



FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Estudio sobre la viabilidad de la creación y apertura de una clínica dental solidaria en Dos Hermanas (Sevilla)



AUTOR: Manuel Rull de Alarcón

TUTOR: Dr. Antonio Castaño Séiquer

COTUTOR: Dr. Diego Rodríguez Menacho



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROF. DR. ANTONIO CASTAÑO SÉQUER, PROFESOR TITULAR ADSCRITO AL DEL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA, COMO DIRECTOR/A DEL TRABAJO FIN DE GRADO Y PROF. DR. DIEGO RODRÍGUEZ MENACHO, PROFESOR ASOCIADO ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA.

CERTIFICA: QUE EL PRESENTE TRABAJO TITULADO “ESTUDIO SOBRE LA VIABILIDAD DE LA CREACIÓN Y APERTURA DE UNA CLÍNICA DENTAL SOLIDARIA EN DOS HERMANAS (SEVILLA)”

HA SIDO REALIZADO POR MANUEL RULL DE ALARCÓN BAJO MI DIRECCIÓN Y CUMPLE A MI JUICIO, TODOS LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA SER PRESENTADO Y DEFENDIDO COMO TRABAJO DE FIN DE GRADO.

Y PARA QUE ASI CONSTE Y A LOS EFECTOS OPORTUNOS, FIRMO EL PRESENTE CERTIFICADO, EN SEVILLA A DÍA 2 DE JUNIO DE 2021.

CASTAÑO Firmado
SEIQUER digitalmente por
ANTONIO - CASTAÑO SEIQUER
28538735J - ANTONIO -
28538735J Fecha: 2021.06.02
10:49:55 +01'00'

D/Da ANTONIO CASTAÑO SÉQUER
TUTOR/A

D/Da DIEGO RODRÍGUEZ MENACHO
COTUTOR





Facultad de Odontología



D/Dña. **Rull de Alarcón, Manuel** con DNI **77869017 X** alumno/a del Grado en Odontología de la Facultad

de Odontología (Universidad de Sevilla), autor/a del Trabajo Fin de Grado titulado:

“Estudio sobre la viabilidad de la creación y apertura de una clínica dental solidaria en Dos Hermanas (Sevilla)”

DECLARO:

Que el contenido de mi trabajo, presentado para su evaluación en el Curso **2020-2021**, es original, de elaboración propia, y en su caso, la inclusión de fragmentos de obras ajenas de naturaleza escrita, sonora o audiovisual, así como de carácter plástico o fotográfico figurativo, de obras ya divulgadas, se han realizado a título de cita o para su análisis, comentario o juicio crítico, incorporando e indicando la fuente y el nombre del autor de la obra utilizada (Art. 32 de la Ley 2/2019 por la que semodifica el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, BOE núm. 53 de 2 de Marzo de 2019)

APERCIBIMIENTO:

Quedo advertido/a de que la inexactitud o falsedad de los datos aportados determinará la calificación de **NO APTO** y que **asumo las consecuencias legales** que pudieran derivarse de dicha actuación.

Sevilla 2 de Junio de 2021

**RULL DE
ALARCON
MANUEL -
77869017X**

Firmado digitalmente
por RULL DE ALARCON
MANUEL - 77869017X
Fecha: 2021.06.01
19:08:38 +02'00'

Fdo.: MANUEL RULL DE AL



ÍNDICE

1. Resumen.....	1
2. Introducción	
2.1 Limitación de la salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud.....	2-3
2.2 Vulnerabilidad y exclusión social en Andalucía.....	4
2.3 Análisis urbanístico de zonas con necesidad de transformación social (Z.N.T.S) y barrios vulnerables en Dos Hermanas.....	5-6
2.4 Historia y antecedentes de la Fundación Odontología Social Luis Séiquer.....	7
2.5 Perfil de los pacientes y cartera de servicios de la clínica dental Solidaria de Dos Hermanas.....	8-9
2.6 Valores corporativos de la clínica dental solidaria.....	10
2.7 COVID-19.....	10
3. Objetivos.....	11
4. Hipótesis.....	11
5. Método.....	11
6. Resultados.....	11-18
7. Discusión.....	18-20
8. Conclusión.....	21
9. Bibliografía.....	21-25

1.-RESUMEN

La ciudad de Dos Hermanas presenta un porcentaje muy elevado de personas en situación de exclusión social además de una tasa de paro y unos niveles de pobreza que están por encima de la media en España. El estudio valora la creación y mantenimiento de una clínica dental solidaria en Dos Hermanas que pueda dar cobertura bucodental a los colectivos más desfavorecidos. Se valora la viabilidad económico-financiera y la demanda potencial de dicho proyecto. Se realiza un estudio de los costos de creación y mantenimiento. Se presenta los colectivos con mayor necesidad asistencial y los protocolos de actuación. Todo ello podría ser posible gracias a la Fundación Odontología Social Luis Séiquer junto con el apoyo económico de instituciones tanto públicas como privadas.

1.- ABSTRACT

The city of Dos Hermanas has a very high percentage of people in a situation of social exclusion in addition to an unemployment rate and poverty levels that are above the average in Spain. The study makes it possible to assess the creation and maintenance of a solidarity dental clinic in Dos Hermanas that can provide oral coverage to the most disadvantaged groups. The economic-financial and socio-cultural viability of the implementation of said solidarity clinic is assessed, carrying out an exhaustive study of the creation and maintenance costs in addition to determining the most vulnerable groups and their treatment needs. All of this could be possible thanks to the Fundación Odontología Social Luis Séiquer together with the financial support of both public and private institutions.

2.- INTRODUCCIÓN

2.1) Limitación de la salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud

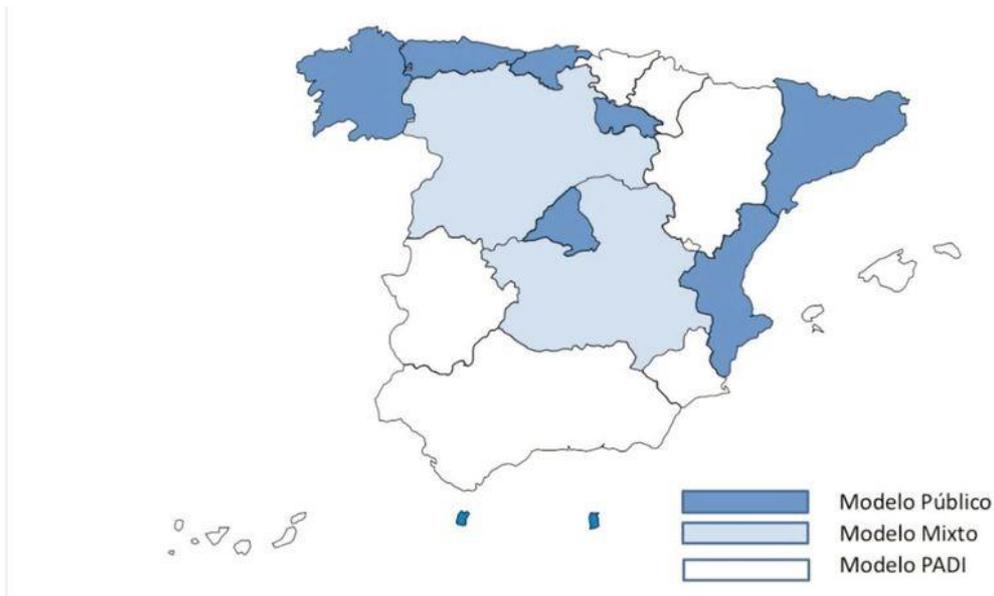
La asistencia sanitaria en España es universal, es decir, engloba a todos los españoles. Esto permite que mediante el Sistema Nacional de Salud podamos acceder a las prestaciones y servicios sanitarios siempre y cuando lo necesitemos. No obstante, a pesar de que la salud bucodental constituye una parcela fundamental del estado de salud del individuo y la colectividad, las prestaciones son muy limitadas. En la cartera de servicios del Sistema Andaluz de Salud se garantiza el tratamiento de forma gratuita de los procesos agudos bucodentales, es decir:

- Exodoncias
- Tratamiento de osteoflemones
- Pulpitis agudas
- Celulitis cervicofaciales

Existe una diferencia abismal entre el porcentaje del gasto en servicios dentales cubierto por la sanidad pública en nuestro país en comparación con la gran mayoría de países europeos. En España apenas se destina un 1% mientras que por ejemplo en Alemania este porcentaje alcanza el 68%. La media de los países de la UE se encuentra alrededor del 30% según datos de la Comisión Europea.¹

Por otro lado, en Andalucía también disponemos de un sistema de atención dental exclusivo para niños y adolescentes de entre 6 y 15 años (modelo PADI) regulado por el Decreto 521/2019 de 23 de julio. En dicho programa asistencial se incluyen diversos tratamientos odontológicos como son tartrectomías, exodoncias en piezas temporales y permanentes, sellado de fosas y fisuras, obturaciones... Sin embargo, siguen quedando excluidos algunos tratamientos imprescindibles como son los tratamientos reparadores en dientes temporales o la ortodoncia.²

La población infantil de menos de 6 años no está incluida en este modelo asistencial lo que significa que no tienen acceso a los diversos tratamientos preventivos y restauradores. No podemos olvidar que según la Academia Americana de Odontopediatría la edad óptima para la primera visita del niño a la clínica dental debe ser entre los 6 y los 12 meses de edad.³



(Figura 1: Modelos de prestación de servicios por comunidades autónomas. ⁴

Las comunidades autónomas del País Vasco, Navarra, Andalucía, Aragón Baleares, Canarias, Extremadura, Murcia y Madrid (esta última desde el año 2018) tienen el Modelo PADI. Este modelo permite la implantación de tarifas fijas para la atención general de los niños. En definitiva existe una atención descentralizada de la salud bucal en niños ya que dependiendo de la comunidad autónoma se podrán adquirir una serie de prestaciones u otras.⁴

Con todo esto, podemos llegar a la conclusión de que, a pesar de las diversas ayudas por parte del Sistema Nacional de Salud, existe una estrecha relación entre el nivel socioeconómico y la salud oral, ya que hay diversas prestaciones odontológicas que solo podrán ser adquiridas por aquella parte de la población que tenga los recursos económicos suficientes. Es por esto por lo que la odontología es una profesión que se ejerce de forma genérica en clínicas privadas.

Por ello, podemos afirmar que existe una fuerte vinculación entre los colectivos más desfavorecidos y la prevalencia de las distintas enfermedades orales, viéndose sin solucionar la inequidad en el ámbito de la salud bucodental.⁵

Más concretamente, pese que desde que se realizó la reforma sanitaria a finales de los 80 que ponía en marcha el programa de salud bucodental de la Junta de Andalucía, la cobertura asistencial es mayor, sigue habiendo un déficit acuciante y que se hace más notable dependiendo de que zona. Según un informe del CCOO (año 2020) que evalúa el número de efectivos por distritos sanitarios y de gabinetes por provincias con datos recogidos en la oficina de Transparencia de Servicio Andaluz de Salud, existe una distribución desigual por provincias, siendo Málaga y Sevilla las más perjudicadas.⁶

En la provincia de Sevilla hay tan solo 41 gabinetes y una población con tarjeta individual sanitaria de alrededor de 2 millones de personas. Esto provoca que la ratio de pacientes por gabinetes (y por dentistas) este muy por encima de la media andaluza. Lógicamente

una clínica dental solidaria en Dos hermanas (Sevilla) aliviaría esta situación de desigualdad.

2.2) Vulnerabilidad y exclusión social en Andalucía

Existen millones de personas en todo el mundo que sufren de exclusión por parte de nuestra sociedad. Esto está provocado por la incapacidad de dichas personas para poder acceder a los servicios básicos de calidad debido a limitaciones económicas, políticas y sociales. Por todo esto, aquellos entornos donde predomina la pobreza son en donde más se producen situaciones de exclusión social. Es imprescindible que intentemos abolir las inequidades sanitarias (definido por la “OMS” como las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países.)^{7 8 9}

Andalucía es la comunidad autónoma con mayor número de habitantes de España contando con 8.465.236 habitantes (según el censo 2021) y cuenta con una extensión de 87 268 km².¹⁰

Según datos del último Informe sobre el Estado de la Pobreza en Andalucía hay un 37,7% de la población que vive en riesgo de exclusión social, lo que supone que dicha autonomía está entre las regiones con mayor porcentaje de exclusión superando en más de 13 puntos a la media española. Para la EAPN-Andalucía (entidades sociales que conforman la Red Andaluza de Lucha contra la Pobreza y Exclusión Social) la Tasa AROPE (indicador de pobreza y/o exclusión social) es un 49% más elevada que la media nacional. En 2019 había 3,17 millones de personas en riesgo de pobreza en Andalucía.¹¹

Este dato está suscitado por algunos factores relevantes como son la elevada tasa de paro o el bajo porcentaje de escolarización en aquellas zonas donde predomina la pobreza. Para ello en el año 2017 se puso en marcha la Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social. Este proyecto tiene como objetivo el establecer mecanismos de compensación para que haya mayor igualdad de oportunidades en los distintos ámbitos como son la educación, la salud o el empleo. Entre las actuaciones que se están desarrollando en el marco de este proyecto cabe destacar:¹²

- La elaboración de un diagnóstico e identificación de las zonas desfavorecidas en Andalucía.
- Diseño y elaboración de la estrategia regional.
- Dinamización de espacios de trabajo.
- Formación de agentes del territorio.
- Elaboración de planes locales de intervención.
- Gestión y seguimiento de la financiación aportando así ayudas financieras a proyectos de Entidades Locales y Organizaciones sin ánimo de lucro.

2.3) Análisis urbanístico de zonas con necesidad de transformación social y barrios vulnerables en Dos Hermanas

No existen una gran cantidad de estudios analíticos sobre los barrios más vulnerables en España (el más reciente a nivel nacional se realizó en 2006) debido al enorme esfuerzo que conlleva un seguimiento continuo de ello. No obstante, se han utilizado tres indicadores (estudios, vivienda y desempleo) con el fin de detectar y delimitar aquellas zonas de mayor vulnerabilidad.

Según la secretaría de estado de vivienda y actuaciones urbanas del gobierno de España, se entiende como área estadística vulnerable a la “Agrupación de secciones censales colindantes y de cierta homogeneidad urbanística, de entre 3.500 y 15.000 habitantes en las que al menos uno de los tres Indicadores de Vulnerabilidad (índice de estudios, de paro o de viviendas) del conjunto supere el valor establecido como referencia.¹³

La ciudad de Dos Hermanas es el municipio sevillano con mayor población por detrás de la capital contando con más de 135 000 personas. Una de las conclusiones que podemos sacar del plan estratégico regional, antes mencionado, es que existe una relación directamente proporcional entre el surgimiento de las zonas desfavorecidas y la concentración de población en ámbitos urbanos, existiendo barreras físicas segregacionistas por parte de la sociedad y generando pues, deterioro del capital social y aumento de exclusión. En otras palabras, existe una necesidad imperativa de fomentar las ayudas en aquellos núcleos urbanos con una población bastante considerable, como es el caso de Dos Hermanas.

Más concretamente, en cuanto a su zona demográfica, cuenta con 7 barriadas en grave riesgo de exclusión y que forman parte de la Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social que son:¹⁴

- Ibarburu
- Costa del Sol
- La Jarana
- Miravalle
- Los Montecillos
- El Chaparral
- Cerro Blanco

La descripción urbanística de todos estos barrios tiene en común en cuanto a la percepción socioeconómica la elevada tasa de paro y el bajo índice de alfabetización.

Según los últimos análisis urbanísticos realizados por el gobierno de España es el barrio de Ibarburu el que tiene mayor población en riesgo de vulnerabilidad, superando con creces el valor establecido como referencia en los indicadores de paro, falta de estudios y ausencia de vivienda digna.

En referencia al desempleo en Dos Hermanas, hay alrededor de 17 000 parados, lo que comprende una tasa de paro del 25,04%, siendo así el 4 municipio sevillano con mayor desempleo solamente por detrás de Utrera, Alcalá de Guadaíra y Sevilla capital.

Además, debido a la pandemia de la COVID-19 este porcentaje irá en aumento, estando ya más de 3 puntos por encima de cuando empezó a expandirse el virus.

Nº	Municipio	Tasa de Paro	Nº parados	Población
1	Utrera - Sevilla - Andalucía	30,46%	7.685	50.962
2	Alcalá de Guadaíra - Sevilla - Andalucía	26,82%	9.918	75.533
3	Sevilla - Sevilla - Andalucía	25,21%	83.951	691.395
4	Dos Hermanas - Sevilla - Andalucía	25,04%	16.895	135.050
5	Mairena del Aljarafe - Sevilla - Andalucía	20,71%	4.842	46.555

(Figura 2: Municipios de la provincia de Sevilla con mayor desempleo) ¹⁵

Fecha	Tasa de Paro Registrado	Nº de parados registrados	Población
Marzo 2021	25,04%	16.895	135.050
2020	24,57%	16.669	135.050
2019	21,70%	14.173	133.968
2018	22,45%	14.452	133.168
2017	24,28%	15.348	132.551

(Figura 3: Tasa de paro y número de parados registrados en Dos Hermanas 2017-2021) ¹⁵

Vemos que la tasa de paro ha aumentado de forma considerable en estos últimos dos años llegando a valores que supone que 1 de cada 4 personas de la población activa se encuentra sin trabajo.

2.4) Historia y antecedentes de la Fundación Odontología Social Luis Séiquer

La Fundación Odontología Social Luis Séiquer (FOS) fue creada en el año 2009 por el profesor de la Facultad de Odontología de Sevilla, Antonio Castaño Séiquer. El objetivo de esta entidad sin ánimo de lucro no es otro que el de promover la salud bucodental en aquellos colectivos que se encuentran en riesgo y/o situación de exclusión social.

Además de dichos fines sanitarios, también se realizan campañas educativas y culturales orientadas a dar asistencia social a quienes lo necesiten. La FOS tiene un doble objetivo ya que no solo desarrolla su actividad con un propósito social, sino que también tiene un propósito docente. Los alumnos que así lo deseen podrán ampliar sus conocimientos, reforzar en valores y adquirir experiencia a través del Máster en Odontología Familiar y Comunitaria de la Universidad de Sevilla.¹⁶

Son ya más de 10 años los que la FOS lleva trabajando con los grupos más vulnerables tanto en España, como a nivel internacional lo que supone una mejoría en la calidad de vida de miles de personas, independientemente de su raza, sexo u origen. A nivel internacional podemos destacar los proyectos realizados en Tetuán (Marruecos), República Dominicana o Yucatán (México), entre otros.^{17 18 19 20 21 22 23}

Además de los numerosos proyectos que han realizado, cabe mencionar que han conseguido implantar clínicas dentales solidarias en distintas localidades a lo largo del territorio nacional como son el caso de Jerez de la Frontera (Cádiz)²⁴, Madrid²⁵, Huelva²⁶ o la ciudad autónoma de Melilla²². Sin ir más lejos, este último proyecto fue premiado por el Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España en tres ediciones (2012, 2015 y 2016). Dichas clínicas son dignas de mención por la similitud de lo que se expone en este estudio.²⁷

La FOS cuenta con el apoyo de distintas entidades públicas y privadas como son la Obra Social La Caixa, Cáritas Diocesana de Sevilla, Cruz Roja Española, además del apoyo de otros colectivos odontológicos y de la industria farmacéutica que permiten el desarrollo de su labor social.



(Figura 4: Firma de un convenio de colaboración entre representantes de la FOS y la Obra Social La Caixa.)²⁸

2.5) Perfil de los pacientes y cartera de servicios de la clínica dental solidaria

Los pacientes que vamos a tratar en cualquier clínica solidaria suelen tener una serie de características comunes como son la pobreza o la exclusión social. Dentro de este colectivo se incluye a cualquier persona independientemente de su raza o condición física (inmigrantes, portadores de VIH, drogodependientes...).^{29 30 31 32 33 34 35 36} No obstante, debemos cerciorarnos de que verdaderamente estamos ayudando a aquellos que más lo necesitan, y para ello hay que cumplir algunos parámetros. Es importante que presenten un informe de su situación económica o incluso de su estado de salud cuando padezca de alguna enfermedad infectocontagiosa (como por ejemplo la hepatitis B) garantizando la seguridad tanto de los trabajadores como de los propios pacientes. En muchas ocasiones serán otras entidades solidarias las que realizarán un “diagnóstico social” del paciente acreditando la necesidad de la realización del tratamiento y asumiendo los costos mínimos. Con ello nos aseguraremos de que verdaderamente vamos a intervenir a aquellos que no pueden costearse el tratamiento en una clínica privada.

Los pacientes por tratar suelen haber tenido problemas educativos incluso atenderemos a un porcentaje bastante elevado que hayan sufrido abandono escolar y analfabetismo. Por ello, la tendencia será que el estado bucodental de gran parte de los pacientes sea deficiente, debido entre otras cosas al desconocimiento suscitado por falta de estudios y educación. Por este motivo, debemos hacer hincapié en realizar una estrategia educativa y de promoción de la salud oral. Con esto, pretendemos que entiendan la importancia de tener una buena higiene dental. En definitiva, todo aquel tratamiento preventivo puede ser de gran ayuda.^{37 38}

No podemos olvidar que el estado bucodental de un paciente no solo influye en su salud, sino en su día a día. Una boca enferma puede producir insatisfacción con el aspecto y una baja autoestima, lo que termina desembocando en exclusión social y laboral. Por todo esto, la clínica dental solidaria debe poner al alcance del paciente cualquier tratamiento que este requiera, lo que incluye los diagnósticos orales, preventivos, conservadores, endodoncia, prótesis o cirugía.

En cuanto a los tratamientos más demandados, dependen entre otros factores de la edad. La Encuesta Nacional de Salud de España (año 2017) demuestra que conforme se avanza en edad, las limpiezas y las obturaciones van aumentando hasta alcanzar la mayor frecuencia en la edad comprendida de entre 35 y 45 años. También crece la necesidad de tratamiento en encías, colocación de prótesis e implantes y las extracciones. La aplicación de flúor se concentra en la infancia.³⁹

Esta misma encuesta (ENSE 2017) revela que conforme se desciende en la escala social las extracciones, el sangrado de encías, el movimiento de piezas y las obturaciones son más frecuentes mientras que las personas con un nivel socioeconómico alto tienden a requerir otros tratamientos como una tartrectomía u ortodoncia.³⁹

Existen estudios que verifican la relación significativa entre la pobreza y el bajo nivel educativo con la prevalencia de caries y edentulismo como es el caso del realizado por el doctor Juan Carlos LLodra Calvo, profesor titular de la Universidad de Granada. «**A los 12 años la prevalencia de caries en los países pobres es del 67%, mientras que en los**

ricos es del 45%». Y en cuanto al edentulismo, dice lo siguiente: «con casi la mitad de la población (46 de cada cien personas) sin dientes cuando ese nivel es bajo y una prevalencia del 7% en niveles educativos altos». (Equidad y salud oral. Contexto mundial)⁴⁰

Entre los problemas más frecuentes se encuentran la caries dental, enfermedad periodontal, maloclusión y la gingivitis en niños. “La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la pobreza y las desigualdades sociales juegan un papel fundamental en la presencia de enfermedades orales. Tanto en España como en el resto del mundo Occidental se relaciona las caries y la enfermedad periodontal con la pobreza (independientemente de la edad) ya que el alto consumo de azúcares refinados y medidas higiénicas deficientes son más comunes en la población con menos recursos. Existen varios estudios que certifican la relación directa entre la pobreza y las enfermedades orales (caries, enfermedad periodontal y sangrado gingival)⁴¹

	2.013	2.014	2.015
ENDODONCIAS.	101	116	101
EXODONCIAS.	252	332	504
OBTURACIONES.	677	692	749
PROTESIS (CITAS, PRUEBAS Y REVISIONES)	589	628	630
RASPADOS Y ALISADOS	20	24	4
COMPOSTURAS.	18	20	6
CURETAJES.	11	16	38
ORTOPANTOMOGRAFIAS.	2	4	--
TARTECTROMIA.	33	40	25
PULPOTOMIA.	2	4	3

(Figura 5: Tratamientos efectuados en centro dental de Sevilla de la FOS durante los años 2013-1015) ⁴²

En esta imagen vemos los tratamientos realizados por la Fundación Odontología Social Luis Séiquer en su centro dental de Sevilla durante los años 2013-2015. Hoy en día, el volumen de trabajo es mucho mayor, ya que atienden a un mayor número de personas. No obstante, esta imagen nos sirve como ejemplificación de aquellos tratamientos más demandados en un centro solidario. Cabe destacar el elevado número de obturaciones, exodoncias y prótesis realizadas lo que pone en manifiesto el mal estado bucal de los pacientes que se trataron.⁴²

Todos los pacientes serán tratados por odontólogos debidamente colegiados que proporcionarán un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado.

2.6) Valores corporativos de la clínica dental solidaria

En una clínica dental solidaria existen algunos aspectos vitales y elementos diferenciadores que la hacen distinta a una clínica convencional y que son absolutamente fundamentales para que haya un correcto funcionamiento por parte de esta. Los valores corporativos de nuestra clínica dental solidaria son:

- **Respeto:** Todos los pacientes serán tratados con el máximo respeto y con educación ejemplar. No podemos olvidar que atenderemos a personas de distinto nivel sociocultural y no por ello merecen un trato diferente.
- **Igualdad:** El dentista actuará de forma igualitaria con todos sus pacientes, independientemente de la raza, sexo, opinión, religión u otra condición.
- **Calidad:** Los diversos tratamientos serán efectuados por odontólogos colegiados e higienistas (cuando proceda) garantizándose una atención odontológica de calidad.
- **Veracidad:** El paciente deberá recibir información veraz y objetiva por parte del odontólogo sobre su diagnóstico y plan de tratamiento, para así no crear falsas expectativas sobre el resultado final.
- **Confidencialidad:** Debemos seguir las reglas del secreto profesional, la información relativa a un paciente será aportada a este o a una persona autorizada por él.
- **Satisfacción:** Siempre intentaremos que tanto la satisfacción de nuestros trabajadores como de los pacientes sea plena para así crear un ámbito agradable de trabajo y cumplir con las expectativas creadas.
- **Continuidad:** Es de extrema importancia que nuestra clínica dental solidaria tenga continuidad en el tiempo para así obtener una valoración real de su impacto social y económico sobre los más necesitados.^{43 44}

2.7) COVID-19

La pandemia mundial está provocando que se agrave de forma preocupante la brecha de pobreza y desigualdades en Andalucía y en España en general. Se ha producido un incremento de las solicitudes de ayudas de los servicios sociales y cada vez son más familias las que hacen cola demandando alimentos y ayuda. La Red Andaluza de Lucha contra la Pobreza y Exclusión social han mostrado su preocupación a través de un escrito donde exponen las consecuencias de la pandemia para aquellos colectivos más vulnerables, como por ejemplo, el incremento de situaciones de precariedad o la ralentización del pago y las complicaciones en la tramitación de las rentas mínimas y del Ingreso Mínimo Vital.⁴⁵

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la viabilidad socioeconómica de la creación y mantenimiento de una clínica dental solidaria en Dos Hermanas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar cuales son los colectivos más vulnerables y sus necesidades de tratamiento.
- Comparar el estado bucodental de la población según su sexo, edad, escolarización y su grado de exclusión.
- Identificar los barrios de Dos hermanas con mayor riesgo de exclusión.
- Valorar todos los costos y beneficios de la creación y el mantenimiento de la clínica dental solidaria.

4. HIPÓTESIS

La falta de ayudas sociales en el ámbito odontológico y la gran cantidad de personas en estado de exclusión social, política y/o económica en la ciudad de Dos Hermanas dificulta el acceso a los servicios de salud oral. Esto justificaría la creación y el mantenimiento en el tiempo de una clínica dental solidaria en Dos Hermanas.

5. MÉTODO

Se ha realizado un estudio observacional de tipo descriptivo y transversal del municipio de Dos Hermanas mediante la adquisición de información sobre estudios sociales, epidemiológicos y económicos realizados en Andalucía y más específicamente en Dos Hermanas. Hemos partido de una hipótesis motivadora y el enfoque metodológico está basado en la recogida de datos tanto cuantitativos como cualitativos.

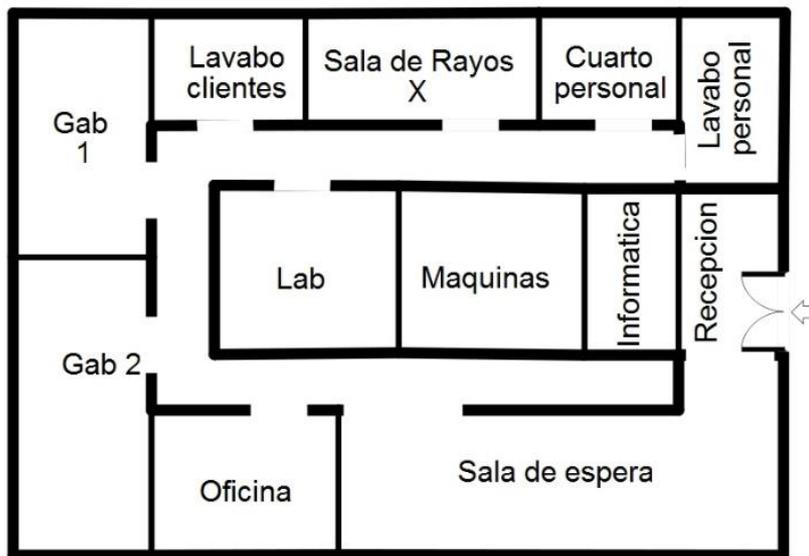
6. RESULTADOS

PLAN DE OPERACIONES

Localización: Nuestra clínica dental solidaria deberá estar situada en una zona de fácil accesibilidad para aquellos pacientes que más la necesitan, que en este caso suelen ser personas procedentes de barrios marginales y periféricos por lo que no sería una buena opción montarla en el casco antiguo o en otros lugares de difícil acceso. Como norma general, son las propias instituciones municipales las que colaboran con las fundaciones

para la adecuación del local llegando incluso a ceder algún local municipal para el desarrollo de la actividad.

En cuanto a la **distribución en planta**, deberá contar con una recepción destinada a recibir al paciente y con una sala de espera que será donde aguarden para ser atendidos. También debe tener un laboratorio que sirva para la esterilización y almacén de materiales e historias clínicas. Además, dispondrá de aseos (tanto para pacientes como para trabajadores) y sala de máquinas y rayos X. Por último y no por ello menos importante, debe tener al menos 2 o 3 gabinetes donde se realizará el diagnóstico y tratamiento por parte del odontólogo.⁴⁶



(Figura 6: Ejemplo de una posible distribución en planta de la clínica.)⁴⁶

Descripción de los puestos de trabajos: En toda clínica dental (sea o no solidaria) es necesaria la contratación de otros trabajadores además de los propios odontólogos que elaboren el trabajo. Todos ellos deberán tratar al paciente de forma cercana y con el máximo respeto posible.

Requeriremos de al menos un higienista bucodental por cada odontólogo que esté trabajando. Sus funciones serán todas aquellas que estén relacionadas con las de auxiliar al odontólogo, como por ejemplo la preparación de los gabinetes, desinfectar y esterilizar los materiales utilizados...

También debemos tener un recepcionista encargado de dar las citas y atender las llamadas entre otras funciones.

Es necesaria también, al menos, una persona que lleve a cabo todo lo relacionado con la gestión y administración de la clínica dental solidaria.

Será el Patronato de la Fundación el que confeccionará las cuentas anuales, el inventario de los elementos patrimoniales etc.

MARKETING

Hemos podido observar a lo largo de estos últimos años cómo existen clínicas dentales privadas que realizan estrategias de marketing muy agresivas que buscan la captación y fidelización del máximo número de pacientes para así conseguir sus objetivos, que no es otro que el de lograr la mayor cantidad de ingresos posible.

No obstante, el plan de marketing de nuestra clínica solidaria debe estar enfocada en ayudar al mayor número de personas pertenecientes a aquellos colectivos más vulnerables, garantizándoles un servicio de calidad y completo. Además, también debemos conseguir la financiación de diversas entidades solidarias e instituciones públicas (como por ejemplo el ayuntamiento de Sevilla a través de su delegación de bienestar social, empleo y planes integrales de transformación social) para así poder afrontar los múltiples gastos.

Para lograr estos objetivos debemos utilizar herramientas básicas de marketing como por ejemplo la promoción de la clínica dental solidaria a través de la prensa local y radio de Dos Hermanas. O por ejemplo buscando la colaboración de personas influyentes que permita dar visibilidad a nuestra clínica. En proyectos anteriores como los realizados en Huelva y Jerez de la Frontera por la Fundación de Odontología Social Luis Séiquer ya se había utilizado este procedimiento para darse a conocer.

BENEFICIOS

- Mejoría de aspectos psicológicos de pacientes tratados
- Aumento de la inclusión social
- Creación de oportunidades de trabajo (aumento inserción laboral)
- Mayor concienciación social por parte de las instituciones públicas
- Mejora de la calidad de vida de grupos vulnerables
- Prevención frente a futuras enfermedades bucodentales

Se realizarán **talleres de prevención y promoción de la salud oral**. Se llevará a cabo una planificación del diseño de los talleres para buscar no solo la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación por parte del paciente para que así el aprendizaje sea más sencillo y dinámico. No podemos olvidar que como norma general trataremos con gente con un nivel académico y de escolarización bajo, por lo que debemos hacer hincapié en intentar captar su atención. Estos talleres servirán para concienciar a nuestros pacientes de la importancia de una buena higiene oral, evitándose así futuras enfermedades y tratamientos odontológicos. También debemos recordar que el objetivo de nuestra clínica solidaria no es el de recaudar la mayor cantidad de dinero, sino el de ayudar a mejorar la salud oral del mayor número de personas.

La siguiente fase consistirá en la **atención odontológica** de aquellos que lo requieran. Se realizarán los tratamientos pertinentes por parte del grupo de profesionales que trabajen

en la clínica. Todo ello irá acompañado de un exhaustivo **control y seguimiento** para evitar posibles complicaciones o conductas de riesgo por parte de nuestros pacientes. Con ello intentaremos evitar que el tratamiento realizado haya sido en vano.

También se realizará una **evaluación del proyecto** para asegurarnos de que, efectivamente, se están proporcionando una serie de bienes o servicios a aquellos que no poseen recursos para solventarlos de forma autónoma. Se realizarán pequeñas encuestas de satisfacción que confirmen la práctica de los valores corporativos de nuestra clínica dental y se analizará el número de pacientes atendidos anualmente.

Por último, se procederá a la **coordinación con otras fundaciones y entidades solidarias** que permitan a nuestro paciente optar a una mayor inclusión social, por ejemplo, a través de programas de inserción laboral y atención psicológica. Con esto, se pretende alcanzar una mejoría no solo a nivel oral, sino de todos los factores que favorezcan una mejor de calidad de vida de los colectivos más necesitados.

COSTES

Dentro de este apartado debemos incluir tanto la inversión inicial como los gastos mensuales (variables) y fijos (sueldos y limpieza) que vamos a tener en la clínica además de los costes de aparatología y materiales.

Inversión inicial:^{47 48}

- Adecuación del local: 30.000 euros.
- Gasto inicial en materiales y consumibles: 7.747 euros.
- Costes del mobiliario: 45.720 euros.

Mantenimiento mensual:

Dentro del mantenimiento mensual de cualquier clínica debemos de incluir una serie de gastos como son el alquiler del local, el agua, la luz, la limpieza del local, el gasto telefónico, los materiales y consumibles a reponer, los sueldos de los trabajadores etc. Todo ello variará mes a mes dependiendo de algunos factores como puede ser la demanda de pacientes o el horario de apertura. No obstante, basándonos en las fuentes consultadas, se puede dar una estimación de lo que gastaremos mensualmente en nuestra clínica que será de alrededor de 11.000 euros incluyendo tanto los gastos fijos (por ejemplo los sueldos) como los gastos variables (la luz, el agua etc).

Costes del mobiliario:

PRODUCTO	UNIDADES	PRECIO	TOTAL
SILLÓN DENTAL ASTRAL FEDESA	2	9.954,00 €	19.908,00 €
COMPRESOR TORNADO T2 DURR	1	2.610,72 €	2.610,72 €
MOTOR DE ASPIRACIÓN DURR	2	1.209,60 €	2.419,20 €
AUTOCLAVE WH LINA 22LITROS	1	3.981,60 €	3.981,60 €
RAYOS X INTRAORALES DURR	1	3.200 €	3.200 €
SEPARADOR DE AMALGAMA DURR 2 EQUIPOS	1	1.970,74 €	1970,74 €
VÁLVULA DE CORTE ESCUPIDERA	2	562,28 €	1.124,55 €
LÁMPARA DE POLIMERIZAR	2		
CUBA DESINFECCIÓN ULTRASONIDOS	1	631,26 €	1.262,52 €
PACK ROTATORIOS WH	2	167,92 €	167,92 €
MUEBLES GABINETES	2	1.289,23 €	2578,46
MUEBLE ESTERILIZACIÓN	1	756,80 €	756,80 €
ORDENADORES	3	756,80 €	2.100,00 €
MUEBLE RECEPCIÓN	1	300,00 €	300,00 €
MUEBLE ARCHIVADOR	1	250,00 €	250,00 €
SILLA RECEPCIONISTA	1	100,00 €	100,00 €
SILLAS SALA DE ESPERA	8	200,00 €	200,00 €
TOTAL			45.720,28 €

Costes Materiales:

PRODUCTO	UNIDADES	PRECIO	TOTAL
KIT EXPLORACIÓN	20	19,18 €	383,60 €
SONDAS PERIODONTALES	5	26,50 €	132,50 €
JERINGAS ANESTESIA	4	38,46 €	153,84 €
KIT FORCEPS	3	480,00 €	1.440,00 €

PRODUCTO	UNIDADES	PRECIO	TOTAL
BOTADORES	6	32,95 €	197,70 €
CUCHARILLAS LEGRAR	5	15,29 €	76,45 €
PORTA AGUJAS	3	38,49 €	115,47 €
TIJERAS	2	23,99 €	47,98 €
KIT CURETAS	2	170,00 €	340,00 €
ESPONJAS COLÁGENO	8	21,55 €	172,40 €
SUTURA 3/0	4	21,22 €	84,88 €
PIEDRA AFILAR CURETAS	1	35,00 €	35,00 €
FRESAS BOLA	3	16,99 €	50,97 €
FRESAS BALON RUGBY	3	16,99 €	50,87
DISCOS PULIDO	1	126,50 €	126,50 €
FRESAS LANZA	2	16,99 €	33,98 €
BASE CAVITARIA	1	196,81 €	196,81 €
KIT MATRICES Y CUÑAS	1	401,68 €	401,68 €
COMPOSITE	8	42,00 €	336,00 €
INSTRUMENTO ESPÁTULA/BOLA	8	13,88 €	111,04 €
INSTRUMENTO CONFORMADOR DE SURCOS	8	32,23 €	257,84 €
ÁCIDO GRABADOR	4	12,63 €	50,53
EXCAVADORES	4	13,26 €	53,04 €
ADHESIVO	2	55,52 €	111,04 €
PINCELES	4	3,39 €	13,56 €
PAPEL REGISTRO MORDIDA	2	16,75 €	33,50 €
FRESAS ENDO Z	1	44,85 €	44,85 €
IRM	1	45,96 €	45,96 €
FRESEROS	2	6,63 €	13,26 €
KETAC CEM	1	70,81 €	70,81 €
LIMAS MANUALES	16	10,05 €	160,80 €
PUNTAS DE PAPEL	16	8,67 €	138,62 €
CEMENTO SELLADOR	2	96,18 €	96,18 €
CONDENSADORES	2	24,75 €	29,50 €
PUNTAS GUTAPERCHA	16	10,29 €	164,64 €
MECHERO ALCOHOL	1	18,56 €	18,56 €
LOCALIZADOR DE APICES	1	411,41 €	
CAVIT	2	7,03 €	14,06 €
KIT AISLAMIENTO	1	92,94 €	92,94 €
PORTA CLAMPS	1	73,25 €	73,25 €
DIQUES DE GOMA	1	18,80 €	18,80 €
PERFORADOR DIQUE	1	65,49 €	65,49 €
JERINGAS IRRIGAR	1	39,97 €	39,97 €
PASTA PROFILAXIS	1	27,30 €	27,30 €
CEPILLOS PROFILAXIS	1	27,69 €	27,69 €

FLUOR	1	22,82 €	22,82 €
CUBETAS FLUOR	3	15,18 €	45,54 €
GUANTES	20	4,98 €	99,60 €
MASCARILLAS	2	4,47 €	8,94 €
GAFAS	2	17,00 €	34,00 €
EYECTORES	5	2,62 €	13,10 €
BANDEJAS PLASTICO	2	33,15 €	66,30 €
BABEROS	2	18,45 €	36,90 €
PINZAS PARA BABEROS	2	6,80 €	13,60 €
VASOS PLÁSTICO	2	47,53 €	95,06€
GASAS	4	1,28 €	1,28 €
ROLLOS ALGODÓN	2	6,68 €	13,36 €
BOLSAS ESTERILIZAR	6	13,56 €	81,36 €
BOLITAS DE ALGODÓN	1	12,21 €	12,21 €
CONTENDOR ROLLOS ALGODÓN	2	19,83 €	39,66 €
INDICADOR BIOLÓGICO AUTOCLAVE	1	85,62 €	85,62 €
DESINFECCIÓN ASPIRACIÓN	1	50,13 €	50,13 €
DESINFECCIÓN MATERIAL	2	19,49 €	38,98 €
DESINFECCIÓN SUPERFICIES	3	16,15 €	48,45 €
RADIOGRAFIAS AUTORREVELABLES	2	42,50 €	85,00 €
DELANTAL PLOMADO	1	170,00	170,00
AGUJAS ANESTESIA	4	14,39 €	57,56 €
ANESTESIA	4	43,86 €	175,44 €
CONTENEDOR AGUJAS	2	17,00 €	32,00 €
TOTAL			7.747,71 €

ANÁLISIS DAFO

Mediante el análisis DAFO podemos observar cuáles son nuestros puntos débiles y cuáles son los aspectos destacables de nuestra futura clínica, lo que nos puede ayudar a mejorar nuestra toma de decisiones y a obtener una visión global de aquello que debemos mejorar.

Análisis interno: Aquellos factores que debemos mejorar y los que hacen diferenciarnos de otras clínicas

Debilidades:

- Ausencia de antecedentes similares en Dos Hermanas
- Gastos elevados
- Necesidad de financiación por parte de instituciones públicas o entidades solidarias
- Rentabilidad económica inferior a la media

- Cartera de clientes relativamente limitada

Fortalezas:

- Ayudas y subvenciones
- Experiencia de la Fundación Odontología Social (FOS) en este sector
- Grupo de trabajadores cualificados y con ganas de ayudar
- Instalaciones de calidad
- Precios bajos
- Satisfacción personal al mejorar la calidad de vida de personas en riesgo de exclusión social

Análisis externo: Aquellas circunstancias del entorno que pueden afectar tanto de forma positiva como negativamente a nuestra clínica

Amenazas:

- Aumento excesivo de la demanda
- Covid-19 y el surgimiento de nuevas cepas
- Cambios políticos o legales que puedan afectar negativamente a la clínica
- Inversión inicial muy costosa
- Imposibilidad de tratar a todos los que sufran exclusión social
- Problemas conductuales de los pacientes

Oportunidades:

- Limitaciones del Sistema Nacional de Salud de España en el ámbito dental
- Escasa o nula competitividad
- Mejorar la calidad de vida de los colectivos más vulnerables
- Mayor concienciación por parte de la ciudadanía
- Ubicación más adecuada

DISCUSIÓN

La limitada producción científica en cuanto a odontología social en nuestro entorno y en concreto a la creación y diseño de clínicas dentales solidarias en territorio nacional nos lleva a circunscribirnos a las publicaciones de Manuel Japón Pleguezuelo ⁴⁸, Alfonso Tejero García⁴⁷ y Pedro Romero Salvador⁴⁹. Dichos autores realizan proyectos para Melilla ⁴⁸, Jerez de la Frontera⁴⁷ y Huelva⁴⁹ respectivamente.

Nuestro proyecto coincide en la base poblacional con el de Melilla (84.473 habitantes) y Huelva (144.258 habitantes), ya que la población de Dos Hermanas es de 137.502 habitantes. Tan solo el proyecto de Alfonso Tejero García está dedicado a una urbe de mayor densidad poblacional (ya que Jerez de la Frontera cuenta con 213.261 habitantes).

Hay que tener en cuenta que el proyecto de Huelva realizado por Pedro Romero Salvador tenía una vocación de asistencia provincial. Por tanto, podemos concluir que los 4 estudios trabajan en grupos poblacionales entre los 85.000 y los 250.000 habitantes. Este dato nos sitúa en un marco de homogeneidad que permite extrapolar experiencias y unificar criterios.

Los tres autores mencionados^{47 48 49} aconsejan la necesidad de creación de una clínica dental solidaria en sus respectivas ciudades basándose en una serie de argumentaciones que son trasladables a la ciudad de Dos Hermanas, localidad objeto de nuestro estudio.

Todas ellas presentan un elevado porcentaje de exclusión social: Melilla (29,3%), Jerez (33%) y Huelva (36,3%). En el caso de Dos Hermanas la población excluida se eleva a una tasa del 37,7%. Este último dato abala la acuciante necesidad de ofrecer servicios de odontología social a la localidad nazarena.

En cuanto a las tasas de paro, Melilla tiene un porcentaje de desempleados del 21,52%, la de Jerez es de un 30,4% y, por último, Huelva un 24,64% de desempleo. La tasa del 25,04% que presenta Dos Hermanas también constituye un dato a favor del desarrollo de una clínica dental solidaria.

En cuánto a la localización, en el caso de Jerez, se buscaba poder dar cobertura asistencial al mayor número de personas de esta ciudad, por ello en el proyecto se consideró que la localización más idónea era en el centro de la ciudad.

En Huelva pasa algo parecido, ya que a pesar de que el mayor número de población en riesgo de exclusión social se encuentra fuera de la ciudad, se ha decidido realizar su apertura en el centro de la ciudad. Esto es debido a la buena comunicación de Huelva capital con las demás zonas de las provincias, desde la Sierra hasta la Costa.

HUELVA	Almonte	BARRIO OBRERO DE ALMONTE
HUELVA	Cortegana	BARRIO ERITA
HUELVA	Huelva (capital)	DISTRITO III (MARISMAS DEL ODIEL)
HUELVA	Huelva (capital)	DISTRITO V (EL TORREJON)
HUELVA	Huelva (capital)	DISTRITO VI (PEREZ CUBILLAS)
HUELVA	Huelva (capital)	LA ORDEN-PRINCIPE JUAN CARLOS
HUELVA	Isla Cristina	BARRIADA DEL ROCÍO
HUELVA	Minas de Riotinto	ALTO DE LA MESA
HUELVA	Nerva	LA GARZA, SAN ANTONIO, CEMENTERIO VIEJO, POZO BEBÉ

(Figura 7: Principales focos de personas en riesgo de exclusión social en la provincia de Huelva) ⁵⁰

La clínica dental solidaria en Dos Hermanas no solo pretende asistir a personas vulnerables a nivel local, sino que también englobaría a multitud de pacientes de otras localidades próximas, incluso de la propia capital hispalense.

Sevilla ya cuenta con una clínica dental solidaria situada al norte de la ciudad, concretamente en la calle Muñoz León. De hecho, dicha clínica cuenta con 5 gabinetes, lo que supone que tiene la capacidad de prestar atención a miles de personas al año. Aun

así, solo la ciudad de Sevilla cuenta con más de 690 000 habitantes⁵¹, lo que significa que sigue habiendo miles de personas que, a día de hoy, requieren de asistencia dental y que, por desgracia, no han tenido la opción puesto que es imposible que una sola clínica solidaria pueda abarcar tanto volumen de trabajo.

Aquí reside una de las claves de la importancia de la apertura de la clínica dental solidaria en Dos Hermanas, ya que permitiría atender no solo a los pacientes de la ciudad nazarena, sino también a los que así lo demanden de pueblos cercanos e incluso de la propia capital andaluza.

Dentro de las zonas con necesidad de transformación social (Z.N.T.S) de Dos Hermanas cabe destacar a las barriadas de Ibarburu y Montecillos. Ambas tienen tasas de desempleo y analfabetización de las más altas de toda la localidad. Además, tienen un volumen poblacional considerable ya que entre las dos áreas vulnerables engloban a más de 10.000 habitantes. También, hay otras áreas vulnerables próximas como es el caso de la Jarana, donde viven cerca de 6.000 personas.⁵²

Estas 3 barriadas se encuentran en el sur de Dos Hermanas. Por ello, considero que nuestra clínica dental solidaria debe estar situada en una zona al sur de la ciudad que garantice un fácil acceso a todas las personas pertenecientes a estos barrios marginados. A su vez, debe tener una accesibilidad asequible para todos los que quieran ir. Los alrededores del centro de salud de Los Montecillos es una ubicación adecuada al estar cerca de dichas barriadas marginales y a su vez a escasos 3 minutos de la carretera N-IV que atraviesa Dos Hermanas y comunica con Sevilla.



(Figura 8: barrios de Ibarburu y Montecillos respectivamente ⁵²

Resulta llamativo la unificación de criterios de los distintos autores en cuanto a los costes de la creación y equipamiento de las distintas clínicas. Se puede entender que asistimos a proyectos con una inversión básica e imprescindible que hagan viables los respectivos proyectos.^{47 48 49} Este dato nos incentiva para aplicar una estrategia inversora y de equipamiento similar.

CONCLUSIONES

- Dos Hermanas (Sevilla) tiene un elevado porcentaje de su población en situación de exclusión social y por debajo del umbral de la pobreza.
- La mayor concentración de colectivos desfavorecidos se da en los barrios: Ibarburu, Costa del Sol, La Jarana, Miravalle, Los Montecillos, El Chaparral y Cerro Blanco.
- A tenor de los resultados obtenidos es aconsejable y viable la creación de una clínica dental solidaria en Dos Hermanas. La ubicación ideal sería en una zona cercana a los barrios con mayor población en riesgo de exclusión, que son Ibarburu y Montecillos, al sur de la ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castaño A. Odontología para la comunidad. Una necesidad social. Un deber de la odontología en Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012. p. 465-8
2. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios> Consultado el 25 de abril de 2021
3. https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/06/SEOP_-_Caries_precoz_de_la_infancia_fin4.pdf Consultado el 25 de abril de 2021
4. <https://rcoe.es/articulo/8/la-atencion-bucodental-en-comunidades-autonomas-con-modelos-publico-o-mixto-en-espana>) Consultado el 25 de abril de 2021
5. Ribas D, Castaño A. Desigualdades en salud oral en Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012. p. 679-87.
6. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/transparencia> Consultado el 27 de abril de 2021
7. Beltrán RJ. Deuda social de la odontología. Odontología social una opción de futuro en Castaño A. Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo. Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017. p. 61-7.
8. Capel P, Castaño A, Doldán J. Los desafíos de la odontología. Manual de introducción a la odontología. Madrid, Ed Ripano. 2005. P. 277-80

9. https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/
Consultado el 15 de abril de 2021
10. <https://datosmacro.expansion.com/ccaa/andalucia> Consultado el 15 de abril de 2021
11. https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2020_ANDALUCIA_w5m98C.pdf Consultado el 19 de abril de 2021
12. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadpoliticassocialesyconciliacion/areas/inclusion/paginas/diseño-ejecucion-estrategias.html> Consultado el 21 de abril de 2021
13. <https://www.mitma.gob.es/areas-de-actividad/arquitectura-vivienda-y-suelo/urbanismo-y-politica-de-suelo/observatorio-de-la-vulnerabilidad-urbana/analisis-urbanistico-de-barrios-vulnerables/descripcion-del-estudio-y-metodologia> Consultado el 21 de abril de 2021
14. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadpoliticassocialesyconciliacion/areas/inclusion/paginas/diseño-ejecucion-estrategias.html> Consultado el 1 de mayo de 2021
15. <https://datosmacro.expansion.com/paro/espana/municipios/andalucia/sevilla/dos-hermanasg>) Consultado el 1 de mayo de 2021
16. Castaño A. Universidad de Sevilla y Fundación Odontología Social. Una alianza para la universalización de la atención odontológica en Castaño A. Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo. Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017. p.453-60.
17. Castaño A. Ribas D. Coello JA. Proyecto de odontología social en República Dominicana. Castaño A. Aribas. Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología Social; 2012 p 795-805
18. Castaño A, Jané S. Ceuta. Proyectos de odontología social. Fundación Odontología Social (FOS) en Castaño A. Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo. Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017. p.139-60.
19. Castaño A. La Fundación Odontología Social y la atención a discapacitados intelectuales en el Norte de Marruecos en Castaño A. Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo. Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017 p. 105-14.
20. Castaño A. Ribas D. Torrejón J. Proyecto de odontología social para pacientes con necesidades diferentes en Tetuán (Marruecos) en Castaño A. Ribas D.

- Odontología preventiva y Comunitaria. La odontología social un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social ; 2012 p. 1001-10.
21. Castaño A. Fundación Hanan. Sonrisas andaluzas al otro lado del Estrecho. Odontólogos de Hoy. 2016 ; p.30-31
 22. Castaño A, Jané S. Ceuta. Proyectos de odontología social. Fundación Odontología Social (FOS) en Castaño A. Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo. Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017. p.139-60.
 23. Castaño A, Carrquino R, Rubiano S. Atención odontológica para refugiados en la frontera sur de Europa. Melilla-España en Castaño A. Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo. Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017. P. 121-30
 24. https://www.diariodejerez.es/jerez/Fundacion-Odontologia-Social-Luis-Seiquer-abre-Jerez_0_1550245497.html Consultado el 1 de mayo de 2021
 25. <http://www.fundacionodontologiasocial.org/proyectos-nacionales/> Consultado el 1 de mayo de 2021
 26. https://www.huelvainformacion.es/huelva/Fundacion-Odontologia-Social-Seiquer-centro-Huelva_0_1558046247.html Consultado el 1 de mayo de 2021
 27. <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-consejo/notas-de-prensa-consejo/item/1300-el-consejo-general-de-dentistas-de-espana-entrega-sus-premios-anuales.html> Consultado el 2 de mayo de 2021
 28. <http://www.fundacionodontologiasocial.org/wpcontent/uploads/2018/04/Memoria-FOS-2016.pdf> Consultado el 2 de mayo de 2021
 29. Wenhall I. El proyecto Rosengard en Castaño A, Ribas. Odontología preventiva y Comunitaria. La odontología. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012. P. 263-70.
 30. Williams EA, Williams EM, Yeates DJ. Promoción de la salud en adultos mayores y niños en Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012 p.949-60.
 31. González-Alarcón D, Masa A, Zang G, Sánchez J. La odontología social dentro de un programa de desarrollo integral en el Sur de Camerún en Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012. p. 991-1000.
 32. Calatayud I, Pérez A, Omar A, Moh A. Odontología social para refugiados: Dentalcoop Sahara y el plan integral de salud bucodental saharauis. ¿Desarrollo en situación de refugio? En Castaño A. Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo. Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017 p. 161-76.
 33. Menardía V, Casá A. Clínica Odontológica Solidaria del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Catalunya (COEC). Atención de refugiados en Grecia en Castaño A. Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo. Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017 p.115-20.

34. Coello JA, Jiménez E, Lledó E, Castaño A. Odontología social en personas con discapacidades intelectuales. Necesidades de atención odontológica hospitalaria en discapacitados intelectuales en Castaño A. Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo. Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017. p. 83-90.
35. Coello JA, El Khoury L, Jiménez J, Núñez P, Castaño A. La atención odontológica en pacientes toxicómanos en situación de exclusión social. Experiencia de la Fundación Odontología Social Luis Séiquer (FOS) en Castaño A. Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo. Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017. P.199-208.
36. Castaño A, Torné A, El Khoury, Ribas D. Programa de odontología social para drogodependientes en situación de máxima exclusión social en Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012. P.1081-1092.
37. Castaño A. Odontología para la comunidad. Una necesidad social. Un deber de la odontología en Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social; 2012. p. 465-8
38. Castaño A. Odontología Social. Nuestra visión en Castaño A. Odontología Social. Un proyecto iberoamericano para el mundo. Huelva, Ed Diputación de Huelva. 2017. P.17-30.
39. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf consultado el 15 de mayo de 2021.
40. <https://gacetadental.com/2013/05/las-desigualdades-en-salud-oral-entre-paises-ricos-y-pobres-no-han-hecho-mas-que-crecer-en-los-ultimos-anos-23889/> Consultado el 15 de mayo de 2021.
41. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> Consultado el 15 de mayo de 2021.
42. Fernández R. Fundación Odontología Social 2009-2015. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla. 2015.
43. <https://fundaciondental.es/la-fundacion/valores-corporativos/> Consultado el 18 de mayo de 2021.
44. <https://www.odontologia33.com/actualidad/reportajes/466/doctor-antonio-castano-seiquer.html> Consultado el 18 de mayo de 2021.
45. <https://www.europapress.es/andalucia/noticia-eapn-andalucia-advierte-agravamiento-alarmante-desigualdad-pobreza-covid-pide-medidas-urgentes-20210428182130.html> Consultado el 19 de mayo de 2021
46. Stambolsky N. Plan de negocio de una clínica dental. Trabajo Fin de Grado. Universidad Carlos III de Madrid. 2018
47. Tejero A. Proyecto de apertura de una clínica dental solidaria para colectivos vulnerables en Jerez de la Frontera. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Sevilla. 2019
48. Japón M. Proyecto de odontología social para la ciudad autónoma de Melilla. Trabajo de Fin de Grado. Universidad de Sevilla. 2019
49. Romero P. Proyecto de viabilidad para la apertura de una clínica dental solidaria en Huelva. Trabajo de Fin de Grado. Universidad de Sevilla 2020.

50. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Zonas_desfavorecidas_provincias_2018.pdf Consultado el 23 de mayo de 2021
51. <https://www.enterat.com/actualidad/habitantes-sevilla.php> Consultado el 21 de mayo de 2021
52. http://habitat.aq.upm.es/bbv/bbv_12.html) Consultado el 21 de mayo de 2021.