



UNIVERSIDAD DE  
**MURCIA**

**UNIVERSIDAD DE MURCIA**

**DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA, ESTOMATOLOGÍA Y  
RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA**

**Evolución del Programa de Salud  
Bucodental Infantil en la Comunidad  
Autónoma de la Región de Murcia  
tras 8 años desde su implantación  
(2003-2010)**

**OSCAR ERÁNS RIC HARTE**

**2011**

**DIRECTORES**

**YOLANDA MARTÍNEZ BENEYTO  
LEONOR PERÉZ LAJARÍN  
OSCAR CASTRO REINO**





UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

**D<sup>a</sup>. YOLANDA MARTÍNEZ BENEYTO, PROFESOR CONTRATADO DOCTOR INTERINO DEL AREA DE ESTOMATOLOGÍA DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA, ESTOMATOLOGÍA, RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA**

**AUTORIZA:**

La presentación de la Tesis Doctoral titulada **"Evolución del Programa de Salud Bucodental Infantil en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia tras ocho años desde su implantación"** presentada por **D. Oscar Eráns Richarte**, se ha realizado bajo mi inmediata dirección y supervisión, en el **Departamento de Dermatología, Estomatología, Radiología y Medicina Física**, y que se presenta para la obtención del grado de Doctor por la **Universidad de Murcia**.

En Murcia, a 5 de septiembre de 2011



**Facultad de Medicina y Odontología  
Departamento Dermatología, Estomatología, Radiología y Medicina Física  
Universidad de Murcia**

Hospital General Universitario Morales Meseguer, 30008 Murcia  
T. 868 88 85 83 – F. 868 88 43 99- [www.um.es/defrmf/](http://www.um.es/defrmf/)



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

**D<sup>a</sup>. LEONOR PÉREZ LAJARÍN, PROFESOR TITULAR DE UNIVERSIDAD DEL AREA DE ESTOMATOLOGÍA DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA, ESTOMATOLOGÍA, RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA**

**AUTORIZA:**

La presentación de la Tesis Doctoral titulada **"Evolución del Programa de Salud Bucodental Infantil en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia tras ocho años desde su implantación"** presentada por **D. Oscar Eráns Richarte**, se ha realizado bajo mi inmediata dirección y supervisión, en el **Departamento de Dermatología, Estomatología, Radiología y Medicina Física**, y que se presenta para la obtención del grado de Doctor por la **Universidad de Murcia**.

En Murcia, a 5 de septiembre de 2011


**Facultad de Medicina y Odontología  
Departamento Dermatología, Estomatología, Radiología y Medicina Física  
Universidad de Murcia**

Hospital General Universitario Morales Meseguer, 30008 Murcia  
T. 868 88 85 83 – F. 868 88 43 99- [www.um.es/defrmf/](http://www.um.es/defrmf/)



**D. OSCAR CASTRO REINO, MÉDICO ESTOMATÓLOGO ESPECIALISTA  
DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD**

**AUTORIZA:**

La presentación de la Tesis Doctoral titulada **”Evolución del Programa de Salud Bucodental Infantil en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia tras ocho años desde su implantación”** presentada por **D. Oscar Eráns Richarte**, se ha realizado bajo mi inmediata dirección y supervisión, en el **Departamento de Dermatología, Estomatología, Radiología y Medicina Física**, y que se presenta para la obtención del grado de Doctor por la **Universidad de Murcia**.

En Murcia, a 5 septiembre de 2011.



## AGRADECIMIENTOS

---

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a aquellas personas que han permitido que este proyecto por fin pudiera terminarse

A mi directora de tesis, la Dra. Yolanda Martínez Beneyto, por todos sus consejos y sugerencias, por su enorme esfuerzo y sacrificio de su tiempo libre, robado a su familia, para poder presentar el estudio en los plazos que nos fijamos.

A la Dra. Leonor Pérez Lajarín, por su codirección, aportándonos todo su saber y experiencia en la dirección de tesis.

Al Dr. Oscar Castro Reino, compañero y amigo, facilitándome todo su conocimiento en la puesta en marcha y desarrollo del PADI en Murcia.

Al personal del Colegio de Dentistas de Murcia, a Manoli y María José, por ayudarme con la documentación administrativa que estaba en el Colegio, más allá de sus funciones.

Al Servicio Murciano de Salud, por los datos proporcionados.

Y para el final a mi familia, lo más importante. A mis padres, por su forma de educarme, por su enorme sacrificio para que pudiera estudiar, por sus valores de esfuerzo y voluntad.

A María José, mi complemento, mi apoyo, mi vida. Por su enorme sacrificio en todos esos momentos que no he podido estar con ella, aún estando a tan poca distancia. Por saber entenderme y animarme en los buenos y en los malos momentos.

A mis hijos, la luz que me ilumina, Jorge y María. Por esos demasiados momentos que les he robado de mi presencia en una etapa de su vida que tanto me necesitan. Hay un comentario de Jorge que no podré olvidar: dile a quién te manda los trabajos del cole que te ha mandado muchos y no te podemos ver. No podré recuperar ese tiempo, pero espero compensaros.

## ACRÓNIMOS

A.S.: Área de Salud.

CARM: Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

CAOD: Índice de dientes permanentes cariados, ausentes y obturados.

CC.AA.: Comunidades Autónomas.

cod: Índice de dientes temporales cariados y obturados

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PADI: Programa de Atención Dental Infantil.

SMS: Servicio Murciano de Salud.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

U.E.: Unión Europea.

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
I.1. EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA BUCODENTAL EN ESPAÑA	1
I.1.1. Modelos asistenciales de salud bucodental en el adulto	6
I.1.2. Modelos asistenciales de salud bucodental en el paciente infantil	9
I.2. MODELOS ASISTENCIALES DE SALUD BUCODENTAL EN EUROPA Y SISTEMAS DE FINANCIACIÓN	12
I.2.1. La disparidad de la odontología en Europa	12
I.2.2. Modelos de prestación bucodental en Europa y sistemas de financiación	17
I.3. PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL EN ESPAÑA (MODELO PADI)	23
I.3.1. Instauración progresiva en España	23
I.3.2. Programa de Atención Bucodental Infantil en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM)	33
I.4. DISTRIBUCIÓN SOCIO-SANITARIA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA	57
I.4.1. Mapa Sanitario de la Región de Murcia	57
I.4.2. Delimitación de las Áreas y Zonas Básicas de Salud del Mapa Sanitario de la Región de Murcia	60
I.4.3. Áreas de Salud del Mapa Sanitario de la Región de Murcia y hospitales de referencia	66
<b>II. OBJETIVOS</b>	<b>69</b>
II.1. OBJETIVO GENERAL	69
II.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	69
<b>III. MATERIAL Y METODO</b>	<b>70</b>
III.1. MATERIAL	70
III.1.1. Evaluaciones anuales de la Coordinación del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Dirección General de Salud Pública	71
III. 1.2. Clausulas Adicionales anuales al Convenio de colaboración para la prestación sanitaria en materia de Salud Bucodental Infantil suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia	71

III.1.3. Documentación remitida por la Coordinación del Programa a los usuarios	72
III.1.4. Documentación administrativa del PADI	72
III.1.5. Base de datos del Colegio Oficial de Dentistas de Murcia	74
III.1.6. Base de datos de la Coordinación del Programa	75
III.2. MÉTODO	76
III.2.1. Evaluación del proceso del PADI	77
III.2.2. Evaluación del impacto del PADI	78
III.3. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO	80
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>81</b>
IV.1. EVALUACIÓN DEL PROCESO DEL PADI	81
IV.1.1. La oferta del PADI a la población diana en cada ejercicio	81
IV.1.2. Desarrollo del cuadro facultativo de dentistas ofertados, tanto públicos como privados	83
IV.1.3. Realización de las actividades operativas anuales de la Coordinación del PADI	85
IV.1.4. Valoración económica de los costes imputables al PADI	86
IV.1.4.1. Los costes generados por las USB y la Coordinación del Programa	86
IV.1.4.2. Costes facturados por los dentistas habilitados, tanto por pago caputivo como por los tratamientos especiales	87
IV.2. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PADI	109
IV.2.1. Población que tiene asignado un dentista de cabecera del PADI	110
IV.2.2. Cobertura por las diferentes Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia	118
IV.2.3. Asistencia preventiva y reparadora dispensada por el PADI	128
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>134</b>
V.1 EVALUACIÓN DEL PROCESO	145
V.2. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PADI	145

<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>185</b>
<b>VII. RESUMEN</b>	<b>186</b>
<b>VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>191</b>
<b>IX. ANEXOS</b>	<b>203</b>



# I. INTRODUCCIÓN

## I. INTRODUCCIÓN

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. Se encuentra 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 (Bravo, 2005)

### I.1. EVOLUCIÓN DE LA ASISTENCIA BUCODENTAL EN ESPAÑA

Desde la creación del título de “*Cirujano-Dentista*” por el Real Decreto de 4 de junio de 1875 y años más tarde del título de Odontólogo por el Real Decreto de 21 de marzo de 1901, la atención bucodental general de los españoles ha estado mayoritariamente en manos de los dentistas privados (González, 2001).

La Seguridad Social, en lo referente a la atención a la salud bucodental, tradicionalmente, solo ha previsto la realización de un mínimo de tratamientos, consistentes básicamente en la extracción dentaria, como tratamiento estrella, por los denominados dentistas de “cupo” (Rosel, 2009).

El sistema sanitario público actual se fundamenta en el SNS (Sistema Nacional de Salud), creado por la LGS Ley 14/1986, la cual establece que tendrá cobertura universal, será financiado públicamente, y estará orientado a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. El sistema sanitario español tiene una amplia cobertura en salud general, sin embargo, en el ámbito bucodental, no sucede esta situación. En esta Ley no se produjo ningún avance en los tratamientos orales recibidos por los ciudadanos. Por lo tanto, la cartera de servicios incluía los mismos beneficios dentales cubiertos gratuitamente por parte de la Administración Pública, consistentes únicamente en el diagnóstico, cuidados paliativos y de urgencia (dolor dental), y la extracción de las piezas dentarias. También incluyen los tratamientos que abarca la medicina oral, cuando se pueden realizar en el ámbito de la Atención Primaria, o en caso contrario son remitidos a Atención Especializada, donde son atendidos en Cirugía Oral y Maxilofacial. Hemos de mencionar otros aspectos menos conocidos como la atención total en accidentes de trabajo y coberturas especiales en las mutualidades de funcionarios (LGS, 1986).

Estos tratamientos bucodentales siguen siendo realizados por los dentistas de “cupo” como dentistas asalariados (funcionarios), en las consultas del Sistema Nacional de Salud, y de

manera totalmente gratuita para los usuarios. España tiene un Sistema Nacional de Salud subvencionado en su mayor parte por impuestos generales, y en una proporción inferior al 30 % a través de la contribución de empresarios y trabajadores (Ortún, 2005).

Esto indica que ha existido tradicionalmente una evidente carencia de soluciones a la inmensa mayoría de los problemas bucodentales de toda la población, tanto niños como adultos, desde la Administración Pública. Esta carencia se ha tenido que suplir mediante la realización de los tratamientos desde el sector privado. Por lo tanto, históricamente, el cuidado de la salud bucodental en España ha estado en manos de los dentistas privados, debiendo costearse los pacientes la inmensa mayoría de las actuaciones dentarias que necesitaban. El paciente paga directamente al profesional. Los seguros dentales privados están desarrollándose rápidamente, proceso facilitado probablemente por el gran incremento en el número de profesionales durante las dos últimas décadas (Bravo, 2005).

Sin ninguna duda, no cabe argumentar que este sistema de sanidad privada penaliza a los sectores de población más desprotegidos, ya que no todos pueden costearse los tratamientos necesarios para mantener y recuperar su salud bucodental, pudiendo acceder solo a lo ofertado por el dentista de la Seguridad Social.

A pesar de que la Constitución Española en su Artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud, y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, en el ámbito de la salud bucodental, es evidente que no cumple actualmente este derecho respecto con todos los sectores de la población (Constitución Española, 1978).

Desde la aprobación de nuestra Carta Magna, en 1978, se han desarrollado a lo largo de los años diversas normas básicas en este sentido, para dotar a la Administración Pública de las herramientas necesarias para cumplir este derecho constitucional. Así en la ley General de Sanidad 14/1986, se señalaba que el acceso y las prestaciones sanitarias se deben realizar en condiciones de igualdad efectiva, que las Administraciones Públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán las diferentes actuaciones sanitarias, y que el Sistema Nacional de Salud debe integrar todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud (LGS, 1986).

Posteriormente el Real Decreto 63/1995 sobre la de la Ordenación de prestaciones

sanitarias del Sistema Nacional de Salud, definió los derechos de los usuarios del sistema sanitario a la protección de la salud, ya que regula de una forma genérica, las prestaciones del sistema sanitario público (BOE nº 35, 1995).

Años más tarde, se publica la Ley 16/2003, sobre la Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, para actualizar el catálogo de prestaciones ofertadas, obligado por los avances científicos y tecnológicos. Aquí establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del SNS los servicios o conjunto de servicios preventivos, promoción de salud, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación, y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos; y señala, por último, las prestaciones que comprenderá el catálogo. Cualquier ciudadano que se encuentre desplazado en otra Comunidad Autónoma, tiene el mismo derecho a recibir por parte del servicio de salud correspondiente, en las mismas condiciones e idénticas garantías, la asistencia del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir (Ley 16/2003).

En este punto, 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, suplementado por los tratamientos tradicionales del dentista de “cupo”, mencionados anteriormente.

Pero esta situación empezó a modificarse a partir de la aprobación del Real Decreto 1030/2006 que establece una nueva actualización de la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud para adecuarse a los avances tecnológicos y a las necesidades cambiantes de la población cubierta por el Sistema Nacional de Salud. Esta normativa define las características de la cartera de servicios comunes, establece los servicios que en ésta cartera tienen la consideración de básicos y comunes, los servicios necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud, además de garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios (BOE 222, 2006).

Finalmente, todas las normativas anteriores culminan con la redacción del apartado 9 de su Anexo II, donde se refiere explícitamente a la **“Atención a la salud bucodental”**, que comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención a la salud

bucodental, que se realizan por los dentistas (BOE nº 222, 2006).

En este sentido, la atención bucodental en Atención Primaria debe tener el siguiente contenido:

- 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 temporomandibular.
- 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:

Donde se 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 u otras.

Por el contrario, 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 financiables por el Sistema Nacional de Salud en esta norma.
- En el caso de personas con discapacidad que por su deficiencia física o psíquica, no sean 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 (BOE nº 222, 2006).

El paso definitivo para la homogeneización y promoción de la asistencia bucodental en España con cargo a las Administraciones Públicas, es la aprobación del Real Decreto 111/2008, que regula la concesión directa de subvenciones a las Comunidades Autónomas para la promoción de las actividades relacionadas con la salud bucodental infantil. En él se establece la concesión económica para las actividades de promoción de la salud bucodental infantil a aquellas CC.AA. que participen en dicho programa en el año 2008. Estas actividades se iniciaron sobre los grupos de población de siete y ocho años de edad para su progresiva extensión a lo largo del tiempo a grupos de edades subsiguientes, hasta alcanzar a las edades de catorce y quince años (BOE nº 31, 2008; Cortés, 2008).

El contenido de esta ley y las prestaciones que cubre lo ampliaremos en un apartado posterior.

Este paso se ve respaldado por el Real Decreto 1464/2009 que regula la concesión directa de subvenciones a las Comunidades Autónomas para la promoción de actividades para la salud bucodental infantil durante el año 2009, donde los dos grupos etarios a los que va dirigido el programa al que se adhieran libremente las Comunidades Autónomas son los de siete y diez años. (BOE nº 243, 2009) y en el año 2010 por el Real Decreto 499/2010 para 7 y 12 años (BOE nº 118, 2010).

Por lo tanto en estos últimos años por fin se han publicado, desarrollado y lo más importante, dotado económicamente, las normas necesarias para comenzar a producir un cambio

en el modelo asistencial bucodental tradicional en España, aunque sea solamente en lo referente a la población infantil.

Consecuentemente, y después de todo lo dicho anteriormente, vemos que 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 “cupos” 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.
  - 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.

### **I.1.1. Modelos asistenciales de salud bucodental en el adulto**

En España, para la población adulta, coexisten dos grupos de modelos de asistencia bucodental: el sistema privado y el sistema estatal (Bravo, 2005).

#### ***Sistema Privado***

En este sistema, es el propio paciente el que se hace cargo de los gastos referidos a la asistencia dental de una manera directa o mediante acuerdo con terceros (compañías aseguradoras), pero sin intervención del Estado. El dentista es un profesional liberal; el tipo de trabajo, los pacientes que trata, la zona donde realiza su trabajo (rural/urbana) y los precios están regulados por sus propias aspiraciones, y por la ley de la oferta y la demanda. En este sistema, la población de ciertas zonas corre el riesgo de ser desatendida por el escaso atractivo económico

que pudieran suponer para los dentistas. Un ejemplo de ello lo observamos en las zonas rurales, por lo que las autoridades, si desean satisfacer las demandas de la población manteniendo este modelo, es decir sin intervención directa del estado, solo puede aumentar el número de profesionales en el mercado de trabajo que incite a su dispersión geográfica, lo que sólo se considera una solución parcial.

Las principales características del sistema privado son las siguientes:

- *Costes*: Los costes del tratamiento son asumidos por el paciente en su totalidad, ya sea de una forma directa, o indirectamente a través de seguros privados.
- *Cobertura y elegibilidad*: Determinadas por la demanda individual de tratamiento y la disponibilidad económica del sujeto.

La práctica privada, por definición, presupone la libre elección del profesional por el paciente. Sin embargo, aunque el tipo tradicional de práctica privada independiente implique la libre elección del dentista por parte del paciente, esto solo es cierto dentro de los niveles socio-económicos medio y alto de la sociedad, pero no para los grupos con rentas bajas.

Remuneración del profesional:

A) El dentista es remunerado por “acto médico”: Es la fórmula más habitual, los tratamientos se cobran según los honorarios habituales, o con un descuento especial. El profesional puede recibir el pago de una manera directa por el paciente que luego es reembolsado por su seguro, o cobrar indirectamente a través de la aseguradora. En caso de ser el profesional el titular de la clínica dental, éste gestiona todos los ingresos, pero en caso de trabajar para empresas privadas o franquicias, este percibe un porcentaje estipulado previamente por ambos de los ingresos por este acto médico. En caso de las franquicias es bien conocido el mínimo porcentaje de remuneración que percibe el dentista, en torno al 18 % sobre el coste que paga el paciente, aprovechándose claramente de la plétora profesional que hoy en día sufre nuestro país. El paciente puede elegir con libertad al dentista al que decide acudir para su asistencia, pero matizando que esta elección podría tener alguna restricción, ya que generalmente los seguros poseen un cuadro limitado y cerrado de dentistas que atienden a sus asegurados. Un inconveniente de este tipo de remuneración es que en profesionales sin la ética adecuada podrían incurrir en el sobretatamiento.

B) El dentista es remunerado por un sistema de “capitación”. En este sistema de pago, el

profesional percibe una cantidad económica fija periódica por paciente tratado. Lo que caracteriza a este sistema es que el profesional perderá dinero inicialmente por los tratamientos ejecutados en el paciente, pero una vez alcanzada la salud bucodental, solo dedicará su esfuerzo en que no pierda esta condición, estimulando e incentivando las prácticas preventivas y de educación sanitarias pertinentes. Por lo tanto, tiene como principal ventaja que evita el sobretratamiento.

Los distintos seguros están intentando reducir los honorarios de los profesionales contratando la asistencia bucodental de grupos poblacionales grandes, con características comunes, como pertenecer a un colectivo profesional, o trabajar para determinadas empresas, ya sean públicas o privadas, o ser funcionarios de una determinada Comunidad Autónoma. El dentista tiene la desventaja de ver rebajados sus emolumentos, pero por contrapartida se evita el riesgo de selección negativa, contratando todos el seguro, no solo aquellos que tengan unas necesidades de tratamiento altas y complicadas. La entidad aseguradora gestiona los pagos del paciente y el cobro por parte del profesional de los tratamientos efectuados, presta un servicio administrativo y asume el riesgo financiero.

Pero en realidad, cabría destacar que existe una diferencia fundamental entre los seguros generales y los seguros dentales. En la mayoría de los seguros, todos los asegurados pagan una cantidad relativamente pequeña en comparación con el riesgo cubierto, pero solo unos pocos sufrirán el “siniestro” asegurado, lo que hace que la compañía tenga sus beneficios. En contra, en los seguros dentales, la mayoría de los asegurados hará uso regular de los servicios contratados, por lo cual, más que un seguro, para ser estrictos deberíamos llamarlos servicios de intermediación, de un método de prepago o pago fraccionado y periódico por los servicios que se reciben. Además otra diferencia fundamental radica en el no establecimiento de diferentes tarifas según las condiciones y características de lo asegurado. En cualquier otro seguro sí se valora el estado previo antes de ofrecer la tarifa del seguro, sin embargo, en el seguro dental se ofrece una tarifa previa común a todos, sin valorar el estado previo ni el riesgo sanitario que tiene el paciente a asegurar (Bravo, 2005).

### ***Sistema Estatal (Seguridad Social)***

La asistencia bucodental es pagada tanto por provisión como con financiación pública, a cargo del Estado, es decir, se realiza directamente a través de un salario a cargo de los

presupuestos generales, siendo el dentista un funcionario más de la administración pública.

Las principales características del sistema estatal son las siguientes:

Los *costes* son cubiertos por parte del estado.

Los *tratamientos incluidos* son cobertura gratuita universal, es decir para toda la población acogida al régimen de la Seguridad Social.

Los *centros asistenciales* son públicos. Los dentistas desarrollan su labor profesional en centros gestionados y dotados tanto en infraestructura como en equipamiento y material por parte de las autoridades públicas. La localización de estos centros está definida por los planes plurianuales en materia de distribución sanitaria de las autoridades competentes. La gran desventaja de este sistema se ve en los núcleos de población pequeños y alejados, donde la existencia de estos centros es escasa o nula, dificultando de esta manera el acceso de sus habitantes a estos servicios bucodentales. En el campo de la medicina general hay un mejor acceso para la población ya que hay mayor dotación de personal (Bravo, 2005).

### **I.1.2. Modelos asistenciales de salud bucodental en el paciente infantil**

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 (Ver FIGURA 1).

#### ***A) Modelo público***

Son prestaciones de la cartera de servicios de la red pública dentro de Atención Primaria en cada administración sanitaria, prestados por dentistas funcionarios, integrados en Unidades de Salud Bucodental en los equipos de salud como equipos de apoyo, situación que ya no ocurre en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, ya que en la Orden del 7 de enero de 2010 de la Consejería de Sanidad y Consumo se modificó la denominación de Odontoestomatología, perteneciente a la categoría de Facultativo Sanitario Especialista, para pasar a denominarse Odontología- Estomatología de Equipos de Atención Primaria, vinculados a un Centro de Salud específico. Su forma de pago es a través del salario mensual que perciben. 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, es muy variada y desigual. No tienen legislación propia y, por tanto, se rigen por el Real Decreto 1030/2006. Estas CC.AA son: Asturias, Galicia, Comunidad de Madrid, La Rioja, Comunidad Valenciana y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Otras

Comunidades Autónomas, aún rigiéndose por este decreto, tienen su propio programa desarrollado, como Cataluña y Cantabria (Rosel, 2009; Cortés, 2008; BORM Nº 17, 2010).

### ***B) Modelo mixto: público-privado***

En las Comunidades Autónomas donde rige este modelo, la administración sanitaria pública ha concertado con la red privada de dentistas la realización de determinados tratamientos. El usuario es atendido por los dentistas de la red pública (asalariados) que realizan los tratamientos denominados genéricos o básicos, y derivan a los pacientes a la red privada concertada para la realización de los tratamientos denominados especiales. Estos tratamientos especiales, a nivel general, 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 León y Castilla la Mancha. (Rosel, 2009; Cortés, 2008).

### ***C) Modelo PADI***

La financiación es pública, pero la provisión es mixta, es decir a través de la red de centros públicos donde los dentistas funcionarios trabajan, y de la red de clínicas privadas que han sido previamente concertadas para tal efecto. En este sistema los pacientes acuden mayoritariamente a la red privada para realizarse los tratamientos incluidos en las prestaciones gratuitas del programa.

Existe libre elección de dentista por parte del usuario y el pago a los privados es por capitación, generalmente para los tratamientos considerados básicos, como exodoncias, tartrectomías, fluorización, educación para la salud y obturación de molares permanentes. Por contra, para tratamientos especiales generalmente debidos a traumatismos y malformaciones de incisivos y caninos, el pago es por acto médico, a tarifa concertada y publicada previamente por parte de la Administración. Hay variabilidad en lo que cada CC.AA. incluye en los tratamientos básicos y especiales, poniendo como ejemplo Murcia en donde hasta las obturaciones debidas a caries en el grupo anterior y premolares están dentro de los tratamientos especiales.

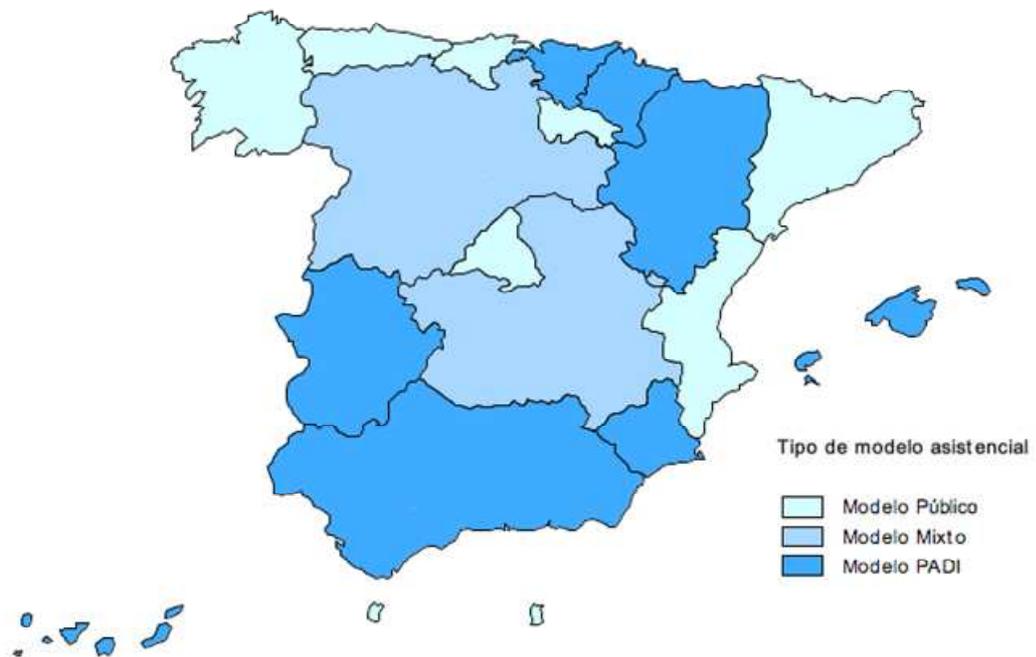
También hay gran variabilidad en las tarifas que paga la Administración de cada Comunidad Autónoma tanto en la capitación, como por cada uno de los tratamientos especiales realizados.

En este sistema de provisión, el dentista privado recibe una cantidad fija como honorarios (capitación) acordada previamente por cada niño efectivamente tratado en el año en curso, para la realización de unos determinados tratamientos básicos también previamente establecidos. Para el otro grupo de tratamientos especiales que hemos mencionado anteriormente y que, suelen necesitar autorización previa por parte de la Administración correspondiente, recibe el dentista otra cantidad adicional (acto médico). El dentista público realiza los tratamientos dentro de su jornada laboral como funcionario, recibiendo su sueldo mensual por ello.

Los dentistas de la asistencia pública y los de la red privada suelen realizar los mismos tratamientos básicos. Pero los tratamientos especiales solo son efectuados por los dentistas concertados. Desde los centros de salud son derivados estos a la red privada.

Un aspecto muy polémico y difícil en cualquier PADI es el cálculo de los honorarios que van a recibir los dentistas en concepto de capitación por niño efectivamente tratado por año natural. En este cálculo influyen tal número de variables, cuyo valor además cambia continuamente, que es difícil llegar a un resultado exacto. Es importante que el procedimiento de cálculo sea el correcto y por lo tanto permita corregir cada una de las variables y sus valores a lo largo del tiempo y según los datos que se obtengan en la práctica real una vez puesto en marcha el programa. Si el cálculo de la capitación es incorrecto el riesgo económico cae directamente sobre el prestador del servicio, de ahí la importancia crucial de éste. Si esto no se tiene en cuenta, la reducción del beneficio del profesional va a influenciar de una manera decisiva en el servicio recibido por los usuarios.

El modelo PADI se apoya mayoritariamente en la red privada concertada para la oferta de sus servicios, y la pública, que suele proveer similares servicios a los de la privada, actúa como garante del servicio ante posibles lagunas no cubiertas por aquella. Es el modelo instaurado por País Vasco y Navarra a comienzos de los años 90 y posteriormente adoptado con ligeras modificaciones en otras CC.AA. Las Comunidades Autónomas con modelo PADI son: Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Extremadura, Murcia, Navarra y País Vasco (Rosel, 2009; Cortés 2008; Simón, 2008).



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

## I.2. MODELOS ASISTENCIALES DE SALUD BUCODENTAL EN EUROPA Y SISTEMAS DE FINANCIACIÓN

### I.2.1. La disparidad de la odontología en Europa

La historia de los diferentes países que conforman el viejo continente está definida por una enorme complejidad de factores socio-políticos internos, que en última instancia han determinado que los aspectos de la Odontología relacionados tanto con su formación, práctica, financiación y organización hayan evolucionado de manera dispar en cada país.

Todo ello hace que nos sea difícil definir un modelo europeo en lo referente a la salud bucodental, y por tanto, poder realizar estudios descriptivos y comparativos que sean claros y sencillos. Hay un aspecto común en la mayoría de ellos que influye de una manera fundamental a

nuestra profesión: la Odontología está claramente aislada del enfoque sanitario general (Matthews, 2004).

Las Directivas Europeas 78 (686) y 78 (687) unificaron criterios para la armonización de la formación de los dentistas, y las normas para la libre circulación de los odontólogos en toda la Unión Europea, destinadas a entrar en vigor en 1980, ha llevado mucho más tiempo para poder ser aprobado (a partir de mayo de 2004 en la adhesión de los estados miembros). Sin embargo, la migración ha aumentado constantemente, y los órganos reguladores de la mayoría de los Estados permiten su libre circulación, con algunas condiciones específicas, tales como las propias del idioma (Matthews, 2004).

Para una completa armonización de la formación odontológica, se aplica la Declaración de Bolonia (1999) que tiene por objeto formalizar un ciclo de cinco años de formación a nivel de Título de Maestría en toda Europa, y que en las universidades Españolas ya se ha incorporado en los procesos educativos (Bologna Declaration, 1999)

Otro aspecto importante en común de los países de la Unión Europea es que, son los estados los que estipulan su propio modelo de salud bucodental. Son responsables individualmente de las características que lo definen, de sus prestaciones y financiación, no existiendo coordinación centralizada por parte de la Comisión Europea (Nikolovska, 2008).

El registro y la licencia para la práctica de la odontología de nuevo varían en Europa, en donde algunos países tienen reguladores independientes, y en otros se exige la afiliación a una asociación o colegio profesional, además de una licencia por parte del Ministerio competente.

Para mantener un buen desarrollo profesional durante la vida laboral de un dentista, es también un requisito en casi todos los Estados de la Unión Europea mantener una formación continuada correcta, y así realizar los mejores y más actualizados tratamientos.

Debido a que las dos principales enfermedades prevalentes a las que hacen frente los dentistas, la caries y la enfermedad periodontal, pueden ser fácilmente prevenibles mediante la adopción de hábitos dietéticos saludables que incluyan la reducción al mínimo de azúcares refinados en la dieta familiar, hábitos higiénicos correctos con buen cepillado diario con pastas fluoradas, y fluoración de las aguas de abastecimiento público, han originado que las administraciones europeas adopten una serie de medidas sanitarias públicas para hacer frente a ellas, como la educación, y el estímulo del cepillado diario eficaz con pastas con flúor y la

fluorización de las aguas.

Los datos incluidos en el Banco Global de Datos Orales de la Organización Mundial de la Salud ( <https://apps.who.int/infobase/Indicators.aspx> ) obtenidos de estudios estándar, de la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), o de la literatura publicada que emplea métodos comparables (European Commission, 2003; 2005), han puesto de manifiesto una mejoría en los últimos 25 años del estado bucodental de la población de los países europeos. Además se ha constatado que la diferencia existente entre los grupos socioeconómicos más altos y más bajos, en términos de niveles de enfermedad bucodental y revisiones periódicas al dentista, está creciendo. Por eso, incluso dentro de los países europeos más desarrollados y con mayor cartera de servicios públicos sanitarios, existen bolsas de población con graves problemas bucodentales remanentes (Windstron, 2004).

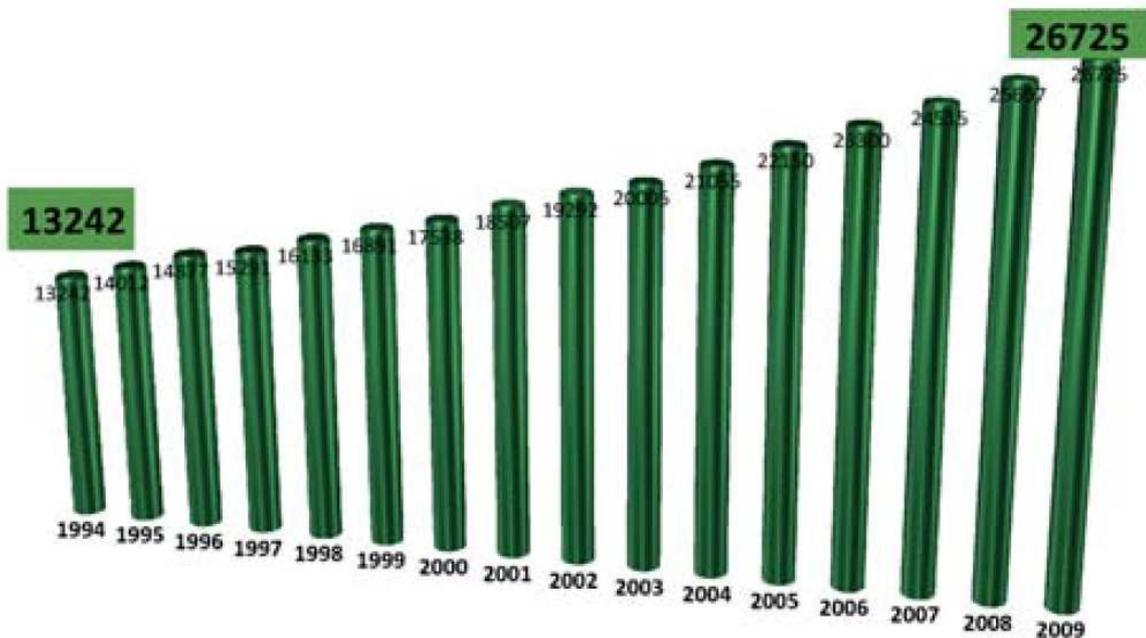
La adopción de estas medidas han conseguido que las extracciones dentales sean cada vez menos frecuentes en los tratamientos bucodentales de los pacientes considerados individualmente, tomando, en cambio, mayor protagonismo los tratamientos preventivos y estéticos. Este cambio tiene una influencia fundamental en la provisión del cuidado bucodental.

El gasto sanitario total tiene una variación enorme entre los países de la UE. Es imposible establecer con precisión qué proporción del dinero gastado en los países europeos se dedica a gastos bucodentales. Además, la mayor parte del gasto realizado en el dentista se realiza en el sector privado, lo que obviamente, lo hace difícil de cuantificar.

No debemos olvidar los enormes costes económicos requeridos para poder ejercer la profesión en el ámbito privado, con una dotación económica en equipamiento elevada, su alto coste de mantenimiento, los múltiples requisitos de servicios y controles auxiliares que son de obligado cumplimiento, además de los impuestos y tasas exigidos. A esto se le une la necesidad de tener gran capacidad intelectual y destreza manual, además de la costosa e inevitable amplia formación continuada necesaria para poder ofrecer un servicio asistencial de calidad.

A pesar de lo mencionado anteriormente, en términos generales, los dentistas que desarrollan su profesión en Europa lo pueden hacer sin temor al desempleo. Sin embargo en España no ocurre así, ya que se está produciendo un crecimiento desmesurado de la población de dentistas. El Consejo General de Dentistas de España presentó en el año 2010 un nuevo estudio que, bajo el título "*La Demografía de los Dentistas en España*", donde se realiza una descripción de la odontología por Comunidades Autónomas. En este sentido, se concluye que España es el

país de la UE que ha experimentado el mayor crecimiento en el número de dentistas durante la última década con un incremento de más de 58%, pasando de 16.891 dentistas en el año 1999 a un total de 26.725 el año 2009 (ver FIGURA 2). Si comparamos estos datos con el crecimiento experimentado en otras profesiones como la de los médicos, se observa que el número de dentistas ha aumentado un 132% más en los últimos 10 años que el aumento experimentado en la comunidad médica (Consejo General de Dentistas, 2010).



**FIGURA 2:** En el periodo 1994-2009 ha habido un incremento del 102 % en el número de dentistas en España pasando de 13.242 a 26.725 (Consejo General de Dentistas de España, 2010).

Esta situación provoca que se estén dando unas altas tasas de paro o trabajo en precario para los profesionales que se están incorporando recientemente al mercado laboral en España.

Un factor importante en el coste y acceso a la salud dental es el número, la disponibilidad y los ingresos de los dentistas. El promedio de la proporción dentista/ población europea en 2003 fue de 1:1156, comparada con Grecia que tiene la proporción más baja (1:800). Estos desequilibrios, como hemos visto, también favorecer la inmigración de los dentistas y, en algunos casos, dentistas en desempleo (Matthews, 2004).

En lo referente a los costes de los tratamientos bucodentales, varían mucho entre los distintos países de toda Europa, ya que están íntimamente vinculados al desarrollo económico y la

situación de cada país. Esto influye de tal manera que, incluso dentro de cada país, hay variabilidad, ya que no es lo mismo una gran ciudad que una pequeña población de difícil acceso (Matthews, 2004).

El acceso a los tratamientos bucodentales y su coste están muy influenciados por el número de profesionales disponibles y su distribución geográfica. La provisión privada, es por lo tanto, regida por la ley del mercado de la oferta y la demanda. Existen estados europeos, donde el gran incremento de profesionales en los últimos años, particularmente en el caso de España, está provocando, como hemos mencionado anteriormente, dentistas en paro, que favorecen la migración de estos a otros países donde puedan desarrollar dignamente su profesión, con unos honorarios acordes a su cualificación profesional y responsabilidad en los complejos tratamientos realizados. Esto supone para el país formador una enorme inversión económica y de esfuerzo en todas las etapas de su formación, que no es aprovechada por la sociedad que lo financia. Por el contrario los países receptores se aprovechan de esta fuga de material humano altamente cualificado sin inversión de ningún tipo, ofreciendo únicamente unas condiciones laborales y unos honorarios mejores. Por ejemplo, en el Reino Unido, menos del 35% de los nuevos dentistas incorporados a su mercado laboral fueron formados en su país y más del 50% se había formado en otros países de la UE o del EEE. Algunos dentistas también están migrando de países como Alemania, donde el sistema de Seguridad Social, que hasta ahora tenía unos honorarios generosos, desde 2004 está siendo sometido a revisión, ya que los costes de la asistencia sanitaria eran muy altos para poder solventarlos (Matthews, 2004).

Otra variante que está surgiendo, con respecto a los costes u honorarios a pagar por parte del paciente en los diversos países europeos, es el desarrollo del denominado “turismo dental”. Este término hace referencia a los viajes que se realizan por parte de pacientes desde los estados con unos costes elevados hacia otros donde la realización de los tratamientos quirúrgicos y estéticos bucodentales son significativamente más económicos. Se observa sobre todo en países con una economía menos desarrollada como Hungría o la República Checa, por lo que la inversión e impuestos para crear y mantener una clínica dental son comparativamente bastante más bajos, y por eso los honorarios cobrados son menores, sobre todo en los tratamientos estéticos. Hay numerosos sitios web que ofrecen una consulta inicial en una clínica dental del país de origen, donde se realiza el diagnóstico y el plan de tratamiento, que una vez aceptado, se realiza en estos otros países (Eaton, 2008).

También se están haciendo populares destinos como España. En este caso, el motivo de

ofertar honorarios bajos no se debe a poseer una economía menos desarrollada como los casos anteriores, sino a un exceso de profesionales que buscan subsistir de alguna manera, a pesar de la alta inversión económica que necesitan para poder desarrollar la odontología como se describió anteriormente. Esto unido, indudablemente, a los atractivos propiamente turísticos que ofrece España (Eaton, 2008; Matthews, 2004).

Los ingresos de los dentistas, también varían en toda la UE, en línea con el desarrollo económico de los Estados. En Suiza tienen ganancias medias 140.000 €; en Alemania y el Reino Unido 85.000 €, reduciéndose a 18.000 € en Grecia y en 12.000 € en los países candidatos del este (Eaton, 2008).

### **1.2.2. Modelos de prestación bucodental en Europa y sistemas de financiación**

Widström y Eaton (2004) publicaron cifras sobre la financiación por parte de la administración sanitaria pública en el campo de la atención bucodental para el año 2000. El gasto medio por habitante invertido en salud oral por parte de cada estado tiene unas cifras tan dispares que varía desde menos de 25 € hasta más de 170 €.

La atención bucodental infantil suele tener un mejor acceso a los tratamientos financiados si los comparamos con los recibidos por los adultos en la mayoría de los países europeos, donde hay un Servicio Nacional de Salud o sistema de Seguridad Social. Por el contrario, en otros países, se pueden cubrir mediante aportaciones que los padres hacen a seguros públicos o privados.

En general, en los países nórdicos, hay una gran tradición por parte del Estado de proporcionar una amplia atención bucodental a los niños. Pero desde la década de los 90 se está detectando una mayor utilización de la provisión privada en estos países de alta fiscalidad.

En el año 2003, el Consorcio de Economía de la Salud de York (Reino Unido) demostró que la potenciación de los programas preventivos en materia de salud bucodental hacia los sectores más desfavorecidos de la sociedad, era la forma más rentable de financiación pública directa en la relación coste-efectividad en este campo. El redirigir el importe de las subvenciones públicas que se dan actualmente a pacientes que sí se pueden pagar el cuidado rutinario hacia la odontología infantil, se ha manifestado como un mejor uso de los recursos económicos disponibles.

Kravitz y Treasure (2004, 2008), a pesar de la complejidad que supone la gran variabilidad entre los distintos países, describieron dos modelos principales de prestación de asistencia

bucodental europea pública, cada uno con dos subtipos:

## **1. Modelo de Sistema de Servicio Nacional de Salud**

Se caracteriza por la prestación pública financiada mediante los impuestos, junto con algunos co-pagos por parte del paciente. Co-existen, en proporción variable, dependiendo de los países, con una provisión liberal (práctica privada). Se dividen en dos subgrupos: categórico y universal.

### *1.1. Categórico*

El subtipo categórico limita la provisión pública a determinados grupos prioritarios, como los niños, los ancianos y las familias de bajos ingresos. Ejemplos de éste sistema los encontramos en Chipre, Dinamarca, España, Irlanda, Islandia, Malta, Noruega.

### *1.2. Universal*

El subtipo universal está, en principio, a disposición de todos, pero el acceso y la elección del servicio puede ser limitado. Si el tratamiento lo realiza el Servicio Nacional de Salud, éste es gratis para los menores de 18 años. También lo puede ser para adultos, pero debiendo cumplir ciertos requisitos pre-establecidos, como su estado socio-económico, o salud general. Bien es cierto que en realidad, este servicio no está todo lo disponible que se deseara, ya que hay escasez de profesionales en zonas geográficas poco accesibles o deprimidas económicamente, a lo que se unen los bajos honorarios cobrados por parte de los dentistas que prestan este servicio. En lo referente a su financiación, ésta se realiza a través de impuestos locales o nacionales. Este es el modelo de Finlandia, Grecia, Italia, Reino Unido y Suecia.

## **2. Modelo tipo Seguridad Social**

La alternativa es el modelo tipo Seguridad Social, que se financia a través de seguro de salud público obligatorio, a veces complementado por un seguro privado. Los co-pagos son comunes y la diferencia suele ser reembolsada mediante una solicitud que lo abona con cargo al fondo. Una vez más, la práctica privada co-existe con ella, pudiendo ser regulada parcialmente. Se divide en dos subgrupos: con o sin límite máximo de ingresos.

### *2.1. Con límite máximo de ingresos.*

Este subtipo excluye el acceso a algunos adultos que superan unos determinados ingresos económicos pre-establecidos de una parte o de toda la atención disponible en el sistema. Aquí existe, sobre todo la provisión privada para la atención bucodental. Este modelo existe en Alemania y Países Bajos.

### *2.2. Sin límite máximo de ingresos.*

En este subtipo, son otros los criterios aplicados, como los grupos diana (niños, pacientes médicamente comprometidos, los bajos ingresos), los que determinan un pleno acceso al sistema, mientras el resto de grupos tienen un acceso limitado a la atención bucodental subvencionada. Hay una gran provisión de dentistas privados para atender las necesidades no cubiertas. Los restantes Estados de la UE, incluido la mayoría de los países de la adhesión, entran en esta categoría.

Por lo tanto, como se ha visto, hay una variedad compleja, en lo concerniente a la provisión de la atención bucodental en los países europeos, siendo la procedencia de los fondos de 4 diferentes fuentes y grados, dependiendo el país:

- Fiscalidad
- Seguros obligatorios con fondos públicos y fondos de seguros obligatorios
- Seguros privados

Matthews (2004) describió los diversos factores que determinan e influyen el acceso y los costes de la provisión de servicios sanitarios bucodentales tanto públicos como privados.

- En el sector público, el coste se determinará, bien a través de una escala de tarifas para los distintos tratamientos dentales, o por una escala variable de reembolso, que podrá disponer de un tope máximo por acto médico o por tratamiento realizado; otras veces es sobre un porcentaje de los honorarios. En este último caso, los dentistas pueden tener un tope máximo en estos honorarios y libertad absoluta en su fijación.

- En el sector privado, en gran medida, hay libertad en la estipulación de los honorarios a cobrar por el dentista por acto médico o tratamiento realizado. Esto es, que no están regulados. En el caso de España, antiguamente los colegios proponían unos honorarios mínimos de obligado cumplimiento, que fueron abolidos con las nuevas leyes que rigen los colegios profesionales, careciendo actualmente de tarifas reguladoras. Eso sí, nunca pueden estar por debajo del coste.

Como hemos visto, debido a la enorme variabilidad del origen y evolución de nuestra profesión provoca algunas excepciones, como son los casos de los países como Eslovaquia, Países Bajos y República Checa. Una vez más, con la excepción del Reino Unido y Suecia, donde algunos sistemas de trabajo se fundamentan en el principio de capitación, los honorarios se fijan, ya sea por tratamiento realizado, o por el tiempo empleado en la cirugía a los que se le añade los materiales. El reembolso del seguro privado suele ser hasta un límite máximo, por tratamiento o por año, y de nuevo puede estar en un porcentaje base o de "límite de beneficio" para cada elemento (Matthews, 2004).

Como resumen podríamos describir los siguientes modelos:

- En Europa central y occidental, la Seguridad social y el régimen Nacional de Servicios de Salud permiten un acceso limitado a las prestaciones bucodentales, que se tiene que complementar con la práctica privada.
- En los países mediterráneos, en líneas generales, el sector predominante es el dentista privado.
- En Europa del Este, se está empezando a cambiar el tradicional sistema estatal de atención sanitaria hacia una provisión o práctica privada.

Como hemos venido describiendo, hay una gran complejidad de sistemas de provisión de atención bucodental en cada uno de los países europeos, cada uno con sus matices, en donde los sistemas de salud de los países miembros son financiados a través de impuestos generales o la Seguridad Social. La labor de los dentistas privados es fundamental. Por eso, coetáneamente a Matthews, Widström y Eaton en el año 2004, y posteriormente en el 2008, propusieron su propia clasificación para intentar aclararlo (Widström, 2004; 2008; Bravo, 2005).

Estos dos autores describieron 6 modelos diferentes como ejemplos de los diversos sistemas de provisión de salud bucodental de los países integrantes de la Unión Europea.

### ***I- Sistema o modelo nórdico (Dinamarca, Finlandia, Noruega, Suecia y en algunos aspectos Islandia)***

Hay una importante implicación gubernamental en la organización, suministro y financiación de la salud bucodental, que oferta un gran número de servicios públicos bucodentales. Estos servicios son financiados mediante impuestos locales o generales. El sistema

es caracterizado por un acceso universal y gratuito a los servicios de salud bucodental para los niños, y acceso con facilidades para los adultos. Hay un gran apoyo político en estos países para que se sigan expandiendo estos servicios.

Los datos de la salud bucodental son recogidos por las autoridades periódicamente, por lo que el sistema monitoriza sus costes, y por lo tanto puede evaluar de forma sencilla su efectividad. También hay un sector privado que puede ser subvencionado por un seguro de salud público.

En este modelo hay personal clínico multidisciplinar: dentistas, enfermeras dentales, higienistas dentales, técnicos dentales (protésicos).

### ***II- Sistema Bismarkian (Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Luxemburgo)***

Está basado en el principio de obligatoriedad de seguros sociales para trabajadores y empresarios, que reembolsa a través de compañías aseguradoras, ya sean públicas o privadas, parte o la totalidad de los costes del cuidado bucodental. Por lo tanto, al contrario que el modelo anterior, hay pequeña o nula implicación gubernamental. Algunos estados miembros de la UE que tienen este sistema, con seguros de salud que ofrecen a la población una gran cobertura, con tratamientos integrales y numerosas visitas al dentista, están experimentando problemas financieros por el alto coste económico que implica.

El pago de la atención bucodental es realizado mediante fondos nacionales y regionales, de acuerdo con las negociaciones llevadas a cabo con asociaciones dentales sobre los honorarios a percibir previamente.

Los fondos sociales son, generalmente, los encargados en recoger los datos de salud bucodental, sobre todo en lo referente a los costes.

El personal clínico no es multidisciplinar. La labor del dentista no es ayudada por higienistas (excepto Alemania) ni por técnicos dentales.

### ***III-Sistema de Británico (Reino Unido)***

El cuidado bucodental general es en su mayoría proporcionado por dentistas independientes contratados por el National Health Service (NHS), por lo que hay una elevada implicación gubernamental en este modelo. Se proporciona atención gratuita a los niños y cuidado subvencionado para los adultos. En los últimos años está creciendo la proporción de la

asistencia sanitaria bucodental proporcionada por dentistas fuera del NHS en virtud de contratos privados.

En Reino Unido, que tiene un único sistema público de servicios odontológicos, hay planes para hacer grandes cambios en la entrega, puesta en servicio y remuneración de los servicios dentales en el futuro próximo.

Este modelo está subvencionado directamente por el gobierno. El gobierno es el encargado de recoger periódicamente los datos de salud bucodental.

En este modelo hay personal clínico multidisciplinar: auxiliar clínico e higienista dental, pero siempre bajo la supervisión clínica del dentista.

#### ***IV- Sistema Europeo del sur (Chipre, España, Grecia, Italia, Malta y Portugal)***

El sistema es predominantemente privado sin prácticamente ninguna participación gubernamental. Existen planes de seguros limitados, contratados por los empresarios, que están disponibles para algunos grupos.

La mayoría de los pacientes tiene que pagar a los dentistas privados directamente por los tratamientos recibidos. Los servicios sanitarios públicos pueden estar disponibles para proporcionar tratamiento de emergencias dentales, extracciones o cirugías orales. En el sur de Europa parece haber ganado cierta aceptación el prestar servicios dentales públicos más amplios a los niños y grupos con necesidades especiales. En el caso de España se realizó una amplia cobertura de tratamientos a niños con cargo a los fondos públicos en todas las Comunidades Autónomas.

Las organizaciones dentales o las Comunidades Autónomas suelen ser las encargadas de recoger los datos de salud bucodental, pero no hay un registro nacional con financiación pública.

Hay personal clínico multidisciplinar: auxiliar clínico e higienista dental, pero siempre bajo la supervisión clínica del facultativo.

#### ***V-Sistema Híbrido (Holanda, Irlanda, Malta)***

El sistema es una mezcla del modelo Bismarkian y el modelo Británico.

Holanda ha privatizado la prestación de la atención de la salud oral para los adultos,

mientras que se conserva predominantemente un modelo nórdico para los niños.

La población infantil está atendida por un sistema privado subvencionado.

El gobierno es el encargado de recoger los datos de salud bucodental a nivel nacional.

Hay personal clínico multidisciplinar: auxiliar clínico e higienista dental, pero siempre bajo la supervisión clínica del facultativo. Este personal es muy utilizado.

### ***VI- Sistema Transicional - Europeo del este (Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, República Checa)***

Los cambios más recientes en la salud bucal Europea se están dando en la Europa oriental, donde se ha producido la privatización a gran escala de los servicios dentales que anteriormente eran públicos y altamente centralizados. Sin embargo, la mayoría de los estados que últimamente se han adherido a la UE (Europa oriental) parece ser que poco a poco están desarrollando sistemas de seguros para cubrir los costes de los tratamientos bucodentales.

### **I.3. PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL EN ESPAÑA (MODELO PADI)**

#### **I.3.1. Instauración progresiva en España**

Como hemos desarrollado en el apartado anterior de los modelos asistenciales de salud bucodental en España, el Sistema Nacional de Sanidad español ha carecido, por motivos históricos, de un sistema de asistencia dental a la población infantil.

La reforma de la Atención Primaria de Salud ha permitido progresar desde el modelo asistencial anterior, basado de forma casi exclusiva en la atención curativa a demanda de la población (tratamiento quirúrgico como única prestación en el campo de la salud dental), a otro modelo en que la Atención Primaria de Salud actúa como primer acceso de la población a la asistencia sanitaria y se transforma en un nivel asistencial cualitativamente diferente, en el cual se integran de manera equilibrada la atención preventiva, la atención curativa, la atención rehabilitadora y la promoción de la salud de la comunidad (Simón, 2003; Casals, 2003).

En la década de los 80 del siglo pasado, algunas Comunidades Autónomas dentro de sus competencias empiezan a desarrollar los primeros programas preventivos en pro de la salud bucodental, que incluyen instrucciones de higiene oral, programas de colutorios fluorados, y protocolos de colocación de selladores de fosas y fisuras (Rosel, 2009).

Tras un periodo de transición entre la aprobación del nuevo modelo de financiación de las CC.AA. en 1991 y la finalización del proceso de traspaso de competencias sanitarias en 2001, la aprobación del Real Decreto 111/2008 que debe homogeneizar el derecho al tratamiento dental de los jóvenes en España, y desaparecer las situaciones de inequidad que surgieron hasta su aparición. La superación de estas diferencias será la forma de asegurar “la libre circulación asistencial de los ciudadanos y la accesibilidad a unas prestaciones uniformes en todo el Estado” (Cortés, 2008).

A comienzos de los años noventa, con las transferencias sanitarias a los diferentes Servicios de Salud autonómicos, se organizan sistemas de asistencia básica dental para los niños, que por fin empiezan a cubrir sus necesidades preventivas y reparadoras. El País Vasco (1990) y Navarra (1991) fueron las primeras Comunidades en desarrollar e incorporar el PADI (Programa de Asistencia Dental Infantil) en sus prestaciones sanitarias (Cortés, 2008).

En España, las transferencias en materia sanitaria no se producen de manera homogénea, habiendo una gran disparidad en su ejecución: Cataluña las recibe en 1981, Andalucía en 1984, País Vasco y Valencia en 1988, Galicia y Navarra en 1991, Canarias en 1993; finalmente, en el año 2001 se producen las últimas transferencias en bloque al resto de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) (ver TABLA 1). Como es obvio, esta diferencia tan grande (20 años entre las primeras y las últimas en recibir las transferencias sanitarias) se ve reflejada en desarrollo tan dispar existente en nuestro país en los programas de atención bucodental infantil. Así, son País Vasco (Decreto 118/1990) y Navarra (Decreto Foral 58/1991) las primeras en garantizar esta prestación en los años 1990 y 1991 respectivamente, aunque en aquellos años ya sus índices de restauración eran superiores a la media nacional. Los jóvenes en España necesitan la plena incorporación de los tratamientos dentales al SNS por razones de salud dental de las futuras generaciones de adultos, y obviamente por una cuestión de justicia social. La prueba de que todavía no lo están, a pesar de los sucesivos decretos que los incorporan, es la promulgación de un decreto extraordinario, como el Real Decreto 111/2008, para la subvención de estas actividades, forzando así a las CC.AA. que no poseen programas similares a incorporarlos a su cartera de servicios. Por esto no es posible hablar de forma global de los servicios dentales para jóvenes debido la situación tan diferente entre Comunidades. En realidad, la salud dental no es ajena a los problemas que vive la sanidad en España, con un desarrollo diferente por CC.AA., tanto en niveles de salud como de funcionamiento y recursos de los servicios sanitarios. Esta descoordinación es denunciada en algunos foros como parte de responsabilidad del Consejo Interterritorial, entre otras razones, por su falta de coherencia y autoridad (Cortés, 2008).

<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Real Decreto Constitutivo del Servicio de Salud Autonómico.</b>	<b>Identificación del Servicio de Salud Autónomo</b>
 <a href="#"><u>Cataluña</u></a>	1517/1981 de 8 de julio	<a href="#"><u>Instituto Catalán de la Salud</u></a> (ICS)
 <a href="#"><u>Andalucía</u></a>	400/1984, de 22 de febrero	<a href="#"><u>Servicio Andaluz de Salud</u></a> (SAS)
 <a href="#"><u>País Vasco</u></a>	1536/1987, de 6 de noviembre	<a href="#"><u>Osakidetza - Servicio Vasco de Salud</u></a>
 <a href="#"><u>Comunidad Valenciana</u></a>	1612/1987, de 27 de noviembre	<a href="#"><u>Agencia Valenciana de Salud</u></a>
 <a href="#"><u>Galicia</u></a>	1679/1990, de 28 de diciembre	<a href="#"><u>Servicio Gallego de Salud</u></a> (SERGAS)
 <a href="#"><u>Navarra</u></a>	1680/1990, de 28 de diciembre	<a href="#"><u>Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea</u></a>
 <a href="#"><u>Canarias</u></a>	446/1994, de 11 de marzo	<a href="#"><u>Servicio Canario de la Salud</u></a> (SCS)
 <a href="#"><u>Asturias</u></a>	1471/2001, de 27 de diciembre	<a href="#"><u>Servicio de Salud del Principado de Asturias</u></a> (SESPA)
 <a href="#"><u>Cantabria</u></a>	1471/2001, de 27 de diciembre	<a href="#"><u>Servicio Cántabro de Salud</u></a> (SCS)
 <a href="#"><u>La Rioja</u></a>	1473/2001, de 27 de diciembre	<a href="#"><u>Servicio Riojano de Salud</u></a>
 <a href="#"><u>Región de Murcia</u></a>	1474/2001, de 27 de diciembre	<a href="#"><u>Servicio Murciano de Salud</u></a> (SMS)
 <a href="#"><u>Aragón</u></a>	1475/2001, de 27 de diciembre	<a href="#"><u>Servicio Aragonés de Salud</u></a> (Salud)
 <a href="#"><u>Castilla-La Mancha</u></a>	1476/2001, de 27 de diciembre	<a href="#"><u>Servicio de Salud de Castilla-La Mancha</u></a> (SESCAM)
 <a href="#"><u>Extremadura</u></a>	1477/2001, de 27 de diciembre	<a href="#"><u>Servicio Extremeño de Salud</u></a> (SES)
 <a href="#"><u>Islas Baleares</u></a>	1478/2001, de 27 de diciembre	<a href="#"><u>Servicio de Salud de las Islas Baleares</u></a> (IB-SALUD)
 <a href="#"><u>Comunidad de Madrid</u></a>	1479/2001, de 27 de diciembre	<a href="#"><u>Servicio Madrileño de Salud</u></a> (SERMAS)
 <a href="#"><u>Castilla y León</u></a>	1480/2001, de 27 de diciembre	<a href="#"><u>Sanidad Castilla y León</u></a> (SACYL)

**TABLA 1:** Real Decreto Constitutivo del Servicio de Salud y su denominación en cada CC.AA.

Las normas que regulan esta desigual asistencia bucodental prestada por las diferentes Comunidades Autónomas son: País Vasco (Decreto 118/1990), Navarra (Decreto Foral 58/1991), Andalucía (Decreto 281/2001), Murcia (LRM 2003/18), Extremadura (Decreto 195/2004), Castilla y León (Decreto 142/2003), Castilla La Mancha (Decreto 262/2004), Aragón (Orden del 28 de marzo de 2005), Isla Baleares (Decreto 87/2005) (Rosel, 2009). La última en incorporarse, Canarias está regulada por la Resolución de 11 de febrero del 2008 (BOC nº 45, 2008).

En la actualidad, la co-existencia de los diferentes modelos asistenciales, van a permitir evaluar en el futuro si el conjunto de actividades preventivas y restauradoras en exclusiva en los servicios públicos o el sistema capitativo de País Vasco, Navarra o Murcia consiguen un mejor acceso y permite una mayor disminución de las desigualdades sanitarias en el ámbito de la salud oral.

Numerosas Comunidades Autónomas españolas han optado por un modelo capitativo de concertación con el sector privado, iniciado en el País Vasco (1990) y Navarra (1991). Como anteriormente no existía una red pública lo suficientemente grande como para asumir el total de las nuevas prestaciones bucodentales a la población diana, este modelo se sustentó de una forma muy importante en la provisión mediante capitación con clínicas dentales privadas. Así, en el País Vasco, en el primer año de aplicación del programa un 51,4% de usuarios fueron atendidos por el sistema público. Un lustro después hubo una disminución hasta el 34,35%. En el año 2010 solamente el 7,9% fue atendido por el dentista público. En Navarra, se inició el programa solamente con 3 dentistas públicos y 25 concertados. Una década después, la cifra de los dentistas públicos era de 4, mientras que los concertados ascendían a 152. Esto demuestra que la red concertada ha asumido casi la totalidad del mercado de la atención bucodental infantil subvencionada. Por el contrario, Comunidades que habían desarrollado amplias redes de dentistas de Atención Primaria, también optaron por este sistema de capitación con la red privada hace pocos años. Como ejemplo tenemos a Andalucía, con la red de odontólogos en Atención Primaria más importante de estas CC.AA., que ha visto decrecer, tras dos años de funcionamiento del programa, el número de niños que eligen esta opción para que les realicen los tratamientos cubiertos por el programa de atención bucodental infantil. Esta evolución converge la atención con modelo capitativo hacia una prestación realizada por el sistema privado y financiada por la administración pública (Casals, 2008).

No existía una cierta homogeneización y promoción de las realmente diferentes prestaciones bucodentales en la población infantil en las diferentes comunidades autónomas, hasta la publicación y aprobación del Real Decreto 111/2008.

El desarrollo universal de mayores prestaciones, establecidas en el Real Decreto 1030/2006 de una forma más pormenorizada y clara, cuenta ahora con el apoyo económico del Real Decreto 111/2008, mediante el cual el Ministerio de Sanidad y Consumo propone a las Comunidades Autónomas la suscripción de convenios voluntarios para la extensión del Plan de Salud Bucodental a toda España con la pretensión de asegurar la equidad no alcanzada en el acceso a las prestaciones de todos los niños y niñas contribuyendo a reforzar la cohesión del SNS independientemente de la Comunidad Autónoma en que residan (BOE nº 31, 2008; Casals, 2008).

En el caso de la salud dental infantil, la promoción de hábitos saludables, la prevención de las principales patologías bucodentales y su detección precoz mediante revisiones de carácter anual en los primeros años de vida, constituye un conjunto de acciones de reconocida utilidad en la salud general de los individuos, ya que estas patologías tienen una alta prevalencia en la población y provocan gran morbilidad, afectando a la calidad de vida en la etapa infantil y más tarde en la etapa adulta. Igualmente se relacionan con otros problemas de salud más graves si no son correctamente tratadas.

El Ministerio de Sanidad y Política Social tiene a la salud bucodental infantil como objetivo de primer orden en el contexto de las políticas de salud modernas. El enfoque preventivo y las actividades que se aplican desde los primeros años de vida son claves para el éxito de los programas de salud. La promoción de hábitos saludables, la prevención de las principales patologías bucodentales y su detección precoz mediante revisiones de carácter anual, constituyen un conjunto de acciones de reconocida utilidad en la salud general de los individuos. Las patologías bucodentales tienen una alta prevalencia en la población afectando a la calidad de vida tanto en la etapa infantil como en la etapa adulta. Igualmente se relacionan con otros problemas de salud más graves si no son correctamente tratadas. Considera que la incorporación de estos servicios de atención bucodental a la población infantil, muestra un importante aumento del número de niños libres de caries, uno de los objetivos esenciales de los programas de salud de este tipo.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, titular de la política de ordenación de prestaciones y coordinación de las actividades relacionadas, mediante la Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección, incorporó los servicios de atención bucodental a la

población infantil, para conseguir un incremento en los niños libres de caries. Con el objetivo de mejorar la equidad en la salud bucodental de la población infantil y adolescente de siete a quince años, el Ministerio de Sanidad y Política Social, dentro del Plan de Salud Bucodental Infantil elaborado en 2007, y presentado al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 10 de octubre de 2007, ha promocionado desde el año 2008 la realización de actividades en salud bucodental infantil para lograr una cobertura mínima del 62 % de dos cohortes distintas nuevas cada año, mediante la concesión directa de subvenciones a las CC.AA. (BOE nº 118, 2010).

Con la concesión directa de las subvenciones mediante resolución de la Subsecretaria de Sanidad y Consumo que están reguladas por el Real Decreto 111/2008 para la promoción de actividades para la salud bucodental infantil a aquellas Comunidades Autónomas que participen en la promoción de actividades para la salud bucodental infantil en el año 2008, se pretendía dar cumplimiento a estos objetivos. Estas actividades se iniciaron sobre los grupos de población de siete y ocho años de edad, con extensión progresiva a lo largo de los años siguientes de los grupos etarios subsiguientes, hasta alcanzar a las edades de catorce y quince años (BOE nº 31, 2008).

Las actividades subvencionadas consisten en una revisión anual, que se aplicará individualmente bajo criterio facultativo.

El importe de la subvención es de 22,5 euros por niño efectivamente incluido en estas actividades. Las subvenciones se financiaron con cargo al presupuesto del Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE nº 31, 2008).

La cuantía de las subvenciones se distribuyó en función de los datos de población del Padrón Municipal correspondientes al año 2006 publicados por el Instituto Nacional de Estadística.

Este Real Decreto adjunta unos anexos con el contenido preventivo y asistencial mínimo a realizar por las diferentes Comunidades Autónomas que libremente se quieran acoger a él, y la población cubierta con su consiguiente dotación economía (BOE nº 31, 2008).

En el anexo I del Real Decreto 111/2008 se especifica las actividades a desarrollar para la Promoción de la Salud Bucodental Infantil durante el año 2008 (BOE nº 31, 2008).

Incluye la revisión anual mencionada anteriormente, cuyo contenido mínimo debe tener las siguientes medidas preventivas y asistenciales:

-Instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental, acompañadas de adiestramiento en higiene bucodental, a los niños y a sus padres o tutores.

-Aplicación de flúor tópico, de acuerdo con la política de fluoración de cada Comunidad Autónoma y de las necesidades individuales de cada niño.

-Revisión anual del estado de salud de la cavidad oral, incluyendo exploración radiográfica cuando el grado de patología dental del niño así lo precise, previo consentimiento formulado por escrito por los padres o tutores legales.

-Sellados de fisuras o fosas en las piezas permanentes.

-Obturaciones en piezas dentarias permanentes. Cuando se detecten caries se evaluará su estadio y velocidad de progresión y si la lesión se considera irreversible, se procederá a obturarla.

-Tratamientos pulpares (endodoncias) de las piezas dentarias permanentes con lesiones pulpares irreversibles que puedan ser reparadas. En caso de no poder ser reparadas se realizará su exodoncia.

-Exodoncias de piezas dentarias temporales.

-Tartrectomías cuando se detecten cálculos y/o pigmentaciones extrínsecas en dentición permanente, que sean incompatibles con la salud gingival.

-Tratamientos de incisivos y caninos permanentes en caso de enfermedad, malformaciones o traumatismos, sin perjuicio, en el caso de traumatismos, de las responsabilidades de terceros en el pago del tratamiento.

-Seguimiento en los casos que se aconseje por el facultativo, para asegurar la correcta evolución clínica de la salud dental del menor.

Para continuar con la financiación de este programa se aprueba el Real Decreto 1464/2009, 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 2009, donde el grupo etario al que va dirigido el programa al que se adhieran libremente las Comunidades Autónomas es a los siete y los diez años (BOE nº 243, 2009).

En el año 2010 es el Real Decreto 499/2010, el que regula las prestaciones, dentro de los mismos objetivos, orientando estas actividades a dos cohortes nuevas, quedando entonces el rango etario en los siete y doce años (BOE nº 118, 2010).

Las cantidades percibidas en este año 2010 deben aplicarse a la realización de las actividades de promoción de la salud bucodental infantil, de conformidad con el Anexo I del Real Decreto 499/2010.

En el año 2011 se pretende prorrogar con un proyecto de nuevo Real Decreto 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 este año.

(<http://www.msps.es/normativa/proyectos/home.htm> )

Con la concesión de las subvenciones reguladas por este proyecto de Real Decreto se pretende continuar la promoción de actividades para la salud bucodental infantil durante el año 2011, dentro de los mismos objetivos, orientando estas actividades a dos cohortes nuevas, las de siete y catorce años.

Las actividades a realizar descritas en este proyecto de Real Decreto para el año 2011 consistirán en una revisión anual, cuyo contenido preventivo y asistencial mínimo se recoge en el Anexo I, que se aplicará individualmente bajo criterio facultativo. Estas son las mismas que las decretadas en las normas precedentes.

Las subvenciones objeto de este Real Decreto serán financiadas con cargo al presupuesto del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del año 2011, y su dotación será de 12.000.000 euros (Ver TABLA 2).

Comunidad Autónoma	Edad	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Población total	Porcentaje del total de la población del Estado	Cuantía máxima de la subvención
Andalucía	7	90.987	46.494	44.493	177.279	19,79	2.375.176
	14	86.292	44.260	42.032			
Aragón	7	12.244	6.264	5.980	23.599	2,63	316.178
	14	11.355	5.812	5.543			
Asturias	7	7.578	3.837	3.741	14.715	1,64	197.151
	14	7.137	3.582	3.555			
Balears	7	11.453	5.875	5.578	21.501	2,40	288.069
	14	10.048	5.146	4.902			
Canarias	7	21.344	11.012	10.332	42.141	4,71	564.603
	14	20.797	10.473	10.324			
Cantabria	7	5.286	2.729	2.557	9.843	1,10	131.876
	14	4.557	2.359	2.198			
Castilla y León	7	20.262	10.238	10.024	40.307	4,50	540.031
	14	20.045	10.213	9.832			
Castilla La Mancha	7	21.509	11.051	10.458	42.108	4,70	564.161
	14	20.599	10.630	9.969			
Cataluña	7	78.357	40.389	37.968	144.385	16,12	1.934.464
	14	66.028	34.291	31.737			
C Valenciana	7	51.871	26.500	25.371	98.952	11,05	1.325.755
	14	47.081	24.266	22.815			
Extremadura	7	10.444	5.360	5.084	21.527	2,40	288.418
	14	11.083	5.612	5.471			
Galicia	7	21.733	11.176	10.557	42.210	4,71	565.528
	14	20.477	10.466	10.011			
Madrid	7	67.586	34.551	33.035	124.086	13,85	1.662.499
	14	56.500	28.689	27.811			
Murcia	7	17.613	9.157	8.456	33.137	3,70	443.968
	14	15.524	8.027	7.497			
Navarra	7	6.726	3.404	3.322	12.601	1,41	168.828
	14	5.875	2.964	2.911			
País Vasco	7	20.028	10.308	9.720	37.032	4,13	496.153
	14	17.004	8.664	8.340			
La Rioja	7	3.234	1.605	1.629	5.960	0,67	79.852
	14	2.726	1.356	1.370			
Ceuta	7	1.115	580	535	2.085	0,23	27.935
	14	970	501	469			
Melilla	7	1.157	590	567	2.191	0,24	29.355
	14	1.034	551	483			
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>470.527</b>	<b>241.120</b>	<b>229.407</b>	<b>895.659</b>	<b>100</b>	<b>12.000.000</b>
	<b>14</b>	<b>425.132</b>	<b>217.862</b>	<b>207.270</b>			

**TABLA 2:** Distribución de la cuantía de las subvenciones de manera proporcional a la población diana según el INE 2009.

La dotación económica aportada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, se basa en la estimación de costes que se realizó en el Plan de Salud Bucodental infantil para alcanzar los objetivos propuestos.

Los criterios que se han empleado para dicha estimación son:

- Coste medio de la actividad por niño atendido, a partir de los datos aportados por diferentes Comunidades Autónomas.
- Número estimado de niños y niñas de la población de siete a quince años, según proyecciones a partir de los datos del Padrón de 2001.
- Cobertura mínima de niños atendidos (62 % de la población diana).

En función de estos datos se estableció en 12 millones de euros la cuantía máxima de las subvenciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad al conjunto de Comunidades Autónomas para actividades en salud bucodental dirigidas a dos nuevas cohortes de niños y niñas.

En los presupuestos de los años 2008, 2009 y 2010 fueron consignados 12 millones de euros para la promoción de las actividades previstas en el Plan.

En el año 2008 se alcanzó un 89,3 % de la cobertura de niños y niñas de siete y ocho años planteada como objetivo y, en consecuencia, la liquidación a las Comunidades Autónomas fue de 9.967.489 euros.

En el año 2009 se alcanzó un 83 % de la cobertura prevista de niños y niñas de siete y diez años, lo que supuso una liquidación de 9.298.703 euros para el conjunto de las Comunidades Autónomas.

En el año 2010 se alcanzó un 84 % de la cobertura prevista de niños y niñas de siete y doce años, lo que supuso una liquidación de 9.698.503 euros para el conjunto de las Comunidades Autónomas.

En sus orígenes el Plan de Atención Bucodental Infantil tenía, de una manera resumida, las siguientes características, que posteriormente cada Comunidad Autónoma ha modificado según sus propias políticas sanitarias.

### 1- Provisión mixta:

Los dentistas de la red privada eran remunerados con dinero a cargo de los fondos públicos de la Administración, mediante la antes mencionadas capitación y acto médico.

Los dentistas de la red pública a través de su sueldo de funcionario, que garantizan la accesibilidad en zonas geográficas sin suficiente cobertura geográfica.

2- Libre elección.

3- Rango etario 7-15 años (País Vasco) y 6-18 (Navarra).

4- Tratamientos de urgencias, medidas preventivas y restauración en dentición permanente (o es solo en molares permanentes). No cubre lo relacionado con la ortodoncia, ni la restauración de de piezas temporales (Rosel, 2009).

### **I.3.2. Programa de Atención Bucodental Infantil en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM)**

#### ***Implantación***

En el Plan de Salud 2003-2007 de la Región de Murcia se sientan las bases que terminarán gestando un ambicioso Programa de Salud Bucodental Infantil con cobertura gratuita para los niños residentes en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y que estén en el rango de edad entre los 6 y los 14 años (Plan de salud, 2003).

En su Apartado VI: Plan de Salud. Área del niño – joven, dentro de las principales conclusiones del análisis de situación, se destaca como problema la salud bucodental de la población infantil, ya que a pesar de los buenos resultados, según datos de la “II Encuesta de Salud Bucodental en escolares de la Región de Murcia” del año 1997, Murcia es un área de moderada-baja prevalencia de caries (Navarro, 1999).

Sin embargo, se sabe que las enfermedades más frecuentes en el niño, caries y enfermedad periodontal, pueden prevenirse mediante el refuerzo de las prestaciones sanitarias, como se observa del análisis de las experiencias de aquellas Comunidades Autónomas españolas, que como Navarra Y País Vasco, las han practicado sistemáticamente desde el inicio de los años 90.

Para conseguir resultados será necesario establecer el sistema que permita dar cobertura de atención bucodental a la población infantil, repartiendo equitativamente la carga de trabajo con las Unidades de Atención Bucodental existentes en la actualidad.

Dentro de sus “Objetivos Generales” se menciona la mejora de la salud bucodental de la población infantil. Y en sus “Objetivos Específicos” del Capítulo, 3 en el Apartado 4: Extender la asistencia bucodental integral a la población infantil (Plan Salud, 2003).

En sus líneas de actuación, en el apartado 1, proponen utilizar unas líneas de estrategia, que incluye la estrategia curricular: Impulsar y potenciar el desarrollo curricular de la educación para la salud en toda la región, como área transversal, no de forma aislada, de tal manera que los contenidos de salud impregnen las diferentes áreas curriculares a lo largo de todas las etapas del proceso educativo (proyecto educativo de centro, proyecto curricular y programaciones de aula). Es fundamental contemplar y desarrollar contenidos de higiene y **salud bucodental**, seguridad y prevención de accidentes, etc.

El responsable es la Consejería de Sanidad y Consumo, junto con la Consejería de Educación y Cultura.

En las líneas de actuación (Apartado 6), en relación a la oferta de servicios de atención bucodental gratuita a la población entre 6 y 14 años, expone la implantación de un sistema que asegure la oferta de los servicios de atención bucodental gratuita a la población infantil comprendida entre los 6 y los 14 años. La oferta deberá incluir al menos:

- Revisión bucodental anual.
- Realización de sellado preventivo de fisuras en primer y segundo molar, si es necesario.
- Realización de tratamientos obturadores si son necesarios.
- Realización de pulpectomía en piezas definitivas si es necesario.
- Fluorización tópica a la población de riesgo.
- Educación de salud bucodental individual en la consulta.

El responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud.

Indicador:

- Aprobación del proyecto normativo que regule la provisión de servicios bucodentales en la Región de Murcia.

-Puesta en marcha del Programa de Salud Bucodental que asegure la oferta descrita en el marco normativo a la población diana.

Para alcanzar los objetivos de este plan de salud, tiene que haber un compromiso por parte de:

-Gobierno Regional: Oferta de servicios de atención bucodental gratuita a la población comprendida entre los 6 y los 14 años.

-Profesionales: Aplicación de la cartera de servicios ofertados en materia de salud bucodental.

-Ciudadanos: Utilización de los servicios ofertados de atención bucodental.

-Instituciones sanitarias: Organización de los servicios de atención bucodental y colaboración en su implantación.

En la descripción de Sistema Sanitario Murciano en este Plan de Salud de 2003, año de inicio del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en sus recursos, se configura el ámbito de la Atención Primaria en seis Áreas de Salud:

*I Murcia, II Cartagena, III Lorca, IV Noroeste, V Altiplano y VI Vega del Segura.*

Con tres Gerencias de Atención Primaria

*Murcia (que engloba las áreas I, IV, V y VI), Cartagena y Lorca.*

Además de los Centros de Salud, existen otros recursos asistenciales de Atención Primaria:

- 26 Unidades de Salud Bucodental
- 4 Unidades de Odontología

En relación con las Unidades de Apoyo, en la Región hay 30 Odontostomatólogos (26 en Unidades de Salud Bucodental y 4 Dentistas de Cupo), con una tasa de 1 por cada 38.806 habitantes.

En el Capítulo VIII, se menciona que se destina en este la cantidad de 1.003.481.752 € para la financiación del Servicio Murciano de Salud, con su revisión anual según los mecanismos habituales, para rondar la cifra de los 5.000 millones de euros para todo el periodo (2003-2007).

Además se presentó un cuadro con una previsión de gasto por cada línea de actuación, así como su esfuerzo inversor. Además de los responsables de su cumplimiento, los indicadores para permitir su evaluación y los tiempos de ejecución fijados (Plan de Salud, 2003).

En el Cronograma y Evaluación Económica de las líneas de actuación propuestas, en el área de Niño – Joven, aparece un apartado que especifica “Implantación de un sistema que asegure la oferta de los servicios de atención bucodental gratuita a la población infantil comprendida entre los 6 y 14 años”, con un esfuerzo inversor alto en todo el periodo del plan (2003 -2007), donde se debe aprobar el Proyecto Normativo y puesta en marcha del Programa de Salud Bucodental, siendo su responsable la Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud (Plan de Salud, 2003).

Todo esto deriva en la creación y puesta en marcha del PADI en la región de Murcia. El Programa de Salud Buco-dental para la población infantil de la Región de Murcia se aprobó en la Orden del 27 de diciembre de 2002 de la Consejería de Sanidad y Consumo (BORN nº 13, 2003). Se puso en marcha el 17 de enero del año 2003, día que se publicó la Orden que lo regulaba, donde se determinaron los criterios de gestión de la prestación sanitaria buco-dental destinada a la población infantil de la Región de Murcia.

En esta Orden se especifica que el Programa se desarrollará de forma gradual, iniciándose a partir del 1 de enero de 2003 con todos aquellos menores que cumplan 6 o 7 años durante ese ejercicio, que continuarán integrados en el Programa en los años sucesivos hasta alcanzar la edad de 15 años. Así mismo partir del año 2004 se incluiría una nueva una cohorte de edad cada año (BORN nº 13, 2003).

A partir del año 2010, las prestaciones que incluye el programa serán para todos los niños residentes en la Región de Murcia, que tengan derecho a la asistencia sanitaria con cargo al Servicio Murciano de Salud, y cuya edad esté comprendida desde los 6 años hasta el día que cumpla los 15 años, que sale del programa (BORM nº 13, 2003).

El objetivo principal del Programa es el disminuir la incidencia de caries y de enfermedad periodontal de los niños residentes en la Región de Murcia. Para ello en cada nuevo ejercicio se han ido incorporando la población infantil que, respectivamente, cumplía seis años.

### ***Responsables del programa***

En cuanto a la responsabilidad del Programa, la Coordinación del Programa de Salud Bucodental depende de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Murcia, que es el órgano encargado de la planificación, seguimiento, coordinación y evaluación del programa. La financiación depende del Servicio Murciano de Salud. El Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia actúa como eslabón entre la Coordinación del Programa en relación con los dentistas del sector privado y es el cajero pagador de estos profesionales. El programa es totalmente gratuito para los beneficiarios del mismo.

Durante el año 2010, se han beneficiado de las prestaciones del Programa los niños nacidos entre el 1 de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 2004, es decir, niños que cumplan en 2009 seis años y los que ya tengan 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 años. Es el primero en el que se pueden beneficiar del programa toda la población diana a la que va dirigido, es decir desde los niños que cumplen los seis años hasta los que cumplen quince años, día en el que salen del Programa.

Es condición imprescindible para optar a prestaciones del Programa que posean la “Tarjeta Sanitaria” del Servicio Murciano de Salud.

Una novedad que planteó en su día el proyecto de PADI para Murcia era que su gestión se cede a su Colegio Oficial, como fórmula óptima para desarrollar con éxito un programa de ésta complejidad (Bertrand, 2003).

### ***Cobertura***

Las prestaciones que el Programa brinda a sus beneficiarios a variado desde su inicio, ya que tras 7 años de evolución, en el año 2009 se añadieron más tratamientos cubiertos gratuitamente para el usuario. Y durante el desarrollo de esta tesis, en marzo de 2010 se añadieron más coberturas adicionales, que hacen de este programa un referente en las prestaciones bucodentales que los niños reciben gratuitamente por parte de un dentista de elección entre la red de dentistas del Servicio Murciano de Salud y dentistas privados libremente adscritos al programa (Clausulas Adicionales Anuales al Convenio de Colaboración para la Prestación Sanitaria en materia de Salud Bucodental Infantil suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia 2003-2011).

### **Asistencia – Prestaciones**

En la actualidad el contenido de las prestaciones sanitarias buco-dentales destinadas a la población infantil, incluidas en el ámbito de aplicación del Programa, son las siguientes:

- A) Una revisión anual de la salud buco-dental
- B) Asistencia dental para el tratamiento de las urgencias buco-dentales
- C) La prestación de los tratamientos asistenciales básicos
- D) La prestación de tratamientos asistenciales especiales
- E) Anestesia general
- F) Tratamientos excluidos

#### **A) Revisión anual**

La revisión anual debe comprender, como mínimo, la realización de las siguientes actuaciones por parte del profesional:

- Exploración detallada de todos los componentes de la cavidad bucal, utilizando el dentista los métodos diagnósticos que en cada supuesto considere necesarios.

- Se impartirán por el dentista, o bajo su supervisión, tanto al menor como a sus padres o acompañantes, recomendaciones sanitarias sobre una correcta higiene bucal y hábitos dietéticos saludables que favorezcan el mantenimiento y mejora de la salud buco-dental.

- Asimismo, el profesional responsable ha de realizar aquellos tratamientos asistenciales básicos, cuando en la revisión detecte la correspondiente patología que lo haga aconsejable.

#### **B) Urgencias buco-dentales**

El tratamiento de las urgencias buco-dentales supone la asistencia sanitaria dental al menor por su dentista, dentro de la jornada laboral que el profesional tiene establecida, teniendo como objetivo esencial paliar el dolor.

Cuando un usuario del Programa de Salud Buco-dental presenta una urgencia de carácter dental, cualquiera que sea su origen, y especialmente si le produce dolor, el dentista deberá atenderle tan pronto como le sea posible, dentro de su horario de consulta, poniendo los medios más adecuados, según su criterio, para resolverla.

Si la urgencia afecta a piezas dentales permanentes, se han de utilizar los medios preventivos, de diagnóstico, y terapéuticos que el dentista estime aconsejable, debiendo aplicar, si procede el tratamiento asistencial básico que corresponda en función de la patología, o en su caso, el tratamiento asistencial especial correspondiente para los supuestos de trastornos del grupo incisivo-canino siempre que tengan naturaleza traumática y justificada urgencia. En estos últimos casos se ha de emitir un informe del dentista responsable que justifique la necesidad y urgencia del tratamiento realizado, que se remitirá a la Dirección General de Aseguramiento y Calidad Asistencial del Servicio Murciano de Salud.

Si la urgencia afecta a piezas dentales temporales, solamente se presta un tratamiento exclusivamente paliativo a base de terapia farmacológica o la extracción de la pieza afectada.

### **C) Prestaciones básicas**

Se entiende por tratamientos básicos aquellos que no requieren autorización por la Coordinación del Programa porque se encuentran incluidos en el pago capitolativo por paciente.

#### *- Apertura del expediente*

Se debe abrir en la primera visita la historia clínica del menor en el programa informático Bucosan, dependiente del Servicio Murciano de Salud, y al que se accede a través de Internet, en la web:

<https://sanidad-timon.carm.es/bucosanweb/>

Se debe realizar la comprobación de datos de identificación del niño: nombre, apellidos, dirección y números de teléfonos actualizados.

#### *- Exploración de la boca*

Será realizada personalmente por el dentista adscrito al Programa. Se examinarán los tejidos duros y blandos de la cavidad oral, y se detectarán hábitos nocivos y maloclusiones.

El reconocimiento de la dentición permanente será especialmente minucioso y detallado, utilizando sonda y espejo plano, incluyendo expresamente todas las fosas y fisuras existentes en el esmalte.

### *- Educación sanitaria*

En las consultas se proporcionarán conocimientos sobre dieta, higiene (cepillado y seda) y hábitos saludables. Se utilizarán, en las consultas, los materiales editados a tal efecto por la Dirección General de Salud Pública. Igualmente se valorará la prescripción de suplementos orales de flúor.

### *- Aplicación tópica de flúor*

La indicación de flúor tópico en la consulta depende del riesgo de caries del niño (ver TABLA 3). Además, se realizará también en las situaciones especiales que hagan al paciente susceptible de un elevado riesgo de padecer caries: niños con deficiencias psíquicas o psicomotrices que dificulten una correcta adquisición de hábitos higiénicos bucodentales, niños institucionalizados, niños con patologías médicas graves y, además siempre que el profesional lo considere necesario.

<u>Edad</u>	<u>cod</u>		<u>CAOD</u>
6 a 9 años	≥ 3	ó	≥ 2
10 a 12 años	-		≥ 4
13 a 15 años	-		≥ 5

**TABLA 3:** Indicador semestral en consulta de flúor tópico.

### *- Selladores de fosas y fisuras en molares permanentes (desde el año 2010 también se incluyen los premolares)*

Se ha de realizar el sellado de las fosas y fisuras, en los primeros y segundos molares permanentes, en todos los casos en que se detecte que el niño ha padecido caries en la dentición temporal (**cod =1**). Así mismo, se han de realizar el sellado de fisuras de las piezas antes citadas en los casos en que se detecte caries en alguna pieza permanente (**CAOD=1**). Además de los criterios anteriores, se realizará sellado de las fosas y fisuras de los molares permanentes cuando, a

criterio del profesional, las particulares características de las piezas dentarias del niño así lo aconsejen.

Esta prestación de selladores que abarca únicamente a primeros y segundos molares permanentes se ve ampliada en el año 2010, haciéndose extensiva también a los primeros y segundos premolares, ratificada en la XI Reunión de la Comisión Paritaria del Convenio de colaboración para la prestación sanitaria en materia de Salud Bucodental, entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia el 22 de marzo de 2010, viéndose incorporada en el Protocolo Asistencial del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia del año 2010.

### *- Obturaciones de molares permanentes*

Todo molar permanente que presente una lesión de caries que no sea susceptible de remineralización debe ser obturado. Esta prestación básica tiene excepciones, que se detallan más adelante en las prestaciones especiales.

### *- Exodoncias de piezas temporales y permanentes*

Cuando el tratamiento conservador sea inviable en alguna pieza dental, se procederá a la extracción de la pieza dentaria afectada, temporal o permanente. Se incluye la exodoncia de dientes supernumerarios erupcionados.

### *- Exodoncias de dientes supernumerarios*

La extracción de dientes supernumerarios erupcionados se considera tratamiento básico. Si el diente supernumerario “no se encuentra erupcionado” deberá enviarse al niño, con el informe preceptivo justificativo de esa indicación, a la Unidad de Salud Buco-dental correspondiente al centro de salud en que el niño se encuentre adscrito, desde donde se derivará al Servicio de Cirugía Maxilofacial del hospital de referencia.

En su inicio, en el año 2003 esta prestación estaba dentro de las prestaciones especiales, pero a partir del año 2006 quedó incluida en el apartado de prestaciones básicas.

### *- Tartrectomías*

A criterio del profesional para eliminar depósitos blandos y /o duros de las superficies dentarias permanentes.

### *- Radiología simple*

Siempre que esté justificado clínicamente, se efectuará radiografía periapical y aleta de mordida, debiendo realizarse con todos los requerimientos técnicos que la ley exige.

Todos estos tratamientos enumerados se han de aplicar por los dentistas, según las orientaciones de la ciencia, siguiendo el protocolo de actuación profesional que, en función de la patología dental a tratar, establece el Servicio Murciano de Salud. El protocolo se recoge en el Convenio celebrado con el Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia. Aquí se determina el alcance, modo y extensión de los tratamientos asistenciales incluidos en el Programa de Salud buco-dental.

### **D) Prestaciones especiales**

Los tratamientos asistenciales especiales, antes de su prestación, deben ser expresa e individualmente autorizados por la Dirección General de Aseguramiento y Calidad Asistencial del Servicio Murciano de Salud, previo informe del dentista responsable que justifique la necesidad del tratamiento. Para los dentistas del Servicio Murciano de Salud deberá estar visado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, y en su caso, certificado oficial que acredite el reconocimiento de la discapacidad del menor, expedido por el órgano competente. Para realizar una solicitud de prestación de tratamiento especial por parte de los dentistas habilitados deben de rellenar el documento de solicitud que se debe remitir al Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia, este lo remite a la Dirección General del Régimen Económico y de Prestaciones, que autoriza o deniega la solicitud, enviando una carta informativa tanto al dentista responsable como a los padres o tutores del estudiante. En el caso de que en la respuesta de la carta se autorice la realización del tratamiento ya se puede realizar la prestación asistencial.

Estas prestaciones precisan autorización previa del tratamiento, excepto en los supuestos de trastornos del grupo incisivo-canino que tengan naturaleza traumática y justificada urgencia. En este caso, se tratará el problema buco-dental lo antes posible y se comunicará con posterioridad a la Coordinación del Programa para que conste dicha circunstancia.

Los tratamientos especiales que se incluyen en el Programa de Salud Bucodental Infantil son los siguientes:

- *Trastornos del grupo incisivo-canino y de premolares*

Quedan incluidos los tratamientos de traumatismos o malformaciones de incisivos y caninos permanentes (excepto agenesias) y las debidas a caries en incisivos, caninos y premolares. Los tratamientos que se incluyen son los siguientes:

- Apicoformación
- Tratamientos pulpares
- Ferulización del grupo incisivo-canino en caso de movilidad por traumatismos
- Reimplante dentario
- Sutura de tejidos blandos, exceptuando las incluidas en alguno de los tratamientos básicos o especiales
- Protección pulpar directa
- Obturación grupo anterior postratamiento pulpar
- Perno prefabricado intrarradicular
- Obturación de incisivos, caninos o premolares por caries

Este tratamiento se añadió en las Clausulas Adicionales del año 2009.

- Endodoncia de incisivos, caninos o premolares por caries, incluida la obturación posterior

Este tratamiento se adicionó en las Clausulas Adicionales del año 2009.

- Gran reconstrucción

Se entiende como tal, los siguientes supuestos:

\*Por traumatismo: reconstrucción de 1/3 de corona que ha requerido tratamiento pulpar previo.

\* Por malformación: reconstrucción completa de la corona con material estético.

### - Endodoncia de molares permanentes

Endodoncia, y reconstrucción post-endodoncia, de piezas molares que no sean susceptibles de tratamiento restaurador simple (obturación) y/o que presenten una pulpitis irreversible.

Los tratamientos de endodoncia no se realizan en las Unidades de Salud Bucodental de la red pública, derivándose todas ellas a los dentistas habilitados de la red privada. Para poder gestionar estas derivaciones de una manera más eficiente, en la reunión de la Comisión Paritaria del Programa de Atención Dental Infantil, celebrada el 22 de abril de 2008, se decidió crear un listado de referencia de aquellos profesionales, que inscritos en el PADI, se presten voluntariamente para realizar las endodoncias a niños procedentes de las Unidades de Salud Bucodental del Servicio Murciano de Salud, y así evitar problemas con dentistas que no desean realizar únicamente este tratamiento a niños a los que no lleva el control y evolución de su salud buco dental (Reunión Paritaria, 2008)..

Además en esta reunión se acuerda ampliar los tratamientos especiales incluidos en el Programa:

*-Obturación de incisivos, caninos o premolares permanentes por caries*

*-Endodoncia de incisivos, caninos o premolares permanentes*

Endodoncia y reconstrucción post-endodoncia, de piezas dentales permanentes que no sean susceptibles de tratamiento restaurador simple (obturación) y/o que presentes pulpitis irreversible.

### - Ortopantomografía por indicación no ortodóncica

Para poder realizar una ortopantomografía, los dentistas habilitados deben de rellenar el documento de solicitud que se debe remitir al Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia, este lo remite a la Dirección General del Régimen Económico y de Prestaciones, quién autoriza o deniega la solicitud, enviando una carta informativa tanto al dentista responsable como a los padres o tutores del menor. De ser afirmativa la respuesta, así mismo, en la misma carta remitida a los padres o tutores del niño, se indica los centros radiológicos concertados donde se puede

realizar la prueba diagnóstica. Estos son: Clínica San Carlos (Murcia), Clínica Virgen del Alcázar (Lorca), Hospital de Molina (Molina de Segura) y Clínica Perpetuo Socorro (Cartagena).

En caso de que el dentista privado solicite una ortopantomografía y disponga de ortopantomógrafo en su consulta, una vez autorizada esta, podrá realizarla en su propia consulta percibiendo por ello la cantidad establecida por ello.

En la solicitud es necesario que se especifique detalladamente la patología y piezas afectadas.

Las indicaciones de ortopantomografía aceptadas por el Programa son:

- Retención e inclinación de piezas
- Inclusiones dentarias
- Sospecha de agenesia.
- Sospecha de piezas supernumerarias
- Retrasos en la erupción (más de 1 año de la edad a la que corresponde la erupción)
- Caries extensas y penetrantes que afecten a varias piezas dentales
- Descartar patología ósea: quistes, odontomas,...
- Exodoncia quirúrgica de restos radiculares, dientes retenidos,...
- Exploración tras traumatismos que afecten a varias piezas, traumatismos faciales y maxilares
- Localización de cuerpos extraños
- Chasquidos y algias de la articulación temporo-mandibular
- *Obturación de molares permanentes en "SITUACIONES ESPECIALES"*

La "obturación de molares permanentes en situación especial" se consideraran en los siguientes supuestos:

- Niños procedentes de otra Comunidad Autónoma o país, en situación de beneficiarse del Programa de Salud Bucodental (poseer Tarjeta Sanitaria del Servicio Murciano de Salud), que lleguen a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia con 8 o más años de edad

Se considerarán como prestación especial las caries en molares permanentes, susceptibles de obturación, cuando estén presentes en dos o más piezas.

- Niños beneficiarios del Programa desde el año de su inclusión (ejercicio en que cumplió 6 años) que acuden por vez primera a la consulta de un dentista del PADI con 8 o más años

Se considerarán como prestación especial las caries en molares permanentes, susceptibles de obturación, cuando estén presentes en dos o más piezas.

- Niños incorporados al Programa de Salud Bucodental (aquellos que en uno u otro ejercicio han sido vistos en la consulta por un dentista habilitado) pero con asistencia irregular (no asistencia a consulta durante los dos últimos ejercicios posteriores a la última visita):

Se considerarán como prestación especial las caries en molares permanentes, susceptibles de obturación, cuando estén presentes en una o más piezas.

Una vez autorizado favorablemente el tratamiento especial y realizado, el dentista privado habilitado se debe descargar del programa informático Bucosan el documento "Conformidad de tratamiento especial realizado" y remitirlo al Colegio Oficial de Dentistas para tener derecho a su cobro.

### **E) Anestesia general**

Prestaciones especiales que precisan anestesia general. Estas prestaciones, que podrán incluir tanto dentición temporal como permanente, serán proporcionadas por los profesionales privados que hayan sido habilitados específicamente para realizar tratamientos mediante anestesia general o sedación. Estos profesionales gozarán de lo que se denomina "Habilitación específica".

Para solicitar un tratamiento bajo anestesia o sedación, el dentista al que esté adscrito el niño debe solicitarlo mediante el programa informático Bucosan, y adjuntar un informe clínico de alta o similar del niño en el que se especifique el problema de salud que justifica la necesidad de realizar el tratamiento bajo anestesia no convencional o sedación. El informe debe ser enviado a

la Coordinación del PADI. Una vez autorizado el tratamiento, se comunicará al dentista que lo ha solicitado, así como a los padres, para que estos elijan un dentista habilitado especial para anestesia. Una vez elegido y contactado, éste remitirá a la Coordinación un presupuesto detallado del coste real del tratamiento para su aprobación. La Coordinación lo aceptará o rechazará en su caso. En caso de aceptación del presupuesto, el dentista habilitado especial, una vez realizado el tratamiento, enviará al Colegio Oficial de Dentistas el documento de “Conformidad de realización de tratamiento” firmado por ambas partes (dentista y padres) para que se proceda al pago correspondiente.

Específicamente, para niños que presenten discapacidades psíquicas, físicas o sensoriales que puedan incidir en la extensión o gravedad de su patología oral o su tratamiento podrán recibir, en función de la especificidad de cada supuesto, aquellos tratamientos especiales que se determinen por Resolución del Servicio Murciano de Salud, y que resulten aconsejables o aminoren la patología dental del niño.

Los pacientes con necesidades especiales (disminuidos psíquicos, físicos, o con alguna enfermedad que implique poca colaboración por parte del paciente) podrán beneficiarse de tratamientos bucodentales mediante sedación o anestesia no convencional.

### **F) Tratamientos excluidos**

Quedan excluidos de la asistencia dental reconocida en el Programa de Salud Buco-dental los siguientes supuestos:

- La extracción de una pieza temporal o permanente que debe realizarse exclusivamente por indicación ortodóncica.

Quedará excluida de las prestaciones del Programa, entendiéndose como tales las extracciones prescritas por un ortodoncista, en fase diagnóstica o terapéutica de un tratamiento ortodóncico.

- La atención de la dentición temporal (a excepción de la revisión diagnóstica, las extracciones por motivos no ortodóncicos y la atención de las urgencias)

- La atención dental ortodóncica, incluidos los mantenedores de espacio

- La exodoncia de cordales
- Los tratamientos del grupo incisivo-canino por agenesia de todas o alguna de sus piezas
- Prótesis dental
- Los tratamientos del grupo incisivo-canino por lesiones traumáticas cuando existan terceros responsables obligados al pago del tratamiento

### ***Profesionales que participan***

En el Programa de Salud Buco-dental Infantil de la Región de Murcia se integran, con objeto de garantizar la asistencia dental establecida en el, los siguientes profesionales:

- A-** Los profesionales que prestan sus servicios en el Servicio Murciano de Salud en las Unidades de Salud Bucodental (dentistas públicos)

Los dentistas que pertenecen al Servicio Murciano de Salud, pero que consiguieron su plaza en los denominados “Dentistas de Cupo”, no forman parte de este colectivo, dedicándose únicamente a los tratamientos clásicos de paliación del dolor y extracción de piezas dentarias.

- B-** Aquellos profesionales del sector privado que voluntariamente han solicitado participar en el Programa, que presten sus servicios en una consulta privada (dentistas privados), y que, al efecto hayan obtenido la preceptiva habilitación por el Servicio Murciano de Salud

Se contemplan dos tipos de habilitaciones:

- 1)** Habilitación genérica cuando, reúna los requisitos necesarios y asuma el conjunto de condiciones incluidas en la Orden de la Consejería de Sanidad y en el Protocolo Asistencial

Sin embargo, en este caso no asumirá las prestaciones especiales que exijan un procedimiento anestésico no convencional.

- 2)** Habilitación específica (habilitados especiales para anestesia general) cuando el profesional sí asuma las prestaciones especiales que exijan un procedimiento anestésico no convencional

Como hemos descrito anteriormente, los dentistas del sector público que están integrados en las Unidades de Salud Bucodental Infantil no realizan los tratamientos de endodoncia, por lo que tienen que ser derivados los pacientes que necesiten este tipo de tratamiento a los dentistas de la red privada. Por eso se ha creado una especie de habilitación consistente en que los dentistas privados previamente habilitados e integrados en el PADI, pueden solicitar integrarse en una bolsa de dentistas a los que se les puede enviar a estos pacientes para realizar las endodoncias prescritas por los profesionales públicos y autorizadas por la Coordinación del Programa.

La Dirección General de Aseguramiento y Calidad Asistencial del Servicio Murciano de Salud es la competente de conceder estas habilitaciones a los profesionales del ámbito privado.

En función del volumen de niños y del número de profesionales integrados en el Programa, el Servicio Murciano de Salud puede establecer un cupo máximo de niños que pueden ser atendidos por cada dentista habilitado.

Los dentistas privados, para poder ser habilitados en el PADI, han de tener la capacidad de contratar con la Administración, que no se concederán a corporaciones o sociedades, por tener la habilitación carácter personal e intransferible, las siguientes:

-Encontrarse inscrito en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Conserjería de Sanidad y Consumo, previa justificación de la adecuación de su clínica dental y de su situación profesional a las condiciones exigibles

-Estar colegiados en el Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia

Se hace una excepción a los médicos, especialistas en estomatología, que se les permite estar colegiados únicamente en el Colegio de Oficial de Médicos, al igual que se les permite presentar directamente las correspondientes solicitudes de habilitación y baja ante la Dirección General de Aseguramiento y Calidad Asistencial.

-Poseer la experiencia profesional que, en su caso determine

En la actualidad no se exige ninguna. Además se deben cumplir las instrucciones, recomendaciones y protocolos de actuación que se adopten, en el desarrollo de la Orden, por resolución del Servicio Murciano de Salud y remitir a éste con la periodicidad y modo que se

determine la evaluación de las actuaciones, así como asistir a los cursos de formación continuada que periódicamente se organicen.

-Comprometerse a aceptar los criterios de calidad que acuerde la mencionada Corporación Profesional

Desde el año 2010 se han establecido nuevos requisitos para que los dentistas privados se incorporen por primera vez a la red de dentistas habilitados en el Programa. La Comisión Paritaria aprueba una modificación respecto a los requisitos de los dentistas de nueva incorporación al Programa relativos a las habilidades para la realización de todos los tratamientos especiales que tanto los dentistas de sistema público como los del privado deberán realizar obligatoriamente un curso de formación *ad hoc* en caso de que no presenten la documentación acreditativa pertinente que será valorada por el Colegio. La coordinación de los cursos recaerá en el Colegio de Dentistas de Murcia, aunque se estudiará la posibilidad de que estén acreditados por el fondo de Formación e Investigación Sanitaria de la Conserjería de Sanidad. A este curso podrán asistir, también, todos aquellos profesionales que estuvieran anteriormente habilitados en el Programa, y que deseen reciclarse (Reunión paritaria, 2010).

Los profesionales habilitados deberán llevar a cabo todo tipo de prestaciones incluidas en el Programa, excepto las que impliquen procedimientos anestésicos no convencionales. En caso de no ser así el profesional será inhabilitado para el ejercicio del Programa.

El procedimiento para obtener la habilitación por parte de los profesionales privados es el siguiente:

Deben presentar la correspondiente solicitud ante el Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia, al menos con tres meses de antelación a la finalización de cada ejercicio.

La Corporación Profesional, una vez recepcionadas las solicitudes de ingreso y de baja en el Programa, las remite con dos meses de antelación al Servicio Murciano de Salud, adjuntando informe sobre las mismas.

Finalmente la Dirección General de Aseguramiento y Calidad Asistencial del Servicio Murciano de Salud concede o deniega las habilitaciones solicitadas, notificándolo a los interesados, al Colegio Oficial de Dentistas y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Las habilitaciones concedidas lo son por tiempo indefinido, sin perjuicio de que pueden ser revocadas, previa instrucción del oportuno expediente, por incumplimiento de las condiciones exigibles en la Orden o en sus Disposiciones de ejecución.

El dentista privado permanecerá en el Programa por años naturales prestando la asistencia en la consulta para la que hubiera recibido la habilitación. En caso de trasladar la consulta a otra del mismo municipio, atenderá a sus pacientes en ese nuevo emplazamiento, previa comunicación al Colegio Oficial de Dentistas y a la Coordinación del Programa de Salud Bucodental. No podrá trasladar la consulta a otro municipio distinto al de la habilitación. En este caso, deberá reintegrar las cantidades percibidas hasta la fecha y se le inhabilitará para el próximo ejercicio. Los dentistas que deseen cursar baja del Programa para el próximo ejercicio presentarán su petición en los mismos plazos y términos que para solicitar su alta.

Cada menor incluido en el Programa tendrá asignado un dentista responsable perteneciente al Servicio Murciano de Salud, o al sector privado siempre que haya sido habilitado a tal fin. El dentista asignado es el responsable de prestar la asistencia dental más adecuada a cada caso, dentro de las prestaciones y tratamientos que se recogen en la Orden, así como de hacer el seguimiento de su salud bucodental. De cada asistencia practicada y de las incidencias y evolución de estado oral, el dentista responsable debe de dejar constancia en la historia bucodental del menor atendido.

En relación a la asignación del dentista responsable, hasta el año 2008, los padres o representantes legales del menor tenían derecho a optar, como máximo, una vez al año, por uno de los dentistas integrados en el Programa de Salud Bucodental Infantil. Para esto, el Servicio Murciano de Salud les facilitaba el listado de profesionales que estaban integrados en el programa. En el año 2009, con objeto de evitar cambios frecuentes e injustificados de dentista, promover la figura del “dentista de cabecera” y dar continuidad al proceso asistencial, mejorando en definitiva la calidad de la prestación sanitaria individual, se publicó una nueva Orden que modificaba a la anterior. En esta nueva Orden se modifica la asignación del profesional responsable. En lugar de poder optar a un cambio anual de dentista, se establece que solamente en casos excepcionales, la Coordinación del Programa autorizará un único cambio de dentista durante todo el tiempo de permanencia del niño en el Programa, previo estudio de la justificación aportada por los padres, representantes legales de los menores o dentista, en su caso. En el supuesto de que el profesional deje de atender al niño por cualquier causa, también ejercerán los padres o representantes una nueva elección de dentista (BORM nº 168, 2009).

Un dentista privado estará habilitado para atender pacientes en un máximo de dos clínicas dentales siempre que no exista interferencia horaria. Por otra parte, varios profesionales privados habilitados podrán compartir la misma clínica.

Por su parte los profesionales privados habilitados podrán solicitar a la Coordinación del Programa, por motivos justificados, pero nunca por razón de patologías a tratar, no admitir nuevos pacientes. Se podrá dejar de prestar servicios a un paciente ya incluido en el Programa en el caso de inasistencias reiteradas no justificadas o cuando no exista colaboración por parte de los padres o tutores del niño en las pautas de tratamiento a seguir. La Dirección General de Asistencia Sanitaria resolverá la petición, previo informe del Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia para sus profesionales colegiados del sector privado.

### ***Sistema de pago***

La retribución de los profesionales públicos es con cargo a los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, ya que son personal estatutario, y perciben un sueldo mensual por su labor asistencial.

La retribución de los profesionales habilitados se realiza de la siguiente manera:

- A)** Los profesionales habilitados son retribuidos mediante el sistema de capitación, es decir, con una cantidad fija, por niño y año, por el conjunto de las prestaciones y asistencias descritas anteriormente en los apartados de: revisión anual, urgencias bucodentales y tratamientos dentales básicas.
- B)** Para los supuestos descritos en el apartado de tratamientos asistenciales especiales y anestesia general, el sistema de pago es por servicio, acto operatorio o tratamiento realizado.
- C)** Mediante Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud se establece la cantidad a abonar anualmente por cada niño asignado a los profesionales habilitados en relación al sistema caputivo, así como el baremo de honorarios por cada acto o tratamiento especial prestado.

En el año 2010, al igual que en el año 2008 y 2009 que no se subió motivado por la crisis económica, la Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones del Servicio Murciano de Salud, abonó la cantidad de 57,00 € en concepto de pago caputivo al los dentista habilitados por cada niño asignado.

### ***Protocolo asistencial***

Modo de acceso al programa: Los niños recibirán en su domicilio una carta con el siguiente contenido:

- Carta de invitación al Programa
- Folleto informativo y de instrucciones a seguir para acceder al Programa
- Listado de dentistas públicos y privados que forman parte del Programa

Una vez que los padres del niño reciben en su domicilio un sobre con la carta de invitación al programa, pueden solicitar cita al dentista seleccionado del listado de dentistas adscritos al Programa.

Posteriormente acudirán a su dentista con la carta y la Tarjeta Sanitaria del Servicio Murciano de Salud.

Al año siguiente, se recibirá nueva documentación del Programa debiendo acudir al mismo dentista del año anterior que será el que le atenderá hasta que cumpla 15 años de edad. Esto es así desde la implantación de la figura del “dentista de cabecera” en el año 2009.

En el listado de dentistas ofertado por el PADI que recibe el niño en su domicilio aparecen tanto los profesionales del sector público (Unidades de Salud Bucodental de los Centros de Salud) como los profesionales de consultas privadas adscritos al Programa. La forma de proceder del Servicio Murciano de Salud para que los escolares cubiertos por el Programa se adhieran a él consiste en enviarles al inicio de cada año en su domicilio un sobre con la documentación del Programa. Los niños que cumplan 6 años durante el año recibirán la documentación del Programa “dos meses antes de su cumpleaños”.

Los usuarios incorporados por primera vez al Programa elegirán un dentista del listado. Una vez elegido el dentista, el niño permanecerá adscrito a su consulta hasta que cumpla 15 años de edad, es decir, se procurará que el niño no cambie a otro dentista, reconociendo, de esta manera, la figura del dentista de cabecera. No obstante, si existe una causa justificada y de manera excepcional se podrá cambiar de dentista. Para ello, los padres harán llegar una notificación a la Coordinación del Programa en la que explicarán los motivos por los que solicitan dicho cambio.

Si un niño no ha recibido la carta de invitación al Programa, este podrá también acudir a su dentista únicamente con la Tarjeta Sanitaria del Servicio Murciano de Salud.

Si un niño cambia de domicilio tendrá que comunicárselo a su dentista, para que éste lo comunique a la Coordinación del Programa de Salud Bucodental, ó bien llamar directamente para actualizar los datos en el programa informatizado Bucosan.

Si un niño cambia de teléfono, el dentista que atiende al niño puede modificar el teléfono/s de contacto en el programa informatizado Bucosan.

A principios de cada año se dará publicidad de los profesionales adscritos al Programa. El listado de dentistas podrá ser consultado en los centros de salud, en las Unidades de Salud Bucodental de los Centros de Salud, en las consultas de los dentistas y en la web: [www.murciasalud.es/saludbucodental](http://www.murciasalud.es/saludbucodental).

Gozarán de todas las prestaciones incluidas en el Programa, los pacientes que, independientemente de cualquier circunstancia, fueran beneficiarios del Programa pero acudan por vez primera al dentista en ejercicios posteriores al de incorporación al mismo.

Igualmente, serán beneficiarios del mismo, los procedentes de otras Comunidades Autónomas que soliciten Tarjeta Sanitaria en Murcia y que por edad les corresponda la inclusión en aquel.

Los tratamientos asistenciales especiales, como se ha mencionado anteriormente, deben ser expresa e individualmente autorizados por la Dirección General de Aseguramiento y Calidad Asistencial del Servicio Murciano de Salud antes de su prestación.

En el caso de niños con discapacidades psíquicas, físicas o sensoriales, se precisará certificado oficial que acredite el reconocimiento de la discapacidad del menor, expedido por el órgano competente.

El dentista, después de realizar el tratamiento especial tiene que cumplimentar el impreso de "Declaración de Prestación Realizada" y remitirlo al Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia.

Se han editado una serie de normas complementarias de actuación para asegurar una pauta homogénea de actuación, aparte de todo lo citado anteriormente, denominado Protocolo de Calidad.

### **A. Horario, incapacidades temporales, habilitaciones y vacaciones**

El horario será el de mayor flexibilidad posible en función de la organización de la consulta al objeto de favorecer la accesibilidad de los ciudadanos.

Las bajas por Incapacidad temporal de los habilitados privados serán notificadas al Colegio Oficial de Dentistas, y éste lo pondrá en conocimiento de la Coordinación del Programa de Salud Bucodental. En estos casos, el habilitado en cuestión, en coordinación con el Colegio Oficial de Dentistas, será el responsable de buscar un sustituto habilitado durante el periodo correspondiente.

En periodos vacacionales, el dentista comunicará a sus pacientes el periodo vacacional que estará ausente. Si un niño precisa atención urgente durante dicho periodo, la Coordinación del Programa posibilitará que el niño acuda a otro dentista.

### **B. Citación**

El paciente siempre solicitará cita previa. El profesional asignará citas al paciente según la patología que presente. Los pacientes podrán acudir a la consulta del dentista cuantas veces lo necesite durante el año, y deberán hacerlo asimismo las que el dentista lo requiera.

Los dentistas adscritos al Programa contactaran, inexcusablemente y con periodicidad anual, con todos los niños que atendieron el año anterior, para recordarles que al menos deben acudir una vez al año a su consulta. Dicho recordatorio podrá ser por correo postal o teléfono.

En la primera visita, el profesional realizará lo siguiente:

a) Comprobará que el niño posee Tarjeta Sanitaria y además que el año de nacimiento corresponde a las cohortes de niños que están actualmente incluidos en el Programa. En caso de acudir el niño sin la Tarjeta Sanitaria, no podrá atenderse a dicho niño.

b) Procederá a la apertura del expediente del niño en el Programa Bucosan (pasar el lector óptico ó teclear el código de Tarjeta Sanitaria que figura en la carta y en la Tarjeta Sanitaria del Servicio Murciano de Salud).

c) Efectuará una exploración completa de la cavidad oral y las prestaciones básicas que precise, que serán anotadas en el expediente del niño.

d) Es absolutamente imprescindible instruir a los niños sobre las medidas de higiene bucodental (cepillado, dieta,...) en todas las visitas.

En caso de precisar un tratamiento especial se solicitará a través de Bucosan, no olvidando imprimir el documento de solicitud de tratamiento especial y que el padre/madre/tutor firme dicho documento. Éste quedará en poder del dentista y será el justificante de solicitud de tratamiento especial.

Se respetará siempre la intimidad y no se discriminará en el acceso y en la atención a los pacientes con cobertura pública, en relación a sus clientes privados.

### **C. *Sistemas de registro***

El profesional comprobará si los datos de domicilio y teléfono/s del niño se encuentran actualizados. Cumplimentará, en la primera visita y en las sucesivas, los datos de exploración en el expediente del niño.

Los dentistas que participen en el Programa están obligados a la cumplimentación y la remisión a los órganos de evaluación, la información relativa a la atención dental del niño, mediante el programa informático Bucosan.

Por otra parte, las circulares del Servicio Murciano de Salud, emitidas conforme a lo acordado en la Comisión Paritaria de Seguimiento, que pudieran incluir modificaciones al Programa, serán de obligado cumplimiento por los profesionales.

### **D. *Prescripciones farmacéuticas y exploraciones complementarias***

Si por cualquier circunstancia, el niño precisara de tratamiento farmacológico para su proceso dental, el profesional habilitado del sistema privado prescribirá el tratamiento correspondiente, y los padres o tutores del niño harán llegar a la Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones la prescripción del profesional y la factura de la oficina de farmacia dispensadora para que puedan obtener el reintegro de gastos.

En caso de estimarse necesaria la realización de analítica o exámenes complementarios, por el profesional privado habilitado, se seguirán los mismos trámites que para la prescripción farmacéutica.

### ***E. Formación continuada***

Los profesionales habilitados estarán obligados a asistir a los cursos de formación que organicen y así determinen la Consejería de Sanidad y Consumo y el Colegio Oficial de Dentistas. Estos cursos no supondrán cargo económico para el profesional.

### ***F. Control de la calidad de las actuaciones***

La capacidad de auditar en materia administrativa y asistencial los servicios que los dentistas privados ofertan en el Programa de Salud Bucodental recaerá en la Comisión Paritaria de Seguimiento, según el Convenio de Colaboración suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Dentistas.

## **I.4. DISTRIBUCIÓN SOCIO-SANITARIA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA**

### **I.4.1. Mapa Sanitario de la Región de Murcia**

La Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, en su Artículo 56 establece las competencias de las Comunidades Autónomas para delimitar y constituir en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, como estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión sanitaria de los Centros y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. La ordenación territorial de los servicios de salud, se basa en el establecimiento de dos tipos de demarcaciones territoriales: las **Áreas de Salud** y las **Zonas Básicas de Salud**. Esta ordenación se realiza a través del Mapa Sanitario (BORM nº 251, 1999).

La mencionada Ley General de Sanidad define las **Áreas de Salud** como estructuras básicas del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar. Así mismo, establece que cada Área de Salud dispondrá, al menos, de un hospital general con los servicios que aconseje la población a asistir, como establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia.

Igualmente, la citada Ley reconoce la competencia de las Comunidades Autónomas para delimitar y constituir en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, con arreglo a unos principios básicos.

Con el objeto de maximizar la operatividad y eficacia de los servicios sanitarios, la Ley General de Sanidad establece la división de las Áreas de Salud en las Zonas Básicas de Salud y sus características fundamentales. Su desarrollo se aborda en el Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud quedando definida la **Zona Básica de Salud** como la demarcación poblacional y geográfica fundamental que delimita a una población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente. Al mismo tiempo encomienda su delimitación a las Comunidades Autónomas atendiendo a criterios geográficos, sociales y demográficos.

Para esta ordenación se utiliza el Mapa Sanitario que es una herramienta de planificación mediante la que se define la organización del sistema sanitario, con objeto de garantizar la mayor accesibilidad posible de los usuarios y la eficacia del sistema. Esto implica una interrelación profunda con su entorno, permeable a sus cambios y, en especial, a las modificaciones ocurridas en la población.

La Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia ordena el Mapa Sanitario en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud, que deberán contar con una dotación de recursos sanitarios suficiente y adecuada para atender las necesidades de la población comprendida dentro de su respectivo territorio. Igualmente establece la Zona Básica de Salud como el marco territorial de la Atención Primaria, dentro del cual desarrollará su actividad el Equipo de Atención Primaria (Centro Regional de Estadística de Murcia).

En la Región de Murcia la ordenación territorial prevista en la Ley General de Sanidad se desarrolló en el Decreto Regional 27/87. En él se delimitan inicialmente 6 Áreas de Salud y se establecen 7 hospitales de referencia. Desde entonces, en la Región de Murcia se han creado nuevas Zonas Básicas de Salud y dispositivos asistenciales para atender a una población que ha sufrido un fuerte incremento y desde el año 2002 ha asumido todas las competencias en materia de gestión de servicios sanitarios (BORM nº 103, 2009).

La culminación del proceso de transferencias sanitarias puso de manifiesto la necesidad de adaptar las estructuras existentes a los nuevos retos, impulsando reformas en la gestión de los servicios de salud dirigidas a mejorar la eficiencia, aumentar la coordinación asistencial y buscar la

unificación en la gestión de los niveles asistenciales. Actualmente, la puesta en marcha de la gestión integrada del Área de Salud requiere que exista una población de referencia y una definición de los recursos de atención primaria y atención especializada, de forma que cada una de ellas tenga un solo hospital de referencia.

Para adecuar de forma continúa el Mapa Sanitario de la Región de Murcia, que se aprueba por Orden de 12 de Mayo de 2005 de la Consejería de Sanidad, y que divide cada Área de Salud en distintas Zonas de Salud, abarcando cada una de ellas los siguientes municipios (Ver FIGURA 3):

Área I: Albudeite, Alcantarilla, Alhama de Murcia, Beniel, Campos del Río, Librilla, Mula, Murcia, Pliego, Santomera.

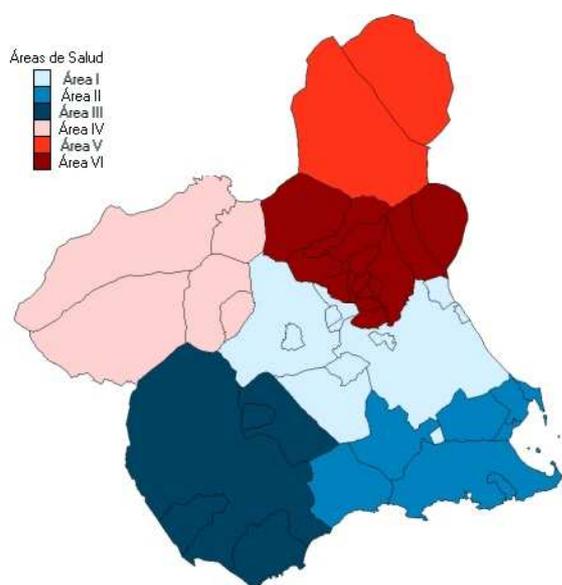
Área II: Cartagena, Fuente Álamo, Mazarrón, La Unión, Los Alcázares, San Javier, San Pedro del Pinatar, Torre Pacheco.

Área III: Águilas, Aledo, Lorca, Puerto Lumbreras, Totana.

Área IV: Bullas, Calasparra, Caravaca, Cehegín, Moratalla.

Área V: Jumilla, Yecla.

Área VI: Abanilla, Abarán, Alguazas, Archena, Blanca, Ceutí, Cieza, Fortuna, Lorquí, Molina de Segura, Ojós, Ricote, Las Torres de Cotillas, Ulea, Villanueva del Río Segura. (BORM nº 130, 2005).



**FIGURA 3:** Mapa Sanitario de la Región de Murcia 2005 (Servicio Murciano de Salud).

Para seguir adecuando el Mapa Sanitario a la evolución de la realidad, el 24 de abril del año 2009, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia aprueba una Orden, por la cual se modifica y actualiza el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. (BORM nº 103, 2009).

Precisamente, la modificación más relevante que introduce esta nueva organización territorial es el aumento del número de Áreas de Salud en que se divide la Región de Murcia, pasando de seis a nueve, teniendo en consideración las mejoras en la dotación de los dispositivos y medios sanitarios que en los últimos años han sido puestas a disposición de la población de esta Comunidad Autónoma.

En cuanto a las Zonas Básicas de Salud, hay que destacar como novedades que se crean: la Zona de Salud n.º 86 Murcia/Llano de Brujas, a partir de la subdivisión en dos de la Zona de Salud n.º 15 Murcia/Puente Tocinos; la Zona de Salud n.º 87 Cartagena/Santa Ana, a partir de la subdivisión de la Zona de Salud n.º 30 Cartagena/Los Dolores; la Zona de Salud n.º 88 Lorca/San Cristóbal a partir de la subdivisión en dos de la Zona de Salud n.º 46 Lorca/San Diego; la Zona de Salud n.º 89 Molina Este a partir de la subdivisión de las Zonas de Salud n.º 65 Molina de Segura y n.º 66 Molina/La Ribera, que pasarán a denominarse Molina Norte y Molina Sur, respectivamente.

Así mismo, se asigna la localidad de Bolnuevo, perteneciente al Municipio de Mazarrón e incluida en la Zona de Salud n.º 38 Mazarrón, a la zona de Salud n.º 82 Puerto de Mazarrón y se asigna la localidad de Balsicas perteneciente al Municipio de Torre Pacheco e incluida en la Zona de Salud n.º 83 Torre Pacheco/Oeste, a la Zona de Salud n.º 41 Torre Pacheco/Este.

Por último, se actualiza la delimitación de las zonas de salud de los Municipios de: Águilas, Alcantarilla, Cartagena, Cieza, Molina, Murcia y Totana, según los distritos y secciones censales vigentes en la actualidad.

### **I.4.2. Delimitación de las Áreas y Zonas Básicas de Salud del Mapa Sanitario de la Región de Murcia**

(Ver FIGURA 5).

#### **ÁREA I. MURCIA OESTE**

Zona Básica de Salud N.º 1: Alcantarilla

Zona Básica de Salud N.º 2: Alcantarilla/Sangonera La Seca

Zona Básica de Salud N.º 3: Alhama

Zona Básica de Salud N.º 5: Mula

Zona Básica de Salud N.º 8: Murcia/Espinardo

Zona Básica de Salud N.º 10: Murcia/San Andrés

Zona Básica de Salud N.º 19: Murcia/La Ñora

Zona Básica de Salud N.º 20: Murcia/Nonduermas

Zona Básica de Salud N.º 21: Murcia/La Alberca

Zona Básica de Salud N.º 22: Murcia/Algezares

Zona Básica de Salud N.º 23: Murcia/El Palmar

Zona Básica de Salud N.º 24: Murcia/Campo De Cartagena

Zona Básica de Salud N.º 74: Murcia/Sangonera La Verde

Zona Básica de Salud N.º 80: Murcia/Aljucer

### **ÁREA II. CARTAGENA**

Zona Básica de Salud N.º 26: Cartagena/Oeste

Zona Básica de Salud N.º 27: Cartagena/Molinos Marfagones

Zona Básica de Salud N.º 28: Cartagena/San Antón

Zona Básica de Salud N.º 29: Cartagena/Los Barreros

Zona Básica de Salud N.º 30: Cartagena/Los Dolores

Zona Básica de Salud N.º 32: Cartagena/Pozo Estrecho

Zona Básica de Salud N.º 33: Cartagena/Este

Zona Básica de Salud N.º 34: Cartagena/Casco Antiguo

Zona Básica de Salud N.º 35: Cartagena/Santa Lucía

Zona Básica de Salud N.º 36: Cartagena/Mar Menor

Zona Básica de Salud N.º 37: Fuente Álamo

Zona Básica de Salud N.º 38: Mazarrón

Zona Básica de Salud N.º 42: La Unión

Zona Básica de Salud N.º 43: La Manga

Zona Básica de Salud N.º 82: Puerto De Mazarrón

Zona Básica de Salud N.º 87: Cartagena/Santa Ana

### **ÁREA III. LORCA**

Zona Básica de Salud N.º 44: Águilas/Sur

Zona Básica de Salud N.º 45: Lorca/Centro

Zona Básica de Salud N.º 46: Lorca/San Diego

Zona Básica de Salud N.º 47: Lorca/San Jose

Zona Básica de Salud N.º 48: Lorca/La Paca

Zona Básica de Salud N.º 49: Puerto Lumbreras

Zona Básica de Salud N.º 50: Totana/Norte

Zona Básica de Salud N.º 68: Águilas/Norte

Zona Básica de Salud N.º 84: Lorca/Sutullena:

Zona Básica de Salud N.º 85: Totana/Sur

Zona Básica de Salud N.º 88 Lorca/San Cristobal

### **ÁREA IV. NOROESTE**

Zona Básica de Salud N.º 51: Bullas

Zona Básica de Salud N.º 52: Calasparra

Zona Básica de Salud N.º 53: Caravaca

Zona Básica de Salud N.º 54: Caravaca/Barranda

Zona Básica de Salud N.º 55: Cehegín

Zona Básica de Salud N.º 56: Moratalla

### **ÁREA V. ALTIPLANO**

Zona Básica de Salud N.º 57: Jumilla

Zona Básica de Salud N.º 58: Yecla/Este

Zona Básica de Salud N.º 76: Yecla/Oeste

### **ÁREA VI. VEGA MEDIA DEL SEGURA**

Zona Básica de Salud N.º 6: Murcia/Vista Alegre

Zona Básica de Salud N.º 7: Murcia/Santa María De Gracia

Zona Básica de Salud N.º 9: Murcia/Cabezo De Torres

Zona Básica de Salud N.º 11: Murcia/Centro

Zona Básica de Salud N.º 59: Abanilla

Zona Básica de Salud N.º 61: Alguazas

Zona Básica de Salud N.º 62: Archena

Zona Básica de Salud N.º 64: Fortuna

Zona Básica de Salud N.º 65: Molina Norte

Zona Básica de Salud N.º 66: Molina Sur

Zona Básica de Salud N.º 67: Las Torres De Cotillas

Zona Básica de Salud N.º 71: Ceutí

Zona Básica de Salud N.º 72 Lorquí

Zona Básica de Salud N.º 77: Murcia/Santiago Y Zaráiche

Zona Básica de Salud N.º 78: Murcia/Zarandona

Zona Básica de Salud N.º 79: Murcia/El Ranero

Zona Básica de Salud N.º 89 Molina Este

### **ÁREA VII. MURCIA ESTE**

Zona Básica de Salud N.º 4: Beniel

Zona Básica de Salud N.º 12: Murcia/Vistabella

Zona Básica de Salud N.º 13: Murcia/Beniaján

Zona Básica de Salud N.º 14: Murcia/Alquerías

Zona Básica de Salud N.º 15: Murcia/Puente Tocinos

Zona Básica de Salud N.º 16: Murcia/Monteagudo

Zona Básica de Salud N.º 17: Murcia/Barrio Del Carmen

Zona Básica de Salud N.º 18: Murcia/Infante

Zona Básica de Salud N.º 25: Santomera

Zona Básica de Salud N.º 75: Murcia/Santiago El Mayor.

Zona Básica de Salud N.º 81: Murcia/Floridablanca

Zona Básica de Salud N.º 86 Murcia/Llano De Brujas

### **ÁREA VIII. MAR MENOR**

Zona Básica de Salud N.º 39: San Javier

Zona Básica de Salud N.º 40: San Pedro Del Pinatar

Zona Básica de Salud N.º 41: Torre Pacheco/Este

Zona Básica de Salud N.º 73: Los Alcázares

Zona Básica de Salud N.º 83: Torre Pacheco/Oeste

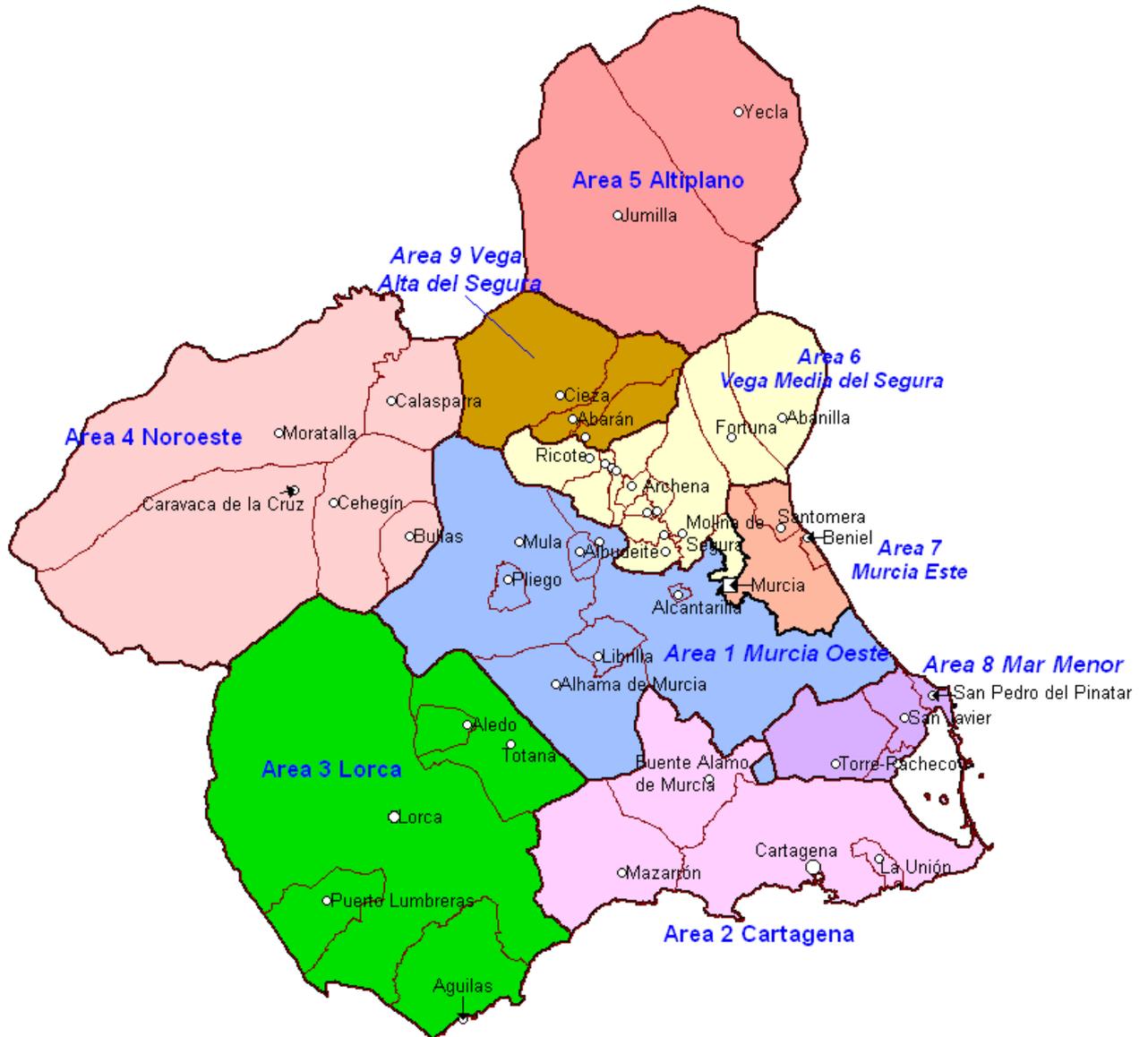
### **ÁREA IX. VEGA ALTA DEL SEGURA**

Zona Básica de Salud N.º 60: Abarán

Zona Básica de Salud N.º 63: Cieza/Este

Zona Básica de Salud N.º 69: Cieza/Oeste

Zona Básica de Salud N.º 70: Blanca



**FIGURA 6:** Áreas de Salud y municipios de la Región de Murcia. Mapa Sanitario 2009. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo.

### I.4.3. Áreas de Salud del Mapa Sanitario de la Región de Murcia y hospitales de referencia

A continuación se detallan los hospitales de referencia de las Áreas de Salud de la Región de Murcia, según el Mapa Sanitario de 2009 (TABLA 4).

<u>ÁREA DE SALUD</u>	<u>HOSPITAL DE REFERENCIA</u>
1.- Murcia Oeste	Hospital Virgen de la Arrixaca ( El Palmar)
2.- Cartagena	Hospital Virgen del Rosell (Cartagena)
3.- Lorca	Hospital Rafael Méndez (Lorca)
4.- Noroeste	Hospital del Noroeste (Caravaca)
5.- Altiplano	Hospital Virgen del Castillo (Yecla)
6.- Vega Media del Segura	Hospital José María Morales Meseguer (Murcia)
7.- Murcia Este	Hospital Universitario Reina Sofía (Murcia)
8- Mar Menor	Hospital Los Arcos (San Javier).
9.- Vega Alta del Segura	Hospital de Cieza (Cieza)

**TABLA 4:** Hospitales de referencia de la Región de Murcia con las Áreas de Salud a que atienden.

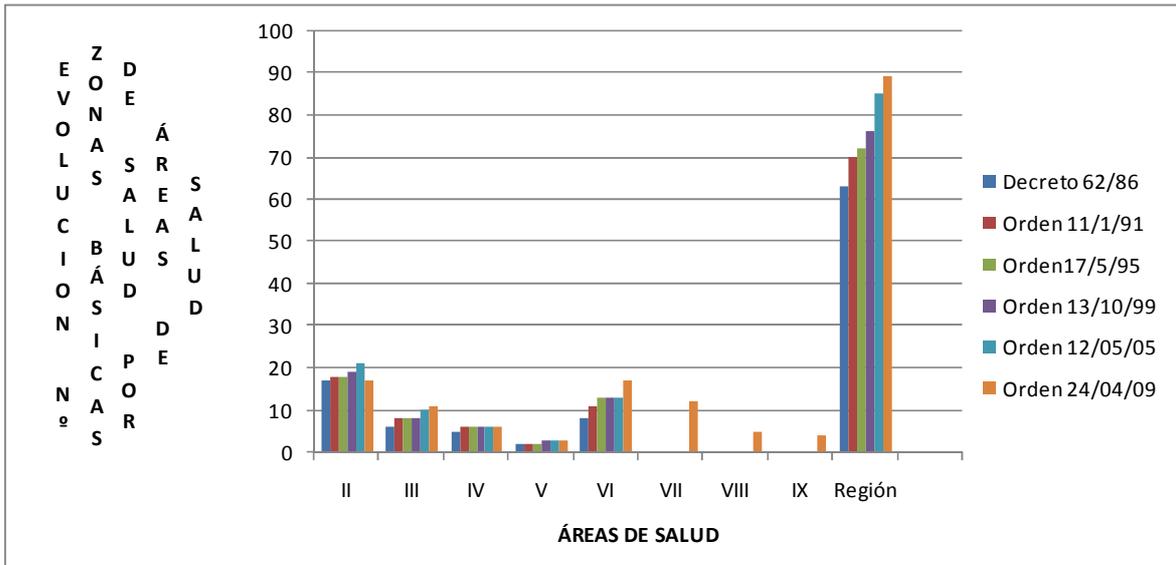
<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=154053&idsec=1084>

Por último, se detalla la evolución del número de Zonas Básicas de Salud y su población media en la Región de Murcia desde la aplicación de la normativa del año 1986, hasta la última modificación existente aprobada en el año 2009 (TABLA 5).

Área	Decreto 62/86		Orden 11/1/91		Orden 17/5/95		Orden 13/10/99		Orden 12/05/05		Orden 24/04/09	
	NZS	PMZS	NZS	PMZS	NZS	PMZS	NZS	PMZS	NZS	PMZS	NZS	PMZS
<i>I</i>	25	15.649	25	16.466	25	16.466	27	17.148	32	16.127	14	17.699
<i>II</i>	17	14.836	18	13.985	18	13.985	19	15.804	21	16.573	17	16.436
<i>III</i>	6	19.741	8	14.783	8	14.783	8	17.644	10	15.963	11	15.333
<i>IV</i>	5	13.132	6	10.808	6	10.808	6	10.963	6	11.649	6	12.299
<i>V</i>	2	23.906	2	23.727	2	23.727	3	17.707	3	19.247	3	20.072
<i>VI</i>	8	18.557	11	13.617	13	11.522	13	12.850	13	14.186	17	14.703
<i>VII</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	16.261
<i>VIII</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	19.358
<i>IX</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	13.589
<i>Región</i>	<b>63</b>	<b>16.252</b>	<b>70</b>	<b>14.937</b>	<b>72</b>	<b>14.522</b>	<b>76</b>	<b>15.663</b>	<b>85</b>	<b>15.715</b>	<b>89</b>	<b>16.024</b>

**TABLA 5.** Evolución del Número de Zonas de Salud del Mapa Sanitario y su población media en la Región de Murcia (1986-2009). Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo.

La evolución del número de Zonas Básicas de Salud de cada una de las Áreas de Salud y el total de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia también se muestran en la FIGURA 7.



**FIGURA 7:** Evolución del número de Zonas Básicas de Salud del Mapa Sanitario. Región de Murcia (1986-2009). Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo.

## **II. OBJETIVOS**

## II. OBJETIVOS

### II.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal de este estudio es analizar la puesta en marcha y evolución del Programa de Salud Bucodental Infantil en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, al finalizar su etapa incremental tras ocho años de funcionamiento (2003-2010).

### II.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la población diana y la población atendida por el Programa de Salud Bucodental Infantil en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia durante su etapa incremental (2003-2010).
- Establecer el perfil de los profesionales que forman parte del cuadro facultativo ofertado por parte del PADI, tanto del ámbito público como privado.
- Analizar el coste del Programa de Salud Bucodental Infantil en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, incluido el pago de los honorarios de los profesionales privados habilitados, tanto por el concepto de pago capitolativo como por acto médico.
- Cuantificar los tratamientos básicos y especiales llevados a cabo durante cada uno de los años de evolución del PADI.

## III. MATERIAL Y MÉTODO

### III. MATERIAL Y MÉTODO

#### III.1. MATERIAL

El presente estudio evalúa los 8 primeros años de implantación incremental del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia (PADI) desde su inicio en el año 2003 hasta el año 2010, primer año donde se produce la incorporación completa de todos los rangos etarios que se pueden beneficiar de las prestaciones que ofrece el mismo.

La información sobre los procesos e impacto del PADI en el período 2003-2010, es el material del presente trabajo. Los datos con los que hemos contado proceden de diversas fuentes:

1.- De las Evaluaciones Anuales del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia, elaborado por la Coordinación del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.

2.- De las Clausulas Adicionales anuales al Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia de Salud Bucodental Infantil suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia.

3.- De la documentación remitida por la Coordinación del Programa a los usuarios.

4.- De la documentación administrativa del PADI.

5.- De la base de datos del Colegio Oficial de Dentistas de Murcia.

6.- De la base de datos de la Coordinación del Programa.

A continuación se van a analizar cada uno de ellos.

### **III.1.1. Evaluaciones anuales de la Coordinación del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Dirección General de Salud Pública**

Los datos contenidos en las evaluaciones anuales del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia, elaborado por la Coordinación del Programa de Salud Bucodental Infantil del Servicio de Prevención y Protección de la Salud de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia han aportado información referente a la evolución del PADI en sus primeros 8 años de existencia, en relación a diferentes parámetros como cobertura según Áreas de Salud, rango etario, titularidad de la consulta, tratamientos básicos y tratamientos especiales.

Esta información ha sido suministrada por los dentistas de las Unidades de Salud Bucodental (públicos) y por los dentistas privados habilitados en cada través del Registro Anual de Asistencia Dental Infantil, siendo en formato de papel en los primeros años de inicio del Programa, y desde el año 2008, a través del programa informático Bucosan (Región de Murcia, 2005 (b), 2006 (b) 2007 (b), 2008 (b), 2009 (b), 2010 (b), 2011 (b)).

### **III.1.2. Clausulas Adicionales anuales al Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia de Salud Bucodental Infantil suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia.**

Las Clausulas Adicionales anuales firmadas entre la Coordinación del PADI y el Colegio de Dentistas de Murcia permite evaluar la incorporación de las nuevas cohortes desde su inicio hasta la inclusión completa de todos los rangos de edad incorporados en el Programa. Además permite analizar la evolución de los tratamientos incluidos en el mismo, tanto en los tratamientos “básicos” como en los denominados “especiales”, así como la incorporación de nuevas prestaciones gratuitas para los usuarios.

Las retribuciones económicas por parte del Servicio Murciano de Salud a los dentistas privados habilitados, tanto en el pago capitativo, como por cada uno de los actos médicos comprendidos en los tratamientos especiales, son aprobadas en estas clausulas adicionales de revisión anual, en negociación con el Colegio Oficial de Dentistas de Murcia (Región de Murcia 2003, 2004, 2005 (a), 2006 (a) 2007 (a), 2008 (a), 2009 (a), 2010 (a), 2011 (a)).

### III.1.3. Documentación remitida por la Coordinación del Programa a los usuarios

Se han remitido, a través de correo ordinario, desde el inicio del Programa en el año 2003, una carta de presentación del PADI, con un folleto informativo acerca de todas las características del mismo. En este folleto, tipo díptico, se aportan consejos para evitar la caries y la enfermedad periodontal, se establecen los objetivos del Programa, se informa de la población beneficiaria del mismo, y su forma de acceso. Por último se enumeran las prestaciones incluidas, remarcando como no incluidos todos los tratamientos de ortodoncia. En esta carta, además, se aporta un listado con el cuadro de facultativos a los que puede acudir de manera gratuita, tanto del sector público como del sector privado habilitado, junto con el Talón de Consulta Anual que estuvo en vigor desde el inicio en el año 2003 hasta final del año 2007, pues a partir del año 2008 se puso en funcionamiento el sistema de gestión informática Bucosan, mediante dígitos del nº de Seguridad Social.

El envío de esta carta se produce al principio de cada año, realizándose un recordatorio a principios del segundo semestre, a los usuarios que la Coordinación no tiene constancia de haber usado los servicios de algunos de los dentistas integrantes del PADI. La cohorte que va a cumplir 6 años, y por lo tanto se incorpora por primera vez al Programa, recibe en su domicilio familiar, dos meses antes de que el menor cumpla los seis años, la información relativa al PADI.

Toda la información suministrada en esta carta referente al PADI es accesible también desde la página del Servicio Murciano de Salud:

<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=28618&idsec=2435>

Los documentos más relevantes que hemos podido obtener, a través de los cuales se ha realizado el análisis del proceso en cada ejercicio, se han recopilado en el ANEXO 1.

### III.1.4. Documentación administrativa del PADI

Los documentos que son imprescindibles para este estudio, ya que son los que determinan en su desarrollo los objetivos, ámbito de aplicación, contenido de la prestación incluida, profesionales responsables, y forma de retribución de los dentistas habilitados, son:

- La 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 (BORM nº 13, 2003).

- La Orden de 25 de mayo de 2007 de la Consejería de Sanidad que modifica la Orden anterior (BORM nº 145, 2007).

- La Orden de 13 de junio de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo que también modifica la primera Orden (BORM nº 168, 2009)

Otros documentos importantes en el sostenimiento económico del PADI utilizados en este estudio son:

- El 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 (BOE nº 31, 2008).

- El 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 de actividades para la salud bucodental infantil durante el año 2009 (BOE nº 243, 2009).

- El Real Decreto 499/2010, de 30 de abril, 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 2010 (BOE nº 118, 2010).

- La Resolución de 13 de julio de 2010, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se conceden las subvenciones previstas por el Real Decreto 499/2010, de 30 de abril, 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 2010 (BOE nº 202, 2010).

- El Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para la promoción de actividades para la salud bucodental infantil durante el año 2008, del 20 de febrero de 2008 (BORM nº 92, 2008).

- El Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y las Comunidades Autónomas e INGESA para la Promoción de Actividades para la Salud Bucodental Infantil durante el año 2009 (BORM nº 279, 2009).

Aparte de toda la normativa anterior, hemos analizado los siguientes listados del año 2010:

- Dentistas públicos y privados habilitados adscritos al PADI.
- Dentistas privados habilitados para poder realizar las endodoncias derivadas del sector público.
- Dentistas privados con habilitación especial para realizar tratamientos especiales con anestesia.
- Clínicas privadas concertadas para realizar ortopantomografías.

Estos documentos se compilan en el ANEXO 2, que además incluye:

- El impreso de solicitud para la habilitación como dentista privado.
- El impreso de solicitud de los dentistas privados habilitados para formar parte del listado de profesionales habilitados para la realización de endodoncias a niños derivados de las Unidades de Salud Bucodental del Servicio Murciano de Salud.
- El impreso de solicitud de habilitación temporal para los dentistas que realizan sustituciones temporales en Unidades de Salud Bucodental.

### **III.1.5. Base de datos del Colegio Oficial de Dentistas de Murcia**

A través de la base de datos del Colegio Oficial de Dentistas de Murcia, hemos podido recopilar diversa documentación en formato papel utilizada antes de la implantación del programa informático Bucosan, como fue el Talón Anual, la historia clínica, el Registro Anual de Asistencia Dental Infantil, el impreso de solicitud de tratamientos especiales y el consentimiento para la realización de tratamiento odontológico. Es la única base de datos a la cual hemos podido tener acceso, no encontrando ni trabas ni obstáculos. Estos documentos los hemos recopilado en el ANEXO 3.

- Talón de Consulta Anual de los pacientes, que remite cada año el dentista que le atiende. Cada talón identifica a un único usuario, por su nº de TIS, y a un único dentista. Cada talón contiene año del ejercicio, la fecha de aceptación por el dentista, normalmente la fecha de la revisión anual, así como la firma de los padres o tutores y el dentista. El talón está por

triplicado, quedándose una parte el usuario, otra el dentista y la última para ser remitida a la coordinación del programa y poder acreditar que efectivamente se ha tratado al niño. Al comienzo del programa, el talón de papel venía con los datos del usuario en blanco, lo que origina múltiples problemas, ya que se observó que existían usuarios que rellenaban y entregaban talones de aceptación a distintos dentistas. A raíz de detectar esta anomalía se optó por enviar estos talones con los datos del usuario ya impresos. Estos problemas se superaron con la implantación del sistema de gestión informático Bucosan.

- Historia Clínica del paciente, con la ficha de seguimiento que recoge la asistencia general que le ha dispensado el dentista.

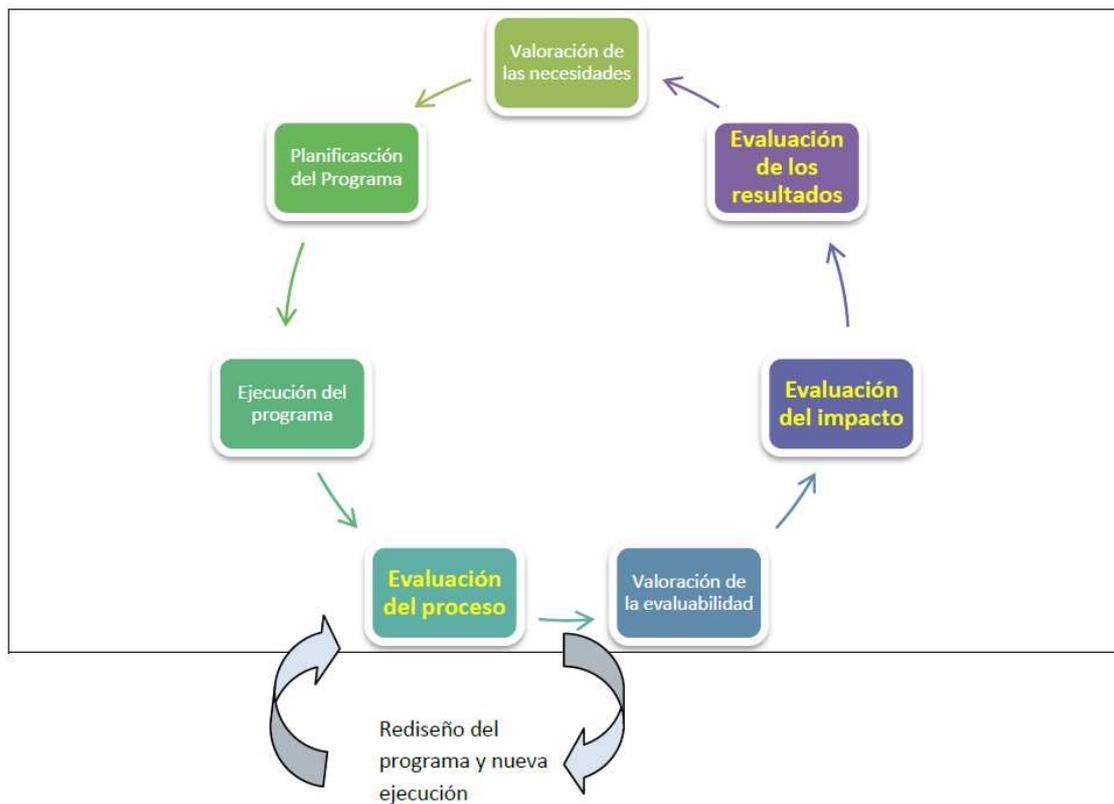
- El Registro Anual de Asistencia Dental Infantil, que se debía completar al finalizar el ejercicio anual y remitir antes del 31 de enero del ejercicio siguiente por parte del profesional al Colegio de Dentistas, que posteriormente la enviaba a la Coordinación del Programa. Constaba de dos hojas, una blanca, que se quedaba en posesión de la administración, y una verde que permanecía en la consulta del dentista. En este registro se recogían los datos del paciente y del dentista, así como fecha de las visitas y un casillero donde se debían de marcar las distintas familias de tratamientos realizados. Se puede comprobar lo ineficiente de este documento, ya que quién lo diseñó obvió solicitar los datos más importantes, como CAOD, cod, estado dental y necesidad de tratamiento, datos recogidos en la Hª Clínica, y que se quedaban solo en posesión del dentista, por lo que no sirve en absoluto para valorar y evaluar el Programa. Este registro anual, como los documentos anteriores, se suprimió al implementar el programa de gestión informática Bucosan, que adolece de las mismas graves carencias en la recogida de datos mencionados anteriormente.

### **III.1.6. Base de datos de la Coordinación del Programa**

No se ha podido acceder a la base de datos de la Coordinación de Programa del Servicio Murciano de Salud, así como a ningún parámetro relativo al Programa, habiendo sido estos solicitados en reiteradas ocasiones. Los únicos datos aportados por esta Coordinación han sido los enviados al Colegio de Dentistas.

### III.2. MÉTODO

Para la planificación y programación de programas de odontología comunitaria, es necesario que se cumpla el ciclo descrito en la FIGURA 7 por numerosos autores (Rodríguez, 2002; Simón, 1996).



**FIGURA 7:** Ciclo de planificación y evaluación (Simón, 1996).

Para nuestro estudio se ha decidido analizar el Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia, siguiendo la dinámica circular descrita anteriormente para programas de salud.

Cada tipo de evaluación utilizada como método en este estudio se produce a través de indicadores cuantitativos y cualitativos. Por falta de la solicitud de los índices CAOD y cod por parte de la Coordinación del PADI, perteneciente al departamento de Servicio de Prevención y Protección de la Salud de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, a los dentistas integrados en el cuadro facultativo, no existen datos de los mismos desde la implantación del Programa.

La evaluación de un programa de salud se ha de realizar siguiendo estos tres apartados (Rioboo, 2002):

### **- Evaluación del proceso**

La hemos centrado en las actividades del programa, en cómo se desarrollaron y evolucionaron.

### **- Evaluación del impacto**

Efecto inicial del programa, es decir, si alcanzó sus objetivos generales y específicos.

### **- Evaluación de los resultados**

Se ha estimado metodológicamente importante realizar esta estructura pudiendo así realizar todas las formas de evaluación de manera consecutiva, impidiendo de esta manera una evaluación prematura. Esta situación ha permitido comparar posteriormente nuestros resultados con los obtenidos en las Comunidades Autónomas del País Vasco y Navarra (Simón, 1996), pioneras en España. No se debe evaluar directamente los efectos a largo plazo de un programa sin antes comprobar que funciona de la forma prevista, llega a su población diana y consigue los efectos iniciales buscados. Cada una de las tres evaluaciones utilizadas como método se produce a través de indicadores cuantitativos y cualitativos.

Por todo ello se ha decidido llevar a cabo un estudio de los parámetros descritos a continuación.

### **III.2.1. Evaluación del proceso del PADI**

Centrado en las actividades del programa, cómo se desarrollaron y evolucionaron. Se ha determinado el grado de cumplimiento de las actividades y objetivos operativos del PADI para afirmar que se ejecutó según las intenciones originales. Para el estudio se ha analizado:

#### **1. La oferta del PADI a la población diana en cada ejercicio.**

Se valora el cumplimiento de la cobertura por cohortes conforme al plan Incremental.

### 2. Desarrollo del cuadro facultativo de dentistas ofertados, tanto públicos como privados.

Se detalla el número de dentistas ofertados, tanto dentista privados habilitados como dentistas públicos integrados en las Unidades de Salud Bucodental del Servicio Murciano de Salud, que forman el cuadro de dentista de cabecera disponibles para que los usuarios beneficiarios del programa puedan escoger libremente en cada uno de los ejercicios estudiados.

### 3. Realización de las actividades operativas anuales de la coordinación del PADI.

Se ha evaluado a través del Informe o Evaluación Anual.

### 4. Valoración económica de los costes imputables al PADI

La valoración económica de los costes imputables al PADI completa la evaluación del proceso. Solo hemos podido evaluar los costes directamente atribuibles a los dentistas habilitados mediante el cobro de pagos capitativos y de los diversos actos médicos efectuados. No hemos obtenido ningún otro coste por estar incluido y compartido en diferentes partidas presupuestarias. Dentro de este apartado, se han analizado:

- Costes facturados por los dentistas habilitados, tanto por pago capitativo como por los tratamientos especiales (acto médico)

Analizamos los honorarios percibidos por los dentistas habilitados, tanto la parte correspondiente al pago capitativo por niño efectivamente tratado/año, como la parte correspondiente a los diversos actos médicos desde su inicio en el año 2003 hasta el ejercicio 2010.

## III.2.2. Evaluación del impacto del PADI

Efecto inicial del programa, es decir, si alcanzó sus objetivos generales y específicos. Para ello se ha determinado:

### 1. Población que tiene asignado dentista de cabecera del PADI.

Se toma como indicador que el usuario tiene asignado un dentista de cabecera, cuando este ha escogido y asistido libremente al menos una vez ese año a uno de los dentistas pertenecientes al cuadro facultativo del PADI, ya sea un dentista público en las Unidades de Salud

Bucodental, o un dentista privado habilitado. Se ha medido por comparación con toda la población diana que se puede beneficiar de las prestaciones del Programa. Los resultados se expresan en volumen y porcentaje, que denominamos “cobertura”.

Se ha determinado la carga de trabajo tanto de los dentistas públicos como privados de cuadro ofertado por el PADI, a través de los usuarios atendidos por cada uno de ellos y el número de profesionales que componen cada una de las dos opciones.

### 2. Cobertura por las diferentes Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Se ha analizado el número de usuarios que ha acudido a los dentistas públicos y privados, el total de ellos, y la cobertura que suponen en las diferentes Área de Salud de la CARM.

Además se han comparado estos resultados entre las diferentes Áreas de Salud de la CARM.

### 3. Asistencia preventiva y reparadora dispensada por el PADI

La asistencia preventiva y reparadora dispensada por el PADI se ha obtenido de las Evaluaciones Anuales de la Coordinación del Programa. Se presentan los tratamientos básicos y los especiales por separado. Se refiere exclusivamente a la atención dental que cubre el PADI, es decir a la dentición permanente y extracción de temporales. Se ha considerado la asistencia básica y los tratamientos especiales ofertados por el Programa.

Se debería analizar los efectos a largo plazo (evaluación de los resultados), la consecución de la meta del PADI. Sin embargo, no se puede realizar esta evaluación, ya que la Coordinación del Programa no solicitó los datos necesarios a los dentistas para obtener los índices preceptivos en este tipo de programas. En la actualidad, no hay datos sobre la tendencia que ha experimentando la tasa de incidencia y la prevalencia de la caries.

Los parámetros que se pretendían estudiar eran los siguientes:

- Los índices CAOD y CAOS.
- El porcentaje de niños libres de experiencia de caries.

### III.3. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Los datos estadísticos han sido analizados con el paquete de software versión 15.0 (SPSS<sup>®</sup> Inc, Chicago, USA) para Windows, en el cual hemos efectuado el siguiente procedimiento estadístico:

Estadística descriptiva:

Para el análisis descriptivo de la distribución general de la muestra, así como para el análisis de cada una de las variables (tanto en conjunto como para cada uno de los subgrupos); se han hallado valores medios y frecuencias.

El estudio ha sido previamente autorizado para su realización por el Comité de Bioética de la Universidad de Murcia (ver ANEXO 4).

## **IV. RESULTADOS**

## IV. RESULTADOS

### IV.1. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROCESO DEL PADI

En este apartado se ha valorado el grado de cumplimiento de las actividades y objetivos operativos del Programa de Salud Bucodental de la Región de Murcia. Para ello hemos considerado 5 puntos que los detallamos a continuación.

#### IV.1.1. La oferta del PADI a la población diana en cada ejercicio

En este apartado se valora el cumplimiento de la cobertura por cohortes conforme al plan Incremental.

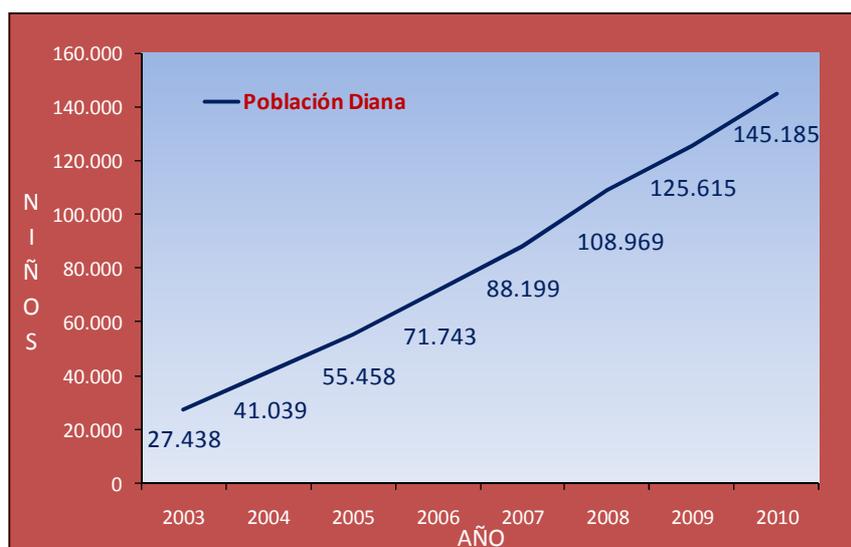
Según se recoge en la Orden inicial del 27 de diciembre de 2002 (BORM nº 13, 2003) el Programa incluye en su ámbito de aplicación a todos los niños residentes en la Región de Murcia, con derecho a asistencia sanitaria con cargo al Servicio Murciano de Salud, y cuya edad esté comprendida entre los 6 y 14. El niño debe ser incluido en el momento de cumplir los 6 años de edad y permanecer en él hasta el día en que cumpla la edad de 15 años, los niños incorporándose de forma gradual al Programa. . En el año 2003 se prestará asistencia a los niños de 6 y 7 años.

En la TABLA 6 se expone las cohortes que se han ido añadiendo anualmente a las prestaciones ofrecidas por el Programa, comprobándose el cumplimiento de lo expuesto en la Orden inicial que lo regula, el Convenio de Colaboración y las Clausulas Adicionales. Ha habido una evolución a lo largo de la puesta en marcha del Programa en el año 2003 con las cohortes de 6 y 7 años hasta alcanzar todas las cohortes incluidas en las prestaciones (desde los 6 años hasta los 14, ambas inclusive). Los datos de la población diana correspondientes a los años 2009 y 2010 no han sido suministrados por la Coordinación del PADI, siendo deducidos (\*) a través de los usuarios (68. 209 para el año 2009 y 79.271 para el año 2010), y la cobertura alcanzada (54,3 % para el año 2009 y 54,6 % para el año 2010).

AÑO	EDADES INCLUIDAS EL EL PADI	POBLACION DIANA
2003	6, 7.	27.438
2004	6, 7, 8.	41.039
2005	6, 7, 8, 9.	55.458
2006	6, 7, 8, 9, 10.	71.743
2007	6, 7, 8, 9, 10, 11.	88.199
2008	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.	108.869
2009	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.	125.615*
2010	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.	145.185*

**TABLA 6:** Desarrollo incremental de las cohortes incluidas en el Programa de Salud Bucodental Infantil y la población diana correspondiente. (\*) Datos deducidos de manera indirecta.

La evolución de la población diana (población con derecho a asistencia con cargo al PADI) en cada ejercicio en el periodo de incorporación progresiva de cohortes nuevas hasta alcanzar el total de ellas (periodo 2003-2010) se muestra en la GRÁFICA 1, donde se observa un incremento constante en los usuarios que tienen derecho a la asistencia bucodental dentro del PADI, como es lógico en la etapa incremental tras la puesta en marcha del Programa, desde los 27.438 niños iniciales en el año 2003 hasta los 145.185 en el año 2010 (8 años después). Como hemos mencionado anteriormente, los datos de los años 2009 y 2010 han sido obtenidos de manera indirecta al no ser suministrados por parte de la Coordinación del PADI.



**GRÁFICA 1:** Evolución la población diana en la etapa incremental del PADI (2003-2010). Datos deducidos de manera indirecta para los años 2009 y 2010.

**IV.1.2. Desarrollo del cuadro facultativo de dentistas ofertados, tanto públicos como privados**

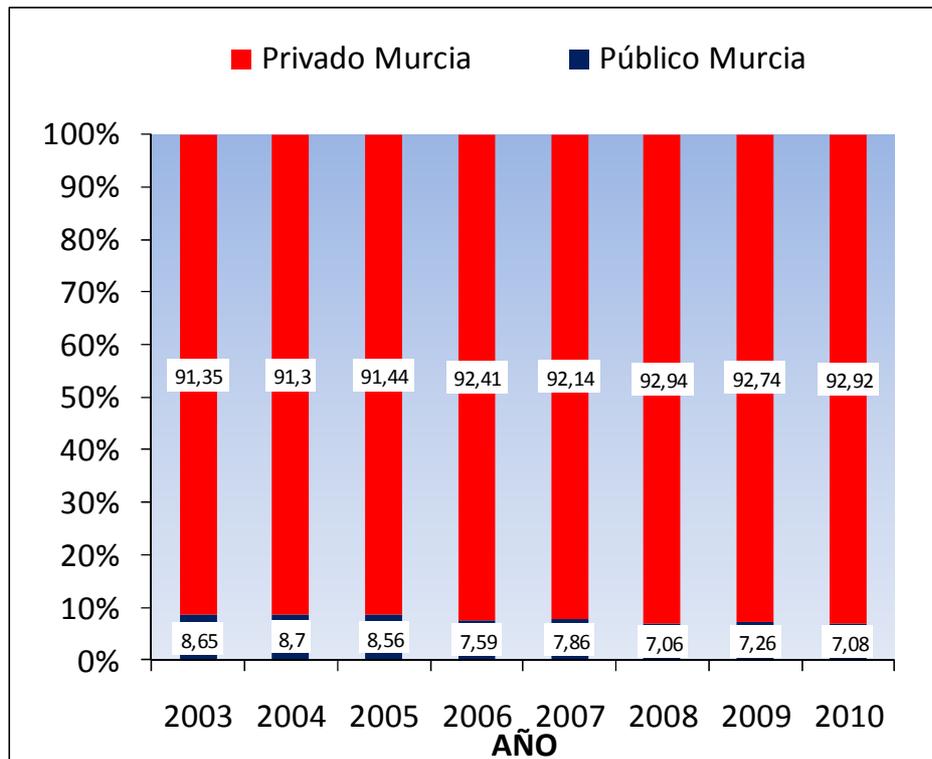
A continuación se detalla el número de dentistas ofertados, tanto dentista privados habilitados como dentistas públicos integrados en las Unidades de Salud Bucodental del Servicio Murciano de Salud, que forman el cuadro de dentista de cabecera disponibles para que los usuarios beneficiarios del programa puedan escoger libremente en cada uno de los ejercicios estudiados.

Desde la puesta en funcionamiento del Programa, ha habido un incremento del cuadro facultativo que presta sus servicios a la población beneficiaria de las prestaciones ofertadas de manera gratuita para los usuarios. En este sentido, en el año 2003 lo formaban 266 dentistas, llegando a alcanzar los 551 para el año 2010. Podemos observar el peso mayoritario que tienen los dentistas privados entre los profesionales que prestan la asistencia bucodental fijada en el PADI. Para el año 2003, el 91,35% (243/266) correspondían con profesionales de ámbito privado, situación que 8 años más tarde establecía este dato en el 92,92% (512/551) (ver TABLA 7). Se aprecia un incremento también de los dentistas públicos en estos 8 años, pasando de un total de 23 dentistas en las Unidades de Salud Bucodental Infantil públicas en el inicio del Programa en el año 2003, hasta 39 para el año 2010. Sin embargo, los dentistas privados habilitados han aumentado de 243 dentistas privados en el año 2003 hasta 512 para el año 2010. Es en este último sector, dentistas privados habilitados, donde mayor incremento se ha producido.

<b>AÑO</b>	<b>PUBLICO</b>	<b>PRIVADO</b>
	<b>(n)</b>	<b>(n)</b>
<b>2003</b>	23	243
<b>2004</b>	33	346
<b>2005</b>	34	363
<b>2006</b>	34	414
<b>2007</b>	37	434
<b>2008</b>	37	487
<b>2009</b>	39	498
<b>2010</b>	39	512

**TABLA 7:** Desarrollo del cuadro facultativo del PADI tanto en ámbito público como privado.

En relación al porcentaje que cada una de las opciones supone en el total del cuadro facultativo ofertado en el Programa, la variación ha sido mínima, con tendencia al aumento del peso que tienen los dentistas privados frente a los públicos, pasando del 91,35 % que representaban en el año 2003, al 92,92 % ocho años después. El cuadro ofertado es sustentado de forma mayoritaria por los dentistas del sector privado (Ver GRÁFICA 2).



**GRÁFICA 2:** Comparativa de la evolución porcentual de dentistas privados habilitados y dentistas públicos en el cuadro facultativo ofertado en el PADI (2003 2010).

A continuación, vamos a deducir el porcentaje de dentistas colegiados en el Colegio de Dentistas de Murcia que están habilitados como dentistas privados y que integran el cuadro ofertado del PADI. Esto se ha realizado ya que se conocen los dentistas que han estado colegiados en el Colegio de Murcia y los dentistas que han estado habilitados cada uno de los 8 años estudiados. Se observó que, salvo en el primer año de puesta en funcionamiento del PADI (año 2003), en todos los demás 7 años estudiados, han sido más los colegiados que forman parte del cuadro de dentistas ofertados como privados habilitados, que los que no forman parte del mismo, llegando en el año 2008 a ser más del 61 % (ver TABLA 8)

<b>AÑO</b>	<b>COLEGIADOS EN MURCIA (n)</b>	<b>DENTISTAS PRIVADOS HABILITADOS (n)</b>	<b>DENTISTAS HABILITADOS EN LA COLEGIACIÓN (%)</b>
<b>2003</b>	535	243	45,4
<b>2004</b>	629	346	54,5
<b>2005</b>	707	363	51,3
<b>2006</b>	738	414	56,1
<b>2007</b>	767	434	56,6
<b>2008</b>	797	487	61,1
<b>2009</b>	843	498	59,1
<b>2010</b>	889	512	57,6

**TABLA 8:** Porcentaje de dentistas privados colegiados en Murcia y habilitados en el PADI (2003 - 2010).

#### **IV.1.3. Realización de las actividades operativas anuales de la Coordinación del PADI**

La realización de actividades operativas del PADI se ha mediante el Informe o Evaluación Anual.

Los datos han mostrado una gran variabilidad existente entre las fechas de emisión del Informe Anual por parte de la Coordinación del Programa. Por ejemplo, se observó que en febrero del año 2010 se realizó el informe correspondiente a todo el ejercicio 2009, y en junio del año 2008 se realizó el informe correspondiente al ejercicio 2007. Esta situación también aparece con la extensión de cada informe emitido. Si descartamos el primer informe emitido correspondiente al ejercicio 2003 con 4 páginas, por considerarlo como puesta en contacto con este tipo de evaluaciones, se observa también una gran variabilidad, desde 6 páginas en los correspondientes a los ejercicios 2005 y 2007, hasta 12 páginas (justo el doble) en del ejercicio 2009 (TABLA 9).

<b>AÑO EVALUADO</b>	<b>FECHA DE REALIZACION DEL INFORME ANUAL</b>	<b>Nº DE PAGINAS DEL INFORME</b>
<b>2003</b>	MARZO 2004	4
<b>2004</b>	MAYO 2005	10
<b>2005</b>	ABRIL 2006 (Provisional)	6
<b>2006</b>	MAYO DE 2007	7
<b>2007</b>	JUNIO 2008	6
<b>2008</b>	MARZO 2009	9
<b>2009</b>	FEBRERO 2010	12
<b>2010</b>	ABRIL 2011	11

**TABLA 9:** Fecha de realización de los informes anuales por parte de la Coordinación del programa, así como la extensión (nº de páginas) de cada uno de ellos.

#### **IV.1.4. Valoración económica de los costes imputables al PADI**

La valoración económica de los costes imputables al PADI completa la evaluación del proceso. Solo hemos podido evaluar los costes directamente atribuibles a los dentistas habilitados mediante el cobro de pagos capitativos y de los diversos actos médicos efectuados.

Se deben cuantificar dos partidas claramente diferenciadas para estimar el coste anual de la asistencia dispensada por el PADI a las arcas públicas.

- Los costes generados por las USB y la coordinación del programa
- Los costes facturados por los dentistas habilitados, tanto por pago capiativo como por acto médico

##### **IV.1.4.1. Los costes generados por las USB y la Coordinación del Programa**

Las Unidades de Salud Bucodental generan unos gastos que no hemos podido cuantificar debido a que estos están repartidos y compartidos en varias partidas presupuestarias.

**IV.1.4.2. Costes facturados por los dentistas habilitados, tanto por pago capitativo como por los tratamientos especiales (acto médico)**

Se analizan los honorarios percibidos por los dentistas privados habilitados, tanto la parte correspondiente al pago capitativo por niño efectivamente tratado/año, como la parte correspondiente a los diversos actos médicos (tratamientos especiales) desde su inicio en el año 2003 hasta el ejercicio 2010.

En la TABLA 10 podemos observar la fecha del Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia bucodental infantil, entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia, y de las sucesivas Cláusulas Adicionales anuales a este Convenio, que son las que fijan las cuantías a percibir anualmente por cada uno de los conceptos expuestos posteriormente. Cuando se analizó esta tabla, se observó, al igual que en la emisión de los informes anuales, una gran intervalo de fechas en la firma de los mismos, desde el 15 de marzo la Clausula que regula el año 2007, hasta el 1 de julio la Clausula que regula el año 2004. Hemos descartado el Convenio de Colaboración por ser el primero. En el estudio de estos convenios se comprobó que sí siguen una misma estructura, con incorporaciones puntuales, debido a la propia evolución del Programa.

<b>AÑO</b>	<b>FECHA DE LA FIRMA DEL CONVENIO DE COLABORACION Y LAS CLAUSULAS ADICIONALES</b>
<b>2003</b>	7 DE FEBRERO DE 2003
<b>2004</b>	1 DE JULIO DE 2004
<b>2005</b>	3 DE MAYO DE 2005
<b>2006</b>	30 DE MAYO DE 2006
<b>2007</b>	15 DE MARZO DE 2007
<b>2008</b>	25 DE ABRIL DE 2008
<b>2009</b>	11 DE MAYO DE 2009
<b>2010</b>	23 DE MARZO DE 2010

**TABLA 10:** Fecha de firma del Convenio de Colaboración y Clausulas Adicionales anuales.

- **PAGO CAPITATIVO**

Como hemos detallado anteriormente el capitulo precedente, el Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia bucodental infantil, entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Odontólogos y estomatólogos de la Región de Murcia,

en febrero de 2003, en su Estipulación Séptima: Régimen económico, Aparado 1º Contraprestación económica, fija la tarifa inicial en concepto de pago capitativo en 50 euros. En el Apartado 2º Presupuesto estimado, de esta estipulación, se estimó en 1.225.000 € la cantidad a satisfacer por capitación en el año 2003, con cargo al capítulo IV de los presupuestos del Servicio Murciano de Salud. Para los ejercicios siguientes dicha cantidad debía ser incrementada en función de los niños que anualmente se integren en el Programa. De dicha cantidad se debería retraer el importe correspondiente a los niños cuya asistencia bucodental fuese prestada por los profesionales públicos dependientes del SMS. Es decir, que según las cantidades mencionadas anteriormente, se estimaba atender a 24.500 niños, cuando en realidad se atendió a 9.290 niños (7.299 por los dentistas privados habilitados, 78,57 %, y 1.991 por las USB públicas, 21,43%), siendo la población diana 27.438. De los 1.225.000 € estimados como gasto capitativo, en realidad se gastó 364.950 € (7.299 niños atendidos por dentistas privados y con un pago capitativo de 50 € por niño). Se ingreso 612.500 € por parte del Servicio Murciano de Salud al Colegio, siendo el coste real total (capitación + tratamientos especiales) de estos dentistas del sector privado de 432.200 €. Hay una desviación sustancial entre lo estimado y lo realmente costado. En las sucesivas Clausulas Adicionales, dentro de la Estipulación 3ª se encuentra el Presupuesto estimado, en el cual se han ido reflejando los presupuestos estimados del pago capitativo, de donde se debía retraer el importe correspondiente a los niños atendidos en la USB, con cargo al capítulo IV de los presupuestos del Servicio Murciano de Salud, excepto en los años 2009 y 2010 que se deben hacer con cargo al Programa de Actuación, Inversiones y Financiación (PAIF) del Servicio Murciano de Salud (SMS).

En la GRÁFICA 3 se exponen las cifras (euros), de las estimaciones por pago capitativo por parte de los responsables de la Coordinación del Programa. Se aprecia unas cifras similares, con altibajos, en el periodo 2003-2006 (1.225.000, 1.249.500, 1.103.921 y 1.280.979), y un incremento a partir de este último año hasta el 2010 (2.341.128), año donde se alcanzó todo el rango etario previsto en el Programa.



**GRÁFICA 3:** Presupuestos estimados, en euros, del coste del Programa por capitación para los dentistas privados habilitados.

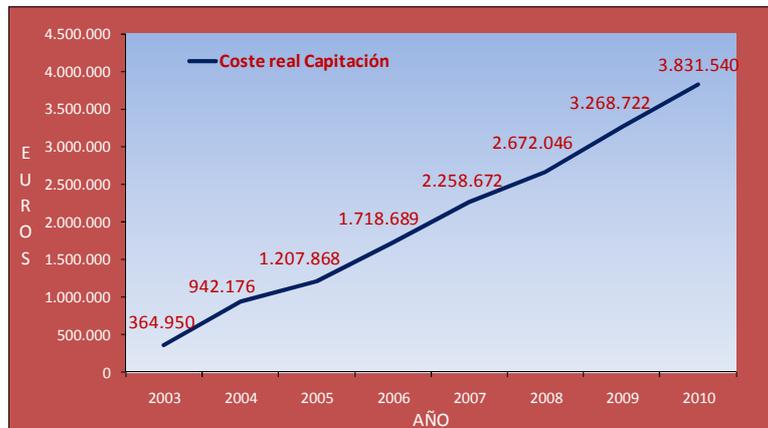
En relación a los honorarios percibidos por los dentistas privados habilitados, mediante sistema de capitación, cabría destacar que la evolución de los honorarios ha mantenido un ritmo creciente, según el IPC anual, desde su inicio en el año 2003 (50 euros) hasta el año 2008 (57 euros) donde se produce un estancamiento, manteniéndose la misma tarifa concertada durante 3 años (GRÁFICA 4).



**GRÁFICA 4:** Evolución de los honorarios por capitación de los dentistas privados habilitados, en Euros.

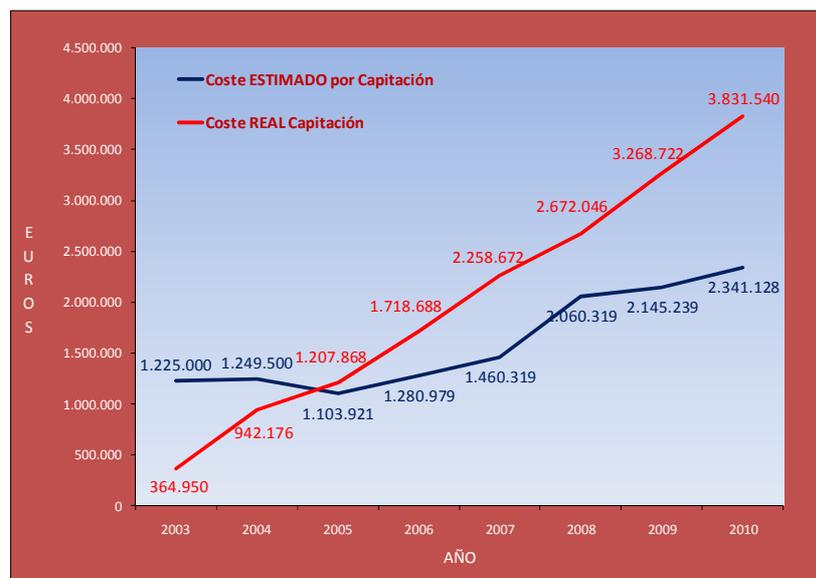
En la GRÁFICA 5 se detallan las cifras del coste por capitación que ha tenido el programa anualmente desde su inicio en el año 2003 hasta el año 2010, donde terminó la etapa incremental del Programa. Se observa una evolución al alza constante de los costes que supuso para la Administración la capitación del Programa generado por los usuarios que son atendidos por los

dentistas privados habilitados, pasando de los 364.950 euros que supuso en el año 2003 a los más de 3.800.000 euros que costó 8 años después, que supone un incremento de 1.050 %.



**GRÁFICA 5:** Evolución del coste por capitación del programa en su etapa incremental.

En la GRÁFICA 6 se expone la diferencia entre la estimación presupuestaria anual prevista por la Coordinación del Programa y los gastos reales generados por este concepto por parte de los usuarios que han sido atendidos por dentistas del sector privado habilitados. Se observa que es desde el tercer año de puesta en marcha del Programa (2005) es mayor los costes reales que los estimados (1.207.867 euros de coste real frente a los 1.103.921 euros estimados), con una tendencia a que esta desviación sea mayor conforme nos acercamos al último año de la etapa incremental estudiada, año 2010 (3.831.540 euros de coste real frente a los 2.341.128 euros estimados por la Coordinación).



**GRÁFICA 6:** Comparativa de los costes estimados por la Coordinación del PADI y los realmente producidos.

Con estas cifras de los honorarios por capitación y los presupuestos estimados por capitación mostrados anteriormente, podemos determinar la estimación de pacientes que se preveía atender en cada uno de los 8 años estudiados, dividiendo ésta estimación presupuestaria por los honorarios establecidos por capitación en cada año, como muestra la TABLA 11. Se observa que los datos de los niños estimados entre los años 2003 y 2006 sufren variaciones con altibajos (24.500, 34.357, 20.995 y 23.496) con cifras menores en los años 2005 y 2006 que las de los años 2003 y 2004. Después de estos cuatro años, hay habido un crecimiento progresivo hasta la estimación para el año 2010 (41.072), fin de la etapa incremental del Programa.

<b>AÑO</b>	<b>COSTE ESTIMADO POR CAPITACION</b>	<b>PRECIO DE CAPITACION</b>	<b>NIÑOS ESTIMADOS</b>
	<b>(EUROS)</b>	<b>(EUROS)</b>	<b>(n)</b>
<b>2003</b>	1.225.000	50	24.500
<b>2004</b>	1.249.500	51,3	34.357
<b>2005</b>	1.103.921	52,58	20.995
<b>2006</b>	1.280.979	54,52	23496
<b>2007</b>	1.460.319	55,88	26.133
<b>2008</b>	2.060.319	57	36.146
<b>2009</b>	2.145.239	57	37.636
<b>2010</b>	2.341.128	57	41.072

**TABLA 11:** Estimación de niños que se atendieron en el PADI cada año, a través de las previsiones de coste por pago capitativo y tarifas de capitación.

Una vez realizada la estimación, se ha comparado con los niños que realmente se han atendido en cada ejercicio, para verificar la rigurosidad en la obtención de los mismos. En los primeros años de estudio (2003-2004), los datos muestran valores negativos (-62%, -33% respectivamente) ya que se han atendido menos niños que los estimados (ver TABLA 12). A partir del año 2005 se muestran valores positivos, atendándose más niños de los estimados. La subestimación ha ido aumentando prácticamente todos los años desde el 2005, con un 32%, hasta alcanzar una cifra de subestimación del 93% en el año 2010, donde se estimaron atender

41.072 niños, cuando realmente se atendieron 79.271, lo que da una cifra de 38.199 más de usuarios atendidos con respecto a los estimados. Además, se observa que, desde el año 2005, siempre se ha estimado atender menos usuarios que el ejercicio precedente.

En el año 2005 se estimaron atender solo 20.995 niños cuando en el año 2004 se atendieron 22.872.

Para el año 2006 se estimaron atender únicamente 23.496 niños cuando un año antes (2005) se atendieron 27.964.

Para el año 2007 la estimación fue de 26.133 niños, cuando en el 2006 se atendieron 37.486.

En el año 2008 se previó atender solamente a 36.146 usuarios, cuando en el año precedente (2007) se atendieron 47.343.

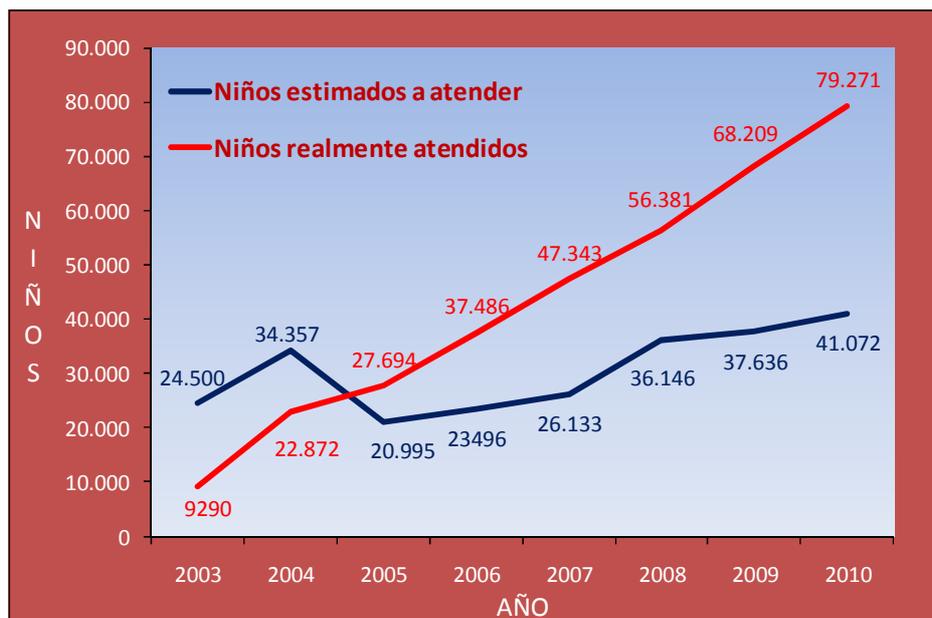
Para el año 2009 las estimaciones fueron de 37.636 niños, cuando en el año 2008 se atendieron 56.381.

Para el último año de la etapa incremental (2010), la previsión fue de 41.072 cuando en el año 2009 se atendió 68.209.

<b>AÑO</b>	<b>NIÑOS ESTIMADOS</b>	<b>NIÑOS ATENDIDOS</b>	<b>DESVIACION (n)</b>	<b>DESVIACIÓN (%)</b>
<b>2003</b>	24.500	9290	- 15.210	-62 %
<b>2004</b>	34.357	22.872	-11.485	- 33%
<b>2005</b>	20.995	27.694	+6.699	32 %
<b>2006</b>	23496	37.486	+ 13.990	60 %
<b>2007</b>	26.133	47.343	+21.210	81 %
<b>2008</b>	36.146	56.381	+20.235	56 %
<b>2009</b>	37.636	68.209	+30.573	81 %
<b>2010</b>	41.072	79.271	+38.199	93 %

**TABLA 12:** Comparación de los usuarios estimados por parte de la Coordinación del Programa con los realmente atendidos y su desviación.

Podemos visualizar en la en la GRÁFICA 7 la discrepancia entre el número de pacientes estimados para ser atendidos por parte de la Coordinación del Programa, y el número de usuarios que realmente fueron atendidos en el PADI. Se observa de una manera más gráfica la discrepancia antes mencionada entre las cifras emitidas por parte de la Coordinación en cuanto a la estimación de utilización del PADI por parte de los usuarios, y los que realmente lo usaron, con más niños atendidos con respecto a los estimados desde al año 2005 hasta el año 2010.



**GRÁFICA 7:** Comparación entre los niños estimados atender y los realmente atendidos en el PADI.

Se ha determinado el coste real por capitación en cada ejercicio, multiplicando el precio de la capitación por los niños que han usado los servicios de los dentistas privados habilitados, y comparándolo con la estimación presupuestaria anual por parte de la Coordinación del PADI en el periodo incremental que estamos estudiando, prevista en las sucesivas Clausulas Adicionales, para obtener la variación entre estas dos cifras (TABLA 13). Los datos muestran que desde el año 2005, donde las estimaciones presupuestarias se acercaban a la realidad, un incremento de la desviación hasta alcanzar la cifra de 64% en la infraestimación presupuestaria por parte de la Administración en el año 2010, en relación a los costes que supondría el capítulo de la capitación del PADI. La cifra obtenida en el año de puesta en marcha del Programa (2003) no se valora, ya que todo inicio conlleva unos desajustes en su funcionamiento.

Los datos de niños atendidos por los dentistas privados no han sido facilitados por la Coordinación del Programa, siendo esta interpretada a partir de los pacientes atendidos (22.872

pacientes usaron el PADI en el año 2004, y 47.343 pacientes en el año 2010) y porcentaje de usuarios atendidos por el sector de dentistas privados habilitados (el 80,3 % de los usuarios escogieron ser atendidos por dentistas privados en el año 2004, y el 85,5 % en el año 2007).

<b>AÑO</b>	<b>COSTE ESTIMADO CAPITACION (EUROS)</b>	<b>PRECIO DE CAPITACION (EUROS)</b>	<b>Nº NIÑOS ATENDIDOS PRIVADO (n)</b>	<b>COSTE REAL CAPITACION (EUROS)</b>	<b>DIFERENCIA (EUROS)</b>	<b>DESVIACION (%)</b>
<b>2003</b>	1.225.000	50	7.299	364.950	+ 860.050	- 70 %
<b>2004</b>	1.249.500	51,3	18.366*	942.175,8	+ 307.324	- 25 %
<b>2005</b>	1.103.921	52,58	22.972	1.207.867,76	- 103.946	9 %
<b>2006</b>	1.280.979	54,52	31.524	1.718.688,48	- 437.709,52	34 %
<b>2007</b>	1.460.319	55,88	40.478*	2.258.672,4	- 798.353,4	55 %
<b>2008</b>	2.060.319	57	46.878	2.672.046	- 611.727	30 %
<b>2009</b>	2.145.239	57	57.346	3.268.722	- 1.123.483	52 %
<b>2010</b>	2.341.128	57	67.220	3.831.540	- 1.490.412	64 %

**TABLA 13:** Comparación entre coste estimado capitación y el coste real. (\*) Datos deducidos.

Con los datos recopilados anteriormente, solo podemos determinar el coste por niño y año, de los usuarios del PADI que escogieron ser atendidos en el sistema privado (no se imputan la parte proporcional que les corresponde de los coste generados por la gestión del mismo, y cartelería como hemos mencionado anteriormente). Esta deducción la realizamos a través del coste total del PADI y los usuarios atendidos por el sector privado, en cada ejercicio.

En la TABLA 14 recopilamos estos datos, deduciendo el coste por niño/año que eligió de manera voluntaria ser atendido por los dentistas privados habilitados, imputándose estos gastos a la partida presupuestaría del PADI. El año que supuso un menor coste fue 2003, cuando se puso en marcha el Programa, con 59,21 € gastados por niño. El año donde mayor coste supuso para el PADI por niño atendido fue el 2008, con 68,56 €/niño. No hemos podido obtener los datos del año 2006.

<b>AÑO</b>	<b>COSTE TOTAL</b>	<b>Nº NIÑOS PRIVADO</b>	<b>COSTE NIÑO/AÑO PRIVADO</b>
	<b>(EUROS)</b>	<b>(n)</b>	<b>(EUROS)</b>
<b>2003</b>	432.200	7.299	59,21
<b>2004</b>	1.173.333,6	18.366	63,89
<b>2005</b>	1.456.150,5	22.972	63,39
<b>2006</b>	-	31.524	-
<b>2007</b>	2.645.526,8	40.478	65,36
<b>2008</b>	3.213.717	46.877	68,56
<b>2009</b>	3.887.913	57.346	67,8
<b>2010</b>	4.518.447	67.220	67,24

**TABLA 14:** Dedución de los costes por niño/año atendido por los dentistas privados habilitados del PADI. Año 2006 incompleto.

- **PAGO POR ACTO MEDICO (TRATAMIENTOS ESPECIALES)**

A continuación vamos a analizar la evolución de los honorarios pactados y fijados en el Convenio de Colaboración y en las sucesivas Clausulas Adicionales anuales, en lo referente a los tratamientos especiales efectuados como acto médico por parte de los dentistas habilitados del Programa. La fijación de los mismos y su cargo con fondos al SMS siguen los mismos protocolos que lo expuesto anteriormente para la capitación.

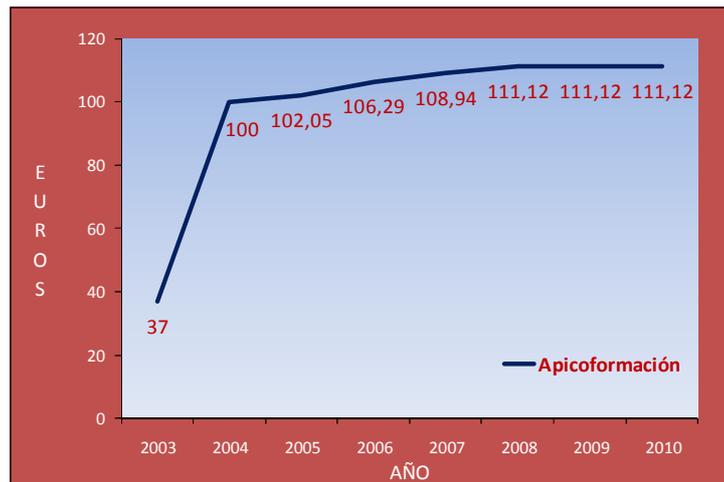
Los tratamientos asistenciales especiales que se abonan por servicio son los que se enumeran a continuación, así como los precios de cada uno de ellos.

- **Trastornos del grupo incisivo-canino**

Quedan incluidos el tratamiento de traumatismos o malformaciones de incisivos y caninos permanentes (excepto agenesias). Los tratamientos que se incluyen son los siguientes:

## a) Apicoformación

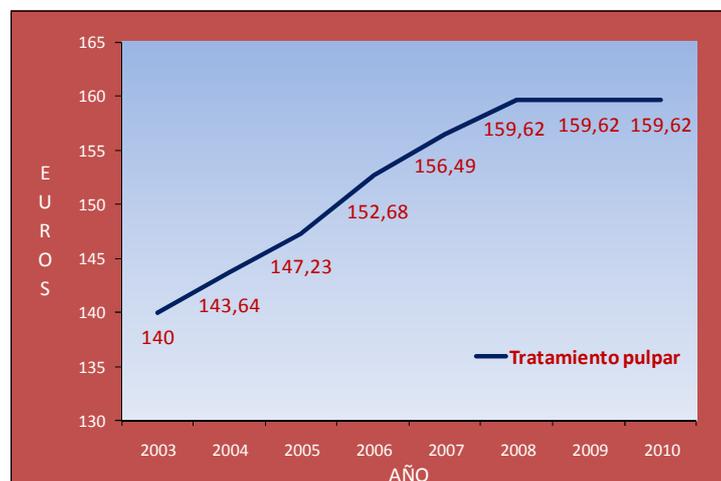
En el año 2003 los honorarios por la realización de este tratamiento especial, eran por sesión (37 euros), pasando a partir de 2004 a pagarse por pieza dentaria (100 euros), por eso la gráfica nos ha mostrado un incremento importante entre 2003 y 2004. A partir de este año se mantiene una evolución constante, según IPC anual hasta el año 2008 (111,12 euros), donde mantiene su precio hasta el año 2010, como se muestra en la GRÁFICA 8.



GRÁFICA 8: Evolución de los honorarios por “Apicoformación” en la etapa incremental del Programa.

## b) Tratamientos pulpares

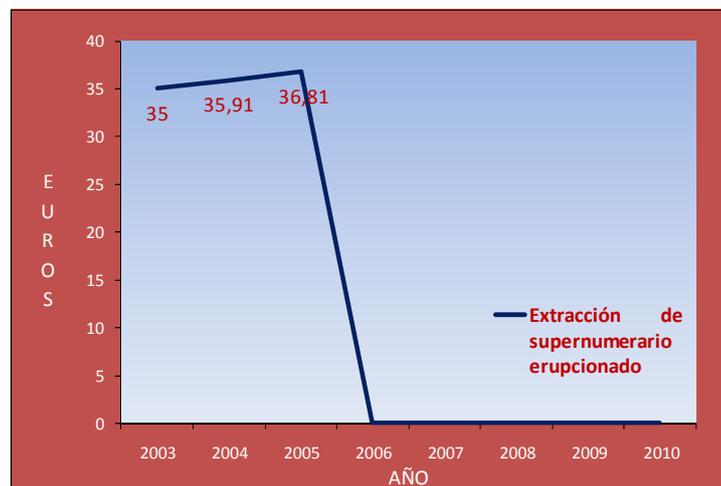
Los resultados muestran una evolución constante de los honorarios a percibir por este concepto (según IPC anual), desde el inicio del Programa en el año 2003 (140 euros), hasta el año 2008 (159,62 euros), fecha a partir de la cual, las cifras pagadas a los dentistas privados habilitados, se mantienen. Esta tarifa no incluye ni la obturación posterior ni el perno prefabricado, que se consideran como tratamientos especiales independientes (ver GRÁFICA 9).



GRÁFICA 9: Evolución de los honorarios por “Tratamientos pulpares” (2003 -2010).

## c) Extracción de supernumerario erupcionado

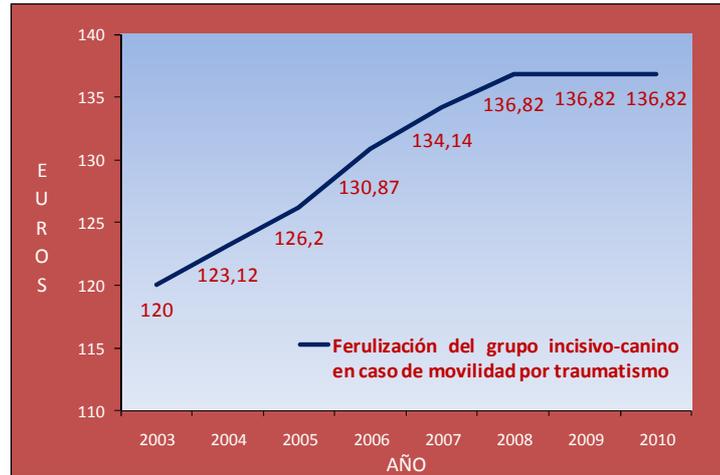
Este tratamiento fue incluido como tratamiento especial en el inicio del Programa en el año 2003 con una tarifa de 35 euros, teniendo un leve incremento hasta el año 2005 (36,81 euros). A partir del año 2006, donde se produjo una modificación en el catálogo de prestaciones asistenciales, se integró dentro del grupo de los tratamientos básicos que cubría la capitación. Por lo tanto, a partir de este año (2006) no se paga como tratamiento especial por la realización del mismo. Los dientes supernumerarios no erupcionados no están incluidos en ningún capítulo del PADI, debiéndose remitir a los pacientes a las Unidades de Salud Bucodental, que a su vez las remitirán a los servicios de Cirugía Maxilo-facial correspondientes para su extracción, al carecer la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de dentistas en el ámbito de la Atención Especializada pública (GRÁFICA 10).



GRÁFICA 10: Evolución de los honorarios por “Extracción de supernumerario erupcionado” (2003 – 2010).

## d) Ferulización del grupo incisivo-canino en caso de movilidad por traumatismo

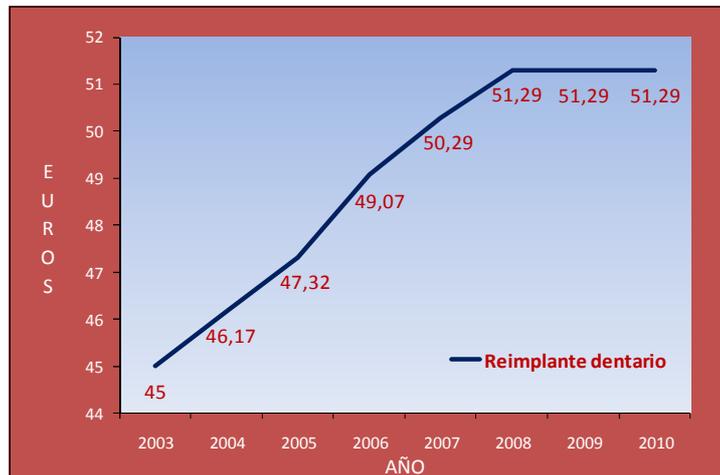
La GRÁFICA 11 muestra una evolución constante de la tarifa a percibir por los dentistas privados habilitados como acto médico por la realización de este tratamiento (según IPC anual) desde el inicio del Programa en el año 2003 donde se estimaba un coste de 120 euros, hasta el año 2008 (136,82 euros), manteniéndose el mismo hasta el año 2010.



**GRÁFICA 11:** Evolución de los honorarios por “Ferulización del grupo incisivo-canino en caso de movilidad por traumatismo” en la etapa incremental del Programa.

**e) Reimplante dentario**

A continuación se analiza la evolución de los honorarios por el tratamiento especial “reimplante dentario” Como en los tratamientos precedentes, ha habido una evolución constante (según IPC anual) de la tarifa aprobada para la realización del mismo a los dentistas privados, desde el inicio del Programa en el año 2003 (45 euros), hasta el año 2008 (51,29 euros), donde mantiene su precio hasta el año 2010 (ver GRÁFICA 12).



**GRÁFICA 12:** Evolución de los honorarios por “Reimplante dentario”.

**f) Sutura de los tejidos blandos**

Como observamos en la GRÁFICA 13, ha habido una evolución constante de la tarifa a percibir por los dentistas privados habilitados por la realización de este tratamiento especial

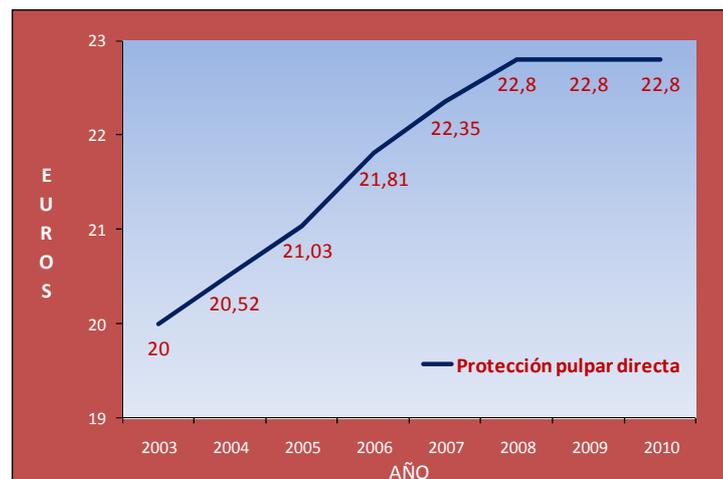
(según IPC anual) desde el inicio del Programa en el año 2003 (40 euros) hasta el año 2008 (45,6 euros), donde mantiene su precio hasta el año 2010. Este tratamiento está excluido y no es autorizado como especial, y por lo tanto no abonado cuando este acto médico está incluido dentro de algún otro tratamiento básico o especial.



**GRÁFICA 13:** Evolución de los honorarios por “Sutura de los tejidos blandos”, en euros.

### g) Protección pulpar directa

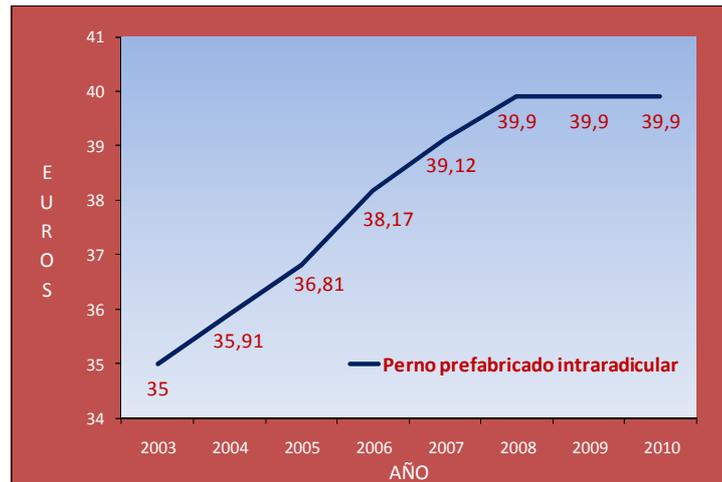
Se comprueba la evolución constante, según IPC anual, de los honorarios a percibir por los dentistas privados habilitados por la realización de este tratamiento especial, desde el primer año del Programa (2003), hasta seis años después (2008) donde se estableció la tarifa en 22,8 euros. A partir de este año y hasta el año 2010, el precio no sufre ninguna variación (ver GRÁFICA 14).



**GRÁFICA 14:** Evolución de los honorarios por “Protección pulpar directa” (2003 – 2010).

**h) Perno prefabricado intraradicular**

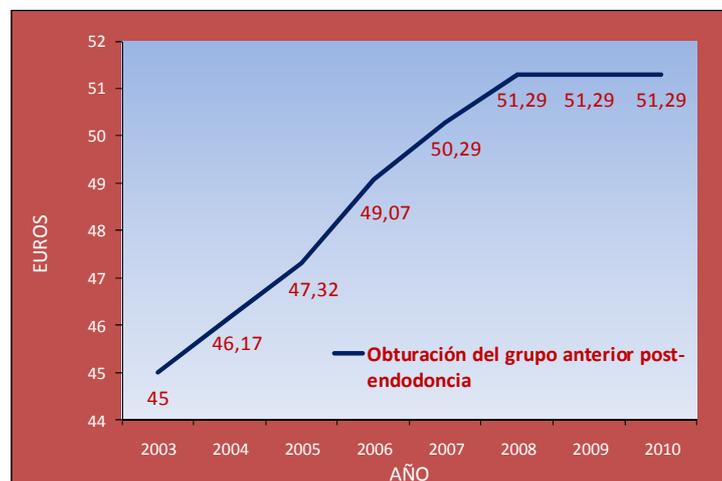
Los honorarios abonados por la Administración a los dentistas privados habilitados del PADI, por el tratamiento especial “perno prefabricado intrarradicular”, ha tenido una evolución constante, desde los 35 euros que marca el Convenio de Colaboración inicial en el año 2003, hasta los 39,9 euros que se estipulan en las Clausulas Adicionales para los ejercicios comprendidos entre el año 2008 y 2010 (ver GRÁFICA 15).



**GRÁFICA 15:** Evolución de los honorarios por “Perno prefabricado intraradicular” en los 8 años del PADI.

**i) Obturación del grupo anterior post-endodencia**

Se ha observado en la GRÁFICA 16, que los precios a percibir por los dentistas privados al realizar el tratamiento especial autorizado “obturación del grupo anterior post-endodencia”, han mantenido un incremento en su cifra anual, de manera que se ha pasado de los 45 euros en el año de implantación del PADI en Murcia (2003), a los 51,29 euros seis años después (2008). Los dos años siguientes (años 2009 y 2010), esta cantidad no ha experimentado ningún cambio.



**GRÁFICA 16:** Evolución de los honorarios por “Obturación del grupo anterior post-endodencia”.

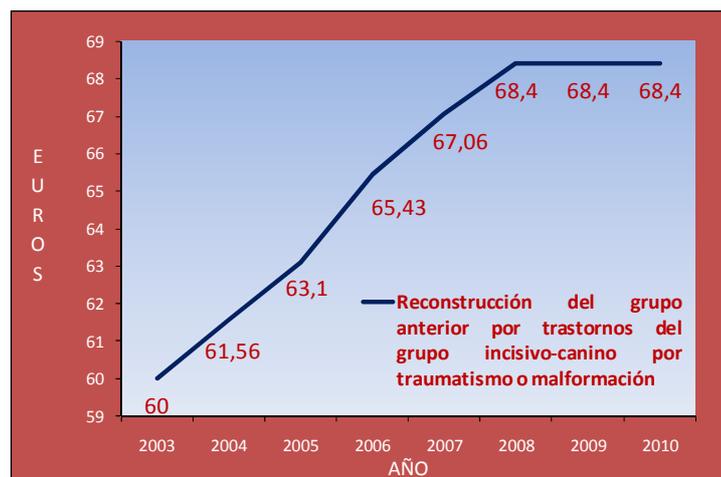
### j) Reconstrucción del grupo anterior por trastornos del grupo incisivo-canino por traumatismo o malformación

La GRÁFICA 17 expone el incremento constante de los precios establecidos para este tratamiento especial, percibiendo los dentistas privados habilitados al realizar el tratamiento autorizado en el año de inicio del Programa (2003), la cantidad de 60 euros. Sus valores llegaron a los 68,4 euros en el año 2008, año a partir del cual ya no se produjo ningún cambio hasta finalizar el periodo incremental estudiado (2003-2010).

La definición de los términos incluidos es:

-Traumatismo: reconstrucción de 1/3 de la corona que ha requerido tratamiento pulpar previo.

-Malformación: reconstrucción completa de la corona con material estético.



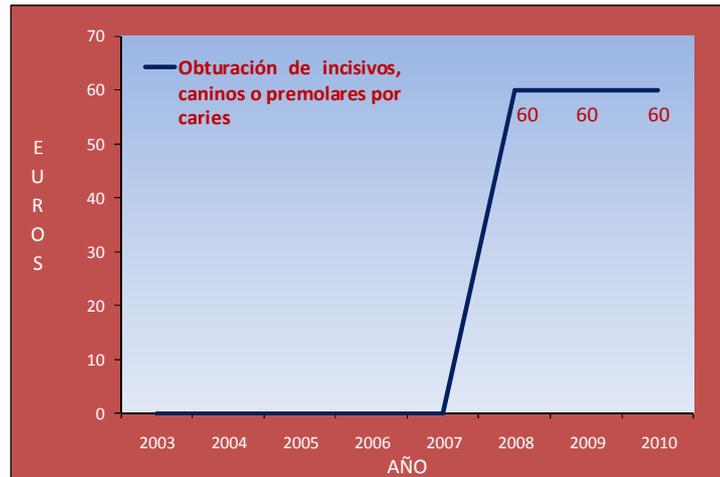
**GRÁFICA 17:** Evolución económica de los honorarios por “Reconstrucción del grupo anterior por trastornos del grupo incisivo-canino por traumatismo o malformación” en el periodo estudiado.

#### ■ Caries en incisivos, caninos y premolares permanentes

En el año 2008 se incluye esta nueva familia de tratamientos dentro de los tratamientos especiales:

## k) Obturación de incisivos, caninos o premolares por caries

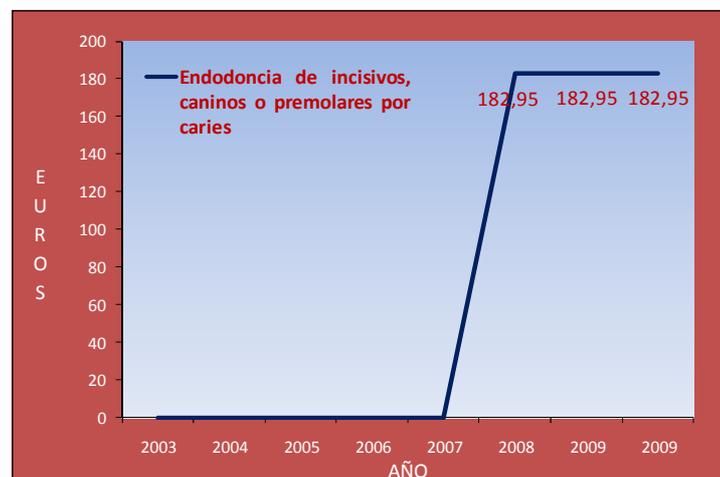
Esta prestación especial tiene su inicio en el año 2008, año en el que se produce una ampliación del catálogo de prestaciones especiales que oferta el PADI a los usuarios. La tarifa que perciben los dentistas privados habilitados por la realización de este tratamiento es de 60 euros en el año de inclusión de la misma (2008). Desde entonces y hasta el año 2010, esta cifra permanece sin variación (ver GRÁFICA 18).



**GRÁFICA 18:** Evolución de los honorarios por “Obturación de incisivos, caninos o premolares por caries” en la etapa incremental del PADI.

## l) Endodoncia de incisivos, caninos o premolares por caries, incluida obturación posterior

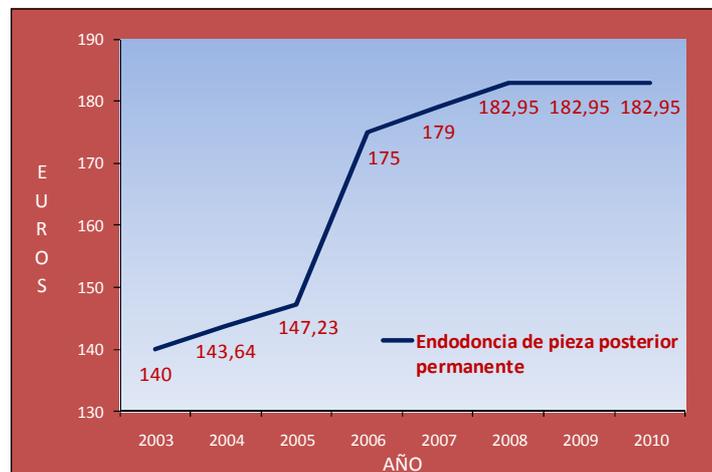
En el año 2008 se introdujo como nuevo tratamiento cubierto por el PADI, dentro de las prestaciones especiales, la endodoncia de incisivos, caninos y premolares por caries, donde se incluía la obturación posterior. La tarifa que perciben los dentistas privados habilitados por la realización de este tratamiento es de 182,95 euros en el año de inclusión de la misma (2008). Desde entonces y hasta el año 2010, esta cifra permanece sin variación (ver GRÁFICA 19).



**GRÁFICA 19:** Evolución de los honorarios por “Endodoncia de incisivos, caninos o premolares por caries”.

### ▪ Endodoncia de pieza posterior permanente

Los resultados expuestos en la GRÁFICA 20 muestran una evolución constante de la tarifa que perciben los dentistas privados habilitados por la realización de este tratamiento, según el incremento del IPC anual, en todo el periodo mostrado, excepto un incremento notable entre el año 2005 (147,23 euros) y 2006 (175 euros). Esto es debido a que, en el inicio del Programa en el año 2003 (140 euros), la reconstrucción preceptiva posterior a la endodoncia de molares permanentes se facturaba como tratamiento independiente, quedando incluida dentro de este epígrafe en el año 2006. Este es el motivo que motivó el incremento los honorarios percibidos por los profesionales privados habilitados a partir de esta fecha. A partir del año 2008 (182,95 euros), las tarifas han permanecido constantes hasta el año 2010).



**GRÁFICA 20:** Evolución de los honorarios por “Endodoncia de pieza posterior permanente”, según los distintos años estudiados (2003 – 2010).

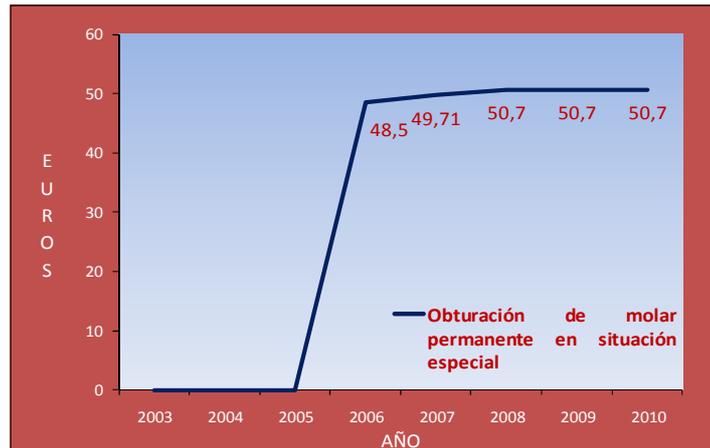
### ▪ Tratamientos con anestesia de pacientes especiales (disminuidos físicos, psíquicos y médicamente comprometidos)

Existe una tarifa particular, presentada por los dentistas privados con habilitación especial, aceptada para cada caso por la Comisión de Seguimiento del Convenio y que incluye el coste del anestesista, el coste del quirófano y el coste del propio dentista.

### ▪ Obturación de molar permanente en situación especial

Los datos de los resultados observados en la GRÁFICA 21 nos ha mostrado el inicio de la aplicación de esta prestación en el año 2006 año en el que se produce una modificación del catálogo de prestaciones especiales que oferta el PADI a los usuarios. Anteriormente, este apartado no se tenía en consideración. Fue este año (2006) cuando se incorporó como prestación

especial la obturación de molares permanentes en pacientes que reunían unos requerimientos diferentes a los habituales, descritos en la introducción. Ha habido una evolución constante, según IPC anual, de los honorarios a percibir por los dentistas privados habilitados por la realización de este tratamiento especial, desde el inicio de su aplicación en el año 2006 (48,5 euros), hasta el año 2008 (50,7 euros), fecha a partir de la cual se mantienen constantes las tarifas hasta el año 2010

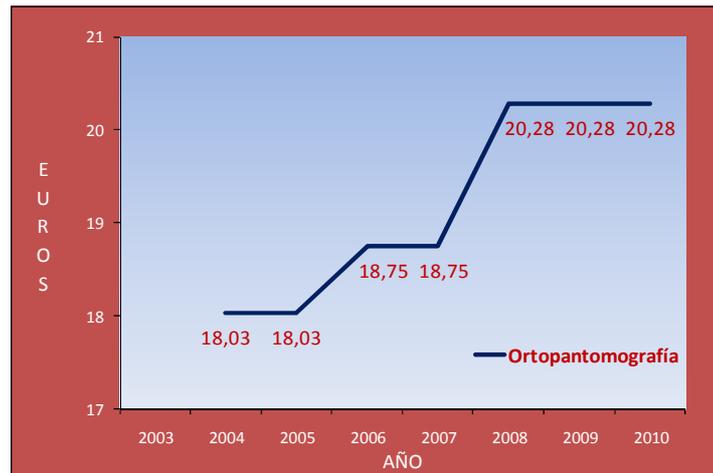


**GRÁFICA 21:** Evolución económica de los honorarios por “Obturación de molar permanente en situación especial” en el periodo incremental del PADI.

### ■ Ortopantomografía

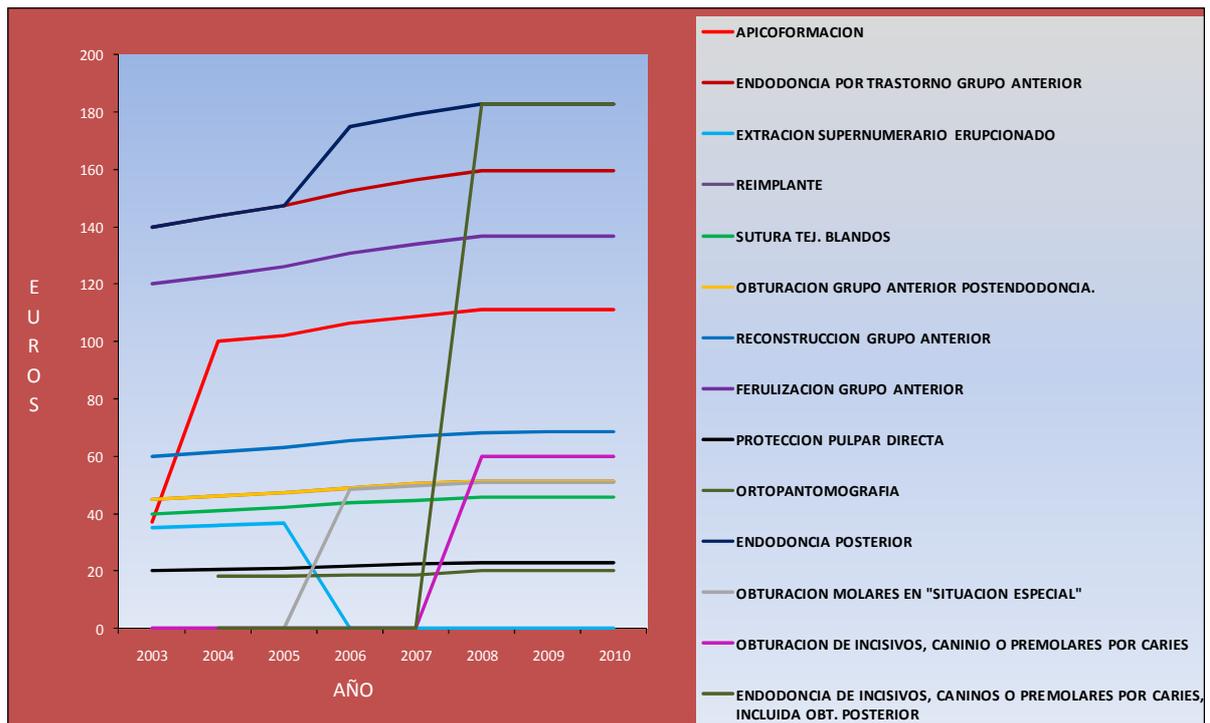
Las ortopantomografías realizadas a los usuarios que son atendidos por dentistas privados habilitados se llevan a cabo en los centros radiológicos concertados cuando el dentista privado habilitado no dispone del mismo en la consulta. Las ortopantomografías correspondientes a los usuarios de los dentistas públicos se realizan en instalaciones de la sanidad pública.

Cuando el dentista privado habilitado dispone de ortopantomógrafo y la Coordinación autoriza su realización, las tarifas que el dentista recibe por su realización, han variado en tres ocasiones: en el periodo 2004-2005 se pagaban 18,03 euros, en el periodo 2006-2007 este valor ascendió a 18,75 euros, y en el periodo 2008-2010 un total de 20,28 euros. No se han encontrado datos correspondientes al año 2003 (ver GRÁFICA 22).



GRÁFICA 22: Evolución de los honorarios por “ortopantomografía”.

Como resumen, en la GRÁFICA 23 y TABLAS 15, 16 y 17 se muestran la evolución de todos los tratamientos especiales juntos antes expuestos.



GRÁFICA 23: Evolución de los honorarios percibidos por los dentistas privados habilitados en los tratamientos especiales en el periodo 2003 – 2010

AÑO	APICOFORMACION	ENDODONCIA	EXTRACION	REIMPLANTE	SUTURA
		POR TRASTORNO	SUPERNUMERARIO		TEJIDOS
		I-C	ERUPCIONADO		BLANDOS
2003	37	140	35	45	40
2004	100	143,64	35,91	46,17	41,04
2005	102,05	147,23	36,81	47,32	42,06
2006	106,29	152,68	0	49,07	43,62
2007	108,94	156,49	0	50,29	44,71
2008	111,12	159,62	0	51,29	45,6
2009	111,12	159,62	0	51,29	45,6
2010	111,12	159,62	0	51,29	45,6

**TABLA 15:** Honorarios percibidos por los dentistas privados habilitados por los tratamientos especiales, en cada uno de los años de vigencia del Programa, expresados en euros.

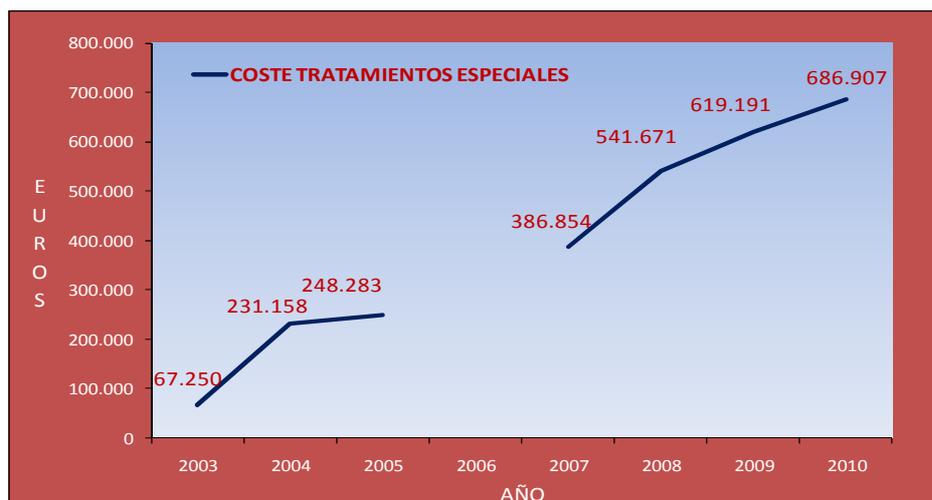
AÑO	OBTURACION	RECONSTRUCCION	FERULIZACION	PROTECCION	ORTOPANTOMOGRFIA
	I-C	I-C	I-C	PULPAR DIRECTA	
	POST- ENDODONCIA				
2003	45	60	120	20	
2004	46,17	61,56	123,12	20,52	18,03
2005	47,32	63,1	126,2	21,03	18,03
2006	49,07	65,43	130,87	21,81	18,75
2007	50,29	67,06 €	134,14	22,35	18,75
2008	51,29	68,04 €	136,82	22,8	20,28
2009	51,29	68,4	136,82	22,8	20,28
2010	51,29	68,4	136,82	22,8	20,28

**TABLA 16:** Honorarios percibidos por los dentistas privados habilitados por los tratamientos especiales, en cada uno de los años de vigencia del Programa, expresados en euros.

AÑO	ENDODONCIA	OBTURACION DE MOLARES	OBTURACION DE I-C-PM	ENDODONCIA DE I-C-PM
	POSTERIOR	EN "SITUACION ESPECIAL"	POR CARIES	POR CARIES,
2003	140	0	0	
2004	143,64	0	0	0
2005	147,23	0	0	0
2006	175	48,5	0	0
2007	179,37	49,71	0	0
2008	182,95	50,7	60	182,95
2009	182,95	50,7	60	182,95
2010	182,95	50,7	60	182,95

**TABLA 17:** Honorarios percibidos por los dentistas privados habilitados por los tratamientos especiales, en cada uno de los años de vigencia del Programa, expresados en euros.

Una vez analizados el coste de todos y cada uno de los tratamientos especiales, en la GRÁFICA 24 se observa la evolución del coste total que los tratamientos especiales han supuesto en cada uno de los años del periodo incremental estudiado. Ha habido un incremento de los costes desde los 67.250 euros en el año 2003 hasta los 686.907 euros del año 2010. No hemos podido obtener los datos del año 2006.



**GRÁFICA 24:** Evolución de los costes anuales de los tratamientos especiales. Datos del año 2006 no suministrados.

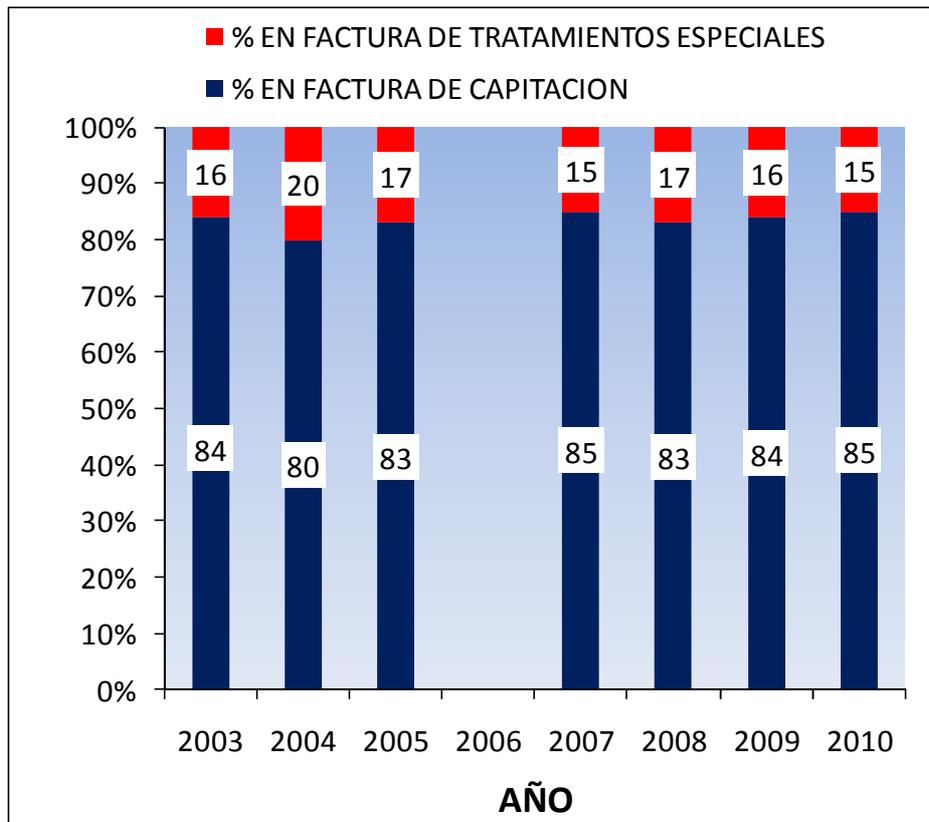
La TABLA 18 desglosa el coste total que supone la asistencia suministrada por los dentistas privados habilitados, en coste por capitación y coste por los tratamientos especiales efectuados, en euros y en el porcentaje de cada uno de ellos.

No hemos podido obtener los datos del coste total y de tratamientos especiales correspondientes al ejercicio 2006. Se observa que ha habido un crecimiento anual de las cifras, tanto en el coste por capitación como en el coste por tratamientos especiales, que a su vez determina un crecimiento anual en la factura total del PADI. En cuanto a los porcentajes que suponen cada uno de ellos de la factura total, la variación en estos 8 años estudiados es entre un 80 y 85 % el coste que supone la capitación, y entre un 15 y un 20 % lo que supone el coste por tratamientos especiales efectuados.

<b>AÑO</b>	<b>COSTE TOTAL (EUROS)</b>	<b>COSTE CAPITACION (EUROS)</b>	<b>COSTE TRATAMIENTOS ESPECIALES</b>	<b>% EN FACTURA DE CAPITACION</b>	<b>% EN FACTURA DE TRATAMIENTOS ESPECIALES</b>
<b>2003</b>	432.200	364.950	67.250	84	16
<b>2004</b>	1.173.333,6	942.175,8	231.157,8	80	20
<b>2005</b>	1.456.150,5	1.207.867,8	248.282,7	83	17
<b>2006</b>	-	1.718.688,48	-	-	-
<b>2007</b>	2.645.526,8	2.258.672,4	386.854,4	85	15
<b>2008</b>	3.213.717	2.672.046	541.671	83	17
<b>2009</b>	3.887.913	3.268.722	619.191	84	16
<b>2010</b>	4.518.447	3.831.540	686.907	85	15

**TABLA 18:** Coste total de la asistencia dispensada por los dentistas privados habilitados, coste por capitación y coste por los tratamientos especiales efectuados, en euros y en el porcentaje de cada uno de ellos sobre la factura total, en el periodo 2003-2010. Los datos del año 2006 son incompletos.

En la GRÁFICA 25 podemos observar la evolución de los porcentajes que suponen cada uno de los apartados de la factura anual del PADI (capitación y tratamientos especiales), generada por los dentistas privados habilitados. No hemos obtenido los datos del año 2006. Observamos que es mayoritario el coste anual que supone la capitación en la factura total del PADI, con un mínimo del 80 % en el año 2004, y un máximo del 85 % en el año 2010. Por lo tanto, el coste de los tratamientos especiales en el periodo incremental del PADI ha supuesto un mínimo del 15 % en el año 2010 y un máximo del 20 % en el año 2004. No hemos podido acceder a los datos del año 2006.



**GRAFICA 25:** Evolución de los porcentajes de capitación y tratamientos especiales en la factura total del PADI en su etapa incremental. No han sido suministrados datos del año 2006.

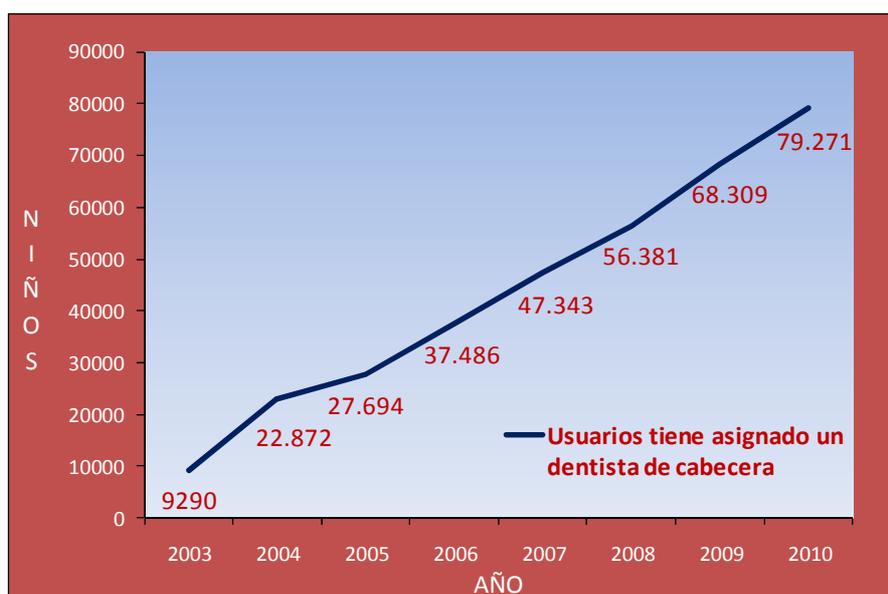
## IV.2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PADI

La evaluación del impacto hace referencia al efecto inicial del Programa, es decir, a si alcanzó sus objetivos generales y específicos. Para ello se han estudiado los parámetros que se presentan a continuación:

**IV.2.1. Población que tiene asignado un dentista de cabecera del PADI**

Para el análisis de este parámetro, se toma como indicador que el usuario tiene asignado un dentista de cabecera, el que este haya escogido y asistido libremente, al menos una vez en ese año, a uno de los dentistas pertenecientes al cuadro facultativo ofertado del PADI. Este profesional puede ser o un dentista público, perteneciente a una de las diversas Unidades de Salud Bucodental del Servicio Murciano de Salud, ubicadas en centros de Atención Primaria, o por el contrario, un dentista privado habilitado. Se debe entregar, además, durante el periodo comprendido entre el inicio del Programa (año 2003) hasta el fin del año 2007, el Talón de consulta anual por parte del usuario al profesional, y posteriormente este remitirlo, junto con toda la documentación exigida, al Colegio de Dentistas. Desde el año 2008 el profesional debe validar al paciente, a través del CIPR/CIP de su tarjeta sanitaria del SMS, en el programa informático Bucosan.

Podemos comprobar en la GRÁFICA 26, la evolución del número de usuarios que han utilizado el Programa cada año, y acudido a un dentista del cuadro ofertado en los 8 años analizados en el presente estudio, es decir, que tienen asignado un dentista de cabecera. Esta evolución ha tenido un crecimiento constante y uniforme desde el inicio del PADI, pasando de los 9.290 usuarios en el año de comienzo del Programa (2003), a los 79.271 usuarios en el año 2010, como corresponde a la etapa incremental del presente estudio (2003-2010). El incremento de usuarios en estos 8 años ha sido muy elevado, suponiendo un 853 % desde los más de 9.000 pacientes iniciales hasta los más de 79.000 pacientes en el año 2010.



**GRÁFICA 26:** Evolución del número de usuarios que tienen asignado un dentista de cabecera del PADI.

A continuación se muestra en la TABLA 19 la población diana (población que tiene derecho a participar en el PADI), el nº de usuarios que efectivamente han usado el Programa, es decir que tienen asignado un dentista de cabecera, los niños que no lo han usado, y el porcentaje de estos dos últimos sobre la población diana.

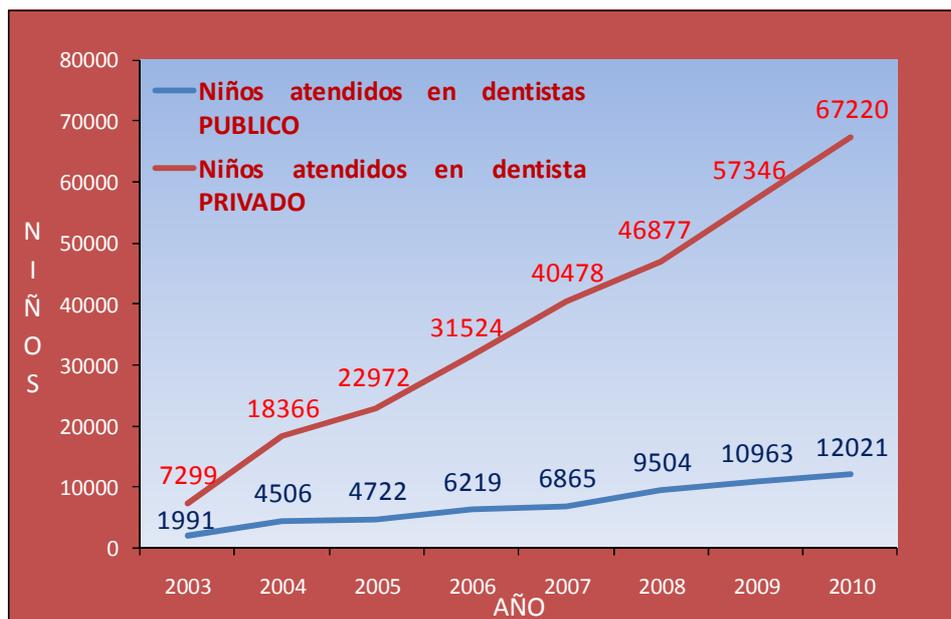
Se ha confirmado que la población diana ha ido incrementando su número (de 27.438 en el año 2003 a 145.185 en el año 2010) como corresponde en una etapa incremental como la analizada, así como los niños atendidos (de 9290 en el año 2003 a 79.271 en el año 2010). Salvo en el primer año de puesta en marcha donde solo se alcanzó un 34 % de cobertura, el resto tienen cifras similares, siendo la media de 53.1 %. Los datos de la población diana y niños no atendidos de los años 2009 y 2010 no han sido suministrados por el Servicio Murciano de Salud (SMS), deduciéndose a través de los niños atendidos y cobertura de esos años.

<b>AÑO</b>	<b>POBLACION DIANA</b>	<b>NIÑOS ATENDIDOS</b>	<b>NIÑOS NO ATENDIDOS</b>	<b>COBERTURA</b>	<b>NO ATENDIDOS</b>
	<i>(n)</i>	<i>(n)</i>	<i>(n)</i>	<i>(% ATENDIDOS)</i>	<i>(%)</i>
<b>2003</b>	27.438	9290	18.148	34	66
<b>2004</b>	41.039	22.872	18.167	55,73	44,3
<b>2005</b>	55.458	27.694	27.764	50	50
<b>2006</b>	71.743	37.486	34.257	52,25	48,75
<b>2007</b>	88.199	47.343	40.856	53,68	46,32
<b>2008</b>	108.969	56.381	52.588	52	48
<b>2009</b>	125.615*	68.309	57.306*	54,3	45,7
<b>2010</b>	145.185*	79.271	65.914*	54,6	45,4

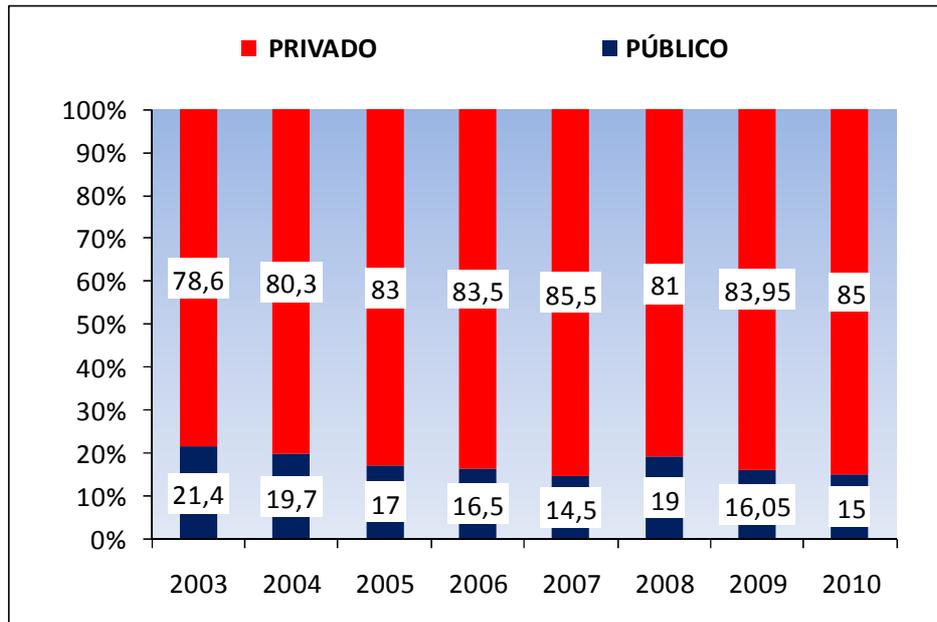
**TABLA 19:** Programa de Salud Bucodental Infantil de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Población diana, niños atendidos, no atendidos y sus porcentajes. (\*) Datos no suministrados por SMS y deducidos indirectamente.

En referencia a la asistencia de los niños al Programa, destacar que se ha comprobado que hay un incremento anual del número de usuarios en las dos opciones a escoger (dentista público de las Unidades de Salud Bucodental, o dentista privado habilitado) en el periodo incremental estudiado (2003-2010). Se hace patente el mayor incremento producido en estos 8 años en los niños que escogen la opción de acudir al dentista privado (**59.921** = 67.220 - 7.299) frente al público (**10.030** = 12.021 - 1.991), cuyo incremento es mucho menor (ver GRÁFICA 27). Los datos de los años 2004 y 2007 no han sido suministrados por el SMS, deduciéndose a través de los usuarios atendidos y el porcentaje en cada una de las opciones de esos años (público ó privado).

Además se ha observado que mayoritariamente los usuarios del Programa eligen ser atendidos por dentistas habilitados de la red privada, con una tendencia a incrementar su papel en el PADI. En el año 2003, el 78,6 % de los usuarios escogieron libremente ser atendidos en las consultas de los dentistas privados habilitados, alcanzando un 85 % para el año 2010. Por el contrario, sólo el 21,4 % de los usuarios escogieron a un dentista de la red pública en el año 2003, reduciéndose esta cifra hasta un 15 % para el año 2010 (ver GRÁFICA 28).

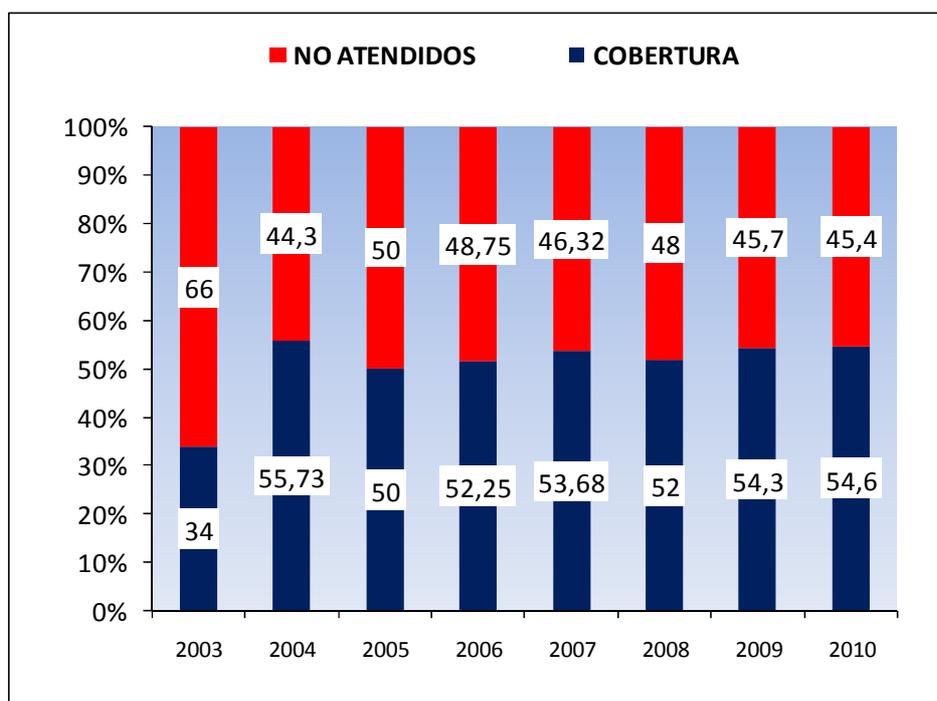


**GRÁFICA 27:** Evolución de los usuarios que acuden a dentista público y privado. Datos no proporcionados por el SMS para el año 2004 y 2007, deducidos de manera indirecta.



**GRÁFICA 28:** Comparativa de porcentajes de usuarios del PADI atendidos por dentistas privados habilitados y dentistas públicos.

Como se expuso anteriormente, la cobertura es levemente mayor que los no atendidos, manteniéndose en valores similares desde el año 2006. El primer año del Programa (2003) es el que menor cobertura obtuvo (34%). Sin embargo, un año más tarde (2004) se obtuvo una cobertura del 55,73 %, la mayor de los 8 años del estudio (ver GRÁFICA 29).



**GRÁFICA 29:** Evolución de la cobertura (% de niños atendidos sobre la población diana) y los no atendidos.

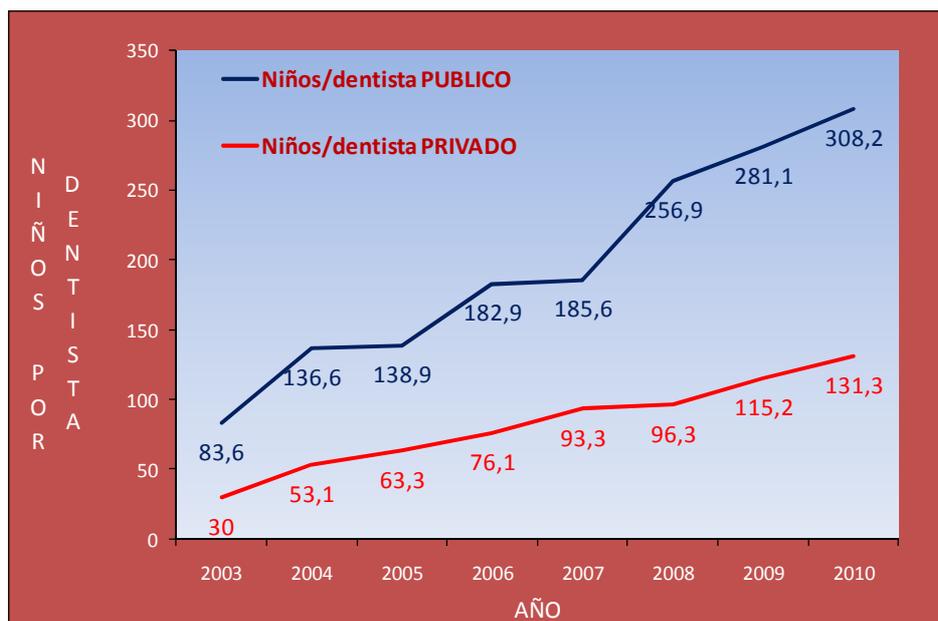
A continuación, se compara en la TABLA 20, el número de los dentistas de cada una de las opciones (público/privado) con la población que atiende, determinando así la media que atiende cada uno de los profesionales de ambas opciones. Como se ha mencionado anteriormente, los datos de los usuarios atendidos por los dentistas de ambas opciones (público o privado) (\*) para los años 2004 y 2007 no han sido suministrados por el SMS, siendo deducidos de manera indirecta.

Se comprueba que se ha producido un incremento anual de los usuarios atendidos por parte de cada uno de los dentistas públicos, pasando de una media de 83,6 niños atendidos por dentista en el año 2003 a los 308,2 niños atendidos en el año 2010. También se ha producido un incremento anual en la media de niños atendidos por cada dentista privado habilitado, pasando de los 30 iniciales en el año 2003, a los 131,3 en el año 2010. En porcentajes, en el sector público, el valor medio ha incrementado en estos 8 años analizados un 369 %, frente al 438 % para el dentista del sector privado. Es decir, que pese a que en números absolutos es mayor el incremento de la carga de trabajo de los dentistas públicos frente a los privados, en porcentaje es mayor el incremento en el sector privado frente al público. Además se vuelve a mostrar el papel decisivo del sector privado por ser el mayor de las dos opciones de dentistas ofertadas y atender a un mayor número de usuarios.

<b>AÑO</b>	<b>NIÑOS PUBLICO</b>	<b>DENTISTAS PUBLICOS</b>	<b>NIÑOS/DENTISTA PÚBLICO</b> <i>(n)</i>	<b>NIÑOS PRIVADO</b>	<b>DENTISTAS PRIVADOS</b>	<b>NIÑOS/DENTISTA PRIVADO</b> <i>(n)</i>
<b>2003</b>	1991	23	83,6	7299	243	30
<b>2004</b>	4506*	33	136,9	18.366*	346	53,1
<b>2005</b>	4722	34	138,9	22972	363	63,3
<b>2006</b>	6219	34	182,9	31524	414	76,1
<b>2007</b>	6865*	37	185,6	40.478*	434	93,3
<b>2008</b>	9504	37	256,9	46877	487	96,3
<b>2009</b>	10963	39	281,1	57346	498	115,2
<b>2010</b>	12021	39	308,2	67220	512	131,3

**TABLA 20:** Número de usuarios que acude a las opciones de dentista público/privado, número de dentistas en el sector público/privado, y media de pacientes que atiende cada uno de ellos. (\*) Datos no suministrados por el SMS y deducidos de manera indirecta.

En la siguiente GRÁFICA 30 se muestra la diferente evolución de la media de niños atendidos tanto por dentistas públicos como por dentistas privados habilitados. Se constata la evolución al alza de la carga asistencial por ambos grupos de profesionales, siendo mayor este incremento dentro del grupo de los dentistas públicos (**224,6** = 308,2 – 83,6), frente a los profesionales del sector privado (**101,3** = 131,3 – 30). Hay que remarcar la gran diferencia existente entre la carga asistencial de los profesionales del sector público y los dentistas privados habilitados.



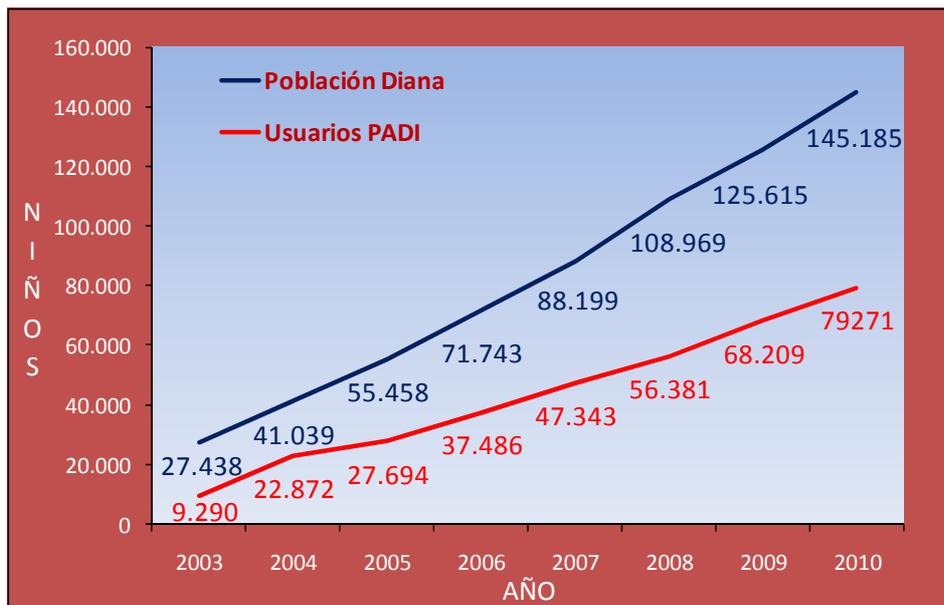
**GRÁFICA 30:** Evolución de la media de niños atendidos por cada dentista, tanto del sector público como del privado.

A continuación, se va a comparar el porcentaje de los usuarios que escogen cada una de las opciones de profesionales ofertados (público/privado) y porcentaje que suponen cada una de ellas en la dispensación de los servicios ofertados en el Programa. Se observa en todos los años de esta etapa incremental (2003-2010), que no coincide el peso de los dentistas públicos dentro del cuadro de los dentistas ofertados con respecto al % de usuarios que los escogen para ser atendidos. Los dentistas del sector público en el año 2003, siendo sólo el 8,65 % de los dentistas ofertados por el PADI, atendieron al 21,3 % de los usuarios. Esta correlación ha ido disminuyendo, para pasar en el año 2010 a ser el 7,08 % de los dentistas ofertados y atender al 15 % de la población. Por el contrario, en el año 2003, el 91,35 % de los dentistas ofertados era del sector privado, atendiendo al 78,6 % de la población, pasando en el año 2010 a ser el 92,92 % de los dentistas ofertados y atender al 85 % de la población (ver TABLA 21).

AÑO	ASISTENCIA POR	DENTISTAS	ASISTENCIA POR	DENTISTAS
	DENTISTAS PÚBLICOS	PÚBLICOS	DENTISTAS PRIVADOS	PRIVADOS
	(%)	(%)	(%)	(%)
<b>2003</b>	21,3	8,65	78,6	91,35
<b>2004</b>	19,7	8,7	80,3	91,3
<b>2005</b>	17	8,56	83	91,44
<b>2006</b>	16,5	7,59	83,5	92,41
<b>2007</b>	14,5	7,86	85,5	92,14
<b>2008</b>	19	7,06	81	92,94
<b>2009</b>	16,05	7,26	83,95	92,74
<b>2010</b>	15	7,08	85	92,92

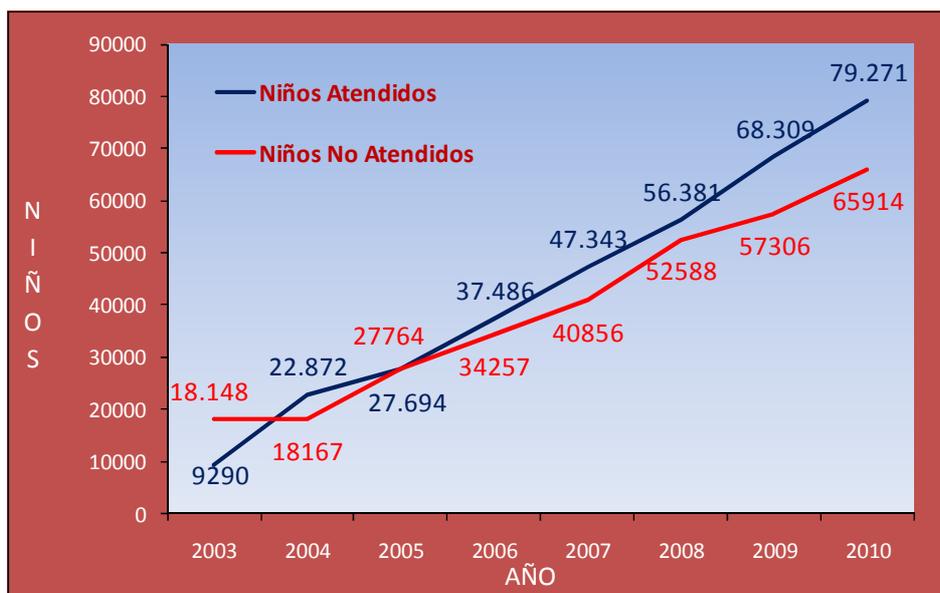
**TABLA 21:** Comparativa (%) entre los niños que acuden a los dentistas públicos / privados, y porcentaje de dentistas públicos / privados del PADI.

En la GRÁFICA 31 se muestra la evolución de la población diana y del nº de usuarios que tienen dentista de cabecera asignado. Hay un incremento de la población diana, como corresponde a la etapa incremental analizada (2003-2010) que pasan de los 27.438 iniciales a los 145.185 en el último año estudiado (dato deducido de manera indirecta), y por tanto de los usuarios que han sido atendidos libremente por alguno de los dentistas del cuadro facultativo ofertado anualmente. Aunque es levemente mayor la tendencia al alza de esta población diana en comparación con la de los usuarios atendidos.



**GRÁFICA 31:** Comparativa de la evolución de la población diana y los usuarios atendidos durante los años 2003-20010. La población diana de los años 2009 y 2010 no se han suministrado por el SMS, siendo deducidos de manera indirecta.

En cuanto a los niños que no han sido atendidos en el Programa, destacar que para el año 2003, los no atendidos (18.148) duplicaban en número a los atendidos (9290). Esta situación cambia ocho años después (año 2010), donde los no atendidos son 65.914, y los niños atendidos superan esta cifra (79.271) (ver GRÁFICA 32).



**GRÁFICA 32:** Comparativa de la evolución del número de usuarios que tiene asignado dentista de cabecera con los que no lo tienen.

Se vuelve a manifestar, excepto en el primer año de puesta en marcha del PADI, que es mayor el número de usuarios que tienen asignado dentista de cabecera que los que no lo tienen, aunque las cifras tienen valores cercanos, pese al incremento anual sufrido, de esperar en la etapa incremental del Programa.

### **IV.2.2. Cobertura por las diferentes Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia**

En las siguientes TABLAS 22, 23, 24, 25, 26 Y 27 se ha detallado el número de usuarios que ha acudido a dentistas habilitados privados, dentistas públicos que ejercen en la Unidades de Salud Bucodental, total de niños atendidos y cobertura que supone (usuarios que tienen asignado un dentista de cabecera dividido por la población diana). Estos datos se han mostrado según las diferentes Áreas de Salud en las que está dividido la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

En el año 2010 el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia sufrió un cambio, pasando de 6 Áreas de Salud en las que se dividía la Región de Murcia desde el año 1986, a las 9 en que se dividen desde el año 2010. Se han analizado únicamente las 6 Areas de Salud en las que estaba dividida la Región de Murcia al comienzo del Programa de Salud Bucodental Infantil en el año 2003:

- Área de Salud I: Murcia
- Área de Salud II: Cartagena
- Área de Salud III: Lorca
- Área de Salud IV: Noroeste
- Área de Salud V: Altiplano
- Área de Salud VI: Vega del Segura

Las Áreas de Lorca, Noroeste y Altiplano no se han visto afectadas por esta modificación, por lo que únicamente de estas tres áreas se han aportado los datos correspondientes al ejercicio 2010. Las Áreas de Murcia, Cartagena y Vega del Segura sí se han visto afectadas por esta modificación, por lo que no hemos incluido los datos del ejercicio 2010 por no ser comparables (BORM nº 103, 2009).

En la TABLA 22 se muestran los datos de la distribución de la cobertura del PADI en el Área de Salud I: Murcia. Se observa que hay un incremento de los usuarios atendidos tanto por los dentistas del sector público como del sector privado pasando del año 2004 de 921 y 7979 niños atendidos respectivamente, a 3019 y 22379 niños atendidos respectivamente en el año 2009. Es mayoritaria la asistencia al sector privado, oscilando su porcentaje desde un 86´8 % en el año 2006 hasta un 89,7 % en el año 2004. Por el contrario, la asistencia a los dentistas públicos de las Unidades de Salud bucodental sólo oscila desde un 11,3 % en el año 2004 hasta un 13,2 % en el año 2006.

Siempre han sido más los niños atendidos que los no atendidos, desde un 50,4 % de los niños con derecho a asistencia con cargo al PADI en el año 2008 hasta un 53,5 % de cobertura en el año 2004.

Los datos numéricos referentes a los años 2003, 2005 y 2007 no han sido suministrados por la Coordinación del Programa. Esta Área fue afectada por la modificación del Mapa Sanitario de la CARM en el año 2010, por lo que no se pueden comparar los datos.

<b>AÑO</b>	<b>PRIVADO</b>	<b>PRIVADO</b>	<b>PUBLICO</b>	<b>PÚBLICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>COBERTURA</b>
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>		<b>(%)</b>
<b>2003*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2004</b>	7979	89,7	921	10,3	8900	53,5
<b>2005*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2006</b>	12597	86´8	1924	13´2	14521	52
<b>2007*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2008</b>	18273	87,4	2647	12,7	20920	50,4
<b>2009</b>	22379	88,1	3019	11,9	25398	52,9

**TABLA 22:** Distribución de la cobertura del PADI en el Área de Salud I: Murcia.

(\*) Años de los cuales el SMS no ha facilitado datos.

En la TABLA 23 se muestran los datos de la distribución de la cobertura del PADI en el Área de Salud II: Cartagena. Se constata que durante la etapa incremental del Programa se ha producido un aumento de los niños que lo han utilizado. Así, los usuarios que escogieron la opción del sector privado habilitado pasaron de 3.036 niños en el año 2004 a 11.390 en el año 2009, mientras que los usuarios que escogieron la opción del sector público pasaron de 1.047 en el año 2004 a 4.696 en el año 2009. El sector privado atendió a más niños que el sector público, desde un 69,4 % en el año 2008 hasta un 74,4 % en el año 2004. El sector público atendió desde un 25,6 % de los niños en el año 2004 hasta un 30,6 % en el año 2008.

En cuanto a la cobertura en este Área, nunca han sido más los niños atendidos que los que no usaron el PADI. Se ha oscilado desde sólo un 38 % de niños atendidos con respecto a los que tienen derecho a su asistencia en el año 2006, hasta un 49,99 % en el año 2009.

Los datos de los años 2003, 2005 y 2007 no han sido suministrados por la Coordinación del Programa. Este Área fue afectada también por la modificación del Mapa Sanitario de la CARM en el año 2010, por lo que no se pueden comparar los datos de este año.

<b>AÑO</b>	<b>PRIVADO</b>	<b>PRIVADO</b>	<b>PUBLICO</b>	<b>PÚBLICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>COBERTURA</b>
	<i>(n)</i>	<i>(%)</i>	<i>(n)</i>	<i>(%)</i>		<i>(%)</i>
<b>2003*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2004</b>	3036	74,4	1047	25,6	4083	25,6
<b>2005*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2006</b>	5346	72	2075	28	7421	28
<b>2007*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2008</b>	9121	69,4	4031	30,6	13152	30,6
<b>2009</b>	11390	70,8	4696	29,2	16086	29,2

**TABLA 23:** Distribución de la cobertura del PADI en el Área de Salud II: Cartagena.

(\*) Años de los cuales el SMS no ha facilitado datos.

A continuación se exponen la distribución de la cobertura del Área III: Lorca. Hay un incremento en los datos intermitentes que nos ha proporcionado la Coordinación del Programa de los niños atendidos en el periodo incremental estudiado, tanto del sector público, como del sector privado. En el primer caso, los dentistas de las USB públicos atendieron en el año 2004 a 1.214 hasta 1.552 niños en el año 2009. Por el contrario, el incremento de niños atendidos en el sector privado fue mucho mayor, pasando de 2.067 usuarios en el año 2004 hasta 7.598 usuarios en el año 2009 (ver TABLA 24).

Con respecto a la elección de los usuarios por el profesional que les debía atender en Lorca ha sido desde el principio mayoritaria la opción del sector privado habilitado, con un crecimiento anual, pasado del inicial 63 % en el año 2004 a un 84 % en el año 2010. En el caso de los dentistas públicos, su cuota de atención a los niños ha tenido un decrecimiento anual desde un 37 % en el año 2004 a un 16 % en el año 2010.

La cobertura en el Área de Lorca no ha sido uniforme a lo largo de los años de los cuales hemos obtenido datos. En el año 2004 alcanzó la cifra del 68 %, la máxima obtenida, en el año 2006 decreció hasta el 41 %, la mínima de los datos obtenidos, pasando a un 57,5 % en el año 2010.

Los datos de los años 2003, 2005 y 2007 no han sido suministrados por la Coordinación del Programa, y los del año 2010 son incompletos. Este Área no fue afectada por la modificación del Mapa Sanitario de la CARM en el año 2010.

<b>AÑO</b>	<b>PRIVADO</b>	<b>PRIVADO</b>	<b>PUBLICO</b>	<b>PÚBLICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>COBERTURA</b>
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>		<b>(%)</b>
<b>2003*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2004</b>	2067	63	1214	37	3281	68
<b>2005*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2006</b>	2724	72	1060	28	3784	41
<b>2007*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2008</b>	6391	82,6	1343	17,4	7734	53,3
<b>2009</b>	7598	83	1552	17	9150	58,6
<b>2010</b>	-	84	-	16	-	57,6

**TABLA 24:** Distribución de la cobertura del PADI en el Área de Salud III: Lorca. 2010 incompleto

(\*) Años de los cuales el SMS no ha facilitado datos.

El siguiente área a analizar es el Área de Salud IV: Noroeste. Se observa un incremento en el número de usuarios que han utilizado las prestaciones del Programa conforme transcurría el periodo estudiado, pasando de los casi mil usuarios en el año 2004 a más de tres mil usuarios en el caso de los dentistas privados en el año 2009. En el caso de los dos dentistas que dispensan asistencia pública en las Unidades de Salud Bucodental de esta Área, atendieron a menos de 200 niños en el año 2004, pasando esta cifra a 565 en el año 2009 (ver TABLA 25).

La distribución de la asistencia en el Noroeste se decantó mayoritariamente por el sector privado, teniendo un mínimo del 82,3 % en el año 2008 y un máximo del 88 % en el año 2006. En el caso de los dentistas públicos, atendieron a un mínimo del 12 % de los usuarios que utilizaron el Programa en el año 2006, y hasta un máximo del 17,7 % de los usuarios en el año 2008.

Los datos de los años 2003, 2005 y 2007 no han sido suministrados por la Coordinación del Programa, y los del año 2010 son incompletos. Este Área no fue afectada por la modificación del Mapa Sanitario de la CARM en el año 2010.

<b>AÑO</b>	<b>PRIVADO</b>	<b>PRIVADO</b>	<b>PUBLICO</b>	<b>PÚBLICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>COBERTURA</b>
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>		<b>(%)</b>
<b>2003*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2004</b>	993	83,7	193	16,3	1186	68,6
<b>2005*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2006</b>	2028	88	276	12	2304	64,3
<b>2007*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2008</b>	2554	82,3	548	17,7	3102	55
<b>2009</b>	3118	84,7	565	15,3	3683	57,39
<b>2010</b>	-	86	-	14	-	59

**TABLA 25:** Distribución de la cobertura del PADI en el Área de Salud IV: Noroeste. 2010 incompleto.

(\*) Años de los cuales el SMS no ha facilitado datos.

En la tabla 26 se exponen los datos de distribución de la cobertura en el Área de Salud V: Altiplano. El número de usuarios atendidos en cada ejercicio ha aumentado tanto en el sector público como en el privado. En el primer caso, el único dentista del sector público del Área sólo atendió a 42 niños en el año 2004, aumentando levemente esta cifra en el año 2009 (78 niños). Sin embargo, los dentistas privados atendieron desde 1.302 niños en el año 2004 hasta 3.636 niños en el año 2009.

Por lo tanto, la distribución de la asistencia dispensada en este Área del Altiplano se decantó casi exclusivamente por el sector privado con una leve oscilación, desde un 96,9 % en el año 2004 hasta un 98,3 % en el año 2006. Es residual el porcentaje de niños que eligieron la asistencia pública, variando de un 1,7 % en el año 2006 hasta un 3,1 % en el año 2004.

Los datos de los años 2003, 2005 y 2007 no han sido suministrados por la Coordinación del Programa, y los del año 2010 son incompletos. Este Área tampoco fue afectada por la modificación del Mapa Sanitario de la CARM en el año 2010.

<b>AÑO</b>	<b>PRIVADO</b>	<b>PRIVADO</b>	<b>PUBLICO</b>	<b>PÚBLICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>COBERTURA</b>
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>		<b>(%)</b>
<b>2003*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2004</b>	1302	96,9	42	3,1	1344	62,4
<b>2005*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2006</b>	2666	98,3	46	1,7	2712	78
<b>2007*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2008</b>	3178	98	65	2	3243	63,4
<b>2009</b>	3636	97,9	78	2,1	3714	66,8
<b>2010</b>	-	97,6	-	2,4	-	64,8

**TABLA 26:** Distribución de la cobertura del PADI en el Área de Salud V: Altiplano. 2010 incompleto.

(\*) Años de los cuales el SMS no ha facilitado datos.

Por último, el Área de Salud VI: Vega Del Segura ha también un incremento constante de los usuarios atendidos por los profesionales integrados en el cuadro ofertado por el PADI. Con respecto a los dentistas del sector público, pasaron de atender de 433 niños en el año 2004 a incrementar esta cifra a algo más de mil niños en el año 2009. Por su parte, los dentistas del sector privado, atendieron a 2.326 usuarios en el año 2004, pasando a ser 9.225 los niños atendidos en el año 2009 (ver TABLA 27).

Los dentistas de las distintas USB públicas de esta Área fueron elegidos minoritariamente por los usuarios que utilizaron el PADI, desde un mínimo 9 % en el año 2006 hasta un máximo del 15,7 % en el año 2004. Los dentistas privados atendieron desde un 84,3 % de los usuarios en el año 2004 a un máximo del 91 % de los usuarios en el año 2009.

En la Vega del Segura, siempre fueron más los niños atendidos que los que no usaron el PADI. Su cobertura varió desde un 50,4 % en el año 2004 a un 65 % en el año 2006.

Los datos de los años 2003, 2005 y 2007 no han sido suministrados por la Coordinación del Programa. Este Área sí fue afectada por la modificación del Mapa Sanitario de la CARM en el año 2010, por lo que no se pueden comparar los datos de este año.

<b>AÑO</b>	<b>PRIVADO</b>	<b>PRIVADO</b>	<b>PUBLICO</b>	<b>PÚBLICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>COBERTURA</b>
	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>		<b>(%)</b>
<b>2003*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2004</b>	2326	84,3	433	15,7	2759	50,4
<b>2005*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2006</b>	5871	91	581	9	6452	65
<b>2007*</b>	-	-	-	-	-	-
<b>2008</b>	7360	89,4	870	10,6	8230	52,8
<b>2009</b>	9225	89,8	1053	10,2	10278	56,8

**TABLA 27:** Distribución de la cobertura del PADI en el Área de Salud VI: Vega del Segura.

(\*) Años de los cuales el SMS no ha facilitado datos.

Después de analizar cada una de las 6 Áreas de Salud (A.S.) que componían el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) hasta el año 2009, vamos a comparar la distribución de la asistencia dispensada por los profesionales del cuadro ofertado por el PADI (privado o público), así como la cobertura entre todas las A.S. y los datos totales de la CARM.

Al observar la comparación de la distribución de la asistencia dispensada por los dentistas privados de las diferentes Áreas de Salud y del conjunto de la CARM, se confirma que es en el Área de Salud V: Altiplano, donde mayor peso tiene este sector en la dispensación de la asistencia del PADI, estando siempre por encima de la media de la CARM. En el año 2008 la diferencia fue de 17 puntos con respecto a los datos obtenidos en el conjunto de la CARM. Por el contrario, dentro de las diferentes Áreas de Salud, donde menos peso tiene el sector privado en la asistencia a los niños del Programa, es en Cartagena (A.S. II) y Lorca (A.S. III). En Cartagena siempre se ha estado por debajo de la media de la CARM, llegando a estar 13.2 puntos por debajo de la media global. En Lorca sólo en el año 2008 se estuvo 1.6 puntos por encima de la media de la Región, pero llegando en el año 2004 a estar 17.3 puntos por debajo (ver TABLA 28).

No han sido facilitados los datos de las diferentes A.S por parte de la Coordinación del Programa de los años 2003, 2005 y 2007. En el año 2010 solo se han podido comparar Lorca (A.S.III), Noroeste (A.S. IV) y Altiplano (A.S. V) por ser las únicas no afectadas por el cambio del Mapa Sanitario de la CARM vigente desde este año.

AÑO	A.S. I*	A.S. II*	A.S. III	A.S. IV	A.S. V	A.S. VI*	C.A.R.M.
2003**	-	-	-	-	-	-	78,6
2004	89,7	74,4	63	83,7	96,9	84,3	80,3
2005**	-	-	-	-	-	-	83
2006	86,8	72	72	88	98,3	91	83,5
2007**	-	-	-	-	-	-	85,5
2008	87,4	69,4	82,6	82,3	98	89,4	81
2009	88,1	70,8	83	84,7	97,9	89,8	84
2010	-	-	84	86	97,6	-	85

**TABLA 28:** Distribución de la asistencia, en %, de los dentistas privados en las 6 Áreas de Salud en las que estaba dividida la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en el año 2003 y la media de la CARM.

(\*) A.S. no comparables en el año 2010, por estar afectadas por el cambio de Mapa Sanitario CARM.

(\*\*) Años de los cuales el SMS no ha facilitado datos.

En la TABLA 29 se compara el peso que han tenido los dentistas públicos de las diferentes Unidades de Salud Bucodental que prestan sus servicios en cada una de las 6 A.S. en la dispensación de la asistencia del Programa en los 8 años afectados. Se observa que es residual la asistencia que presta el único dentista público del PADI del Altiplano (A.S. V), con un máximo de 17 puntos por debajo de la media de la CARM. En el A.S. II y A.S. III es donde que mayor peso han sido su asistencia en el PADI. En Cartagena (A.S. II) es donde el peso de la asistencia de los dentistas públicos siempre ha estado por encima de la media de la CARM, llegando a ser esta diferencia de 17 puntos en el año 2008. En el A.S. III (Lorca), excepto en el año 2008, con 1.6 puntos por debajo, también ha estado por encima de la media en el peso de la asistencia de los dentistas públicos de la Región, con un máximo de 17.3 puntos más.

No han sido facilitados los datos de las diferentes A.S por parte de la Coordinación del Programa de los años 2003, 2005 y 2007. En el año 2010 solo se han podido comparar Lorca (A.S.III), Noroeste (A.S. IV) y Altiplano (A.S. V) por ser las únicas no afectadas por el cambio del Mapa Sanitario de la CARM vigente desde este año.

<b>AÑO</b>	<b>A.S. I*</b>	<b>A.S. II*</b>	<b>A.S. III</b>	<b>A.S. IV</b>	<b>A.S. V</b>	<b>A.S. VI*</b>	<b>C.A.R.M.</b>
<b>2003**</b>	-	-	-	-	-	-	21,4
<b>2004</b>	10,3	25,6	37	16,3	3,1	15,7	19,7
<b>2005**</b>	-	-	-	-	-	-	17
<b>2006</b>	13,2	28	28	12	1,7	9	16,5
<b>2007**</b>	-	-	-	-	-	-	14,5
<b>2008</b>	12,7	30,6	17,4	17,7	2	10,6	19
<b>2009</b>	11,9	29,2	17	15,3	2,1	10,2	16
<b>2010</b>	-	-	16	14	2,4	-	15

**TABLA 29:** Distribución de la asistencia, en %, de los dentistas privados en las 6 Áreas de Salud en las que estaba dividida la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en el año 2003 y la media de la CARM.

(\*) A.S. no comparables en el año 2010, por estar afectadas por el cambio de Mapa Sanitario CARM.

(\*\*) Años de los cuales el SMS no ha facilitado datos.

Por último, se compara la cobertura del Programa de Asistencia Bucodental Infantil entre las diferentes Áreas de Salud en las que se dividía Mapa Sanitario de la CARM al inicio del periodo objeto de este estudio (2003) y la media de la CARM (ver TABLA 30).

Se observa que es en Cartagena (A.S. II) donde la cobertura dispensada por el Programa ha sido la menor de todas las A.S., siendo siempre menos los niños atendidos que los que no usaron el programa. Esta diferencia llegó a estar 30.1 puntos por debajo de la media de la CARM.

En el A.S. IV y A.S. V es donde la cobertura del PADI ha sido mayor, estando sus cifras en ambas por encima de la media de la Región. En el Noroeste (A.S. IV) en el año 2004 esta diferencia fue de hasta 12.9 puntos por encima. En el Altiplano (A.S. V), llegó a tener una diferencia máxima de 15.7 puntos por encima de la media de la CARM.

<b>AÑO</b>	<b>A.S. I</b>	<b>A.S. II</b>	<b>A.S. III</b>	<b>A.S. IV</b>	<b>A.S. V</b>	<b>A.S. VI</b>	<b>C.A.R.M.</b>
<b>2003*</b>	-	-	-	-	-	-	34
<b>2004</b>	53,5	25,6	68	68,6	62,4	50,4	55,7
<b>2005*</b>	-	-	-	-	-	-	50
<b>2006</b>	52	28	41	64,3	78	65	52,3
<b>2007*</b>	-	-	-	-	-	-	53,7
<b>2008</b>	50,4	30,6	53,3	55	63,4	52,8	52
<b>2009</b>	52,9	29,2	58,6	57,39	66,8	56,8	54,3
<b>2010</b>	-	-	57,6	59	64,8	-	54,6

**TABLA 30:** Cobertura de la asistencia del dispensada por el PADI, en %, en las 6 Áreas de Salud en las que estaba dividida la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en el año 2003 y la media de la CARM.

(\*) A.S no comparables en el año 2010, por estar afectadas por el cambio de Mapa Sanitario CARM.

(\*\*) Años de los cuales el SMS no ha facilitado datos.

**IV.2.3. Asistencia preventiva y reparadora dispensada por el PADI**

La asistencia preventiva y reparadora dispensada por el PADI se ha obtenido de las evaluaciones anuales proporcionadas por la Coordinación del Programa. Se presentan los tratamientos especiales y los básicos por separado realizados durante los ocho años del estudio (2003-2010).

En la TABLA 31 y TABLA 32 se muestra el número de tratamientos realizados en cada uno de los diferentes “tratamientos especiales” incluidos en el Programa.

En primer lugar, en la TABLA 31, se observa un grupo de tratamientos especiales que apenas son realizados por los dentistas privados habilitados. Los tratamientos efectuados se han ido incrementando, lógico de la etapa incremental analizada (2003-2010). La extracción de supernumerarios erupcionados en el año 2007 pasa a estar integrado dentro de los tratamientos especiales, por lo que a partir de este año no aparece ningún dato de ellos. No coinciden las cifras de las endodoncias realizadas en el grupo anterior por traumatismo o malformación con las obturaciones post-endodoncias y los pernos prefabricados intraradiculares por los mismos motivos. Como ejemplo, en el año 2003 se hicieron 3 endodoncias, 2 obturaciones y 2 pernos, en el 2006 fueron 49, 0 y 4 respectivamente, y en el 2010 estos datos coincidieron con 55, 28 y 29 respectivamente.

<b>AÑO</b>	<b>FERULIZACION I-C</b>	<b>EXTRACION SUPER- NUMERARIO</b>	<b>PROTECCION PULPAR DIRECTA</b>	<b>ENDODONCIA I-C POR TRAUMATISMO</b>	<b>PERNO PREFABRICADO</b>	<b>OBTURACION I-CV POST- ENDODONCIA</b>	<b>APICO- FORMACION</b>	<b>REIMPLANTE DENTARIO</b>
<b>2003</b>	1	3	2	3	0	2	0	0
<b>2004</b>	2	9	13	7	4	1	6	1
<b>2005</b>	-	14	21	-	-	3	5	-
<b>2006</b>	-	10	-	49	4	-	11	-
<b>2007</b>	7	0	26	36	8	-	8	-
<b>2008</b>	20	0	32	53	8	21	14	2
<b>2009</b>	14	0	41	44	21	25	22	4
<b>2010</b>	53	0	55	55	29	28	14	4

**TABLA 31:** Tratamientos especiales realizados durante el periodo analizado (2003 -2010).

La TABLA 32 muestra otro grupo de tratamientos especiales que han sido realizados en mayor número que los anteriores. También aquí observamos el incremento anual de estos tratamientos especiales efectuados, en consonancia al periodo incremental en el que nos encontramos.

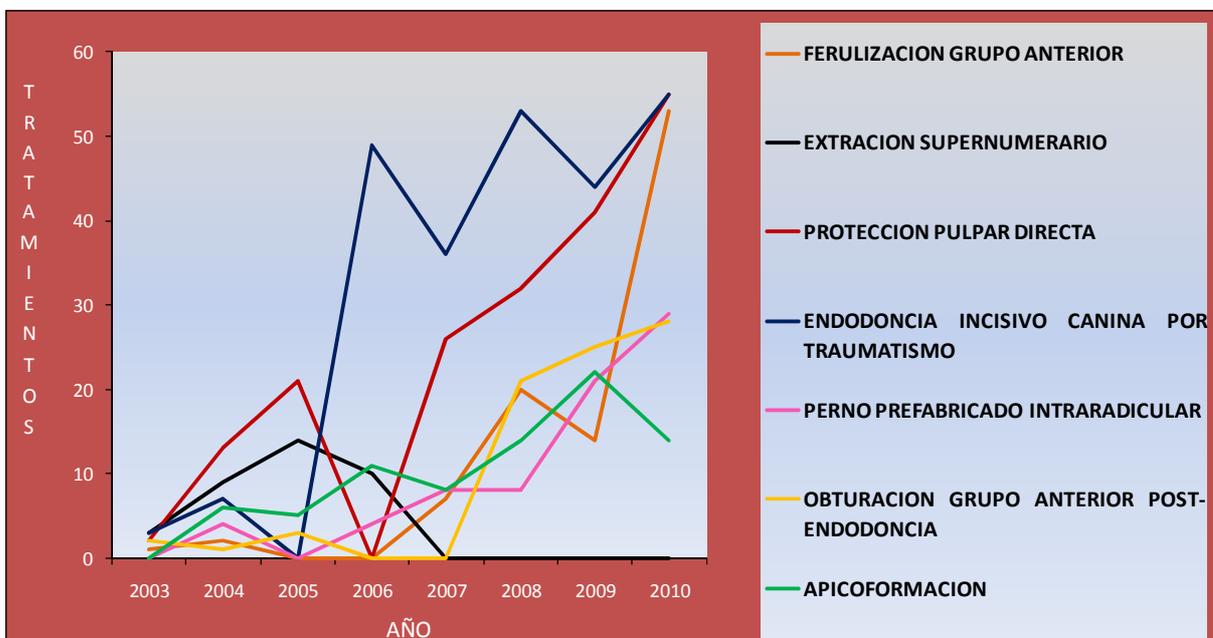
Hay tres tratamientos que se han incluido después del inicio del Programa en el año 2003. En el año 2007 se empiezan a realizar las obturaciones de molares en situación especial, y en el año 2008 la obturación de incisivos, caninos y premolares por caries además de la endodoncia y posterior obturación de estas mismas piezas por las mismas causas. La endodoncia de molar permanente es el tratamiento que mayor crecimiento ha tenido desde su inicio, realizándose 3.289 tratamientos en el año 2010. El siguiente tratamiento más realizado desde su inicio es la obturación de incisivos, caninos y premolares por caries, con 2.681 tratamientos autorizados en el año 2010. Coincide que los 2 tratamientos más efectuados fueron incluidos en el catálogo de prestaciones especiales en el curso del desarrollo de la etapa incremental estudiada. El tercer tratamiento en realizarse es la reconstrucción incisivo-canina, incluida desde el inicio del PADI, con 1.392 autorizaciones en el año 2010.

<b>AÑO</b>	<b>ENDODONCIA MOLAR PERMANETE</b>	<b>RECONSTRUCCION I-C</b>	<b>OBTURACION MOLAR PERMANENTE EN SITUACION ESPECIAL</b>	<b>OBTURACION I - C - PM POR CARIES</b>	<b>ENDODONCIA I - C - PM POR CARIES CON RECONSTRUCCION</b>	<b>ORTOPANTO.</b>
<b>2003</b>	14	22	0	0	0	-
<b>2004</b>	19	82	0	0	0	60
<b>2005</b>	65	198	0	0	0	173
<b>2006</b>	125	326	0	0	0	160
<b>2007</b>	259	416	185	0	0	289
<b>2008</b>	435	703	1178	490	49	280
<b>2009</b>	435	919	1981	890	116	619
<b>2010</b>	1135	1392	3289	2681	241	520

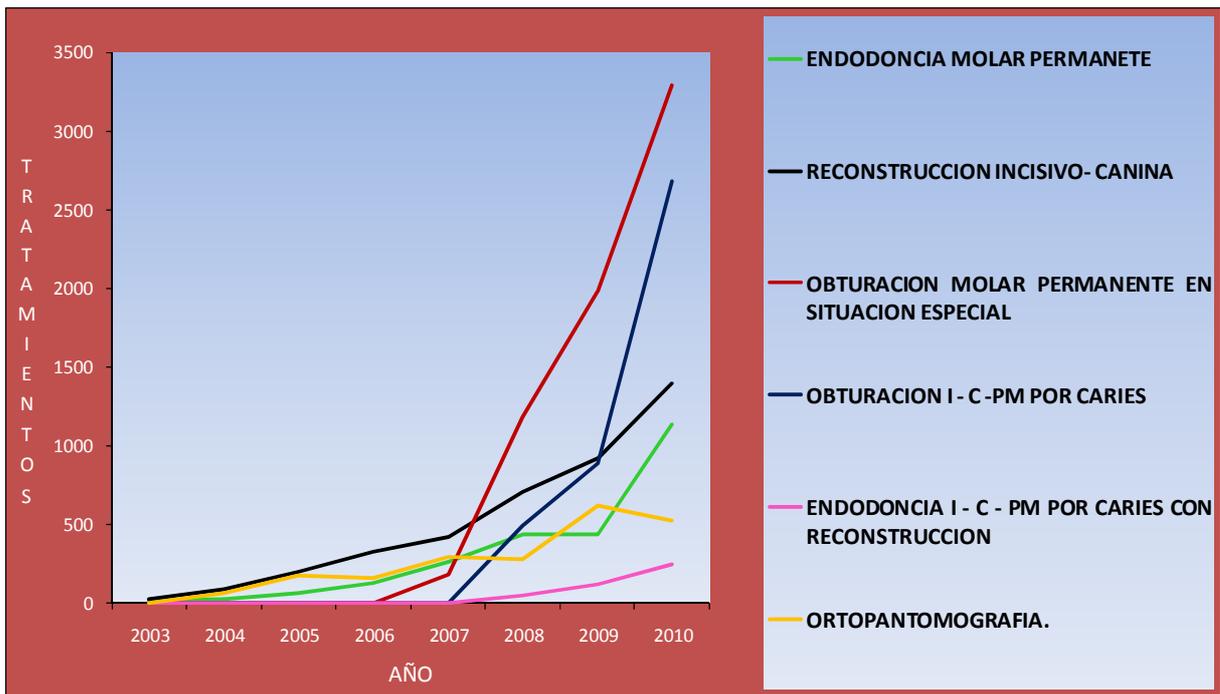
**TABLA 32:** Tratamientos especiales realizados durante el periodo analizado (2003 -2010).

Estos mismos datos expuestos anteriormente de los tratamientos especiales autorizados y efectuados se muestran en las en la GRÁFICA 33 y GRÁFICA 34. En la primera de las gráficas (GRÁFICA 33) se confirma la evolución de este grupo de tratamientos especiales con poca relevancia por el escaso número de tratamientos efectuados (siempre menor a 60). En general tienen, aunque de manera intermitente, una tendencia al alza, como corresponde a esta etapa incremental del Programa. Dentro de este grupo, los más realizados en el año 2010 son endodoncia incisivo-canina, protección pulpar directa y ferulización del grupo anterior, que en ninguno de los casos superan los 60 tratamientos autorizados y efectuados.

En la segunda gráfica (GRÁFICA 34), donde se muestra la evolución del grupo de tratamientos especiales más efectuados, hay que destacar las obturaciones de los molares permanentes en situación especial, en el año 2007 con 185 solicitudes aceptadas, ascendiendo este valor hasta 3.289 para el año 2010, y las obturaciones de incisivos, caninos y premolares por caries, que en su primer año de aparición en el año 2008 fueron 490, dos años después (2010) ascendieron a 2.681. El tercer tratamiento más efectuado (reconstrucción incisivo – canina) ha tenido una evolución con menor tendencia al alza, con 22 tratamientos en el año 2003, y 1.392 en el año 2010.



**GRÁFICA 33:** Evolución de los tratamientos especiales. Realizados durante los años 2003 - 2010.



**GRÁFICA 34:** Evolución de los tratamientos especiales. Realizados durante los años 2003 - 2010.

Al analizar la TABLA 33, se observa, que el examen bucal obligatorio, no en todos los años es realizado al 100 % de los pacientes atendidos, como en el año 2009, donde solo fueron examinados el 86,2 % de los usuarios. En el último año, 2010, hay una brusca disminución de los pacientes a los que se les ha aplicado flúor (47,8 %), selladores de fisuras (16,3 %) y educación sanitaria (32,4 %), pilares de la prevención. Hemos de recordar que el concepto de sellador de fisuras se amplió de molares permanentes al incluir también los premolares en el año 2010, siempre y cuando el riesgo de caries así lo indique.

En cuanto a los tratamientos reparadores obturación de molares permanentes, ha variado desde un 15 % en el año 2003 hasta un 14,6 % para el año 2010, con picos del 19 % en los años 2008 y 2009, por lo que permanece relativamente estable. Hemos de recordar, como se ha expuesto anteriormente, que desde el año 2007 existe la obturación de molares en situación especial con un gran crecimiento en el número de piezas a las que se les realizó este tratamiento, por lo que, en realidad el porcentaje de pacientes con obturaciones en sus molares permanentes es mayor que el aquí reflejado.

AÑO	FLUOR	SELLADOR DE FISURAS	OBTURACION MOLAR PERMANENTE	EXODONCIA	TARTECTOMIA	EDUCACION SANITARIA	EXAMEN BUCAL	RX SIMPLE
2003	65,52	35	15	10,15	5,55	86,34	100	-
2004	77,6	33,2	10	5	3,7	93,5	-	-
2005	66,4	25,3	11,42	17,5	7,1	89,19	-	-
2006	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-	100	-
2008	76,2	38	19	17,5	7,1	70,6	91	2
2009	76	38	19	17	7	70	86,2	2
2010	47,8	16,3	14,6	5,8	3	32,4	100	1,2

**TABLA 33:** Tratamientos básicos efectuados (en %), durante los 8 años de estudio (2003 -2010). Datos incompetos.

Otro grupo de tratamientos dentro de la asistencia dispensada con cargo al PADI, son los denominados tratamientos “especiales bajo anestesia o sedación”. En la GRÁFICA 35 se muestra la evolución de los tratamientos efectuados a lo largo de los 8 años de estudio.

Se comprueba cómo ha habido una tendencia al alza de los tratamientos bajo anestesia general o sedación en pacientes en situación especial, lógico en un periodo incremental como el analizado, pasando de los 2 autorizados y realizados en el año 2003 hasta un máximo de 48 en el año 2009. Si desechamos el año 2003, por ser el primer año de aplicación del Programa, ha habido dos repuntes. Entre el año 2005 (11 tratamientos con anestesia) y 2006 (20 tratamientos con anestesia) hubo un crecimiento del 182 %, y entre el año 2008 (27 tratamientos con anestesia) y el año 2009 (48 tratamientos con anestesia) hubo un crecimiento del 178 %. Sin embargo, en el año 2010 esta tendencia se modificó, con un descenso entre el año 2009 (48 tratamientos) y el año 2010 (41 tratamientos) del 15 %.



GRÁFICA 35: Tratamientos especiales bajo anestesia general o sedación el periodo 2003-2010.

## **V. DISCUSIÓN**

### V. DISCUSIÓN

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. Bien es cierto que no provoca mortalidad de forma directa, pero a nivel local puede provocar efectos de tipo estético, funcional e infeccioso, pudiendo alterar la función a nivel sistémico, sobre todo por procesos infecciosos.

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.

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 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.

Las medidas preventivas disponibles a nivel bucodental son las siguientes:

- Educación sanitaria
- Uso del flúor en todas sus formas (abastecimiento de aguas públicas, dentífricos, aplicaciones tópicas profesionales o individuales, aportaciones sistémicas
- Recomendaciones dietéticas destinadas a reducir el consumo de hidratos de carbono refinados entre comidas
- Aplicación de tratamientos preventivos: sellado de fisuras en primeros y segundos molares
- Revisión periódica por el odontólogo

La aplicación de medidas ya no preventivas sino restauradoras han sido añadidas a estos programas, como las obturaciones, evitando de esta manera la exodoncia precoz.

## **V.1 EVALUACIÓN DEL PROCESO**

### **V.1.1. La oferta del PADI a la población diana en cada ejercicio**

La evaluación del proceso nos ha confirmado que, el periodo incremental estudiado desde el inicio del Programa en el año 2003 hasta la finalización del mismo en el año 2010, donde deberían estar incluidas todas las cohortes previstas en la Orden inicial del Programa del 27 de diciembre del 2002, se ha desarrollado según lo previsto, dando cobertura a todas ellas en tiempo y forma (BORM nº 13, 2003). Se ha implantado correctamente el Programa de Asistencia Bucodental Infantil en la Región de Murcia, ya que se exponía que su desarrollo sería de forma gradual, a partir del primer día del año 2003, con las cohortes de 6 y 7 años que permanecerán en el mismo hasta el día que cumpliesen 15 años, y en los sucesivos años se irían incorporando las cohortes que alcanzasen los 6 años con las mismas condiciones, estipulaciones que se han cumplido.

Esto se corrobora en el Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia bucodental infantil, entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia, en virtud de la Disposición Adicional primera de la citada Orden, para la implantación de esta prestación en las condiciones que ella determina, firmada por el Presidente de Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud y el Presidente del Colegio el día 7 de febrero de 2003. Para ese año se confirma la prestación para los niños con derecho a asistencia sanitaria con cargo al Servicio Murciano de Salud, que cumplan 6 o 7 años durante ese ejercicio, y que continuarán integrados en el Programa en los años sucesivos hasta alcanzar la edad de 15 años. Posteriormente, en las sucesivas Clausulas Adicionales firmadas anualmente por el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud y el Presidente del Colegio de Dentistas, se ha ido prorrogando tácitamente dicho Convenio de Colaboración, en la estipulación Segunda: Actividad asistencial, se expresa tácitamente que en el año de cada Clausula se atenderá en el Programa a los niños adscritos en el año anterior más los que en ese año cumplan 6 años de edad, según el Convenio y la Orden inicial, es decir hasta cumplir los 15 años (Consejería de Sanidad y Consumo, 2004a, 2005a, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2010a, 2011a).

Por lo tanto, en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, el rango etario cubierto es de 6 a 14 años.

En este capítulo dedicado a la discusión, las comparaciones de los resultados obtenidos del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia, se han realizado con las CC.AA.

que tienen un modelo PADI similar, con financiación pública, provisión mixta (público privada), libre elección del profesional y pago mixto (por capitación los tratamientos básicos y por acto médico los tratamientos especiales), como son las CC.AA. de: Andalucía, Aragón, Baleares, Extremadura, Navarra y País Vasco. Canarias no ha sido incluida debido a que su inicio fue en el año 2008 (Rosell 2008, tesis). Además, se hará una especial comparación con el PADI del País Vasco por dos motivos fundamentalmente: Ser la pionera en este tipo de programas preventivos en España, y en la actualidad pública informes oficiales de evaluación, obteniendo así más datos.

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia no es la CC.AA. que más amplitud tiene en el rango etario (6-14 años). Navarra es la que mayor número de cohortes cubre, abarcando desde los 6 a los 18 años de edad, seguida de comunidades como Andalucía o Aragón, que abarcan desde los 6 a los 16 años, por lo que se podría plantear, cuando las condiciones económicas y políticas sean favorables, la ampliación del PADI en Murcia hasta, como mínimo los 16 años, afianzando la filosofía preventiva del PADI aún más en los jóvenes de la Región de Murcia. La edad de comienzo, 6 años, al igual que la mayoría de las CC.AA. creemos que es la correcta, al ser la edad media de inicio de recambio dentario, fecha ideal para iniciar un programa preventivo sobre la dentición definitiva. El PADI del País Vasco es el único que comienza con la cohorte de 7 años (ver TABLA 34) (Consejería de Sanidad y Consumo de la CARM, 2011 b).

COMUNIDAD AUTONOMA	ANDALUCIA	ARAGÓN	BALEARES	EXTREMADURA	MURCIA	NAVARRA	P. VASCO
COHORTES	6-16	6-16	6-15	6-14	6-14	6-18	7-15

**TABLA 34:** Cohortes cubiertas en las distintas CC.AA. con sistema PADI.

Es sabido que las CC.AA. pioneras en implantar programas similares de prevención en materia de salud bucodental infantil en España fueron el País Vasco en el año 1990 y Navarra en el año 1991, con todas las dificultades que supone ser pionero en algo, sobre todo si se trata de un programa preventivo, y más a nivel bucodental, del cual no teníamos ninguna tradición en España. Esta falta de tradición abarca no sólo a los usuarios y los profesionales que desarrollamos nuestra labor en el ámbito odonto-estomatológico, sino también a las autoridades políticas y administrativas. El que un dentista sea quién dirigía este tipo de programas no fue bien aceptado, como le ocurrió al Servicio Dental Comunitario, poco después de su creación en el PADI del País Vasco. También se tuvo que enfrentar al propio Colegio de Dentistas del País Vasco, que en un principio no supo entender el PADI y su implicación (Simón, 2003).

En Murcia, el PADI, tal y como lo está en la actualidad nuestra Comunidad Autónoma, es una clara apuesta personal del Colegio de Dentistas, que impulsó la implantación de este programa preventivo en todos los estamentos políticos y de la Administración. Parte la iniciativa del propio Colegio, quién realiza todas las gestiones para que se entiendan las bondades de este programa preventivo, y el porqué nuestra comunidad debería implantarlo dentro de su Plan de Salud. Fue un arduo trabajo, poco reconocido, que tras numerosos contactos, reuniones y correos electrónicos, desembocó en la Orden que pone en marcha el PADI. El Convenio de Colaboración, las Clausulas Adicionales y todo el Protocolo Asistencial que lo desarrolla fueron consensuados entre la Administración y el Colegio, no impuestos unilateralmente, con unas prestaciones para los usuarios y condiciones económicas para los profesionales, hasta ese momento no alcanzados por nadie.

La Coordinación del Programa quedó en manos de la Administración, que la englobó dentro del departamento de Salud Publica del Servicio Murciano de Salud, departamento que no cuenta con el servicio de ningún profesional cualificado en materia odonto-estomatológica. A diferencia de otras CC.AA. donde la coordinación del PADI recae en un Servicio Dental Comunitario, gestionado por un dentista, en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, el Programa es coordinado por un profesional ajeno a la profesión dental. Con el tiempo se ha demostrado los numerosos inconvenientes que ha supuesto esta decisión, abogando desde esta tesis la necesidad de la corrección de esta anomalía. Esta afirmación no es gratuita. Nos hemos encontrado a lo largo del desarrollo de esta tesis innumerables trabas con esta Coordinación, que parecían deberse a la escasa credibilidad por parte de su responsable con el Programa y con el Colegio de Dentistas. Hemos solicitado innumerables veces datos acerca del Programa, negándose a suministrar algún dato relativo al mismo que no estuviera ya publicado en las Evaluaciones Anuales de dominio público, evaluaciones que no son lo suficientemente profundas, siendo benévolo en la crítica, para un Programa de esta envergadura. Se ha incumplido claramente la estipulación quinta del Convenio de Colaboración firmado entre el Sr. MARQUES, Presidente del Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud y el Dr. Castro, Presidente del Colegio de dentistas, donde se ambas instituciones se comprometen a facilitar los datos estadísticos (Conserjería de Sanidad y Consumo de la CARM 2003, 2004b, 2005b, 2006b, 2007b, 2008b, 2009b, 2010b, 2010b, 2011b).

Por lo tanto, en el desarrollo del presente estudio se ha encontrado gran dificultad en el acceso de los datos relativos al Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia disponibles por la Coordinación del Programa. Se ha negado el manejo de la base de datos del

Bucosan (programa informático de gestión del PADI) argumentando que la propiedad de la misma es únicamente del Servicio Murciano de Salud, así como la reticencia a suministrar datos acerca del mismo, pese a reiteradas peticiones de ellos. Sí se ha accedido a los datos enviados previamente por parte de esta Coordinación al Colegio Oficial de Dentistas, datos incompletos debido a que no se han mantenido constantes los criterios a la hora de evaluar el Programa en los sucesivos informes anuales emitidos por la propia Coordinación durante el periodo estudiado (2003 – 2010). Esto ha provocado que no se hayan podido completar grupos de resultados de forma correcta

Por falta de una adecuada gestión y planificación en la recopilación de datos por parte del personal de gestión responsable del Programa en la Coordinación del PADI (personal que no es dentista), perteneciente al departamento de Servicio de Prevención y Protección de la Salud de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, no hay disponibles ningún dato acerca de los imprescindibles CAOD y cod de los años estudiados.

La carencia más importante del Programa es que no se pueden evaluar los resultados del mismo. Otro grave error de quién coordina. En la etapa en la cual la documentación era en formato de papel, se debía rellenar anualmente en la Hª Clínica una cuadrícula con el estado dental y las necesidades de tratamiento de cada paciente según los códigos de la OMS, además del CAOD y cod desglosados. Hasta aquí bien. Pero no se planteó que estos datos deberían de suministrarse, con el resto de documentación exigida, a la Coordinación de Programa, para su posterior análisis, perdiendo y no aprovechando de esta manera el esfuerzo en la recolección de datos por parte de todos los profesionales a todos los usuarios. Este error ha supuesto la imposibilidad de poder evaluar los resultados desde su inicio hasta la entrada en funcionamiento del programa de gestión informática centralizado en las instalaciones del Servicio Murciano de Salud, denominado BUCOSAN. La Coordinación creó un programa informático sin tener en consideración a los profesionales que llevan el peso de la asistencia bucodental infantil. Un programa carente del elemental odontograma, y en el que de nuevo se obvia la imprescindible recogida de datos acerca de CAOD y cod, que permitan la obligatoria evaluación de los resultados del mismo. Así mismo, no lo hacen compatible con OMI, programa informático de gestión en Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud. Este doble trabajo hace que apenas sea usado por estos profesionales, decantándose los dentistas de las Unidades de Salud Bucodental públicos por el OMI que es de obligada utilización, no queriendo duplicar esfuerzos en la introducción de los datos de los usuarios en los 2 programas. No se entiende que una Coordinación, que se

supone debe ser experta en programas de Salud Pública, cometa estos graves errores, que pueden comprometer al propio PADI.

Otra consideración a mencionar es la afirmación por parte de quien es responsable de la gestión del PADI que no es posible superar las cifras de cobertura alcanzadas por el PADI en la CARM, cuya media, exceptuando el primer año, se sitúa en un, a nuestro juicio, escaso 53.1%, no ejerciendo su función de intentar aumentar de forma eficaz esta cifra.

Sin embargo, a pesar de estas anomalías en la Coordinación, el Programa siempre ha tenido el apoyo de los poderes públicos, de ahí que durante este periodo se hayan conseguido incluir nuevos tratamientos subvencionados por parte de la Administración, mejorando por tanto los servicios que se pueden prestar a los usuarios que hacen uso del mismo, con unas condiciones económicas que, creemos, son dignas para el profesional. Otro detalle que corrobora la implicación por parte de la autoridades políticas con el Programa es el hecho que la carta de presentación del PADI a los padres (año 2003) es firmada por D. Ramón Luis Valcarcel, Presidente de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y la del año 2006 por Dña. María Teresa Herranz, Consejera de Sanidad (ANEXO 1).

Dentro de los tres modelos asistenciales posibles para la atención bucodental de la población infantil (modelo público, modelo mixto –público/privado-, y modelo PADI) (Rosell, 2009), Murcia se decantó por el modelo PADI. Creemos que las claves que lo hicieron fueron varias.

- Las Comunidades Autónomas con este modelo tienen legislación y cartera de servicios propias muy detalladas.
- El usuario puede elegir libremente cualquier dentista de la asistencia pública o de la red privada.
- Permite mantener lo mejor de dos sistemas asistenciales, público y privado. Une los aspectos de eficiencia, calidad y libertad de elección de los usuarios y profesionales que caracterizan al sector privado, con la solidaridad y equidad que deben asegurarse desde el sector público.
- Con este sistema, la adhesión de clínicas dentales privadas en poblaciones muy pequeñas y alejadas de las Unidades de Salud Bucodental públicas, facilitan el acceso de las prestaciones del programa a los niños que viven en ellas, ya que de otro modo sería improbable que acudieran a los programas preventivos, demandando solo asistencia cuando la patología esté presente y sea de un grado de severidad notable. Fallaría la prevención, pilar fundamental del programa,

volviendo al concepto antiguo de la curación o amputación cuando la patología se ha hecho presente.

Según el Centro Regional de estadística de la Región de Murcia (CREM) ([http://www.carm.es/econet/sicrem/PU\\_datosBasicos/sec14.html#](http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_datosBasicos/sec14.html#)) la población en el año 2010 en la Región de Murcia es la siguiente (ver TABLA 35):

<b>EDAD</b>	<b>TOTAL</b>
<i>De 0 a 4 años</i>	92.293
<i>De 5 a 9 años</i>	85.608
<i>De 10 a 14 años</i>	78.700
<i>De 15 a 19 años</i>	81.813
<i>De 20 a 24 años</i>	92.396
<i>De 25 a 29 años</i>	117.721
<i>De 30 a 34 años</i>	137.217
<i>De 35 a 39 años</i>	129.304
<i>De 40 a 44 años</i>	120.057
<i>De 45 a 49 años</i>	103.695
<i>De 50 a 54 años</i>	86.285
<i>De 55 a 59 años</i>	70.059
<i>De 60 a 64 años</i>	65.602
<i>De 65 a 69 años</i>	54.680
<i>De 70 a 74 años</i>	47.775
<i>De 75 a 79 años</i>	44.972
<i>De 80 a 84 años</i>	31.499
<i>De 85 y más años</i>	22.303
<b>TOTAL</b>	1.461.979

**TABLA 35:** Población de la CARM. Fuente CREM 2011.

La población entre 5 y 14 años en el año 2010, según CREM eran 164.308 niños (85.608 + 78.700).

### V.1.2. Desarrollo del cuadro facultativo de dentistas ofertados, tanto públicos como privados

Respecto al desarrollo del cuadro de facultativos ofertados en el programa, se ha desarrollado sobre todo a costa del incremento de dentistas habilitados privados. Desde el Servicio Murciano de Salud apenas se han incrementado plazas desde el año 2004, fecha en la cual solo había 23 dentistas en las Unidades de Salud Bucodental, ampliándose solamente en 16 nuevas plazas (39) ocho años después. Formar parte del cuadro de dentistas del SMS es una tarea muy complicada. Todo lo contrario ocurre en el sector privado, pasando de 243 en su inicio a los 512 (269 más). Este peso mayoritario de los dentistas privados, y sobre todo su incremento en números absolutos, tiene como uno de sus orígenes el que, a día de hoy no se ha puesto números en las habilitaciones concedidas por el Colegio de Dentistas y la Coordinación del Programa. Solo se ha producido un cambio en los requisitos de entrada al cuadro facultativo privado habilitado desde el inicio del Programa, como lo regula la orden inicial del 2003 (BORM nº 13, 2003), en su Artículo 12: Condiciones para obtener la habilitación, donde expone que esta no se concederá a corporaciones o sociedades por tener aquélla carácter personal e intransferible. En su Apartado 3 se requiere que el dentista solicitante debe poseer la experiencia profesional que, en su caso, se determine, así como cumplir las instrucciones, recomendaciones y protocolos de actuación que se adopten, en desarrollo de esta Orden, por Resolución del Servicio Murciano de Salud y remitir a éste con la periodicidad y modo que se determine la evaluación de sus actuaciones, así como asistir a los cursos de formación continuada que periódicamente se organicen. La Comisión Paritaria del Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia de salud bucodental entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio de Dentistas de Murcia, en su XI Reunión celebrada el día 22 de marzo de 2010, acordó, respecto a los requisitos a los dentistas de nueva incorporación al Programa relativos a las habilidades para la realización de todos los tratamientos especiales, que tanto los dentistas del sistema público como del privado realizarán obligatoriamente un curso de formación *ad hoc* en caso de que no presenten la documentación acreditativa que será valorada por el colegio. La coordinación de los cursos recaerá en el Colegio aunque estudiará que estén acreditados por el Fondo de Formación e Investigación Sanitaria de la Consejería de Sanidad. A este curso podrán asistir, también, todos aquellos profesionales que deseen reciclarse. Según información facilitada por el Colegio Oficial de Dentistas de Murcia, en octubre de 2010 se realizó el primer curso para conseguir la habilitación de los dentistas privados que habían solicitado incorporarse el 1 de enero de 2011 al cuadro de dentistas ofertados del PADI, siendo los asistentes 56 (Colegio de Dentistas).

También hay que reseñar que todos los dentistas integrantes en las diferentes Unidades de Salud Bucodental, compatibilizan la atención de los niños beneficiarios del Programa con la atención a la población general, exceptuando una USB en Cartagena que solo atiende el PADI todos los días laborables y otra USB en Murcia que realiza lo mismo pero solo los lunes, miércoles y viernes, atendiendo los martes y jueves a niños PADI y población general en un Centro de Salud correspondiente a otra localidad. A esto hay que unir que prácticamente todos atienden en horario de mañana. Estas podrían ser una de las claves por las cuales los usuarios migran hacia los dentistas del sector privado con unos horarios más flexibles a las necesidades de la población cubierta por el PADI.

A nivel porcentual, pese a que numericamente es mucho mayor la incorporación de nuevos dentistas privados al cuadro ofertado, ha permanecido con mínimas variaciones. Son contundentes las cifras del 92 % que representan los dentistas del sector privado.

Comparado los ocho primeros años de puesta en funcionamiento de PADI en Murcia (años 2003-2010) con los ocho primeros años del PADI del País Vasco (años 1990-1997), hemos comprobado que, a pesar de que en ambas Comunidades el peso en el cuadro ofertado es del sector privado, en los primeros cuatro años la diferencia es de más de 15 puntos a favor del sector público en la comunidad pionera (en los 4 primeros años en el P. Vasco, el sector privado representó el 76 % del cuadro ofertado y en la CARM tubo cifras en torno al 92 %). A partir de este año, paulatinamente se va acercando a los valores de Murcia hasta estar 2 puntos por debajo en el octavo año de implantación del Programa (en el año 1997, el sector privado representó el 95 % del peso del cuadro facultativo en el País Vasco, frente al 93 % que representó el sector privado en Murcia en el año 2010). En el año 2010, el 99,69 % de los dentistas ofertados en el cuadro facultativo del País Vasco eran del sector privado, frente al 93 % de este sector en Murcia. En Navarra, en su primer año (1991), el sector privado representó el 89,3 % de los dentistas ofertados (25 privados y 3 públicos), mientras que 8 años después esta cifra fue del 97,8 %. Por tanto, desde su inicio, en las tres CC.AA, el PADI está básicamente sustentado por los dentistas del sector privado, aumentando su cuota hasta la actualidad, donde en el País Vasco es en el año 2010 es testimonial la presencia de dentistas del sector público (0,31 %). En Navarra en el año 2009, el sector público representó el 2,3 % del cuadro ofertado (5 dentistas públicos frente a 212 privados) mientras que en Murcia en el año 2010 fue el 7 % (Simón, 1995; Gobierno Vasco, 1997, 1998, 2011; Cortes, 2003; Gobierno de Navarra 2010)

Sin embargo, cabría destacar que los dentistas que están trabajando como estatutarios para el servicio Murciano de Salud no pueden integrarse en el cuadro de dentistas habilitados al producirse una incompatibilidad en ello, no ocurriendo lo mismo con los dentistas que realizan sustituciones temporales para el mismo. Si bien es cierto que hay que solicitar previamente la compatibilidad de estas actividades. Este hecho se diferencia de lo ocurrido en los primeros años en el País Vasco, que si encontraron problemas con estas compatibilidades, resuelto de una manera satisfactoria en el año 1996 (Simón, 1995).

También es de destacar que las habilitaciones solo se realizan a título individual, es decir solo nominativamente a dentistas colegiados en Murcia que reúnan todas las condiciones previstas, y en ningún caso a corporaciones o entidades (BORM nº 13, 2003). El fin de este requisito es el evitar que el PADI caiga en manos de franquicias o entidades ajenas a la profesión, con un ánimo únicamente lucrativo, no asistencial. Creemos que esto es muy positivo, porque el usuario escoge a un único dentista para ser atendido, no una clínica en la cual, se puede encontrar que cada vez que asiste a las citas sea atendido por un profesional diferente. La labor asistencial, preventiva y de seguimiento indudablemente es mejor, cuando es el mismo profesional el responsable del niño, primando la salud sobre otros criterios mercantilistas de las franquicias, entidades y personas ajenas a la profesión. Aún así, esto no ha podido evitar que algunos dentistas que trabajan contratados en estas clínicas (con unas condiciones pactadas con estas clínicas de pago por niño de manera privada) se habiliten y realicen su labor asistencial ahí. Pero siendo en todo caso, siempre él el responsable y al que están adscritos los usuarios, pudiendo trasladar su lugar de trabajo a otra ubicación de la misma localidad y poder atender a los pacientes adscritos a su “nombre”.

Los profesionales del sector entendieron desde el principio de las repercusiones positivas en sus consultas el integrarse en el Programa: atender a los hijos de sus pacientes, evitando que las familias vayan a otro compañero que si lo pudiera hacer, incrementar su cartera de pacientes, ya que al terminar el periodo en el cual el menor está incluido en el PADI continuará con él, además de la realización de tratamientos no incluidos. En una época de crecimiento demográfico desmesurado de la población de dentistas, unido a la crisis actual, es una herramienta para poder mantener la cartera de usuarios a los que se les presta atención bucodental.

Esto viene demostrado con el porcentaje de colegiados en el Colegio de Dentistas de Murcia que forman parte del cuadro facultativo de dentistas ofertados por la Coordinación del PADI como dentistas Tras el primer año de puesta en funcionamiento del Programa (año 2003), se

paso de un 45,4 % a un 54,5 % y a partir de este año 2004 siempre han sido más los colegiados que tienen concedida la habilitación en comparación con los que no la tienen, incluidos en este último grupo los dentistas que tienen dedicación exclusiva a alguna de las múltiples áreas de la odontología y los dentistas del sector público a los cuales no se les puede conceder la habilitación para tratar niños PADI fuera de las Unidades de Salud Bucodental del Servicio Murciano de Salud.

### **V.1.3. Realización de las actividades operativas anuales de la Coordinación del PADI**

#### ***Talón anual***

Durante la evolución de este Programa, se han producido numerosos cambios. En primer lugar, el Talón Anual que se remitió inicialmente por carta a los usuarios al principio del Programa (2003) sufrió cambios debido a la picaresca de algunos usuarios, que acudían a varios profesionales en el mismo año, provocando distorsión en la gestión del PADI.

En la II Reunión Paritaria Servicio Murciano de Salud - Colegio de Dentistas, celebrada el 24 de junio de 2004, se acuerda remitir la carta con información del PADI a los niños 2 meses antes que cumplan 6 años. Inicialmente, en el año 2003 se remitía a los padres el Talón de Consulta Anual (Talón de Aceptación) con los datos del beneficiario y del año de vigencia en blanco para que los padres o tutores lo rellenasen, lo cual originó una picaresca al detectarse talones rellenos y firmados por el mismo usuario a varios dentistas. Al estar este talón sin ningún dato ni del usuario ni del año de vigencia del mismo, el paciente exigía uno nuevo en su Centro de Salud, alegando que no lo había recibido o lo había extraviado. De esta manera podía acudir el mismo año a varios profesionales que desconocían esta situación, provocando distorsiones en el Programa. Esto motivó que en esta misma reunión del año 2004, se acordase que en los nuevos talones figurase el año de vigor del talón. No solucionándose este problema, en la III Reunión Paritaria celebrada el 2 de marzo de 2005 se propuso y aceptó que estos talones lleven incluidos para el año 2006 los datos de filiación, de aseguramiento y de identificación de los niños integrados en el Programa, en la carta que se enviaba al domicilio familiar todos los años a los menores. Posteriormente, se superaron totalmente estos percances con la puesta en funcionamiento del programa informático Bucosan en el año 2008, para gestionar el PADI, cuya base de datos está en la Consejería de Sanidad y Consumo. Desde este momento se suprimió este talonario, debiendo presentar la tarjeta sanitaria a cargo del Servicio Murciano de Salud para que, con los datos identificativos de la misma a través de una conexión a internet, acceder a la ficha personal del niño. Pero de nuevo surgió la picaresca o mal conocimiento del protocolo asistencial de algunos dentistas, que introdujeron los datos del paciente en el mismo, adjudicándose como

su dentista, sin siquiera haberlos visto. Esto ha desembocado que, la Comisión Paritaria, en su reunión para analizar el ejercicio 2010, haya propuesto y aceptado volver a la emisión de este Talón anual inicial, desde el mismo BUCOSAN, la primera vez que se vea en el año natural, con la obligatoriedad de la firma de los padres o tutores, y remitirlo al Colegio de Dentistas para tener derecho al cobro del pago capitolativo. Esto se pondrá en marcha en enero del año 2012.

### ***Dentista de cabecera***

En su inicio, en el año 2003, anualmente los usuarios podían escoger libremente al dentista al que acudir para recibir las prestaciones del PADI. En el año 2007 se instauró la figura del “dentista de cabecera”. Esto quiere decir que a partir de ese momento, el usuario quedaría adscrito a ese dentista hasta su salida del Programa al cumplir los 15 años. La finalidad era mantener una constancia en la atención del menor, con un seguimiento a largo plazo, control y programación de las citas de una manera continua y eficiente. La Libertad en la opción sin control de cambiar de dentista finalizado el año, se consideró que, repercutiría negativamente a largo plazo en la salud oral de los menores. No se puede hacer el mismo control y seguimiento de los niños si cada año es atendido por un dentista diferente, que si permanece con el mismo dentista desde su incorporación hasta su salida del Programa. Además, aun sin intención de ello, a un paciente “itinerante”, por desgracia, no se le presta la misma atención que a un paciente “permanente” y adscrito en la consulta. Esto mismo se ha considerado en el Programa establecido en Murcia, creándose la figura de “dentista de cabecera” donde permanece el niño desde el principio al final, solo pudiéndose cambiar por motivo justificado y previa petición a la dirección del PADI. Es la misma filosofía que la de su médico de cabecera.

Se supone que el sistema por capitolación tiene una serie de ventajas, como son el cuidado continuo de los niños, sobre todo en los atendidos por la figura del “dentista de cabecera”, ya que será su paciente hasta la salida del mismo del Programa, incentivándose el importante uso de medidas preventivas para mantenerlo en salud evitando el sobretatamiento. Por el contrario, también se le atribuye la aparición de lo que se denomina “supervised neglect”, que supone que los niños reciben menos tratamientos que los que realmente necesitarían, sobre todo en los pacientes itinerantes (Rosell, 2010).

Pero se ha producido un hecho inesperado. En los años 2009 y 2010, más de 3.000 usuarios solicitaron cambio de dentista por diversos motivos, lo que ha colapsado a los servicios encargados de estas resoluciones, no siendo viable esta figura. En la misma reunión de la Comisión Paritaria mencionada anteriormente que analizó el ejercicio 2010, se optó por

suprimirla y volver a la situación inicial, liberando a los niños al principio de cada nuevo año, para que los usuarios puedan escoger quién quiere que les atienda en ese nuevo ejercicio. Si el profesional les atiende en las condiciones necesarias, los pacientes no se marcharan a ser atendidos por otro compañero al año siguiente, primándose a los dentistas más involucrados en la labor preventiva y asistencial que marca el PADI. Esto también se pondrá en marcha lo antes posible, es decir, en enero del año 2012, aunque ya se prevén numerosas quejas por parte de los profesionales, al encontrarse con niños nuevos y patologías dentales.

### ***Informe anual***

La Coordinación del Programa de Salud Bucodental Infantil del Servicio de Prevención y Protección de la Salud de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo de Comunidad Autónoma de la Región de Murcia también realiza una Evaluación del Programa, de periodicidad anual, antes de terminar el primer semestre del año posterior.

Este informe no ha seguido, desde la emisión del primero correspondiente al ejercicio 2003 y realizado en el año 2004, hasta la del último, correspondiente al ejercicio 2010, realizado en el año 2011, un criterio constante en los parámetros analizados y en la forma de presentación de los resultados. Esto evidencia la falta de interés o motivación en la realización de los mismos, que impide, de una manera objetiva, hacer un seguimiento constante de múltiples parámetros para hacer una evaluación plurianual y estudiar la evolución del PADI, desde la implantación del programa en el año 2003 hasta el año 2010, último informe disponible coincidente con el año de plena incorporación de todas la cohortes beneficiarias del programa, objetivo final de este trabajo.

Entre los datos aportados en los informes, destacamos la inicial enumeración de los diversos tratamientos realizados tanto básicos como especiales y evolución de la cobertura en porcentaje del PADI desde su implantación. Posteriormente se inicia la información del año evaluado exponiendo el rango etario de los niños con derecho al programa en ese ejercicio, así como la población diana (dato no disponible en todos los informes), niños atendidos y cobertura. Se presenta el número de dentistas públicos y privados integrados en el Programa, observándose discrepancia entre los datos suministrados anualmente y gráficas de evolución de estos datos presentados algún año, así como su cobertura, además de los tratamientos especiales autorizados. Se ofrecen muchos porcentajes, pero no se suministran los datos concretos de donde proceden, imprescindibles para una correcta evaluación. Desde el primer informe se presentan una serie de tablas, donde de manera intermitente, se muestran algunas de ellas sin los datos

específicos de las barras representadas, que no permite su análisis riguroso. Además, con respecto al número de páginas emitidas cada año, ha habido una gran variabilidad llegando a tener el doble de páginas (12) en el año 2009, respecto al año 2005 (6) (Región de Murcia, 2003, 2005 (b), 2006(b), 2007(b), 2008(b), 2009(b), 2010(b), 2010(b), 2011(b)).

Estos parámetros tan variables nos advierten de la poca regularidad en la emisión de los informes anuales, así como del contenido e información suministrada por los mismos.

### ***Perfil asistencial***

Desde la puesta en marcha en el año 2008 de la herramienta informática de gestión centralizada del PADI denominado Bucosan, cuya base de datos está en la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, y manejada por la Coordinación del Programa, se puede generar y obtener, desde esta aplicación, por parte de cada profesional, de manera automática tres documentos que facilitan sobremanera la labor de gestión de los pacientes por parte de los profesionales:

- **La cartera de pacientes atendidos en cada ejercicio**

- **Los tratamientos realizados**

- **Los tratamientos derivados**

Antes de la implementación de esta herramienta informática al Programa (2003-2007), los dentistas integrados en el PADI no obtenían ninguna información desde la Coordinación acerca de estos datos. El único modo de elaborar tablas similares era, de manera privada y voluntaria por cada facultativo, gestionando los datos obtenidos internamente en el desarrollo propio de su actividad asistencial en la consulta.

- La **cartera de pacientes atendidos** es un listado donde se detalla a todos y cada uno de los niños atendidos y asociados al profesional en esa consulta en un ejercicio determinado. Se especifica número total de niños atendidos, nombre y apellidos de cada uno de ellos, así como su fecha de nacimiento, su CIPR/CIP, y su teléfono de contacto.
- Los **tratamientos realizados** son un listado mucho más completo que el anterior. Se especifica el número total de tratamientos efectuados por el profesional en esa consulta y año, detallándose a continuación el nombre completo de cada usuario atendido, con su CIPR/CIP, y fecha de cada uno de los tratamientos recibidos, enumerando si es

tratamiento básico o especial, si es general o a una pieza determinada, y por último la denominación del tratamiento realizado.

- Los **tratamientos derivados** son una herramienta que únicamente pueden generar los dentistas públicos de las Unidades de Salud Bucodental con el nombre completo de los niños derivados a los dentistas privados habilitados, fecha de la derivación, tratamiento a realizar y la pieza afectada. Es un listado de los pacientes que han sido remitidos para que se les realíza algún tipo de tratamiento especial que no han podido efectuar en sus instalaciones de los Centros de Atención Primaria (los tratamientos de endodoncia o Apicoformación por ejemplo), que también les ayuda en su gestión.

Con los dos primeros listados, los profesionales privados habilitados y los dentistas públicos obtienen datos acerca del perfil asistencial de la consulta y de cada uno de sus pacientes. Se permite conocer en cada momento el número de pacientes adscritos al profesional y el perfil asistencial de cada uno de ellos. Además sirven para su gestión interna administrativa, lo cual debe que permitir, con datos realistas, programar con suficiente antelación las citas de revisión de los pacientes según las necesidades preventivas y asistenciales de cada usuario.

Estos dos primeros documentos son equiparables al documento que se realiza en el País Vasco, denominado “perfil asistencial”, que fue introducido 3 años después de la puesta en funcionamiento de su programa a diferencia del generado por Bucosan, que se implantó a los 5 años de la puesta en funcionamiento del PADI en Murcia. Otra diferencia entre ambos es el primero (País Vasco) se realiza en formato de papel al finalizar el ejercicio remitiéndose entonces por correo al profesional, mientras que el segundo es de soporte informático, con acceso directo a tiempo real, y en cualquier momento de cualquier ejercicio posterior al 2008 (Simón, 1995; Gobierno Vasco, 2011).

El tercer listado “tratamientos derivados” solo lo manejan los dentistas públicos ya que son los únicos que realizan derivaciones de tratamientos especiales a dentistas del sector privado habilitados.

Hemos constatado en el sector de los dentistas públicos una anomalía en el manejo e introducción de datos del programa Bucosan. No todos los dentistas de las USB introducen los tratamientos que realizan a los usuarios del PADI que atienden. En la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena, por ejemplo, cualquier tratamiento que realizan lo introducen como “Examen Bucal”, lo que desvirtúa los datos generales de los tratamientos efectuados por parte de los dentistas públicos y del total de los básicos efectuados por todos los dentistas del Programa.

Su argumento es la duplicidad que tienen que hacer en la introducción de estos datos en esta base de datos y el OMI, programa que gestiona la asistencia en Atención Primaria en el Servicio Murciano de Salud, dando prioridad a este último ya que es la que fija sus objetivos y determina la cuantía de los complementos a percibir en su salario. Cuando se creó el programa informático, bajo las directrices de la Coordinación del Programa, no realizó la imprescindible compatibilidad y conexión entre ambas aplicaciones.

### **V.1.4. Valoración económica de los costes imputables al PADI**

La orden inicial, del 27 de diciembre de 2002 (BORM nº 13, 2003), en su Artículo 14, Retribución de los profesionales habilitados, establece que los profesionales habilitados serán retribuidos mediante sistema capitolativo, es decir, con una cantidad fija, por niño y año, por el conjunto de las prestaciones y asistencias dentales englobados en los tratamientos denominados básicos. Para los supuestos de tratamientos asistenciales englobados en los tratamientos especiales, el sistema de pago será por servicio, acto operatorio o tratamiento realizado. Mediante Resolución del Dirección Gerente del Servicio Murciano de Salud se establecerá la cantidad a abonar anualmente por cada niño asignado a los profesionales habilitados en relación al sistema capitolativo, así como el baremo de honorarios por cada acto o tratamiento especial prestado.

En el Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia bucodental infantil, entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia en virtud de la Disposición Adicional Primera de la citada Orden, para la implantación de esta prestación en las condiciones que ella determina, firmada por el Presidente de Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud y el Presidente del Colegio el día 7 de febrero de 2003, en su Estipulación 7ª: Régimen económico, Aparado 1º Contraprestación económica, expone que esta se satisfará por el SMS de dos formas: sistema de capitación y por acto médico. El sistema de capitación consiste en el abono, con carácter anual, de una cantidad fija por niño incluido en el programa, que comprende las siguientes prestaciones: revisión anual de la salud bucodental, las urgencias bucodentales y los tratamientos asistenciales básicos, quedando fijada esta tarifa inicial en 50 euros. Para los tratamientos asistenciales especiales el pago será por servicio, acto operatorio o tratamiento realizado (Región de Murcia, 2003).

Este Convenio de Colaboración se ha ido prorrogando tácitamente todos los años mediante la firma de las sucesivas Clausulas Adicionales anuales, de conformidad con lo dispuesto en la Clausula 11ª del mismo que la prevé por años naturales si a ninguna de las partes interesa su

recisión, comunicada con tres meses de antelación. En todas las Clausulas Adicionales firmadas, en su Apartado 3ª. Régimen económico. Facturación. Contraprestación económica estipula que según lo establecido en la Cláusula 7.1ª apartado segundo del Convenio, la contraprestación económica a satisfacer por el Servicio Murciano de Salud, en la sucesivas Cláusulas Adicionales, ya incluye la variación del Índice de Precios al Consumo para todos los ejercicios desde el año 2004 hasta el 2008 (Región de Murcia, 2003, 2005 (b), 2006(b), 2007(b), 2008(b), 2009(b), 2010(b), Conserjería de Sanidad y Consumo de la CARM 2003, 2004b, 2005b, 2006b, 2007b, 2008b, 2009b, 2010b, 2010b, 2011b).

En el año 2009, aunque estipula que en las tarifas descrita se ya se incluye la variación del IPC, en la realidad permanecen congeladas, y en el año 2010, ya se obvia directamente la alusión a la variación de las tarifas, permaneciendo vigentes las tarifas del año 2008. En la XI Reunión Paritaria celebrada el 22 de Marzo de 2010 se acuerda la congelación de las mencionadas tarifas (Región de Murcia, 2009(a), 2010(a)).

Hasta la implantación del programa informático Bucosan, en el año 2008, los dentistas privados habilitados debían de remitir oficialmente antes del 31 de diciembre del ejercicio todos los *Talones Anuales* perfectamente rellenos, al igual que los *Registros de asistencia dental infantil* y los impresos de *Conformidad los tratamientos especiales* realizados, para tener derecho a su cobro.

A partir de la implantación de Bucosan en el año 2008, ha habido una variación en el protocolo establecido para el abono de los honorarios de los profesionales. Desde esta fecha solo hay que remitir los impresos de conformidad de los tratamientos especiales realizados, firmados por parte del los padres/tutores y del profesional, con fecha máxima también hasta el 31 de enero del año posterior. Estos se remiten al Colegio, que los verifica, y en su caso autoriza realizando el pago.

El protocolo para el abono de los gastos generados por los dentistas privados habilitados del PADI, establece que el Servicio Murciano de Salud realiza una serie de ingresos al Colegio de Dentistas de Murcia, que es el que finalmente gestiona el pago a cada uno de los dentistas privados habilitados por las capitaciones y actos médicos realizados. Este protocolo se redactó en el Convenio de Colaboración en el año 2003, donde, en la Estipulación 7ª: Régimen económico en su Apartado 3, Pago: se estipula que el Servicio Murciano de Salud abonará al Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos las cantidades que correspondan en relación al sistema de **capitación** en los plazos siguientes:

- Primer pago: El 50 % de la cantidad pactada. Dicha cantidad se abonará en los quince días siguientes a la firma del Convenio y una vez remitida a la Dirección General de Aseguramiento y Calidad Asistencial la relación de odontólogos/estomatólogos que quieren adherirse al Programa, adjuntando informe sobre las mismas. Por lo tanto, es determinante la fecha de emisión de las sucesivas Clausulas Adicionales, ya que determina la fecha del primer pago de la estimación presupuestaria en el capítulo de la capitación, por parte del Servicio Murciano de Salud al Colegio de Dentistas, y este, de manera proporcional a los colegiados habilitados según los pacientes vistos.

-Segundo pago: un 25 % de la indicada cantidad, que se pagará el 31 de julio de 2003, previa recepción por el servicio Murciano de Salud de los planning de actuación del profesional a realizar en ese año por cada menor asignado.

-Ultimo pago: el 25 % restante se hará efectivo el 15 de enero de 2004. Este último pago se abonará previa recepción por el Servicio Murciano de Salud de los originales del impreso del Registro Anual de Asistencia Dental que se cumplimente por cada niño asignado, de conformidad con las instrucciones previstas en el Protocolo de actuación.

En las sucesivas Clausulas Adicionales anuales, en la Estipulación 3ª. Régimen económico. Facturación. Pago, hace referencia a esta forma de pago en los plazos descritos del año en curso, exponiendo que antes del 31 de enero del año posterior, el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos realizará una liquidación de los pagos por capitación y tratamientos especiales, que presentará a la Comisión de Seguimiento del Convenio, para su aprobación. Dicha liquidación debe recoger la relación nominal de odontólogos inscritos en el Programa, con la indicación del número de niños adscritos a cada uno de ellos.

En estas mismas Clausulas Adicionales anuales al Convenio de Colaboración, se han ido fijado las contraprestaciones económicas del sistema de capitación y de cada uno de los actos médicos del año correspondiente conforme a la variación del IPC. También se detallaban lo que incluyen los tratamientos básicos y los tratamientos especiales. La vigencia de estas condiciones pactadas es desde la fecha de la firma de otorgamiento de los mismos hasta el 31 de diciembre del año en curso, pudiendo prorrogarse automáticamente hasta que se acuerden los objetivos asistenciales correspondientes del año posterior. En la práctica, se han aplicado las tarifas aprobadas desde el 1 de enero del año en curso con carácter retroactivo, hasta el 31 de diciembre de ese año.

En cuanto al abono de todos los tratamientos especiales, al inicio del Programa (2003) se estipuló que se debía realizar, tras una liquidación final, el 31 de enero del año siguiente, pasando ser esta fecha el 31 de marzo en el año 2006 ((Región de Murcia, 2003, 2004, 2005 (a), 2006(a)).

La emisión y firma de las Clausulas es precedida por la reunión de la Comisión Paritaria que analiza el ejercicio anterior y aprueba cualquier modificación que afecte a estas Clausulas. Si esta comisión tarda en reunirse, las clausulas se ven retrasadas. Ha habido una gran variabilidad en la firma de estas, de hasta tres meses y medio, (en el año 2004 se firmo el 1 de Julio, y en el año 2007 se firmo el 15 de Marzo), que por lógica debe afectar al inicio del primer pago (50 % del total).

Además, no debemos olvidar la grave crisis económica que sufre España en los últimos años, que afecta a la liquidez de las administraciones, arrastrando unos enormes retrasos en el pago a sus proveedores. A pesar de los más de cuatro millones y medio de euros que ha supuesto el PADI para las arcas públicas de la CARM en el último ejercicio estudiado (2010), el Colegio Oficial de Dentistas sigue recibiendo los ingresos de la Administración para pagar a los dentistas habilitados.

Para terminar, comentar que hasta ahora, no se realizaba, como norma, a todos los dentistas habilitados un documento con desglose de todos los niños que había atendido con cargo al PADI, y los honorarios que suponían por capitación, además de los todos y cada uno de los tratamientos especiales autorizados y realizados (especificando a quién), con el desglose de los honorarios realizados. A nuestra petición, se está desarrollando una aplicación informática por el nuevo personal externo contratado para la gestión económica del PADI en el Colegio Oficial de Dentistas de Murcia, para que este documento se genere automáticamente todos los meses y se envíe a cada uno de los profesionales que integran el cuadro de dentistas privados habilitados.

### **V.1.4.1. Los costes generados por las USB y la Coordinación del Programa**

Las Unidades de Salud Bucodental generan unos gastos que no hemos podido cuantificar debido a que estos están repartidos y compartidos en varias partidas presupuestarias.

El personal de las Unidades de Salud Bucodental (dentista / higienista) salvo en un caso que dedica la jornada completa a atender solo usuarios del Programa, y otra que dedica la jornada completa a atender al PADI tres de los cinco días laborables (lunes, miércoles y viernes), compartiendo los otros dos días (martes y jueves) la asistencia de estos usuarios con la asistencia a la población general, el resto de Unidades comparte todos los días laborables la asistencia de la

población general con la infantil. Por este motivo su coste directo (salarios + seguridad social) no debe imputarse totalmente al PADI, sino sólo una parte del mismo. Además el funcionamiento de estas Unidades conlleva otros gastos como amortización de equipamiento de todo el gabinete, equipos informáticos, material clínico fungible, otro material de oficina, gastos de electricidad, gastos indirectos de personal de servicios del centro así como de su equipamiento. Todos estos gastos, que deberían atribuirse solo proporcionalmente al tiempo que cada Unidad dedica a atender a los beneficiarios del PADI, están repartidos en multitud de partidas presupuestarias, por lo que no hemos podido obtener el coste real que supone a los contribuyentes las Unidades de Salud Bucodental.

Unido a estos costes, existen otros no asistenciales, comunes y compartidos por todos los usuarios del PADI, ya vayan a un dentista público, como a un privado. En primer lugar mencionamos la Coordinación del Programa, que genera unos gastos no computados. Esta Coordinación, dependiente del Departamento del Servicio de Prevención y Protección de la Salud de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo de Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, personal sin formación odonto-estomatológica, no se dedica en exclusiva al PADI, sino una parte de su tiempo, hecho que sin duda repercute en la coordinación, funcionalidad, evaluación y evolución del Programa. De esta Coordinación depende el personal que gestiona, desde las instalaciones del SMS, el programa informático Bucosan.

Tampoco está cuantificado el coste que genera el personal del Colegio de Dentistas que realiza funciones administrativas en el Programa en virtud del Convenio de colaboración suscrito entre el SMS y este Colegio Oficial (Región de Murcia, 2003, 2004, 2005 (a), 2006(a), 2007(a), 2008(a), 2009(a), 2010(a), 2010(a), 2011(a)).

Así mismo debemos añadir los gastos imputables a la impresión y distribución de toda la documentación relacionada con el programa, así como las cartas remitidas a los padres o tutores de los niños, incluida en parte de otra partida presupuestaria diferente.

Por toda esta diversidad de costes y partidas presupuestarias en la que estos están incluidos, nos ha sido imposible determinar su coste real, impidiendo su análisis y evaluación.

### **V.1.4.2. Costes facturados por los dentistas habilitados, tanto por pago capitolativo como por los tratamientos especiales (acto médico)**

En la valoración económica de los costes imputables al PADI, nos vamos a centrar en los costes generados por capitación y por tratamientos especiales de los dentistas privados habilitados. En general, el coste de la capitación y de la mayoría de los tratamientos especiales se ha ido incrementando conforme al IPC anual, lo previsto en el Convenio de Colaboración. En los que no ha sido así, es por modificación en el contenido de lo incluido por ese tratamiento, o la eliminación del mismo. Desde el año 2008 no se ha producido ninguna variación en los precios, de ambos capítulos (capitación y tratamientos especiales) debido a la grave crisis económica que sufre España. Ha sido un gran esfuerzo en las negociaciones habidas en el seno de las reuniones de la Comisión Paritaria para lograr que no se hayan producido recortes en los mismos, en contraposición con los recortes sufridos por los funcionarios de la Administración.

Antes de empezar con los costes por capitación y tratamientos especiales, hemos de hacer una consideración. Al igual que los dentistas públicos, los privados generan los mismos costes no asistenciales descritos anteriormente, que por los mismos motivos no hemos podido cuantificar.

Pero aparte de estos costes, los dentistas privados habilitados generan otros que sólo le son atribuibles a ellos. El Colegio de Dentistas, como gestor del PADI, emplea a parte de su personal administrativo y personal externo cualificado en gestión empresarial, generando unos costes que asume el Colegio y no se repercute ni al Servicio Murciano de Salud ni a los profesionales privados que los generan. Parte de estos costes, no obstante, son sufragados por los intereses que generan las cantidades abonadas por el Servicio Murciano de Salud en la cuenta bancaria del Colegio de Dentistas mientras se generan las cartas de pago que le corresponde a cada colegiado y se efectúa el mismo. Una opción a tener en cuenta para tener mejor estabilidad y control de los ingresos necesarios para sufragar esta administración, sería plantearse crear una pequeña tasa a descontar de la capitación de cada usuario del PADI que deben percibir por los dentistas habilitados. De esta manera los gastos de esta administración recaen proporcionalmente sobre quién los genera, no debiendo asumir parte del pago los dentistas colegiados que no están adscritos al Programa. Otra opción sería reclamar a la propia Administración una partida presupuestaria para tal efecto. Creemos que, debido a la grave crisis económica que atravesamos, esta última opción no sería vista de buen grado por la administración.

### ▪ PAGO CAPITATIVO

Centrándonos ahora en la capitación, la estimación de la capitación que realiza anualmente la coordinación del Programa, determina directamente las cantidades a abonar por el Servicio Murciano de Salud en los tres plazos expuestos anteriormente al igual que los pacientes que se estima atender.

Las estimaciones presupuestarias de este concepto, y por tanto de los pacientes a atender no siguieron una orientación clara, con incrementos y descensos en sus cifras. Como estamos en una etapa incremental, es decir que cada año se incorporan nuevas cohortes sin salir del Programa ninguna de ellas, estas cifras deberían siempre haber subido. Sin embargo, esta situación si sucedió desde el año 2005 hasta el 2010. A pesar de que los honorarios establecidos por capitación si fueron incrementados anualmente hasta que a partir del 2008 las circunstancias económicas lo congelasen (Región de Murcia, 2003, 2004, 2005 (a), 2006(a), 2007(a), 2008(a), 2009(a), 2010(a), 2010(a), 2011(a)).

Deducidos los pacientes estimados a atender y los realmente atendidos, son sorprendentes las cifras que nos arrojan. En el primer año de puesta en marcha del Programa (2003) se estimaron atender 24.500 niños, siendo la población diana 27.438 niños, es decir que se esperaba tener una cobertura del 89,3 %, cifra totalmente irreal viendo las coberturas de programas preventivos similares ya establecidos. Realmente se produjo una sobreestimación del 62 %. En el año posterior esta sobreestimación fue menor, solo del 33 %. Pero lo verdaderamente incomprensible son las estimaciones que se hicieron a partir de ese año. Siempre propusieron atender menos niños que los vistos en ejercicios precedentes. No se entiende, desde ningún punto de vista, que se plantee en una etapa incremental como la estudiada, donde se incorporan cohortes nuevas de niños sin que salga ninguna, que cada ejercicio posterior se entenderán menos niños que los vistos. Desde el año 2005 se ha producido una infraestimación notable. El mayor error se produjo para el año 2010, cuando se estimaron atender 41.072 niños, siendo los atendidos un año antes (2009) 68.209 niños. En realidad, en el año 2010 se atendieron 79.271 niños. Por lo tanto, en el año 2010 se atendieron casi el doble de los niños estimados (se atendieron a 79.271 frente a los cerca de 41.000 niños estimados).

Algo parecido sucede al comparar los costes estimados y los costes reales por capitación. No son exactamente las mismas cifras, pues hay que contar con la variante de los honorarios por capitación que ha ido incrementándose. Coinciden en que los 2 primeros años (2003 y 2004) hay una sobreestimación de los costes llegando al 70 % el primer año. En el año 2005 fueron cifras

más ajustadas, con una infraestimación de costes de solo el 9 %. Pero a partir de aquí, estas cifras tan importantes en la gestión del PADI, fueron infra-estimándose por parte de la Coordinación, hasta alcanzar la cifra poco asumible del 64 % (cerca de 3.800.000 euros de coste real frente a los cerca de 2.300.00 euros estimados).

Con estos datos podemos afirmar que ha habido una evidente infraestimación de los pacientes susceptibles de ser atendidos en el Programa por parte de los coordinadores, que no se han ajustado en ningún momento a la población real. Esta falta de rigurosidad en los datos aportados provoca de manera directa que las estimaciones presupuestarias en ningún momento se acerque a los costes reales, pudiéndose ser la causa del desajuste en los pagos efectuados al Colegio por parte del Servicio Murciano de Salud, y por ende, del cobro de los honorarios de los dentistas habilitados privados a través del Colegio de Dentistas. En ninguno de los tres pagos establecidos se puede ajustar a la realidad, pagando menos de lo que realmente tienen derecho los dentistas privados. Por lo que en el momento de producirse el abono del 25 % final previsto, sea claramente insuficiente para poder liquidar los honorarios generados por la capitación de los dentistas habilitados, debiendo producirse un nuevo pago para ponerse al día y finiquitar lo adeudado, con el consiguiente retraso que esto provoca. En ninguno de los Informes Anuales emitidos se hace mención a esta circunstancia ((Región de Murcia, 2003, 2005(b), 2006(b), 2007(b), 2008(b), 2009(b), 2010(b), 2011(b)).

Para haber realizado los costes de una manera científica, y por tanto eficiente, se debería trabajar con los datos del Instituto Nacional de Estadística para saber la población que tendría derecho a ser beneficiaria del Programa, según el rango etario de cada año. Habría que haber obtenido la media de la cobertura de los ejercicios precedentes, al igual que el porcentaje de la población que decide ser atendido en la consulta de los dentistas privados habilitados. Aplicando estos porcentajes obtenidos con los datos del Instituto Nacional de Estadística se obtendría una cifra muy aproximada de los usuarios que finalmente serán atendidos en el ejercicio. Si se multiplica por el coste de cada capitación se obtiene los costes buscados. Con estos simples cálculos se podría y debería haber hecho la estimación de costes de capitación.

Tras la evaluación del ejercicio del año 2010, en la reunión de la Comisión Paritaria celebrada a tal efecto en el año 2011, tras haber sido detectado con este estudio estas graves irregularidades, se ha conseguido modificar algunos de los factores que influyen en el pago a los dentistas habilitados. La estimación prevista por concepto de capitación, por fin es más realista. Se ha terminado la etapa incremental del Programa, por lo que todas las cohortes previstas están

ya incluidas en el año 2010, y por consiguiente en el año 2011 serán las mismas. Se ha estimado atender en el año 2011 el mismo número de usuarios que en el 2010, planteamiento que hará que al final de año los usuarios previstos y los realmente atendidos sean esta vez datos realmente aproximados.

Centrándonos en los costes reales por capitación, ha habido un incremento progresivo en los costes pertenecientes al capítulo de la capitación en el periodo que hemos analizado. Es normal este crecimiento, pues al estar en la etapa incremental del Programa (2003-2010) se van incorporando nuevas cohortes de niños cada año sin salir del Programa ninguna de ellas. Este aumento anual de niños susceptibles de ser atendidos, unido al incremento de la cobertura inicial y al incremento existente entre la tarifa por capitación del año 2003 y 2010, han hecho que el incremento de estos costes haya sido del 1.050 % entre estos ocho años del programa (364.000 euros en el año 2003 y 3.831.540 euros en el año 2010). A partir de este año (2010) las variaciones serán mínimas al eliminarse la variable de aumentar el número de cohortes incluidas. Hay que hacer una salvedad para el año 2011, primer año que saldrá del programa una cohorte, pues convivirán simultáneamente las cohortes que salen y las que entran, produciéndose entonces un incremento de la población diana en el computo total del año, aunque en un momento puntual no sea así, por lo que los costes ese año seguirán aumentando.

Después de analizar los costes estimados y reales por capitación y por deducción de los niños estimados y realmente atendidos, nos vamos a centrar en las cifras concretas de los honorarios que han percibidos los dentistas privados habilitados por cada niño efectivamente atendido, prestándole la asistencia estipulada en los tratamientos básicos.

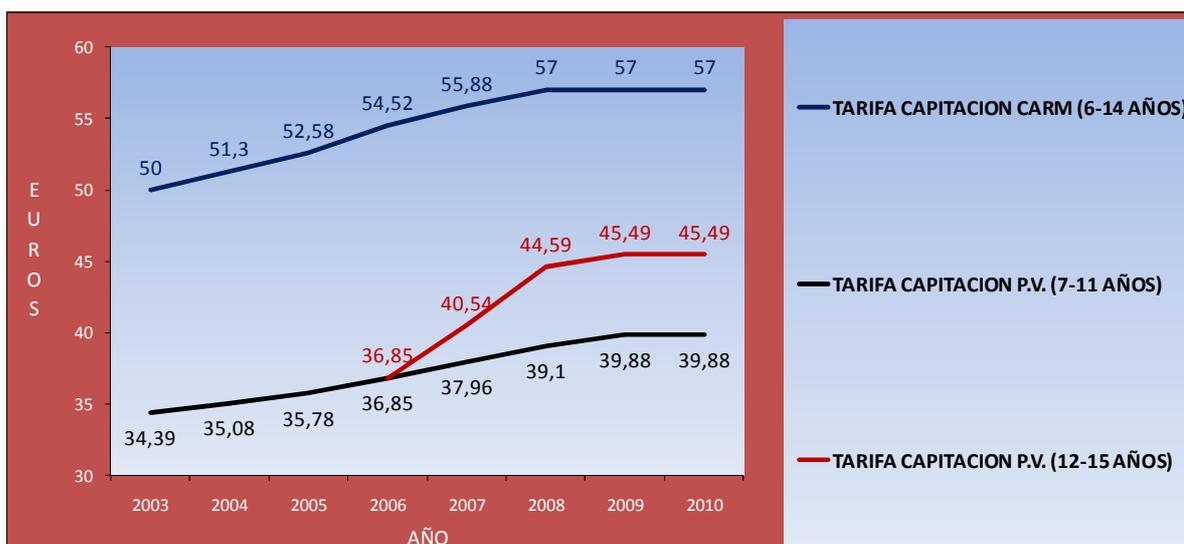
Si se compara esta capitación en Murcia con el PADI del País Vasco, programa de referencia, el pago capitativo es muy superior. Hay que remarcar que, desde el año 2007, ellos han diferenciado el pago para las cohortes de más edad, recibiendo los dentistas una mayor cuantía. Han quedado por tanto dos grupos, de 7 a 11 años y de 12 a 15 años. En el año 2003 lo cobrado en el País Vasco representaba el 68 % de lo cobrado en Murcia, con 50 euros de pago capitativo en Murcia frente a los 34,39 euros cobrados en el País Vasco. En el año 2010 lo cobrado por capitación por los dentistas privados vascos es el 70 % de lo cobrado por sus homólogos de Murcia (57 euros de Murcia frente a los 39,88 de los vascos) en el rango etario 7-11 años. En los niños de edades más elevadas (en Murcia 12-14 años y en el País Vasco 12-15 años) lo cobrado en el País Vasco supone el 80 % de lo cobrado en Murcia, 45,49 euros en el País Vasco frente a los 57

euros de Murcia (ver TABLA 35) (Gobierno Vasco, 2011, Región de Murcia, 2003, 2004, 2005 (a), 2006(a), 2007(a), 2008(a), 2009(a), 2010(a), 2010(a), 2011(a)).

<b>AÑO</b>	<b>TARIFA CAPITACION MURCIA (6-14 AÑOS) (EUROS)</b>	<b>TARIFA CAPITACION PAIS VASCO (7-11 AÑOS) (EUROS)</b>	<b>TARIFA CAPITACION PAIS VASCO (12-17 AÑOS) (EUROS)</b>
<b>2003</b>	50	34,39	-
<b>2004</b>	51,3	35,08	-
<b>2005</b>	52,58	35,78	-
<b>2006</b>	54,52	36,85	-
<b>2007</b>	55,88	37,96	40,54
<b>2008</b>	57	39,1	44,59
<b>2009</b>	57	39,88	45,49
<b>2010</b>	57	39,88	45,49

**TABLA 35:** Comparación de los honorarios por capitación percibidos por los dentistas privados del PADI de las Comunidades Autónomas de Murcia y el País Vasco en el periodo 2003-2010.

Se hace evidente la diferencia de honorarios, siendo mayor en Murcia, aún para la tarifa más alta para ellos en el rango etario mayor que disponen (12-15 años) (ver GRÁFICA 34).



**GRÁFICA 34:** Comparativa de la evolución de los honorarios por capitación del PADI entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) y la comunidad Autónoma del País Vasco (P.V.), en euros.

Los datos que vamos a exponer a continuación, están actualizados al año 2011, aún sabiendo que el presente estudio hace referencia al periodo 2003-2010. Consideramos que es más relevante por estar totalmente actualizado en la fecha de elaboración de este estudio (Región de Murcia, 2011b)

En la TABLA 36 podemos comprobar las diferentes capitaciones con sus rangos etarios, en todas las CC.AA. con sistema PADI, excepto Canarias. Todas ellas tienen una única tarifa de capitación para todas las cohortes incluidas en su PADI, excepto Navarra y País Vasco, que las dividen en tres y dos grupos respectivamente. En Navarra se dividen en 6-10 años, 11-15 años y 16-18 años. Por su parte, el País Vasco las divide en 7-11 años y 12-15 años, como hemos dicho anteriormente.

Hay una gran variedad en las tarifas a percibir en concepto de capitación, desde los 36 euros en Andalucía (para los rangos etarios 6-16 años) a los más de 69 euros cobrados por los dentistas navarros para el rango etario 16-18 años. Esto quiere decir que para un paciente de 16 años, un dentista navarro cobra casi el doble que un dentista andaluz. Es lógico, por tanto que la actitud y percepción ante el PADI de los dentistas andaluces sea diferente que la de los navarros, incluso a la del resto de España.

En Murcia, donde la capitación es la misma para todos los rangos etarios, la capitación es la mayor de todas para las cohortes más jóvenes (6-10 años)

A precios del año 2011, aún con la reducción de las tarifas aplicadas en Murcia respecto al ejercicio 2010, el pago capitativo es el mayor de todos, exceptuando a los rangos etarios a partir de los 11 años de Navarra, donde, para los usuarios entre 11-15 años solo hay una diferencia de 0,52 €. Al no tener cubierto el rango etario entre 16-18 años en Murcia no lo podemos comparar con los honorarios recibidos por los Navarros en esta etapa.

<b>COMUNIDAD AUTONOMA</b>	<b>RANGO ETARIO</b>	<b>PAGO CAPITATIVO (EUROS)</b>
<b>ANDALUCIA</b>	6-16	36
<b>ARAGON</b>	6-16	51
<b>BALEARES</b>	6-15	46
<b>EXTREMADURA</b>	6-14	50
<b>MURCIA</b>	6-14	54,15
<b>NAVARRA</b>	6-10	49,20
	11-15	54,67
	16-18	69,07
<b>PAIS VASCO</b>	7-11	39,88
	12-15	45,49

**TABLA 36:** Comparación del pago capitativo 2011 en las CC.AA. con sistema PADI (excepto Canarias) con sus rangos etarios.

Si comparamos los costes por niño y año, de los niños que han sido atendidos por los dentistas privados habilitados en la Región de Murcia y en el País Vasco, vemos que ha sido mayor siempre en Murcia, desde 13,10 euros (59,21 – 36,11) que recibieron más de media por niño y año atendido los dentistas privados de Murcia en el año 2003, hasta los 23,73 euros (67,24 – 43,74) que percibieron más de media por sus honorarios estos mismos dentistas, con respecto a sus homólogos del País Vasco en el año 2010. Hemos de hacer varias salvedades. La comparativa no la hemos hecho de la etapa incremental de ambas CC.AA., sino por años naturales, pues al no coincidir en el tiempo, no se pueden comparar las cifras económicas. Se debe tener presente además las diferentes prestaciones especiales cubiertas por cada una de ellas, y las tarifas de capitación por rangos etarios existente en el País Vasco y unitaria en la Región de Murcia. No hemos podido obtener los costes por niño y año de Murcia en el año 2006 (ver TABLA 37) (Gobierno Vasco, 2011, Región de Murcia, 2003, 2004, 2005 (a), 2006(a), 2007(a), 2008(a), 2009(a), 2010(a), 2010(a), 2011(a)).

<b>AÑO</b>	<b>MURCIA (€)</b>	<b>PAIS VASCO (€)</b>
<b>2003</b>	59,21	36,11
<b>2004</b>	63,89	36,95
<b>2005</b>	63,39	37,52
<b>2006</b>	*	38,54
<b>2007</b>	65,36	40,42
<b>2008</b>	68,56	43,17
<b>2009</b>	67,8	44,07
<b>2010</b>	67,24	43,79

**TABLA 37:** Comparativa de los costes por niño y año (en euros) atendido por los dentistas privados en Murcia y el País Vasco en el periodo 2003-2010.

(\*) Dato no obtenido.

- **PAGO POR ACTO MEDICO (TRATAMIENTOS ESPECIALES)**

Las tarifas fijadas a percibir por los dentistas privados habilitados al realizar los diferentes tratamientos especiales determinados en el protocolo asistencial, se determinan, a través del mismo procedimiento que el expuesto para la fijación de la capitación (Región de Murcia, 2003, 2004, 2005 (a), 2006(a), 2007(a), 2008(a), 2009(a), 2010(a), 2010(a), 2011(a)).

La diferencia entre el protocolo de los honorarios por tratamientos especiales y capitación y radica fundamentalmente en su cobro. En este caso, el abono de los tratamientos especiales se realiza en un único pago, posterior a la liquidación final de la capitación. Como esta liquidación ha sufrido las distorsiones antes mencionadas, su cobro se ha retrasado también. Esto supone que, por ejemplo, tratamientos especiales autorizados y realizados en enero de 2010 se hayan cobrado junto con los realizados a finales de diciembre de 2010, en septiembre de 2011. Esta circunstancia que difiere en 20 meses el pago de los honorarios generados, ha supuesto descontento generalizado en el cuadro de dentistas privado.

En la Clausula Adicional firmada para el año 2011, se ha conseguido modificar la forma de pago de los tratamientos especiales. Se ha modificado el hasta ahora único pago previsto en el ejercicio siguiente por, teóricamente, liquidaciones mensuales. A partir de este año (2011) se debe enviar, tras la recepción del justificante de realización del tratamiento especial por parte del profesional, desde el Colegio de Dentistas al Servicio Murciano de Salud, un informe mensual con desglose de todos los documentos de conformidad de tratamientos especiales realizados por cada dentista habilitado y los honorarios que suponen, para que puedan ser liquidados BORM nº 117, 2011).

Las tarifas iniciales fijadas en el Convenio de Colaboración entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio de Dentistas de Murcia (2003), para los tratamientos especiales por trastornos del grupo anterior están reflejadas en la TABLA 38. Para la endodoncia de pieza posterior se pago 140 € (BORM nº 13, 2003).

<b>TRATAMIENTO ESPECIAL</b>	<b>PRECIO (€)</b>
<i>Apicoformación, por sesión</i>	37
<i>Tratamientos pulpares</i>	140
<i>Extracción de un supernumerario erupcionado</i>	35
<i>Ferulización del grupo incisivo-canino en caso de movilidad por traumatismo</i>	120
<i>Reimplante dentario</i>	45
<i>Sutura de tejidos blandos</i>	40
<i>Protección pulpar directa</i>	20
<i>Perno prefabricado intrarradicular</i>	35
<i>Obturación grupo anterior postendodoncia</i>	45
<i>Reconstrucción grupo anterior</i>	60

**TABLA 38:** Precios de los tratamientos especiales en el año 2003.

En cuanto a la evolución de los costes de estos tratamientos especiales cabría destacar en primer lugar, que los honorarios a percibir por los profesionales privados habilitados al realizarlos, se han ido incrementando desde su puesta en marcha en el año 2003, actualizándose anualmente conforme a la subida de IPC. Esta subida dejó de aplicarse a partir del año 2008, donde ya era patente los recortes presupuestarios que tuvieron que empezar a realizar las Administraciones Públicas, y a los que el PADI ha resistido bastante bien, solo congelándose y no rebajándose los honorarios marcados.

En segundo lugar, que el catálogo de prestaciones especiales que ha ofrecido Murcia a los usuarios del PADI, ha ido variando conforme ha evolucionado el Programa. Es por tanto un programa activo, en el cual la Administración y el propio Colegio de Dentistas, han intentado mejorar, pensando siempre en el bienestar de los niños.

Los cambios más reseñables son (Región de Murcia, 2003, 2004, 2005 (a), 2006(a), 2007(a), 2008(a), 2009(a), 2010(a), 2010(a), 2011(a)).

- Apicoformación: en el año 2004, se deja de pagar por sesión a pagarse a realizarse por tratamiento terminado, independientemente de las sesiones practicadas por el facultativo responsable.

-Extracción de supernumerario erupcionado que deja de estar en el catálogo de prestaciones especiales y pasa a formar parte del catálogo de prestaciones básicas cubiertas por la capitación. Este es un cambio lógico, pues debe considerarse como una extracción simple más, y no pagarse por su realización, fuera de la capitación.

- Obturación de incisivos, caninos y premolares por caries, al igual que la endodoncia de estas piezas por el mismo motivo, se incorporó a los supuestos cubiertos por el PADI, dentro de los tratamientos especiales, en el año 2008, en el comienzo de la crisis económica. Es un gran logro conseguir nuevas prestaciones subvencionadas en estas condiciones de la economía nacional y regional. Además, se consigue que todas las piezas dentales se puedan obturar si se tiene alguna caries, minimizando de esta manera, sobre todo, en los pacientes con pocos recursos económicos, que la caries llegue a pulpa y haya que realizar la extracción de la misma. Esta prestación protege a los sectores menos favorecidos, donde sabemos que el índice de caries y absentismo al Programa es mayor, acudiendo muchas veces al dentista solo cuando la lesión provoca dolor.

- Endodoncia de molares: al inicio del Programa (2003), la endodoncia y la reconstrucción posterior eran dos tratamientos independientes, uniéndolos en uno sólo a partir del año 2006.

Este cambio es lógico, pues cuando se realiza la endodoncia, hay que realizar posteriormente la obturación, ahorrando trámites y papeleos innecesarios, cuando sabemos que se van a solicitar los dos tratamientos.

- Obturación de molar en situación especial: Se consiguió incorporar esta prestación al catálogo de prestaciones especiales subvencionadas en el año 2006. Lo que se pretende conseguir, es no penalizar al profesional en la labor preventiva que realiza en sus pacientes para intentar mantenerlos libres de caries, en el caso de que los usuarios que tienen derecho a la asistencia con cargo al PADI no hagan uso del mismo de forma regular. Es lógico, y compartimos la idea de que el dentista no asuma los costes que suponen la realización de obturaciones en molares en pacientes que se incorporan muy tarde al Programa (mayores de 8 años), en los cuales no se les ha podido realizar tratamientos preventivos, tan importante en los primeros años posteriores tras la erupción de los molares permanentes. Al igual debe ocurrir para aquellos pacientes que no acuden de forma regular (dos años sin acudir a revisiones por parte de algún dentista del PADI), rompiéndose totalmente la filosofía preventiva del Programa. Estos costes los deben asumir o el propio paciente o la Administración como en este caso.

Después de analizar la evolución tanto de los honorarios de los diferentes tratamientos especiales, como de su catálogo en el PADI de Murcia, hemos realizado una comparación de los tratamientos cubiertos como tratamientos especiales, y abonados a parte del pago caputivo, de todas las CC.AA con sistema PADI (excepto canarias), así como los honorarios a percibir por su realización (ver TABLA 37) (BOJA nº 150, 2001, BOJA nº 36, 2002; BOA nº 43, 2005; BOIB nº 17, 2005; DOE nº 2, 2005; BON nº 54, 2002, BON nº 109, 2003; BOPV nº 89, 1990, Región de Murcia, 2003, 2004, 2005 (a), 2006(a), 2007(a), 2008(a), 2009(a), 2010(a), 2010(a), 2011(a)).

Como en el apartado de la capitación, los datos que vamos a exponer a continuación, están actualizados al año 2011, aún sabiendo que el presente estudio hace referencia al periodo 2003-2010. Consideramos que es más relevante por estar totalmente actualizado en la fecha de elaboración de este estudio.

### ***Endodoncia en molar permanente***

En todos los Programas de Atención Bucodental Infantil, excepto en Extremadura, y Murcia, las endodoncias de la dentición permanente por caries está incluida dentro de la capitación. En esta primera (Extremadura) la tarifa para piezas de tres conductos son 100 euros.

En Murcia, en este concepto va incluido la obturación posterior, siendo fijados los honorarios para los molares 164,66 euros.

### ***Reconstrucción incisivo-canina por traumatismo o malformación***

En todas las CC.AA. excepto en Murcia se distingue “gran reconstrucción incisivo-canino”, que comprende 1/3 de la corona y que ha requerido endodoncia, y reconstrucción simple.

En Murcia, este concepto solo comprende el primer supuesto (gran reconstrucción), con (54 euros).

La CC.AA. con mejores honorarios para sus profesionales son Navarra con 68,57 euros, seguida por Extremadura con 65 euros. Murcia (61,58 euros) está en tercer lugar. La peor es Aragón con 50 euros.

En el segundo supuesto (reconstrucción simple), la CC.AA. que mejores honorarios abonan a sus profesionales es Navarra con 54,83 euros. La que peores honorarios abona es Aragón, con solo 35 euros.

### ***Endodoncia de incisivos-caninos por traumatismo o malformación***

Esta prestación la ofrecen todas las CC.AA. con modelo PADI. En Murcia tiene una tarifa de 143,66 euros, que no incluye la obturación posterior que asciende a 46,16 euros. Si el profesional realiza la endodoncia y solicita además la obturación posterior, el total de los honorarios a percibir ascenderían entonces a 189,79 euros. Hemos observado que no todos los dentistas que realizan estas endodoncias solicitan posteriormente el concepto de obturación post-endodoncia, bien por desconocimiento del mismo o porque consideran que la obturación es tan pequeña que no la solicitan. El precio total de ambos tratamientos en el caso de traumatismo o malformación es de 189,79, unos 35 euros más que si la causa es por caries (en este caso también ampliada a los premolares (164,46 euros). Aragón es la siguiente en ofrecer mejores tarifas a sus profesionales, con 68 euros para las endodoncias de las piezas uniradiculares. Los dentistas andaluces son los que menos cobran por este tratamiento (60 euros).

### ***Obturación incisivo-canina post-endodoncia***

Su tarifa en Murcia es 46,16 euros, como se ha mencionado anteriormente.

### ***Endodoncia de incisivos-caninos-premolares por caries***

Esta prestación está incluida como tratamiento básico en la capitación en todas las CC.AA. excepto Extremadura y Murcia.

En Murcia, los honorarios son 166,46 euros, unos 35 euros menos que si la causa es por traumatismo o malformación (189,79 euros la endodoncia -143,66 euros - más la obturación posterior-46,16 euros-).

En Extremadura, con tarifas más bajas, las piezas uniradiculares se pagan a 68 euros, y las biradiculares a 84 euros.

### ***Obturación incisivo-canino-premolar por caries***

La obturación de la dentición definitiva está incluida en el catálogo de prestaciones básicas en todas las CC.AA, exceptuando Extremadura y Murcia, pero con la salvedad que en Extremadura no está tampoco como prestación especial. Por lo tanto, es en Murcia donde los dentistas cobran como tratamiento especial por realizar obturaciones por caries en incisivos, caninos o premolares, estando esta tarifa estimada en 54 euros.

### ***Perno prefabricado incisivo-canino***

Estas tarifas son para pernos prefabricado en todas las CC.AA., excepto en Aragón, que solo tiene colado. La tarifa de Aragón es la más elevada, con 82 euros, con el matiz que es colado. Del resto de CC.AA. que colocan pernos prefabricados, Murcia es la que mejor paga, con 35,91 euros, seguida de Extremadura (30 euros). La CC.AA. que menos paga es Andalucía con solo 18 euros.

En Murcia, este tratamiento solo se puede realizar en incisivos y caninos. Consideramos que esta opción de tratamiento se debería ampliar también a los molares, para los casos en que se considere oportuno por el criterio del facultativo responsable.

### ***Apicoformación***

El concepto apicoformación es tratado de dos formas diferentes por las CC.AA. Por un lado las que lo dividen y pagan por sesiones y las que lo consideran un único tratamiento, independientemente de las sesiones necesarias con un único pago. La Apicoformación, en Andalucía, Aragón y País Vasco, se paga por sesión de trabajo, y en el resto (Baleares,

Extremadura, Murcia y Navarra) se aplica como un único tratamiento completo, independientemente del número de sesiones que se necesite. En el primer caso, los dentistas mejor pagados están en el País Vasco (43,51 euros) y los peor pagados están en Andalucía (30 euros). En el segundo caso, tratamiento completo, los mejor pagados son los dentistas baleares con 107 euros, seguidos por los murcianos con poco más de 100 euros. Los peor pagados en este caso son los extremeños (45 euros).

### ***Ferulización incisivo-canina por trauma***

Los honorarios en este concepto van desde los 127,28 euros de Navarra o los 123,14 de Murcia, a los pocos 48 euros que Andalucía paga a sus facultativos (sólo un 40 % de lo pagado en Navarra).

### ***Protección pulpar incisivo-canina***

En este tratamiento, la diferencia en los honorarios a que tienen derecho los dentistas por realizarlos dentro del PADI no son muy grandes entre sí. Van desde los 28,59 euros de Navarra a los 20,52 de Murcia, que en este caso es la que peor trata a sus dentistas. Dentro de las prestaciones especiales, no aparece este concepto en Baleares y el País Vasco.

### ***Reimplante dentario***

En Baleares, el reimplante dentario se paga a 128 €, pero incluye ferulización. Como en esta CC.AA. la ferulización la pagan a 86 euros, los hemos descontado para poder comparar este tratamiento con el resto de CC.AA. ( $128 - 86 = 42$ ). Este tratamiento no está en el catálogo de prestaciones especiales ofertado por el País Vasco.

Navarra, con 81,64 euros, es la que mejores honorarios ofrece a sus profesionales. Baleares es la que peores honorarios ofrece, con 42 euros (un 50 % de lo que se paga en la primera), seguida de Murcia con 46,16.

### ***Sutura de tejidos blandos***

Las tarifas percibidas en este supuesto por los dentistas privados, oscilan entre los 41,04 de Murcia o los 40,82 de Navarra, a los 30 euros de los andaluces, un 65 % de lo cobrado por los murcianos.

### ***Ortopantomografía***

La ortopantomografía solo aparece como prestación especial en Murcia, abonándose poco más de 18 euros cada una. A partir del año 2012, en la última reunión de la Comisión Paritaria de Murcia celebrada el 24 de Junio de 2011, se acordó que todas las ortopantomografías se realicen en las instalaciones del Servicio Murciano de Salud. Por lo tanto, no supondrá un gasto adicional imputable al presupuesto del PADI.

Con todo lo expuesto anteriormente, se deduce que el catálogo de prestaciones especiales para la asistencia bucodental infantil que ofrece la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia es el más completo dentro de los existentes en las diferentes CC.AA. con modelo asistencial PADI dentro de España.

En cuanto a los honorarios a percibir, por los dentistas privados habilitados, en los diferentes supuestos previstos en el catálogo de prestaciones especiales, los que realizan su labor asistencial en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, están entre los mejor tratados.

	ANDALUCIA	ARAGON	BALEARES	EXTREMADURA	MURCIA	NAVARRA	PAIS VASCO
<i>ENDODONCIA MOLAR PERMANENTE</i>	CAPITACION	CAPITACION	CAPITACION	CAPITACION	164,66	CAPITACION	CAPITACION
<i>OBTURACION MOLAR EN SITUACION ESPECIAL</i>	NO	NO	NO	NO	45,63	NO	NO
<i>RECONSTRUCCION I-C POR TRAUMATISMO O MALFORMACION</i>	41/52	35/50	44/56	50/65	61,56	54,83 /68,57	43,51/58
<i>ENDODONCIA I-C POR TRAUMATISMO O MALFORMACION</i>	60	120	86	100	143,66	89,08	72,51
<i>OBTURACION I-C POST-ENDODONCIA</i>	NO	NO	NO	NO	46,16	NO	NO
<i>ENDODONCIA INCISIVO-CANINO-PREMOLAR POR CARIES CON OBTURACION POSTERIOR</i>	NO	NO	NO	NO	164,66	NO	NO
<i>OBTURACION INCISIVO-CANINO-PREMOLAR POR CARIES</i>	CAPITACION	CAPITACION	CAPITACION	NO	54	CAPITACION	CAPITACION
<i>PERNO PREFABRICADO I-C POR TRAUMATISMO O MALFORMACION</i>	18	82	22	30	35,91	24,49	21,75
<i>APICOFORMACION I-C POR TRAUMATISMO O MALFORMACION</i>	30	43	107	45	100,01	55,15	43,51
<i>FERULIZACION I-C POR TRAUMATISMO O MALFORMACION</i>	48	73	86	66	123,14	127,28	58
<i>PROTECCION PULPAR I-C POR TRAUMATISMO O MALFORMACION</i>	22	21	NO	25	20,52	28,59	NO
<i>REIMPLANTE DENTARIO I-C POR TRAUMATISMO O MALFORMACION</i>	61	60	42	80	46,16	81,64	NO
<i>SUTURA TEJIDOS BLANDOS</i>	30	33	32	35	41,04	40,82	36,26
<i>ORTOPANTOMOGRAFIA</i>	NO	NO	NO	NO	18,25	NO	NO

**TABLA 37:** Comparación del catálogo de prestaciones especiales y honorarios por cada uno de ellos en las CC.AA. con sistema asistencial PADI.

Los costes por los tratamientos especiales han supuesto una cifra del 15-20 % del total del presupuesto del PADI en la Región de Murcia en los sucesivos años del estudio (2003-2010). Si lo comparamos con el reparto de costes en el País Vasco en sus 8 primeros años (1990-1997), vemos la diferencia existente, siendo mucho mayor el peso que tienen los tratamientos especiales en Murcia. Bien es cierto que esta diferencia pasó desde 14 puntos en el año 2003 hasta 9,6 puntos en el año 2010 (ver TABLA 38) (Gobierno Vasco, 1998, (Región de Murcia, 2005 (b), 2006(b), 2007(b), 2008(b), 2009(b), 2010(b), 2011(b)).

	<i>% EN FACTURA DE ASISTENCIA ADICIONAL</i>	<i>% EN FACTURA DE TRATAMIENTOS ESPECIALES</i>
	<i>PAIS VASCO</i>	<i>MURCIA</i>
<b>1º AÑO</b>	1,94	16
<b>2º AÑO</b>	2,60	20
<b>3º AÑO</b>	2,68	17
<b>4º AÑO</b>	3,64	-
<b>5º AÑO</b>	3,87	15
<b>6º AÑO</b>	4,70	17
<b>7º AÑO</b>	5,15	16
<b>8º AÑO</b>	5,40	15

**TABLA 38:** Comparativa de la distribución (en %) del coste de los tratamientos especiales en la factura del PADI en Murcia y País Vasco en sus 8 primeros años de funcionamiento.

Por el contrario, los costes por capitación en este periodo en Murcia han sido menores que los generados en el País Vasco (ver TABLA 39).

	<b>% EN FACTURA DE CAPITACION</b>	<b>% EN FACTURA DE CAPITACION</b>
	<b>MURCIA</b>	<b>PAIS VASCO</b>
<b>1º AÑO</b>	84	98,06
<b>2º AÑO</b>	80	97,40
<b>3º AÑO</b>	83	97,32
<b>4º AÑO</b>		96,36
<b>5º AÑO</b>	85	96,13
<b>6º AÑO</b>	83	95,30
<b>7º AÑO</b>	84	94,85
<b>8º AÑO</b>	85	94,60

**TABLA 39:** Comparativa de la distribución (en %) del coste de los tratamientos especiales en la factura del PADI en Murcia y País Vasco en sus 8 primeros años de funcionamiento.

En el año 2010, en Murcia el reparto de costes fue del 15 % para los tratamientos especiales y el 85 % para la capitación, mientras que este reparto en el País Vasco fue del 3,6 % para la asistencia adicional y el 94,4 % para los tratamientos especiales (Gobierno del País Vasco, 2011).

## **V.2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PADI**

### **V.2.1. Población que tiene asignado un dentista de cabecera del PADI**

La evolución del número de usuarios ha sido lógica en la etapa incremental de cualquier programa, ya que al incorporarse una nueva cohorte cada año y no salir ninguna, el número de niños que lo usan debe subir como así ha sido.

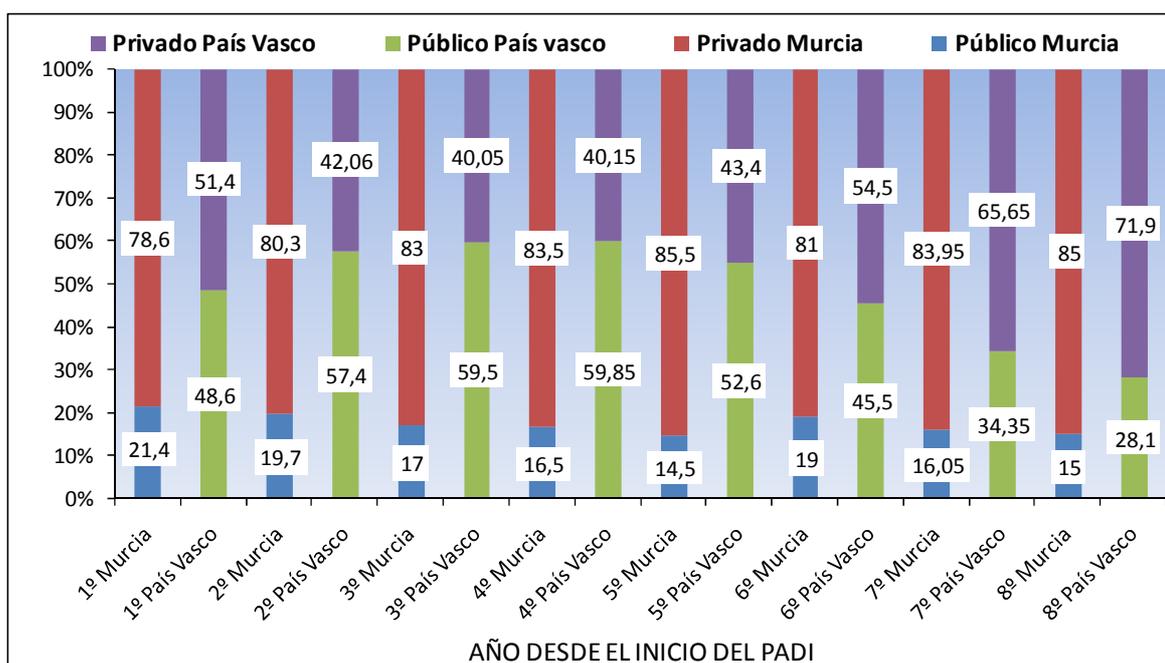
El primer año de puesta en marcha del programa PADI en Murcia (2003), solo se logró la asistencia de 9.290 pacientes, un 34 % de la población con derecho a ella (27.438). Esta situación podría ser debida al desconocimiento o poca información y divulgación del mismo por parte de la población. Sin embargo, durante el resto de años, la media de utilización por parte de los usuarios

es tan solo del 53.1 %, cifra que consideramos insuficiente. Esta situación podría solventarse mediante la utilización de las TIC's (herramientas virtuales), mediante una plataforma digital que pudiera localizar a los niños que no llegan al Programa. Sin embargo, la vía ideal de asegurar el acceso al 90-100% de la población es la incorporación de revisiones bucodentales dentro del propio programa escolar, situación similar a la que sucede con el programa de vacunaciones. Otra opción a más corto plazo podría ser con el apoyo de los servicios de pediatría, mediante información a los padres en las revisiones efectuadas.

Este incremento de población adscrita al PADI, se ha producido en las dos opciones ofrecidas, en los servicios públicos o mediante el dentista privado habilitado. Es mucho mayor la incorporación de usuarios en esta última opción desde el inicio del PADI en el año 2003, hasta el año 2010, periodo en el que se centra el presente estudio. Creemos que esto es así por diversos motivos. Por un lado la libertad de horario que ofrecen las consultas privadas, con una amplitud mayor para beneficio del paciente. La mayoría de la Unidades de Salud Bucodental públicas solo abren por la mañana, y con pocas horas diarias dedicadas a los pacientes infantiles. Todas estas Unidades comparte la labor asistencial del adulto con la del niño, excepto una Unidad que se dedica a tiempo completo al PADI en Cartagena y otra Unidad que dedica 3 días a la semana a esta atención en Murcia, dedicando los otros dos a la labor asistencial compartida (adultos y niños) en otra población diferente. Por otro lado las instalaciones propias del gabinete dental, siendo en algunos Centros de Salud muy viejos y poco atractivos para las familias. Además del material disponible no siempre tan diverso, abundante y avanzado como en numerosas consultas privadas. Hay que unirle el entorno que percibe el paciente antes de entrar al gabinete dental, menos motivador, que el ofrecido en la mayoría de las consultas dentales. Estos son algunos de los motivos por los que los pacientes se han ido decantando cada vez más por el sector privado habilitado, que al ver una vía de ingresos económicos estable y continua en los años (siempre que realice bien su trabajo), sobre todo en tiempos de crisis como el actual, se han implicado de manera importante en el Programa.

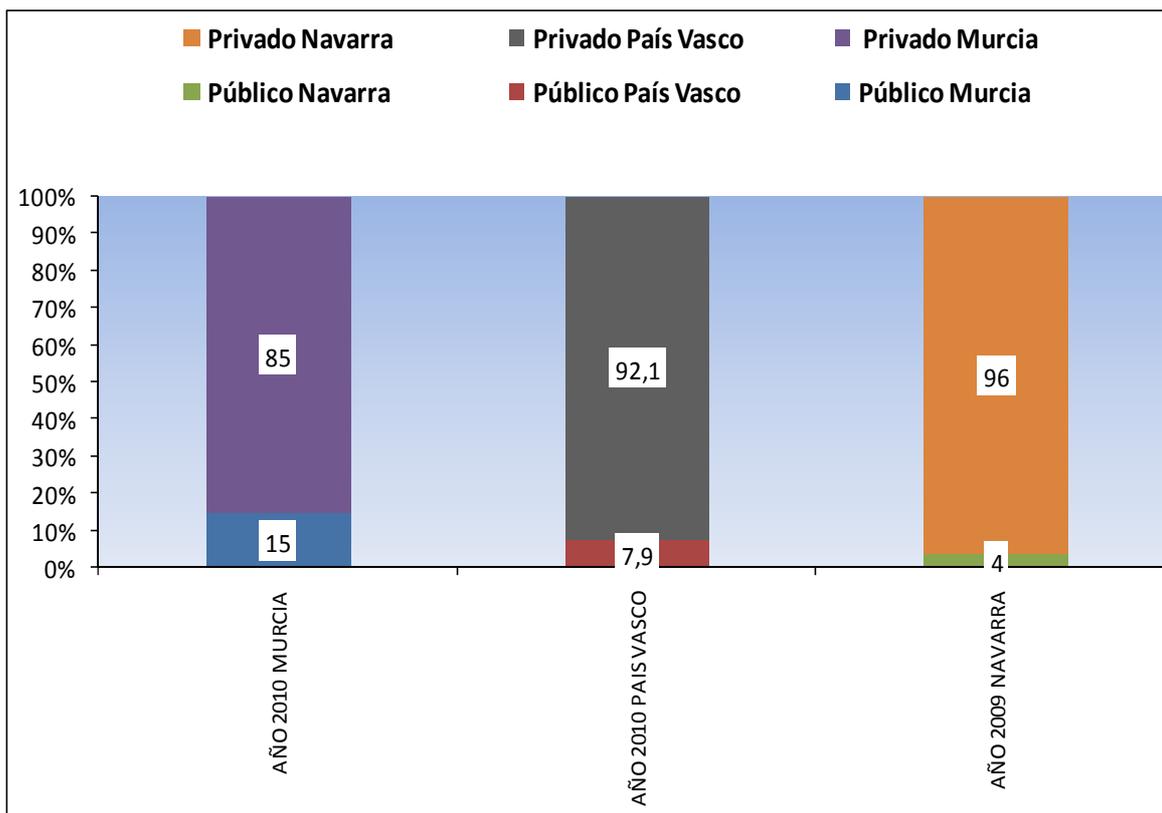
Los porcentajes de asistencia de los niños con derecho a asistencia con cargo al PADI, a cada uno de los sectores, público o privado, han ido variando desde el principio (año 2003) hasta el año 2010. Como hemos dicho anteriormente, ha sido mayoritaria la asistencia a dentistas del sector privado, desde el ya alto porcentaje inicial del 78,6 %, (año 2003) hasta el 85 % del año 2010. Es contundente el peso que tiene el sector privado en la dispensación de los servicios previstos en el programa preventivo y asistencial PADI.

Si lo comparamos con el País Vasco (ver GRÁFICA 35) CC.AA. pionera en este tipo de programas, en sus ocho primeros años de andadura, vemos la gran diferencia existente entre ambos, donde en el P. Vasco en los 5 primeros años la asistencia al sector privado (51,4 %), paso de ser mayor que la asistencia al público a descender hasta un 40,2 % en el cuarto año donde se rompe esta tendencia, llegando en el octavo año de andadura a la cifra del 71,9 %, más cercana al 85 % de Murcia. (Simón, 1995; Gobierno Vasco 1997, 1998; Conserjería de Sanidad y Consumo de la CARM, 2005b, 2006b, 2007b, 2008b, 2009b, 2010b, 2010b, 2011b).



**GRÁFICA 35:** Comparación de la evolución, en los ocho primeros años de la puesta en marcha del PADI, de la asistencia a cada una de las opciones, dentista público o privado, en las CC.AA. de Murcia y del País Vasco.

En el año 2010, en el País Vasco esta proporción fue de 92,1% de asistencia en el sector privado, frente al 7,9 % que escogieron ser atendidos por dentistas de la red asistencial pública (98.740 niños acudieron al sector privado y 8.467 niños al sector público) (Gobierno Vasco, 2011). Esto significa que, aunque empezó con mayoritaria asistencia al sector público en los 5 primeros años, todo lo contrario que en Murcia, en ambas CC.AA. se ha consolidado el sector privado como pilar fundamental en la asistencia y prestación de servicios del PADI, aunque en Murcia su peso es ligeramente menor en la actualidad (año 2010), un 92,1 % del País Vasco frente al 85 % de Murcia (ver GRÁFICA 36). Algo similar ocurre en Navarra, 2ª CC.AA. en implantar el PADI, donde en el año 2009, el sector privado atendió al 96 % de los usuarios (50.322 niños) frente al 4% de los usuarios que escogieron al dentista público (2.088 niños) (Gobierno de Navarra, 2011).

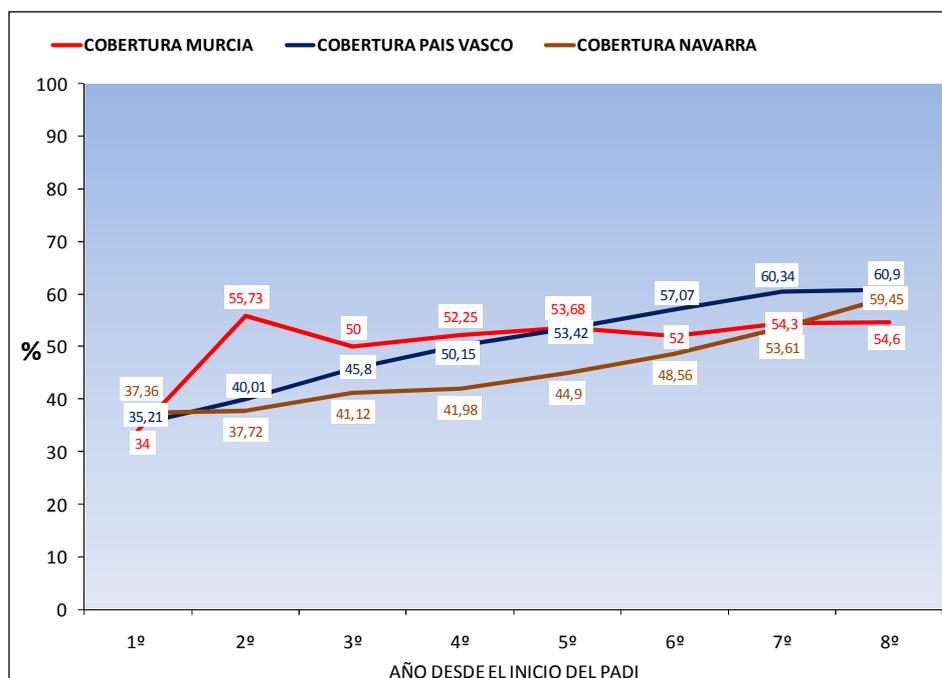


**GRÁFICA 36:** Comparación de la asistencia a cada una de las opciones, dentista público o privado, en el año 2010, en las CC.AA. de Murcia y del País Vasco.

En este análisis de la población que tiene asignado un dentista de cabecera, es decir que ha sido tratado por algunos de los dentistas del cuadro ofertado, hemos comentado al principio la que consideramos insuficiente cobertura. A continuación vamos a comparar la cobertura en sus 8 primeros de los programas preventivos PADI de Murcia, País Vasco y Navarra. En el primer año tuvieron similar cobertura (34 % en Murcia frente al poco más del 35 % en el País Vasco y 37,36 % de Navarra) a partir de aquí, del 2º al 5º año ha sido superior en Murcia, con una máxima diferencia de 15 puntos en el 2º año. A partir de este año la diferencia fue recortándose, hasta ser la misma en el 5º año. Desde entonces la cobertura ha sido cada vez mayor en el País Vasco, hasta alcanzar la cifra del 60,9 % en el octavo año de vigencia de su programa, frente al 59,45 % de Navarra y 54,6 % de Murcia en el 8º año (ver TABLA 40 Y GRÁFICA 36) (Gobierno Vasco, 1998, Gobierno de Navarra; Cortés, 2003, Región de Murcia, 2005(b), 2006(b), 2007(b), 2008(b), 2009(b), 2010(b), 2011(b)).

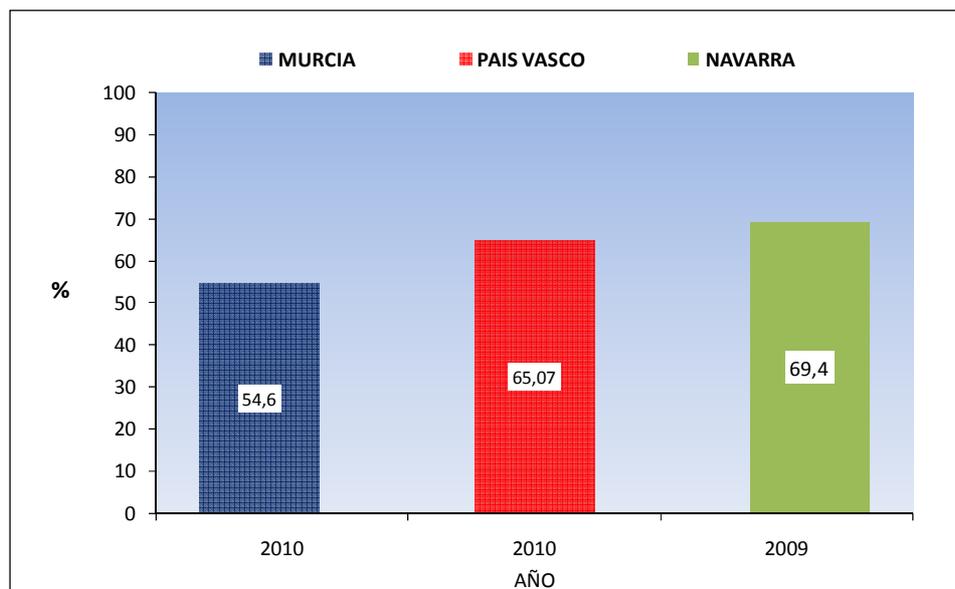
AÑO	COBERTURA MURCIA (%)	NO ATENDIDOS MURCIA (%)	COBERTURA PAIS VASCO (%)	NO ATENDIDOS PAIS VASCO (%)	COBERTURA NAVARRA (%)	NO ATENDIDOS NAVARRA (%)
1º	34	66	35,21	64,79	37,36	62,64
2º	55,73	44,3	40,01	59,99	37,72	62,28
3º	50	50	45,8	54,02	41,12	58,88
4º	52,25	48,75	50,15	49,85	41,98	58,02
5º	53,68	46,32	53,42	46,58	44,9	55,1
6º	52	48	57,07	42,93	48,56	51,44
7º	54,3	45,7	60,34	39,66	53,61	46,39
8º	54,6	45,4	60,9	39,1	59,45	40,55

**TABLA 40:** Comparación, en los ocho primeros años de la puesta en marcha del PADI, de la cobertura (% de pacientes atendidos sobre la población diana) y pacientes no atendidos en las CC.AA. de Murcia, País Vasco y Navarra.



**GRÁFICA 39:** Comparación de la evolución, en los ocho primeros años de la puesta en marcha del PADI, de la cobertura (% de pacientes atendidos sobre la población diana) en las CC.AA. de Murcia, País Vasco y Navarra.

En el año 2010, las coberturas de ambas CC.AA fueron del 54,6 % en Murcia, frente al 65,07 % del País Vasco, 11 puntos más. En Navarra, en el año 2009 la cobertura alcanzada fue CASI DEL 70 % (ver GRÁFICA 40). Esto nos debe hacer reflexionar que nuestra cobertura puede y debe ampliarse, mínimo hasta los valores de estas comunidades. (Gobierno Vasco, 2011, Gobierno de Navarra, 2010).



**GRÁFICA 40:** Coberturas de las CC.AA. de Murcia, País Vasco (2010) y Navarra (2009).

Ahora vamos a valorar la carga de trabajo de cada una de las dos opciones a escoger entre los profesionales del cuadro facultativo ofertado en Murcia: dentista público o dentista privado habilitado. Al analizar los datos, se observa en su evolución, que a pesar de incrementarse tanto el número de dentistas públicos como privados en el cuadro de facultativos ofertado en el Programa, es mayor el incremento del número de los usuarios. Esto origina que la carga asistencial por facultativo se haya ido incrementando progresivamente. En términos absolutos, es el sector privado el que tiene un papel decisivo en la asistencia que presta el Programa, tanto en número de facultativos que forman parte del cuadro asistencial, como en usuarios que escogen libremente ser atendidos por este sector.

A pesar de esto, la media de niños atendidos/dentista habilitado/ año sólo es de 30 en el año 2003 pasando esta cifra a ser 131,3 en el año 2010, frente a los 178 de los dentistas del sector privado del País Vasco en el año 1997, ambos en su octavo año de implantación del PADI (Gobierno Vasco, 1997, Gobierno Vasco, 1998, Gobierno Vasco, 1998a). Esto puede deberse a varios motivos. El gran número de dentistas habilitados ofertados, y por otro lado la insuficiente cobertura existente y menor % de asistencia al sector privado en Murcia (ver GRÁFICA 41).

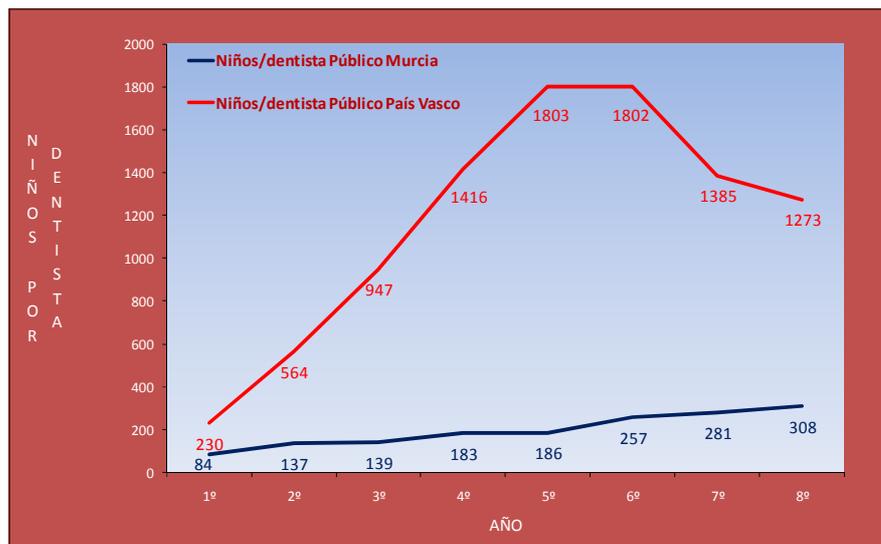
La media de carga asistencial de los dentistas públicos en Murcia ha sufrido un incremento constante desde su inicio, pasando de atender en el primer año 83,6 niños/año/dentista hasta 308,2 (año 2010). Es un crecimiento muy importante, pero esta cifra queda muy por debajo de los 1800 niños año atendidos por las SDC (dentistas públicos) del País Vasco en los años 1994 y 1995. Bien es cierto que desde 1995, ha ido disminuyendo la carga asistencial de los dentistas públicos vascos hasta alcanzar la cifra de 1.273 niños/dentista en el año 1997 (Gobierno Vasco, 1997, Gobierno Vasco, 1997 (1), Gobierno Vasco, 1998). Sigue habiendo una diferencia de más de 950 niños de media (ver GRÁFICA 42).

En el año 2010, los dentistas del sector público de Murcia atendieron de media a 308 niños del PADI, frente a los 368 niños atendidos de media por los dentistas públicos del País Vasco. Por parte de los dentistas privados habilitados la media de los atendidos por los profesionales de Murcia fue de 131, frente a los 134 del País Vasco (Gobierno Vasco, 2010a, 2011). En el año 2009 en Navarra, los dentistas del sector público tuvieron una carga de trabajo media de 418 niños (2.088 niños atendidos por 5 dentistas), frente a la media de 237 niños de los dentistas privados (50.232 niños atendidos por 212 dentistas) (Gobierno de Navarra, 2010) (ver GRÁFICA 43 y GRÁFICA 44).

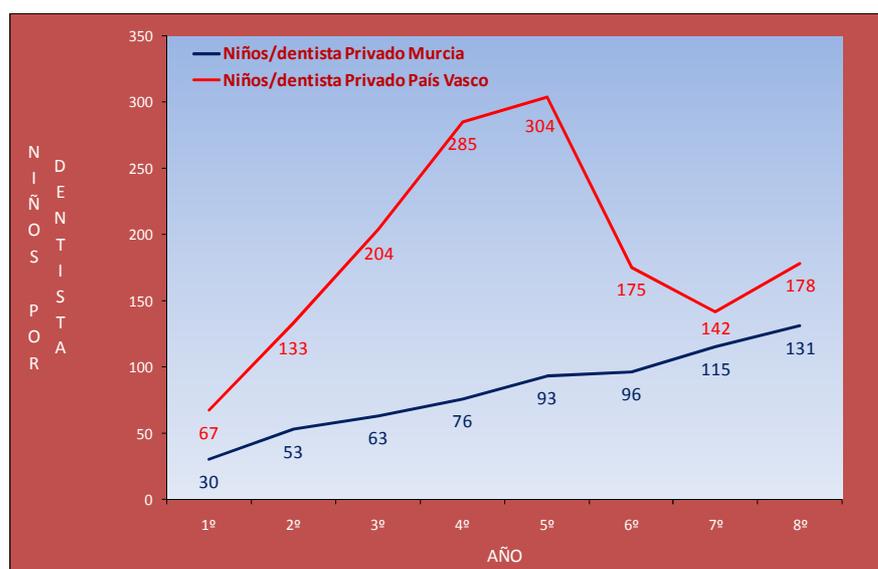
Estas cifras tan dispares puede deberse a dos motivos, que la población realmente prefiera acudir y ser atendido por dentistas del sector privado, con las ventajas de instalaciones, equipamiento y mejor y más flexible horario de atención, o que los profesionales del sector público, al no estar suficientemente incentivados económicamente no motiven a los usuarios a elegirles a ellos como dentista de cabecera. Recordemos que prácticamente la totalidad de las Unidades de Salud Bucodental comparten la labor asistencial del Programa con la atención a demanda de la población general, teniendo asegurado su puesto de trabajo y emolumentos independientemente de si ven más o menos niños del PADI. Es paradójico que ciertas USB como la del Área de Salud V: Altiplano, tras 7 años de implantación del PADI solo atendió en el año 2009 a 78 niños. En el Área de Salud del Noroeste, entre los 2 dentistas públicos que trabajan en ella, atendieron a 565 niños (la USB Caravaca/Cehegín atendió a 131 niños y la USB Calasparra/Moratalla el resto).

Otra desventaja de las Unidades de Salud Bucodental, aparte de las mencionadas anteriormente, es que los padres de los usuarios del PADI no reciben asistencia dental por parte del sector público. Solo la tradicional y obsoleta oferta de servicios que siempre ha ofrecido el dentista de cupo: extracciones y medicina oral. Esto hace que las familias tengan un dentista

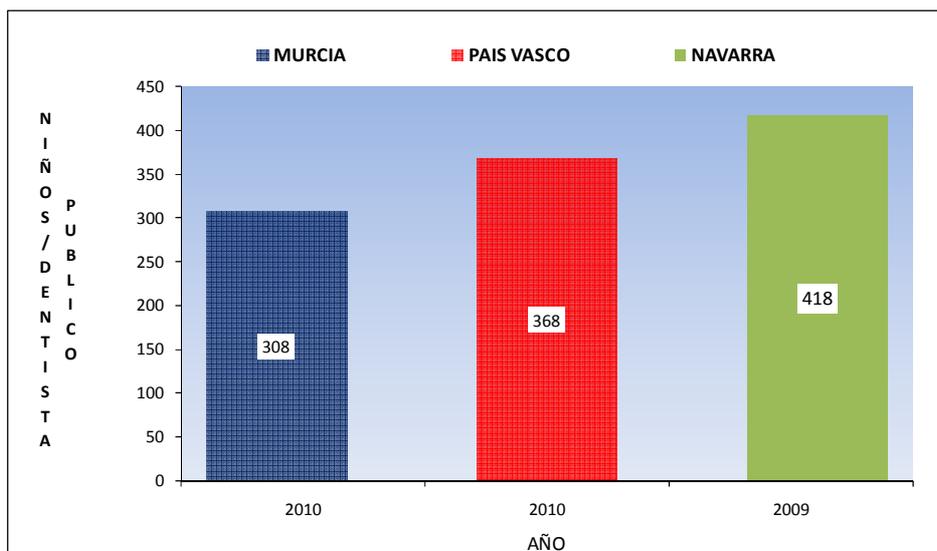
privado de confianza que, generalmente está incluido en el cuadro de facultativos ofertado. Las familias de esta manera siguen con el dentista de la familia, que realiza todos los tratamientos que necesite el niño, tanto los incluidos en el programa como los no incluidos, como los tratamientos reparadores en la dentición temporal o la ortodoncia. La realización de estos tratamientos obligatoriamente fuera de la sanidad pública también es un elemento que influye en la elección mayoritaria de los padres de los usuarios a decantarse por los servicios de un dentista del sector privado, que además, una vez cumplidos los 15 años puede seguir siendo atendido por el dentista en el que confió en años precedentes.



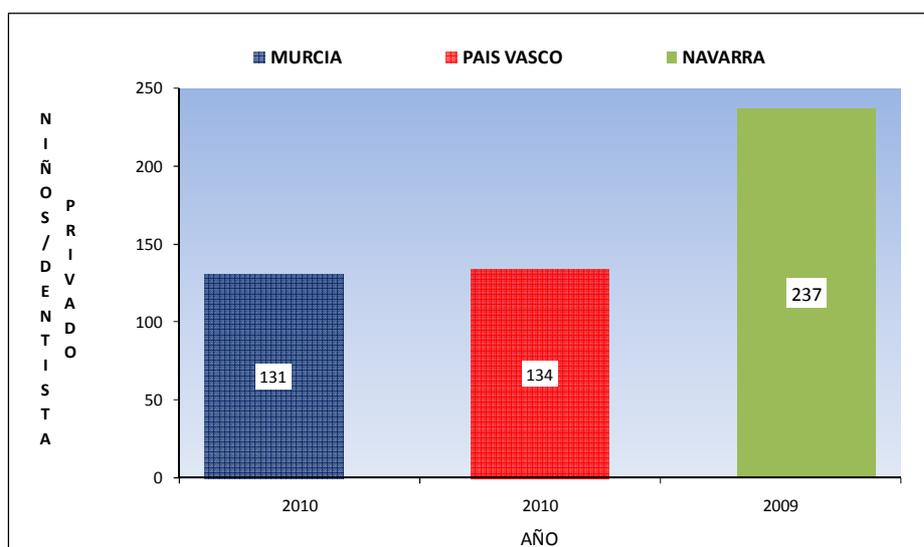
**GRÁFICA 41:** Evolución de la media de la carga asistencial (niños tratados) de los dentistas públicos de las CC.AA de Murcia y el País Vasco.



**GRÁFICA 42:** Evolución de la media de la carga asistencial (niños tratados) de los dentistas privados de las CC.AA de Murcia y el País Vasco.



GRÁFICA 43: Media de niños atendidos por dentista público en Murcia y País Vasco en el año 2010 y en Navarra en el año 2009.



GRÁFICA 44: Media de niños atendidos por dentista privado en Murcia y País .Vasco en el año 2010 y en Navarra en el año 2009.

### V.2.2. Cobertura por las diferentes Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Hay una irregular distribución de la asistencia de los niños a los dentistas públicos o privados en las diferentes Áreas de Salud de la CARM. En el Altiplano el dentista público no atiende prácticamente a niños, siendo los dentistas privados quienes realizan casi toda la asistencia del PADI, con la circunstancia de que es donde mayor cobertura se ha conseguido. Por el contrario, en Cartagena es donde el porcentaje de asistencia al dentista de las Unidades de

Salud Bucodental del sector público se ha conseguido, pero con el porcentaje de cobertura menor de toda la Región, no habiendo superado nunca el 50 %. Por lo tanto, se da la circunstancia que donde mayor peso tiene el sector privado en la asistencia a los niños, mayor es la cobertura alcanzada, mientras donde mayor peso tiene el sector público en la asistencia a los niños, menor es la cobertura alcanzada.

### **V.2.3. Asistencia preventiva y reparadora dispensada por el PADI**

La endodoncia de molar permanente hasta el año 2009 tuvo un crecimiento progresivo, produciéndose en el año 2010 un crecimiento desmedido pasando de 435 tratamientos a 1135 tratamientos. Para poder intentar determinar las causas de este crecimiento inusual, deberíamos saber a qué rangos etarios se las ha practicado este tratamiento, datos que no hemos podido obtener.

Otros dos tratamientos a mencionar son las obturaciones de molar en situación especial incorporados en los tratamientos especiales financiados en el año 2007 y la obturación de incisivos, caninos y premolares por caries incorporados un año después, en el 2008. En ambos caso han tenido un incremento muy acusado en los pocos años que se están prestando estas coberturas, siendo en números absolutos mayor los tratamientos efectuados en los molares en situación especial. Si analizamos estas cifras, nos indican que los usuarios que tienen asistencia irregular (no acuden durante 2 años seguidos) y los usuarios de incorporación tardía al Programa (mayores de 8 años) poseen una gran cantidad de caries en estas piezas que podría deberse a no haber recibido la prevención necesaria. Esto se confirma, si se compara con las obturaciones efectuadas a los usuarios de asistencia normal, excepción del año 2007 por ser el primero y posiblemente no ser conocido bien el protocolo asistencial por los profesionales, en los años 2008 y 2009, hay una diferencia significativa entre ambas cifras, siendo mayor las obturación del molar en usuarios de asistencia irregular. En el año 2010, como hemos mencionado antes, hay un incremento desmesurado de este tratamiento en los pacientes de asistencia regular. Por otro lado, la elevada cifra de obturaciones por caries en incisivos, caninos y premolares presupone un fracaso del Programa preventivo, aunque habría que analizar con más detalle si pertenecen al mismo grupo que los usuarios englobados en el apartado anterior, o si realmente han recibido asistencia continua dentro del Programa.

Por último mencionar la no correlación en el número de tratamientos en los dientes del grupo anterior que han sido sometidos a tratamiento pulpar por traumatismo o malformación, los

que se les ha puesto perno prefabricado intrarradicular y sobre todo, a los que se les ha realizado obturación posterior, siendo mayor siempre las endodoncias realizadas.

En cuanto a los tratamientos englobados en la dispensación básica cubierta por el Programa, hemos de hacer varias consideraciones.

La aplicación tópica de flúor ha variado desde el 65 % en el año 2003 hasta el 75 % en el año 2009. Pero lo realmente extraño es la bajada que se produjo de este último año al 2010 donde sólo se aplicó al 47,8 % de los niños, es decir casi 30 puntos menos. Es una bajada muy elevada, que no sabemos a qué puede deberse. Quizá, el único origen que se nos ocurre sea los grandes retrasos del cobro de la capitación en ese año, prediciéndose la liquidación de la capitación y los tratamientos especiales en septiembre del año 2011. Esto puede provocar desmotivación y descontento en los profesionales haciendo que no se implique tanto en la labor preventiva del Programa.

Algo similar ocurre con los otros métodos preventivos tan importantes como la educación sanitaria y la aplicación de selladores. En el primer caso, educación sanitaria, pasó del 70 % en el año 2009 al 32,4 % en el año 2010, menos de la mitad que el año precedente. En el caso de los selladores de fisuras se paso del 38 % en el año 2009 al 16,3 % en el año 2010, que representa también menos de la mitad que los realizados en el año anterior.

Esto, a nuestro juicio, es un grave problema, pues la función principal de este Programa, que es la prevención (educación sanitaria, aplicación tópica de flúor y realización de selladores) no se está realizando correctamente, sobre todo si la comparamos con todos los años precedentes. Esta actitud de los profesionales podría provocar un aumento de la patología de la caries en los niños, todo lo contrario que pretende el PADI.

Otro dato a reseñar son los exámenes bucales, pues no en todos los ejercicios alcanza el 100 % de los usuarios. No creemos que estas cifras sean reales, sino más bien un error en la aplicación del protocolo, no rellenándose correctamente el epígrafe de este concepto en el Bucosan. Quizá esto también ocurra en la introducción del epígrafe educación sanitaria, pero no creemos que ocurra con la aplicación tópica de flúor y los selladores.

Si comparamos los tratamientos denominados básicos, en el año 2010, entre la CC.AA. de Murcia y el País Vasco, vemos que el número de selladores realizados por cada 100 niños revisados en Murcia fue de 16,3, y en el País Vasco esta cifra fue de 32,95, justo el doble. Si lo comparásemos con el dato de los selladores en Murcia en el año 2009 (38) veríamos que es más

similar. En Navarra, esta cifra de selladores fue de 26,9 en el año 2009. En cuanto a las obturaciones en el año 2010, en Murcia se realizaron al 14,6 por cada 100 niños atendidos, frente a las 19,31 obturaciones de los vascos (5 puntos menos en Murcia, donde en este dato no están incluidas las obturaciones de molares en situación especial que existen en Murcia, y son consideradas como tratamiento especial). En el año 2009, los navarros realizaron 33 obturaciones por cada 100 niños atendidos. Las cifras para las extracciones (año 2010) por cada 100 niños atendidos en Murcia fueron 5,8, frente a 0,46 que los vascos realizaron. En Navarra (año 2009) se realizaron 7 extracciones en dentición temporal por cada 100 niños atendidos (Gobierno Vasco 2011, Gobierno de Navarra, 2010).

Referente a los tratamientos para pacientes especiales con anestesia general o sedación, se han pasado de 2 en el año 2003 a 41 en el año 2010.

La situación de los pacientes con discapacidades físicas o psíquicas importantes tanto dentro como fuera del Programa es un marco carente dentro de las prestaciones sanitarias de la comunidad. En la actualidad no hay unidades especiales dentro del Servicio Murciano, donde se permita realizar actividades preventivistas y no solo paliativas.

Por ello consideramos necesarias que las líneas de actuación vayan diferenciadas en:

- Actividad asistencial en adultos, donde se realicen actividades paliativas y a demanda médico-quirúrgicas básicamente, incluyendo pacientes oncológicos que vayan a ser sometidos a radioterapia - quimioterapia, y cáncer oral.
- Actividad asistencial en pacientes infantiles y con discapacidades, realizando actividades preventivistas y pacientes con requerimientos altos en tratamientos odontopediatros. Este tipo de profesionales serían responsables del programa de atención dental infantil en la Comunidad de Murcia.

Este sistema permitiría por un lado identificar responsabilidades, diferentes para los profesionales que trabajen en actividades asistenciales de adultos y los que lo hagan con pacientes pediátricos y discapacitados. Y por otro lado trabajar por objetivos específico.

Por otro lado, es importante que se determinen los niños con asistencia regular y los que tienen asistencia irregular. En el primer caso sí podemos sacar conclusiones sobre los beneficios que está aportando un programa preventivo continuo, y no en el segundo caso, con asistencia irregular no se pueden aplicar las medidas preventivas programadas, tanto de aplicación de flúor,

selladores de fosas y fisuras, y la imprescindible educación para la salud oral. Esto tendría que reflejarse en un cambio en el diseño del programa de gestión informática Bucosan que administra el PADI desde el Servicio Murciano de Salud. Se debería poder evaluar cada uno de estos pacientes, con el estado dental de cada uno de ellos y sus necesidades de tratamiento. Esto no es posible en la actualidad. Solamente, desde el septiembre del año 2010 se obliga a rellenar el cod de los niños de 6 años y el CAOD de los niños de 12 años, no teniendo ninguna otra información más, como tampoco hay ningún dato sobre el resto de rangos etarios. Es una pérdida de información de sencilla solución que se debe dar por parte de la Coordinadores del Programa, personal sin ninguna formación odonto-estomatológica.

### **V.2.4. Evaluación de los resultados del PADI**

De acuerdo con los datos de la última Encuesta de Salud Oral en España (año 2005), la proporción de sujetos libres de caries es del 64 por ciento en el grupo de edad entre los cinco y los seis años, del 53 por ciento a los 12 años, y del 40 por ciento para los adolescentes de 15 años. (Bravo, 2005; RCOE, 2005).

Esta situación se ha intentado superar gracias a los notables esfuerzos realizados desde las diferentes administraciones sanitarias, para ampliar la cobertura y los servicios preventivos y asistenciales en la población infantil.

La última encuesta de salud bucodental realizada en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia data del año 1997 (Navarro, 1999), donde se muestra que para los niños de 6 años, el índice cod es 1,05, el porcentaje de dientes libre de caries es 60, siendo el 89,2 % en dentición permanente y el 63,8 % en temporal. Se observo un Índice de restauración de 11,23.

Para los niños de 12 años, el CAOD fue de 2,27, con un porcentaje libre de caries de 34, siendo en permanentes del 35,2 %. El índice de restauración fue de 23,9.

Para los niños de 14 años, el porcentaje libre de caries en permanentes fue de 25,8 con un índice de restauración de 22,7.

Los últimos datos que se han obtenido en la CARM provienen de un estudio epidemiológico de salud bucodental en un colectivo de población infantil que realizó García en el 2001, con los siguientes resultados (García 2002):

Para niños de 6 años obtuvo un CAOD de 0,12 y un cod de 0,69.

Se debería analizar los efectos a largo plazo, la consecución de la meta del PADI. Tras 8 años desde la puesta en marcha del Programa y alcanzada ya la implantación en todos los grupos etarios incluidos en el mismo se debe analizar la consecución de la meta del Programa, los efectos a largo plazo, estudiando la tendencia que está experimentando la tasa de incidencia y la prevalencia de la caries. Para ello, en los niños que han utilizado el Programa, se debería haber determinado:

- Índices CAOD, CAOS, cod
- Porcentaje de niños libres de experiencia de caries

Por desgracia, esto no lo hemos podido realizar, ya que estos parámetros no se contemplaban en los datos requeridos por el personal sin formación odontológica que ha gestionado el Programa. Tras nuestra insistencia, a través del Colegio de Dentistas de Murcia, y con apoyo inclusive del departamento de la Unidad Docente de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Facultad de Medicina-Odontología de la Universidad de Murcia, estos datos ya se recogen a través del programa informático Bucosan desde septiembre de 2010, con la implantación de una modificación del mismo. Esta modificación se ha realizado sin consulta ni asesoramiento previo de los dentistas que llevan el peso del Programa, que son los expertos que entienden de patología, prevención bucodental y aplicación de todos los tratamientos incluidos en el catálogo de prestaciones que oferta el PADI.

## **VI. CONCLUSIONES**

### VI. CONCLUSIONES

Las conclusiones del estudio vienen reflejadas a continuación:

1. Tras los ocho primeros años de evolución, el Programa de Atención dental Infantil de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, ha permitido una cobertura del 54,6% de la población diana de entre 6-14 años de edad (145.185 niños).
2. El 92.9% de los profesionales que forman parte del Programa pertenecen al ámbito privado.
3. Los usuarios del Programa han elegido prioritariamente (85%) a profesionales dentro del cuadro médico privado.
4. El coste por capitación requerido para poder atender a toda la población diana en el primer ejercicio donde todos los rangos etarios forman parte del mismo se ha estimado en 3.831.540 de euros, ascendiendo hasta un total de 4.518.447 euros si se consideran los tratamientos especiales, incluida la anestesia general.
5. El Programa ha ido incorporando nuevos tratamientos tanto “básicos” como los considerados “especiales” a lo largo de los 8 años primeros incrementales desde la incorporación del mismo, disfrutando en la actualidad de un cuadro muy completo de prestaciones especiales.
6. Los pagos tanto capitativos como por servicios prestados (por acto médico) a los profesionales de la salud, se han visto incrementados hasta el año 2008, situándose en la actualidad dentro de los más reconocidos (en términos económicos) de España.
7. En general, la instauración y puesta en marcha del Programa ha permitido una incorporación progresiva del número de usuarios al mismo. En este sentido se ha visto aumentada la accesibilidad de la población diana a los recursos del Servicio Murciano de Salud, siendo también cada año mayor el número de profesionales que se incorporan a realizar prestaciones sanitarias dentro Programa de Salud Bucodental Infantil.

## **VII. RESUMEN**

## **VII. RESUMEN**

El presente trabajo ha estudiado el periodo incremental del Programa de Asistencia Bucodental Infantil, implantado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en el año 2003, hasta el año 2010, año donde se incorporó la última cohorte prevista en la Orden de 27 de diciembre de 2002 de la Consejería de Sanidad y Consumo (BORN nº 13, 2003).

En esta Orden se especifica que el Programa se desarrollará de forma gradual, iniciándose a partir del 1 de enero de 2003 con todos aquellos menores que cumplan 6 o 7 años durante ese ejercicio, que continuarán integrados en el PADI en los años sucesivos hasta alcanzar la edad de 15 años. Así mismo partir del año 2004 se incluiría una nueva una cohorte de edad cada año. (BORN nº 13, 2003).

A partir del 2010 las prestaciones que incluye el Programa serán para todos los niños residentes en la Región de Murcia, que tengan derecho a la asistencia sanitaria con cargo al Servicio Murciano de Salud, y cuya edad esté comprendida desde los 6 años hasta el día que cumple los 15 años, que sale del PADI (BORM Nº 13, 2003).

Se sabe que las enfermedades más frecuentes en el niño, caries y enfermedad periodontal, pueden prevenirse mediante el refuerzo de las prestaciones sanitarias, como se observa del análisis de las experiencias de aquellas Comunidades Autónomas españolas, que como Navarra y País Vasco, las han practicado sistemáticamente desde el inicio de los años 90 dentro de un programa de salud bucodental.

De los diversos modelos asistenciales posibles se decantó por el modelo PADI. En este modelo la financiación es pública, pero la provisión es mixta, es decir, la asistencia se realiza a través de la red de centros públicos donde los dentistas funcionarios trabajan, y de la red de clínicas privadas (o dentistas privados como en el caso de Murcia) que han sido previamente concertadas para tal efecto.

Existe libre elección de dentista por parte del usuario y el pago a los privados es por capitación, generalmente para los tratamientos considerados básicos, como exodoncias, tartectomías, fluorización, educación para la salud y obturación de molares permanentes. Por contra, para tratamientos especiales como los derivados de traumatismos y malformaciones

de incisivos y caninos, el pago es por acto médico, a tarifa concertada y publicada previamente por parte de la Administración. Hay variabilidad en lo que cada Comunidad Autónoma incluye en los tratamientos básicos y especiales.

En este sistema de provisión el dentista privado recibe una cantidad fija como honorarios (capitación) acordada previamente por cada niño efectivamente tratado en el año en curso, para la realización de unos determinados tratamientos básicos también previamente establecidos. Para el otro grupo de tratamientos especiales también definidos en el catálogo de prestaciones asistenciales, suelen necesitar autorización previa por parte de la Administración correspondiente, recibe el dentista otra cantidad adicional (acto médico). El dentista público realiza los tratamientos dentro de su jornada laboral como funcionario, recibiendo su sueldo mensual por ello.

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, los dentistas de la asistencia pública y los de la red privada realizan los mismos tratamientos básicos, diferenciándose en los tratamientos especiales, pues todos los tratamientos relacionados con la endodoncia solo son efectuados por los dentistas de la red concertada. Los profesionales del sector público de las Unidades de Salud Bucodental de los Centros de Salud derivan a los pacientes que precisan estos tratamientos a la red de dentistas privados del cuadro de facultativos ofertado, previa autorización por parte de la Administración.

También hay 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.

Un aspecto muy polémico y difícil en cualquier PADI es el cálculo de los honorarios que van a recibir los dentistas en concepto de capitación por niño efectivamente tratado por año natural. En este cálculo influyen tal número de variables, cuyo valor además cambia continuamente, que es difícil llegar a un resultado exacto. Es importante que el procedimiento de cálculo sea el correcto y por lo tanto permita corregir cada una de las variables y sus valores a lo largo del tiempo y según los datos que se obtengan en la práctica real una vez puesto en marcha el programa. Si el cálculo de la capitación es incorrecto el riesgo económico cae directamente sobre el prestador del servicio, de ahí la importancia crucial de éste. Si esto no se tiene en cuenta, la reducción del beneficio del profesional va a influenciar de una manera decisiva en el servicio recibido por los usuarios.

El modelo PADI se apoya mayoritariamente en la red privada concertada para la oferta de sus servicios, y la pública, que suele proveer similares servicios a los de 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 con ligeras modificaciones en otras CC.AA. Estas otras comunidades son: Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Extremadura, Murcia, Navarra y País Vasco (Rosel, 2009) (Cortés 2008) (Simón, 2008).

El objetivo principal del Programa es el disminuir la incidencia de caries y de enfermedad periodontal de los niños residentes en la Región de Murcia. Para ello en cada nuevo ejercicio se han ido incorporando la población infantil que, respectivamente, cumplía seis años.

El año 2010 es el primero en el que se pueden beneficiar del Programa toda la población diana a la que va dirigido, es decir desde los niños que cumplen los seis años hasta los que cumplen quince años, día en el que salen del Programa.

Las prestaciones que el Programa brinda a sus beneficiarios a variado desde su inicio, ya que tras 7 años de evolución, en el año 2009 se añadieron más tratamientos cubiertos gratuitamente para el usuario. Y durante el desarrollo de esta tesis, en marzo de 2010 se añadieron más coberturas adicionales que hacen de este Programa un referente en el capítulo de prestaciones especiales bucodentales que los niños reciben gratuitamente por parte de un dentista de elección entre la red de dentistas del Servicio Murciano de Salud y dentistas privados libremente adscritos al Programa.

La retribución de los profesionales públicos es con cargo a los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, ya que son personal estatutario, y perciben un sueldo mensual por su labor asistencial.

Por su parte, la retribución por parte de la CARM a los profesionales privados habilitados se realiza de la siguiente manera.

A). Los profesionales habilitados son retribuidos mediante el sistema de capitación, es decir, con una cantidad fija, por niño y año, por el conjunto de las prestaciones y asistencias de: revisión anual, urgencias bucodentales y tratamientos dentales básicas.

B). Para los supuestos del catalogo de prestaciones denominados tratamientos asistenciales especiales y anestesia general, el sistema de pago es por servicio, acto operatorio o tratamiento realizado.

C). Mediante Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud se establece la cantidad a abonar anualmente por cada niño asignado a los profesionales habilitados en relación al sistema capitativo, así como el baremo de honorarios por cada acto o tratamiento especial prestado.

La evaluación del proceso nos ha confirmado que, el periodo incremental estudiado desde el inicio del Programa en el año 2003 hasta la finalización del mismo en el año 2010, donde deberían estar incluidas todas las cohortes previstas en la Orden inicial del Programa del 27 de diciembre del 2002, se ha desarrollado según lo previsto, dando cobertura a todas ellas en tiempo y forma. Se ha implantado correctamente el Programa de Asistencia Bucodental Infantil en la Región de Murcia, ya que se exponía que su desarrollo sería de forma gradual, a partir del primer día del año 2003, con las cohortes de 6 y 7 años que permanecerán en el mismo hasta el día que cumplieren 15 años, y en los sucesivos años se irán incorporando las cohortes que alcanzasen los 6 años con las mismas condiciones, estipulaciones que se han cumplido.

El primer año de puesta en marcha del programa PADI en Murcia (2003), solo se logró la asistencia de 9.290 pacientes, un 34 % de la población con derecho a ella (27.438). Esto lo podríamos achacar al desconocimiento o poca información y divulgación del mismo por parte de la población. Pero el resto de años, la media de utilización por parte de los usuarios es de solo el 53.1 %, cifra que consideramos insuficiente. Esta situación podría solventarse mediante la utilización de las TIC's (herramientas virtuales), mediante una plataforma digital que pudiera localizar a los niños que no llegan al programa. Sin embargo, la vía ideal de asegurar el acceso al 90-100% de la población es la incorporación de revisiones bucodentales dentro del propio programa escolar, situación similar a la que sucede con el programa de vacunaciones. Otra opción a más corto plazo podría ser mediante el apoyo de los servicios de pediatría, mediante información a los padres en las revisiones efectuadas.

Los porcentajes de asistencia de los niños con derecho a asistencia con cargo al PADI, a cada uno de los sectores, público o privado, han ido variando desde el principio (año 2003) hasta el año 2010. Como hemos dicho anteriormente, ha sido mayoritaria la asistencia a

dentistas del sector privado, desde el ya alto porcentaje inicial del 78,6 %, hasta el 85 % del año 2010. Es contundente el peso que tiene el sector privado en la dispensación de los servicios previstos en el programa preventivo y asistencial PADI.

A pesar de esto, la media de niños atendidos/dentista habilitado/ año solo es de 30 en el año 2003 pasando a 131, 3 en el año 2010, muy alejado de los 308,2 de los dentistas del sector privado. Esto puede deberse a varios motivos. El gran número de dentistas habilitados ofertados, y por otro lado la insuficiente cobertura existente solo del 54.6 en el año 2010.

La media de carga asistencial de los dentistas públicos ha sufrido un incremento constante desde su inicio, pasando de atender en el primer año 83,6 niños/año/dentista a 308,2.

Respecto al desarrollo del cuadro de facultativos ofertados en el Programa, se ha desarrollado sobre todo a costa del incremento de dentistas habilitados privados. Desde el Servicio Murciano de Salud apenas se han incrementado plazas desde el año 2004, fecha en la cual solo había 23 dentistas en las Unidades de Salud Bucodental, ampliándose solamente en 16 nuevas plazas (39) ocho años después. Formar parte del cuadro de dentistas del SMS es una tarea muy complicada. Todo lo contrario ocurre en el sector privado, pasando de 243 en su inicio a los 512 (269 más). A nivel porcentual, pese a que numéricamente es mucho mayor la incorporación de nuevos dentistas privados al cuadro ofertado, ha permanecido con mínimas variaciones. Son contundentes las cifras del 92 % que representan los dentistas del sector privado.

Esto viene demostrado con el porcentaje de colegiados en el Colegio de Dentistas de Murcia que forman parte del cuadro facultativo de dentistas ofertados por la Coordinación del PADI como dentistas. Tras el primer año de puesta en funcionamiento del Programa (año 2003), se pasó de un 45,4 % a un 54,5 % y a partir de este año 2004 siempre han sido más los colegiados que tienen concedida la habilitación en comparación con los que no la tienen, incluidos en este último grupo los dentistas que tienen dedicación exclusiva a alguna de las múltiples áreas de la odontología y los dentistas del sector público a los cuales no se les puede conceder la habilitación para tratar niños PADI fuera de las Unidades de Salud Bucodental del Servicio Murciano de Salud.

**VIII. REFERENCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**

### VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acta de XI Reunión de la Comisión Paritaria del Convenio de colaboración para la prestación sanitaria en materia de Salud Bucodental, entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia. 22 de marzo de 2010.
2. Bravo M, Llodrá JC. Modelos de provisión y financiación en Odontología. La prestación de servicios odontológicos en España. En: Cuenca E, Baca P. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Barcelona: Masson; 2005; pp. 413-424.
3. Bruna-Del Cojo M, Gallardo-López NE, De Nova-García J, Mourelle- Martínez MR. Dental treatment for disabled children in the Spanish Public Health System. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007 Oct 1; 12(6): E449-53.
4. Casals E. Mesa redonda. "Proyectos emergentes del PADI" En Libro de ponencias: X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral 2003; 11-14.
5. Casals E. El acceso a los servicios de salud oral: ¿es un problema en Europa? ¿y en España? en (capítulo 1) Las nuevas prestaciones y los nuevos retos de la salud oral en España. Jornada de Invierno SESPO 2008; 5-22.
6. Constitución Española. Aprobada por las Cortes el 31 de octubre de 1978. Ratificada en referéndum por el pueblo español el 6 de diciembre de 1978. Sancionada por el Rey Don Juan Carlos I el 27 de diciembre de 1978 y publicada en el Boletín Oficial del Estado el 29 de diciembre de 1978. BOE 1978; 311: 29313 – 29424.
7. Consejo Dentistas. Libro Blanco. Encuesta poblacional: La Salud bucodental en España 2010 Lácer, S.A. C/ Sardenya, 350 • 08025 Barcelona.

8. Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para la promoción de actividades para la salud bucodental infantil durante el año 2008, del 20 de febrero de 2008. BORM 21 de abril del 2008; 92:12384-12395.
9. Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y las Comunidades Autónomas e INGESA para la Promoción de Actividades para la Salud Buco-dental Infantil durante el año 2009. BORM 2009; 279:63438-63442.
10. Cortés FJ, Ramón JM, Cuenca E. Doce años de Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) en Navarra (1991-2002). Utilización e indicadores de Salud. An Sist Sanit Navar 2003; 26:373-382.
11. Cortés J, Cerviño S, Casals E. SERVICIOS PUBLICOS DE SALUD BUCODENTAL EN ESPAÑA. Legislación y cartera de servicios en las CC.AA 2005. SESPO 2005.
12. Cortés j. Los servicios dentales para jóvenes en España: ¿dónde estamos y a dónde queremos ir? en (capítulo 3) Las nuevas prestaciones y los nuevos retos de la salud oral en España. Jornada de Invierno SESPO 2008; 33-38.
13. 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.
14. DECRETO 118/1990, de 24 de abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Boletín Oficial del País Vasco, 7 de mayo de 1990; 89:4117-20.
15. 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
16. 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.
17. 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
  18. 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
  19. European Global Oral Health Indicators Development Project 2003 Report Proceedings Ed. Bourgeois DM, Llodra JC. Quintessence, 2004.
  20. European Global Oral Health. Health Monitoring Programme. Project-Health Surveillance in Europe. European Global Oral Health Indicators Development Project. SPC 2002472. Final Report. 2003-2005.
  21. García P, Saura M, Pérez L, Martínez Y. Estudio epidemiológico de salud bucodental en un colectivo de población infantil de la región de Murcia. Arch Odontoestomat (sup. Preven Comunit) 2002; 18:129.
  22. González J. Centenario de la creación del título de Odontólogo en España (1991-2001). Cirujanos – Dentistas y Odontólogos. 2001; Pg 38;142.
  23. Gobierno de Navarra. Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. Memoria 2009. Navarra; 2010.
  24. Gobierno Vasco. Consultas dentales habilitadas por Osakidetza, Servicio Vasco de Salud, para el Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI). Servicio Dental Comunitario 1996. Departamento de Sanidad. Servicio Vasco de Salud; 1996.

25. Gobierno Vasco (a). Consultas dentales habilitadas para el Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI). Servicio Dental Comunitario 1997. Departamento de Sanidad. Servicio Vasco de Salud; 1997.
26. Gobierno Vasco (b). Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI). Memoria 1996. Departamento de Sanidad. Servicio Vasco de Salud; 1997.
27. Gobierno Vasco. Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI). Memoria 1996. Departamento de Sanidad. Servicio Vasco de Salud; 1998.
28. Gobierno Vasco (a). 20 años. PADI – 2009. Informe anual del desarrollo del Decreto 118/90, sobre asistencia dental a la población infantil de la C.A.P.V. Victoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo. Servicio Dental Comunitario; 2010.
29. Gobierno Vasco (b). Consultas dentales habilitadas para el Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI). Servicio Dental Comunitario 2010. Departamento de Sanidad y Consumo. Servicio Vasco de Salud; 2010.
30. Gobierno Vasco. PADI – 2010. Informe anual del desarrollo del Decreto 118/90, sobre asistencia dental a la población infantil de la C.A.P.V. Victoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo. Servicio Dental Comunitario; 2011.
31. LLodrá JC. La Demografía de los Dentistas en España. Situación pasada, presente y futura. Analisis 1994-2020. Ilustre Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España. Consejo de Dentistas. Organización Colegial de Dentistas de España, 2010.
32. Kravitz AS, Treasure ET. EU Manual of Dental Practice. The Liaison committee of the Dental Associations of the European Union. London. 2004.
33. Kravitz A, Treasure ET. EU MANUAL OF DENTAL PRACTICE VERSION 4 (2008). Dental Public Health Unit in Cardiff Dental School, Cardiff University, Wales, United Kingdom© The Council of European Dentists 2008; pg 27.

34. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 1986; 102:15207-15224.
35. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 2003; 128: 20567-20588.
36. Matthews R. A Healthy Market? The European dental market: braced for change? Stockholm Network. 2004; pp. 3-10.
37. Navarro JA, Pérez D, Ramón T, Fernández PA, López ME, Gómez JL, Lojo JM. Evolución de la salud bucodental en los escolares de la región de Murcia (1989/1997). Arch Odontoestomatol 1999; 15: 536-544.
38. Nikolovska J. Un estudio analítico del sistema de salud oral en algunos países de la UE. Diario de los Balcanes de Estomatología. 2008; 12 (1): 47-50.
39. ORDEN de 2 de mayo de 1990, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se fija el contenido mínimo obligatorio de la asistencia buco-dental a los niños incluidos en el Programa Dental Infantil. Boletín Oficial del País Vasco, 14 de mayo de 1990; 94:4512-3.
40. ORDEN FORAL de 18 de febrero de 1991, del Consejero de Salud, por la que se desarrolla el programa de Asistencia Dental Infantil. Boletín Oficial de Navarra, 20 de febrero de 1991; 22:899-900.
41. Orden de 13 de octubre de 1999, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se aprueba el mapa sanitario de la Región de Murcia. BORM 1999; 251:11323-11328
42. ORDEN de 19 de marzo de 2002, por la que se desarrolla el 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, y se establecen las condiciones esenciales de contratación de los servicios y se fijan sus tarifas. BOJA, 26 de marzo de 2002; 36:4.639-4.641.

43. 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. BORM 2003; 13:819-823.
44. Orden Foral 77/2003, de 1 de julio, del Consejero de Salud, por la que se desarrolla el Programa de Atención Dental Infantil y Juvenil. BON 2003, 27 de agosto de 2003; 109.
45. ORDEN de 28 de marzo 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; 43:4435-4438.
46. Orden de 25 de mayo de 2007 de la Consejería de Sanidad, por la que se modifica la Orden de 27 de diciembre de 2002 de la Consejería de Sanidad y Consumo, que determina los criterios de gestión de la prestación sanitaria Buco-Dental destinada a la población infantil de la Región de Murcia. BORM 2007; 145:19306-7.
47. Orden de 13 de julio de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se modifica la Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo de 27 de diciembre de 2002 que determina los criterios de gestión de la prestación sanitaria buco-dental destinada a la población infantil de la Región de Murcia. BORM 2009; 168: 40148-9.
48. Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. BORM 2009; 103:20473-20489.
49. Orden de 13 de julio de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se modifica la Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo de 27 de diciembre de 2002 que determina los criterios de gestión de la prestación sanitaria buco-dental destinada a la población infantil de la Región de Murcia. BORM 2009; 168:40148-40149.
50. Orden de 7 de enero de 2010 de la Consejería de Sanidad y Consumo por la que se desarrolla el decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, en cuanto a la modificación de la denominación de determinadas opciones.

- BORM 2010; 17: 2867-2868.
51. ORDEN de 23 de septiembre de 2010 por la que se fijan las cuantías de los conciertos del Plan de Atención Dental Infantil de la Comunidad Autónoma de Extremadura (PADIEX) para el año 2011. DOE, 6 de octubre de 2010; 193:23868-23869.
  52. Ortún V, Pinilla J. Economía de los servicios de salud oral. Introducción, análisis de oferta y demanda y evaluación económica. En: Cuenca E, Baca P. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Barcelona: Masson; 2005; Pp 395-411.
  53. Plan de Salud 2003 – 2007 Región de Murcia. Consejería de Sanidad de Sanidad y Consumo. Murcia 2003.
  54. Pliego de cláusulas administrativas particulares que han de regir en el acuerdo marco para la gestión de servicios públicos de prestación sanitaria en materia de salud bucodental a la población de entre 6 y 15 años de las Illes Balears para 2010-2011. Palma: Consejería de Sanidad y Consumo; 2009.
  55. Pliego de cláusulas administrativas y técnicas particulares que van a regir el acuerdo marco de asistencia para el concierto de la prestación de los servicios de atención dental del Programa de Atención Dental Infantil y Juvenil de la Comunidad Foral de Navarra en el año 2011. Servicio Navarro de Salud. Navarra; 2010.
  56. Proyecto Real Decreto, 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 2011. 28/01/2011.
  57. Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE 1995; 35:4539-4543.
  58. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de

- servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE 2006; 222: 32650-32679.
59. 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. BOE 2008; 31:6265-6267.
60. 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 de actividades para la salud buco-dental infantil durante el año 2009. BOE 2009; 243:84823-84827.
61. Real Decreto 499/2010, de 30 de abril, 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 2010. BOE 2010; 118:42355-2361.
62. Región de Murcia. Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia bucodental infantil, entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia. Murcia, 7 de febrero de 2003.
63. Región de Murcia. Clausula Adicional, para el año 2004, al Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia bucodental infantil suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia. Murcia, 1 de julio de 2004.
64. Región de Murcia. Clausula Adicional, para el año 2005, al Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia bucodental infantil suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia. Murcia, 3 de mayo de 2005a.
65. Región de Murcia. Evaluación del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia. Año 2004. Coordinación del Programa de Salud Bucodental Infantil. Servicio

- de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo; 2005b.
66. Región de Murcia. Clausula Adicional, para el año 2006, al Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia bucodental infantil suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia. Murcia, 30 de mayo de 2006a.
67. Región de Murcia. Evaluación del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia. Año 2005. Coordinación del Programa de Salud Bucodental Infantil. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo; 2006b.
68. Región de Murcia. Clausula Adicional, para el año 2007, al Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia bucodental infantil suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia. Murcia, 15 de marzo de 2007(a).
69. Región de Murcia. Evaluación del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia. Año 2006. Coordinación del Programa de Salud Bucodental Infantil. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo; 2007b.
70. Región de Murcia. Clausula Adicional, para el año 2008, al Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia bucodental infantil suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia. Murcia, 25 de abril de 2008a.
71. Región de Murcia. Evaluación del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia. Año 2007. Coordinación del Programa de Salud Bucodental Infantil. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo; 2008b.

72. Región de Murcia. Clausula Adicional, para el año 2009, al Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia bucodental infantil suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia. Murcia, 11 de mayo de 2009a.
73. Región de Murcia. Evaluación del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia. Año 2008. Coordinación del Programa de Salud Bucodental Infantil. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo; 2009b.
74. Región de Murcia. Clausula Adicional, para el año 2010, al Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia bucodental infantil suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia. Murcia, 23 de marzo de 2010a.
75. Región de Murcia. Evaluación del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia. Año 2009. Coordinación del Programa de Salud Bucodental Infantil. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo; 2010b.
76. Región de Murcia (c). Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia. Año 2010. Protocolo Asistencial. Coordinación del Programa de Salud Bucodental Infantil. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo; 2010.
77. Región de Murcia. Clausula Adicional, para el año 2011, al Convenio de Colaboración para la prestación sanitaria en materia bucodental infantil suscrito entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia. Murcia, 1 de julio de 2011a.
78. Región de Murcia. Evaluación del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia. Año 2010. Coordinación del Programa de Salud Bucodental Infantil. Servicio

- de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo; 2011b.
79. Resolución de 13 de julio de 2010, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se conceden las subvenciones previstas por el Real Decreto 499/2010, de 30 de abril, 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 2010. BOE 2010; 202:73345-73346.
80. XII Reunión de la Comisión Paritaria del Convenio de colaboración para la prestación sanitaria en materia de Salud Bucodental, entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia. 24 de junio de 2011. Tabla comparativa de tarifas en distintas CC.AA. Murcia; 2011.
81. Rioboo García R. Odontología preventiva y odontología comunitaria. 1 ed. Madrid: Ediciones Avances; 2002.
82. 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.
83. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales.- Resolución de 11 de febrero de 2008, por la que se establece el programa de atención sanitaria bucodental a la población infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias. BOC, 3 de marzo de 2008; 45:3325- 3342.
84. Simón Salazar F. Evaluación de los seis primeros años de desarrollo del programa de asistencia dental infantil (PADI) de la Comunidad Autónoma del País Vasco (1990-1995) (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1996.
85. Simón Salazar F. Evaluación de los seis primeros años de desarrollo del programa de asistencia dental infantil (PADI) de la Comunidad Autónoma del País Vasco (1990-

- 1995) (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de medicina; 1996.
86. Simón F. Mesa redonda. "Proyectos emergentes del PADI" En Libro de ponencias: X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral 2003.
87. Simón F. Desarrollo del PADI del País Vasco y Navarra (1990-2002). En Simón F. El PADI en el País Vasco y Navarra. Actividad, opinión de sus dentistas y epidemiología (1990–2002). Valencia: Promolibro; 2006. pp. 15-39.
88. Widström E, Eaton KA. Oral healthcare systems in the extended European Union. *Oral Health Prev Dent.* 2004; 2(3): 155-94.

## **IX. ANEXOS**



Comunidad Autónoma  
de la Región de Murcia

Ramón Luis Valcárcel Siso  
Presidente

Murcia, Febrero 2003

Estimados padres:

Las transferencias en materia sanitaria, asumidas por nuestra Comunidad Autónoma, han permitido el diseño y la puesta en marcha de programas de salud adaptados específicamente a las necesidades y demandas de todos los murcianos. En este sentido, los programas destinados a la prevención y la mejora de la salud infantil constituyen para nosotros una prioridad fundamental y son una de las líneas de trabajo más importantes que desarrolla la Consejería de Sanidad y Consumo.

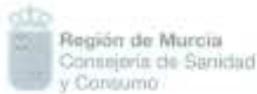
El motivo de la presente carta es presentarles el nuevo Programa de Salud Bucodental Infantil, con el que se pretende evitar o disminuir las enfermedades de boca y dientes de los niños de la Región de Murcia.

Este Programa es gratuito y cubre, inicialmente, a los niños que cumplan 6 ó 7 años en 2003, los cuales se mantendrán en el programa hasta que cumplan los 15 años. Y, a partir de 2004, se incorporarán al Programa los niños de 6 años.

A su hijo/a se le van a proporcionar todas las prestaciones preventivas que figuran en el folleto que le adjuntamos, las cuales, según todos los expertos, vienen a cubrir las necesidades más importantes en esas edades.

Para llevar a cabo esta asistencia dental, ustedes podrán elegir entre un dentista del sistema sanitario público o uno privado habilitado por la Consejería de Sanidad y Consumo, a cuyos efectos deberán seguir las instrucciones que se le indican en la documentación que acompaña a esta carta.

Su participación como padres es necesaria. Por eso, el Gobierno Regional que presido les anima a colaborar en la mejora de la salud dental de sus hijos.



### **Instrucciones para acceder al Programa de Salud Bucodental Infantil**

- 1.ª De entre todos los facultativos que figuran en la lista que se acompaña, deberán escoger UNO de ellos.
  - 2.ª Una vez hayan efectuado su elección, deberán solicitar cita en el dentista que hayan seleccionado y acudir con el TALÓN DE CONSULTA ANUAL (Talón de Aceptación) que le adjuntamos.
  - 3.ª Una vez en la consulta, tanto el facultativo como usted, deberán firmar en las tres partes de las que consta el Talón. Una quedará para el dentista, otra para ustedes y otra será para el Servicio Murciano de Salud.
- La firma del Talón acredita el acuerdo entre usted y el facultativo.

### ¿Cómo evitar la caries y enfermedad inflamatoria de las encías?

Conviene seguir los siguientes consejos:

1. Cepillado de dientes con pasta fluorada después de cada comida
2. Mantener una alimentación equilibrada, consumir: pescados, huevos, leche, carnes, frutas, verduras, legumbres.
3. Evitar el consumo excesivo de alimentos azucarados: dulces, caramelos, golosinas, zumos industriales, etc.
4. Visitar periódicamente al dentista.



Para más información visite:  
[www.murciasalud.es](http://www.murciasalud.es)



\*cuidar su  
sonrisa  
ahora,  
está en tus  
manos



La caries y la enfermedad inflamatoria de las encías son unas de las enfermedades más frecuentes en la infancia. Consciente de ello, la Consejería de Sanidad ha puesto en marcha el Programa de Salud Bucodental Infantil, con el que pretende disminuir la frecuencia de estas enfermedades.

#### ¿A quién va dirigido el Programa de Salud Bucodental Infantil?

A los niños que cumplan 6 años durante el año 2004 y a aquellos que ya están recibiendo asistencia durante los años anteriores. Los niños seguirán beneficiándose de este Programa hasta que cumplan 15 años.



#### ¿Cómo puede acceder al Programa de Salud Bucodental?

Cada año los niños recibirán en su domicilio una carta con el siguiente contenido:

1. Este folleto informativo
2. Un listado con los datos de los dentistas a los que puede acudir
3. "Talones de Consulta Anual" para acudir y entregar al dentista elegido

Usted puede elegir un dentista del listado, pedir cita a dicho dentista y acudir a la consulta con los "Talones de Consulta Anual" para que a su hijo se le realice una revisión de la boca y reciba tratamiento en caso de que lo necesite.

#### ¿De qué se van a beneficiar los niños incluidos en el Programa?

- De las siguientes medidas:
- Revisión anual de la boca
  - Educación Sanitaria: medidas preventivas e instrucción sobre higiene y cuidados de la boca
  - Aplicación local de flúor
  - Sellado de fosas y fisuras de muelas permanentes
  - Empastes en las muelas permanentes si lo precisan
  - Extracción de dientes si así lo necesitase
  - Atención de urgencias bucodentales
  - Tratamientos especiales en determinadas circunstancias

Los tratamientos de ortodoncia no se encuentran incluidos en el Programa.



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad

Murcia, Enero 2006

Estimados padres:

El motivo de la presente carta es informarles sobre el Programa de Salud Bucodental Infantil, cuya finalidad es evitar o disminuir las enfermedades de la boca y los dientes de los niños de la Región de Murcia.

El Programa va dirigido a los niños que cumplen 6 años durante el año 2006 y a aquellos que ya están recibiendo asistencia dental, a cargo del Programa, desde el año 2003, permaneciendo en él hasta que cumplan 15 años de edad.

Es totalmente gratuito, y para beneficiarse de las prestaciones en Salud Bucodental es necesario que los niños posean la Tarjeta Sanitaria del **Servicio Murciano de Salud**.

A su hijo/a se le van a proporcionar todas las prestaciones preventivas que figuran en el folleto que le adjuntamos, las cuales, según todos los expertos, vienen a cubrir las necesidades más importantes de los niños.

Para llevar a cabo esta asistencia dental, ustedes podrán elegir entre un dentista de Sistema Sanitario público o privado habilitado por la Consejería de Sanidad, a cuyos efectos deberán seguir las instrucciones que se le indican en la documentación que acompaña a esta carta.

Recuerden que con estos documentos ustedes podrán acudir al dentista hasta el 31 de diciembre de 2006.

Su participación como padres es necesaria. Por eso, la Consejería de Sanidad les anima a colaborar en la mejora de la salud dental de sus hijos.

María Teresa Herranz Marín  
Consejera de Sanidad



## Instrucciones para acceder al Programa de Salud Bucodental Infantil

- 1.<sup>a</sup> De entre todos los facultativos que figuran en la lista que se acompaña, deberán escoger UNO de ellos.
- 2.<sup>a</sup> Una vez hayan efectuado su elección, deberán solicitar cita en el dentista que hayan seleccionado y acudir con el TALÓN DE CONSULTA ANUAL (Talón Verde) que le adjuntamos.
- 3.<sup>a</sup> Una vez en la consulta, tanto el facultativo como usted, deberán firmar en las tres partes de las que consta el Talón. Una quedará para el dentista, otra para usted y otra será para el Servicio Murciano de Salud.  
  
La firma del Talón acredita el acuerdo entre usted y el facultativo.
- 4.<sup>a</sup> **Recuerden:** con estos documentos ustedes podrán acudir al dentista hasta el 31 de diciembre de 2006. El próximo año recibirán nueva documentación en su domicilio.

TALÓN PARA EL USUARIO


**Región de Murcia**  
 Consejería de Sanidad y Consumo


**Servicio Murciano de Salud**


**Programa de Salud Bucodental Infantil**

**TALÓN DE CONSULTA ANUAL**  
 (TALÓN DE ACEPTACIÓN) Año

D./Dña. \_\_\_\_\_, representante legal del niño/a \_\_\_\_\_ con Tarjeta Sanitaria n.º \_\_\_\_\_ y D./Dña. \_\_\_\_\_ dentista responsable de su atención dental, con consulta en \_\_\_\_\_, acuerdan, mediante la firma de este Talón, que el niño/a arriba indicado reciba la atención dental que contempla el Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia durante el año \_\_\_\_\_. Por este acuerdo, los padres o tutores se comprometen a seguir las instrucciones que para el cuidado de la salud dental determine el dentista que han elegido, y el dentista acepta la responsabilidad en el mantenimiento de un estado óptimo de la salud bucodental del niño/a cuyos datos figuran arriba, bajo las condiciones del Programa de Salud Bucodental Infantil.

El padre/madre/tutor

El dentista (firma y sello)

a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_

MURCIA

TALÓN PARA EL DENTISTA


**Región de Murcia**  
 Consejería de Sanidad y Consumo


**Servicio Murciano de Salud**


**Programa de Salud Bucodental Infantil**

**TALÓN DE CONSULTA ANUAL**  
 (TALÓN DE ACEPTACIÓN) Año

D./Dña. \_\_\_\_\_, representante legal del niño/a \_\_\_\_\_ con Tarjeta Sanitaria n.º \_\_\_\_\_ y D./Dña. \_\_\_\_\_ dentista responsable de su atención dental, con consulta en \_\_\_\_\_, acuerdan, mediante la firma de este Talón, que el niño/a arriba indicado reciba la atención dental que contempla el Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia durante el año \_\_\_\_\_. Por este acuerdo, los padres o tutores se comprometen a seguir las instrucciones que para el cuidado de la salud dental determine el dentista que han elegido, y el dentista acepta la responsabilidad en el mantenimiento de un estado óptimo de la salud bucodental del niño/a cuyos datos figuran arriba, bajo las condiciones del Programa de Salud Bucodental Infantil.

El padre/madre/tutor

El dentista (firma y sello)

a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_

MURCIA

TALÓN PARA EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD


**Región de Murcia**  
 Consejería de Sanidad y Consumo


**Servicio Murciano de Salud**


**Programa de Salud Bucodental Infantil**

**TALÓN DE CONSULTA ANUAL**  
 (TALÓN DE ACEPTACIÓN) Año

D./Dña. \_\_\_\_\_, representante legal del niño/a \_\_\_\_\_ con Tarjeta Sanitaria n.º \_\_\_\_\_ y D./Dña. \_\_\_\_\_ dentista responsable de su atención dental, con consulta en \_\_\_\_\_, acuerdan, mediante la firma de este Talón, que el niño/a arriba indicado reciba la atención dental que contempla el Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia durante el año \_\_\_\_\_. Por este acuerdo, los padres o tutores se comprometen a seguir las instrucciones que para el cuidado de la salud dental determine el dentista que han elegido, y el dentista acepta la responsabilidad en el mantenimiento de un estado óptimo de la salud bucodental del niño/a cuyos datos figuran arriba, bajo las condiciones del Programa de Salud Bucodental Infantil.

El padre/madre/tutor

El dentista (firma y sello)

a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_

MURCIA



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Consumo  
Dirección General de Salud Pública



## LISTADO DE DENTISTAS PÚBLICOS ADSCRITOS AL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL INFANTIL. AÑO 2010

### ABARÁN

**Ayala Martínez, José Miguel**  
Nº Col. 141  
Centro Salud Abarán  
Av. Constitución s/n. Abarán  
M, J de 10:30 a 11:30 h. T. 968 451 176

### ÁGUILAS

**Muñoz Barrio, José Emilio**  
Nº Col. 318  
Centro Salud Águilas Norte  
Av. Democracia. Urb. Majadas. Águilas  
L, Mi, J, V. M de 8 a 15 y 14 a 21 h.  
T. 968 493 357

**Bayona Marín, Pedro Miguel**  
Nº Col. 142  
Centro Salud Águilas Sur  
Iberia. Casa del Mar. Águilas  
L, Mi, V de 9 a 15 h. T. 968 449 455

**Centeno Cortés, Javier A.**  
Nº Col. 299  
Centro Salud Alcantarilla. Sangonera  
Carmen, s/n. Alcantarilla. Sangonera  
L a V de 9 a 14 h. T. 968 806 646

### ALHAMA

**Torres Muñoz, Roberto**  
Nº Col. 516  
Centro Salud Alhama  
Av. Sierra Espuña, 14. Alhama  
M, J de 8:30 a 14 h. T. 968 631 711

### ARCHENA

**Castillo Gallego, Federico**  
Nº Col. 512  
Centro Salud Archena. Siria, s/n  
Archena. L, Mi, V de 9:30 a 11:30 h.  
T. 968 670 822

### BLANCA

**Castillo Gallego, Federico**  
Nº Col. 512  
Centro Salud Blanca  
Federico García Lorca, 40. Blanca  
M, J de 9:30 a 14 h.  
T. 968 459 202

### CALASPARRA

**Mora Barba, Mª José**  
Nº Col. 714  
Centro Salud Calasparra. Diamante.  
Esqu. Esparteros, s/n. Calasparra  
L, Mi, V de 8 a 14 h.  
T. 968 720 300

### CARAVACA

**Miralles López, Pedro A.**  
Nº Col. 184  
C.S. Caravaca. Junquico, s/n. Caravaca  
L, Mi, V de 8 a 15 h. T. 968 702 412

### CARTAGENA

**Cerezuela Fuentes, Emilio**  
Nº Col. 167  
Centro Salud Barrio Peral  
Ulloa, 6 - Barrio Peral. Cartagena  
L a V de 9 a 14 h. T. 968 314 500

**Bravo Ruiz, Mª Carmen**  
Nº Col. 435  
Centro Salud Cartagena Este  
Cabrera, s/n. Cartagena  
L, Mi, V de 9 a 14 h. T. 968 124 735

**Bravo Ruiz, Mª Carmen**  
Nº Col. 435  
Centro Salud Cartagena / Mar Menor  
Dr. José Jiménez, s/n. Cartagena  
M, J de 9 a 14 h. T. 968 135 510

**Mesa Zaragoza, José Diego**  
Nº Col. 673  
C.S. Los Dolores. Los Jardines, s/n.  
Los Dolores - Cartagena  
L a V de 8 a 14 h. T. 968 511 923

### CEHEGÍN

**Miralles López, Pedro A.**  
Nº Col. 184  
Centro Salud Cehegín  
Camino Verde, s/n. Cehegín  
M, J de 8 a 15 h. T. 968 723 650

### CIEZA

**Ayala Martínez, José Miguel**  
Nº Col. 141  
Centro Salud Cieza Av. Italia, s/n. Cieza  
L a V de 8:30 a 10:40 h. T. 968 762 420

### FUENTE ÁLAMO

**Henarejos Hernández, José Luis**  
Nº Col. 444  
Centro Salud Fuente Álamo  
Ronda de Poniente, s/n. Fuente Álamo  
M, J, V de 9 a 14 h. T. 968 598 507

### JUMILLA

**Blázquez Izquierdo, José Luis**  
Nº Col. 781  
Centro Salud Jumilla  
Reyes Católicos, s/n. Jumilla  
L, Mi, V de 9 a 13 h. T. 968 780 561

### LORCA

**Gómez Ubric, José Luis**  
Nº Col. 368  
Centro de Salud, s/n. La Paca  
Mi de 8 a 15 h. T. 968 491 111

**Romero García, Mª Esther**  
Nº Col. 369  
Centro Salud Lorca - Centro  
Travesía Ramón y Cajal, s/n. Lorca  
L / M a V de 8 a 15 y 16 a 21 h.  
T. 968 463 061

**Gómez Ubric, José Luis**  
Nº Col. 368  
Centro Salud Lorca - San Diego  
Camino de Sangradores, s/n. Lorca  
L, M, J, V de 8 a 15 h. T. 968 479 022

**López Bermúdez, Mª Encarnación**  
Nº Col. 366  
C.S. Lorca Sur. Talleres, s/n. Lorca  
L, Mi, V de 8 a 15 h. T. 968 463 308

### MAZARRÓN

**Henarejos Hernández, José Luis**  
Nº Col. 444  
Centro Salud Mazarrón  
Av. Constitución, s/n. Mazarrón  
L, Mi de 9 a 14 h. T. 968 590 411

### MOLINA SEGURA

**Belmonte de Haro, Félix**  
Nº Col. 219  
Centro Salud Jesús Marín  
Av. de Levante, s/n. Molina Segura  
L a V de 8:30 a 15 h. T. 968 389 392

### MORATALLA

**Mora Barba, Mª José**  
Nº Col. 714  
Centro Salud Moratalla  
Tomás El Cura, 7. Moratalla  
M, J de 8 a 14 h. T. 968 706 235

### MULA

**Pérez Navarro, Jesús Matías**  
Nº Col. 249  
Centro Salud Mula  
Juan de Viñegla, s/n. Mula  
L a V de 9:15 a 13 h. T. 968 637 217

### MURCIA

**Cabrerizo Merino, Mª Carmen**  
Nº Col. 200  
C.S. El Palmar. Burgos, s/n. El Palmar  
L a V de 9:30 a 14:30 h. T. 968 882 513

**Castro Reino, Raúl Óscar**

Nº Col. 226  
Centro Salud Murcia - San Andrés  
Escultor Sánchez Lozano, 7. Murcia  
L a V de 8:30 a 14:30 h. T. 968 394 826

**Garrido García, Vicenta C.**

Nº Col. 2.269  
Centro Salud Murcia - Centro  
Escultor Sánchez Lozano, 7. Murcia  
L a V de 8:30 a 14:30 h. T. 968 394 848

**Saura Pérez, Manuel José**

Nº Col. 293  
Centro Salud Murcia - La Alberca  
José Paredes, s/n. La Alberca (Murcia).  
L a V de 8:30 a 14:30 h. T. 968 845 362

**Martínez Zaragoza, Ginés**

Nº Col. 422  
Centro Salud Murcia - Puente Tocinos.  
Plz. Reina Sofía, s/n. Puente Tocinos.  
L a V de 9 a 14 h. T. 968 301 409

**Brotóns Sánchez, Pilar María**

Nº Col. 678  
Servicios de Salud Plaza Preciosa  
Plz. Preciosa, s/n. Murcia  
L a V de 9:30 a 13:30 h. T. 968 247 062

**Torres Muñoz, Roberto**

Nº Col. 516  
Centro Salud Infante. Pintor Almela  
Costa, s/n. Murcia. L, Mi, V de 8:30 a  
14:30 h. T. 968 343 000

**PUERTO LUMBRERAS****Bayona Marín, Pedro Miguel**

Nº Col. 142  
Centro Salud Pto. Lumbreras  
Av. Región Murciana, s/n.  
Pto. Lumbreras  
M, J de 9 a 15 h. T. 968 402 116

**SAN PEDRO DEL PINATAR****Pérez Silva, Antonio**

Nº Col. 323  
Centro Salud San Pedro del Pinatar  
Av. Las Salinas, 10. San Pedro del  
Pinatar. L, Mi de 9 a 15 h.  
T. 968 182 062

**SAN JAVIER****Pérez Silva, Antonio**

Nº Col. 323  
C.S. San Javier. Cabo Ros, s/n.  
M, J, V de 9 a 14 h. T. 968 192 067

**TORRE PACHECO****Gómez Penelas, Inmaculada**

Nº Col. 933  
Centro Salud Torre Pacheco  
Venecia, s/n. Torre Pacheco  
L a V de 9 a 14 h. T. 968 577 201

**TOTANA****Ruiz Navarro, Carlos**

Nº Col. 286  
Centro Salud Totana  
Cruz de los Hortelanos, s/n. Totana  
L a V de 8 a 15 h. T. 968 421 217

**YECLA****Blázquez Izquierdo, José Luis**

Nº Col. 781  
Centro Salud Yecla.  
Juan Albert, s/n. Yecla  
M, J de 9 a 10:30 h.  
T. 968 793 315

## LISTADO DE DENTISTAS PRIVADOS ADSCRITOS AL PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL INFANTIL. AÑO 2010

**ABANILLA****Galindo Riquelme, José María**

Nº Col. 220  
Infante, 7 - Bajo. Abanilla  
L, Mi, J de 17 a 22 h.  
T. 968 681 160

**Martínez Sánchez, Ana Belén**

Nº Col. 1.076  
Los Pinos, 3. Abanilla  
L, Mi, J de 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 681 285

**ABARÁN****Carrillo Aroca, Antonio**

Nº Col. 883  
Doctor Molina, 25 - Bajo. Abarán  
M a V de 10 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 968 770 270

**Galera Molero, Fe**

Nº Col. 917  
Gregorio Marañón, 4 - Bajo.  
Hoya del Campo  
M, J de 10 a 13 y 16 a 20 h.  
T. 616 563 777

**García Guillamón, Pilar**

Nº Col. 587  
Domingo Gómez, 30. Abarán  
L a J: tardes / V: mañana de 9 a 13:30 y  
16 a 21:30 h. T. 968 770 592

**Oliveros Soria, Daniel**

Nº Col. 379  
Plz. Zarzuela, 18 - Bajo. Abarán  
Mi: mañanas / L, V: tarde de 10 a 14 y  
16 a 20:30 h. T. 968 770 176

**ÁGUILAS****Cegarra Robles, Antonio**

Nº Col. 531  
Paseo de Parra, 17 - Bajo. Águilas  
L, M, J, V de 10 a 14 y 16 a 20:30 h.  
T. 968 413 924

**López González, José Luis**

Nº Col. 491  
Plz. Dr. Fortún, 2 - 1ºD. Águilas  
L a V de 9:30 a 13:30 y 17 a 20:30 h.  
T. 968 446 031

**Martínez Salmerón, Eva Mª**

Nº Col. 316  
Isabel la Católica, 8 - Bajo. Águilas  
L, Mi, V de 9 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 968 446 044

**Paradela Gutiérrez, José Luis**

Nº Col. 350  
Paseo de Parra, 18 - 1ºB. Águilas  
L, Mi, V: todo el día / M, J: tarde de  
9:30 a 12:30 y 16:30 a 19:30 h.  
T. 968 411 888

**Pastor González, Noelia**

Nº Col. 661  
Sagasta, 3 - 1º. Águilas  
L a V de 9 a 13 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 493 384

**Quiñonero Martínez, Mª José**

Nº Col. 543  
Canalejas, 3 - 2ºB. Águilas  
L, Mi, V de 10 a 13 y 17 a 21 h.  
T. 968 412 972

**Rojas Segura, Mª Carmen**

Nº Col. 1.035  
Isaac Peral, 19 - Bajo. Águilas  
L, M, Mi, V, S de 16 a 10 h.  
T. 968 493 736

**Rojas Serrano, René**

Nº Col. 230  
Blas Rosique, 5 - Bajo. Águilas  
J, V de 11 a 13 y 17 a 19 h.  
T. 968 449 121

**Sánchez-Manzanera Palazón, Emilia**

Nº Col. 736  
Paseo Isaac Peral, 15 - Bajo. Águilas  
L, Mi, V: todo el día / M, J: mañana de  
9:30 a 13:30 y 17 a 20 h. T. 968 410 155

**Soto Ruiz, Ana Belén**

Nº Col. 886  
Prol. Muñoz Calero, 1ºC. Águilas  
L, Mi, J de 10 a 14 y 16 a 20:30 h.  
T. 968 411 715

**ALBUDEITE****Monserrat Botía, Antonia**

Nº Col. 436  
Mayor, 17 - Bajo. Albudeite  
L, Mi, V, S de 9 a 13:30 y 15:30 a 20 h.  
T. 968 667 763

**ALCANTARILLA****Cáceres Oviedo, Lourdes**

Nº Col. 394  
Mayor, 217 - Bajo. Alcantarilla  
L, Mi, V: todo el día / M, J: mañana de  
9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 891 498

**de Verastegui Hernández, Ricardo**

Nº Col. 501  
Tío Viruta, 2 - 1ª. Alcantarilla  
L a V de 9:30 a 13 y 16 a 20 h.  
T. 968 895 480

**Díaz Arboleda, Beatriz**

Nº Col. 415  
Av. Reyes Católicos, 46. Alcantarilla  
L a V de 10 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 968 894 089

**Díaz-Granados Torregrosa, Humberto A.**

Nº Col. 1.011  
Mayor, 135 - Bajo. Alcantarilla  
L, Mi, V de 10 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 968 836 596

**Ferrez Pérez, Vicente**

Nº Col. 429  
La Cruz, 2 - Entlo. Alcantarilla  
L a V de 10 a 13 y 16 a 21 h.  
T. 968 808 536

**Flores Montesinos, Joaquín Luis**

Nº Col. 343  
Raso, 8 - Bajo. Alcantarilla  
L a V de 9 a 13:30 y 16 a 20:30 h.  
T. 968 801 462

**Freile Camino, Isaac**

Nº Col. 295  
Tranvía, 2 - 2ºB. Alcantarilla  
L a V de 9:30 a 14 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 808 361

**Frías Jiménez, José Ignacio**

Nº Col. 409  
Mayor, 69 - Bajo. Alcantarilla  
L, M, J, V: todo el día / Mi: tarde de 9 a  
14 y 17 a 21 h. T. 968 896 017

**Gambín Manzano, Carmen**

Nº Col. 659  
Pintor Pedro Cano, 1. Bajo F. Alcantarilla  
L, Mi, V de 10 a 13:30 y  
16:30 a 21 h. T. 968 895 283

**Glagovsky Ibarra, Bárbara**

Nº Col. 600  
Mayor, 69. Bajo. Alcantarilla  
L, Mi de 9:30 a 13:30 h. T. 968 896 017

**Gómez García, Fco. José**

Nº Col. 789  
Raso, 8 - Bajo. Alcantarilla  
M, J: mañana / V: tarde de 9 a 13 y 16  
a 20 h. T. 968 801 462

**Gómez Segura, Pedro Jesús**

Nº Col. 784  
Raso, 8 - Bajo. Alcantarilla  
L, M, J, V: todo el día / Mi: mañana de  
9 a 13:30 y 16 a 20:30 h.  
T. 968 801 462

**Martínez Gallinal, Sara**

Nº Col. 752  
Av. Martínez Campos, 84 - Bajo.  
Alcantarilla  
L a V de 9:30 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 868 952 001

**Nicolás Silvente, Ana Isabel**

Nº Col. 585  
Museo la Huerta, 9. Bajo. Alcantarilla  
L, M, J, V de 9 a 13:30 y 16 a 21 h.  
T. 968 894 690

**Pérez Gómez, Fco. Manuel**

Nº Col. 1.001  
Carmen esq. con C/ Argentina.  
Alcantarilla  
M, Mi, V de 9:30 a 14 h.  
T. 968 896 446

**Pons-Fuster Olivera, José Mª**

Nº Col. 164  
Moreno, 1 - 1ºD. Alcantarilla  
L a V de 9 a 13 y 16 a 20 h.  
T. 968 805 698

**Tomás Tapia, José Luis**

Nº Col. 312  
Mayor, 176 - 2ª. Alcantarilla  
L, Mi, V: mañana / M, J: todo el día de  
9:30 a 13:30 y 16:30 a 19:30 h.  
T. 968 807 795

**Valverde Rubio, Mª del Pilar**

Nº Col. 735  
Moreno, 1 - 1ºD. Alcantarilla  
L: todo el día / M: tarde  
Mi: mañana de 9 a 13 y 16 a 20 h.  
T. 968 805 698

**ALGUAZAS****Lojo Rocamonde, José**

Nº Col. 305  
Mayor, 35 - 1ºB. Alguazas  
L a V de 17 a 20 h.  
T. 968 620 248

**ALHAMA****Díaz Espejo, Ana Isabel**

Nº Col. 525  
Plz. Américas, 11 - 1ºD. Alhama  
L, Mi, J de 16 a 20:30 h.  
T. 968 632 623

**Espadas Melgarejo, Antonia Belén**

Nº Col. 843  
Plz. Constitución, 9 - 2ºB. Alhama  
L a V de 10 a 13 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 639 655

**Gallinal Rubio, Sahara Isabel**

Nº Col. 364  
Av. España, 9. Alhama  
L a V de 9:30 a 13:30 y 17:30 a 21 h.  
T. 968 630 459

**García Díaz, Francisca**

Nº Col. 483  
Corredera, 22 - Bajo. Alhama  
Mi, V: todo el día / L, J: tarde de 10 a  
13 y 16 a 20 h. T. 968 631 061

**Pace Valebella, Horacio**

Nº Col. 229  
Av. Juan Carlos I, 91 - Bajo. Alhama  
L a V de 9 a 13 y 17 a 21 h.  
T. 968 631 857

**Sánchez-Manzanera Palazón, Emilia**

Nº Col. 736  
Capitán Portola, 17 - Bajo. Alhama  
M, J de 16 a 20:30 h.  
T. 968 631 001

**ARCHENA****Alcolea Guillamón, Joaquín**

Nº Col. 476  
Esparto, 1 - 2º. Archena  
L a J de 17 a 20 h.  
T. 968 674 058

**Jakimczuk, Silvio Adrián**

Nº Col. 767  
Av. Antonete Gálvez, 16. Bajo. Archena  
L a V de 10 a 13:30 y 16 a 21 h.  
T. 968 674 439

**López Gómez, Alejandro**

Nº Col. 690  
Severo Ochoa, 12 - 1º. Archena  
L: tarde / V: Todo el día de 9:30 a 13:30  
y 16:30 a 20:30 h. T. 968 673 645

**López Martínez, Paloma**

Nº Col. 634  
Cabo Pedro Moreno, 11. Ed. La Rosa.  
Bajo B. Archena  
L, M, Mi de 10 a 14 y 16:30 a 21 h.  
T. 968 688 123

**López Sánchez, Ignacio**

Nº Col. 776  
Av. del Carril, 54 - 1º. Archena  
L a V de 8:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 672 070

**Moreno Bolarín, Silvia**

Nº Col. 510  
Principal, 49 - Bajo. La Algaida  
L a V de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 674 520

**Palazón Tovar, Pedro**

Nº Col. 342  
Av. del Carril, 72 - 1ºD. Archena  
L a V de 10 a 13 y 16 a 19 h.  
T. 968 671 013

**Sager Ramseyer, Helena Beatriz**

Nº Col. 766  
Av. Antonete Gálvez, 16. Bajo. Archena  
L a V de 10 a 13:30 a 16 a 21 h.  
T. 968 674 439

**San Juan Gambao, Esteban**

Nº Col. 450  
Cabo Pedro Moreno, 11. Ed. La Rosa.  
Bajo B. Archena  
L a V de 10 a 14 y 16:30 a 21 h.  
T. 968 688 123

**BENIEL**

**Almela Espinosa, José Javier**  
Nº Col. 227

Calvo Sotelo, 5 - 1º. Beniel  
L a V de 17 a 20 h.  
T. 968 600 403

**Escarabajal Rivera, Ana Mª**  
Nº Col. 445

Calvo Sotelo, 5 - 1º. Beniel  
L a V de 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 600 403

**Mompeán Gambín, Carmen**  
Nº Col. 191

Nicolás de las Peñas, 10 - 1ºB. Beniel  
L a J de 16 a 19:30 h.  
T. 968 600 701

**Mompeán Gambín, José Luis**  
Nº Col. 656

Nicolás de las Peñas, 10 - 1ºB. Beniel  
L a J de 16 a 19:30 h.  
T. 968 600 701

**Sánchez-Almohalla López-Carmona, Alberto**  
Nº Col. 892

Calvo Sotelo, 5 - 1º. Beniel  
L a J de 17 a 20 h. T. 968 600 403

**BLANCA**

**Gómez Balsalobre, Cristóbal**  
Nº Col. 241

Gran Vía, 48 - Bajo. Blanca  
M, Mi, J de 16:30 a 20 h.  
T. 968 459 114

**Sánchez Martínez, Marta**  
Nº Col. 506

Ctra. de la Estación, 9. Blanca  
L a V de 10 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 968 459 136

**Sarabia Almáida, Josefa**  
Nº Col. 240

Gran Vía, 48 - Bajo. Blanca  
L: tarde, V: mañana de 9:30 a 13:30 y  
16:30 a 20 h. T. 684 59 114

**BULLAS**

**Caballero Guerrero, Pedro Miguel**  
Nº Col. 666

Mediodía, 22 - Bajo. Bullas  
M, J de 16 a 21 h.  
T. 968 653 491

**Calderón Díaz, Cristina I.**  
Nº Col. 651

Mediodía, 22 - Bajo. Bullas  
L: tarde / Mi: todo el día de 10 a 14 y  
16 a 21 h. T. 968 653 491

**Gómez Fernández, Arsenio**  
Nº Col. 201

Gran Vía, 28 - 2º B. Bullas  
L, M, J, V de 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 652 787

**López Durán, Mª Ángeles**  
Nº Col. 758

Gran Vía, 10 - 1º C. Bullas  
M, V: tarde / J, S: mañana de 9 a 14 y  
16 a 21 h. T. 968 654 850

**López Oller, Antonio Luis**

Nº Col. 515  
Gran Vía, 2 - 1ºF. Bullas  
L a V de 9:30 a 13:30 y 17 a 21 h.  
T. 968 652 524

**CALASPARRA**

**Banegas Cano, Almudena**

Nº Col. 1.089  
Plz. Corredera, 5 - 2ºB. Calasparra  
L a V de 10 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 721 206

**Montiel Gabaldón, Matilde**

Nº Col. 1.086  
Plz. Corredera, 5 - 2ºB. Calasparra  
L a V de 10 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 721 206

**Rodríguez Lozano, José**

Nº Col. 281  
Teniente Flomesta, 25 - 1ºA. Calasparra  
L, Mi, V de 16 a 20 h.  
T. 968 720 963

**CARAVACA**

**Amador Sánchez, Alicia**

Nº Col. 942  
Maruja Garrido, 5 - 1ºA. Caravaca  
L a V de 10 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 679 477 805

**Aznar Aznar, Carlos J.**

Nº Col. 601  
Gran Vía, 35 - 1º. Caravaca  
L a V de 9:30 a 14 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 703 645

**Cañamaque García, Isabel Amparo**

Nº Col. 762  
Junquico, 11 - 1ºB. Caravaca  
L a J: todo el día / V: mañana de 9:30 a  
13:30 y 17 a 21 h. T. 968 705 924

**Del Carpio Trinidad, Digna**

Nº Col. 653  
San Simón, 3 - 2º B. Caravaca  
L a V de 10 a 13:30 y 17:30 a 21 h.  
T. 968 707 901

**Gómez Fernández, Arsenio**

Nº Col. 201  
Gran Vía, 20 - 2ºD. Caravaca  
L a V: mañana / Mi: tarde de 9 a 14 y  
16:30 a 20:30 h. T. 968 703 483

**Gómez Triguero, Juan Carlos**

Nº Col. 1.108  
Gran Vía, 60 - 1º. Caravaca  
L a V de 10 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 707 428

**Muñoz López, Mª Victoria**

Nº Col. 466  
Ciudad Jardín, 7 - 1ºA. Caravaca  
L a J / V: mañana de 9 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 707 081

**Nicolás Cantabella, Alejandro**

Nº Col. 610  
Gran Vía, 23 - 1ºA. Caravaca  
L: mañana / M, Mi, V: tarde de 9:30 a  
13:30 y 16:30 a 20:30 h. T. 968 700 529

**Ruiz Abril, Encarna Mª**

Nº Col. 755  
Av. Maruja Garridos, 5 - Bajo. Caravaca  
M: todo el día / Mi: tarde / J: mañana de  
10 a 13 y 16:30 a 21 h. T. 968 700 553

**Serna Sirvent, Ana Mª**

Nº Col. 262  
Raimundo Rodríguez, 3 - 1ºA. Caravaca  
L a V de 9 a 13:30 y 16 a 20 h.  
T. 968 707 052

**Vélez Campos, Mercedes**

Nº Col. 636  
Puente Molino, 2 - Bajo. Caravaca  
L a V de 10 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 700 470

**CARTAGENA**

**Aiguabella Pascual, Fco. Javier**

Nº Col. 268  
Reina Victoria, 32C - 1ºA. Cartagena  
L a J de 16 a 20 h.  
T. 968 507 648

**Acosta Rodríguez De Viguri, Emila Mª**  
Nº Col. 824

Ramón y Cajal, 69 - Bajo. Cartagena  
L a V de 9 a 21 h.  
T. 968 088 020

**Álvarez-Gómez Peña, Pedro**

Nº Col. 842  
Jara, 15 - Bajo. Cartagena  
L a V de 10 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 968 505 510

**Amestoy García, Sandra**

Nº Col. 694  
Mayor, 71 - Bajo. Canteras  
L a V de 10 a 13 y 17:30 a 21 h.  
T. 968 162 565

**Arroyo Cegarra, Virginia**

Nº Col. 874  
Tito Didio, 28. Torreciega  
L a V de 10 a 13 y 16 a 21 h.  
T. 968 121 303

**Asensio García, Yolanda**

Nº Col. 921  
Av. Colón, 4 - Bajo. Cartagena  
L a S de 10 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 968 531 338

**Bernal Soto, María**

Nº Col. 570  
Jorge Juan, 30 - Bajo. Cartagena  
L a V de 8 a 15 h.  
T. 968 528 861

**Blázquez Torres, Mª Trinidad**

Nº Col. 1.018  
Juan Fernández, 18 - 1ºD. Cartagena  
L a V de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 507 502

**Brito Pérez, Ricardo Alberto**

Nº Col. 302  
Rubí, 7. Bajo. Urb. Mediterráneo.  
Cartagena  
L a V de 9:30 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 968 314 592

**Buitrago Alcolea, Almudena**

Nº Col. 655  
Santiago Ramón y Cajal, 27. 1ºE.  
Cartagena  
L a V de 9 a 13:30 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 526 018

**Cárceles Ortiz, Mª Dolores**

Nº Col. 235  
Antonio Oliver, 7 - 1ºD. Cartagena  
L, M, J, V de 16 a 20 h.  
T. 968 313 853

**Cárceles Ortiz, Mª Dolores**

Nº Col. 235  
Av. La Fuente, 37 - 1ºD. Los Belones  
M, J, V de mañana / Mi: tarde de 9:30 a 13 y  
16 a 20 h. T. 968 137 210

**Carrascosa García, José**

Nº Col. 556  
Cartagena de Indias, 3 - 5. Cartagena  
L: mañana / M: tarde / J: todo el día de  
9 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 968 500 354

**Carrascosa García, José**

Nº Col. 556  
Muñoz Grandes, 3. Los Belones  
L, V: tarde / Mi: todo el día / M: mañana  
de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 137 862

**Cavas Hernández, Mª Trinidad**

Nº Col. 639  
Intendencia, 2 - 1º. Cartagena  
L a V de 9 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 520 498

**Cerezuela Espejo, Francisco**

Nº Col. 414  
Ramón y Cajal, 140. Bajo B. Cartagena  
L, Mi, V de 16:30 a 21 h.  
T. 868 060 555

**Cerezuela Espejo, Francisco**

Nº Col. 414  
Reina Regente, 11 - Bajo. La Unión  
M, J: tarde / S: mañana de 16:30 a 21 y  
10 a 13 h. T. 968 541 647

**Chacón Alcaraz, Soledad**

Nº Col. 382  
Paseo Alfonso XIII, 66 - 2ºB. Cartagena  
L a V de 10 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 968 509 714

**Conesa Agüera, Elena**

Nº Col. 907  
Ingeniero de la Cierva, 7 - 1ºB. Cartagena  
M, J, V de 16 a 20 h.  
T. 968 503 462

**Conesa Pérez, Agustín**

Nº Col. 179  
Carlos III, 12 - 1ºA. Cartagena  
L a V: mañana / M, Mi: tarde de 9 a 12  
y 16 a 20 h. T. 968 123 954

**Cortés Lambea, Juan José**

Nº Col. 246  
Real, 46 - 1º. Cartagena  
L a V de 11:30 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 120 601

**Cortés Lambea, Juan José**

Nº Col. 246  
Gran Vía, s/n. Edf. Babilonia B. La Manga  
L a V de 11:30 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 564 979

**Cuartero López, Isabel**

Nº Col. 358  
Menéndez y Pelayo, 1 - 1º. Cartagena  
L a V de 9 a 14:30 h. T. 968 506 366

**Cuevas De Aldasoro, Mª Luisa**

Nº Col. 239  
Mayor, 19 - Bajo. La Unión  
L, Mi, V: mañana / M, J: tarde de 10 a  
13:30 y 16:30 a 19:30 h. T. 968 540 652

**Czech, Alexander F.**

Nº Col. 274  
Gran Vía, Ed. Acapulco, s/n. La Manga  
L a V de 10 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 564 757

**Díaz Pérez-Tinao, Macarena**

Nº Col. 937  
Marcos Redondo, 2 - 1º A. Cartagena  
L a J: todo el día / V: mañana de 9 a  
12:30 y 16 a 19 h. T. 968 501 155

**Díez García, Mª Pilar**

Nº Col. 210  
Madreperla, 20 - Bajo. Cartagena  
L a V: mañana / L, M: tarde de 10 a  
13:30 y 15 a 19:30 h. T. 968 514 980

**Estrada Martínez, José Luis**

Nº Col. 836  
Antonio Oliver, 11 - Bajo. Cartagena  
L, Mi: tarde / M: todo el día de 11 a 14  
y 17 a 21 h. T. 868 065 194

**Galindo Campillo, Lourdes**

Nº Col. 542  
Juan Fernández, 18 - 1ºD. Cartagena  
L a V de 9:30 a 13:30 y  
16:30 a 20 h. T. 968 507 502

**Gallego Vera, Mª Rosa**

Nº Col. 906  
Av. Venecia, 34 - Bajo. Cartagena  
M, V: mañana / Mi: tarde de 9:30 a 13 y  
16:30 a 20:30 h. T. 868 063 939

**Gallego Vera, Mª Rosa**

Nº Col. 906  
Plz. del Rey, 20 - Bajo. Cartagena  
L, M, J, V: tarde de 17 a 21 h.  
T. 968 506 808

**García Alfaro, Celestino**

Nº Col. 158  
Alfonso XIII, 39 - 41 - 1º. Los Dolores  
L a V de 12 a 14 h. T. 968 532 030

**Gómez Ríos, Inmaculada**

Nº Col. 679  
Jara, 15 - Bajo. Cartagena  
L a V de 10 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 968 505 510

**González Breas, Milagros**

Nº Col. 423  
Rivera de S. Javier, 7 - Bajo C. Cartagena  
L a V de 9:30 a 14 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 082 525

**Hernández Buendía, Virginia Mª**

Nº Col. 965  
Molineta, 35 - Bajo. La Unión  
L a V de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 560 920

**Hernández García, José Antonio**

Nº Col. 590  
Mayor, 50 - 1º. Molinos Marfagones  
L, Mi, V de 10 a 12:30 y 17 a 19:30 h.  
T. 968 168 380

**Hernández Guzmán, Juan Rafael**

Nº Col. 494  
Conesa Calderón, 42 - Bajo. Los Dolores  
L a V de 9:30 a 13 y 17 a 20:30 h.  
T. 968 314 165

**Legaz Martínez, Mª Dolores**

Nº Col. 948  
Explorador Oquendo, 7 - 1º.  
Pozo Estrecho  
L de 10 a 13:30 h. T. 968 556 756

**Lirón García, Antonio**

Nº Col. 427  
Jorge Juan, 3 - 2ºA. Cartagena  
L a V de 10:30 a 13:30 y 17 a 20 h.  
T. 968 126 058

**López Gómez, Javier**

Nº Col. 469  
Tirso de Molina, 13 - Bajo. Cartagena  
L a V de 9 a 21 h. T. 968 501 032

**Lorenzo Bueno, José Carlos**

Nº Col. 404  
Santa Florentina, 23 - 3ºB. Cartagena  
L, Mi de 17 a 21 h.  
T. 968 123 383

**Lorenzo Bueno, José Carlos**

Nº Col. 404  
Plz. del Rey, 20 - Bajo. Cartagena  
S de 17:30 a 20 h. T. 968 506 808

**Luque Torres, José Antonio**

Nº Col. 140  
Plz. del Rey, 20 - Bajo. Cartagena  
L a V de 10 a 13 y 17:30 a 20 h.  
T. 968 506 808

**Madrid Jiménez, Antonia Mª**

Nº Col. 425  
Concepción Arenal, 17. Bajo. Santa Ana  
L, M, J de 16 a 20:30 h.  
T. 968 169 785

**Mancebo Moreno, Juan Manuel**

Nº Col. 371  
Salitre, 26 - 3º. Cartagena  
L, M, J: tarde / M, Mi, V: mañana de 10  
a 12:30 y 17 a 20 h. T. 968 509 725

**Mancebo Moreno, Juan Manuel**

Nº Col. 371  
Av. Venecia, 14 - Bajo. Cartagena  
Mi: tarde / J: mañana de 10 a 13 y 17 a  
20 h. T. 968 313 390

**Marcelino Olivares, Idami**

Nº Col. 298  
Pintor Portela, 3 - 1ºB. Cartagena  
L a J / V: mañana de 9:30 a 13:30 y 16  
a 20 h. T. 968 124 405

**Martín Herráez, Elena**

Nº Col. 804  
Juan Fernández, 7 - 1ª. Cartagena  
L a V de 10 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 968 125 166

**Martín Valderas, Mercedes**

Nº Col. 174  
Paseo Alfonso XIII, 38 - 2º. Cartagena  
L a V de 9:30 a 12:30 y 16:30 a 19:30 h.  
T. 968 121 729

**Martínez Chang, Sai-Hsi**

Nº Col. 869  
Camino Viejo Pozo Estrecho, 28.  
Los Barreros  
L a V / S: mañana de 10 a 13:30 y  
16:30 a 20:30 h. T. 968 534 830

**Martínez del Pozo, Guillermo**

Nº Col. 160  
Sagasta, 11 - 1ºB. Cartagena  
L a V de 15:30 a 19:30 h.  
T. 968 120 364

**Martínez del Vas, Pascual**

Nº Col. 338  
Alameda San Antón, 7 - 2ºC. Cartagena  
L, Mi de 9:30 a 13:30 y 15:30 a 21 h.  
T. 968 521 710

**Martínez Gandía, Sara**

Nº Col. 705  
Ramón y Cajal, 148 - 1ª. Cartagena  
L a V de 10 a 13 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 533 279

**Martínez González, María Isabel**

Nº Col. 577  
Jiménez de la Espada, 6 - 1ºF. Cartagena  
L a V de 9 a 13 y 16 a 20 h.  
T. 968 506 466

**Martínez Lasheras, Raquel Mª**

Nº Col. 540  
Ramón y Cajal, 4 - Bajo. Los Belones  
L, V: todo el día / M, Mi, J: mañana de  
10 a 13:30 h.  
T. 968 137 093

**Martínez Lasheras, Raquel Mª**

Nº Col. 540  
Menéndez y Pelayo, 1 - 1º. Cartagena  
M, Mi, J: tarde de 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 506 366

**Molinero Pintado, Paloma**

Nº Col. 815  
Wssell de Gimbarða, 3 - 1ºC. Cartagena  
M, Mi de 10 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 868 062 126

**Morales Álvarez, José Carlos**

Nº Col. 471  
Paseo Alfonso XIII, 8 - 2ºC. Cartagena  
L a V de 9:30 a 13:30 y 17 a 20 h.  
T. 968 080 607

**Neira Méndez, E. Patricia**

Nº Col. 1.031  
Mayor, 86 - Bajo. Canteras  
Mi, V: tarde. S: mañana de 9:45 a 13:30  
y 17 a 20 h.  
T. 968 553 079

**Nieto Olivo, José Ángel**

Nº Col. 535  
Alameda S. Antón, 36 - 1ª. Cartagena  
V de 10 a 13 y 16 a 18 h.  
T. 968 520 471

**Parra Mino, Pablo Luis**

Nº Col. 442  
Sta. Florentina, 11 - 1ª. Cartagena  
L, M, Mi: mañana / J: todo el día de 10  
a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 523 634

**Párraga Saura, Inmaculada**

Nº Col. 672  
Emilio Castelar, 6. La Palma  
L a V de 9:30 a 13 y 16 a 20 h.  
T. 968 165 065

**Patiño Marín, Carlos**

Nº Col. 725  
Brunete, 5, local 18. Edif. Bruselas.  
Cartagena  
L a V / S: mañana de 9:30 a 13:30 y  
16:30 a 20:30 h.  
T. 968 088 576

**Pedreño Abellán, Mª José**

Nº Col. 569  
Descartes, 11. El Albuñón  
L a V de 17 a 20 h. T. 968 160 503

**Peñalver Peñalver, Juan**

Nº Col. 148  
Sta. Florentina, 23 - 3ºB. Cartagena  
L a V de 16 a 21 h.  
T. 968 123 383

**Pérez Calvo, Juan Carlos**

Nº Col. 461  
Carmen Conde, 59 - Bajo. Cartagena  
L a V de 10 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 519 595

**Posadas Molina, José Mª**

Nº Col. 197  
Mayor, 100 - 1ª. La Unión  
L a J de 9 a 13 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 541 090

**Ramírez Faraco, Nuria**

Nº Col. 417  
Mayor, 81 - 1º. La Unión  
L, J: tarde / Mi: mañana de 9:30 a 14 y  
16 a 20 h. T. 968 560 033

**Ríos Gómez, Mª Nieves**

Nº Col. 1.004  
Manuel Penella, 12 - Bajo. El Bohío  
M: mañana / J: tarde de 10 a 13:30 y  
16:30 a 20:30 h.  
T. 968 311 072

**Rodríguez Tejada, Julián**

Nº Col. 313  
Jorge Juan, 20, 1ºB. Cartagena  
L a V de 10 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 513 385

**Romero García, Fulgencio**

Nº Col. 734  
José Antonio, 2 - Bajo A. Los Dolores  
L a V de 10 a 13:30 y 17 a 20 h.  
T. 968 515 892

**Ruiz Roca, Juan Antonio**

Nº Col. 698  
Jara, 15 - Bajo. Cartagena  
L a V de 10 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 968 505 510

**Salinas Vera, Raquel**

Nº Col. 945  
Padre Majón, 5 - Bajo. La Unión  
L a V de 10 a 14 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 337 736

**Sánchez Aznar, Pedro Javier**

Nº Col. 487  
Ramón y Cajal, 69 - Bajo. Cartagena  
L, J de 9 a 21 h.  
T. 968 088 020

**Sánchez Aznar, Pedro Javier**

Nº Col. 487  
Reina Victoria, 23 - Bajo. Cartagena  
M, Mi, V de 9 a 21 h.  
T. 968 321 590

**Sánchez García, Rubén**

Nº Col. 683  
Av. Venecia, 34. Cartagena  
L a V de 10 a 13 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 868 063 939

**Selva Martínez, Jaime**

Nº Col. 261  
Ingeniero de la Cierva, 7 - 1ºB.  
Cartagena  
L a V de 9:30 a 13:30 y 16 a 20 h.  
T. 968 503 462

**Urios Rodríguez, Carmelo**

Nº Col. 383  
Alianza, 9. La Aljorra  
L a V de 10 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 558 123

**Vidal León, Antonio**

Nº Col. 1.049  
Menéndez y Pelayo, 1 - 1º. Cartagena  
L a J de 16 a 21 h.  
T. 968 506 366

**Zamora Celdrán, María**

Nº Col. 909  
Real, 46 - 1º. Cartagena  
M, J: todo el día / L, Mi, V: tarde de  
10:30 a 13:30 y 17 a 20 h.  
T. 968 120 601

**Zamora Celdrán, María**

Nº Col. 909  
Gran Vía, s/n. Edf. Babilonia B. La Manga  
L, Mi, V de 10:30 a 13:30 h.  
T. 968 564 979

**CEHEGÍN****Barrancos García, José Antonio**

Nº Col. 561  
Ctra. de Murcia, 31- 2ºI. Cehegín  
L a V / S: mañana de 10:30 a 13:30 y  
16:30 a 20:30 h. T. 968 743 581

**Campoy Cervellera, Francisca**

Nº Col. 827  
Alta, subida Plz. toros, 22 - Bajo. Cehegín  
L, J de 10 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 968 742 206

**Cañamaque García, Isabel Amparo**

Nº Col. 762  
Av. Libertad, 2 - 1ºA. Cehegín  
V de 16 a 20 h.  
T. 968 760 607

**López Bastida, Pedro**

Nº Col. 386  
Ctra. de Murcia, 54 - Bajo. Cehegín  
L a V de 10 a 13 y 16 a 20 h.  
T. 968 741 317

**Luluaga Sánchez, Olga**

Nº Col. 217  
Mataró, 6 - 2ºA. Cehegín  
M, J de 11 a 19 h.  
T. 968 740 488

**Ruiz Ruiz, Mª Dolores**

Nº Col. 529  
Pablo Neruda, 7 - Bajo. Cehegín  
L a V de 10 a 13 y 17 a 21 h.  
T. 968 723 579

**CEUTÍ****Ascarrunz Dávila, Silvia**

Nº Col. 289  
Maestro Rodrigo, 17 - Bajo. Ceutí  
L a V de 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 692 729

**Corbalán Hernández, María**

Nº Col. 613  
Huete, 62 - Bajo. Ceutí  
L a V de 10 a 14 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 694 764

**Crespo López, Luis Fernando**

Nº Col. 202  
Mallorca, 12. Ceutí  
L, Mi, J: tarde / S: mañana de 9 a 13 y  
16 a 20 h. T. 968 693 066

**Pagán Ruiz, Alejandro**

Nº Col. 686  
Huete, 62 - Bajo. Ceutí  
L a V de 10 a 14 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 694 764

**CIEZA****Conesa Agüera, Elena**

Nº Col. 907  
Paseo 15 - Bajo. Cieza  
L de 16:30 a 20:30  
T. 968 764 062

**Faget Chacón, Mª Lourdes**

Nº Col. 232  
Azorín, 2 - Bajo. Cieza  
L a J de 10 a 13 y 17 a 21 h.  
T. 968 455 908

**Fernández Alcázar, Enrique**

Nº Col. 176  
Paseo, 16 - 1º. Cieza  
M, Mi: tarde / V: todo el día de 9 a 13 y  
16 a 20 h. T. 968 764 321

**Fernández García, Laura**

Nº Col. 995  
Alfonso X el Sabio, 30 - Bajo. Cieza  
M a V de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 765 869

**Fernández López, Patricia**

Nº Col. 728  
Gran Vía 97, Entlo. Cieza  
L a V de 9:30 a 12:30 y 17 a 20 h.  
T. 968 454 040

**Fernández Soria, Mercedes**

Nº Col. 707  
Paseo, 16 - 1º. Cieza  
L, Mi de 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 764 321

**Ferrez Moya, Diego**

Nº Col. 839  
Angostos, 17 - Bajo A. Cieza  
L, M, J, V: mañana / M: tarde de 8:30 a  
14 y 17 a 20 h. T. 968 762 850

**Marín Ruíz, Mª Jesús**

Nº Col. 893  
Camino de Murcia, 71 - Bajo. Cieza  
M, J, V de 10 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 968 453 682

**Muñoz Casas, Mariano**

Nº Col. 255  
Paseo, 39 - 1º. Cieza  
L a V previa cita  
T. 968 454 229

**Ramírez Fernández, Mª Piedad**

Nº Col. 403  
Carlos V, 5 - Bajo. Cieza  
L a V de 9 a 13:30 y 17:30 a 21:30 h.  
T. 968 760 838

**Sandoval Vázquez, Enrique**

Nº Col. 192  
Santa Ana, 7 - Entlo. Cieza  
L a V: de 10:30 a 13:30 y 16:30 a 21:30 h.  
T. 968 453 630

**FORTUNA****Galindo Riquelme, José María**

Nº Col. 220  
San Miguel, 50 - Bajo. Fortuna  
L, M, J, V de 10 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 685 762

**Pérez Sánchez, Cristina**

Nº Col. 1.094  
Colonia Alemana, 12 - Bajo. Los Baños  
L a V de 10 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 968 685 875

**Ramírez Glindón, Elena**

Nº Col. 1.045  
Colonia Alemana, 12 - Bajo. Los Baños  
L a V de 10 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 968 685 875

**Sánchez Cano, Esperanza**

Nº Col. 913  
Carmen Conde, 2 - 1ºD. Fortuna  
M, J de 17 a 21 h.  
T. 968 686 459

**FUENTE ÁLAMO****Batista Matos, Esperanza**

Nº Col. 398  
Lorca, 8 - 2ºB. Fuente Álamo  
L a V de 17 a 20:30 h.  
T. 968 597 580

**Legaz Martínez, Mª Dolores**

Nº Col. 948  
Maestros Alpargateros, 13. 1ºB. F. Álamo  
L: tarde / M, Mi, J, V: todo el día de 10  
a 13:30 y 16:30 a 21 h. T. 968 597 796

**Romera Morcillo, Lorenzo**

Nº Col. 1.022  
Av. Ronda Poniente, 11. Fuente Álamo  
L, M, Mi de 10 a 13:30 h.  
T. 968 598 481

**Vera García, Mª José**

Nº Col. 794  
Av. Ronda Poniente, 11. Fuente Álamo  
L, Mi, J: tarde / M: todo el día de 10 a  
14 y 17 a 21 h. T. 968 598 481

**JUMILLA****Bernabeu López, Lorenzo**

Nº Col. 606  
Pío XII, 4C - 1º. Jumilla  
L a V de 10 a 13:30 y 17 a 21 h.  
T. 968 783 211

**García Saiz, Marta**

Nº Col. 952  
Juan Ramón Jiménez, 5 - Bajo. Jumilla  
L, J de 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 757 374

**Herencia Lizarán, Laura**

Nº Col. 875  
Juan Ramón Jiménez, 18. Bajo. Jumilla  
L a V de 10:30 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 968 757 892

**Hernández Gil, Ángel**

Nº Col. 375  
Cánovas del Castillo, 76 - 2. Jumilla  
L a V de 10 a 13 y 17 a 21 h.  
T. 968 780 930

**López Mancebo, Mª Cruz**

Nº Col. 866  
Rotonda Camionero, s/n - Bajo. Jumilla  
L a V de 9:30 a 20:30 h.  
T. 968 756 473

**Martín Pérez, Ángel**

Nº Col. 428  
Fueros, 6 - 1ºC. Jumilla  
L a V de 10 a 13  
T. 968 780 877

**Molina González, Juan Manuel**

Nº Col. 669  
Plz. Rey D. Pedro. s/n - Bajo. Jumilla  
L a V de 10 a 13 y 17 a 21 h.  
T. 968 782 452

**Ruiz López, Raquel**

Nº Col. 744  
Pío XII, 4C - 1º. Jumilla  
L a V de 10 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 968 783 211

**LIBRILLA****Gaías Encina, Diego Javier**

Nº Col. 628  
Salzillo, 9 - 1ºA. Librilla  
L, Mi, V de 10 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 658 039

**Soto Nicolás, Alicia**

Nº Col. 567  
Miguel Ángel Blanco, 1. Bajo. Librilla  
L a V de 10 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 658 213

**LORCA****Abellán Guillén, Pablo**

Nº Col. 537  
Plz. San José, 1 - 1º. Lorca  
L, J de 9:30 a 20:30 h.  
T. 968 471 181

**Alcázar Carrillo, Juan Francisco**

Nº Col. 509  
Corredera, 23 - 1ºB. Lorca  
L a V de 9 a 14:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 477 412

**Alejo Vicente, Urbano**

Nº Col. 173  
Av. Juan Carlos I, 30 - Bajo. Lorca  
M, Mi, J de 10 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 466 522

**Dosda Bru, Ernesto**

Nº Col. 184  
Lope Gisbert, 24 - Entlo. Lorca  
L a V de 9 a 13 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 463 552

**Fernández Aguirre, Elisa**

Nº Col. 390  
Corredera, 15 - 1ªA. Lorca  
L a V de 17 a 20 h.  
T. 968 466 906

**Guerrero Sánchez, Yolanda**

Nº Col. 624  
Virgen de la Esperanza, 11. La Hoya  
L a V de 10 a 13 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 486 051

**Jodar Porlán, Salvador**

Nº Col. 468  
Av. Europa, 2 - Esc.1ª - 1ºB. Lorca  
L a V de 17 a 20 h.  
T. 968 472 685

**Lucas Alcaraz, José Antonio**

Nº Col. 741  
Padre Isidro Ruiz, 2. Puente la Pía. Lorca  
L, Mi, J, V de 10 a 13:30 y 16 a 20:30 h.  
T. 968 478 489

**Martin Pardo, Ana María**

Nº Col. 740  
Eugenio Ubeda, 18. Bajo. Lorca  
L, V de 10 a 13:30 y 16 a 20 h.  
T. 968 467 394

**Martínez Casaseca, Luis G.**

Nº Col. 297  
Ricardo Carrillo, 3. 3ª Esc -1ºE. Lorca  
L a V de 9:30 a 13 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 442 031

**Martínez Ginés, Héctor**

Nº Col. 890  
Plz. San José, 1 - 1º. Lorca  
L, M, J de 9:30 a 14:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 471 181

**Martínez Manzano, José**

Nº Col. 187  
Av. Juan Carlos I, 42 - Entlo. A. Lorca  
L a V de 9 a 13 y 16 a 20 h.  
T. 968 464 580

**Merino Sánchez, Esther**

Nº Col. 552  
Av. Juan Carlos I, 30 - Bajo. Lorca  
M, Mi, V de 10 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 466 522

**Pérez Pérez-Castejón, Rocío**

Nº Col. 287  
Floridablanca, 3. Ed. Huerto Ruano,  
1ºB. Lorca  
L a V de 9 a 14 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 442 410

**Pérez Pérez-Castejón, Natividad**

Nº Col. 276  
Floridablanca, 3. Ed. Huerto Ruano 1ºB.  
Lorca  
L a V de 17 a 19 h.  
T. 968 442 410

**Pinilla Nieto, Elena**

Nº Col. 854  
Av. J. Carlos I. Ed. Miguel Ángel VI, B.  
Lorca  
L, M, J, V: todo el día / Mi: tarde de 10  
a 14 y 16 a 20:30 h. T. 968 472 049

**Quiñonero Martínez, Mª José**

Nº Col. 543  
Av. Juan Carlos I, 48 - Bajo. Lorca  
M, J de 10 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 968 477 980

**Reynot Carrillo, Carlos**

Nº Col. 395  
Mayor, 50 - 1ªA. Lorca  
L a J / V: mañana de 11 a 13 y 15 a 20 h.  
T. 968 443 428

**Rico Mira, Ismael**

Nº Col. 195  
Poeta Carlos Mellado, 1 - 2ªA. Lorca  
L a J / V: mañana de 9 a 13 y 16 a 20 h.  
T. 968 463 202

**Rojas Serrano, Juan José**

Nº Col. 315  
Poeta Carlos Mellado, 9 -1º. Lorca  
L: tarde / M, Mi: todo el día de 10 a 13  
y 17 a 20 h. T. 968 471 310

**Rojas Serrano, René**

Nº Col. 230  
Santa Paula, 4 - Bajo. Lorca  
L, M, Mi de 17 a 21 h.  
T. 968 472 959

**Sacristán Molpeceres, Fernando**

Nº Col. 273  
Av. Juan Carlos I, 74 - 1ºD. Lorca  
L a V de 9 a 13:30 y 16 a 20 h.  
T. 968 460 057

**Valverde Izquierdo, Juan Pedro**

Nº Col. 667  
Calderón de la Barca, 1 - Bajo. Lorca  
L a V de 10 a 14 y 16 a 22 h.  
T. 968 470 534

**Vasallo García, María**

Nº Col. 748  
Eugenio Ubeda, 18 - Bajo. Lorca  
M, J de 10 a 14 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 467 394

**LORQUÍ****Brufman Kiczowski, Alejandro C.**

Nº Col. 334  
Av. de La Constitución, 56 - Bajo. Lorquí  
M, J, V de 9 a 13 y 17 a 20:30 h.  
T. 968 692 375

**LOS ALCÁZARES****De la Hoz García, Rafael**

Nº Col. 245  
Paseo de la Feria, 30 - 1º. Los Alcázares  
L a V: mañana / L, Mi: tarde de 9:30 a  
14:30 y 17 a 20 h. T. 968 171 420

**Faz Mínguez, Mariano**

Nº Col. 424  
Isidro Madrid, 113 - Bajo. Los Alcázares  
L a V de 10 a 13:30 h.  
T. 968 582 222

**García Sánchez, Mª Ángeles**

Nº Col. 955  
Av. 13 de Octubre, 4. Bajo. Los Alcázares  
L a V de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 583 376

**Ríos Gómez, Mª Nieves**

Nº Col. 1.004  
San Rafael, 20 - Bajo. Los Alcázares  
M, Mi de 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 171 241

**MAZARRÓN****Cordero Frías, Sunilda**

Nº Col. 455  
Av. Dr. Meca, Ed. Discovery1 - 1ªA.  
Pto. Mazarrón  
L a V de 11 a 14 y 18 a 21 h.  
T. 968 595 016

**Escribano Moreno, Daniel**

Nº Col. 856  
La Vía, 62. Ed. Glorieta, 3ª Esc. 1ªA.  
Mazarrón  
M, J: todo el día / V: tarde de 10 a 14 y  
16:30 a 20:30 h.  
T. 968 592 002

**López Blaya, Berta**

Nº Col. 447  
Av. Constitución, 125. Mazarrón  
L a V de 9:30 a 14 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 592 000

**Vilaplana Vivo, Carlos**

Nº Col. 498  
Av. Fuensanta, 2 - 1ºM. Pto. Mazarrón  
L a J de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 153 554

**Vilaplana Vivo, Jaime**

Nº Col. 558  
Av. Fuensanta, 2 - 1ºM. Pto. Mazarrón  
L a J de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 153 554

**Vivancos Risueño, Ana Belén**

Nº Col. 480  
Av. Constitución, 146 - 2ºE. Mazarrón  
V de 10 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 591 076

**MOLINA DE SEGURA****Arqués Fernández, Ana**

Nº Col. 814  
Canónigo Moreno, 24. Molina Segura  
L a V de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 21 h.  
T. 968 641 002

**Cervantes Abenza, Juan Carlos**

Nº Col. 807  
Serrerías, 2 - 2ºD. Molina Segura  
L a V de 9 a 13 y 16 a 20 h.  
T. 968 643 352

**García Sánchez, Gloria**

Nº Col. 742  
Rubén Darío, 1 - 1º F. Molina Segura  
Mi, J, V de 17 a 21 h.  
T. 968 610 961

**González Escribano, Miryam**

Nº Col. 527  
Urb. Alcayna. CC.Plz. Chica, 15.  
Molina Segura  
M, J: todo el día / V: tarde / S: mañana de  
10 a 13:30 h. y 17 a 20 h. T. 647 626 661

**Hernández Martínez, Mª Luisa**

Nº Col. 612  
San Juan, 2 - 1ºB. Molina Segura  
L a V de 10 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 645 949

**Hidalgo Tallón, Mª Ángeles**

Nº Col. 331  
Plz. Molinera, 2 - Entlo. Molina Segura  
M a V de 10 a 14 h. T. 968 641 221

**López Cano, Esperanza**

Nº Col. 1.041  
Plz. La Cerámica, 6 - 1ºL. Molina Segura  
M, Mi de 10 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 642 551

**Martínez Cantero, Esther**

Nº Col. 783  
Luis Buñuel, 1. Molina Segura  
M, J, V de 16 a 21 h.  
T. 968 646 458

**Martínez Cantero, Esther**

Nº Col. 783  
Av. Gutiérrez Mellado, 19. Molina Segura  
L, Mi: tarde / M, J, V, S: mañana de  
8:30 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 968 615 330

**Martínez Hernández, Elisa**

Nº Col. 645  
Isaac Peral, 1. Entlo.1. Molina Segura  
L a V de 10 a 13:30 y 17 a 20:30 h.  
T. 968 616 516

**Martínez Moreno, Eva**

Nº Col. 448  
Plz. Los Portales, bajo - piso B. Altorreal  
L, Mi, V de 10 a 14 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 648 707

**Muñoz Muñoz, Ana María**

Nº Col. 687  
Plz. La Cerámica, 6 - 1ºL. Molina Segura  
L, Mi, J de 10 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 642 551

**Navarro Boullosa, Yinela**

Nº Col. 975  
Av. del Golf, Bulevar Altorreal, s/n. 1ºK  
Altorreal  
J, V de 10 a 13:30 y 17 a 20:30 h.  
T. 968 604 556

**Nicolás García, Antonio Vicente**

Nº Col. 617  
Mayor, 86. Molina Segura  
L a V de 9 a 13:30 y 16 a 21 h.  
T. 968 939 040

**Pardo de Miguel, Ana María**

Nº Col. 549  
Caridad, 20 - Bajo. Molina Segura  
L, M: tarde / Mi, J, V: todo el día de 10  
a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 644 244

**Piqueras Acevedo, Mª Pilar**

Nº Col. 505  
Plz. Constitución, 1 - 1º. Molina Segura  
L a V / S: mañana de 9:30 a 13 y 18 a 20 h.  
T. 968 645 756

**Rodríguez Lozano, Antonio**

Nº Col. 426  
Av. Madrid, 5 - Bajo. Molina Segura  
L a J / V: mañana de 9 a 13:30 y 16:30  
a 20:30 h. T. 968 61 4712

**Rodríguez Lozano, José**

Nº Col. 281  
Mayor, 22 - 1ºA. Molina Segura  
L, Mi, V: mañana / M, J: todo el día de  
9 a 13 y 16 a 20 h. T. 968615256

**Rodríguez Lozano, Fco. Javier**

Nº Col. 938  
Av. Madrid, 5 - Bajo. Molina Segura  
L a V de 9 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 614 712

**Ruiz Martínez, Resurrección**

Nº Col. 841  
Vaguada, 10. Molina Segura  
L a V de 9:30 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 968 641 079

**Sánchez Hernández, Juan José**

Nº Col. 341  
Mayor, 37 - 1º. Molina Segura  
L a V de 9:30 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 642 305

**Tortosa López, José Roberto**

Nº Col. 526  
Luis Buñuel, 1. Molina Segura  
L, Mi de 16 a 21 h.  
T. 968 646 458

**Tortosa López, José Roberto**

Nº Col. 526  
Av. Gutiérrez Mellado, 19. Molina Segura  
M, J, V, S: todo el día / L, Mi: mañana  
de 8:30 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 968 615 330

**Vivancos Sánchez, Víctor**

Nº Col. 828  
Av. del Golf, Bulevar Altorreal, s/n. 1ºK  
Altorreal  
Mi de 17 a 21 h.  
T. 968 604 556

**MORATALLA****López Bastida, Pedro**

Nº Col. 386  
Tomás el Cura, 10 - 1º. Moratalla  
L a J de 16 a 20 h.  
T. 968 730 456

**March Plencovich, Miguel Ángel**

Nº Col. 234  
Camino de Hospital, 2 - Bajo. Moratalla  
L, Mi, V / M: tarde de 10 a 12 y 16 a 20 h.  
T. 968 706 003

**Sveltiza Ulman, Pablo**

Nº Col. 520  
Travesía Hogar Pensionista, s/n. Bajo.  
Moratalla  
J: todo el día / V: tarde de 9:30 a 12:30  
y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 706 751

**MULA****García Lafuente, Hugo**

Nº Col. 732  
Francisco Sarabia, s/n. Mula  
M: todo el día  
Mi, J: tarde de 10 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 968 664 164

**Linares Tovar, Eva**

Nº Col. 928  
S. Francisco, 19 - Entlo. A. Mula  
L, M, J de 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 661 484

**López Cano, Esperanza**

Nº Col. 1.041  
Francisco Sarabia, 3 - Bajo. Mula  
L, V: tarde de 17 a 20 h.  
T. 968 661 838

**Máiquez Gosálvez, Manuel**

Nº Col. 852  
Francisco Sarabia, 3 - Bajo. Mula  
J de 17 a 20 h.  
T. 968 661 838

**Puertas Rabadán, Encarna**

Nº Col. 729  
Carretera de Pliego, 16 - Bajo. Mula  
L, Mi, J de 16 a 21 h.  
T. 968 661 685

**Solano Nicolás, Fulgencio**

Nº Col. 446  
Av. Juan Viñegla, 24 - 1º. Mula  
L a V de 16 a 20 h.  
T. 968 661 590

**MURCIA****Abad Garrido, Tomás**

Nº Col. 328  
Fabián Escribano, 3 - 1º. Beniján  
J de 16 a 20 h.  
T. 968 824 435

**Vivancos Risueño, Ana Belén**

Nº Col. 480  
Av. Constitución, 146 - 2ºE. Mazarrón  
V de 10 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 591 076

**MOLINA DE SEGURA****Arqués Fernández, Ana**

Nº Col. 814  
Canónigo Moreno, 24. Molina Segura  
L a V de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 21 h.  
T. 968 641 002

**Cervantes Abenza, Juan Carlos**

Nº Col. 807  
Serrerías, 2 - 2ºD. Molina Segura  
L a V de 9 a 13 y 16 a 20 h.  
T. 968 643 352

**García Sánchez, Gloria**

Nº Col. 742  
Rubén Darío, 1 - 1º F. Molina Segura  
Mi, J, V de 17 a 21 h.  
T. 968 610 961

**González Escribano, Miryam**

Nº Col. 527  
Urb. Alcayna. CC.Plz. Chica, 15.  
Molina Segura  
M, J: todo el día / V: tarde / S: mañana de  
10 a 13:30 h. y 17 a 20 h. T. 647 626 661

**Hernández Martínez, Mª Luisa**

Nº Col. 612  
San Juan, 2 - 1ºB. Molina Segura  
L a V de 10 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 645 949

**Hidalgo Tallón, Mª Ángeles**

Nº Col. 331  
Plz. Molinera, 2 - Entlo. Molina Segura  
M a V de 10 a 14 h. T. 968 641 221

**López Cano, Esperanza**

Nº Col. 1.041  
Plz. La Cerámica, 6 - 1ºL. Molina Segura  
M, Mi de 10 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 642 551

**Martínez Cantero, Esther**

Nº Col. 783  
Luis Buñuel, 1. Molina Segura  
M, J, V de 16 a 21 h.  
T. 968 646 458

**Martínez Cantero, Esther**

Nº Col. 783  
Av. Gutiérrez Mellado, 19. Molina Segura  
L, Mi: tarde / M, J, V, S: mañana de  
8:30 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 968 615 330

**Martínez Hernández, Elisa**

Nº Col. 645  
Isaac Peral, 1. Entlo.1. Molina Segura  
L a V de 10 a 13:30 y 17 a 20:30 h.  
T. 968 616 516

**Martínez Moreno, Eva**

Nº Col. 448  
Plz. Los Portales, bajo - piso B. Altorreal  
L, Mi, V de 10 a 14 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 648 707

**Muñoz Muñoz, Ana María**

Nº Col. 687  
Plz. La Cerámica, 6 - 1ºL. Molina Segura  
L, Mi, J de 10 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 642 551

**Navarro Boullosa, Yinela**

Nº Col. 975  
Av. del Golf, Bulevar Altorreal, s/n. 1ºK  
Altorreal  
J, V de 10 a 13:30 y 17 a 20:30 h.  
T. 968 604 556

**Nicolás García, Antonio Vicente**

Nº Col. 617  
Mayor, 86. Molina Segura  
L a V de 9 a 13:30 y 16 a 21 h.  
T. 968 939 040

**Pardo de Miguel, Ana María**

Nº Col. 549  
Caridad, 20 - Bajo. Molina Segura  
L, M: tarde / Mi, J, V: todo el día de 10  
a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 644 244

**Piqueras Acevedo, Mª Pilar**

Nº Col. 505  
Plz. Constitución, 1 - 1º. Molina Segura  
L a V / S: mañana de 9:30 a 13 y 18 a 20 h.  
T. 968 645 756

**Rodríguez Lozano, Antonio**

Nº Col. 426  
Av. Madrid, 5 - Bajo. Molina Segura  
L a J / V: mañana de 9 a 13:30 y 16:30  
a 20:30 h. T. 968 61 4712

**Rodríguez Lozano, José**

Nº Col. 281  
Mayor, 22 - 1ºA. Molina Segura  
L, Mi, V: mañana / M, J: todo el día de  
9 a 13 y 16 a 20 h. T. 968615256

**Rodríguez Lozano, Fco. Javier**

Nº Col. 938  
Av. Madrid, 5 - Bajo. Molina Segura  
L a V de 9 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 614 712

**Ruiz Martínez, Resurrección**

Nº Col. 841  
Vaguada, 10. Molina Segura  
L a V de 9:30 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 968 641 079

**Sánchez Hernández, Juan José**

Nº Col. 341  
Mayor, 37 - 1º. Molina Segura  
L a V de 9:30 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 642 305

**Tortosa López, José Roberto**

Nº Col. 526  
Luis Buñuel, 1. Molina Segura  
L, Mi de 16 a 21 h.  
T. 968 646 458

**Tortosa López, José Roberto**

Nº Col. 526  
Av. Gutiérrez Mellado, 19. Molina Segura  
M, J, V, S: todo el día / L, Mi: mañana  
de 8:30 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 968 615 330

**Vivancos Sánchez, Víctor**

Nº Col. 828  
Av. del Golf, Bulevar Altorreal, s/n. 1ºK  
Altorreal  
Mi de 17 a 21 h.  
T. 968 604 556

**MORATALLA****López Bastida, Pedro**

Nº Col. 386  
Tomás el Cura, 10 - 1º. Moratalla  
L a J de 16 a 20 h.  
T. 968 730 456

**March Plencovich, Miguel Ángel**

Nº Col. 234  
Camino de Hospital, 2 - Bajo. Moratalla  
L, Mi, V / M: tarde de 10 a 12 y 16 a 20 h.  
T. 968 706 003

**Sveltiza Ulman, Pablo**

Nº Col. 520  
Travesía Hogar Pensionista, s/n. Bajo.  
Moratalla  
J: todo el día / V: tarde de 9:30 a 12:30  
y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 706 751

**MULA****García Lafuente, Hugo**

Nº Col. 732  
Francisco Sarabia, s/n. Mula  
M: todo el día  
Mi, J: tarde de 10 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 968 664 164

**Linares Tovar, Eva**

Nº Col. 928  
S. Francisco, 19 - Entlo. A. Mula  
L, M, J de 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 661 484

**López Cano, Esperanza**

Nº Col. 1.041  
Francisco Sarabia, 3 - Bajo. Mula  
L, V: tarde de 17 a 20 h.  
T. 968 661 838

**Máiquez Gosálvez, Manuel**

Nº Col. 852  
Francisco Sarabia, 3 - Bajo. Mula  
J de 17 a 20 h.  
T. 968 661 838

**Puertas Rabadán, Encarna**

Nº Col. 729  
Carretera de Pliego, 16 - Bajo. Mula  
L, Mi, J de 16 a 21 h.  
T. 968 661 685

**Solano Nicolás, Fulgencio**

Nº Col. 446  
Av. Juan Viñegla, 24 - 1º. Mula  
L a V de 16 a 20 h.  
T. 968 661 590

**MURCIA****Abad Garrido, Tomás**

Nº Col. 328  
Fabián Escribano, 3 - 1º. Beniaján  
J de 16 a 20 h.  
T. 968 824 435

**Erans Richarte, Óscar**

Nº Col. 459  
Bando de la Huerta, 2 - Bajo D. Guadalupe  
L a J de 17 a 20 h. T. 968 835 402

**Escarabajal Rivera, Ana Mª**

Nº Col. 445  
Puerta Nueva, 2 - 1ºB. Murcia  
L a V de 10 a 13:30 h. T. 968 239 546

**Estrada Mallada, Esther**

Nº Col. 901  
Mayor, 36 - 1ºE. La Alberca  
J de 9 a 21 h. T. 968 843 327

**Favi, Pierluigi**

Nº Col. 296  
Plz. Circular, 8 - Entlo. Murcia  
L, M, J, V: mañana / Mi: tarde de 9:30 a  
16 y 16 a 20 h. T. 968 201 530

**Ferao Egea, Patricia**

Nº Col. 481  
Plz. Reina Sofía, 2 - 2ºA. Puente Tocinos  
L a V de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 301 842

**Fernández Alcázar, Enrique**

Nº Col. 176  
Ronda de Levante, 5 - 1º. Murcia  
L, J de 16 a 20 h.  
T. 968 237 913

**Fernández Fernández, Mª Dolores**

Nº Col. 979  
Plz. Nª Sra. de Lourdes, 2 - Bajo. Murcia  
M, Mi, J de 16 a 20 h.  
T. 968 249 404

**Ferrando Cascales, Álvaro**

Nº Col. 880  
Cmno. la Fuensanta, 65. Stgo. el Mayor  
L a V de 10 a 14 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 901 636

**Ferrando Cascales, Raúl**

Nº Col. 574  
Cabecicos, 6 - Bajo. Murcia  
L a V de 9 a 13:30 y 16 a 20:30 h.  
T. 968 271 822

**Frutos Ros, Raúl**

Nº Col. 615  
Mariano Padilla, 2 - Entlo. Murcia  
M, J de 10 a 14 y 17 a 19:30 h.  
T. 968 218 148

**Gaías Encinas, Diego J.**

Nº Col. 628  
Carretera de Alicante, 17 - 1ºA. Cobatillas  
M, J de 10 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 863 515

**Galera Molero, Fe**

Nº Col. 917  
Ronda de levante, 5 - 1º. Murcia  
L, V de 16 a 20 h.  
T. 968 237 913

**Gallego Espinosa, Ángeles**

Nº Col. 477  
Av. Libertad, 3 - 1ºC. Murcia  
L, Mi, J / M, V de 14 a 20 / 9 a 15 h.  
T. 968 296 525

**Gambín Manzano, Carmen**

Nº Col. 659  
Mayor, 102. Los Dolores  
M, J de 10 a 13:30 y 16:30 a 21 h.  
T. 968 348 564

**García Ballesta, Carlos**

Nº Col. 143  
Calderón de la Barca, 8 - 1ºB. Murcia  
V de 10 a 14 y 16 a 19 h.  
T. 968 215 550

**García Cruz, Emilio**

Nº Col. 198  
Santa Teresa, 13 - 3º. Murcia  
L a J de 9 a 13 y 16 a 19 h.  
T. 968 212 174

**García Hernández, Joab**

Nº Col. 977  
Serrano, 1 - 1ºB. S. José de la Vega  
L, V de 10 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 968 874 247

**García Martínez, Mª Isabel**

Nº Col. 485  
Mayor, 8 - Bajo. Era Alta  
L a V de 9:30 a 13:30 y 17 a 20:30 h.  
T. 968 344 400

**García Puche, Mónica**

Nº Col. 528  
Av. Libertad, 8 - Entlo. E y D. Murcia  
L a V de 9 a 13:30 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 272 140

**García Lafuente, Hugo**

Nº Col. 732  
La Merced, 12 - Entlo. Murcia  
Mi, J, V de 10 a 14 h.  
T. 968 906 623

**García Serrano, Ana**

Nº Col. 999  
Calderón de la Barca, 8 - 1ºB. Murcia  
L a V de 16 a 19 h.  
T. 968 215 550

**García Vélez, Fernando**

Nº Col. 879  
Ortega y Gasset, 1 - Bajo - Esq.  
Unamuno. Murcia  
L a V de 9 a 21 h.  
T. 968 284 628

**García Vera, Mª Carmen**

Nº Col. 402  
Gloria, 57 - Bajo. La Alberca  
L a V de 9 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 840 201

**García Vera, Mercedes**

Nº Col. 500  
Gloria, 57 - Bajo. La Alberca  
L a V de 9 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 840 201

**García Vera, Juan Antonio**

Nº Col. 467  
Gloria, 57 - Bajo. La Alberca  
L a V de 9 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 840 201

**Gascón García, Mª Cristina**

Nº Col. 985  
Emilio Macabich, 6 - Bajo. La Alberca  
L a V de 10 a 13:30 y 16:30 h.  
T. 968 846 380

**Gil Pellicena, José Alberto**

Nº Col. 188  
Av. Constitución, 2 - 1ºA. Murcia  
L a V de 10 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 249 358

**Gilbel del Águila, Osmundo**

Nº Col. 571  
Cabecicos, 6 - Bajo. Murcia  
L a V de 9 a 13:30 y 16 a 20:30 h.  
T. 968 271 822

**Gimeno García, Fuensanta**

Nº Col. 562  
Plz. América, 2 - Edif. América 1ºC. Pte.  
Tocinos. L a J: tarde / V: mañana de  
9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 300 767

**Gómez Barnés, Patricia**

Nº Col. 713  
Plz. Preciosa, 1 - Entlo. Murcia  
M: tarde / J: mañana de 9 a 14 y 16 a  
21 h. T. 968 243 601

**Gómez de Valcárcel Sabater, Laura**

Nº Col. 621  
Gran Vía, 1 - 7ºD. Murcia  
L a V de 10 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 868 955 626

**Griñán Barreña, José Mª**

Nº Col. 677  
Av. Monte Azahar, 5 - Bajo. Beniaján  
L, Mi, J, V de 17 a 21 h.  
T. 968 824 733

**Guirado Molina, Ana**

Nº Col. 486  
Paseo Florencia, 8 - 1ºA. Stgo. el Mayor.  
L a V de 9:30 a 13:30 y 17 a 21 h.  
T. 968 351 504

**Gutiérrez Quiroga, Claudia**

Nº Col. 454  
Cura Jiménez, 2 - Bajo. Alquerías  
L a V de 9:30 a 13 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 810 807

**Hernández Bernal, Juan Carlos**

Nº Col. 166  
Jaime I, 2 - 3ºC. Murcia  
L a V de 10 a 12 h.  
T. 968 904 884

**Hernández Fernández, Ana**

Nº Col. 434  
Navegante M. del Poyo, 13. Bajo.  
Murcia. L a V de 10 a 13:30 y 17 a  
20:30 h.  
T. 968 244 093

**Hernández López, Laura**

Nº Col. 896  
Av. Libertad, 8 - Entlo. E y D. Murcia  
L a V de 9 a 13 y 16 a 20 h.  
T. 968 272 140

**Hernández-Gil Sánchez, Ana**

Nº Col. 490  
Av. Gutiérrez Mellado, 9 - CC.  
Centrofama, 1ª Pl. Murcia  
L a V de 9:30 a 13:30 y 16 a 20 h.  
T. 968 241 566

**Herrero Martínez, Marcela**

Nº Col. 772  
Av. Juan de Borbón, 37 - 1º. Murcia  
L a V de 10 a 13:30 y 16 a 20:30 h.  
T. 968 240 151

**Hita Velasco, Ana Mª**

Nº Col. 944  
Simón García, 5 - Bajo. Murcia  
L, M de 16 a 20 h.  
T. 968 225 652

**Jiménez Marquina, Francisca**

Nº Col. 918  
Platería, 35 - 1º. Murcia  
Mi: mañana / J: tarde de 10 a 13 y 17 a  
21 h. T. 968 220 117

**Jiménez Marquina, Francisca**

Nº Col. 918  
S. Gonzalo 1A - Edif. S. Pedro - 1ª Esc -  
1ºB. Sangonera la Verde  
L de 17 a 21 h. T. 968 866 533

**Jiménez Peral, José Luis**

Nº Col. 162  
Av. Las Palmeras, 4 - 2ºF. El Palmar  
L a V: mañana / L, M, J: tarde de 9 a 13  
y 16 a 20 h. T. 968 886 432

**Jiménez Sarrió, Alicia**

Nº Col. 451  
Av. Libertad, 3. Edif. Entrejardines 1ºC.  
Murcia  
L, J: todo el día / Mi: tarde / V: mañana  
de 9:30 a 13 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 296 525

**León Espinosa, Susana**

Nº Col. 627  
Juan Carlos I, 2. Corvera  
L, J de 16 a 20 h. T. 968 380 405

**León Espinosa, Susana**

Nº Col. 627  
Maestro Carmelo Viguera, 2 - Ed.  
Mariscal, 2ª Esc - 2ºD. Murcia  
M, Mi, V de 16:30 a 19:30 h.  
T. 968 204 646

**Linares Tovar, Eva**

Nº Col. 928  
José Alegría, 67 - Bajo. Zarandona  
L: mañana / Mi, V: tarde de 10 a 13:30  
y 16 a 21 h. T. 968 235 330

**Lojo Rocamonde, José Mª**

Nº Col. 305  
Las Norias, 20 - Ed. Dalia - Bajo.  
Murcia. L a V de 10 a 13 h.  
T. 968 296 291

**López Castaño, Fuensanta**

Nº Col. 738  
Federico Guirao, s/n. Beniaján  
M, J, V de 16:30 a 21:30 h.  
T. 968 879 228

**López Castaño, Fuensanta**

Nº Col. 738  
Av. de Murcia, 52 - Bajo. Los Ramos  
L, Mi / V: mañana de 9:30 a 14 y 16:30  
a 20:30 h. T. 968 820 087

**López García, Marta**

Nº Col. 840  
Av. Primero de Mayo, 2 - Bajo. El  
Puntal. L a V de 10 a 14 y 16:30 a  
20:30 h. T. 968 308 739

**López Gómez, Alejandro**

Nº Col. 690  
Ronda Norte, 16 - Ed. Júpiter - Entlo.  
D. Murcia. M, Mi, J: todo el día / L:  
mañana de 10:30 a 14:30 y 16:30 a  
20:30 h. T. 868 942 021

**López López, Francisco**

Nº Col. 171  
Mayor, 100 -1º. La Alberca  
L, Mi, V: mañana / L, J: tarde de 10 a  
13 y 16 a 20 h. T. 968 845 214

**López López, Francisco**

Nº Col. 171  
Ángel Guirao, 3 - 2ºC. Murcia  
M, J: mañana / M, Mi, V: tarde de 10 a  
13 y 16 a 20 h.  
T. 968 219 539

**López Lorente, Ana**

Nº Col. 902  
Av. Libertad, 8-10- Entlo. 1. Murcia  
Mi: todo el día / V: mañana de 9 a 14 y  
16 a 20 h. T. 968 298 170

**López Lorente, Ana**

Nº Col. 902  
Juan Ramón Jiménez, 4 - Bajo. Puente  
Tocinos. M, J de 10 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 968 304 024

**López Puerta, Carmen**

Nº Col. 884  
S. Leandro, 5 - 5ºC. Murcia  
L, Mi, V de 9:15 a 13:30 y 16:30 a  
20:30 h. T. 968 268 128

**López Sabater, José Javier**

Nº Col. 152  
Av. Constitución, 9 - 2ºB. Murcia  
L a V de 8:30 a 13:30 h.  
T. 968 234 341

**López Sánchez, Antonio**

Nº Col. 324  
Av. Ntr. Sra. Atocha, 3 - Bajo D. Murcia.  
L, Mi, V: todo el día / M, J: tarde de 10  
a 13 y 16:30 a 20 h. T. 968 201 874

**López Sánchez, Eva**

Nº Col. 410  
Mayor, 146 - Bajo. Torreagüera  
L, M, J, V: tarde / Mi: todo el día de 9 a  
12 y 16 a 20 h. T. 968 874 872

**Lorente Nicolás, Pablo**

Nº Col. 754  
Luis Braille, 3 - Bajo. Aljucer  
L, M, J: todo el día / Mi, V: tarde de  
9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 345 831

**Lozano Zafra, Javier**

Nº Col. 1.030  
Ortega y Gasset, 1 - Bajo (Esq. Miguel  
Unamuno). Murcia  
L a V de 9 a 21 h. T. 968 284 628

**Lucas Azorín, Ricardo**

Nº Col. 495  
José Ruipérez, 2. 3ºB. Murcia. L a J de  
9:30 a 13 y 16 a 19 h. T. 968 218 953

**Lucas Azorín, Javier**

Nº Col. 548  
Alfonso X el Sabio, 11 - Entlo. J. Murcia.  
L a J de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 241 214

**Luluaga Sánchez, Olga**

Nº Col. 217  
Marqués de los Vélez, 8 - 2ºA. Murcia.  
L, Mi de 11 a 19 h. T. 968 243 604

**Machain March, Federico**

Nº Col. 563  
Cayuelas, 2 - 3ºD. Murcia  
M, Mi de 10 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 907 045

**Madrid Cervera, Mª José**

Nº Col. 346  
Plz. Fuensanta, 1 - Entlo. A. Murcia  
L: tarde / Mi: mañana de 9:30 a 14 y  
16:30 a 20:30 h. T. 968 900 215

**Manzanares Porlán, Antonia**

Nº Col. 595  
Hernández del Águila, 25 - 2º. Murcia  
L, V: todo el día / M, Mi, J: tarde de 10  
a 13:30 y 16 a 20:30 h. T. 968 937 373

**Marín Casero, Carmen**

Nº Col. 863  
Av. Juan Carlos I, 80 - 1ºA. Murcia  
L a V de 9 a 13 y 16 a 21 h.  
T. 868 931 258

**Martín Pardo, Ana María**

Nº Col. 740  
Princesa, 17 - 1ºB. Murcia  
M, J: tarde / Mi: mañana de 9 a 13 y 16  
a 19 h. T. 968 266 979

**Martínez Lerma, Adrián**

Nº Col. 790  
San Leandro, 5 - 5ºC. Murcia  
L, Mi, V: todo el día / M, J: tarde de 10  
a 13 y 16:30 a 20 h. T. 968 268 128

**Martínez López, Mónica**

Nº Col. 684  
S. Gonzalo, 1 - 1ºC. Sangonera la  
Verde. Mi: mañana / J: tarde de 10 a 14  
y 17 a 21 h. T. 968 866 533

**Martínez Millán, Susana**

Nº Col. 544  
C/ del Pilar, 1 - 1ºC. Sangonera la Verde  
L a V de 10 a 13:30 y 17 a 21 h.  
T. 968 868 958

**Martínez Millán, Silvia**

Nº Col. 949  
C/ del Pilar, 1 - 1ºC. Sangonera la Verde  
M, J / V: mañana de 10 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 968 868 958

**Martínez Rafecas, Juan Reyes**

Nº Col. 421  
Ronda de Garay, 37 D - 2ºA. Murcia  
L a V de 9 a 14 y 16:30 a 19 h.  
T. 968 211 190

**Martínez-Lage Azorín, Juan Fco.**

Nº Col. 760  
Av. del Río Segura, 6 - Bajo. Murcia  
M, Mi, J: todo el día / L, V: tarde de 10 a 13:30 y 16 a 21 h.  
T. 968 347 855

**Masiá Mondéjar, Antonio José**

Nº Col. 1.016  
Gran Vía, 1 - 7ºD. Murcia  
L a V de 10 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 868 955 626

**Matás Castillo, Mª Angeles**

Nº Col. 484  
San Ginés, 23 - Bajo. San Ginés. L a V de 10 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 889 596

**Melendreras Ruiz, Raúl**

Nº Col. 730  
Floridablanca, 70 - Bajo. Murcia  
L a Mi: mañana / J: tarde de 8 a 15 y 16:30 a 19:30 h. T. 968 252 820

**Miravete Fernández, Andrés**

Nº Col. 761  
Federico Guirao, s/n. Beniján  
L, Mi: todo el día / V: mañana de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 21 h.  
T. 968 879 228

**Miravete Fernández, Andrés**

Nº Col. 761  
Dr. Fleming, 25 - 2ºC. Churra  
M, J: todo el día / V: tarde de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 21 h.  
T. 968 858 471

**Mompeán Gambín, Carmen**

Nº Col. 191  
Calderón de la Barca, 14 - 4ºA. Murcia  
L, M, J de 9 a 13:30 h.  
T. 968 210 754

**Mompeán Gambín, José Luis**

Nº Col. 656  
Calderón de la Barca, 14 - 4ºA. Murcia  
L, M, J de 9 a 13:30 h.  
T. 968 210 754

**Morozovich Liberatore, Teresita**

Nº Col. 309  
Miguel Hernández, 9 - 1º E. Murcia  
M, Mi de 10 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 968 343 414

**Moya Villaescusa, Mª José**

Nº Col. 658  
Primo de Rivera, 12 - 1º Dcha. Murcia  
L a J / V: mañana de 9:30 a 13:30 y 17 a 20 h. T. 968 247 946

**Muñoz Fernández, Jesús**

Nº Col. 381  
Mayor, 30 - Bajo. Llano de Brujas  
L, V: tarde / Mi, S: mañana de 9:30 a 13:30 y 16 a 20:30 h. T. 968 870 980

**Muñoz Fernández, Jesús**

Nº Col. 381  
Paseo Almirante Fajardo, 5 - Bajo. Murcia. L, V: mañana / M, Mi, J: todo el día de 9:30 a 13:30 y 16 a 20:30 h.  
T. 968 247 002

**Muñoz Muñoz, Ana Mª**

Nº Col. 687  
Juan Pablo II, 1 - 1ºC. Cabezo de Torres. M, V de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h. T. 968 308 559

**Nanut Sosa, Mariel Gisela**

Nº Col. 649  
C/ del Pilar, 3 - Bajo. Murcia  
L a J / V: mañana de 9 a 20 h.  
T. 968 935 060

**Navarro Garre, Raúl**

Nº Col. 864  
Escuelas, 9 - Bajo. Alquerías  
L, Mi, V de 10 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 968 812 355

**Navarro Guardiola, Cristina**

Nº Col. 791  
Vereda del Catalán, 35 - Bajo. Santa Cruz. L, M, J, V: tarde / Mi: mañana de 10 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 811 322

**Nicolás Cantabella, Alejandro**

Nº Col. 610  
Nueva de San Antón, 15. Bajo 2B. Murcia. L, J: tarde / M a V: mañana de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 286 826

**Nicolás Ortiz, Julio**

Nº Col. 388  
Mayor, 161 - Ed. Tatiana - 1ºB. Espinardo. L a J / V: mañana de 10 a 13:30 y 17 a 20:30 h. T. 968 835 000

**Olivares Pérez, Mª Carmen**

Nº Col. 499  
Rosario, 4 - 1ºA. Sucina  
L, Mi: tarde / S: mañana de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h. T. 968 370 911

**Oliver Arellanos, Roberto**

Nº Col. 377  
Sta. Clara - Ed. Torrecilla, 8 - 1º. Murcia. L a V de 9 a 13 y 15 a 20:30 h.  
T. 968 249 085

**Oñate Sánchez, Ricardo**

Nº Col. 183  
Clínica Odontológica Universitaria. Murcia. M, J de 10 a 14 h.  
T. 968 398 575

**Orenes Jover, Pedro**

Nº Col. 821  
Apóstoles, 26 - 1ºB. Murcia  
L a V de 9 a 13 y 16 a 20 h.  
T. 968 217 229

**Orcajada Jover, José**

Nº Col. 336  
Mariano Ruiz Funes, 9 - B. Murcia  
L a J de 16:30 a 20 h.  
T. 968 201 790

**Otón Sánchez, Carmen Mª**

Nº Col. 652  
Músico Fco. Cebrián, 9. Murcia  
L, Mi, J: tardes / V: mañana de 10 a 13:30 y 16 a 20:30 h.  
T. 968 932 000

**Palet Mariani, Fernando Román**

Nº Col. 768  
Cayuelas, 2 - 3ºD. Murcia  
M, J de 9 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 968 907 045

**Pardo Zamora, Guillermo**

Nº Col. 680  
Huerto Pomares, 4 - Bajo. Murcia  
L a V de 10 a 14 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 967 236

**Parra López, Antonio**

Nº Col. 265  
Saavedra Fajardo, 20. Ed. Rosaleda - 1ºC. Algezares. L, M, J: todo el día / V: mañana de 9:30 a 13 y 16:30 a 19:30 h.  
T. 968 847 410

**Pascual Miralles, Alejandro**

Nº Col. 306  
Alfonso X el Sabio, 11 - 1ºD. Murcia. L a V de 9 a 13:30 y 16 a 19:30 h.  
T. 968 245 368

**Pérez Albacete, Ceferino**

Nº Col. 149  
Sta. Clara 8 - Ed. Torrecilla, Esc. 2ª - 1ºC. Murcia. L a V de 11 a 13 y 16:30 a 18:30 h. T. 968 246 143

**Pérez González, José B**

Nº Col. 349  
Jorge Manrique, 1 - 2ºC. Murcia.  
L a V de 10 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 968 343 258

**Pérez Ortega, Jesús Santos**

Nº Col. 399  
Plz. Sta. Isabel, 12 - 1º. Murcia  
L a J de 10 a 13:30 y 17 a 20:30 h.  
T. 968 215 023

**Pérez Sánchez, Mª José**

Nº Col. 578  
Alfonso X el Sabio, 11 - 1º. Murcia  
L: tarde / V: todo el día de 9 a 13:30 y 16:15 a 20:15 h.  
T. 968 244 908

**Pérez Sánchez, Mª José**

Nº Col. 578  
Plz. Sta. Isabel, 12 - 1º. Murcia.  
L, Mi de 9:30 a 13:30 h.  
T. 968 215 023

**Pérez-Albacete Martínez, Ceferino**

Nº Col. 905  
Sta. Clara 8, Ed. Torrecilla, Esc. 2ª - 1ºC. Murcia. L a V de 11 a 13 y 16:30 a 18:30 h. T. 968 246 143

**Plana Ramón, Emilia**

Nº Col. 647  
Juan Pablo II, 5 - 1ºA. Murcia  
L a V de 10 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 968 967 313

**Podio Martínez, Fátima**  
Nº Col. 378  
Mayor, 40 - 1ºB. La Ñora  
L a V de 16:30 a 20:30 h. T. 968 806 003

**Ramos Castillo, Mª José**  
Nº Col. 247  
Arq. Manuel García, 10 - 1ºE. Murcia. L,  
M, J: tarde / Mi, V: mañana de 9:30 a  
13:30 y 16:30 a 20:30 h. T. 968 298 397

**Ranz Ramírez, Blanca**  
Nº Col. 1.047  
Plz. Camachos, 1 - Bajo. Murcia. M, J,  
S: mañana / Mi, J: tarde de 9:30 a  
13:30 y 16:30 a 20 h. T. 968 220 134

**Ríos Cano, Ernesto**  
Nº Col. 629  
Simón García, 5 - Bajo. Murcia.  
M, Mi de 16 a 20 h. T. 968 225 652

**Robles Sánchez, Mª Encarnación**  
Nº Col. 926  
Antonio Flores Guillamón, 2 - 1ºB.  
Espinardo. L a V de 9:30 a 21:30 h.  
T. 968 305 686

**Ródenas Rosa, Noelia**  
Nº Col. 433  
Maestro Carmelo Viguera, 2 - Ed.  
Mariscal, 2º Esc - 2ºD. Murcia. L a V de 10  
a 14 y 16:30 a 20:30 h. T. 968 204 646

**Rodríguez Barba, Cristina**  
Nº Col. 943  
Mayor, 126 - Bajo. Puente Tocinos  
L a V de 9:30 a 14 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 908 523

**Rodríguez Cuello, José Ignacio**  
Nº Col. 270  
Plz. Media Legua, 2 - Edif. Ana - 2ºC.  
Nonduermas. L a V de 9:30 a 13:30 y  
17 a 20 h. T. 968 342 147

**Rodríguez Narváez, Ángel Antonio**  
Nº Col. 441  
Pascual Abellán, 1 - 1ºDcha. Murcia  
L, Mi, V de 9:30 a 13 y 16:30 a 19:30 h.  
T. 968 347 315

**Roldán González, Amelia**  
Nº Col. 204  
Jabonerías, 8 - 1ºD. Murcia. L: mañana /  
Mi, J: todo el día de 10 a 13 y 17 a 20 h.  
T. 968 220 727

**Roldán González, Amelia**  
Nº Col. 204  
Mayor, 42 - 1º Dcha. Torrealgüera  
L: tarde / M: todo el día / V: mañana de  
10 a 13 y 17 a 20 h. T. 968 821 958

**Román Martín-Peñasco, Cristina**  
Nº Col. 564  
Palma de Mallorca, 2 - Esc. 1ª - 1F.  
Murcia. L a V de 10 a 14 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 297 691

**Ruiz Chumilla, Ernesto**  
Nº Col. 947  
Ángel Guirao, 3 - 2ºC. Murcia.  
M, J de 16 a 20 h.  
T. 968 219 539

**Ruiz Moreno, Francisco**  
Nº Col. 609  
Juan Ramón Jiménez, 7 - Bajo. Puente  
Tocinos. L, M: mañana / Mi, V: tarde de  
9 a 13:30 y 17 a 20 h. T. 968 304 024

**Ruiz Moreno, Francisco**  
Nº Col. 609  
Infanta Cristina, s/n. Murcia.  
J de 9 a 13:30 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 231 632

**Sager Ramseyer, Fernando Óscar**  
Nº Col. 361  
Antonio Flores Guillamón, 2 - 1ºB.  
Espinardo. L a V de 9:30 a 21:30 h.  
T. 968 305 686

**Salazar Sánchez, Noemí**  
Nº Col. 895  
Puerta Nueva, 15 - 2ºA. Murcia  
M: tarde / V: mañana de 8 a 14:30 y 16  
a 19:30 h. T. 968 230 672

**Sánchez-Carreño López, Mª Rosario**  
Nº Col. 867  
Federico Guirao, s/n. Beniján  
L a V de 9:30 a 14 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 879 228

**Sánchez Carretero, Mª Dolores**  
Nº Col. 650  
Reina Sofía, 18 - Bajo. Murcia  
L a V de 10 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 935 540

**Sánchez Espín, David**  
Nº Col. 539  
Dr. Fleming, 25 - 2ºC. Churra  
L, V de 16:30 a 20:30 h. T. 968 858 471

**Sánchez Espín, David**  
Nº Col. 539  
Av. Murcia, 52 - B. Los Ramos  
M, J de 16:30 a 20:30 h. T. 968 820 087

**Sánchez Nicolás, José Antonio**  
Nº Col. 692  
Av. Murcia, 23 - Bajo. Cabezo de Torres.  
L, M, J de 10 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 907 578

**Sánchez Pérez, Arturo**  
Nº Col. 213  
Primo de Rivera, 12 - 1º Dcha. Murcia.  
L a J / V: mañana de 9:30 a 13:30 y 17  
a 20 h. T. 968 247 946

**Sandoval Vázquez, Enrique**  
Nº Col. 192  
Proclamación, 3 - Bajo. Murcia  
L a J: mañana / V: tarde de 9:30 a 14 y  
16:30 a 21:30 h. T. 968 213 607

**Santana Inoa, Ana R.**  
Nº Col. 292  
Pío XII, 13 - 2º. Stgo. El Mayor.  
L a V de 10 a 16 y 17 a 21 h.  
T. 968 341 750

**Sanz de La Rosa, Miriam**  
Nº Col. 671  
Plz. Juan XIII, 2 - Entlo. Murcia  
L a J / V: mañana de 8:30 a 12:30 y  
16:30 a 19:30 h. T. 968 234 821

**Saura López, Fco. José**  
Nº Col. 337  
Mayor, 49 - Bajo. El Palmar  
L a V de 10 a 13 y 17 a 19 h.  
T. 968 880 796

**Saura Moreno, Cristina**  
Nº Col. 646  
Plz. Fuensanta, 1 - Entlo. A. Murcia  
M a V de 9:30 a 13:30 y 16 a 20:30 h.  
T. 968 900 215

**Serrano Belda, Manuel**  
Nº Col. 172  
Plz. Circular, 13 - Entlo. Murcia  
L, Mi, V: mañana / L, J: tarde de 10 a  
13 y 17 a 20 h. T. 968 245 981

**Socolí Zamora, Alberto**  
Nº Col. 984  
Cabecicos, 6 - Bajo. Murcia  
M, J: todo el día / Mi, V: mañana de 9 a  
13 y 16 a 20 h.  
T. 968 271 822

**Svetliza Ulman, Darío**  
Nº Col. 367  
Cura Jiménez, 2 - Bajo. Alquerías.  
L a V de 9:30 a 13 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 810 807

**Svetliza Ulman, Pablo**  
Nº Col. 520  
Juan de la Cierva, 2 - 1º. Santo Ángel  
L, M, Mi de 9:30 a 12:30 y 16:30 a  
20:30 h. T. 968 848 111

**Teruel Fernández, Juan de Dios**  
Nº Col. 1.010  
Mayor, 126 - Bajo. Puente Tocinos. V:  
todo el día / S: mañana de 9:30 a 13:30  
y 16:30 a 20 h.  
T. 968 908 523

**Tirado Piñero, Mª Cristina**  
Nº Col. 682  
Carretera Los Jerónimos, 27 - Bajo. La  
Nora. L a V de 10 a 14 y 17 a 20 h.  
T. 968 895 040

**Torralba Salcedo, Rosa**  
Nº Col. 1.060  
Gran Vía, 14 - 1ºB. Murcia  
L a V de 10 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 968 215 525

**Torres Díez, Alberto**  
Nº Col. 792  
Plz. Aurora, 1 - Bajo. Murcia  
L a V de 10 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 235 872

**Torres Díez, Luis Carlos**  
Nº Col. 489  
Av. Gutiérrez Mellado, 9 - CC.  
Centrofama - 1ª Pl. Murcia. L a V de  
9:30 a 13:30 y 16 a 20 h.  
T. 968 241 566

**Trives Vivancos, Irene**  
Nº Col. 1.024  
Alfonso X el Sabio, 14 - Bajo. Murcia  
L a V de 10 a 14 y 16 a 20:30 h.  
T. 968 231 417

**Valderrey Fálagan, Manuel Tomás**

Nº Col. 307  
San Antón, 19 - Entlo. B. Murcia  
L a V de 10:30 a 14 y 17:30 a 20:30 h.  
T. 968 282 573

**Vidal Ros, Julia**

Nº Col. 605  
Mayor, 36 - 1ºE. La Alberca  
M, V: tarde / Mi: mañana de 10 a 13 y  
16:30 a 20 h. T. 968 843 327

**Vilaplana Vivo, Carlos**

Nº Col. 498  
Jaime I, 5 - Entlo. Murcia  
L a J de 10 a 13 y 16 a 19 h.  
T. 968 240 486

**Vilaplana Vivo, Jaime**

Nº Col. 558  
Jaime I, 5 - Entlo. Murcia  
L a J de 10 a 13 y 16 a 19 h.  
T. 968 240 486

**Vivancos Risueño, Ana Belén**

Nº Col. 480  
Av. 1º de Mayo, 8 - 3ºA. El Palmar  
L, J: todo el día / M, Mi: tarde de 10 a  
14 y 17 a 20:30 h. T. 968 881 820

**Vivancos Sánchez, Víctor**

Nº Col. 828  
Camino Viejo de Monteagudo, 119 -  
Bajo. Zarandona. M, J de 9:30 a 13 y  
16 a 21 h. T. 968 200 019

**Vizcaíno Aguado, María**

Nº Col. 553  
Plz. Circular, 8 - Entlo. Murcia  
L, M: tarde / J: mañana de 9:30 a 12:30  
y 16 a 19:30 h. T. 968 201 530

**Voicu, Violeta**

Nº Col. 702  
Esperanza, 3 - Esc. 1 - 2ºA. Murcia  
L a V de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 296 811

**PTO. LUMBRERAS****Alejo Vicente, Urbano**

Nº Col. 173  
Rosario, 8 - 2º. Pto. Lumbreras  
L, V de 10 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 403 010

**Gómez Rojas, Jorge Alberto**

Nº Col. 592  
Mayor, 8 - 2º. Pto. Lumbreras  
L, M, Mi, J / V: mañana de 10 a 13 y 17  
a 20 h. T. 968 401 335

**Navarro Fernández, Isabel Mª**

Nº Col. 573  
Juan A. López Alcaraz, 2 - 2ºB. Pto.  
Lumbreras. L a V de 9:30 a 13:30 y  
16:30 a 20:30 h.  
T. 968 400 638

**Rojas García, Martha Juliana**

Nº Col. 591  
Rigoberta Menchú, 7. Bajo. Pto. Lumbreras  
L a V de 9:30 a 13:30 y 17 a 20:30 h.  
T. 968 401 411

**SAN JAVIER****García Hernández, Joab**

Nº Col. 977  
Calderón de la Barca, 13, 2ºB.  
San Javier. M, J de 10 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 661 300 606

**Gómez Parra, Guadalupe**

Nº Col. 618  
Av. de La Unión, 2 - 1ºC. San Javier  
L a V de 10 a 13:30 y 17 a 20:30 h.  
T. 868 064 747

**Molinero Pintado, Paloma**

Nº Col. 815  
Av. Sandoval, 27 - 1ºC. Santiago Ribera  
J, V de 10 a 14 y 16 a 20:30 h.  
T. 968 571 133

**Olivares Pérez, Mª Carmen**

Nº Col. 499  
Calderón de la Barca, 24. San Javier  
L, M, Mi: mañana / M, J, V: tarde de 9 a  
13 y 16 a 20 h. T. 968 191 800

**Peñalver González, María**

Nº Col. 745  
Atlántico, 8 - Bajo. San Javier  
L a V de 10 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 968 193 369

**Solano García, Mª Pilar**

Nº Col. 575  
Av. del Recuerdo, 9 - 1ºD. San Javier  
L a V de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 190 199

**Sveltiza Ulman, Mariano**

Nº Col. 1.070  
Ctra. S. Pedro Pinatar. Ed. Torkas, Bajo 8.  
L a V: todo el día / S: mañana de 9:30 a  
13:30 y 16:30 a 20:30 h. T. 968 566 412

**Vicente García, Silvia**

Nº Col. 583  
Av. del Recuerdo, 9 - 1ºD. San Javier  
L a V de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 190 199

**SAN PEDRO DEL PINATAR****Barreal Borredat, Miguel**

Nº Col. 765  
Gabriel Cañadas, 42 - 1ª puerta 8.  
San Pedro Pinatar  
L a V de 10 a 13:30 y 16 a 20:30 h.  
T. 968 186 587

**Bernal Soto, María**

Nº Col. 570  
Antonio Trucharte, 2, Bj. S. Pedro Pinatar  
L a V de 16 a 20 h. T. 868 064 640

**Borrego Balsalobre, Cristina**

Nº Col. 898  
Gabriel Cañadas, 42 - 1ª puerta 8.  
San Pedro Pinatar  
L a V de 10 a 13 y 16 a 20 h.  
T. 968 186 587

**Estrada Mallada, Esther**

Nº Col. 901  
Emilio Castelar, 47. San Pedro Pinatar  
L, M, Mi, V de 9 a 21 h. T. 968 335 475

**Gallego Ballester, Miguel**

Nº Col. 511  
Bartolomé Gil Ortiz, 4 - Bajo. Lo Pagán  
L a J: todo el día / V: mañana de 10 a  
13:30 y 16 a 19:30 h.  
T. 968 182 000

**García Nicolás, José Antonio**

Nº Col. 181  
Archena, 2. Ed. Goya 1ºJ. S. Pedro Pinatar  
L a V de 9:30 a 13:30 h.  
T. 968 182 828

**García-Ramos Aguirre, Fernando**

Nº Col. 616  
Duque de Ahumada, 1. 1ºB. S. Pedro Pinatar  
L a V de 16 a 20:30 h.  
T. 968 183 176

**Jiménez Soto, Raúl**

Nº Col. 727  
Emilio Castelar, 47. San Pedro Pinatar  
L a V de 9 a 21 h. T. 968 335 475

**López Martínez, Diego Sebastián**

Nº Col. 437  
Av. las Salinas, s/n. San Pedro Pinatar  
L a V de 9 a 13 y 16 a 21 h.  
T. 968 181 815

**Sánchez Avellaneda, José Ramón**

Nº Col. 797  
Bartolomé Gil Ortiz, 4 - Bajo  
Lo Pagán. L a V de 10 a 13:30 y 16 a  
19:30 h. T. 968 182 000

**Tárraga Gómez, Hilario**

Nº Col. 264  
Lorenzo Morales, 7. 1º. S. Pedro Pinatar  
L, Mi, V de 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 182 875

**SANTOMERA****Amorós Soriano, Mercedes**

Nº Col. 530  
Fernando el Católico, 1 - Ed. 2000 -  
1ºA. Santomera  
M a V de 9:30 a 13:30 y 16 a 20:30 h.  
T. 968 863 160

**Castañón Palazón, Martín**

Nº Col. 263  
Borreguero Artés, 2. Entlo. B. Santomera  
L a J de 9:30 a 13 y 16:30 a 20 h.  
T. 968 861 009

**Jiménez García, Cristina**

Nº Col. 967  
Plz. de la Iglesia, 7 - Bajo. Santomera  
Mi, J de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 861 899

**López-Bermejo Jiménez, Antonio**

Nº Col. 859  
Santander, 8 - Bajo. Santomera  
L, J de 10 a 13:30 y 16 a 21 h.  
T. 968 863 344

**Navarro Guardiola, Cristina**

Nº Col. 791  
Plz. de la Iglesia, 7 - Bajo. Santomera  
Mi de 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 861 899

**TORRE PACHECO****Camacho Medina, Concepción**

Nº Col. 457  
Plz. Libertad, 5 - Bajo. Torre Pacheco  
L, J, mañana / M, J, V: tarde de 10 a 14  
y 17 a 21 h. T. 968 577 026

**Cozar Hidalgo, Antonio**

Nº Col. 514  
La Unión, s/n. Torre Pacheco  
L a V de 9:30 a 13 y 16 a 21 h.  
T. 968 578 705

**Cozar Hidalgo, Jesús**

Nº Col. 576  
La Unión, s/n. Torre Pacheco  
L a V de 9:30 a 13 y 16 a 21 h.  
T. 968 57 8705

**De Vicente Martínez, Joaquín César**

Nº Col. 335  
Av. de Torre Pacheco, 7 - 1ªA. Dolores  
M, J de 10 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 968 173 545

**Escribano Moreno, Daniel**

Nº Col. 856  
Barbero Daniel Briones, 3ºB. Balsicas  
L, Mi / V: mañana de 10 y 14 y 16:30 a  
20:30 h. T. 968 580 943

**Fernández Fernández, Pedro Antonio**

Nº Col. 699  
Venecia, 1 - Bajo. Torre Pacheco  
L a V de 9 a 14 y 16 a 21 h.  
T. 968 577 430

**Fernández García, Yolanda**

Nº Col. 715  
Plz. de la Iglesia, 3 - 1º. Torre Pacheco  
L a V de 10:30 a 13:30 y 16 a 21 h.  
T. 968 577 002

**López Tortosa, Juan**

Nº Col. 196  
Pedro Cerdán, Bl. IV - 1º Dcha.  
Torre Pacheco  
L a J de 8 a 14 h. T. 968 578 774

**Morozovich Liberatore, Teresita**

Nº Col. 309  
Av. de Murcia, 15 - 1ºE. Roldán  
L, J de 16 a 20 h.  
T. 968 589 691

**TORRES DE COTILLAS****Cáceres Oviedo, Lourdes**

Nº Col. 394  
Bolivia, 9 - Bajo. Torres de Cotillas  
M, J de 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 624 074

**Gómez Balsalobre, Cristóbal**

Nº Col. 241  
Mayor, 17 - 1º. Torres de Cotillas  
L a V de 9:30 a 13:30 y 17 a 21 h.  
T. 968 628 222

**López García, Eduardo**

Nº Col. 452  
Calvillo, 1 - 3ºB. Torres de Cotillas  
L a J / V: mañana de 10 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 968 624 646

**López Lozano, Sergio**

Nº Col. 700  
Av. Juan Carlos I, 2 - 1ªA. Torres de Cotillas  
L a V de 10 a 13:30 y 16:30 a 21 h.  
T. 968 387 222

**López Sánchez, Alberto**

Nº Col. 777  
Bolivia, 9 - Bajo. Torres de Cotillas  
L, Mi, V de 9:30 a 13:30 y 16 a 20 h.  
T. 968 624 074

**Sánchez Cano, Esperanza**

Nº Col. 913  
Argentina, 28 - Bajo. Torres de Cotillas  
L, Mi de 17 a 21 h. T. 968 628 813

**Sarabia Almada, Josefa**

Nº Col. 240  
Mayor, 17 - 1º. Torres de Cotillas  
L a J: mañana / M, Mi, J: tarde de 9:30  
a 13:30 y 17 a 21 h. T. 968 628 222

**Yepes Lisón, Joaquín**

Nº Col. 834  
Av. Reyes Católicos, 30. Bajo. T. Cotillas  
L a V / Mi: tarde de 9:30 a 13 y 16:30 a  
20 h. T. 968 387 227

**TOTANA****Carmona García, Juana María**

Nº Col. 675  
Av. General Páramo, 5 - 2º. Totana  
L, M, J: tarde / Mi, V: mañana de 9 a 14  
y 16 a 20:30 h. T. 968 421 340

**Cerón López, Tomás**

Nº Col. 513  
C/ del Pilar, 1 - 1º. Totana. L a V de 10 a  
13 y 16 a 21 h. T. 968 427 104

**Fernández Díaz, Carmen Mª**

Nº Col. 756  
Av. Lorca, 14 - Bajo. Totana  
Mi: todo el día / V: tarde de 10 a 13 y  
17 a 21 h. T. 968 418 322

**Martínez Cánovas, Ascensión**

Nº Col. 1.005  
Virgen de los Desamparados, 12. Totana  
Mi, V de 16:30 a 20:30 h. T. 968 423 603

**Martínez Gallinal, Tania**

Nº Col. 674  
Plz. Juan de la Cierva, 8 - Bajo. Totana  
L a V / S: mañana de 9:30 a 14:30 y  
17:30 a 21:30 h. T. 968 424 715

**Martínez Salmerón, Eva Mª**

Nº Col. 316  
Rambla de la Santa, 16 - 1ºB. Totana  
M, J de 10 a 13 y 16 a 21 h. T. 968 424 829

**Mediavilla Bataller, Javier**

Nº Col. 300  
Salvador Aledo, 1 - 2º. Totana  
L a V de 10 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 968 423 202

**Molino Mora, Sofía**

Nº Col. 475  
Menorca, 12 - Ed. Menorca 1 - 1ªA  
Totana. L, Mi, J, V de 17 a 19 h.  
T. 968 424 241

**Pace Valebella, Horacio**

Nº Col. 229  
Plz. Constitución, 2 - Ed. Tecno - 1ªA  
Totana. Mi de 16 a 20 h.  
T. 968 424 607

**Pérez Morales, Luisa**

Nº Col. 479  
Salvador Aledo, 1 - 2º. Totana  
L, M de 10 a 14 y 16 a 20 h.  
T. 968 423 202

**Ramos Castillo, Mª José**

Nº Col. 247  
General Páramo, 5 - 2º. Totana  
L, M, J: tarde / Mi, V: mañana de 9:30 a  
13:30 y 16 a 20 h. T. 968 421 340

**YECLA****Candela Ortega, Eduardo José**

Nº Col. 788  
San Antonio, 29 - Entlo.  
Yecla. L a V de 9:30 a 13 y 16 a 21 h.  
T. 968 719 119

**Díaz Verde, Julia María**

Nº Col. 277  
San Isidro, 1 - B. Yecla  
L a V de 10 a 14 y 17 a 21 h.  
T. 968 750 230

**Hernández Hernández, Laureano**

Nº Col. 785  
Camino Real, 39 - 1ºD. Yecla  
M, Mi de 10 a 20 h.  
T. 968 751 853

**López Bañón, Mª Carmen**

Nº Col. 568  
Esteban Díaz, 52 - Entlo. Yecla  
L a V / Mi: tarde de 10 a 13:30 y 16:30  
a 20:30 h. T. 968 797 291

**Martínez Alonso, José Miguel**

Nº Col. 344  
Esteban Díaz, 12 - Entlo. Yecla  
L a V de 10 a 13 y 17 a 21 h.  
T. 968 794 020

**Navarro Galipienzo, Sara**

Nº Col. 1.107  
Cruz de Piedra, 2 - Entlo. Yecla  
L a V de 17 a 21 h.  
T. 968 792 879

**Ortuño Laguía, Salvador**

Nº Col. 212  
Hospital, 10 - Bajo. Yecla  
L a V de 10 a 13 y 17 a 20:30 h.  
T. 968 794 608

**Puerto Corominas, Vicente**

Nº Col. 182  
Pascual Amat, 44 - 2º Izq. Yecla  
M, Mi, J, V de 16 a 20 h.  
T. 968 793 623

**Zafrilla Rentero, Carlos**

Nº Col. 718  
Hospital, 35 - Bajo. Yecla  
L a V de 9:30 a 13:30 y 16:30 a 20:30 h.  
T. 968 718 693

**Listado de Profesionales privados para realizar Endodoncias de los niños  
derivados de las Unidades de Salud Bucodental del SMS.**

1. ALCOLEA GUILLAMON, JOAQUIN ONOFRE N°C: 476
2. AZNAR AZNAR, CARLOS JAVIER. N°C: 601
3. BALLESTER MONTILLA, ALVARO N°C: 780
4. BARREAL BORREDAT, MIGUEL N°C: 765
5. BERNABEU LOPEZ, LORENZO N°C: 606
6. BERNAL SOTO, MARIA N°C: 570
7. BLAZQUEZ TORRES, M<sup>a</sup>- TRINIDAD. N°C: 1018
8. BORREGO BALSALOBRE, CRISTINA N°C: 898
9. CABALLERO GUERRERO, PEDRO MIGUEL. N°C: 666
10. CACERES OVIEDO, LOURDES, N°C: 394.
11. CALDERON DIAZ, CRISTINA ISABEL N°C: 651
12. CAMACHO MEDINA, CONCEPCIÓN N°C: 457.
13. CANNILLA DELNERI CARLOS EDUARDO N°C: 244
14. CAÑAMAQUE GARCIA, ISABEL A. N°C: 762.
15. CASTILLO ILLAN, GLORIA. N°C: 693
16. CONESA AGÜERA, ELENA. N°C: 907
17. CONESA PEREZ, AGUSTIN N°C: 179.
18. CORTES LAMBEA, JUAN JOSE N°C: 246
19. CREGO GARCÍA, FERNANDO. N°C: 536
20. CZECH, ALEXANDER N°C: 274
21. DE LA HOZ GARCIA, RAFAEL N°C: 245
22. DE VERASTEGUI HERNANDEZ, RICARDO N°C: 501
23. DEL CARPIO TRINIDAD, DIGNA. N°C: 653
24. DIAZ VERDE, JULIA MARIA N°C: 277
25. ERANS RICHARTE, OSCAR N°C: 459
26. ESTRADA MARTINEZ, JOSE LUIS N°C: 836
27. FERNANDEZ GARCIA, YOLANDA N°C: 715
28. FERNANDEZ LOPEZ, PATRICIA N°C: 723
29. GAIAS ENCINAS, DIEGO J. N°C: 628
30. GALINDO CAMPILLO, LOURDES N°C: 542
31. GARCIA DIAZ, FRANCISCA. N°C: 483
32. GARCIA HERNANDEZ, JOAB N°C: 977
33. GARCÍA LAFUENTE, HUGO N°C: 732
34. GARCIA MARTINEZ, M<sup>a</sup>. ISABEL. N°C: 485.
35. GARCIA NICOLAS, JOSE ANTONIO N°C 181
36. GARCIA SANCHEZ, M<sup>a</sup>- ANGELES. N°C: 955
37. GARCIA VELEZ, FERNANDO N°C: 879
38. GASCON GARCIA, M<sup>a</sup>. CRISTINA N°C: 985
39. GOMEZ RIOS, INMACULADA N°C: 679
40. GOMEZ ROJAS, JORGE N°C: 592
41. GONZALEZ BREA, MILAGROS N°C: 423
42. HERENCIA LIZARAN, LAURA N°C: 875

43. HERNANDEZ GARCIA, JOSE ANTONIO N°C: 590
44. HERNANDEZ-GIL SANCHEZ, ANA. N°C: 490
45. HERRERO MARTINEZ, MARCELA N°C: 772
46. JIMENEZ SARRIO, ALICIA N°C: 451
47. LINARES TOVAR, EVA. N°C. 928
48. LOPEZ GOMEZ, ALEJANDRO N°C: 690
49. LOPEZ GOMEZ, JAVIER N°C. 469
50. LOPEZ LOPEZ, FRANCISCO N°C 171
51. LOPEZ LORENTE, ANA. N°C: 902
52. LOPEZ MANCEBO, M<sup>a</sup>. CRUZ. N°C: 866
53. LOPEZ SABATER, JOSE JAVIER. N°C: 152
54. LOPEZ SANCHEZ, EVA N°C 410
55. LOPEZ SANCHEZ, IGNACIO. N°C: 776
56. LEGAZ MARTINEZ, M<sup>a</sup>. DOLORES N°C: 948.
57. LOZANO ZAFRA, JAVIER N°C: 1030
58. MANCEBO MORENO, JUAN MANUEL N°C: 371
59. MANZANARES PORLAN, ANTONIA N°C: 595
60. MARTÍN HERRAEZ, ELENA N°C 804
61. MARTINEZ CANOVAS, ASCENSION N°C: 1005
62. MARTINEZ GANDIA, SARA N°C: 705
63. MARTINEZ GONZALEZ, M<sup>a</sup>. ISABEL. N°C: 577
64. MARTINEZ HERNANDEZ, ELISA. N°C: 645
65. MARTINEZ LASHERAS, RAQUEL M<sup>a</sup>. N°C: 540
66. MARTINEZ SALMERON, EVA M<sup>a</sup>. N°C: 316
67. MATAS CASTILLO, M<sup>a</sup>. ANGELES. N°C: 484
68. MOLINA GONZALEZ, JUAN MANUEL N°C 669
69. MOLINERO PINTADO, PALOMA N°C: 815
70. MOMPEAN GAMBIN, JOSE LUIS N°C 656
71. MORALES ALVAREZ, JOSE CARLOS N°C: 471
72. MORENO BOLARIN, SILVIA. N°C: 510
73. MOROZOVICH LIBERATORE, TERESA N°C:309
74. MUÑOZ FERNANDEZ, JESUS. N°C: 381
75. NANUT SOSA, MARIEL N°C: 649
76. NICOLAS ORTIZ, JULIO N°C 388
77. OLIVARES PEREZ, M<sup>a</sup>. CARMEN. N°C: 499
78. OTON SANCHEZ, CARMEN M<sup>a</sup>. N°C: 652
79. ORTUÑO LAGUIA, SALVADOR N°C: 212
80. PALET, FERNANDO ROMAN, N°C: 768
81. PASTOR GONZALEZ, NOELIA N°C: 661
82. PEÑALVER PEÑALVER, JUAN. N°C: 148.
83. PEREZ SANCHEZ, M<sup>a</sup>. JOSE. N°C: 578.
84. PLANA RAMON, EMILIA. N°C: 647
85. RAMIREZ FERNANDEZ, PIEDAD.N°C: 403.
86. RODRIGUEZ LOZANO, ANTONIO N°C: 426.
87. RODRIGUEZ LOZANO, FCO. JAVIER N°C: 938
88. RODRIGUEZ LOZANO, JOSE N°C: 281

- 89. RODRIGUEZ TEJEDA, JULIAN N°C: 313
- 90. ROJAS GARCIA, MARTHA JULIANA N°C: 591
- 91. ROJAS SERRANO, RENE N°C 230
- 92. ROMERA MORCILLO, LORENZO. N°C: 1022
- 93. RUIZ ABRIL, ENCARNACIÓN MARIA NC 755
- 94. RUIZ CHUMILLA, ERNESTO N°C 947
- 95. SACRISTAN MOLPECERES, FERNANDO N°C: 273
- 96. SAGER, FERNANDO OSCAR N°C: 361
- 97. SANCHEZ ESPIN, DAVID, N°C: 539
- 98. SANDOVAL VAZQUEZ, ENRIQUE N°C: 192
- 99. SAN JUAN GAMBAO, ESTEBAN, N°C: 450
- 100. SANTANA INOA, ANA R. N°C: 292
- 101. SELVA MARTINEZ, P. JAIME N°C: 261
- 102. TERUEL FERNANDEZ, JUAN DE DIOS N°C: 1010
- 103. TORRALBA SALCEDO, ROSA N°C: 1060
- 104. TORRES DIEZ, ALBERTO. N°C: 792
- 105. TORRES DIEZ, LUIS CARLOS N°C: 489
- 106. VILAPLANA VIVO, CARLOS N°C: 498
- 107. VOICU, VIOLETA N°C: 702
- 108. ZAFRILLA RENTERO, CARLOS A. N°C: 718
- 109. ZAMORA CELDRAN, MARIA N°C: 909



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Consumo  
Dirección General de Salud Pública



Dirección General de  
Régimen Económico y  
Prestaciones

### LISTADO DE DENTISTAS HABILITADOS PARA REALIZAR TRATAMIENTOS DENTALES CON ANESTESIA NO CONVENCIONAL

- **D. FCO JAVIER CASCALES PEÑALVER**  
C/ ANDRÉS BAQUERO, 9 -1ªA  
**MURCIA**  
TELÉFONO: 968 215 586
  
- **D. CARLOS GARCÍA BALLESTA**  
C/ CALDERÓN DE LA BARCA, 9 - 1ªB  
**MURCIA**  
TELÉFONO: 968 215 550
  
- **Dª. INMACULADA GÓMEZ RÍOS**  
C/ JARA, 15 – BAJO  
**CARTAGENA**  
TELÉFONO: 968 505 510
  
- **Dª. SUSANA MARTÍNEZ MILLÁN**  
C/ MAYOR, 70  
**SANGONERA LA VERDE**  
TELÉFONO: 968 868 958
  
- **D. RICARDO ELIAS OÑATE SÁNCHEZ**  
CLÍNICA ODONTOLÓGICA UNIVERSITARIA  
**MURCIA**  
TELÉFONOS: 868 888 575 / 868 888 580



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Consumo  
Dirección General de Salud Pública



Dirección General de  
Régimen Económico y  
Prestaciones

**LISTADO DE CLÍNICAS CONCERTADAS PARA ACUDIR A LA REALIZACIÓN DE ORTOPANTOMOGRAFÍAS:**

- CLÍNICA SAN CARLOS (MURCIA) <i>C/ Miguel Hernández, 12 30.011 Murcia</i>	968 36 50 00
- CLÍNICA SCANNER MURCIA (MURCIA) <i>C/ Abenarabi, 3 – Bajo 30.007 Murcia</i>	968 23 98 12
- HOSPITAL DE MOLINA DE SEGURA (MOLINA DE SEGURA) <i>C/ Asociación, s/n 30.500 Molina de Segura</i>	968 64 40 30
- CLÍNICA PERPETUO SOCORRO (CARTAGENA) <i>C/ Sebastián Feringan, 12 30.205 San Antonio Abad</i>	968 51 05 00
- RESONANCIA MAR MENOR (SAN JAVIER) <i>C/ Isla Graciosa, 16 – local 4 30.730 San Javier</i>	968 19 04 62
- CLÍNICA VIRGEN DEL ALCAZAR (LORCA) <i>C/ Alameda de Tristes, s/n 30.800 Lorca</i>	968 46 86 00

**En Murcia a ....., de febrero de dos mil tres.**

**R E U N I D O S**

De una parte D. R. Oscar Castro Reino, mayor de edad, vecino de Murcia, con domicilio a efectos de este documento en C/María Zambrano s/n, Edificio Dórico bajo, en su calidad de Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos, de la Región de Murcia.

De otra parte D. \_\_\_\_\_

Médico Estomatólogo u Odontólogo con el número de Colegiado \_\_\_\_\_

Colegio de Murcia; con consulta profesional abierta al público

en \_\_\_\_\_ C/ \_\_\_\_\_

número \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

en \_\_\_\_\_ C/ \_\_\_\_\_

número \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

**E X P O N E N**

Que por la Consejería de Sanidad y Consumo se dictó Orden de 27 diciembre de 2002 sobre Asistencia Dental a la Población Infantil de la Comunidad Autónoma de Murcia, cuyo objetivo es el establecimiento de un Programa de Salud Dental Infantil para garantizar los servicios dentales necesarios y dirigido a obtener el mayor porcentaje de niños libres de caries.

Mediante el citado Programa se pretende la cobertura de la salud dental infantil a los niños entre 6 y 14 años, produciéndose su implantación de forma incremental.

El presente documento se formaliza en cumplimiento de lo establecido en la 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 la población infantil de la Región de Murcia, así como del convenio de colaboración suscrito entre la Consejería de Sanidad y el Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos

de la Región de Murcia, para la implantación de la prestación determinada en la Orden referida.

Por todo ello, el Colegiado por medio del presente documento se adhiere al citado programa de acuerdo con las siguientes

### **C O N D I C I O N E S.**

**Primera:** El colegiado se obliga a prestar la atención profesional que se le requiera por el usuario del Programa Dental Infantil, dentro de las condiciones establecida en la Orden de 27 de Diciembre de 2002 de la Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia, así como en las Bases Técnicas, que se adjuntan, como anexo número I, al presente documento y las estipulaciones en el mismo contenidas.

**Segunda:** La asistencia de forma personalizada se realizará en la consulta del colegiado, durante las horas de consulta asignadas a la clientela particular, sin que exista discriminación alguna con ésta.

**Tercera:** Cumplir las instrucciones, recomendaciones y protocolos de actuación que se adopten, en desarrollo de la Orden de 27 de diciembre de 2002, por la Comisión Paritaria, y remitir a ésta con la periodicidad y modo que se determine la evaluación de sus actuaciones, así como asistir a los cursos de formación continuada que periódicamente se organicen.

**Cuarta:** Se compromete a aceptar los criterios de calidad que acuerde la Comisión Paritaria y la Comisión Deontológica del Colegio.

**Quinta:** La prestación deberá ser llevada a cabo de forma individual, con carácter personal e intransferible, no concediéndose a corporaciones o sociedades.

**Sexta:** El Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región Murcia abonará los honorarios devengados al contratado, de conformidad con lo establecido para el año en la Resolución del Consejero de Sanidad dictada al efecto.

**Séptima:** El colegiado se obliga a permanecer en alta en Licencia Fiscal, así como en el correspondiente Colegio Profesional, y a tener cubierto el riesgo de responsabilidad civil por daños a terceros derivada de su actuación profesional y la del personal a su cargo.

Asimismo se obliga a permanecer en situación de alta en la Seguridad Social en el régimen correspondiente, así como la del personal a su cargo, y estar de alta en el Registro de Establecimientos Sanitarios.

**Octava.** El Colegio podrá exigir al colegiado los documentos necesarios para llevar a cabo la correspondiente habilitación en cualquier momento durante la vigencia presente contrato.

**Novena:** La duración de la presente adhesión los será hasta el 31 de Diciembre de 2003, comenzando sus efectos a partir de la fecha del presente documento.

No obstante, la presente adhesión podrá prorrogarse por periodos anuales a partir de su vencimiento, si ninguna de las partes lo denuncia previamente en el plazo de dos meses.

**Décima:** El incumplimiento de cualquiera de las cláusulas contenidas en el presente documento al mismo faculta al Colegio, para dar por resuelto la vinculación contenida en el presente documento.

**Undécima:** Para la resolución de los conflictos que puedan plantearse entre el usuario y el Colegio, las partes acuerdan someterse al dictamen de la Comisión Paritaria mencionada en el Convenio de Colaboración entre la Consejería de Sanidad y el Colegio.

En prueba de conformidad y en los términos establecidos en el presente documento, se firma por duplicado en el lugar y fecha indicado.

Fdo: R. Oscar Castro Reino  
Presidente del Colegio Oficial  
de Odontólogos y Estomatólogos  
de Murcia.

Fdo:  
Estomatólogo.  
Odontólogo.

DECLARACION Y DOCUMENTACIÓN ADJUNTA PARA LA HABILITACION INDIVIDUAL A LOS PROFESIONALES PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL INFANTIL (Orden de 27 de Diciembre de 2002.)

D. \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

Estomatólogo u Odontólogo con el número de colegiado \_\_\_\_\_ en el

Colegio de Murcia; con consulta profesional abierta al público en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ c/ \_\_\_\_\_

número \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

en \_\_\_\_\_ c/ \_\_\_\_\_

número \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

En caso de no ser propietario de la(s) clínica(s) indicar el nombre del(os) mismo(s) \_\_\_\_\_

Manifiesta tener los permisos administrativos preceptivos para el ejercicio de la actividad que se contrata, así como estar al corriente en el alta y pago de la Seguridad Social y de las cargas de Seguridad Social y fiscales del personal empleado a su cargo.

Acompaña fotocopia de los siguientes documentos:

- D.N.I.
- Tres fotografías de carné actualizadas.
- Certificado Colegial.
- Recibo del Seguro de Responsabilidad Civil.
- Ultimo recibo de cotización a la Seguridad Social.
- Permiso de apertura y funcionamiento de la consulta (R.E.S).

En Murcia a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Fdo.

D \_\_\_\_\_ con N°C:

Inscrito en el Programa de Atención Dental Infantil, solicita formar parte del listado de profesionales habilitados para la realización de endodoncias a niños derivados de las Unidades de Salud Bucodental del Servicio Murciano de Salud.

Murcia a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2010.

Fdo:

**SOLICITUD DE ACCESO A BUCOSAN**

USUARIO SOLICITANTE		
<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>		
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		
<b>N.I.F.:</b>		
<b>USBD DONDE VA A REALIZAR LA SUSTITUCIÓN :</b>		
<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b>		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>		
<b>DIRECCION:</b>		
<b>TELÉFONO:</b>		

El abajo firmante, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos, de carácter personal, al causar Alta como Usuario para el acceso al Sistema Informático arriba indicado, adquiere el compromiso de utilizar las transacciones que se le habiliten, con los fines exclusivos de gestión para los que es autorizado y está obligado a guardar el secreto profesional sobre los datos de los que tenga conocimiento, siendo responsable de todos los accesos que se realicen al sistema de información mediante su código de acceso y contraseña particulares.

Así mismo, queda informado de que el incumplimiento de las obligaciones indicadas para el acceso a la información por usuario no autorizado, la asignación de procesos o transacciones no necesarias para la función encomendada y la falta de custodia o secreto de la identificación personal de acceso, dará lugar a la exigencia de responsabilidades administrativas, en concreto las establecidas en el Título VII de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, así como a responsabilidades de cualquier otra naturaleza, incluso penales.

Murcia, a 24 de JUNIO 2008

Fdo: El solicitante

**\*Una vez cumplimentado, enviar por fax o por correo electrónico:**

**Fax: 968 365 819 -- Correo electrónico: BUCOSAN@listas.carm.es**

**Para cualquier duda llamar al: 968 365 749 -- 968 362 282**





Región de Murcia  
Consejería de Sanidad



N.º HISTORIA: .....  
aa.mm.dd.iniciales

FECHA DE APERTURA: .....  
aa.mm.dd.

Nº AFILIACIÓN (Tarjeta Sanitaria)  
□□/□□□□□□□□/□□

C.I.P. (Tarjeta Sanitaria)  
□□□□□□□□□□□□□□□□

**HISTORIA CLÍNICA**

**DATOS DE FILIACIÓN:**

Apellido 1º: ..... Apellido 2º: ..... Nombre: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Municipio: ..... C.P.: .....

Teléfono 1: ..... Teléfono 2: .....

**ANAMNESIS:**

Antecedentes familiares.....

Antecedentes médicos.....

Antecedentes quirúrgicos.....

Alergias.....

Hábitos (succión, respiración oral,...).....

**EXPLORACIÓN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO**

Mucosa bucal: (lesiones presentes).....

Situación periodontal:

- tinciones bacterianas.....
- presencia de sarro.....
- gingivitis.....
- periodontitis juvenil.....
- trauma oclusal con repercusión periodontal.....
- otros:.....

Articulaciones Temporomandibulares.....

Músculos de la masticación y faciales.....

Oclusión: (subrayar).....

1. R. Anteroposterior:.....  
clase I  
clase II (1.ª, 2.ª)  
clase III
2. R. Vertical:.....  
sobremordida normal  
aumentada nula
3. R. Transversales:.....  
cruzadas anterior  
posterior uni-bilateral  
desviaciones de línea media



N.º HISTORIA:.....  
 aa.mm.dd.iniciales

FECHA DE APERTURA:.....

**HISTORIA CLÍNICA**

**DATOS DE FILIACIÓN:**

Apellidos y nombre:.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Municipio:..... C.P.:.....

Teléfonos:.....

**ANAMNESIS:**

Antecedentes familiares.....

Antecedentes médicos.....

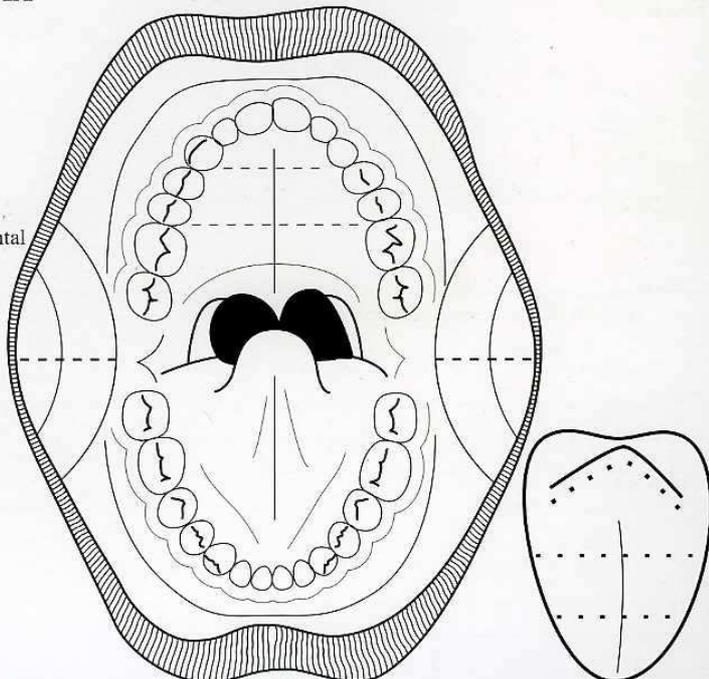
Antecedentes quirúrgicos.....

Alergias.....

Hábitos (succión, respiración oral,...).....

**EXPLORACIÓN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.**

- Mucosa bucal: (lesiones presentes)
- Situación periodontal:
- tinciones bacterianas
  - presencia de sarro
  - gingivitis
  - periodontitis juvenil
  - trauma oclusal con repercusión periodontal
  - G.U.N.A.
  - otros:
- Articulaciones Temporomandibulares.
- Músculos de la masticación y faciales.
- Oclusión: (subrayar)
1. R. Anteroposterior:
    - clase I
    - clase II (1.º, 2.º)
    - clase III
  2. R. Vertical:
    - sobremordida normal
    - aumentada nula
  3. R. Transversales:
    - cruzadas anterior
    - posterior uni-bilateral
    - desviaciones de línea media



ESTADO DENTAL		TRATAMIENTO	
DIENTES PERMANENTES		DIENTES PRIMARIOS	
0	sano	A	
1	careado	B	
2	obturado y careado	C	
3	obturado sin caries	D	
4	perdido por caries	E	
5	perdido por otras causas		
6	sellador, barniz	F	
7	corona	G	
8	no erupcionado		
9	diente excluido		

0	no	
1	sellador / agente cariostático	
2	obturación una superficie	
3	obturación de 2 ó más superficies	
4	corona	
5	tratamiento pulpar	
6	extracción	
7	requiere otro tratamiento	
8	describa=	

**ESTADO DENTAL Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO**

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65  
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

ESTADO		46
		62
TRATAMIENTO		

ESTADO		78
		94
TRATAMIENTO		

CAOD							
C							
A							
O							
TOTAL							
N. PIEZAS							

AÑO \_\_\_\_\_  
FLUORACIÓN \_\_\_\_\_

cod.							
c							
o							
TOTAL							
N. PIEZAS							

EDUCACIÓN SALUD BUCODENTAL \_\_\_\_\_  
TARTRECTOMÍA \_\_\_\_\_

**ESTADO DENTAL Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO**

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65  
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

ESTADO		46
		62
TRATAMIENTO		

ESTADO		78
		94
TRATAMIENTO		

CAOD							
C							
A							
O							
TOTAL							
N. PIEZAS							

AÑO \_\_\_\_\_  
FLUORACIÓN \_\_\_\_\_

cod.							
c							
o							
TOTAL							
N. PIEZAS							

EDUCACIÓN SALUD BUCODENTAL \_\_\_\_\_  
TARTRECTOMÍA \_\_\_\_\_

**ESTADO DENTAL Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO**

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65  
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

ESTADO		46
		62
TRATAMIENTO		

ESTADO		78
		94
TRATAMIENTO		

CAOD							
C							
A							
O							
TOTAL							
N. PIEZAS							

AÑO \_\_\_\_\_  
FLUORACIÓN \_\_\_\_\_

cod.							
c							
o							
TOTAL							
N. PIEZAS							

EDUCACIÓN SALUD BUCODENTAL \_\_\_\_\_  
TARTRECTOMÍA \_\_\_\_\_









**IMPRESO DE SOLICITUD DE TRATAMIENTOS ESPECIALES**

D. ....  
 N.º de Colegiado ..... Teléfono de Consulta: .....  
 Domicilio de Consulta: .....  
 Localidad: ..... C.P.: .....

**SOLICITA:**

Que al niño/a .....  
 beneficiario del Nº Afiliación (Tarjeta Sanitaria): /.....  
 y con C.I.P. (Tarjeta Sanitaria): .....  
 Adscrito a mi consulta del Programa de Salud Bucodental Infantil, padece la siguiente patología bucodental: .....

Y a continuación especifico el **Tratamiento Especial** que precisa (ponga X donde proceda):

- Endodoncia de pieza posterior permanente. Pieza/s: .....
- Extracción de un diente supernumerario erupcionado grupo incisivo-canino. Pieza/s: .....
- Reconstrucción grupo incisivo-canino por traumatismo o malformación. Pieza/s: .....
- Tratamiento pulpar grupo incisivo-canino. Pieza/s: .....
- Obturación grupo anterior postendodoncia. Pieza/s: .....
- Apicoformación por pieza grupo incisivo-canino. Pieza/s: .....
- Protección pulpar directa grupo incisivo-canino. Pieza/s: .....
- Pernoprefabricado intrarradicular grupo incisivo-canino. Pieza/s: .....
- Sutura de tejidos blandos, exceptuado las incluidas en alguno de los tratamientos básicos o especiales
- Ortopantomografía
- Precisa anestesia general para la realización de tratamiento básico y/o especial

En ....., a ..... de ..... de 200.....  
 Conforme: Padre / Madre / Tutor, ..... Firmado: Odontoestomatólogo, .....



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad  
Dirección General de Salud Pública



Dirección General de  
Aseguramiento y  
Prestaciones

El Odonto-Estomatólogo: \_\_\_\_\_

Nº de Colegiado: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

Domicilio de consulta: \_\_\_\_\_

**Declara que, ha realizado la prestación especial:** \_\_\_\_\_

de forma satisfactoria al niño: \_\_\_\_\_

Beneficiario del número de Afiliación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y Código CIP: \_\_\_\_\_  
que figuran en su Tarjeta Sanitaria.

Y para que conste y surta a efectos retributivos estipulados en la Orden y Convenio de Colaboración para la Prestación Sanitaria en Materia de Salud Bucodental Infantil, entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia, firma la presente y facilito el número de la cuenta: \_\_\_\_\_ en la entidad bancaria:

\_\_\_\_\_ y la remito al Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia.

En, ..... a ---- de ..... 200

Firma y sello del Odonto-Estomatólogo

**Conformidad Prestación Realizada**

Firma: Padre, Madre o Tutor del niño



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Consumo  
Dirección General de Salud Pública



## COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Dado el carácter reservado de los datos con los que se trabaja en el PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL INFANTIL DE LA REGIÓN DE MURCIA, y el respeto a la intimidad de las personas que debe regir su utilización, me comprometo a mantener y proteger para siempre la confidencialidad de dichos datos, evitando su conocimiento por parte de cualquier persona no autorizada expresamente para ello, de acuerdo con las normas de confidencialidad establecidas, de las que figura un resumen al dorso.

Y para que así conste, firmo la presente declaración,

Murcia a ..... de ..... de 200

Nombre y apellidos:.....

D.N.I.:.....

Fdo.:



UNIVERSIDAD  
DE MURCIA  
COMISIÓN DE BIOÉTICA

INFORME DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE MURCIA

D. Jaime Peris Riera, Profesor Titular de Universidad, Catedrático de Derecho Penal y Secretario de la Comisión de Bioética de la Universidad de Murcia

CERTIFICA:

Que D<sup>a</sup>. Yolanda Martínez Beneyto ha presentado el proyecto "Evolución del Programa de Salud Bucodental Infantil en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia" a la Comisión de Bioética de la Universidad de Murcia.

Que dicha Comisión analizó toda la documentación presentada, y de conformidad con lo acordado el día 14 de mayo de 2010<sup>1</sup>, acuerda por unanimidad emitir informe favorable condicionado a los siguientes extremos:

- Comprobar que los datos que se utilizan procedentes del programa anterior fueron obtenidos con consentimiento de los titulares o de sus representantes legales para ser cedidos a terceros
- Caso de que se obtuvieran nuevos datos personales será necesario el consentimiento del titular o de su representante legal para que sus datos sean incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/ 1999 de 13 de diciembre. Así como incluir un modelo de consentimiento informado en el que se ponga de relieve la aceptación informada de la persona afectada y específicamente se ponga en conocimiento de aquellos el uso y destino final de la información asegurando la confidencialidad sobre la posible información obtenida.

Y para que conste y tenga los efectos que correspondan, firmo esta certificación, con el visto bueno del Presidente de la Comisión, en Murcia 14 de mayo de 2010.

Vº Bº  
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN  
DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

Fdo.: Juan María Vázquez Rojas

<sup>1</sup> A los efectos de lo establecido en el art. 27.5 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del P.A.C. (B.O.E. 27-11), se advierte que el acta de la sesión citada está pendiente de aprobación.

