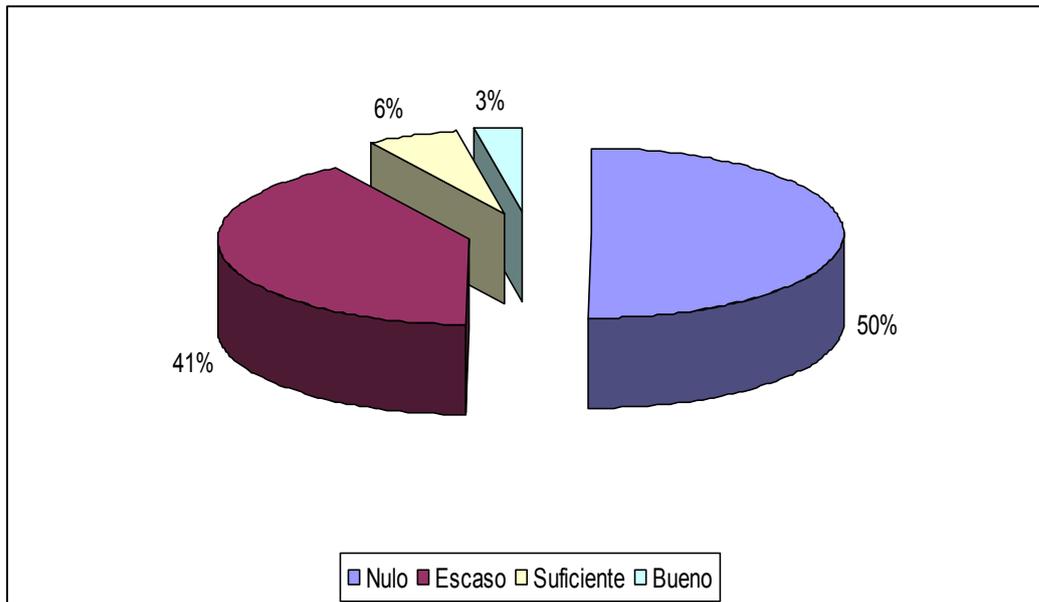
Figura 9: Distribución de la muestra: Conocimiento PSBD dirigido a los ancianos



PREGUNTA 10: ¿Su conocimiento sobre las prestaciones del programa de salud bucodental dirigida a discapacitados considera que es?

TABLA XV: Conocimiento PSBD discapacitados				
		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	Nulo	69	50,4	42,0-58,8
	Escaso	56	40,9	32,7-49,1
	Suficiente	8	5,8	12,2-25,2
	Bueno	4	2,9	
	Total	137	100,0	

Figura 10: Distribución de la muestra: conocimiento PSBD dirigido a los discapacitados

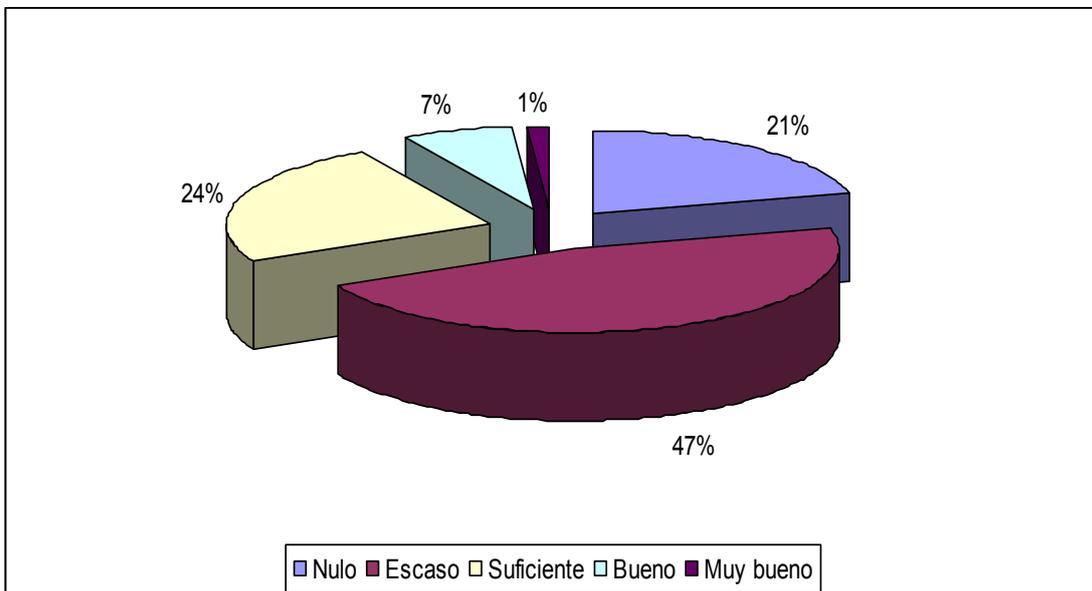


PREGUNTA 12: ¿Su conocimiento sobre las prestaciones en salud bucodental dirigidas al adulto considera que es?

TABLA XVI: Conocimiento PSBD adultos

		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	Nulo	29	21,2	14,4-28,0
	Escaso	64	46,7	38,3-55,0
	Suficiente	33	24,1	16,9-31,3
	Bueno	9	6,6	3,6-14,3
	Muy bueno	2	1,5	
	Total		137	100,0

Figura 11: Distribución de la muestra: conocimiento PSBD dirigido a los adultos

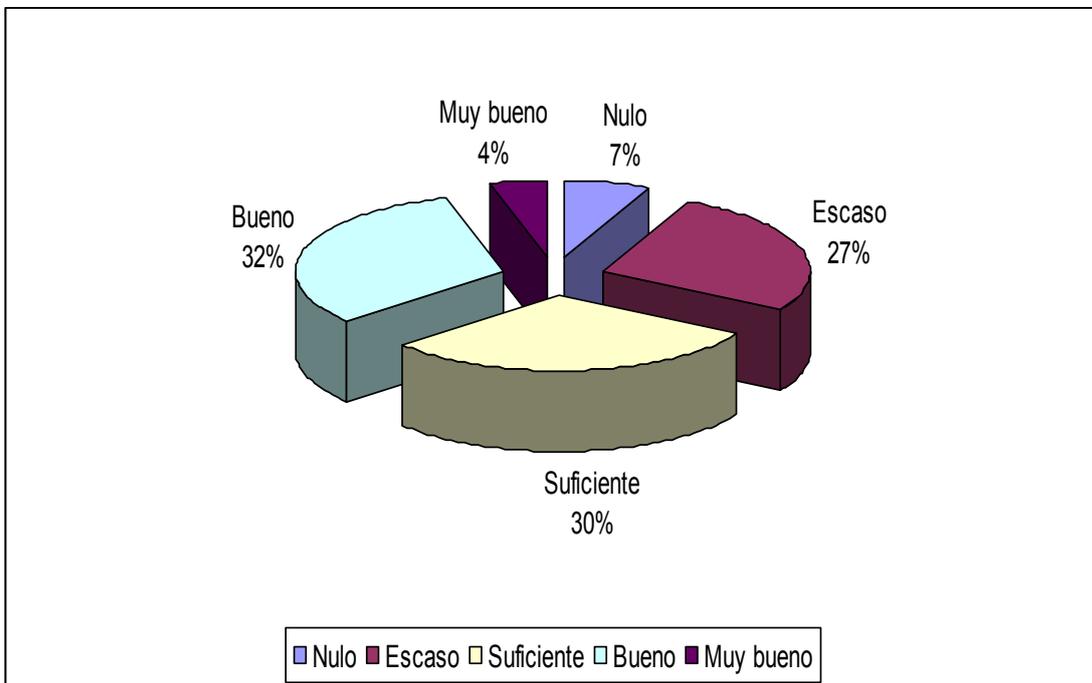


PREGUNTA 14: ¿Su conocimiento sobre las prestaciones del programa de salud bucodental a la embarazada considera que es?

TABLA XVII: Conocimiento PSBD embarazadas

		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	Nulo	9	6,6	25,7-41,5
	Escaso	37	27,0	
	Suficiente	41	29,9	22,2-37,6
	Bueno	44	32,1	28,4 – 44,6
	Muy bueno	6	4,4	
	Total	137	100,0	

Figura 12: Distribución de la muestra: conocimiento PSBD dirigido a las embarazadas

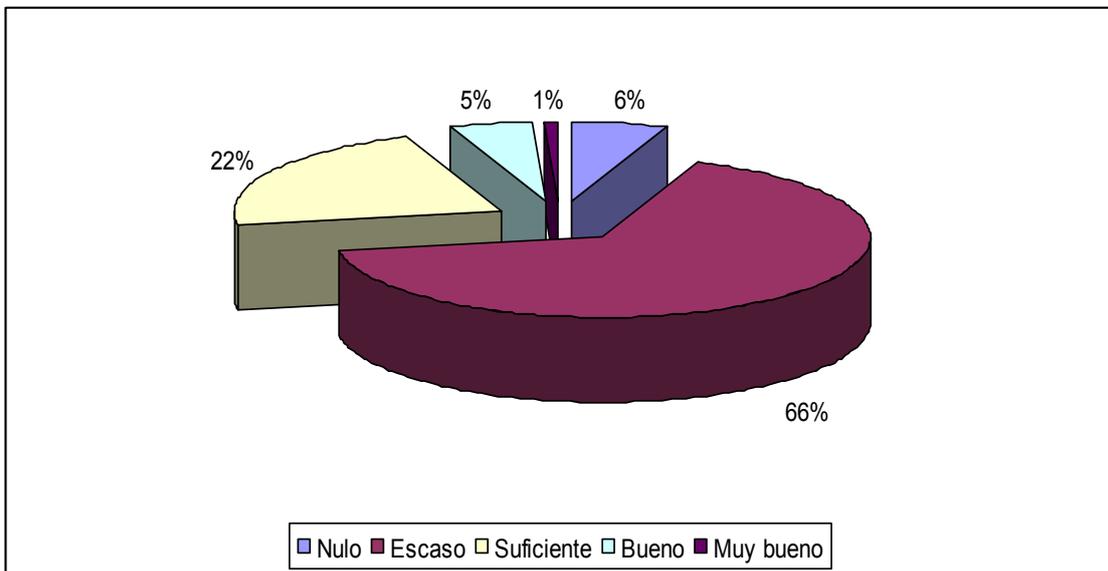


PREGUNTA 16: ¿Su conocimiento sobre las actividades preventivas del programa de salud bucodental de Sacyl considera que es?

TABLA XVIII: Conocimiento actividades preventivas

		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	Totalmente insuficientes	8	5,8	64,7 – 79,7
	Insuficientes	91	66,4	
	Escasas	30	21,9	20,2 – 35,2
	Suficientes	7	5,1	
	Óptimas	1	,7	
	Total		137	100,0

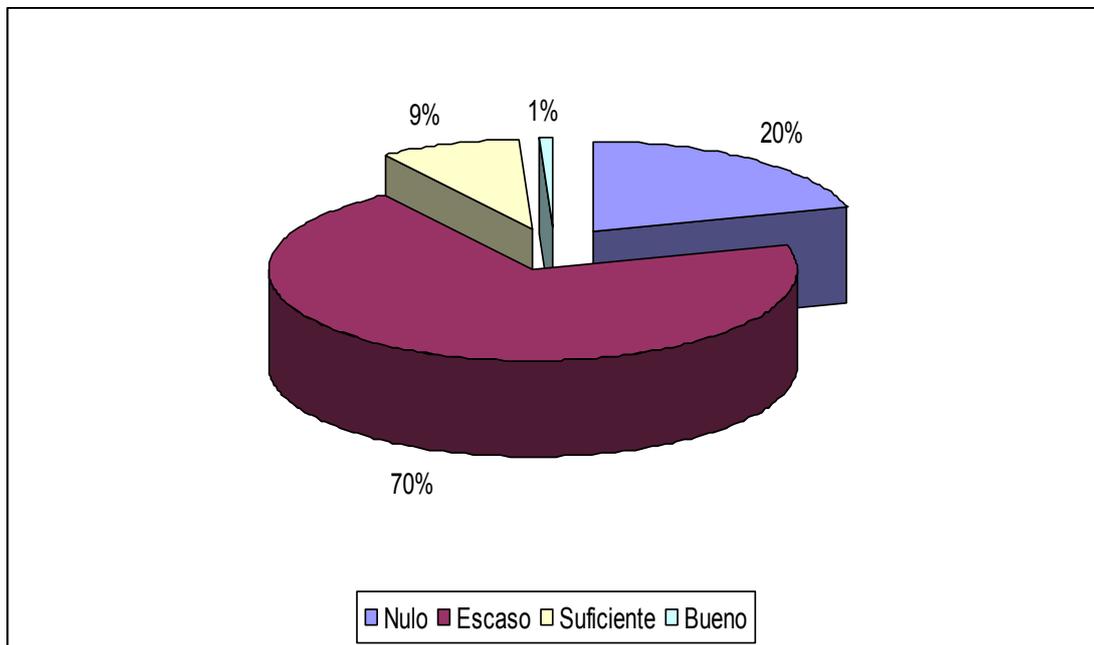
Figura 13: Distribución de la muestra: conocimiento de las actividades preventivas



PREGUNTA 19 ¿Su conocimiento sobre los tratamientos especiales que recoge el programa de SBD considera que es?

TABLA XIX: Conocimiento PSBD tratamientos especiales				
		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	Nulo	28	20,4	13,6-27,1
	Escaso	96	70,1	62,4-77,8
	Suficiente	12	8,8	4,6 – 14,4
	Bueno	1	,7	
	Total	137	100,0	

Figura 14: Distribución de la muestra: conocimiento de los tratamientos especiales del PSBD



PREGUNTA 20: ¿Su conocimiento sobre a que población van dirigidos los tratamientos especiales considera que es?

TABLA XX: Conocimiento población de tratamientos especiales				
		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	Nulo	1	,7	11,4 – 23,9
	Escaso	23	16,8	
	Suficiente	101	73,7	66,3-81,1
	Bueno	12	8,8	4,1-13,5
	Total	137	100	
Total		137	100,0	

Figura 15: Distribución de la muestra: conocimiento población de tratamientos especiales

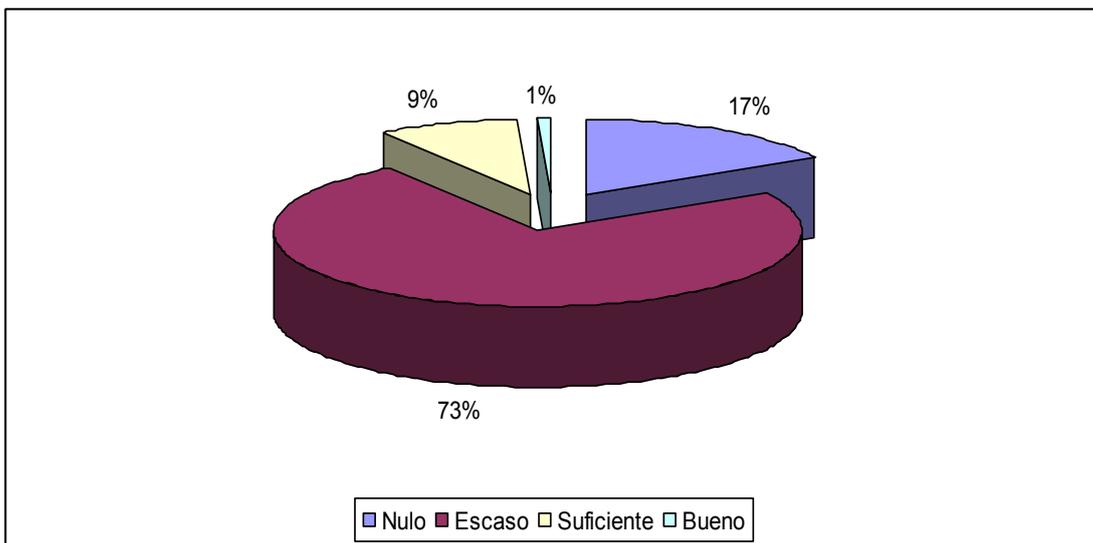


TABLA XXI: Conocimiento del PSBD: Descripción de los conocimientos de los profesionales

ITEM	NULO					MUY BUENO					MEDIA	DESV. TÍPICA
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
1. ¿Conoce la existencia del programa de salud buco dental (SBD) de la Junta de Castilla y León?	0	1,5	10,2	58,4	29,9						4,16	,659
6. ¿Su conocimiento sobre el programa de salud bucodental dirigido a niños considera que es?	4,4	51,1	25,5	11,7	7,3						2,66	,995
8. ¿Su conocimiento sobre las prestaciones del programa de salud bucodental dirigido a ancianos considera que es?	32,8	54,0	10,9	2,2	0						1,82	,706
10. ¿Su conocimiento sobre las prestaciones del programa de salud bucodental dirigido a discapacitados considera que es?	50,4	40,9	5,8	2,9	0						1,61	,703
12. ¿Su conocimiento sobre las prestaciones en salud bucodental dirigidas al adulto considera que es?	21,2	46,7	24,1	6,6	1,5						2,20	,900
14. ¿Su conocimiento sobre las prestaciones del programa de salud bucodental a la embarazada considera que es?	6,6	27,0	29,9	32,1	4,4						3,01	1,018
16. ¿Su conocimiento sobre las actividades preventivas del programa de salud bucodental de Sacyl considera que es?	5,8	66,4	21,9	5,1	0						2,28	,685
19. ¿Su conocimiento sobre los tratamientos especiales que recoge el programa de SBD considera que es?	20,4	70,1	8,8	0,7	0						1,90	,559
20. ¿Su conocimiento sobre a que población van dirigidos los tratamientos especiales considera que es?	16,8	73,7	8,8	0,7	0						1,92	,503

Uno de los aspectos acerca de los cuales se ha recogido información de los profesionales sanitarios han sido los conocimientos que poseen sobre el programa de salud bucodental.

En general, los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) demuestran un buen conocimiento de la existencia del programa.

Teniendo en cuenta el contenido de los ítems en los que se han logrado puntuaciones más altas, podemos afirmar que los profesionales tienen un mejor conocimiento de las prestaciones dirigidas a niños y a embarazadas.

ASOCIACIONES

Posibles asociaciones entre conocimientos del PSBD y las variables: edad, años de servicio, sexo y centro de trabajo.

- test del chi-cuadrado para tabla de contingencias

El estudio estadístico de las posibles asociaciones/relaciones sería el siguiente:

Un valor para la variable edad de $p=0,175$ así que tenemos un valor de $p > 0,05$. Se observa que no existe diferencia ES entre el conocimiento del PSBD y la edad de los profesionales sanitarios.

Existen diferencias ES en el conocimiento del PSBD según años de servicio ($p=0,006$).

En las posibles asociaciones entre el conocimiento PSBD infantil y las variables, según lugar de trabajo ($p=0,368$), sexo ($p= 0,141$) y edad ($p=0,182$). Todos valores de $p>0,05$. No existen diferencias ES.

En el conocimiento del PSBD dirigido a ancianos encontramos la asociación con la variable años de servicio ($p=0,052$) y La variable edad que presenta una $p=0,188$, valor que indica que no hay diferencia ES.

En el conocimiento del PSBD dirigido a discapacitados encontramos para las variables edad ($p=0,098$) y años de servicio ($p=0,107$). Por tanto No existen diferencias ES entre el conocimiento del programa dirigido a discapacitados y las variables estudiadas

En el conocimiento del PSBD dirigido a adultos para la asociación con la variable edad ($p=0,011$) si hay diferencias ES entre conocimiento del programa dirigido a adultos y esta variable pero para la variable años de servicio ($p=0,069$), no existe diferencia ES.

En el conocimiento del PSBD dirigido a embarazadas según sexo ($p= 0,002$), edad ($p=0,006$) Hay diferencias ES .La asociación con años de servicio ($p=0,105$) con un valor de $p>0,05$ indica que no existe diferencia ES.

En el conocimiento de las actividades preventivas del PSBD según edad ($p=0,172$) y años de servicio ($p=0,188$).No hay diferencias ES.

En las posibles asociaciones entre el conocimiento de los tratamientos especiales del PSBD y las variables edad ($p=0,260$) y centro de trabajo ($p=0,051$). Se observa que No hay diferencias ES

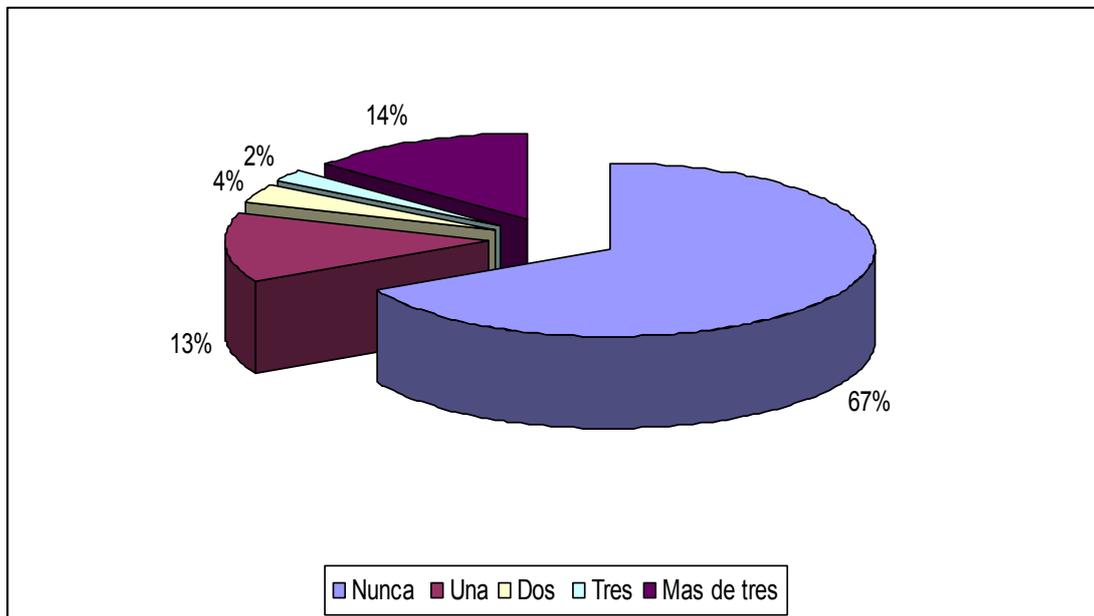
En el estudio estadístico de las asociaciones entre conocimiento de a quienes se dirigen los tratamientos especiales del PSBD y otras variables encontramos edad ($p=0,056$). Por tanto no hay diferencias ES

FORMACION

PREGUNTA 2: Señale el número de veces que ha participado en actividades informativas sobre el programa de SBD

TABLA XXII: Número de veces participación en formación

		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	Nunca	92	67,2	59,3 - 75,1
	1 vez	18	13,1	12,3 – 25,5
	2 veces	5	3,6	
	3 veces	3	2,2	
	>3 veces	19	13,9	8,1-19,7
	Total	137	100,0	



El 67% de los encuestados nunca ha recibido formación sobre el programa de salud bucodental.

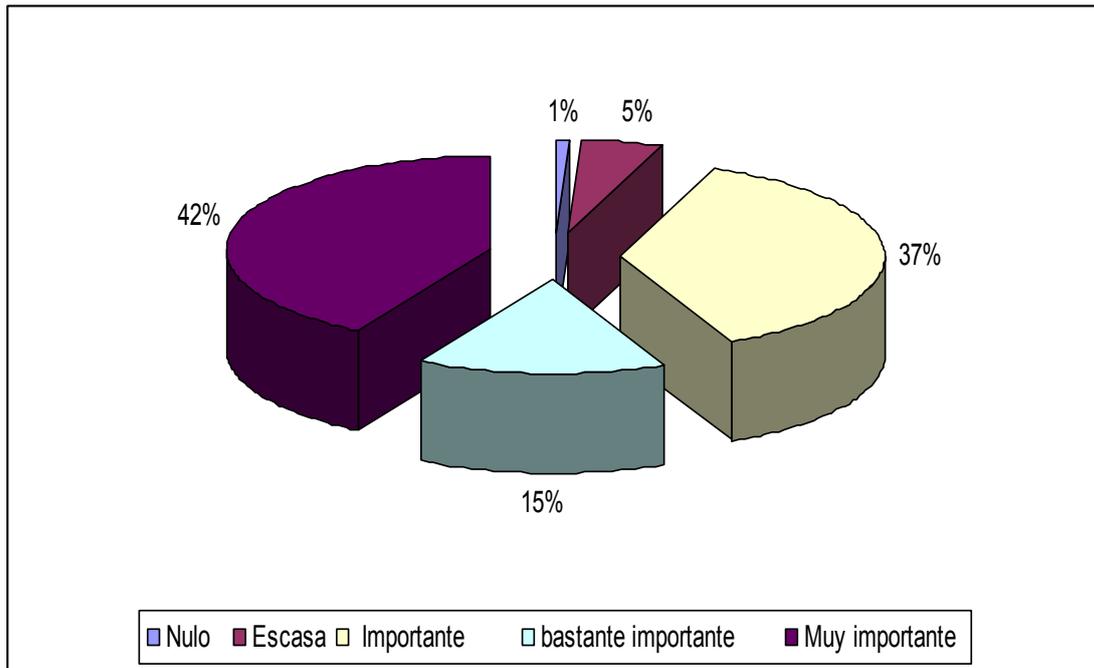
ASOCIACIONES:

No Hay diferencias ES entre la formación de los profesionales y las variables edad, sexo, centro de trabajo y años de servicio

IMPORTANCIA

PREGUNTA 3: Valorare la importancia del programa de salud buco dental en el conjunto del sistema sanitario.

TABLA XXIII: Valoración importancia				
		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	Nula	1	,7	34,7 – 51,3
	Escasa	7	5,1	
	Importante	51	37,2	29,1-45,3
	Bastante importante	21	15,3	9,3-21,3
	Muy importante	57	41,6	33,3-49,9
	Total	137	100,0	



Casi la mitad (42%) de los profesionales considera el programa de salud bucodental muy importante dentro del sistema sanitario y un 15% bastante importante.

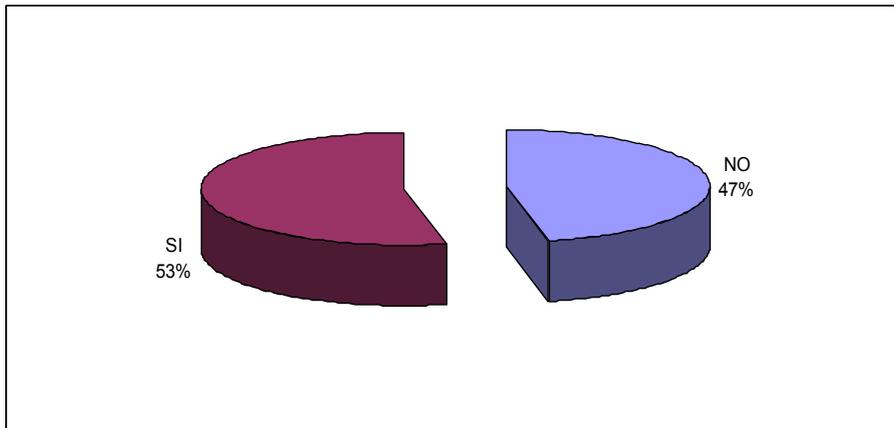
ASOCIACIONES:

No Hay diferencias ES entre la importancia que los profesionales sanitarios dan al PSBD dentro del SS y las variables edad, sexo, centro de trabajo y años de servicio

CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES DEL ODONTOLOGO

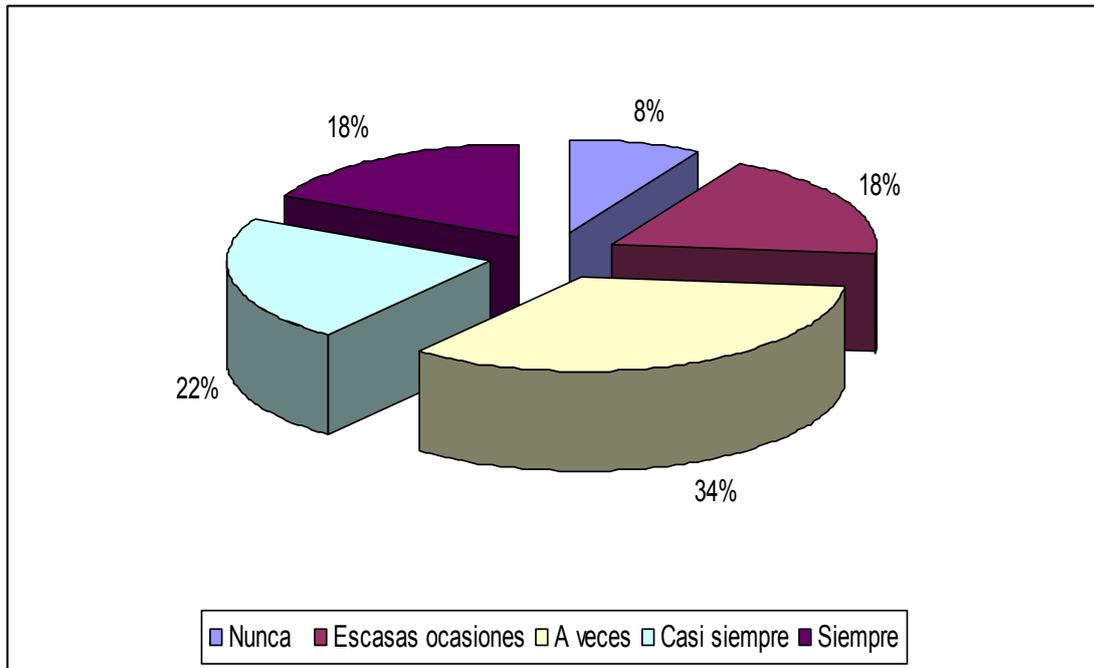
PREGUNTA 4: ¿Conoce el nombre del odontólogo de su zona?

TABLA XXIV: Conocer nombre odontólogo zona				
		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	No	64	46,7	38,3-55,0
	Si	73	53,3	49,9-61,6
	Total	137	100,0	



PREGUNTA 5: ¿Ha derivado o deriva pacientes al odontólogo de su zona?

TABLA XXV: Derivar pacientes				
		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	Nunca	11	8,0	18,8 – 33,6
	Escasas ocasiones	25	18,2	
	A veces	47	34,3	26,3-42,2
	Casi siempre	30	21,9	14,0-28,8
	Siempre	24	17,5	11,1-23,9
	Total	137	100,0	



ASOCIACIONES:

Existe diferencia ES según categoría profesional ($p=0,000$) y años de servicio ($p=0,011$) pero no hay diferencias ES con la variable edad ($p=0,080$)

PREGUNTA 17: Si al realizar la exploración bucodental, nos encontramos con patología en la articulación temporomandibular (ATM); ¿Dónde le derivaría usted habitualmente?

		Frecuencia	Porcentaje	Derivación IC 95%
Válidos	No lo sé	15	10,9	5,7-16,1
	Traumatólogo	28	20,4	13,6-27,1
	Otorrinolaringólogo	24	17,5	11,1-23,9
	Odontólogo	53	38,7	30,5-46,9

RESULTADOS

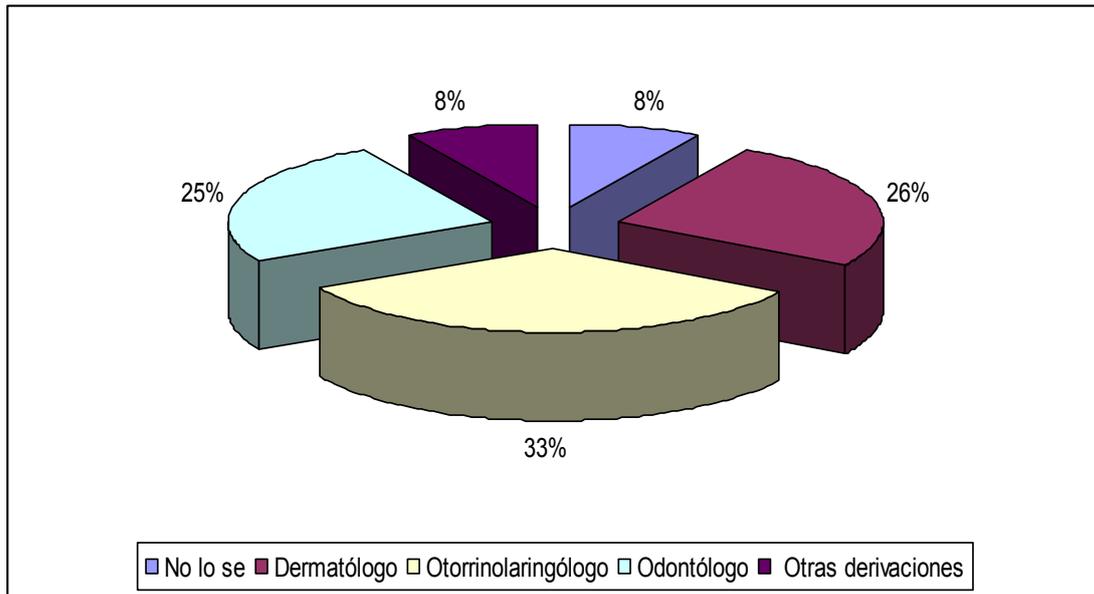
	Otras	17	12,4	6,9-17,9
	Total	137	100,0	

ASOCIACIONES:

Existe una diferencia ES entre la derivación de la ATM y las variables categorías profesionales ($p < 0,000$) y centros de trabajo ($p=0,000$)

PREGUNTA 18: ¿Dónde derivaría usted habitualmente las lesiones en la mucosa de la cavidad bucal?

TABLA XXVII: Derivación lesiones mucosa				
		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	No lo sé	11	8,0	18,9 – 33,7
	Dermatólogo	35	25,5	
	Otorrinolaringologo	46	33,6	25,7-41,5
	Odontólogo	34	24,8	18,3 – 32,9
	Otras	11	8,0	
	Total	137	100,0	



ASOCIACIONES:

Existe una diferencia ES entre la derivación de lesiones de mucosa bucal y las variables categorías profesionales ($p = 0.000$) y centros de trabajo ($p=0,000$).

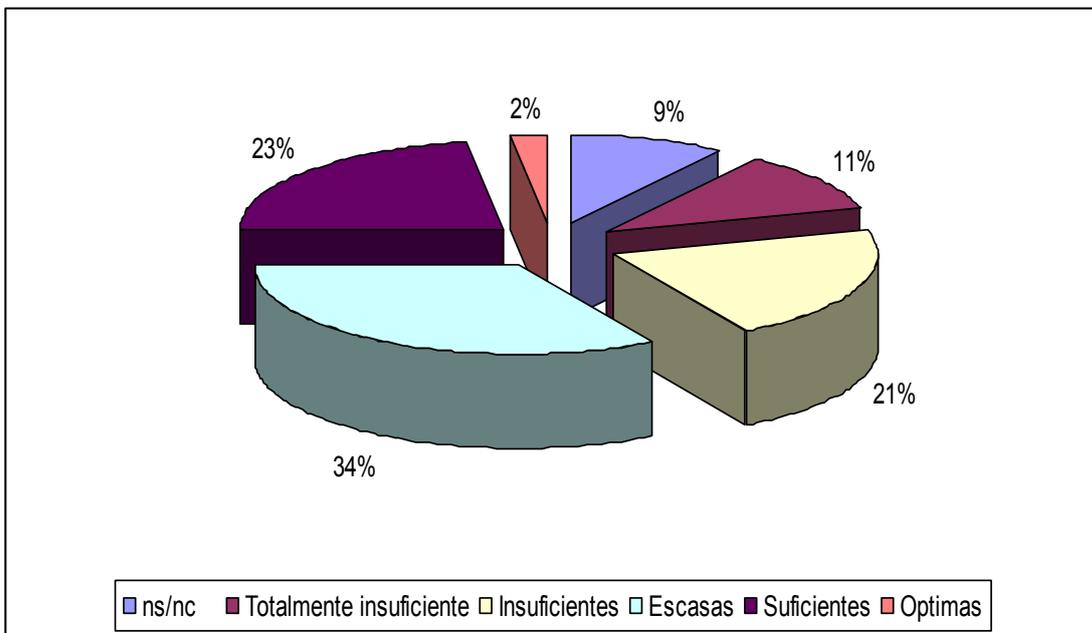
PERCEPCION DE LAS PRESTACIONES DEL PROGRAMA

PREGUNTA 7: ¿Las prestaciones dirigidas a los niños le parecen suficientes?

		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	0	13	9,5	4,6 – 14,4
	1	15	10,9	5,7 – 16,1
	2	29	21,2	14,4 – 28,0
	3	46	33,6	25,7 – 41 ,5
	4	31	22,6	17,6-32,0

TABLA XXVIII: Prestación a niños

		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	0	13	9,5	4,6 – 14,4
	1	15	10,9	5,7 – 16,1
	2	29	21,2	14,4 – 28,0
	3	46	33,6	25,7 – 41 ,5
	4	31	22,6	17,6-32,0
	5	3	2,2	
Total		137	100,0	

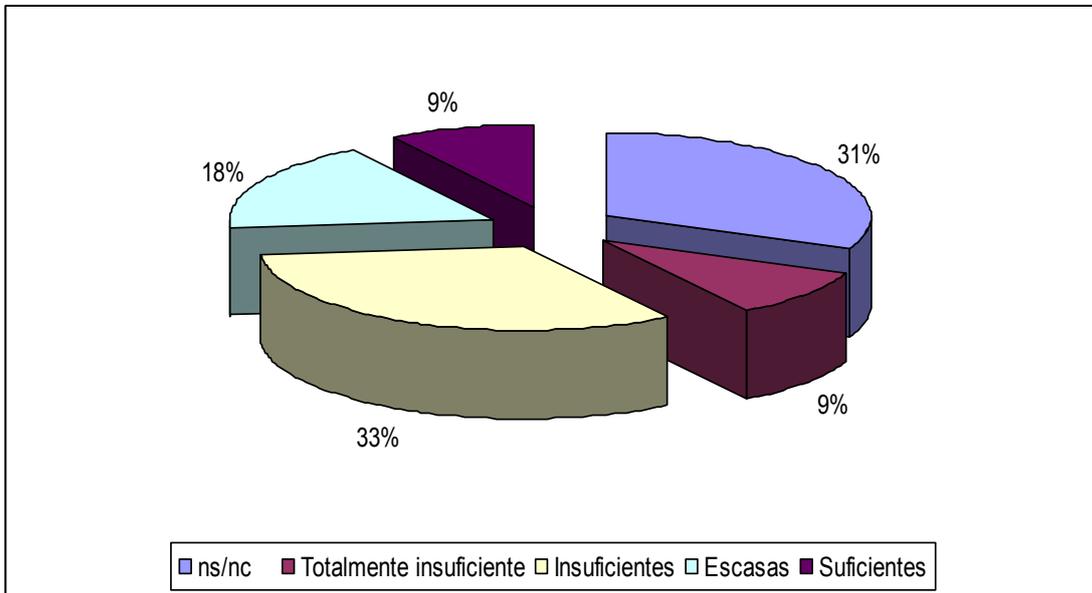


El 23% considera suficiente las prestaciones dirigidas a niños mientras que el 34% las considera escasas

PREGUNTA 9 ¿Las prestaciones del programa de salud bucodental dirigido a ancianos le parecen adecuadas?

TABLA XXIX: Prestaciones a los ancianos

		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	ns/nc	43	31,4	23,6 – 39,2
	Totalmente insuficiente	13	9,5	4,6 – 14,4
	Insuficientes	45	32,8	24,9 – 40,01
	Escasas	24	17,5	11,1 – 23,9
	Suficientes	12	8,8	4,1-13,5
Total		137	100,0	

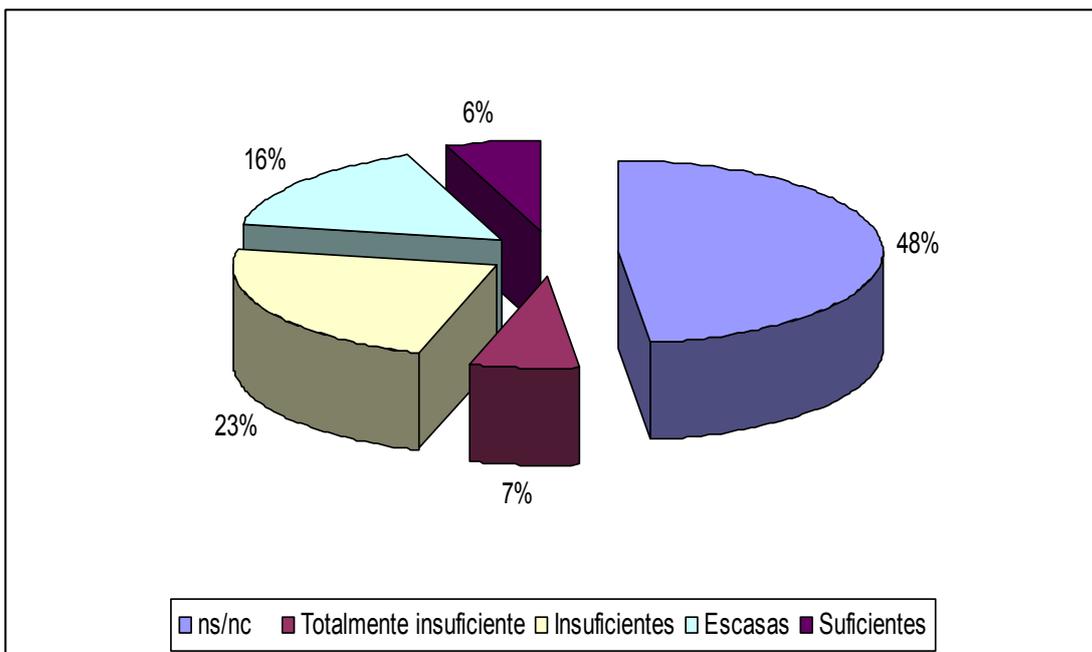


Solo el 9% de los profesionales considera suficientes las prestaciones dirigidas a los ancianos

PREGUNTA 11: ¿Las prestaciones del programa de salud bucodental dirigido a discapacitados le parecen adecuadas?

TABLA XXX: Prestaciones a discapacitados

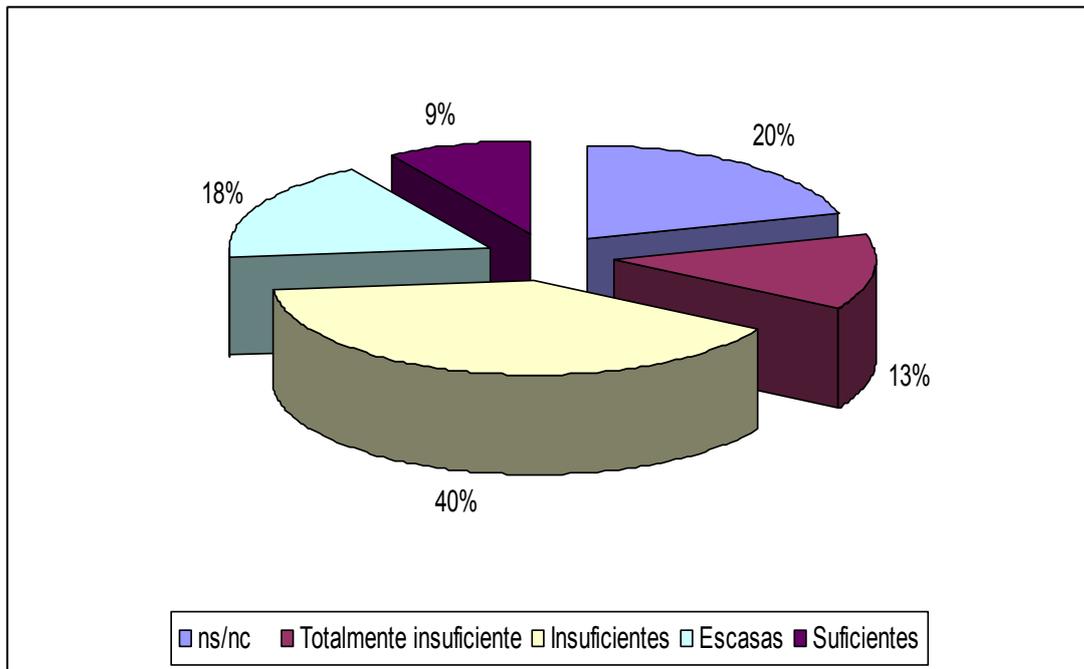
		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	ns/nc	66	48,2	39,8 – 56,6
	Totalmente insuficiente	9	6,6	2,4 – 10,8
	Insuficientes	32	23,4	16,3 – 30,5
	Escasas	22	16,1	15,0-28,8
	Suficientes	8	5,8	
Total		137	100,0	



PREGUNTA 13: ¿Las prestaciones en salud bucodental dirigidas al adulto le parecen adecuadas?

TABLA XXXI: Prestaciones a los adultos

		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	ns/nc	28	20,4	13,6 – 27,1
	Totalmente insuficiente	18	13,1	7,4 - 18,7
	Insuficientes	55	40,1	31,9 - 48,3
	Escasas	24	17,5	11,1 - 23,9
	Suficientes	12	8,8	4,1-13,5
Total		137	100,0	



PREGUNTA 15: ¿Las prestaciones del programa de salud bucodental a la embarazada le parecen adecuadas?

TABLA XXXII: Prestaciones a la embarazada

		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Válidos	ns/nc	14	10,02	5,5 – 15,9
	Totalmente insuficiente	1	,7	15,0 – 28,8
	Insuficientes	29	21,2	
	Escasas	19	13,9	8,1- 19,7
	Suficientes	70	51,1	45,6 – 62,3
Óptimas	4	2,9		
	Total	137	100,0	

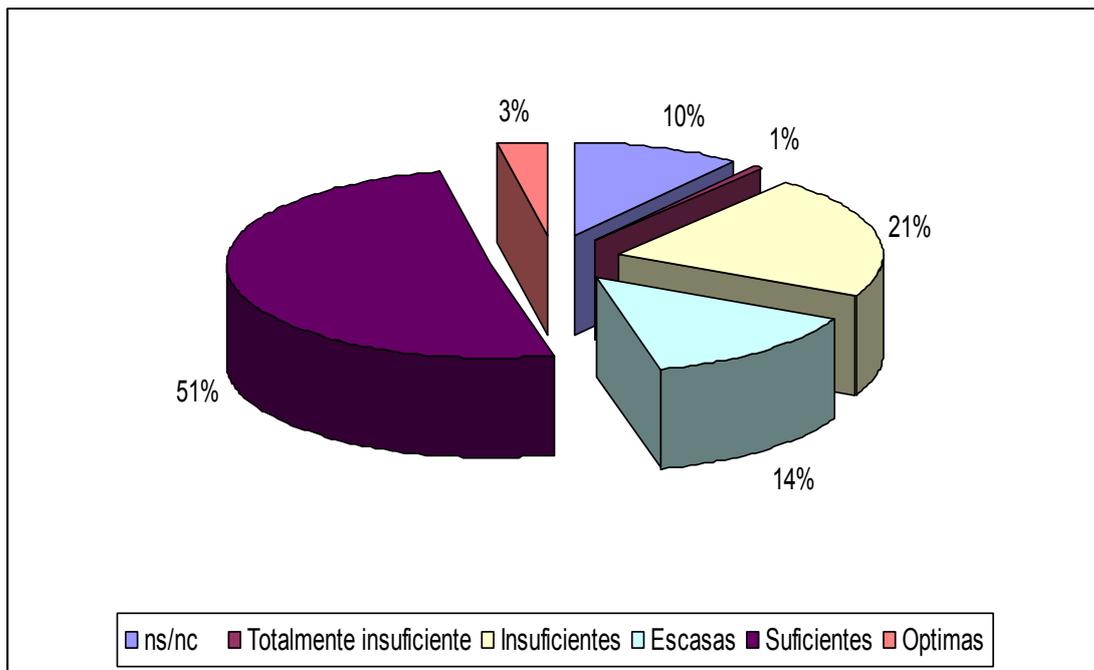


Tabla XXXIII: Valoración de las prestaciones del programa de salud bucodental

ITEM	NULO	MUY BUENO	MEDIA	DESV. TÍPICA
------	------	-----------	-------	--------------

	1	2	3	4	5	6		
7. ¿Las prestaciones dirigidas a los niños del p. (SBD) de la Junta de Castilla y León le parecen suficientes?	9,5	10,9	21,2	33,6	22,6	2,2	4,16	,659
9. ¿Le parecen adecuadas las prestaciones del programa de salud bucodental dirigido a los ancianos?	31,4	9,6	32,8	17,5	8,8	0	2,66	,995
11. ¿Le parecen adecuadas las prestaciones del programa de salud bucodental dirigido a los discapacitados?	48,2	6,6	23,4	16,1	5,8	0	1,82	,706
13. ¿Le parecen adecuadas las prestaciones en salud bucodental dirigidas al adulto?	20,4	13,1	40,1	17,5	8,8	0	1,61	,703
15. ¿Le parecen adecuadas las prestaciones del programa de salud bucodental dirigidas a la embarazada?	10,2	0,7	21,2	13,9	51,1	2,9	2,20	,900

Existe un porcentaje elevado de desconocimiento de las prestaciones en especial las dirigidas a discapacitados (48%), ancianos (31%) y adultos (20,4%)

ASOCIACIONES:

Test del chi-cuadrado para tablas de contingencia

En las posibles asociaciones entre la percepción PSBD infantil y las variables, No existen diferencias ES.

Un valor para la variable edad de $p=0,188$, así que tenemos un valor de $p > 0,05$. Se observa que no existe diferencia ES entre la percepción del PSBD infantil y la edad de los profesionales sanitarios

En la percepción de las prestaciones dirigidas a los ancianos encontramos en la variable años de servicio ($p=0,154$), valor que indica que no hay diferencia ES.

En la percepción del PSBD dirigido a discapacitados encontramos para las variables edad ($p=0,062$) y años de servicio ($p=0,443$), observamos que No existen diferencias ES entre el conocimiento del programa dirigido a discapacitados y las variables estudiadas

Existen diferencias ES entre la percepción de las prestaciones dirigidas a los discapacitados y la variable centros de trabajo ($p= 0,016$).

En la percepción de las prestaciones del PSBD dirigido a adultos, el estudio estadístico de posibles asociaciones indica que hay diferencias ES entre la percepción de las prestaciones del programa dirigido a adultos y las variables centros de trabajo ($p= 0,0016$) y edad ($p=0,024$)

En la percepción de las prestaciones del PSBD dirigido a embarazadas, la asociación de esta y la variable sexo ($p= 0,007$) indica que hay diferencias ES La asociación con años de servicio ($p=0,101$) y edad ($p=0,176$) con un valor de $p>0,05$ indica que no existe diferencia ES.

4.3 ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO

➤ Cuestionario piloto

El análisis del cuestionario piloto, ha consistido en observar una serie de ítems sin contestar, por lo que se procede a la revisión de estos ítems para comprobar su claridad o detectar posibles errores de formulación. Una vez analizado y evaluado y tenido en cuenta las sugerencias del pilotaje, se elabora un nuevo cuestionario que se remite a los expertos para su valoración y validación. (ANEXO I)

➤ Validación del cuestionario

VALIDEZ DE CONTENIDO: VALIDACION GRUPO EXPERTOS

Se consideró eliminar aquellos ítems con una puntuación media de su pertinencia menor de 2,5, se revisaron aquellos ítems con puntuación media de claridad menor de 5 y se valoró el apartado de “Comentarios/formulación alternativa. (Anexo III)

DIMENSION I: CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE SBD DE SACYL

TABLA XXXIV: DIMENSION I

ITEM	CLARIDAD		PERTINENCIA	
	Media	Desv típica	Media	Desv típica
1. ¿Conoce la existencia PSBD de la Junta de Castilla y León?	3,73	0,84	4,48	0,45
6. ¿Su conocimiento sobre el PSBD dirigido a niños considera que es?	3,95	0,71	4,48	0,45
8. ¿Su conocimiento sobre las prestaciones del PSBD dirigido a discapacitados considera que es?	3,48	0,45	4,48	0,45
10. ¿Su conocimiento sobre las prestaciones del PSBD dirigido a discapacitados considera que es?	3,36	0,84	4,48	4,48
12. ¿Su conocimiento sobre las prestaciones en salud bucodental dirigidas al adulto considera que es?	3,36	0,84	4,48	0,45
14. ¿Su conocimiento sobre las prestaciones del PSBD a la embarazada considera que es?	3,29	0,89	4,48	0,45
16. ¿Su conocimiento sobre las actividades preventivas del PSBD de Sacyl considera que es?	3,29	0,89	4,48	0,45
19. ¿Su conocimiento sobre los tratamientos especiales que recoge el PSBD considera que es?	3	0	4,48	0,45
20. ¿Su conocimiento sobre a que población van dirigidos los tratamientos especiales considera que es?	3	0	4,48	0,45

DIMENSION II: FORMACION

TABLA XXXV: DIMENSION II

ITEM	CLARIDAD		PERTINENCIA	
	Media	Desv típica	Media	Desv típica
2. Señale el número de veces que ha participado en actividades informativas sobre el programa de SBD	5	0	4,48	0,45

DIMENSION III: IMPORTANCIA DEL PROGRAMA DE SBD EN EL SISTEMA SANITARIO

TABLA XXXVI: DIMENSION III

ITEM	CLARIDAD		PERTINENCIA	
	Media	Desv típica	Media	Desv típica
3. Valorare la importancia del programa de salud buco dental en el conjunto del sistema sanitario.	3,28	0,89	4,48	0,45

DIMENSION IV: PERCEPCION DE LAS PRESTACIONES

TABLA XXXVII: DIMENSION IV

ITEM	CLARIDAD		PERTINENCIA	
	Media	Desv típica	Media	Desv típica
7. ¿Las prestaciones dirigidas a los niños le parecen suficientes?	3,48	0,89	4,48	0,45
9. ¿Las prestaciones del PSBD dirigido a ancianos le parecen adecuadas?	2,86	0,84	4,48	0,45
11. ¿Las prestaciones del PSBD dirigido a discapacitados le parecen adecuadas?	2,86	0,84	4,48	0,45
13. ¿Las prestaciones en salud bucodental dirigidas al adulto le parecen adecuadas?	2,86	0,84	4,48	0,45
15. ¿Las prestaciones en salud bucodental dirigidas a las embarazadas le parecen adecuadas?	2,86	0,84	4,48	0,45

DIMENSION V: FUNCIONES DEL ODONTOLOGO

TABLA XXXVIII: DIMENSION V

ITEM	CLARIDAD		PERINENCIA	
ITEM	Media	Desv típica	Media	desv típica
4. ¿Conoce el nombre del odontólogo de su zona?	4,37	0,55	4,48	0,45
5 ¿Ha derivado o deriva pacientes al odontólogo de su zona?	3,48	0,89	4,48	0,45
17 Si al realizar la exploración bucodental, nos encontramos con patología en la ATM, ¿Dónde le derivaría usted habitualmente?	3	0	4,48	0,45
18 ¿Dónde derivaría usted habitualmente las lesiones en la mucosa de la cavidad bucal?	3	0	4,48	0,45

Tras los resultados de la validación por el grupo de expertos.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO:

Consistencia Interna y Fiabilidad

Para el análisis de la fiabilidad, se empleó: coeficiente alfa de Cronbach.

La fiabilidad del cuestionario según alfa de Cronbach es: ,827 y demuestra sobradamente su alta significatividad con $p < 0,05$ ($F = 52,026$; 20 ítems, $p = 0,000$) siendo el grado de homogeneidad de los 20 ítems entre sí elevado.

TABLA XXXIX : Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,800	,827	20

Validez de constructor

Se analizó mediante Análisis Factorial de Componentes Principales

Previamente se comprobaron las condiciones de factorización con las pruebas de Bartlett y Kaiser-Meier-Olkin, junto al determinante de la matriz de correlaciones. La rotación de factores se realizó mediante el método varimax

Se empleó el Análisis Factorial de componentes principales con la intención de demostrar que el cuestionario se ajusta al modelo teórico compuesto. Se obtuvo un valor de 0,677 en la prueba KMO, esto significa una adecuación muestral. La prueba de esfericidad de Bartlett (Chi-cuadrado: 541,245; 190 gl; $p=0,000$) y se concluye que los datos presentan una estructura muy adecuada para la factorización

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,677
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	541,245
	gl	190
	Sig.	,000

Para la extracción de los factores se empleó el método de Componente Principales. El total de la varianza explicada es del 72,8% (6 dimensiones teóricas con los 20 ítem) que puede considerarse satisfactorio para esta solución, dada su proximidad al 50%. La rotación se probó con los métodos Varimax (con Kaiser).

Matriz de componentes rotados

RESULTADOS

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Adecuadas (ancianos)	,899					
Adecuadas (adultos)	,855					
Adecuadas (discapacitados)	,769					
Prestaciones a niños	,643					
Adecuadas (adultos)	,554					
Conocimiento prog SBD tratam especiales		,831				
Conocimiento act. preventivas		,690				
Conocimiento población de tratam especiales		,616				
Conocimiento prog SBD niños		,570			,564	
Conocimiento prog SBD embarazadas		,508				
Conocimiento prog SBD ancianos		,768				
Conocimiento prog SBD adultos		,752				
Valoración importancia			,615			
Num. veces participación				,818		
Conoce existencia programa SBD		,643		,420		
Derivación patología articulación						,715
Derivación lesiones mucosa						,830
Conocer nombre odontólogo zona						,873
Conocimiento prog SBD discapacitados				,406		,471
Derivar pacientes						,467

DISCUSIÓN

5

La cuestión básica que se planteó al inicio de este trabajo, era el conocimiento del programa de SBD en nuestro medio, la AP, es decir la puerta de entrada al sistema sanitario, la accesibilidad:

Cuestión sobre que sospechábamos la respuesta pero que trae otras muchas cuestiones que no planteábamos: formación, difusión del programa, el papel del odontólogo en el sistema sanitario, el interés en el desarrollo del programa por parte de la administración.

La atención primaria de salud (APS) puede ser definida y conceptualizada desde distintas perspectivas. Frecuentemente, en nuestro entorno, se la considera como una parte esencial o nuclear del sistema sanitario: la puerta de entrada a través de la que los usuarios y pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de salud. Esta aproximación es ciertamente simplista y no permite visualizar de forma suficiente la importancia y complejidad del papel que la APS debe desempeñar en el conjunto de los procesos de atención de salud individual y colectiva.

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria».

Las unidades de SBD (USBD), como expertos en su área de conocimientos (aparato estomatognático) actúan como unidades de apoyo colaborando con los EAP, contribuyendo al trabajo coordinado (integral e integrado) que permite mayor eficacia y mejor control de recursos y proporcionando salud a la población.

Dentro de las claves que las unidades de salud bucodental han desempeñado en la mejora de la salud oral de la población podríamos incluir:

- Contribución positiva a la promoción de la salud.
- Acercamiento a la equidad en las prestaciones básicas.
- Contribución positiva a la disminución de la morbimortalidad oral en general.

- Contribución positiva a la evolución de la morbilidad relativa a numerosas patologías (caries, enfermedad periodontal, maloclusiones, traumatismos, cáncer oral, procesos infecciosos, etc.).
- Desarrollo de la formación e investigación sanitaria

A lo largo de la historia de la prevención de afecciones bucodentales, siempre se han citado dos grandes causas en la disminución de la patología oral, casi siempre centrada de forma fundamental en la caries, sobre todo infantil y adolescente. La primera, el consumo de productos dentales remineralizantes (fundamentalmente flúor en forma de sales). La segunda la implementación mediante la política sanitaria de programas de prevención bucodental.

El aumento de la cultura preventiva entre los profesionales, la mayor sensibilidad de la población hacia la salud dental, modificando estilo de vida y hábitos perjudiciales, y la concienciación de las autoridades sanitarias de la importancia en la prevención de las afecciones bucodentales, también son responsables de la mejora de la salud oral en la ciudadanía.

Es conocido que en esta gran mejora tienen mucho de responsables los cambios en el medio ambiente-entorno (desarrollo, educación, alimentación, colaboración intersectorial e interprofesional, mejora de la promoción de la salud...) junto con la mejora de recursos tanto materiales como humanos (selladores, restauraciones preventivas de resina, fluor, controles de placa, diagnóstico de riesgo, formación continuada...) ⁶⁶

Un modelo de asistencia bucodental tiene como objetivo el atender las necesidades de tratamiento en salud oral de la población y con fin último promover la salud y prevenir la enfermedad oral de la comunidad a la que la población pertenece. Esta dentro de una organización perfectamente estructurada, integrándose en ella el conjunto de recursos humanos y financieros para poder llevar a cabo sus objetivos dentro del esquema de la política sanitaria de un país.

Todos los programas infantiles han desarrollado actividades centradas en las acciones de prevención como su principal objetivo. Con el tiempo se han ido añadiendo prestaciones.

Al igual que opinan otros autores,⁶⁴ creemos que otras posibilidades quedaron en el camino y quizás se retomen o se implanten de forma razonada junto con el desarrollo de investigación y protocolización adecuadas (materno-infantil, especiales, crónicos..).

Pero a pesar de las críticas políticas, económicas, de oportunismo, de carácter odontopediátrico... ha sido claro el avance de la accesibilidad de la ciudadanía a prestaciones antes no alcanzadas (fueran sentidas o no) que los PSBD han ocasionado⁶⁷

La buena salud bucal es importante porque incide directamente en una mejor salud de las personas y familias a nuestro cargo⁸.

Dada la relevancia del tema, el cuidado de la salud bucal no puede ser solo responsabilidad de odontólogos y especialistas, requiriéndose la participación de todo el equipo de Atención como opinan LLodra y al.⁶⁸ Como ejemplo de este trabajo interdisciplinario, existen experiencias exitosas de intervenciones multiprofesionales de prevención en esta área con promotores de salud y docentes de escuelas públicas.⁶⁹

Los argumentos conceptuales expuestos están avalados por la evidencia científica pero la cuestión es saber si son percibidos, interiorizados y puestos en valor por el sector profesional de la Atención Primaria. En definitiva hemos pretendido conocer en el presente trabajo de investigación qué piensan los profesionales sanitarios de AP sobre el PSBD de Castilla y León, qué limitaciones le encuentran y cual es el grado de satisfacción que les produce.

El objetivo del trabajo era evaluar los conocimientos y las actitudes de los profesionales de los EAP para determinar sobre que aspectos y qué colectivo profesional deberíamos hacer una intervención de mejora.

Con la idea preconcebida de que existe un vacío en la formación de los aspectos preventivos y curativos en materia de salud bucodental nos decidimos a realizar este

estudio, para conocer realmente la posición de los profesionales sanitarios de AP ante el tema del programa de SBD.

Después de realizar una extensa búsqueda bibliográfica, no hemos encontrado estudios similares en nuestro país.

Sí que existen estudios de investigación sobre los conocimientos de distintas materias ^{61,62,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,} en profesionales sanitarios y algún trabajo sobre conocimientos dentales por los profesionales sanitarios ^{86,87} y otros profesionales como los docentes⁸⁸ que nos ha servido de base para diseñar el estudio, y que constata el desconocimiento por parte de los profesionales de esas cuestiones en las diversas investigaciones que conlleva como los mismos reconocen llevar a cabo prácticas contrarias a lo establecido

.Por otra parte, ninguno de ellos presentaba una herramienta para poder evaluar estos conocimientos. Las cuestiones que se preguntan en el cuestionario están basadas en el contenido de la Ley y en la literatura médica. Por lo tanto, para su validación solo se ha contemplado la comprensibilidad y la validez aparente. Respecto a la comprensibilidad, las pruebas nos hicieron cambiar algunas de las cuestiones de dudosa comprensión.

Es probable que el tamaño muestral del estudio sea pequeño y que hubiera sido preferible contar con una muestra más elevada. Sin embargo, se ha conseguido, que en la población objeto del estudio, se encuentren representadas las diferentes realidades de la atención primaria de nuestro sistema sanitario: médicos y enfermeros, profesionales en contacto directo con los pacientes, con diferentes grados de antigüedad en el desempeño profesional y centro de trabajo.

En términos de validez de constructo, la puntuación de la consistencia interna obtenida en el cuestionario indica una buena consistencia interna. La consistencia interna de cada una de las dimensiones que se tratan de medir con el cuestionario era aceptable dado que el valor del coeficiente alfa de Cronbach era en casi todas ellas mayor de 0,8.

El cuestionario mostró una muy buena factibilidad, dado que el 100% los profesionales sanitarios lo cumplimentaron en su totalidad.

Por otra parte, somos conscientes de que no se ha podido aplicar ningún método que midiera la estabilidad del cuestionario, es decir no se ha podido realizar la prueba del test-retest en la misma población, puesto que solamente se ha realizado una única medición en el tiempo a través del cuestionario.

En términos generales, el cuestionario muestra una buena validez de constructo para ser utilizado, tanto en investigación como en condiciones de práctica clínica habitual, para la evaluación del programa de SBD en el ámbito de AP.

A la vista de los resultados obtenidos, se ha conseguido un cuestionario con rigor conceptual y metodológico, ya que se han encontrado evidencias de validez interna y fiabilidad.

No obstante, no es posible determinar la validez convergente del instrumento dado que no existe otra herramienta que mida el mismo constructor en profesionales sanitarios.

Además, como no existe ningún instrumento validado para valorar la percepción y conocimientos de los profesionales como pretendíamos evaluar (al no existir ninguna otra encuesta de referencia), no hemos podido comparar nuestros resultados con los de otros estudios. No es posible analizar la validez discriminante, ni el grado de diferenciación entre distintos constructos, ya que no hay trabajos de validación que permitan establecer dicha validez.

A pesar de que las pérdidas por ausencia de información han sido importantes, el tamaño muestral final asegura la validez del estudio.

Hay un predominio de mujeres que hombres, y coincide con el porcentaje total de mujeres sanitarias que trabajan en AP en Segovia y además es acorde con el porcentaje de mujeres sanitarias que trabajan en las consultas de AP.^{89, 90,91}

Existe un porcentaje mayor de profesionales que trabajan en centros rurales

El predominio de médicos con respecto a enfermeros coincide con la distribución del total de los profesionales en AP de Segovia

La mayoría de los encuestados son mayores de 50 años de edad y una experiencia profesional de más de 20 años lo que coincide con la población total de profesionales sanitarios de AP de Segovia.^{90,91}

CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA

Como en otros trabajos llevados a cabo sobre profesionales sanitarios, estos refieren un conocimiento general del programa pero no del contenido, del que muestran escaso conocimiento.^{70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86}

Los resultados globales de las encuestas muestran abundantes contestaciones con nulo o escaso, lo que denota pobres resultados en cuanto a la percepción que tienen los profesionales sanitarios del Área sobre su preparación sobre el programa de SBD.

De los resultados llama la atención el gran desconocimiento de los aspectos del programa y que no se observen diferencias por colectivos profesionales. Por lo tanto, difícilmente pueden hacer accesible el programa y orientar a las personas que pidan información o consejo.

Son incluso más pobres los resultados obtenidos en las preguntas que valoran específicamente el conocimiento sobre las prestaciones a discapacitados o ancianos y más aun los tratamientos especiales.

Castilla y León junto con otras pocas comunidades(Extremadura⁹², Andalucía⁹³, Navarra,⁹⁴ Cantabria) ha desarrollado un programa dirigido a discapacitados pero aun siendo esta comunidad pionera en su desarrollo, sus profesionales sanitarios tienen escasos conocimientos, algo que se podría mejorar con cursos cortos sobre el tema, sobre todo con respecto a los tratamientos a discapacitados y tratamientos especiales

para niños, ya que creemos que unos conocimientos básicos sobre ésta se podrían alcanzar muy rápido.

Este estudio constata que tanto las mujeres como los enfermeros tienen un mejor conocimiento y valoración del PSBD dirigido a las embarazadas cuestión no explicada por factores dependientes de la formación, mas parece depender del “estilo de practica” del profesional.

Para este mismo programa se constata que el conocimiento es mayor cuanto más edad, suponemos que debido a la experiencia aunque no parece coincidir con los años de desempeño en su categoría.

Aunque aparentemente los resultados sobre el conocimiento de las prestaciones dirigidas a niños y embarazadas son bastante mejores que los obtenidos en otras preguntas (sobre todo las que hacen referencia a discapacitados), creemos que el 100% de los profesionales sanitarios debería de tener al menos un conocimiento bueno o muy bueno sobre las mismas.

De hecho en el conocimiento de los tratamientos especiales y a quien van dirigidos el 90% de los encuestados admite tener conocimientos escasos o nulos.

Existe evidencia que demuestra que los esfuerzos de promoción de la salud han logrado conseguir un descenso de las caries dentales y las enfermedades periodontales, pero dicho éxito se centra en aquellos países que han introducido políticas y practicas eficaces de promoción de la salud oral. Como insisten otros autores la promoción de la salud oral debiera, por consiguiente, formar parte de la promoción de la salud en general y dejar de ser una actividad separada.⁹⁵

Nos parece preocupante el que más del 90% de los encuestados considere que conoce el programa de SBD, y sin embargo en las preguntas específicas de los contenidos del programa de SBD, estos mismos encuestados consideren sus conocimientos escasos o nulos.

Esta misma tendencia parece ocurrir en otros trabajos de conocimientos de los profesionales en especial cuando los temas no son puramente “clínicos”^{70,71,76,77,80,82,85}. Presentan un conocimiento general pero superficial de la materia, sin profundizar y dejando ese conocimiento en profundidad al interés particular de cada profesional.

FORMACION

En cuanto al apartado de formación se refiere, la formación en el programa es prácticamente nula para la mayoría de los encuestados, no existiendo diferencias ni en categorías profesionales, ni por años de servicio ni por el lugar de trabajo.

En el Decreto 142/2003, que, regula las prestaciones de salud bucodental del Sistema de Salud de Castilla y León, en su artículo 11, sobre la Coordinación refiere que los órganos directivos competentes de la Consejería de Sanidad y del organismo autónomo Gerencia Regional de Salud establecerán los necesarios mecanismos de coordinación para la aprobación y desarrollo adecuado de los programas y protocolos en materia de salud bucodental.

Asimismo, se establecerán mecanismos de coordinación con la Consejería de Educación a fin de promover la participación de los profesionales docentes de los centros escolares públicos y privados en el fomento e implantación de las prestaciones y programas de salud bucodental correspondientes a la población infantil. También

valora otras colaboraciones interdepartamentales (Conserjería de familia, igualdad) y sin embargo no menciona la coordinación con APS, Atención especializada.

Los dos últimos Planes de Salud de Castilla y León (II y III) ^{96,97} se plantean como objetivo la formación y sin embargo la mayoría no ha recibido formación nunca o pocas veces.

Una vez revisada la oferta de formación continuada que el Sacyl ofrece a los profesionales sanitarios en los cuatro últimos años, no se ha encontrado ninguna referencia a la salud bucodental.

Más de la mitad de los encuestados no ha recibido nunca información o formación sobre el programa de SBD.

Aunque no hay diferencia ES, si se observa que los encuestados que han recibido esa formación coincide con los profesionales de mayor edad y más años de experiencia profesional, lo que hace pensar en que la formación se realizó con el inicio del programa y no insistiendo en la formación posteriormente.

Ya que los problemas de salud bucodental, en cualquier edad, es algo que entra en el trabajo diario de la mayoría de los profesionales sanitarios, creemos que se deberían de llevar a cabo cursos de reciclaje en la materia con una periodicidad determinada.

IMPORTANCIA DEL PROGRAMA EN SNS

Con respecto a las actitudes de los encuestados acerca de la importancia del programa de SBD dentro del sistema sanitario, los profesionales, en general revelan una actitud, positiva o muy positiva. Se tendrá, pues, que aprovechar y favorecer las actividades sobre los conocimientos para mantener y para reforzar esta actitud.

Llama la atención, la gran contradicción encontrada entre la disposición teórica y las posibilidades reales de interactuar en el programa.

Es interesante resaltar que seis de cada diez españoles posicionan en idéntico lugar a su salud general y su salud oral en cuanto al grado de preocupación. Esto coincide con otros estudios realizados previamente en nuestro país, en los que sistemáticamente la salud oral constituye una de las grandes preocupaciones del conjunto de problemas médicos. Los principales problemas bucales percibidos por la población española adulta son coherentes con la prevalencia de dichos problemas. La caries, la sensibilidad dentaria, los problemas gingivales y periodontales, son con mucho los que presentan mayor prevalencia en población adulta; es lógico por lo tanto que sean también los que más se perciban.⁹⁸ Una de las patologías más prevalentes que afectan a la salud de los hombres es la caries, largamente infravalorada como problema médico y de salud pública por parte de las autoridades.

Por tanto contrasta también que siendo la salud oral un problema de salud pública importante dentro de la salud en general y valorándolo así los profesionales sanitarios, la administración no parezca tener ese mismo concepto dado que el último estudio epidemiológico sobre la Salud Oral de los escolares de Castilla y León, (exposición de la realidad de la salud oral de la población infantil), que se realizó en esta comunidad fue en el año 2000. Difícilmente podemos mejorar un plan si no conocemos su evolución y por tanto permitir el diagnóstico de la situación y la planificación de nuevas acciones.

VALORACION DE LAS PRESTACIONES

En relación a la valoración de las prestaciones existe un porcentaje que varía en función del colectivo a quien va dirigido y que parece tener relación con el conocimiento de esa prestación, siendo mejor en las prestaciones dirigidas a niños y embarazadas que son los más conocidos por los encuestados.

Solo hay una prestación que es la dirigida a las embarazadas, que es considerada por la mitad de los encuestados como suficiente u óptima.

Las demás prestaciones son valoradas como escasas o insuficientes.

Es importante resaltar la poca valoración a los programas infantiles a pesar del gran esfuerzo de las administraciones hacia ese colectivo. Esa misma escasa valoración ocurre para el resto de colectivos del PSBD.

Quizás por un concepto erróneo entre lo que son programas preventivos e intervención terapéutica reparadora.

Las diferencias halladas en las valoraciones de las prestaciones (ancianos, discapacitados y tratamientos especiales), especialmente negativas en el centro semiurbano, que se desprenden de este estudio, parecen corresponder mas a tendencias propias de cada centro que a un patrón estructurado de conocimiento.

Los valores en las tablas de contingencia $>1,6$ y $<1,9$, aunque no haya alcanzado significación estadística si que hay significación clínica si la muestra hubiera sido mayor que la representada.

CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES DEL ODONTOLOGO

En el caso de las preguntas que valorarían el conocimiento de las funciones del odontólogo la respuesta van en la misma línea que el conocimiento de las prestaciones, las dos terceras partes de los encuestados no derivaría al odontólogo patologías propias de la salud bucodental, utilizando otras especialidades que tradicionalmente vienen asumiendo esas funciones, lo que puede ser interpretado como una falta de formación básica en el campo de la salud bucodental en general.

Las diferencias halladas en las categorías profesionales parecen corresponder a que son los médicos los que realizan interconsultas con otros profesionales y por tanto la enfermería delegaría esos conocimientos a los médicos.

En cuanto a las diferencias halladas por centros, siendo mayor el desconocimiento en los centros urbanos, después de realizar una entrevista a un grupo de profesionales urbanos, parece corresponder a una mayor accesibilidad al centro hospitalario y a la poca utilización de la derivación a los odontólogos de área por no considerarla una especialidad.

VALORACIÓN GLOBAL.

En el desarrollo de este trabajo han surgido cuestiones que aunque no eran el objetivo de este, sería interesante hacerlas constar.

Entre estas cuestiones hay tres que destacan:

1. La importancia de la evaluación.
2. La cobertura del programa, en especial el infantil.
3. El presente y el futuro de las prestaciones a otros colectivos.

1. LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACION

Como sabemos, en el desarrollo natural de una enfermedad, se pueden realizar unos determinados tipos de prevención. Se puede actuar sobre el periodo pre-patogénico de la enfermedad, realizándose una prevención primaria, o bien, una prevención secundaria, si es en una fase temprana de la patología y se mitigan los factores de riesgo.⁹⁵

Siendo las enfermedades como la caries y enfermedad periodontal de fácil prevención y tratamiento cuando el diagnóstico es temprano, y el cáncer de cavidad oral un serio problema de salud pública, es importante que el equipo de Atención Primaria informe a la población y la oriente en el autocuidado de su salud bucal. Es necesario además que las instituciones aúnen esfuerzos para garantizar la adecuada salud bucal, y así incrementar la calidad de vida de estas poblaciones.

El conocimiento de la cadena causal de los factores patogénicos que desembocan en la caries hace posible que estos puedan interrumpirse eficazmente en varios momentos, pudiendo realizarse en las fases de inicio de la enfermedad, antes de que ésta dé lugar a lesiones irreversibles.

Por esto es tan importante los programas preventivos en materia de salud bucodental en la etapa infantil, sobre todo en el periodo donde empiezan a erupcionar las primeras piezas definitivas.

Pero para el desarrollo de un programa se precisa la colaboración tanto de los profesionales como de la administración que lo impulsa.

La medición del estado de salud bucodental de la población española, permite obtener una imagen de la realidad, identifica las tendencias de las enfermedades y su impacto entre los diversos grupos que integran la sociedad, pero no es más que un instrumento indispensable para establecer unas políticas sanitarias encaminadas a mejorar esa situación, mediante la fijación de unos objetivos de salud. Las últimas tres encuestas de salud oral desarrolladas por la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO), planteaban la necesidad de desarrollar unos objetivos de salud que determinaran la situación deseable y asumible en el futuro en términos de salud bucodental para que fueran la herramienta indispensable para promover las acciones futuras en materia de salud pública oral.

Si revisamos la monografía publicada por SESPO en 2005,⁹⁹ podemos comprobar que prácticamente todas las comunidades autónomas declaran realizar programas de atención dental a embarazadas. Sin embargo, no existen publicaciones de datos procedentes de estudios nacionales o regionales de cierta relevancia, excepto algunos estudios referidos a poblaciones reducidas de complicada evaluación y comparación.

La transferencia de las competencias en Sanidad a las Comunidades Autónomas, ha puesto en manos de los gobiernos regionales la planificación y organización de los servicios sanitarios.

Los programas de atención bucodental de la población española se han ido diferenciando en las distintas regiones, y en las encuestas de salud oral desarrolladas en cada comunidad autónoma cobran importancia, por su capacidad de permitir el diagnóstico de la situación y la planificación de nuevas acciones en el cambiante panorama demográfico actual.

En términos generales, se define la epidemiología como el estudio de la distribución y los determinantes de los estados de salud o los eventos de salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud.

Una de las principales funciones de los estudios epidemiológicos es la monitorización de las tendencias en el estado de la salud oral, que adquieren mayor valor y estiman adecuadamente la evolución de la salud oral cuando se realizan periódicamente.

Los importantes cambios de política sanitaria odontológica, principalmente orientados a la población infantil, obligan a profundizar en el conocimiento del estado de salud de estas edades.

La información obtenida nos han ayudado a definir las líneas de mejora en las acciones de prevención que desde hace tiempo venimos desarrollando, y que garantizarán que el ciudadano reciba los servicios adecuados que generan depósitos de salud, contribuyendo a garantizar su participación efectiva en la orientación de las políticas sanitarias.

Hay diferencias importantes en la información disponible de unas comunidades a otras. Mientras algunas (Andalucía, Canarias, Cantabria, Navarra, Valencia, País Vasco) hacen un seguimiento desde hace tres décadas, otras solo disponen de una o dos tomas de datos y no siempre actualizadas,

La mayoría de las CCAA, han realizado estudios epidemiológicos con cierta periodicidad (cada 5-6 años). Las últimas realizadas en Andalucía¹⁰⁰ y Canarias (2006), Asturias 2008, Cantabria 2009, Valencia 2010, Cataluña y País Vasco.

El Decreto 142/2003, que regula las prestaciones de salud bucodental del Sistema de Salud de Castilla y León en su artículo 12. (Seguimiento y evaluación), afirma que la Consejería de Sanidad y el organismo autónomo Gerencia Regional de Salud, procederán al seguimiento y evaluación de la implantación y desarrollo de las medidas adoptadas en este Decreto.

Desde el año 2000 no se ha realizado ningún estudio epidemiológico de salud bucodental en Castilla y León, lo que hace difícil evaluar la distribución y los determinantes de los estados de salud o los eventos de salud en poblaciones específicas, la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud y la valoración del efecto del programa en niños y adolescentes.

2. ACCESIBILIDAD

Después de muchos años de publicación y desarrollo de diversas normativas en lo referente a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, no se ha producido ningún cambio en el modelo asistencial predominante en el ámbito de la salud bucodental española. Sigue siendo eminentemente soportado por el sector privado.¹⁰¹

En estos últimos años por fin se han publicado, desarrollado y lo mas importante, dotado económicamente, las normas necesarias para comenzar a producir un cambio en el modelo asistencial bucodental tradicional en España, aunque sea solamente referente a la población infantil.

Coincidiendo con la opinión de otros autores, consideramos que la existencia de programas odontológicos dirigidos a escolares puede conllevar un cambio positivo de actitud hacia la Odontología de estos futuros adultos, con incremento de las visitas odontológicas.¹⁰¹

El concepto de acceso a un servicio sanitario es un término definido como “nublado y oscuro” para la mayoría de personas pero también para los profesionales sanitarios y para los gestores y políticos.¹⁰². Algunos autores centran el estudio del acceso a los servicios básicamente en la planificación de los recursos humanos necesarios para obtener un correcto acceso de la población a los mismos. Es decir, si existe una disponibilidad suficiente de recursos humanos en el sistema de salud el acceso parece quedar garantizado.

Para algunos autores, igualdad en el acceso es ofrecer los mismos servicios para todos con unos costes asumible. De hecho, las variables que afectan el acceso a un servicio no son únicamente la existencia del servicio y su coste sino que son múltiples y todas ellas interactúan entre sí. Además, tal y como Donabedian postulaba “la prueba de que existe un acceso real a un servicio es su uso y no solo su existencia de la infraestructura”.¹⁰³

El segundo Plan de salud de Castilla y León,⁹⁶ como única referencia a la salud bucodental que hace dicho Plan, preveía que en el año 2000, el servicio de prevención de la caries infantil hubiera alcanzado una cobertura del 60%.

Objetivo que se consiguió pero superar ese techo de utilización y frecuentación parece que deberá ser el próximo reto.

Se puede citar los datos no epidemiológicos en relación al mayor acceso observado en los jóvenes de las comunidades con mayor tradición en el sistema PADI (País Vasco y Navarra) donde se ha observado un aumento global en la utilización de los servicios bucodentales¹⁰⁴

Este mismo reto parece ser que también debe ser planteado con el modelo PADI en Navarra o el País Vasco en el que después de 20 años de evolución parece haberse estancado en el 66% de cobertura.^{105,106,107,108,109}

El Gobierno del Principado de Asturias, a través de la coordinación de las consejerías de Salud y Educación, fomenta la salud bucodental infantil con la campaña 'La conquista de la boca sana' que se desarrolla en centros educativos y consultas

Esta iniciativa se enmarca en el Programa de Promoción de la Salud Bucodental Infantil en Asturias y pretende aumentar la cobertura y la concienciación de los más pequeños sobre la necesidad de consolidar hábitos de higiene para evitar enfermedades bucodentales. Gracias a estas iniciativas Asturias ha conseguido una cobertura del 77%

El PADI, implantado en el 2005 por el Servicio Extremeño de Salud (SES), llega ya al 60% de la población infantil de la región incluida en la franja de edad de entre 6 y 15 años. Hay que hacer hincapié en el hecho de que antes de la creación del PADI el porcentaje de niños que no acudía periódicamente al dentista era del 60%.

Para mejorar esta cobertura el Servicio Extremeño de Salud (SES) acentúa las campañas informativas para "concienciar" a la sociedad acerca de la "importancia de cuidar la salud dental".

En Andalucía la relación entre el niño y su dentista de cabecera tiene como elemento de referencia el talón de asistencia dental anual (TADA), documento que la Consejería de Salud de Andalucía remite a todos los menores incluidos en esta prestación, junto con una publicación explicativa y un directorio de dentistas de cabecera de la provincia donde resida el beneficiario.

Los padres, tutores o responsables de las personas afectadas por este Decreto, pueden elegir anualmente, a un dentista de cabecera entre cualquiera de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, o entre aquellos otros dentistas privados que a tal efecto fueron habilitados.

A pesar de estas facilidades, la cobertura en esta comunidad esta alrededor del 60%

Cantabria consigue casi el 100% de cobertura gracias a sus unidades móviles y a través de los centros escolares.

Citando otros autores, los programas de asistencia infantil ofrecen al ciudadano más prestaciones que antes de su implantación. En definitiva han supuesto una nueva era de atención bucodental para la población infantil con una innegable mejora en el acceso poblacional a la asistencia sanitaria en lo que a salud oral se refiere.¹¹⁰

Pero sin conseguir aumentar su cobertura ya sea con un modelo u otro. En el estudio de Barriuso y otros^{111,112} se plantean posibles hipótesis como una menor necesidad percibida en la infancia y desinformación sobre las prestaciones sanitarias singulares de la edad infantil.

En algunas comunidades se implementan campañas de información y concienciación dirigidas fundamentalmente a los centros educativos pero olvidándose de nuevo del papel de los profesionales sanitarios de APS que también son fundamentales, ya que estos compañeros pueden y deben ser otra de las piezas del engranaje que permitan concienciar a los padres para que envíen a los niños a su dentista de cabecera desde el primer momento al menos una vez al año.

3. OTROS COLECTIVOS

En Castilla y León como en casi todas las comunidades hay dos modelos asistenciales bucodentales totalmente diferentes según el grupo poblacional al que nos refiramos, adultos o niños:

-La población adulta sigue “beneficiándose” de las mínimas prestaciones ofertadas por el dentista de “cupo” en Atención Primaria, debiendo acudir al dentista privado, para casi la totalidad de necesidades en el cuidado y tratamiento de los problemas bucodentales.

- La población infantil, por el contrario, ha cambiado éste modelo asistencial de manera radical, a nivel general, siendo las diferentes Administraciones Públicas las que se hacen cargo de los costes de la mayoría de los tratamientos bucodentales que necesita dicha población.

Coincidiendo con este modelo en el Estudio prospectivo delphi la salud bucodental en España 2020, tendencias y objetivos de salud oral, se presenta un documento de propuesta de Objetivos de Salud Oral para el año 2020 para España y se han clasificado a los objetivos en dos grupos:

- Aquellos dirigidos específicamente a la población infantil y adolescente.
- Los dirigidos a la población española adulta.

Sin embargo deberíamos plantearnos un modelo independiente para determinados colectivos:

- **DISCAPACITADOS**

La justificación de la asistencia odontológica a los “pacientes especiales discapacitados” queda recogida en el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema nacional de salud. Sin embargo, son pocos los casos en los que nos encontramos con legislación específica, como en el caso de, Extremadura⁹² o Andalucía⁹³

Como se recoge en el documento de la SESPO 2008¹¹³, la dispersión y diversidad de los servicios actualmente en funcionamiento en las distintas comunidades autónomas hace recomendable el diseño de un estudio epidemiológico que recoja, al menos la

carga de trabajo que actualmente se está llevando a cabo por parte de las distintas unidades. Parece difícil y poco útil intentar hacer una recopilación sobre el estado de salud oral de estos pacientes, de manera global, dadas las considerables diferencias que podemos encontrar entre las distintas patologías que sufren, por lo que la realización de estudios sobre el estado de salud y necesidades de tratamiento deberá realizarse independientemente por grupos de patologías afines.

Como en otras facetas de la odontología, la asistencia a los discapacitados está sesgada hacia la intervención terapéutica reparadora. Aún considerando la importancia de estas intervenciones debemos reflexionar sobre la conveniencia de integrar la utilización de procedimientos preventivos en estos programas. La asistencia de estos pacientes a centros educativos especiales puede facilitar la implantación de medidas preventivas¹¹⁴ que pueden limitar las consecuencias de la enfermedad dental y las especiales dificultades de su tratamiento.

El tratamiento de los pacientes discapacitados se ha abordado de forma muy distinta dependiendo de la Comunidad Autónoma en la que el paciente fije su residencia.

En Andalucía el decreto 48/2006 de atención bucodental a personas con discapacidad severa⁹³ desarrolla su tratamiento bucodental en el sector público.

En otras CC.AA. el trato a la población con discapacidad se ha tratado de forma diferente. Así, en Extremadura se les ha creado un programa con características y denominación propias (Programa de atención dental para personas con discapacidad intelectual PADDI) con cobertura integral y derivación hospitalaria y con tratamiento bajo anestesia general cuando así sea necesario.⁹²

En Castilla La Mancha y Castilla y León también se recoge la posibilidad de tratar a estos colectivos como cobertura asistencial dentro del marco de los programas de atención bucodental.^{35,36,115}

En Asturias se crea una unidad especial (UESBD) a la que derivan los odontoestomatólogos de AP que serían los responsables de su valoración.

En Cantabria, las personas discapacitadas psíquicas y/o físicas son atendidas y si no es posible hacerlo de manera convencional, se le realiza bajo anestesia general sin límite de edad.

- **MAYORES**

Si revisamos el catálogo de prestaciones vigente podemos concluir que la atención en salud bucodental que reconoce la atención primaria de nuestro servicio de salud a los adultos mayores, en la actualidad, los adultos mayores no representan un grupo prioritario con programas específicos recomendados desde el Ministerio de Sanidad. Tampoco existen acciones definidas y financiadas para la atención universal específica de este colectivo en los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas.

Como afirma E. Cuenca y cols,¹¹⁶ la escasez de programas financiados para estos grupos de edad y la tendencia actual hacia una mayor financiación privada de los servicios odontológicos parece prever pocas mejoras en este sentido.

La población mayor de 65 años representa, a día de hoy, un 16,57% de la población española¹¹⁷. El avance creciente de la esperanza de vida hace prever que en pocos años esta proporción se verá sensiblemente aumentada, constituyendo un importante grupo poblacional, con altas demandas de servicios odontológicos.

El estado y las necesidades de atención odontológica del grupo de 65 a 74 años nos han quedado bien reflejados en el último estudio epidemiológico nacional (última encuesta nacional 2010). La alta prevalencia (99,8%) y los elevados índices de caries (CAOD = 16,79) ponen de manifiesto que a esta edad la caries sigue siendo un problema prioritario en la salud oral de la población, particularmente desatendida a tenor del bajo índice de restauración hallado (9,6%) y el porcentaje de desdentados (16,8%).

Un primer análisis de estos datos ya nos permite establecer una conclusión preliminar que nos ayudarán a establecer las prioridades para este grupo de población que es la alta necesidad de tratamiento en exodoncias, tratándose de un tratamiento reconocido como prestación del sistema nacional de salud, con accesibilidad garantizada para

toda la población, nos hace pensar en la carencia de educación sanitaria dental en esta población.

- **EMBARAZADA**

La realización de tratamientos dentales durante el embarazo puede realizarse en condiciones de seguridad entre las 13 y las 21 semanas de gestación,¹¹⁸ por lo que la atención a la salud oral de la embarazada no puede limitarse a la constatación de la existencia de gingivitis sino que debe incluir, como elementos principales un diagnóstico preciso de las posibles necesidades de tratamiento de la paciente a corto plazo y unas recomendaciones higiénicas y dietéticas adecuadas a su estado y sus hábitos anteriores.

No parece probable llegar a poder financiar públicamente todos los tratamientos necesarios en la mujer gestante. Sin embargo, los recursos actualmente disponibles sí deberían utilizarse con criterios uniformes y estandarizados.

El éxito en la implantación de programas de mejora de la salud oral en mujeres embarazadas, en todo caso, no depende únicamente de los profesionales de la odontología, como refiere Llodra Calvo y al. en el informe SESPAS 2012.⁶⁸

Sólo la integración de los servicios odontológicos con los servicios de obstetricia y matronas y profesionales de AP, puede ayudar a mejorar la situación actual. La remisión de todas las mujeres con diagnóstico de embarazo, para una revisión odontológica en las primeras 12 semanas de gestación, podría ayudar a mejorar las consecuencias que aparecen en el desarrollo de patologías dentales preexistentes, así como en la realización de estudios epidemiológicos que nos ayudaran a comprender un poco mejor las necesidades de este colectivo.

Podemos concluir que los profesionales de los EAP de Segovia, tienen un conocimiento general sobre que es el programa de SBD pero saben muy poco de la normativa, los contenidos posibles, las funciones del odontólogo y el procedimiento. Por otro lado, el cuestionario utilizado, después de las modificaciones realizadas, parece útil para evaluar los conocimientos sobre el programa de SBD de los profesionales de los EAP.

A la vista de los resultados obtenidos se puede concluir, que existe un déficit de información y de formación en los profesionales sanitarios, tanto en aspectos básicos como específicos de la repuesta ante el programa de SBD que contrasta con la importancia de dicho programa manifestado por los encuestados.

Por otro lado, las carencias detectadas son consecuencia del déficit de flujos de información entre los distintos estamentos relacionados con la salud lo que demuestra fallos en la fase de implantación de los planes entre el personal sanitario del Área.

Consideramos que es necesario establecer un programa básico de formación e información a los profesionales sanitarios.

Consideramos que con este estudio se ha conseguido dar respuesta a los objetivos que inicialmente se perseguían y que han guiado en todo momento el proceso general de investigación.

LIMITACIONES

Soy consciente de que la encuesta presenta algunas limitaciones, como es el pequeño tamaño de las encuestas recibidas

Pero está claro que es una primera aproximación a este importante tema que explora algunos conflictos en su aplicación.

Cabe hacer algunas consideraciones de índole metodológica y que pudieran en mayor o menor medida afectar a la validez de los datos. Es necesario señalar la dificultad de generalizar los resultados obtenidos a la población de profesionales sanitarios en general. Igualmente es conveniente hacer referencia a los posibles sesgos de selección producidos durante el proceso de recogida de datos o a las limitaciones que pudieran derivarse de la validación del cuestionario.

En general, podemos deducir de los resultados obtenidos que los conocimientos sobre el programa de SBD de los profesionales sanitarios de AP son bastante mejorables

CONCLUSIONES

6

6. CONCLUSIONES

- Los profesionales sanitarios de Segovia muestran un conocimiento de la existencia del programa de salud bucodental (90%)
- Los encuestados muestran desconocimiento de las prestaciones del programa y a quien va dirigido.
- La valoración de las prestaciones, salvo las dirigidas a niños y embarazadas es muy mala
- Los sanitarios segovianos perciben el programa de Salud Bucodental (SBD) como un programa importante dentro del sistema sanitario, con limitaciones asistenciales y en prestaciones. La mayoría de los encuestados preferiría una cobertura asistencial más amplia del Programa.
- Los profesionales sanitarios de Segovia no tienen formación sobre dicho programa. Existe un escaso interés de la administración en la formación hacia ellos dificultando su incorporación y participación en el PSBD.
- Los médicos y enfermeros de Segovia desconocen las funciones de los odontólogos de Atención Primaria.
- Se evidencia la necesidad de aumentar y fomentar en los profesionales una adecuada formación que permita un mayor conocimiento del PSBD y así poder dar una mayor difusión a los usuarios de AP aumentando así la accesibilidad a dicho programa.
- Es necesario dotar a los profesionales de una adecuada formación que permita un mayor conocimiento los usuarios de AP del PSBD aumentando así la accesibilidad a dicho programa
- El PSBD de Sacyl se caracteriza por sus marcadas carencias informativas y evaluativas.

- Sin lugar a dudas quedan muchas carencias sin suplir, muchos colectivos de diversa índole (minusválidos, tercera edad, embarazadas, etc...) sin ser atendidos adecuadamente de forma general.

BIBLIOGRAFÍA

7



7. BIBLIOGRAFIA

1. Actas oficiales de la OMS nº 2, pág. 100. NUEVA YORK, 19-22 de junio de 1946.
2. Ribas Pérez D, Castaño Séiquer A, González Sanz A. 20 años de salud pública oral en España. Madrid: Fundación Dental Española, 2002.
3. Piédrola G y cols: Medicina preventiva y salud pública (Décima edición) Barcelona, Masson Salvat, 2001.
4. Henderson D. La salud publica más allá del año 2000. En POPS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, (D.C.): Organización Panamericana de la Salud (publicación científica nº 540), 1992: 97-98
5. Martínez F, Antó JM, Gili M, Marsé P, Navarro V (Editores). "Salud Publica". Madrid: McGraw&Hill, Interamericana, 1999
6. Castaño Séiquer A, Ribas Pérez D: Odontología Preventiva y Comunitaria."la odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto."Fundación Odontología Social-www.fundacionodontologiasocial.org. Sevilla 2012
7. OMS. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata Ginebra, 1978.
8. National Institutes of Health. Diagnosis and Management of dental caries throughout life: NIH consensus statement online 2001 Washington: NIH; 2001.
9. Satcher D. El primer informe del cirujano general sobre salud oral encuentra disparidades profundas entre la población a nivel nacional (EE.UU.). News of the National Institute of Dental and Craniofacial Research. 25 de mayo de 2000.

10. Petersen PE. The World Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st Century. the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 3-24.
11. Rahman Zamani MD. California Childcare Health Program. Disponible en: <http://www.educacion.com/referente/article/salud-bucal-puede-afectar-salud-general/>.
12. Martín Zurro A, Cano Pérez JF: Atención Primaria, Conceptos, organización y práctica clínica. Elsevier. Madrid 2003.
13. Real Decreto 840/2002 de 2 de agosto.
14. Ley General de Sanidad. (Ley 14/1986, de 25 de abril.)
15. Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (Ley 16/2003, de 28 de mayo.)
16. Möller I, Marthaler TM: Informe de la visita realizada a España del 28 de agosto al 5 de septiembre de 1985. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional Europea.
17. Cuenca E, Álvarez MT: Evolución de la salud bucodental en España en los últimos 20 años. *Archiv. de Odontoestomat. Prev. y Com.*, 1991; 3:33-39.24.
18. Cuenca E, Manau C, Serra LI: Manual de odontología preventiva y comunitaria. Barcelona. Editorial Masson, 1999.)
19. Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental.
20. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Acuerdos adoptados en sesión plenaria. Abril 1987-marzo 1990. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990:90-91.

21. Boletín Oficial del Estado número 35 de 10/02/95. Real Decreto 63/1995 de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
22. Boletín Oficial del Estado número 222 de 16/9/2006. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
23. Salud bucodental: la controversia por el aumento de las prestaciones en Atención Primaria. Rev Economía de la Salud 2003; 146-148.)
24. Boletín Oficial del Estado número 31 de 5/2/2008. Real Decreto 111/2008, de 1 de febrero, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas para la promoción de actividades para la salud bucodental infantil durante el año 2008.
25. Real Decreto 1464/2009 de 18 de septiembre, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas para la promoción actividades para la salud buco-dental infantil durante el año 2009. BOE 2009; 243:84823-84827.
26. Decreto Foral 58/1991, de 7 de febrero, sobre asistencia dental a la población infantil de Navarra. Boletín Oficial de Navarra, 18 de febrero de 1991; 21:842-3.
27. Decreto 118/1990, de 24 de abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la comunidad Autónoma del País Vasco, 7 de mayo de 1990; 89: 4117-20.
28. Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regula la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA, 31 de diciembre 2001; 150: 20.885-20.886.

29. Decreto Foral 69/2003, de 7 de abril, por el que se modifica el Programa de Atención Dental infantil a la población infantil y juvenil. Boletín Oficial de Navarra, 30 de abril de 2003; 54: 4228-9.
30. Decreto 195/2004, de 29 de diciembre, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE, 8 de enero de 2005; 2: 183-185.
31. Decreto 87/2005, de 29 de julio, de gestión de la prestación sanitaria en materia de salud bucodental para la población de entre 6 y 15 años de las Illes Balears. BOIB, 6 de agosto de 2005; 117:60-63.
32. Orden de 28 de mayo de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la prestación de la atención sanitaria bucodental a la población infantil y juvenil de la Comunidad Autónoma de Aragón. BOA, 8 de abril de 2005; 43:4435-4436.
33. Orden de 25 de mayo de 2007 de la Conserjería de Sanidad, por la que se modifica la orden 27 de diciembre de 2002 de la Conserjería de sanidad y Consumo, que determina los criterios de gestión de la prestación sanitaria bucodental destinada a la población infantil de la Región de Murcia. BORM 2007; 145:19306-7.
34. Resolución de la Dirección General de programas asistenciales del Servicio Canario de Salud de 18 de febrero de 2008 por el que se establece el Programa de atención sanitaria bucodental a la población infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias.
35. Decreto 273/2004 de 9 de noviembre sobre la prestación de la atención dental a la población de Castilla- La Mancha con edades de entre 5 y 15 años.

36. Decreto 142/2003, de 18 diciembre, regula las prestaciones de salud bucodental del Sistema de Salud de Castilla y León Boletín Oficial de Castilla y León (Número: 249, 24/12/2003, Disposición nº 142, Páginas: 17051.
37. Cortés Martinicorena J. Los servicios dentales para jóvenes en España: ¿Dónde estamos y a dónde queremos ir?. Las nuevas prestaciones y los nuevos retos de la salud oral en España. Jornadas de invierno SESPO 2008.
38. Rosell Gallardo EM. Evaluación del programa de asistencia dental infantil en Andalucía. Salud oral y calidad de vida oral (tesis doctoral). Granada: Universidad de Granada;2009
39. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997.Madrid: MSC, Dirección General de Salud Pública; 1999.<http://www.msc.es/salud/epidemiología>.
40. Cortés Martinicorena J. Salud oral pública en España. ¿Dónde estamos? Editorial. *RCOE* 2000; 5 (6): 609.)
41. Izquierdo T y Pinilla J. Oral Care Habits of the Spanish. 2º Congreso EADPH. Septiembre 25-26, 1998. Santander. Resumen publicado en *Community Dental Health* 15:219.
42. Cortés Martinicorena J, Llodra Calvo JC: El sistema de Salud en España. Salud pública bucodental. Informe SESPAS 2002. La salud y el sistema sanitario en España.)
43. Consejo Dentistas. Libro blanco. Encuesta poblacional: la salud bucodental en España 2010.Lacer, S.A. C/ Sardenya, 350. 08025 Barcelona
44. Ribas Pérez D. Programas de Odontología Comunitaria en España. El Programa Andaluz y su percepción por los profesionales. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla. Noviembre 2008.

45. Estudio epidemiológico de la salud bucodental en los escolares de Castilla y León. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar social, 1995.
46. 2º estudio epidemiológico de la salud bucodental en los escolares en Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar social, 2000.
47. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 1998. McGraw Hill. Interamericana de México. DF. México.
48. Baena, G. (1997). Instrumentos de Investigación, 22ª. reimp., Ed. Editores Unidos Mexicanos, México.
49. Ramón Torrell J.M. Métodos de investigación en odontología. Barcelona Masson, 2002
50. García Córdova F. El cuestionario: recomendaciones metodológicas para el diseño de un cuestionario. México: Limusa 2004.
51. Berdie D, Anderson JF, Niebuhr, M. 1986. Cuestionarios: Diseño y uso. Scarecrow Press, Inc. Metuchen, New Jersey.
52. Escribá Agüir V. Diseño de cuestionarios. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, 1997.
53. Argimón Pallás J.M Jiménez Villa J. Metodos de investigación: clínica y epidemiológica. Elsevier España, 2004.
54. Prieto L. La elaboración de un cuestionario. FMC 2000; 7:138-47.

55. Fernández de Pinedo I. NTP 15: Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. Gobierno de España: Ministerio de Trabajo e Inmigración. disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/001a100/ntp_015.pdf
56. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
57. Acuña Ferradanes A., González Añón D, Castillo Páramo A, Fornos Pérez JA, Andrés Iglesias JC., Andrés Rodríguez NF. Metodología para evaluar las actitudes y aptitudes sobre farmacovigilancia en los farmacéuticos comunitarios. Aplicación en la provincia de Pontevedra. *Pharm Care Esp.* 2012; 14(3): 110-121
58. González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Martínez-Bellón M D, Fernández-Crehuet M, Guillén-Solvas J, Bueno-Cavanillas A. Construcción y validación de un cuestionario para medir conductas, conocimientos y actitudes sobre la higiene de las manos en personal sanitario en formación. (*Rev Esp Salud Pública* 2010, Vol. 84, N.º 6
59. Ballesteros Pérez, AM, Saturno Hernández, P, Ortega Ruiz, P, Minguez Vallejos, R, Molina Durán, F, Martínez Ros, MT, Chiva García, F. Construcción y validación de una escala de actitudes hacia la atención primaria de salud.
60. Godínez Rodríguez MA, Torres Lagunas MA, Pineda Olvera J. Construcción y Validación de un Instrumento de Actitudes ante la Promoción de la Salud. *Desarrollo Científ Enferm* 2006,14(6):211-216
61. Llobera Serentill A, Casabella Abril B, Pérez Sánchez, J, Carrillo Muñoz, R, Vía Vidal M, García Ortega D. Elaboración de una prueba para evaluar conocimientos y actitudes sobre la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en profesionales de atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 1996; 18:168-75. - vol.17 núm 9

62. Andrés Iglesias JC, Andrés Rodríguez NF, Fornos Pérez JA. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre hipercolesterolemia en la farmacia comunitaria. *Seguimiento Farmacoterapéutica* 2005; 3(4): 189-196.
63. Garrido Urrutia C, Espinoza Santander I, Romo Ormazábal F. Traducción al español y validación del cuestionario de creencias en salud bucal para cuidadores (DCBS-SP) *Rev. Esp. Salud Pública*, 2010, vol 84, n.4: 409-416
64. Chiva García F, Ballesteros Pérez AM, García Ballesta C, Mínguez Vallejos R. Construcción y validación de un instrumento para conocer la actitud hacia la salud dental. *EJDR*. 2001 ;(6).
Disponibile en: <http://www.uv.es/pascuala/ejdr/Art00024.htm>
65. Ledesma R, Ibáñez MG, Valero Mora P. Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos. *Psico-USF* 2002, 7: 143-152.
66. Katz S. et al., *Odontología Preventiva en Acción*, 3ª edición. México. Ed. Medica Panamericana.1983.
67. Cortés Martinicorena FJ, Simón Salazar F. El PADI a examen de sus profesionales. La opinión de los dentistas concertados del País Vasco y Navarra. *RCOE* 2004; 9(3): 289-296
68. Llodra Calvo JC, Oliver A, Inglés Novell M, Villa A. Aportaciones y perspectivas del equipo multiprofesional a la cartera de servicios en atención primaria. *Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.* 2012; 26(S):118–12
69. Burt B, Eukland S, edit. *Dentistry, Dental Practice and the Community*. Philadelphia: WB Saunders; 1999.
70. Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Vazquez Vicente A, Duran Hoyos A, Pena González J, Jiménez Zurita P. [Knowledge and attitudes of medical staff in two health districts concerning living wills. *Conocimientos y actitudes de los*

médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. Aten Primaria. 2008; 40(2):61-65

71. Sánchez Jacob M., Riaño Galán I., Martínez González C. Evaluación de los conocimientos legales y éticos de los profesionales sanitarios en relación con el adolescente. Rev Pediatr Aten Primaria. 2008; 10:443-56

72. Corpas Alcaraz M, Mateos Sancho C, Martín Auriolés E, Fernández García C, Salinas Abad G, Arévalo García-Huguet J. Evaluación de conocimientos geriátricos de los médicos de atención primaria del distrito sanitario Málaga. Medicina de Familia (And) Vol. 2, N.º 2, junio 2001.

73. Alastrué Loscos JI, Meneu de Guillerna R, Peiró Moreno S. Análisis de las opiniones, actitudes y conocimientos de los médicos de los centros de salud de Valencia sobre la eficacia y la eficiencia en la prescripción de medicamentos. Aten Primaria 1998; 21:165-171.

74. Insaurralde L, Grandolio P, Gómez Flores M A, Servin R Evaluación de los conocimientos y opiniones de médicos ante la prescripción de medicamentos genéricos en las provincias de chaco y corrientes Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2009.Nº 191.

75. García A, Martos F, Leiva F, Sánchez de la Cuesta. Genéricos: ¿buenos o malos? Conocimientos y actitudes de los médicos ante los medicamentos genéricos. Gac Sanit 2003, 17(2):144-9.

76. Realpe Delgado C Marín Blandón, MA Pico Merchán, ME. Percepción de usuarios, profesionales y estudiantes de salud sobre prestación de servicios de salud de tercer nivel de atención. Manizales. Revista Hacia la Promoción de la Salud 2006; 11: 95:105.

77. Madueño Caro AJ, Martín Olmedo PJ, García Martí E, Benítez Rodríguez E. Evaluación del conocimiento teórico-práctico de los sistemas de inhalación en médicos de

- atención primaria, posgrados en formación y pregrado. *Aten Primaria*. 2000; 25:91-9. - vol.25 núm 9
78. Orts Cortés MI, Comet Cortés P, Moreno Casbas T. Encuesta sobre los conocimientos de los profesionales de enfermería en relación con la prueba de tuberculina (ecpt). *Gac Sanit*. 1999; 13:8142. - vol.13 núm 91
79. Merino Godoy A. Actitudes y Conocimientos de profesionales de Enfermería sobre el paciente VIH+/SIDA. *Nure Investigación*, 2004, nº 6.
80. Champer Blasco, A; Caritg Monfort, F; Marquet Palomer, R. Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas. *Aten Primaria*. 2010; 42:463-9. - Vol.42 núm. 09
81. Tuells J, Caballero P., Montagud Penadés E.,Piera Gomar, J.L., García Paramio M.P, Monfort García M, Montesinos Butrón, P, Nolasco Bonmatí A. Conocimiento y actitud hacia la inmunización en profesionales sanitarios de atención primaria. *Vacunas*. 2009; 10(04):78-84 - vol.10 núm 03.
82. Arredondo-Provecho A, del Pliego-Pilo G, Nadal-Rubio M, Roy-Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género *Enferm Clin*. 2008; 18:175-82. - vol.18 núm. 04.
83. Racoba Zoff G, Castillo Monsegur J, Castillo García. Percepción de los profesionales sanitarios del Hospital Sant Llorenç de Viladecans sobre sus conocimientos y habilidades en reanimación cardiopulmonar. *Enferm Clin*. 2006; 16:39-43. - vol.16 núm. 01.
84. Frías Osuna, Prieto Rodríguez M. A, Heierle Valero C, Gil García E, Aceijas Hernández C. Actitudes, percepciones y satisfacción de las enfermeras andaluzas con la atención domiciliaria. *Enferm Clín* 2004; 14(6):297-306.

85. Iraburu Elizondo M, Chamorro Camazón J, Pedro Montalbán M T
Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. Anal. sist sanit. Navarra, 2006.Vol. 29, Nº. 3, págs. 357-366.
86. Olatosi OO, Sote EO, Akinsola OJ, Oredugba FA, Adenaike AS,
Prevention of dental caries: knowledge, practice and opinion of paediatricians in Lagos. West Afr J Med. 2013 Jan-Mar; 32(1):52-6.
87. Omitola OG, Arigbede AO. Knowledge of medical house officers about dental specialties. Niger J Med. 2012 Jan-Mar; 21(1):61-5.
88. Melgar, R. A., (1999). Creencias y conocimientos sobre salud bucal en docentes de educación inicial y primaria. Perú. Disponible en: <http://www.revistavisiondental.net/aculorcreenciasyconocimientossobresaludbucal.htm>
89. Ministerio de Sanidad y Consumo Encuesta Nacional de Salud 2003. www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestanacional/home.htm
90. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud. España 2010 http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Anexo_04.pdf
91. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007. Castilla y León. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.
92. DOE num. 62, de 20 de mayo de 2003. Consejería de Sanidad y Consumo. Decreto 74/2003, de 20 de mayo, sobre asistencia dental a la población con discapacidad intelectual de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
93. Decreto 48/2006 de atención bucodental a personas con discapacidad severa en la Comunidad Autónoma de Andalucía

94. BON num. 8, de 18 de enero de 1993. Consejería de Salud. Decreto Foral 436/1992, de 28 de noviembre, por el que se reconoce el derecho al reintegro de gastos por asistencia odontológica a disminuidos psíquicos.
95. Castaño Seiquer A, Ribas Pérez D. Odontología preventiva y comunitaria. "la odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto" Fundación Odontológica Social- www.fundacionodontologiasocial.org
96. II Plan de Salud 2003-2007. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Consumo. Valladolid 2003.
97. III Plan de Salud de la Junta de Castilla y León 2008-2012. Acuerdo 116/2008, de 30 de octubre, de la Junta de Castilla y León. B.O.C. y L. - N.º 213
98. Llodra JC, Bourgeois D. Estudio prospectivo Delphi. La salud bucodental en España 2020. Tendencias y objetivos de salud oral. Madrid: Fundación Dental Española; 2009.
99. Cortes J, Cerviño S, Casals E. Servicios públicos de salud bucodental en España. Legislación y cartera de servicios en las CC.AA. 2005. SESPO 2005
100. Llodra Calvo JC, García González R, Bravo Pérez, Hita Iglesias C. Cuarto estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares andaluces. 2006. Edita Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Dirección general de salud Pública y participación. Egea impresiones S.L. (Sevilla) 2007.
101. Bravo M. Private dental visits per dentist in Spain from 1987 to 1997. An analysis from the Spanish National Health Interview Surveys. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2002; 30:321-328.
102. Department of Health and Human Services: Promoting health/preventing disease: objectives for the nation. Washington, DC: US Government Printing Office, 1980

103. Donabedian A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *Milbank Mem Fund Q* 1972; 50:103-54.
104. Pinilla J, Gonzalez B. Equity in children's utilization of dental services: effect of a children's dental care programme. *Community Dental Health* (2006) 23: 152-57.
105. Simon F: Evaluación de los seis primeros años del PADI en la comunidad Autónoma del País Vasco.(1990-1995). Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
106. Freire J.M. El programa de Atención Dental Infantil (PADI) de Navarra y País Vasco: logros y nuevas metas. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2003. 26(3): 423-428.
107. Cortes F.J., Ramon J.M., Cuenca E. Doce años de Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) en Navarra (1991- 2002): Utilización e indicadores de salud. *Anales sist san Navarra*. 2003. 26(3): 373-382.
108. Cortes J y cols. Encuesta Epidemiológica de Salud Dental de los escolares de Navarra 2002. Fundación Miguel Servet. 2003 Pamplona
109. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Dirección General de Salud Pública. Informe anual del desarrollo del Decreto 118/90, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones. Documentos Técnicos de Salud Pública Dental.
110. González Sanz A, Represa JC, editores. *La odontología para la comunidad y el dentista de Atención Primaria*. Madrid; 2003

111. Barriuso Lapresa L, Sanz Barbero B. Análisis multinivel del uso de servicios de salud bucodental por población infanto-juvenil. Gac Sanit [online]. 2011, vol.25, n.5, pp. 391-396. ISSN 0213-9111.
112. Cortés Martinicorena F.J. Servicios dentales para jóvenes: el inicio de una andadura. Gac Sanit 2010; 24(3): 251-252.
Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112010000300013&lng=es.
113. Almerich Silla J. Actividades en otros grupos etarios y especiales: ¿por dónde empezamos? Las nuevas prestaciones y los nuevos retos de la salud oral en España. Jornada de Invierno SESPO 2008.
114. Montiel JM, Almerich JM. Estudio de la eficacia de dos tratamientos antiplaca y antigingivitis en un grupo de discapacitados psíquicos. Medicina Oral 2002; 7: 136-43.
115. Decreto 34/2006 de modificación del Decreto 273/2004 de 9 de noviembre.
116. Cuenca-Sala E. Financiación y organización de los servicios de odontología en Europa. RCOE 2008; 13(1): 23-30
117. Instituto Nacional de Estadística. (INE). Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.
118. Michalowicz BS et al. Examining the Safety of Dental Treatment in Pregnant Women. J Am Dent Assoc 2008;139;685-695

ANEXOS

8

ANEXO I
VALORACION EXPERTOS

ITEM	PERTINENCIA	CLARIDAD	COMENTARIOS
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

**ANEXO II
CUESTIONARIO**

Instrucciones

1. El objetivo de este estudio es conocer el grado de conocimiento del programa de salud bucodental por parte de los médicos y enfermeras de Atención Primaria-
2. Lea cuidadosamente las preguntas y trate de contestarlas todas. La encuesta es anónima.
3. Los resultados servirán para detectar posibles deficiencias y en su caso, proponer medidas de mejora.
4. Les agradezco su participación en el presente estudio y el tiempo dedicado.

Medico/enfermero/a

Sexo

Edad

Centro: urbano/ rural/ semi-urbano

Años de servicio: menos 10/ 10 a 20/ más de 20

1. ¿Conoce la existencia del programa de salud buco dental (SBD) de la Junta de Castilla y León?
(1) No se si lo hay (2) Creo que si, pero lo desconozco (3) Se que lo hay pero lo desconozco
(4) Se que lo hay, pero lo conozco poco (5) Si, lo hay y lo conozco
2. ¿Señale el número de veces que ha participado en actividades informativas sobre el programa de SBD?
(1) Nunca (2)1 (3)2 (4)3 (5) Mas de tres
3. Valorare la importancia del programa de salud buco dental en el conjunto del sistema sanitario.
(1)Nulo (2) Escasa (3) Importante (4) bastante importante (5) Muy importante
4. ¿Conoce el nombre del odontólogo de su zona?
1) No (2) Si
5. ¿Ha derivado o deriva pacientes al odontólogo de su zona?
(1)Nunca (2) Escasas ocasiones (3) A veces (4) Casi siempre (5) Siempre
6. ¿Su conocimiento sobre el programa de salud bucodental dirigido a niños considera que es?

(1) Nulo (2) Escaso (3) Suficiente (4) Bueno (5) Muy bueno

7. ¿Las prestaciones dirigidas a los niños le parecen suficientes?
(0) ns/nc (1) Totalmente insuficientes (2) Insuficientes (3) Escasas (4) Suficientes
(5) Optimas
8. ¿Su conocimiento sobre las prestaciones del programa de salud bucodental dirigido a ancianos considera que es?
1) Nulo (2) Escaso (3) Suficiente (4) Bueno (5) Muy bueno
9. ¿Le parecen adecuadas?
(0) ns/nc (1) Totalmente insuficientes (2) Insuficientes (3) Escasas (4) Suficientes (5)
Optimas
10. ¿Su conocimiento sobre las prestaciones del programa de salud bucodental dirigido a discapacitados considera que es?
1) Nulo (2) Escaso (3) Suficiente (4) Bueno (5) Muy bueno
11. ¿Le parecen adecuadas?
(0) ns/nc (1) Totalmente insuficientes (2) Insuficientes (3) Escasas (4) Suficientes
(5) Optimas
12. ¿Su conocimiento sobre las prestaciones en salud bucodental dirigidas al adulto considera que es?
1) Nulo (2) Escaso (3) Suficiente (4) Bueno (5) Muy bueno
13. ¿Le parecen adecuadas?
(0) ns/nc (1) Totalmente insuficientes (2) Insuficientes (3) Escasas (4) Suficientes
(5) Optimas
14. ¿Su conocimiento sobre las prestaciones del programa de salud bucodental a la embarazada considera que es?
(1) Nulo (2) Escaso (3) Suficiente (4) Bueno (5) Muy bueno
15. ¿Le parecen adecuadas?
(0) ns/nc (1) Totalmente insuficientes (2) Insuficientes (3) Escasas (4) Suficientes
(5) Optimas
16. ¿Su conocimiento sobre las actividades preventivas del programa de salud bucodental de Sacyl considera que es?
(1)Nulo (2) Escaso (3) Suficiente (4) Bueno (5) Muy bueno

17. Si al realizar la exploración bucodental, nos encontramos con patología en la articulación temporomandibular (ATM); ¿Dónde le derivaría usted habitualmente?
(1) No lo se (2) Traumatólogo (3) Otorrinolaringólogo (4) Odontólogo (5) Otras derivaciones
18. ¿Dónde derivaría usted habitualmente las lesiones en la mucosa de la cavidad bucal?
(1) No lo se (2) Dermatólogo (3) Otorrinolaringólogo (4) Odontólogo (5) Otras derivaciones
19. ¿Su conocimiento sobre los tratamientos especiales que recoge el programa de SBD considera que es?
(1) Nulo (2) Escaso (3) Suficiente (4) Bueno (5) Muy bueno
20. ¿Su conocimiento sobre a que población van dirigidos los tratamientos especiales considera que es?
(1) Nulo (2) Escaso (3) Suficiente (4) Bueno (5) Muy bueno