

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

MESA 7

Comunicaciones de tipo ORAL

Moderador/a:

Silvia Castán Ruiz

Coordinadora de Calidad de Atención Primaria. Sector Zaragoza III

SALA 105

10 de JUNIO 11:30 horas

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **247**

TÍTULO. EVALUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA EN EL CENTRO DE SALUD DE HÍJAR

Autores: CUCALON ARENAL JM, SERRANO M, TURON JM, GUTIERREZ J, ZUMETA J, MARTINEZ A, PEÑALVER J, PERCHES A

CUCALON ARENAL JOSE MANUEL . CS HIJAR . CS HIJAR (jmcucalon@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Incrementar la cobertura de la atención al embarazo en nuestro centro de salud.

Captar a las mujeres inmigrantes embarazadas y sus hijos en los programas que les corresponden en Atención Primaria. Asegurar el control y seguiminetos de los RN por pediatría

MÉTODO. Diseño de un procedimiento de actuación del Centro (captación, revisión clínica, petición analítica y gestión de la derivación a la matrona de forma inmediata y a obstetricia para el control ecográfico).

Elaboración un sistema de control de la embarazada inmigrante:

derivación a admisión o a Trabajadora Social para regularizar su situación

información del procedimiento de embarazo en el Centro de Salud.

Derivación de los niños para la captación por pediatría en el momento de la valoración por la matrona al alta hospitalaria.

Ciclo de detección/captación:

1. Detección de embarazo mediante: Predictor/ consulta/ analítica rutinaria
2. Informe para matrona / analítica embarazo (según protocolo) / recabar información (Hª Cª- Detección de embarazo de riesgo) / derivación a Obstetricia (ecografía a las 10-14 semanas).
3. En el caso de mujeres inmigrantes, además: Regularización de su situación de alta en Seguridad social- TIS / Información del circuito adecuado para recibir una adecuada atención al embarazo

RESULTADOS. Captación en el centro de 50 mujeres embarazadas, de las cuales 48 fueron atendidas por la matrona (96%).

Embarazos finalizados 35, habiendo sido vistos por pediatría 34 niños.

De los 35 partos, 26 han dado a luz en Alcañiz (74,3%).

Se han captado y regularizado 11 mujeres inmigrantes, y sus hijos se han captado para el programa del niño sano.

Nº total de embarazadas captadas en el centro: 50

Nª total de embarazadas captadas por la matrona: 48

Nº total de RN en la ZBS: 35 (los embarazos de final de año no han parido)

Nº total de niños vistos en pediatría: 34 (idem al anterior)

Nº de partos registrados de nuestra ZBS en Alcañiz: 26

Mujeres inmigrantes atendidas y regularizadas: 11 (100% regularizadas)

CONCLUSIONES. Aunque no disponemos de datos previos, la realización de un procedimiento de actuación sobre la mujer embarazada en nuestro Centro de Salud ha conducido a:

Aumento del número de embarazos controlados por la matrona

Introducción en los programas de salud de todas las mujeres inmigrantes que consultaron en el período y de sus hijos.

Control y seguiminetos de los RN por pediatría

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **304**

TÍTULO. IMPLEMENTACIÓN Y MEJORA DE LA GESTIÓN DEL PROCESO “FRACTURA DE CADERA OSTEOPORÓTICA” EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET

Autores: LOBO ESCOLAR A, IZQUIERDO-ALVAREZ S, VELA-MARQUINA ML, BELKEBIR S, GARCIA-MATA JR

LOBO ESCOLAR ANTONIO . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . SERVICIO DE BIOQUIMICA CLINICA (sizquierdo@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. 1. Diseñar y elaborar toda la documentación específica integrante de la metodología de gestión por procesos de acuerdo al reglamento establecido en el sector II Zaragoza.
2. Formar y asesorar a los miembros del equipo del proceso de fractura de cadera osteoporótica.
3. Implementar y realizar el seguimiento y mejora del proceso citado y de los diversos subprocesos definidos integrantes dentro del mismo, para aumentar la calidad asistencial ofrecida e incluir el proceso de fractura de cadera osteoporótica en el contrato de gestión en el 2011.

MÉTODO. En la fase de diseño y coordinación del proceso, se nombró a un Gestor del proceso. A continuación, se definieron los diversos subprocesos integrantes dentro del proceso de fractura de cadera osteoporótica, designando a los distintos responsables de cada subproceso y creando el equipo del proceso.

El siguiente paso fue el desarrollo de reuniones de asesoramiento y coordinación entre la UCA, el Gestor del proceso designado y los integrantes del equipo del proceso.

Mediante sesiones programadas y registradas, se apoya al equipo del proceso hasta su total diseño, implantación y evaluación

RESULTADOS. En estos momentos, el sector II cuenta con el proceso de fractura de cadera osteoporótica en fase de aprobación por la Comisión de Dirección y publicación en la Intranet del Sector.

Se diseñaron, elaboraron y revisaron los siguientes documentos: 1. Ficha de descripción del proceso de fractura osteoporótica, fichas de descripción de los subprocesos: a.Asistencia en Urgencias, b.Hospitalización prequirúrgica, c.Anestesia y tratamiento quirúrgico, d.Hospitalización postquirúrgica y e.Seguimiento en consultas externas. 2.Mapa del proceso general, y un mapa de cada uno de los 5 subprocesos integrantes. 3.Ficha para la identificación de los destinatarios del proceso y expectativas de cada destinatario (para cada uno de los 5 subprocesos). 4. Ficha de características de calidad de los procedimientos/actividades (para cada uno de los 5 subprocesos). 5. Ficha de estructura de indicadores (para cada uno de los 5 subprocesos).

Se establecieron y definieron: 3 indicadores dentro del subproceso a, 4 indicadores dentro del subproceso b, 2 indicadores dentro del subproceso c, 3 indicadores dentro del subproceso d, y 2 indicadores en el subproceso e. Cada indicador con su fórmula, estándar, fuente de información, periodicidad de medición y responsable de seguimiento y evaluación.

CONCLUSIONES. El diseño e implementación del proceso fractura de cadera osteoporótica se ha traducido en una importante mejora en la calidad asistencial ofrecida al paciente que acude al Hospital Miguel Servet con una posible fractura de cadera, ha posibilitado la medición y evaluación de los principales indicadores de los diversos subprocesos implicados, con la obtención de información necesaria para aplicar una mejora continua y a la vista de resultados incluir el citado proceso en el contrato de gestión en el 2011.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **370**

TÍTULO. PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: "LOS GOZOS Y LAS SOMBRAS"

Autores: LOPEZ BARRACHINA R, MALO M, LAFUENTE OP, ESPIN MJ, RODRIGUEZ-GARCIA J, FERNANDEZ-SANTOS R, VARONA W

LOPEZ BARRACHINA RUTH. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA (rlopezba@aragon.es)

OBJETIVOS. Tras la elección del producto a base de alcohol para la higiene de manos de los profesionales del Hospital de Barbastro mediante un estudio controlado simple ciego, se plantea dar un impulso al proyecto a los dos años de su implantación, una vez analizados los datos del consumo (4,6 y 4,2 litros/1000 días de estancia en 2008 y 2009 respectivamente) que están tan alejados de lo recomendado por la ANAES (20 litros/1000 días de estancia).

MÉTODO. - Análisis pormenorizado del consumo por servicio.

- Revisión de los puntos de uso.
- Valoración de las medidas implementadas los dos últimos años.
- Evaluación del Momento 1 para la Higiene de Manos de la OMS.
- Celebración del Día Mundial de la Higiene de Manos

RESULTADOS. - Los datos de consumo por servicio han sido heterogéneos: Materno - Infantil casi ha triplicado su consumo en el último año; Medicina Interna ha reducido el gasto prácticamente a la mitad, servicios quirúrgicos como Traumatología y Cirugía han disminuido su consumo en un litro aproximadamente y Especialidades ha sido el único que ha mantenido una cifra similar.

- En el Hospital de Barbastro, el producto a base de alcohol está en forma de gel. No existen estudios que evalúen cuál es el ahorro en litros consumidos que se obtienen, con el mismo nivel de desinfección, utilizando el formato gel en lugar de la solución.
- Los puntos de uso se han incrementado.
- Se ha detectado que el estamento médico recién llegado al centro no es formado en el programa de higiene de manos del hospital porque, a pesar de lo que determina el Manual de Acogida al Nuevo personal, no acude a Medicina Preventiva.
- La información del programa que se encuentra en la página de Medicina Preventiva en la intranet del hospital está poco accesible.
- El personal médico no acude a los cursos que organiza el servicio, en los cuales el programa de manos es una parte fundamental.
- La repercusión que pudieran haber tenido las dos remesas de cartas con la explicación del programa que se enviaron a los profesionales médicos, parece no haber sido muy importante.
- Los profesionales sanitarios del Hospital de Barbastro, en su inmensa mayoría, no conocían los 5 momentos para la Higiene de Manos de la OMS y tampoco sabían qué se celebraba el 5 de mayo.
- Los minitalleres realizados con motivo de la celebración de este evento pusieron de manifiesto que el personal, en general, no sabía higienizarse las manos con productos a base de alcohol adecuadamente.
- La evaluación del Momento 1 para la Higiene de Manos de la OMS, arrojó resultados interesantes:
 - la previa al día 5 de mayo y la posterior, tuvo tasas de adhesión muy bajas.
 - tras una semana, y después de que el facultativo de Medicina Preventiva se personara en los servicios explicando personalmente el tema, logró una adhesión del 70%.

CONCLUSIONES. - La implementación del programa aún no ha concluido. Se hace necesario la elaboración de nuevas estrategias para aumentar la adhesión y la formación de todos los estamentos sanitarios.

- Se impone como prioridad fundamental llegar a conocer por qué los profesionales, sobre todo el personal médico, tiene una tasa de adhesión tan baja.
- El Servicio de Medicina Preventiva ha determinado, como objetivo para este año, que el 100% del personal del hospital conozca y practique el Momento 1 para la Higiene de Manos de la OMS.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **346**

TÍTULO. ¿TÓCALA OTRA VEZ, S.A.R.M? CREACIÓN DE LA UNIDAD DE CONTROL DE GÉRMESES MULTIRRESISTENTES DEL SECTOR BARBASTRO

Autores: LOPEZ BARRACHINA R, MALO M, LAFUENTE OP, ESPIN MJ, FERNANDEZ-SANTOS R, RODRIGUEZ-GARCIA J, VARONA W, BERNAD MA

LOPEZ BARRACHINA RUTH. HOSPITAL DE BARBASTRO. SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA (rlopezba@aragon.es)

OBJETIVOS. Las infecciones por gérmenes multirresistentes, sean de adquisición comunitaria o nosocomial, tienen una gran relevancia médica y social y se han convertido en un importante problema de Salud Pública. Desde la creación en septiembre de 2006 del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital de Barbastro, se ha realizado de manera oficiosa tareas de vigilancia, prevención, asesoramiento y atención sanitaria de todos los pacientes afectados por gérmenes multirresistentes y sus familiares o cuidadores, fueran pacientes de Atención Especializada, Primaria o Sociosanitaria. De manera reglada se pretende estandarizar el proceso y mejorarlo a través de la creación de una unidad específica de control a nivel de sector, reconocida institucionalmente, para proporcionar a todos los usuarios del sector una atención de calidad.

MÉTODO. -Revisión diaria de los pacientes atendidos/ingresados en URGENCIAS del hospital a través de la consulta de los informes de alta.

- También se revisan diariamente los CULTIVOS de los pacientes ingresados y de los solicitados por Atención Primaria a través del programa de Microbiología.
- Comunicación diaria de los AISLAMIENTOS del hospital al SMP por parte del supervisor de tardes/noches a través del correo electrónico.
- La información se completa con las llamadas de las supervisoras de plantas o del personal de enfermería ante un nuevo aislamiento.
- Una gran parte de los aislamientos son realizados en planta por el facultativo de Medicina Preventiva, el cual deja constancia en la HOJA de EVOLUCIÓN de la circunstancia y de las recomendaciones a seguir.
- Los datos de los pacientes se introducen en una base de datos informatizada.
- Se realizan cribados del estado de portador en pacientes de alto riesgo y en caso de brote.
- Se generan INFORMES de ALTA por parte del SMP de los pacientes afectados epidemiológicamente más peligrosos.
- Se establece una comunicación telefónica a Atención Primaria de los cultivos positivos a gérmenes multirresistentes y asesoría de las actuaciones a seguir.

RESULTADOS. -En el año 2009 se autorizó al SMP a tener acceso al programa de Microbiología para obtener la información más fácilmente y con mayor rapidez. Durante los últimos cuatro años se han identificados 345 casos de SARM.

- Diseño de una planilla de recogida de datos adaptada para estos gérmenes.
- Mejora y mantenimiento de una base de datos específica de SARM desde el año 2006.
- Creación de una base de datos de otros gérmenes multirresistentes desde el año 2009.
- Generación de un informe anual sobre la situación de estos gérmenes en el sector desde el año 2008.
- Elaboración de informes de alta en el 25% de los casos de SARM ingresados en el hospital. Información personalizada realizada por SMP a estos pacientes y sus familiares.
- En el 70% de los aislamientos el facultativo del SMP ha dejado constancia escrita en la hoja de evolución.
- Asesoramiento a unos 30 profesionales de Atención Primaria en casos concretos de infección/colonización.
- Formación específica a unos 100 profesionales del sector en materia de gérmenes multirresistentes a través de cursos específicos organizados por el SMP.

CONCLUSIONES. -Todavía estamos en fase de implementación de las actividades de la unidad y de difusión de la misma a Atención Primaria y Sociosanitaria.

- La creación de la unidad ha supuesto la detección más rápida y precisa de estos gérmenes y un mejor manejo de los casos de colonización/infección.
- La experiencia está siendo muy positiva, pero genera mucho trabajo al SMP que no dispone casi de recursos y no ha sido reconocida aún institucionalmente.

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **184**

TÍTULO. CUIDADOS QUE LA MUJER ACTUAL MANIFIESTA NECESITAR DURANTE EL PARTO, POSTPARTO Y PUERPERIO. ÁREA DE SALUD DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores: LUMBIERRES SUBIAS C

LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION . HOSPITAL DE BARBASTRO . MATERNO-INFANTIL (clumbierres@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Identificar cuidados que necesita la mujer de hoy en la fase de parto y parto expresado en encuesta telefónica.

Valorar que cuidados de enfermería manifiesta la puerpera en el postparto hospitalario.

Conocer que otros cuidados necesita la mujer en la actualidad durante el puerperio

MÉTODO. Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal a una población de mujeres de habla hispana, siendo madres en el año 2008 en Hospital de Barbastro.

Estudio mediante encuesta telefónica a una población representativa calculada con un margen de error del $\pm 5\%$.

Las respuestas de la entrevista fueron volcadas en programa de tratamientos de datos Excel

RESULTADOS. La encuesta se cursó a 90 mujeres, de las cuales se pudo contactar vía telefónica con 71 (78,8%), de éstas, el 100% respondió a la entrevista.

El grado de satisfacción general que la mujer expresa por los cuidados recibidos para ella y para su hijo en el ámbito hospitalario es de un 89 % entre bueno y muy bueno

El 74,3% de las encuestadas reconocen haber sido bien informadas sobre la documentación que recibieron al alta.

La valoración de los cuidados recibidos por la familia en el domicilio en el puerperio es muy buena y la mujer manifiesta sentirse segura en su entorno familiar

Existe una discreta dificultad en la tramitación de la documentación entregada al alta, que se valora en un 31% de la población para cierta dificultad y en el de un 4% para gran dificultad.

La pareja es la que cuida en primer lugar a la mujer durante la estancia hospitalaria, seguido de la madre de la puerpera en colaboración al 50% con el padre.

Se puede observar como la persona cuidadora de la puerpera suele ser la misma que la mujer refiere desear.

En la fase de pre-parto y parto las demandas más solicitadas fueron: presencia continua de la matrona, mayor eficacia en la analgesia, presencia del padre en todo el proceso del parto.

Durante la estancia hospitalaria la expresión de: "no precisar más ayuda que la recibida habitualmente" es la que predomina sobre el resto de variables, con un 70%.

Solo el 25% de madres reclaman, al llegar a casa, mayor liberación en las tareas cotidianas del hogar y del cuidado de otros hijos

CONCLUSIONES. El grado de satisfacción por los cuidados recibidos en el ámbito hospitalario tanto para la madre como para el niño es muy elevado.

Se observa que la tramitación de documentos (registro, seguridad social etc.) tras el alta es, en ocasiones, lenta y dificultosa.

La mujer se siente muy bien cuidada por su entorno familiar y, en su mayoría, dice estar con las personas que desea. Ve la importancia de la cercanía de la pareja durante el parto y el postparto hospitalario.

La madre comprende que hay situaciones, tras el parto, que se le presentan, que puede y sabe superar por sí sola y que asume sin problema como propias del momento.

Tras las respuestas obtenidas se pueden encontrar puntos mejorables para proporcionar unos cuidados de mejor calidad

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **323**

TÍTULO. TALLERES PARA CUIDADORES EN EL HCU LOZANO BLESA DE ZARAGOZA: EVALUACIÓN TRAS UN AÑO DE ACTIVIDAD

Autores: MARTIN BURRIEL MA, SANZ-PLUMED AV, CUELLO-ARAZO T, HERRERA-SERRANO AI, MARTINEZ-LOPEZ P, REGLA-RAUFAST AJ, GARCIA-ALLOZA E, PEREZ GARCIA MA

MARTIN BURRIEL MARIA ANGELES . HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA . UNIDAD DE VALORACION (enfermera-valoracion.hcu@salud.aragon.es)

OBJETIVOS. Generales:

Mejorar la información proporcionada a los cuidadores de pacientes dependientes.

Específicos:

Mejorar los conocimientos de los cuidadores sobre prevención de UPP.

Mejorar los conocimientos y habilidades de los cuidadores en la movilización del enfermo dependiente.

Prevenir efectos adversos por una incorrecta movilización.

Potenciar el autocuidado del cuidador y prevenir la sobrecarga del mismo.

Minimizar el impacto que supone la transición del hospital al domicilio.

MÉTODO. Se han implantado talleres semanales de hora y media a dos horas de duración. Los docentes son enfermeras y fisioterapeutas.

La captación la realizan distintos profesionales del hospital (enfermera de valoración, enfermeras de planta, fisioterapeutas y trabajadoras sociales) durante su actividad laboral.

RESULTADOS.

☺ Se han realizado 35 talleres en los que han participado 136 personas.

☺ El 81% de los participantes provienen de la planta de Traumatología, el 9% de Neurología y el 4% de Vascular, un 6% pertenecen a otros servicios.

☺ El 25% de los participantes son hombres y el 75% mujeres, en su mayoría familiares de los paciente. La media de edad 52 años.

☺ El 51% eran cuidadores principales del paciente antes del ingreso y un 27% debutarían como cuidadores.

☺ A la pregunta "¿Qué información necesita antes de ir a casa? la mayoría de las respuestas eran sobre movilidad y cuidados básicos.

☺ Todas las puntuaciones obtenidas en la valoración del taller estaban por encima de 7, puntuando con un 10 el 62% de los participantes.

☺ Todos los asistentes consideran que el taller va a serles de utilidad y lo recomendarían a otras personas.

☺ A la pregunta "¿Qué tendríamos que hacer para mejorar?" ha respondido la mitad de las personas que asistieron. De las respuestas obtenidas las más relevantes son: el 49% considera que no hay que modificar el contenido de los talleres, el 25% opina que habría que aumentar el tiempo del taller o impartir varios talleres cada semana para poder realizar más prácticas y a un 6% le gustaría practicar con el paciente. Un 9% cree que se debería hacer más publicidad de la existencia de los talleres.

☺ La mayoría de los participantes considera adecuado el actual horario

CONCLUSIONES.

☺ Los resultados que se han obtenido han sido muy positivos.

☺ No es necesario modificar el contenido de los talleres ya que las expectativas de los asistentes coinciden con lo que se ofrece.

☺ Tampoco hay que modificar el horario de los talleres.

☺ Es necesario mejorar la captación de cuidadores difundiendo eficazmente la existencia de los talleres

VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **140**

TÍTULO. PROGRAMA DE ATENCIÓN BUCODENTAL INFANTIL Y JUVENIL (PABIJ) EN ARAGÓN. ESTUDIO DE COBERTURA EN 2008

Autores: MEDINA GRACIA MJ, GASCON BRUMOS C, CORBACHO MALO MS, ABAD DIEZ JM, LAGUNA BERNA C, MUÑOZ DOMINGUEZ JI

MEDINA GRACIA MARIA JESUS. UNIDAD DOCENTE MPYSP ZARAGOZA 3. SALUD PUBLICA (suecla_99@yahoo.com)

OBJETIVOS. La prestación del programa de atención bucodental infantil y juvenil (PABIJ) se inició en el año 2005 con los niños nacidos en 1999.

En cada nuevo ejercicio, se incorpora la cohorte que cumple 6 años en el mismo y que continuará manteniendo la garantía de la asistencia bucodental hasta los 16 años.

El objetivo es analizar la cobertura alcanzada durante la campaña 2008

MÉTODO. A partir de la Base de Datos diseñada para realizar el seguimiento del programa de atención bucodental infantil y juvenil en Aragón, se ha realizado un análisis descriptivo de la cobertura alcanzada en 2008.

Dicho análisis se ha hecho por Sectores Sanitarios, provincias, edad y valores absolutos de cobertura

RESULTADOS. En 2008 la población diana del programa fue de 45.475 niños, de los que 45.239 correspondían a las cohortes de edad incluidas en el programa desde el año 1999 y 236 a niños con problemas de discapacidad. La cobertura global de Aragón en 2008 fue del 54.2%. La evolución de la cobertura en los 4 años de funcionamiento del Programa muestra una evolución ascendente muy importante. Por provincias, la cobertura fue mayor en Zaragoza y Huesca. Por Sectores Sanitarios destacan el Sector Zaragoza I y Huesca. En el año 2008 se atendió a 24.654 niños, de los que 266 eran niños con discapacidad. Se realizaron 19.086 tratamientos odontológicos

CONCLUSIONES. - La cobertura del PABIJ ha sido del 54,2% de la población diana, incrementándose en un 25% respecto al año 2007.

- El análisis del Programa se completará cuando finalice la inclusión de todas las cohortes (6 a 16 años) y se pueda valorar la efectividad de las medidas preventivas.
- Es necesario seguir realizando esfuerzos en la promoción del Programa para que la oferta llegue a toda la población.
- Las diferencias de cobertura, nos sugieren profundizar en sus causas mediante la recogida de información adicional: distribución de odontólogos (registro de habilitados), nivel socioeconómico de la población (INE), dispersión geográfica (mapas poblacionales) y conocimiento de la existencia del Programa (encuestas).