



## Índice

### Artículo:

- Evolución del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia. Periodo 2003-2010.

### Noticias Breves:

- Informe de los ECDC sobre el manejo de la confianza en las instituciones de Salud Pública encargadas del control de enfermedades infecciosas.  
- Brote de Salmonelosis de ámbito general relacionado con la ingesta de un queso fresco.

### Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 33 a 36 de 2011.

## Evolución del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia. Periodo 2003-2010.

### Introducción

El Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia (PSBI) se implantó en el año 2003, siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia en cuanto a prestación sanitaria bucodental a la población infantil (1,2).

La finalidad de la intervención es prevenir la caries y las enfermedades bucodentales y, al mismo tiempo, garantizar el acceso gratuito a los tratamientos restauradores más frecuentes en la infancia. Los niños incluidos en el Programa pueden beneficiarse de una serie de actividades preventivas/tratamientos básicos, que son: examen oral, educación sanitaria, aplicación de flúor tópico, sellado de fosas y fisuras, limpieza bucal, obturaciones de molares permanentes, exodoncias de piezas temporales y permanentes que lo requieran, atención de urgencias y radiología simple como método diagnóstico. Y además, los denominados tratamientos especiales/restauradores, que son: endodoncia, reconstrucción dental, reconstrucción incisivo-canino, apicoformación, protección y tratamiento pulpar, ferulización, reimplante dentario, perno prefabricado intrarradicular, sutura de tejidos blandos y la ortopantomografía como método diagnóstico. En el año 2007 se introdujo, como tratamiento especial, las obturaciones en situación especial (OSE) que son las efectuadas a niños con asistencia irregular o incorporación tardía al Programa y en el 2008, la obturación de incisivos – caninos o premolares por caries.

La población a la que va dirigido el Programa son los niños residentes en la Región con asistencia sanitaria proporcionada por el Servicio Murciano de Salud (SMS) y con edades comprendidas entre 6 y 14 años de edad.

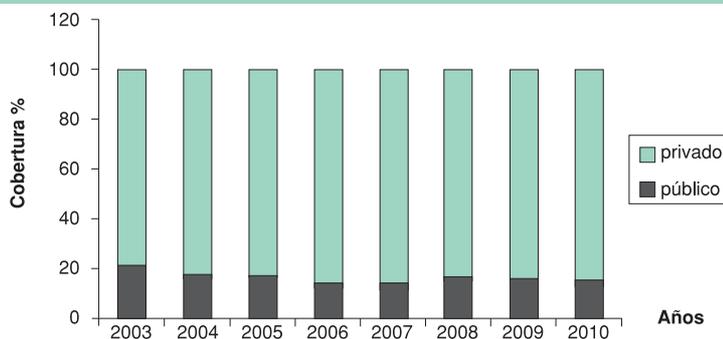
En el año de su implantación, el Programa

Tabla 1.- Evolución de la cobertura del Programa de Salud Bucodental Infantil. Periodo 2003-2010.

AÑOS	POBLACIÓN DIANA	POBLACIÓN ATENDIDA	COBERTURA %
2003	27.429	9326	34
2004	41.041	21.013	51,20
2005	54.302	27.694	51
2006	71.675	37.486	52,30
2007	88.199	47.363	53,70
2008	108.425	56.381	52
2009	125.615	68.209	54,30
2010	145.185	79.271	54,60

Fuente: Programa de Salud Bucodental Infantil. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Política Social.

Gráfico 1.- Evolución del porcentaje de niños que acuden a consulta pública (USB) y privada. Periodo 2003-2010.



Fuente: Programa de Salud Bucodental Infantil. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Política Social.

se ofertó a la población de 6 y 7 años de edad, es decir, a dos cohortes de población simultáneamente. Posteriormente, cada año fue incorporándose una nueva cohorte de edad hasta llegar al año 2010, a partir del cual se encuentra incluida toda la población objeto.

La prestación de servicios se realiza mediante un sistema mixto, es decir, mediante los dispositivos públicos (en la actualidad son 39 Unidades de Salud Bucodental en los centros de salud) y 519 consultas privadas de dentistas adscritos al Programa, de tal modo que los padres pueden elegir entre acudir a un dentista privado o público. A los profesionales privados se les realiza un pago capitulo anual por atención al niño, que incluye las actividades preventivas/tratamientos básicos, y aparte, el pago por tratamientos especiales en caso de que sea necesario.

El objetivo de este trabajo consiste en valorar la evolución del Programa desde el año de su implantación hasta el año 2010.

### Metodología

Se trata de un estudio descriptivo, en donde se han calculado los indicadores

utilizados en el Programa desde el año 2003 al 2010. Para ello, se ha determinado el porcentaje de niños atendidos (cobertura) así como el porcentaje de niños que acuden a los dispositivos públicos (USB) y consultas privadas, la asistencia por grupo de edad del niño y el porcentaje de tratamientos básicos y especiales realizados.

Con la andadura del Programa y con la incorporación anual de nuevas cohortes de niños, éste fue adquiriendo mayor complejidad tanto en la gestión como en el seguimiento de las prestaciones y la documentación utilizada. Por ello, con la intención de mejorar su eficiencia, en el año 2008 se implantó la aplicación informática (Bucosan) que posibilita el acceso de los dentistas desde su consulta al expediente del niño para incorporar datos de la atención prestada y realizar solicitudes de tratamientos especiales vía web, estos últimos pueden ser autorizados o denegados por la Coordinación del Programa/Consejería de Sanidad. Bucosan también permite el seguimiento y explotación de la información registrada.

Hasta el 2007 la evaluación del Programa

Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.  
Semanas 33 a 36 (del 14 de agosto de 2011 al 10 de septiembre de 2011). Distribución semanal

Enfermedades	Casos notificados												Casos acumulados		
	Semana 33			Semana 34			Semana 35			Semana 36			Semanas 33 a 36		
	2011	2010	Mediana	2011	2010	Mediana	2011	2010	Mediana	2011	2010	Mediana	2011	2010	Mediana
Toxiinfecciones alimen.	1	1	5	0	16	5	6	0	2	5	66	1	12	83	18
Gripe	19	10	10	15	7	9	3	20	23	26	17	33	63	54	86
Legionelosis	0	1	1	0	1	1	1	1	1	2	0	1	3	3	3
Tuberculosis respiratoria	2	3	3	1	2	3	1	1	4	1	4	4	5	10	13
Otras tuberculosis.	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	0	0	3	1	1
Otras meningitis	1	2	1	3	3	0	2	1	1	2	1	1	8	7	4
Parotiditis	2	0	0	2	2	1	0	0	0	1	1	1	5	3	3
Varicela	11	20	25	19	20	20	17	10	20	15	16	14	62	66	77
Tos ferina	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0
Sífilis	3	0	1	1	2	1	2	0	0	1	0	0	7	2	3
Hepatitis A	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	2	2	2
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Paludismo	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.  
Semanas 33 a 36 (del 14 de agosto de 2011 al 10 de septiembre de 2011).

Enfermedades	Áreas de Salud							
	Murcia Oeste		Cartagena		Lorca		Noroeste	
	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.
Población (Padrón 2010)	255.078		286.025		172.100		74.467	
Toxiinfecciones alimentarias	0	42	0	8	5	11	0	1
Gripe	7	5.488	8	4.087	26	3.903	0	2.269
Legionelosis	1	3	0	2	0	1	0	1
Tuberculosis respiratoria	1	33	1	22	0	9	0	6
Otras tuberculosis	0	5	0	7	0	2	0	3
Otras meningitis	2	17	1	5	1	2	1	2
Parotiditis	1	10	2	7	0	3	0	0
Varicela	14	1.038	8	1.151	7	877	2	352
Tos ferina	1	1	1	8	0	0	0	0
Sífilis	3	8	1	7	1	5	0	0
Hepatitis A	1	6	0	6	0	6	0	2
Hepatitis B	0	3	1	4	0	0	0	0
Leishmaniasis	1	2	0	0	0	1	0	0
Paludismo	1	1	0	0	0	0	0	0

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.



**Informe de los ECDC sobre el manejo de la confianza en las instituciones de Salud Pública encargadas del control de enfermedades infecciosas**

Acaba de ser editado por los ECDC el informe titulado "A literature review of trust and reputation management in communicable disease public health".

El informe repasa la bibliografía publicada en inglés entre los años 2005-10 sobre como conseguir la confianza y reputación de las instituciones de salud pública involucradas en enfermedades infecciosas. Se identificaron elementos de buenas prácticas como: la planificación a largo plazo y proactiva, fuertes relaciones con los medios, construcción proactiva de relaciones con actores claves y compromiso con la transparencia.

Existen cuestiones pendientes de investigación entre otras: la evaluación del impacto de las actividades de salud pública en la confianza y reputación y la adopción de planes estratégicos sobre la confianza y reputación (coordinando todos los elementos involucrados: actividades de comunicación y relaciones con los medios).

El informe repasa de forma sistemática las actuaciones necesarias para lograr confianza y credibilidad por parte de las instituciones de salud pública ante la población. Creemos que el tema es de especial candencia e importancia ante las crisis acaecidas en los últimos años.

Más información: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Trust\\_Reputation\\_Management\\_Report.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Trust_Reputation_Management_Report.pdf)  
Fuente: Programa de vacunaciones

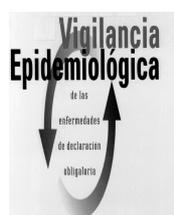
Cobertura de declaración(\*) por municipios.  
Semanas 33 a 36 (del 14 de agosto de 2011 al 10 de septiembre de 2011).

Municipios	% de declaración	Municipios	% de declaración	Municipios	% de declaración	Municipios	% de declaración
Abanilla	100,0	Calasparra	100,0	Lorquí	100,0	Torre Pacheco	100,0
Abarán	100,0	Campos del Río	100,0	Mazarrón	100,0	Torres de Cotillas, Las	92,3
Águilas	78,8	Caravaca de la Cruz	94,0	Molina de Segura	91,7	Totana	80,7
Albudeite	100,0	Cartagena	100,0	Moratalla	75,0	Ulea	100,0
Alcantarilla	100,0	Cehegín	87,5	Mula	100,0	Unión, La	100,0
Aledo	87,5	Ceutí	100,0	Murcia	98,4	Villanueva del Río Segura	100,0
Alguazas	89,3	Cieza	100,0	Ojós	100,0	Yecla	83,0
Alhama de Murcia	100,0	Fortuna	100,0	Pliego	91,7	Santomera	100,0
Archena	100,0	Fuente Álamo de Murcia	100,0	Puerto Lumbreras	80,8	Alcázares, Los	100,0
Beniel	100,0	Jumilla	92,1	Ricote	100,0		
Blanca	100,0	Librilla	100,0	San Javier	100,0	Total Región	95,1
Bullas	87,5	Lorca	73,5	San Pedro del Pinatar	100,0		

(\*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas] x 100.

Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.  
Semanas 33 a 36 (del 14 de agosto de 2011 al 10 de septiembre de 2011).

Áreas de Salud											
Altiplano		Vega Media del Segura		Murcia Este		Mar Menor		Vega Alta del Segura		TOTAL	
60.960		256.805		200.379		101.350		54.815		1.461.979	
Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.
0	0	0	28	7	18	0	1	0	0	12	109
0	1.277	5	3.596	3	4.213	5	2.103	9	992	63	27.928
0	0	2	4	0	3	0	1	0	0	3	15
0	0	0	13	3	24	0	12	0	7	5	126
1	1	0	7	1	4	1	4	0	0	3	33
0	1	1	9	0	11	1	8	1	1	8	56
0	0	1	7	1	6	0	6	0	1	5	40
0	330	9	906	12	1.260	9	861	1	237	62	7.012
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	10
0	1	2	15	0	6	0	1	0	0	7	43
0	0	0	3	0	8	1	3	0	0	2	34
0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	10
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4
0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1	4



**Brote de Salmonelosis de ámbito general relacionado con la ingesta de un queso fresco.**

A principios de noviembre del 2011, la investigación de un brote familiar de toxiinfección alimentaria por *Salmonella* serogrupo B en Lorca permitió la detección de un brote de ámbito general en el municipio.

Entre las fechas del 29 de octubre y 8 de noviembre enfermaron más de 70 personas, la mayoría de origen ecuatoriano y residentes en Lorca, algunos vivían en municipios cercanos y 5 casos en la provincia de Almería.

Todos los casos se relacionaron con el consumo de un queso fresco que se vendía en un establecimiento no autorizado y no se pudo establecer el origen del queso por falta de colaboración del dueño del local, a pesar de requerir el apoyo a los Cuerpos de Seguridad del Estado.

Muchos de los afectados acudieron al servicio de urgencias del hospital del área donde se recogieron muestras de heces a 15 afectados y 7 fueron ingresados; también se analizaron muestras de una manipuladora expuesta al brote, de restos del queso consumido por afectados y de un queso requisado en el establecimiento.

Todas las muestras analizadas, tanto en afectados, manipulador como en alimentos, fueron positivas para *Salmonella* Thyphimurium serotipo 4,5,12:i:- fagotipo 138.

Fuente: Servicio de Epidemiología

se realizaba con la información obtenida mediante unos cuestionarios en los que los dentistas recogían los datos de los exámenes bucodentales y tratamientos realizados a los niños y el análisis de dichos datos se realizaba en una muestra representativa de la población atendida. Desde el 2008 la evaluación se realiza con los datos de toda la población de niños incluidos en el programa Bucosan, que evidentemente proporciona una información más exhaustiva.

### Resultados y comentarios

#### - Cobertura regional del PSBI y por tipo de atención pública/privada durante el periodo 2003-2010.

Los porcentajes de cobertura son prácticamente semejantes a lo largo del periodo de evolución del Programa, manteniéndose en valores aparentemente bajos, entre 51% y 54% (Tabla 1). El que acuda aproximadamente la mitad de la población a la que va dirigido el Programa puede deberse a que un porcentaje importante de niños va a otros servicios bucodentales y, en otros casos, a que los aspectos preventivos no se consideran relevantes y únicamente se acude al dentista cuando existe un problema dental. Respecto al año 2003, la cobertura no es valorable porque el PSBI se puso en marcha a mediados de año.

Al analizar la cobertura según consulta de atención pública o privada, se observa que en todos los años evaluados el porcentaje de niños que acuden a consultas privadas es mayor que en las públicas, mostrándose una ligera disminución en la asistencia a las USB desde el año 2003 (21%) al año 2010 (15,5%), mientras que la cobertura para las consultas privadas oscila entre un 78,3% en el año 2003 hasta un 84,5% para el 2010 (gráfico1). Las diferencias observadas son principalmente porque el número de consultas públicas es mucho menor que el de privadas, la apertura de muchas consultas privadas es por la tarde y a que en estas últimas se realizan tanto los tratamientos básicos como los restauradores, mientras que los niños que acuden a las USB deben derivarse a consultas privadas para la realización de tratamientos restauradores.

#### - Cobertura por edad de los niños.

Se ha valorado únicamente para el periodo 2008-2010, años en los que la evaluación se ha realizado mediante Bucosan porque se considera que esta información es más fiable.

La asistencia al Programa es menor a los 6 años de edad, variando entre el 42% y 44,5%, debido a la persistencia de dentición temporal y a que la patología bucodental es menor.

En edades posteriores, de 7 a 11 años, se incrementa la cobertura, asistiendo al

PSBI entre el 54% y el 62% de la población diana. A los 13 y 14 años vuelve a disminuir la cobertura (siendo entre el 47,6% y el 53%) probablemente debido a que los niños acuden al dentista por presentar patología y no para revisiones o beneficiarse de actividades preventivas.

#### - Tratamientos básicos realizados.

El porcentaje de tratamientos básicos en los niños examinados figura en la tabla 2. Respecto a los sellados de fosas y fisuras se observa que el porcentaje va disminuyendo desde el 2003 al 2010. Las obturaciones se mantienen entre el 8,3% para el 2006 y el 12,2% para el 2010. Las exodoncias también mantienen un valor homogéneo excepto en el año 2004 que es más bajo. Para la limpieza bucal se mantienen porcentajes similares a lo largo de los años, aunque en el 2004 y 2006 son más bajos. Debe destacarse la disminución que experimenta la labor de educación sanitaria (actividad obligada en todas las consultas del Programa), desde los primeros años de su implantación hasta el 2010; dicha disminución es casi del 50% y puede ser debido a una menor actividad real o a un menor registro en el expediente del niño.

#### - Tratamientos especiales realizados.

Al valorar los tratamientos especiales

más frecuentemente realizados se observa que la reconstrucción incisivo-canino durante los primeros años evaluados es el tratamiento más frecuente; sin embargo, va disminuyendo progresivamente a partir de la incorporación del tratamiento OSE y la obturación incisivo-canino o premolares por caries (Tabla 3), probablemente este hecho sea debido a que antes de la incorporación de estos dos últimos tratamientos como prestaciones del Programa, dichos tratamientos se solicitaban como reconstrucción incisivo-canino.

Como comentario final, merece la pena destacar la importancia de incrementar las actividades preventivas para evitar tratamientos restauradores con la finalidad de mejorar la salud bucodental de los niños murcianos e incrementar la eficiencia del Programa.

### Bibliografía

1.- Real Decreto 63/1995 del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 35 (10 de febrero de 1995).

2.- Orden de 27 de diciembre de 2002 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se determinan los criterios de gestión de la prestación sanitaria buco-dental destinada a la población infantil de la Región de Murcia.

Tabla 2.- Porcentaje de actividades preventivas/tratamientos básicos realizados en la población a la que va dirigida del Programa. Periodo 2003-2010.

AÑOS	ACTIVIDADES PREVENTIVAS/TRATAMIENTOS BÁSICOS					
	Educación Sanitaria	Sellados fosas/fisuras	Aplicación Flúor	Limpieza bucal	Obturaciones	Exodoncias
2003	84,5	33,9	63,3	5,6	10,0	10,2
2004	93,5	33,2	77,6	3,7	10,0	5,0
2005	90,2	25,9	65,8	5,4	11,6	9,8
2006	96,4	23,7	75,2	2,3	8,3	8,0
2007	90,1	26,9	71,8	7,7	12,1	11,1
2008	60,9	15,5	60,9	6,4	11,2	11,5
2009	50,9	13,7	64,3	7,6	11,3	12,0
2010	49,6	12,4	67,4	8,7	12,2	11,7

Fuente: Programa de Salud Bucodental Infantil. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Política Social.

Tabla 3.- Evolución de los principales tratamientos especiales restauradores realizados. Periodo 2003-2010.

Tratamientos especiales	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Nº ttos	%														
Reconstrucción inci-can	22	46,8	82	56,9	198	64,7	326	62,1	416	44,4	703	23,3	919	20,3	1392	15,4
Endodoncia molar perm	14	29,7	19	13,1	65	21,2	125	23,8	259	27,6	435	14,4	435	9,6	1135	12,6
Obturación Situación Especial	-	-	-	-	-	-	-	-	185	19,7	1178	39,2	1981	43,9	3289	36,5
Obturación incisivo-canino y premolar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	490	16,3	890	19,7	2681	29,7

Nota: La suma de porcentajes no alcanza el 100% porque en la tabla no aparecen todos los tipos de tratamientos realizados.

Fuente: Programa de Salud Bucodental Infantil. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Política Social.

Edita:  
Servicio de Epidemiología.  
Consejería de Sanidad y Política Social.  
D. G. de Salud Pública.  
Ronda de Levante 11. 30008 Murcia.  
Tel.: 968 36 20 39 Fax: 968 36 66 56  
bolepi@carm.es  
http://www.murciasalud.es/bem

Comité Editorial:  
Lluís Cirera, M.<sup>a</sup> Dolores Chirlaque, Juan Francisco Correa, Visitación García, Ana María García-Fulgueiras, José Jesús Guillén, Olga Monteagudo, Carmen Navarro, Jaime Jesús Pérez, Carmen Santiuste, M.<sup>a</sup> José Tormo.

Coordinadora de Edición:  
Carmen Santiuste de Pablos.  
Coordinador Administrativo:  
José Luis García Fernández.  
Suscripción: Envío Gratuito.  
Solicitudes: bolepi@carm.es  
e-issn: 2173-9269 Bol Epidemiol Murcia