



DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE SEVILLA

***PROYECTO DE ODONTOLOGÍA SOCIAL YUCATÁN – MÉXICO-. FUNDACIÓN
ODONTOLOGÍA SOCIAL - SECRETARÍA DE SALUD DEL YUCATÁN -
UNIVERSIDAD ANÁHUAC MAYAB – DIF YUCATÁN.***

Tesis Doctoral

Alejandro Cámara Seba

Sevilla, 2015

Directores:

Antonio Castaño Séiquer. Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Universidad de Sevilla. Director de la Fundación Odontología Social “Luis Séiquer”.

David Ribas Pérez. Profesor Asociado de Odontopediatria de la Universidad de Sevilla.

José Antonio Coello Suanzes. Profesor Asociado de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Universidad de Sevilla.

AGRADECIMIENTOS:

Formar parte de este proyecto de odontología social, ha significado mucho más que una experiencia positiva, aquí he aprendido entre otras cosas, a ser más resolutivo, he tenido oportunidad de gestionar, de hablar en público, de mediar con la gente, de ser un poco político, y muchos otros aspectos que no conocía de mí mismo y que al externarlos me han ayudado a crecer.

Desarrollar un proyecto de esta envergadura no ha sido fácil y se han presentado muchos imprevistos, pero también puedo decir que en todo momento he contado con el apoyo muchas personas a la cuales quisiera agradecer:

A Antonio Castaño y Adela González, ambos han sido un soporte para mí en España. Gracias por el afecto que es reciproco y por confiar en mí, al abrirme las puertas de la Fundación, desde entonces me han cambiado la vida para mejor.

A David Ribas y José Antonio Coello, que me aconsejaron y me guiaron durante todo el proceso de elaboración de este trabajo.

A Rolando Peniche y Margarita Betancourt, a los cuales aprecio y admiro por su ética, calidad humana, capacidad y liderazgo. Se han volcado en el proyecto y han sido piezas fundamentales, que sin su total implicación no hubiera sido posible hacerlo realidad.

Al Gobierno de Yucatán, al Secretario de Salud del Estado y a las Instituciones, personal y pasantes de los Servicios de Salud y DIF Yucatán, así como a la Universidad Anáhuac-Mayab, profesores y alumnos, y a todos los voluntarios de la FOS, que juntos han sido el músculo de este proyecto.

Y a mis Padres Elsy y Mario. Sé que este trabajo les hacía mucha ilusión, así que especialmente se los dedico a ustedes. Les adoro.

ÍNDICE.

A) INTRODUCCIÓN.	5
1.1 Promoción de la salud oral.	5
1.2 El impacto sanitario.	6
1.3 El impacto social.	6
1.4 El impacto económico.	8
1.5 El impacto político.	9
A2 Estrategias de la Organización Mundial de la Salud (OMS).	10
2.1 Salud bucodental para la OMS.	10
2.2 Causas de las enfermedades bucodentales según la OMS.	10
2.3 Cifras según la OMS.	10
2.4 ¿Cómo puede reducirse la carga de enfermedades bucodentales?	11
2.5 Actividades de la OMS para la prevención integrada de las enfermedades bucodentales.	11
2.6 Estrategia de la OMS para la prevención y control de las enfermedades crónicas.	12
2.7 Realidad epidemiológica de la caries dental.	12
2.8 Prevención y promoción de la salud oral según la OMS.	13
2.9 Restauración dental.	14
2.10 Determinantes sociales de la salud.	15
A3 Odontología comunitaria y Cooperación Universitaria al Desarrollo.	16
3.1 Odontología comunitaria.	16
3.2 Concepto de implicación de la población.	16
3.3 Implicación de la Universidad a programas solidarios.	17
3.4 La Universidad como espacio para la cooperación al desarrollo y la solidaridad.	17
3.5 La Universidad y los retos al desarrollo.	17
3.6 Fundamentos de la estrategia.	18
3.7 Estrategia de Cooperación Universitaria al Desarrollo (CUD).	18
3.8 Principios de la CUD.	20
3.9 Metas y objetivos de la estrategia de la CUD.	20
3.10 Concepto de sostenibilidad.	21
A4 Formación en responsabilidades sociales a través de trabajo comunitario docencia-servicio.	22
4.1 Estatus social y salud oral.	22
4.2 Formación Universitaria en odontología comunitaria.	22
4.3 Formación Universitaria en Salud Pública Oral.	25
4.4 Docencia-Servicio Solidario.	26
4.5 Antecedentes de la FOS. Proyecto Odontología Social de la Universidad de Sevilla.	28
A5 Proyectos de docencia-servicio de distintas universidades	32
5.1 Universidad de Harvard.	32
5.2 Universidad de Buffalo.	34
5.3 Universidad de Santa María.	39
5.4 Universidad de British Columbia.	43
5.5 Universidad de Iowa.	47
5.6 Universidad de Massachusetts.	53
A6 Análisis de situación.	58
6.1 México y el Estado de Yucatán.	58
6.2 Geografía.	58
6.3 Clima.	58
6.4 Demografía.	59
6.5 Salud.	60
A7 Proyecto de odontología comunitaria en Yucatán.	62
7.1 Origen del Proyecto.	62
7.2 Proyecto Yucatán programa de odontología social formado por la sinergia de la FOS UA y SSY.	63
7.3 Visión.	64
7.4 Misión.	64
7.5 Valores.	64
7.6 Entidades organizadoras.	64
7.7 Participantes.	65
7.8 Responsabilidades (por Institución)	65
7.9 Lugares de celebración.	67
7.10 Desarrollo del proyecto.	68
B) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	69
1.1 Justificación.	69
1.2 Hipótesis.	70
1.3 Problemas y objetivos.	70
1.4 Objetivo general.	70
1.5 Objetivos específicos.	70
1.6 Enfoque metodológico.	71
1.7 Población estudiada y selección de sujetos.	72
1.8 Recogida de datos.	72
1.9 Procedimiento de análisis.	74
C) RESULTADOS.	75
D) DISCUSIÓN.	126
E) CONCLUSIONES.	137
F) REFERENCIAS.	138
ANEXO I Diario de campo (Coordinador FOS)	147
ANEXO II Diario de campo (Cooperante FOS 2014)	186
ANEXO III Cuestionario	189
ANEXO IV Entrevista	193

**PROYECTO DE ODONTOLOGÍA SOCIAL YUCATÁN – MÉXICO- . FUNDACIÓN ODONTOLOGÍA SOCIAL -
SECRETARÍA DE SALUD DEL YUCATÁN - UNIVERSIDAD ANÁHUAC MAYAB – DIF YUCATÁN.**

A) INTRODUCCIÓN.

A1.1 Promoción de la salud oral.

Las enfermedades orales constituyen un importante problema de salud pública, aunque con frecuencia subestimado debido a su elevada prevalencia, al coste del tratamiento y a su impacto, tanto en las personas a título individual, como en la sociedad en su conjunto. Se trata de un área donde se han realizado grandes mejoras de salud, que pueden continuar. Sin embargo, para seguir progresando, es necesaria la existencia de liderazgo político y sanitario. (1)

Los esfuerzos de promoción de la salud han logrado un descenso de la caries dental y de las enfermedades periodontales, pero dicho éxito sólo se consigue en aquellos países que han introducido políticas y prácticas eficaces de promoción de la salud oral. (1)

Esta eficacia es debida a la adopción de un enfoque centrado en los factores de riesgos comunes, que en la salud oral requieren una política alimentaria y sanitaria de reducción de consumo de azúcar, un enfoque comunitario que favorezca una mejor higiene corporal y oral en particular, y políticas que apoyen el abandono del tabaco. Se necesita sobre todo el apoyo de la comunidad, y un apoyo político más amplio de cara a la fluoración del agua y un mayor uso de las pastas dentales fluoradas. (1)(2)

La promoción de la salud se describe como un proceso, cuyo objetivo consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de la persona para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud. Estos determinantes de la salud incluyen aquellos que están bajo el control del individuo, como las conductas individuales orientadas a la salud y el uso de los servicios sanitarios y otros que están fuera del control de la persona e incluyen las condiciones sociales, económicas y del entorno, así como la prestación de servicios sanitarios. Tenemos entonces que las acciones que apoyan a las personas para que adopten y mantengan estilos de vida saludables, y que crean condiciones de vida o entornos que apoyan la salud, constituyen elementos clave de una promoción de la salud eficaz. (3)

A1.2 El impacto sanitario.

Las enfermedades orales son las más comunes de todas las enfermedades de las sociedades industriales, estando en alza en los países menos desarrollados. Una característica de las enfermedades dentales es la disponibilidad de métodos de salud pública sencillos y baratos que contribuyen a su prevención y control. Conocemos las causas: dieta, falta de higiene, tabaco, alcohol y traumatismos. La salud oral es “una dentición cómoda y funcional que permite a las personas seguir desempeñando el papel que desean en la sociedad”.⁽⁴⁾ Sin embargo, las cavidades orales no pueden estar sanas o enfermas, solamente lo están las personas. La promoción de la salud oral debiera, por consiguiente, formar parte de la promoción de la salud en general y dejar de ser una actividad separada. ⁽⁴⁾

Las enfermedades orales principales son las caries dentales, las enfermedades periodontales, los traumatismos y el cáncer oral. ^{(1) (4)}

A1.3 El impacto social.

La salud oral ejerce un impacto social importante, especialmente en relación con el dolor y el funcionamiento social e intelectual. El impacto social y psicosocial de las enfermedades dentales ha sido medido en función de las restricciones alimentarias, las restricciones de comunicación, el dolor, el malestar y la insatisfacción estética. ^{(2) (3) (5)}

El dolor crónico incide especialmente en la calidad de vida, causando a menudo una buena dosis de estrés emocional, físico y económico. Las dificultades para alimentarse y masticar son un problema grave. ⁽⁶⁾

Las enfermedades orales son de las más prevalentes entre las que afligen a la humanidad y su impacto tanto desde un punto de vista individual como colectivo es de gran importancia. A escala individual sus consecuencias pueden afectar gravemente la vida de las personas; comunitariamente representa una pesada carga social y económica para países y comunidades. Además, hay evidencias bien documentadas que relacionan la salud oral con la salud en general, lo que amplía los límites de sus consecuencias para la salud. ⁽⁷⁾

En España se realizan encuestas de prevalencia de caries de ámbito geográfico nacional desde hace cuatro décadas,⁽²⁵⁾ pero a diferencia de España, tradicionalmente en muchos países, la salud oral ha sido en general descuidada por los responsables sanitarios. A menudo los datos referidos a la salud oral no se registran y si se recogen, es de forma aislada y fuera de contexto de las encuestas de salud general. En muchos países, las prestaciones sanitarias en odontología no están incluidas en los catálogos de prestaciones de la sanidad pública y, lo que es incluso más incomprensible, las actuaciones preventivas no gozan del nivel de prioridad deseable. (7)

Quizás el hecho de que la mayoría de las enfermedades orales afecten más la morbilidad que a la mortalidad influya en esa minusvaloración que, a menudo, hacen las autoridades sanitarias de los problemas de salud oral. Por su parte, los dentistas en general han demostrado menos interés en la prevención y promoción de la salud, que en el tratamiento y la rehabilitación de las consecuencias de las enfermedades orales. (7)

La prevención de la enfermedad puede ser: 1) Primaria, mediante la reducción del riesgo de enfermedad; 2) Secundaria, mediante la pronta intervención para detener la progresión de la enfermedad, o 3) Terciaria, mediante la minimización de los efectos de la enfermedad sobre la función y la actividad. (1)

El objetivo principal de nuestra atención es la prevención en sentido estricto, es decir, la prevención primaria, entendida como el conjunto de actuaciones que permiten evitar la ocurrencia de la enfermedad y, por tanto, todas aquellas que son aplicables en el periodo prepatogénico, cuando la enfermedad aún no se ha desarrollado. (1) (7)

Conceptualmente, la prevención está ligada a la enfermedad; su fin último es mantener la salud y evitar la enfermedad. Los términos “salud” y “enfermedad” se han venido utilizando como si se aplicaran dos variables dicotómicas. Un paciente deja de estar sano y pasa a la categoría de enfermo en función de unos criterios diagnósticos. No obstante, el enfoque actual tiende a tratar “salud” y “enfermedad” como variables cuantitativas, como un conjunto que permite distintos grados. No hay, pues un límite estricto entre ellas, ya que el mismo es modificable en función de las variables sociales y culturales y, desde luego, a medida que las posibilidades diagnósticas se amplían y mejoran con la incorporación de nuevos y más precisos instrumentos diagnósticos.

Este nuevo enfoque, que establece un concepto dinámico de la salud y enfermedad como continuo, sin fronteras bien establecidas a menudo dificulta la visión clásica y muy asumida por los profesionales de la salud de clasificar a los individuos y a las poblaciones en sanos o enfermos. Esta dificultad se hace más evidente cuando, como consecuencia del diagnóstico, es necesario tomar decisiones relacionadas con el tratamiento o la intervención.

Así pues, si la salud y la enfermedad forman un conjunto, con diversos niveles de bienestar y gravedad, el concepto de prevención basado en evitar la enfermedad se abre un nuevo enfoque, cuyo objetivo principal es la salud y su mejora: la promoción de la salud.

Existe un acuerdo general sobre la necesidad de reorientar el modelo de prevención en salud oral que ha sido dominante durante mucho tiempo. Un modelo que enfatiza las actuaciones preventivas sobre el individuo y sus estilos de vida, al asumir que aquel es el único responsable sobre sus posibles conductas de riesgo. Se ha demostrado que este modelo, por sí solo, es insuficiente de cara a mejorar los niveles de salud. De esto se deriva que surja un nuevo enfoque, el cual contempla, bajo un sola perspectiva, tanto los estilos de vida y el comportamiento individual como los factores socioambientales que los condicionan. Desde este enfoque emerge la nueva doctrina de la promoción de la salud. (7)

A1.4 El Impacto económico

El abordaje terapéutico es caro para las personas y para la comunidad, ocupando el tercer lugar entre todas las enfermedades. Sólo son superados por los costes relacionados con las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales.(8) En el Reino Unido, 1.500 millones de libras del presupuesto del Sistema Nacional de Salud se gastan en servicios dentales.(9) La pérdida de tiempo de trabajo se estima en dos horas por persona al año. (10)

Los sistemas de servicios dentales inciden muy poco en las caries,(11) (12) a pesar de que el tratamiento dental preventivo, especialmente el uso de selladores,(13) ha tenido efecto en las mismas. Los factores socioeconómicos ya no influyen sistemáticamente en el uso de los servicios de salud oral por parte de los niños y los adolescentes en la mayoría de los países europeos, aunque entre los adultos y los grupos de población desfavorecidos, la utilización es menor.

La educación para la salud oral tradicional, que utiliza profesionales sanitarios, es relativamente costosa, pudiendo ser acertadamente incorporada en rutinas y prácticas

establecidas dentro de otros sectores de la comunidad, por ejemplo profesores, asistentes sociales.⁽¹⁴⁾

La fluoración del agua es el método más eficaz de prevención de la enfermedad oral. Sin embargo, es una cuestión controvertida que necesita un firme apoyo público. ⁽³⁾

A1.5 El Impacto Político

Los profesionales dentales desempeñan un papel importante en la promoción de la salud oral debido a que influyen en la política pública, crean entornos saludables y reorientan los sistemas de atención de la salud oral. Han representado un papel eficaz en la defensa de la fluoración del agua en las comunidades dotadas de un sistema de canalización de agua de tamaño adecuado. Sin embargo, se requiere el compromiso político para implantar sistemas de fluoración del agua que lleguen a todo el mundo, limiten las diferencias socioeconómicas y ofrezca una solución rentable. ⁽³⁾

Es necesario que la atención de la salud oral esté más integrada con otros sistemas de atención sanitaria, y la promoción de la salud oral debería estarlo con otras actividades de promoción de la salud. Mientras que los niveles de salud han mejorado, las desigualdades han crecido. Además, los problemas funcionales y psicosociales asociados con una mala salud oral son particularmente pronunciados en las poblaciones ya de por sí vulnerables, como la tercera edad y los grupos de bajos ingresos. ^{(9) (15)}

A2. Estrategias de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

A2.1 Salud bucodental para la OMS.

Según la organización Mundial de la Salud (OMS), la salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. (16)

A2.2 Causas de las enfermedades bucodentales según la OMS.

Las dolencias bucodentales comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes -enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes- pues se ven favorecidas por las dietas malsanas, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol. Otro factor de riesgo es una higiene bucodental deficiente. (16)

A2.3 Cifras según la OMS (2007). (16)

- *Las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías.*
- *El 60%-90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental.*
- *Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 5%-20% de los adultos de edad madura; la incidencia varía según la región geográfica.*
- *La incidencia de cáncer bucodental es de entre 1 y 10 casos por 100.000 habitantes en la mayoría de los países.*
- *Los defectos congénitos, como el labio leporino y el paladar hendido, se dan en uno de cada 500-700 nacimientos; la prevalencia de nacimiento varía sustancialmente entre los distintos grupos étnicos y zonas geográficas.*
- *Un 40%-50% de las personas VIH-positivas sufren infecciones fúngicas, bacterianas o víricas, que suelen aparecer al principio de la infección.*
- *La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental. (16)*

A2.4 ¿Cómo puede reducirse la carga de enfermedades bucodentales?

Es posible reducir simultáneamente la carga de enfermedades bucodentales y la de otras enfermedades crónicas si se abordan los factores de riesgo comunes, como el consumo de tabaco y las dietas malsanas:

- *La reducción de la ingesta de azúcares y una alimentación bien equilibrada previenen la caries dental y la pérdida prematura de dientes.*
- *Dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol disminuyen el riesgo de cánceres de la cavidad bucal, periodontopatías y pérdida de dientes.*
- *El consumo de frutas y verduras protege contra el cáncer de la cavidad bucal.*
- *El uso de equipos eficaces de protección en la práctica de deportes y el uso de vehículos automóviles reduce las lesiones faciales. (16)*

Las caries dentales pueden prevenirse manteniendo de forma constante una alta concentración de fluoruro en la cavidad bucal. Ello puede conseguirse mediante la fluoración del agua de bebida, la sal, la leche, los colutorios o la pasta dentífrica, o bien mediante la aplicación de fluoruros por profesionales. La exposición a largo plazo a niveles óptimos de fluoruros reduce el número de caries tanto en los niños como en los adultos. Usando esas estrategias de prevención se pueden evitar tratamientos dentales muy onerosos. (16)

A2.5 Actividades de la OMS para la prevención integrada de las enfermedades bucodentales y la promoción de la salud.

La eficacia de las soluciones de salud pública contra las enfermedades bucodentales es máxima cuando se integran con otras enfermedades crónicas y con los programas nacionales de salud pública. Las actividades de la OMS abarcan la promoción, la prevención y el tratamiento:

La promoción de un enfoque basado en los factores de riesgo comunes para prevenir simultáneamente las enfermedades bucodentales y otras enfermedades crónicas;

- *Los programas de fluoración para mejorar el acceso a los fluoruros en los países de bajos ingresos; y*
- *El apoyo técnico a los países que están integrando la salud bucodental en sus sistemas de salud pública. (16)*

A2.6 Estrategia de la OMS para la prevención y control de las enfermedades crónicas.

Las actividades de la OMS en materia de salud bucodental se integran en el marco general de prevención y control de las enfermedades crónicas del Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud de la OMS. Los objetivos estratégicos del Departamento son sensibilizar acerca de la epidemia mundial de enfermedades crónicas; crear ambientes saludables, especialmente para las poblaciones pobres y desfavorecidas; atenuar y corregir las tendencias de los factores de riesgo comunes de las enfermedades crónicas, como las dietas malsanas y la inactividad física; y prevenir las defunciones prematuras y la discapacidad evitable que causan las principales enfermedades crónicas. (16)

A2.7 La realidad epidemiológica de la caries dental

Tradicionalmente la caries dental ha presentado la mayor prevalencia de las distintas enfermedades. La caries dental sigue siendo un problema de salud pública importante en la mayoría de los países de altos ingresos, la enfermedad afecta a un 60%-90% de los niños de edad escolar y la gran mayoría de los adultos. En la actualidad, la distribución y la gravedad de la caries dental varían en diferentes partes del mundo y dentro de la misma región o país. Para la dentición permanente, la gravedad de la caries dental es medida por el índice CPO (cariados, perdidos y obturados). De acuerdo a el Banco de datos de la OMS, el índice de caries dental global entre niños de 12 años es de 1,6 dientes en promedio, sin embargo, existen marcadas diferencias entre regiones. El nivel de la enfermedad en los niños de esta edad es relativamente alta en las Américas y en la región europea; el índice es algo menor entre los niños del Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental, mientras que es menos grave en el Sudeste de Asia y en África. (16)

A nivel mundial, la prevalencia de la caries dental es alta entre los adultos, ya que la enfermedad afecta a casi el 100% de la población en la mayoría de los países. La mayor parte de los países más desarrollados y algunos países de América Latina muestran valores altos de CPOD (es decir, 14 dientes afectados por caries o más a la edad de 35 a 44 años), mientras que los niveles son bajos en los países menos desarrollados de África y Asia. Los informes indican que hay una presencia cada vez mayor de caries dental entre los adultos que viven en países de bajos y medianos ingresos. (16)

A2.8 Prevención y promoción a la salud oral según la OMS.

La caries dental es evitable, por lo tanto la necesidad de restauraciones dentales puede reducirse drásticamente, cuando los programas de prevención de enfermedades se establecen a nivel nacional y a niveles comunitarios.

En primer lugar, los países y las comunidades deben promover una dieta baja en azúcares en conformidad con las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas sobre Alimentación y Agricultura (FAO) y de la OMS. Los azúcares libres deben mantenerse por debajo del 10% de la ingesta energética y el consumo de alimentos y bebidas que contienen azúcares libres deben limitarse a un máximo de cuatro veces al día.

En segundo lugar, el fluoruro es más eficaz para la prevención de caries dental cuando un bajo nivel de fluoruro se mantiene constante en la cavidad oral. La exposición a largo plazo a un nivel óptimo de fluoruro da como resultado la disminución de los niveles de caries en las poblaciones de niños y adultos. Los fluoruros pueden obtenerse a partir de agua potable fluorada, sal, leche, enjuague bucal o pasta de dientes, así como la aplicación de fluoruro profesionalmente.

En tercer lugar, el desarrollo de estilos de vida saludables, incluidos los hábitos de higiene oral, y entornos saludables, tales como el acceso a agua limpia y el saneamiento son esenciales para la salud oral.

Poros países de altos ingresos que han establecido programas preventivos, han tenido una disminución sistemática de la caries dental en niños y mejora del estado dental en los adultos. En la mayoría de los países de ingresos medios y bajos, los programas de prevención de enfermedades orales aún no están organizados. Además, una gran mayoría de personas están marginadas y la necesidad de una atención integral para la salud bucal va creciendo de manera espectacular, incluyendo la atención para las restauraciones dentales. En respuesta, la Asamblea Mundial de la Salud en 2007 aprobó una resolución para la Salud Oral (WHA60).^{(16) (17)} Este es un plan de acción para la promoción y la prevención integrada de la morbilidad. La resolución da instrucciones a los países para identificar las oportunidades que sirvan para promover la salud oral y el desarrollo o la adaptación de los sistemas de salud bucal. El Informe Mundial de la Salud 2008 sobre la Atención Primaria de Salud es un

instrumento de vital importancia para los países en sus esfuerzos para garantizar la cobertura universal y la prestación de servicios de salud esenciales para las poblaciones. Se centrará en las necesidades insatisfechas de atención dental y de restauración dental.

A2.9 Restauración dental.

A pesar del avance en prevención de la caries dental, la restauraciones por caries son necesarias con frecuencia. En el tratamiento consiste en eliminar el tejido enfermo y el diente es restaurado con un material apropiado.

En los países de ingresos altos, la amalgama ha sido ampliamente utilizada durante décadas como material de restauración dental. Los odontólogos en los países de ingresos bajos y medianos en general también consideran la relevancia de la amalgama en el servicio de sus pacientes. Sin embargo, la limitada disponibilidad de los servicios de salud oral, como la mano de obra, las instalaciones de servicios y materiales para la restauración dental, y el alto costo del tratamiento restaurador pueden inducir en un tratamiento radical con la extracción de los dientes entre las personas que sufren dolor y la enfermedad. En consecuencia, a menos que se mejore aún más el acceso al tratamiento de restauración dental, la creciente carga de caries dental en los países de bajos y medianos ingresos se traducirá en un mayor número de gente desdentada en un futuro próximo.

La OMS ha trabajado en un Programa Mundial de Salud Oral para aumentar la conciencia de la salud bucodental en todo el mundo, siendo este un componente importante de la salud en general y la calidad de vida. Todavía la enfermedad oral es todavía un importante problema de salud pública en los países de altos ingresos y la carga de la enfermedad oral es cada vez mayor en muchos países de ingresos bajos y medianos. (18)

Loa factores de riesgo comunes son prevenibles en relación con los estilos de vida, tales como los hábitos alimenticios, consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol y el nivel de higiene. (18)

El Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, tiene un programa que implica poner un mayor énfasis en el desarrollo de políticas mundiales basadas en factores de riesgo común y que se coordinen de manera eficaz con otros programas de

salud pública. La política del Programa Global de Salud Oral de la OMS hace hincapié en que la salud oral es parte integral y esencial para la salud en general, y es un factor determinante para la calidad de vida. ⁽¹⁸⁾

Según la OMS las áreas de acción prioritarias para la mejora de la salud oral en todo el mundo, son las siguientes:

- El uso eficaz de fluoruro.
- Dieta sana y buena nutrición.
- Control del tabaco.
- Promoción de la salud en las escuelas de niños y jóvenes.
- Mejora de la salud oral entre los ancianos.
- Sistemas de salud oral para la mejora de la salud oral, general y la calidad de vida.
- Control del VIH / SIDA y la salud oral.
- Los sistemas de información de salud oral, formulación de objetivos.
- Investigación para la salud oral. ⁽¹⁸⁾

A2.10 Determinantes sociales de la salud.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. ⁽¹⁹⁾

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. ⁽¹⁹⁾

En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales: Mejorar las condiciones de vida cotidianas, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y medición y análisis del problema. ⁽¹⁹⁾

A3 Odontología comunitaria y Cooperación Universitaria al Desarrollo.

A3.1 Odontología comunitaria.

En la actualidad, la Odontología Comunitaria se define como la práctica y la ciencia de prevenir las enfermedades orales, promover la salud oral y mejorar la calidad de vida, a través de los esfuerzos organizados de la comunidad. (7)

Esta definición es una adaptación de la de salud comunitaria para su aplicación a la salud oral y sería la forma de practicar la odontología mediante la cual se presta atención a la comunidad en su conjunto, más que a los individuos aislados. (7)

La práctica de la odontología comunitaria tiene como objetivo diagnosticar los problemas de salud oral de la comunidad, establecer sus causas y planificar intervenciones efectivas para su prevención y control. (7)

El hecho de que, en la práctica la odontología comunitaria, el paciente sea el conjunto de individuos que forman una comunidad determina la diferencia entre la práctica de la odontología individual o la clínica y la práctica de la odontología comunitaria. (7)

El trabajo social además de ser una expresión social de solidaridad y altruismo, lleva consigo un interés añadido: el análisis de la labor social desarrollada por los voluntarios. Pues de forma desinteresada, los voluntarios cubren las tareas realizadas por los organizadores y asociaciones de índole social y practican en primera persona los trabajos sociales profesionales. (20)

A3.2 Concepto de implicación de la población.

Un proyecto tendrá éxito siempre que perdure en el tiempo, pero debe tener el apoyo y reconocimiento de autoridades y de la población. Para ello deben existir, tras la pertinente formación, a distintos integrantes de la comunidad para que éstos puedan mantener labores sanitarias realizadas en la zona de actuación.(4) Para que una población se implique, debemos contar con ella, esto es, debemos realizar un programa docente-asistencial, donde tengan cabida los representantes del pueblo, y el pueblo en sí. Sería erróneo desarrollar un programa en una población determinada, sin contar con el apoyo de los políticos, con la implicación de la población,

con la existencia de voluntarios para formarse. ¿Qué quiere decir esto? Pues que el pueblo debe tomar también decisiones acerca del proyecto, tiene que tener capacidad decisoria en cuanto a modificaciones, instalaciones, utilidad, valoraciones...Podemos decir que un proyecto tendrá éxito si funciona con total normalidad una vez las personas que lo hicieron posible dejan en manos de la población el devenir del mismo. (2) (21)

A3.3 Implicación de la Universidad a programas solidarios.

Durante la época de los noventas el sistema universitario español, en una prueba de su implicación social, comenzó a incorporar entre sus objetivos el diseño de programas institucionales solidarios que permitieran definir su papel como agentes específicos de desarrollo, en colaboración y complemento con instituciones y organizaciones sociales.

No se trataba sólo de la participación de docentes, y/o investigadores en acciones específicas e individuales: eran también decisiones de los equipos rectorales quienes asumían en sus programas los compromisos explícitos para, desde los campus, incorporarse institucionalmente al combate solidario de un mundo mejor. (Red universitaria de investigación sobre cooperación para el desarrollo Madrid. Universidad y cooperación al desarrollo. (21) (22) (23)

A3.4 La Universidad como espacio para la cooperación al desarrollo y la solidaridad.

La cooperación interuniversitaria con los sistemas de educación superior de los países en desarrollo no es el único campo en el que nuestras universidades pueden desempeñar un papel en la cooperación al desarrollo y el impulso de la solidaridad internacional. La universidad, por el contrario, constituye un espacio privilegiado desde el que poder contribuir al desarrollo humano y la sostenibilidad poniendo en juego su enorme potencial en dos ámbitos fundamentales: la promoción de valores solidarios y universalistas por un lado y el aprovechamiento de sus recursos técnicos y humanos por otro. (168)

A3.5 La Universidad y los retos del desarrollo.

Como reconoce el propio Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008, «La Universidad constituye un ámbito privilegiado para la promoción del conocimiento, la investigación, el debate, y la difusión de los problemas y retos fundamentales del desarrollo, es decir de aquellas cuestiones que están –o deberían estar– en la base de las estrategias de la cooperación». En realidad, hay pocas instituciones –si es que existe alguna– que puedan reunir mejores condiciones que la universidad para afrontar la investigación y el debate sobre los retos del desarrollo. (22) (24)
(168)

Con la idea de que la universidad, además de ser un centro de estudios, debe ser un centro de atención a la sociedad, para servirle, investigarla y aprender de ella, para poder volcar de inmediato sus conocimientos mejorando la calidad de vida de todos, y esto solo se logra saliendo al exterior. (26) (168)

A3.6 Fundamentos de la estrategia.

La Estrategia de Cooperación Universitaria al Desarrollo (CUD) se presenta como un posicionamiento responsable del sistema universitario español a favor de los países menos desarrollados. Las Universidades pueden y deben desempeñar una serie de funciones en este sentido que se pretende articular convenientemente con las que desempeñan otros agentes. La posibilidad de compartir recursos (financieros, humanos y materiales) es un principio de colaboración que inspira el diseño del Plan de Acción, sobre la base del coprotagonismo y la corresponsabilidad entre agentes. (26)

A3.7 Estrategia de Cooperación Universitaria al Desarrollo (CUD). (26)

La CUD debería enmarcarse en este objetivo fundamental: la búsqueda de mejoras sociales, mediante la modificación de estructuras injustas, ineficientes e irracionales, a través de programas que incidan en la generación y difusión de conocimiento, en la formación de las personas y en la potenciación de proyectos aplicados. (26)

Las funciones de cooperación al desarrollo que juegan o pueden jugar las Universidades son muy variadas. Entre ellas se destacan las relativas a los bloques temáticos siguientes:

— *Formación y educación. La formación inicial constituye un importante factor de desarrollo a medio y largo plazo, pero no debe ser considerada de una importancia menor las labores de educación para el desarrollo ni las de formación continua, orientadas a potenciar estrategias de desarrollo concretas mediante la mejora de las capacidades de los recursos humanos. El proceso debe ir acompañado de un fortalecimiento interno, es decir, en las propias Universidades españolas, de la educación para el desarrollo global.*

— *Compartir experiencias compartiendo recursos. Esta función permite la creación de comunidades científicas, académicas y profesionales internacionales. En esta línea son elementos fundamentales, como medio para vincular personas, culturas y grupos sociales: la movilidad (tanto de estudiantes como de profesores y gestores) y la colaboración entre estructuras diferentes (tanto en investigación como en organización), para mejorar los resultados de los procesos*

correspondientes. La componente de «acción para el desarrollo» en esta función debe quedar clara, para que este tipo de colaboración pueda considerarse como cooperación al desarrollo.

— *Incidir en el entorno social.* En este sentido es necesario crear en la propia Universidad española una conciencia sobre la situación de desequilibrio mundial y llevar a cabo acciones de cierto impacto que ayuden a la comunidad universitaria a salir de su entorno local. Esta responsabilidad del sistema universitario es cada vez más demandada por la sociedad. Labores de sensibilización y educación al desarrollo constituyen una cara de esta moneda; pero la Universidad puede y debe incidir también sobre los principales agentes de la cooperación gubernamental y no gubernamental aportando su punto de vista y su conocimiento científico tanto a los debates teóricos sobre objetivos y métodos de la cooperación como a la formación de los cuadros de estas instituciones y entidades.

— *Investigación para el desarrollo.* Esta función, eminentemente universitaria, no se encuentra suficientemente extendida en su orientación para el desarrollo. Por ello se considera especialmente relevante diferenciar la investigación general de la que se dirige, con un propósito finalista, a obtener efectos e impactos concretos y directos en el desarrollo humano. Así, se considera necesario prestar especial atención tanto a la investigación sobre el propio desarrollo y sobre los métodos de la cooperación como a cualquier tipo de investigación, igualmente finalista, orientada sobre los objetivos y/o los procesos de desarrollo.

— *Transferencia de tecnología.* La experiencia de varias décadas en materia de cooperación ha permitido definir la transferencia de tecnología como el apoyo a los países para que puedan desarrollar sus propias capacidades de investigación, de innovación o adaptación tecnológica a sus condiciones locales. Una crítica a los modelos de cooperación en el pasado ha sido la comprobación de la escasa eficacia de la transferencia de tecnología realizada con ausencia de referencias a las características de los países menos desarrollados, produciendo en muchos casos una dependencia tecnológica. Sin duda, la eficacia de la transferencia tecnológica dependerá del nivel de desarrollo, de las capacidades locales de aplicación, de difusión y de adaptación de tecnologías. Las Universidades deben proporcionar la formación adecuada para lograr la adaptación de la tecnología transferible a las condiciones locales en los programas de desarrollo.

(26)

A3.8 Principios de la Cooperación Universitaria al Desarrollo (CUD). ⁽²⁶⁾

Las Metas y Objetivos de la Estrategia se han definido de manera que permitan capitalizar al máximo las funciones que pueden y deben desarrollar las Universidades.

El horizonte temporal de la Estrategia se deberá establecer sobre la base de los acuerdos (financieros, institucionales y académicos) que garanticen su aplicación en las condiciones previstas.

A fin de alcanzar la mayor eficacia de la Estrategia se considera conveniente concentrarlos esfuerzos de cooperación.

La Estrategia descansa sobre cuatro principios que se consideran especialmente importantes en la cooperación universitaria al desarrollo:

- La continuidad de las actuaciones.*
- La complementariedad de las iniciativas.*
- La corresponsabilidad entre las instituciones participantes.*
- La naturaleza «no onerosa/no lucrativa» de la cooperación.*

La Estrategia juzga de la mayor importancia el conocimiento puntual de su grado de ejecución y la valoración de los efectos de las actividades que lo componen, así como la evaluación de sus Líneas de Acción y de la forma en que se aplica. ⁽²⁶⁾

A3.9 Metas y objetivos de la estrategia de la Cooperación Universitaria al Desarrollo (CUD).

⁽²⁶⁾

Las cuatro Metas superiores de la Estrategia y los cinco Objetivos que se consideran esenciales para alcanzarlas son:

- 1. Mejora de las condiciones de vida de los países menos desarrollados.*
 - 1.1. Fortalecimiento de los sistemas universitarios de los países menos desarrollados y promoción de la formación de los recursos humanos.*
 - 1.2. Participación en la Investigación para el desarrollo.*
- 2. Desarrollo del sentimiento de solidaridad y los hábitos de consumo, comercio y producción justos y responsables, desde una perspectiva sostenible del desarrollo.*

2.1. Programa Propio de Sensibilización de las Universidades españolas para difundir la realidad del subdesarrollo y sus efectos.

3. Coordinación de actuaciones entre agentes de la cooperación al desarrollo.

3.1. Fomento de actuaciones conjuntas intra e inter universidades y con otros agentes.

4. Programa Propio de Cooperación al Desarrollo de las Universidades españolas.

4.1. Obtención de bases estables de financiación y administración que permitan la puesta en marcha del Programa y su continuidad. (26)

Para el buen desarrollo de las Metas y Objetivos será necesario incorporar un control de calidad de la estrategia, que evalúe anualmente su desarrollo a través de indicadores establecidos previamente y que estos permitan determinar el grado de consecución de los objetivos propuestos.
(26)

A3.10 Concepto de sostenibilidad.

Al referirnos al concepto de desarrollo sostenible, queremos decir que el proyecto debe seguir su curso tanto en la gestión económica como en la organización logística y asistencial. Para ello debe haber conciencia en las autoridades y la población para que se lleve a cabo. El proyecto debe continuar en años venideros estén los creadores o no. Se debe asumir como propio por parte de la zona de actuación. Solo así lo podremos considerar un éxito. (26)

A4 Formación en Responsabilidades Sociales a través del Trabajo Comunitario Docencia-Servicio.

A4.1 Estatus Social y Salud Oral.

Castaño y Ribas junto con la gran mayoría de investigadores en la materia, valoran el estatus social como un condicionante decisivo del estado de salud oral de los diferentes individuos o comunidades. (2) (27)

La salud oral varía con la clase social. Las actividades de educación orientada a la salud no han logrado reducir estas diferencias. Algunos programas de educación para la salud han estado dirigidos a los grupos menos favorecidos. Igualmente los programas dirigidos al conjunto de la población tienden a no reducir las desigualdades (3)

Al constituirse la odontología como disciplina universitaria, la exigencia a esta profesión de estudios superiores debe ser mayor, pero la odontología no ha sabido o no ha querido solucionar los problemas de salud pública, ya que actualmente se mantienen las altas prevalencias de la caries. La mayoría de la población adulta padece enfermedad periodontal en mayor o menor grado. El diagnóstico del cáncer oral no presenta la precocidad requerida. El acceso a la atención odontológica todavía es difícil para millones de personas en el mundo. (3)

4.2 Formación universitaria en odontología comunitaria.

Castaño y cols (2012) se posicionan a favor de una odontología para la comunidad. Esta estrategia permitiría aminorar las grandes desigualdades que se dan en salud oral. También apuesta por la implicación de la profesión y de los distintos poderes, así como de la sociedad civil. (15)

“Existen millones de dentistas en el mundo y el sector dental mueve diariamente millones de dólares, pero aún siguen muriendo personas por procesos infecciosos de origen dental y parte de la población está afectada en algún grado por una deficiente calidad de vida oral. En España la cobertura odontológica de la sanidad pública es muy limitada, estrategia que no aplica a otras áreas de la atención sanitaria”. (15)

La evidencia científica nos demuestra que una práctica dental basada únicamente en la hiperespecialización, la sofisticación tecnológica y el ejercicio ultraliberal no ha solucionado los problemas orales de la población. (3)

Castaño y cols (2012) abogan por posicionar al “equipo odontológico comunitario” compuesto por odontólogos, higienistas dentales y otros profesionales de la salud oral. Este equipo humano debe actuar encuadrado en los EBAP (Equipo Básico de Atención Primaria). Los profesionales de la salud oral comunitaria deben de tener una formación específica suficiente para afrontar la problemática bucal con criterios de equidad, eficacia, eficiencia y efectividad. (15)

La evidencia científica nos indica que la prevención es la estrategia viable y efectiva; y los actores, el equipo odontológico comunitario. Pero hace falta el diseño, planificación, participación activa de las comunidades, voluntad política de gobiernos, entidades locales y autoridades para conseguir que la caries y las periodontopatías dejen de constituir problemas de salud pública. (15)

Para ello es necesario que las autoridades, perciban la salud oral como necesidad sentida y no satisfecha de la población. Desafortunadamente, algunos han encuadrado la salud oral en un área de la sanidad más cercana a la cosmética, a un tipo de sofisticada medicina estética, justificando por ello limitaciones en distintos sistemas nacionales de salud. (15)

En la actualidad más de la mitad de la población mundial es atendida por personal odontológico no titulado, dentro de las diversas presentaciones del empirismo. Salvo algunos privilegiados de ciertas áreas del mundo más desarrollado, la mayoría no disfruta de una oferta odontológica amplia encuadrada en sus sistemas nacionales de salud. Actualmente la barrera económica sigue condicionando el acceso a los servicios de salud oral a la mayor parte de la población mundial. Por tanto, para que se lleven a cabo estrategias comunitarias con filosofía preventivista es necesario la implicación y la decisión de las autoridades político-sanitarias para la puesta en marcha de proyectos más ambiciosos. (15)

Estas autoridades tomarán conciencia de forma más rápida, si la actitud activa de las comunidades implicadas, provoca que sus dirigentes, perciban la necesidad de desarrollar estrategias comunitarias. En España es clásico el ejemplo de la Comunidad Autónoma Vasca donde una necesidad percibida y no satisfecha en la Región provocó un cambio en la actitud del Gobierno Local. Este cambio de actitud conllevó la puesta en marcha de un programa de

capacitación para la población infantil que ha marcado un antes y un después en la odontología comunitaria española. (15)

Tradicionalmente la oferta odontológica pública en España había sido limitada a tratamientos quirúrgicos paliativos con importantes derivaciones mutiladoras e invalidantes. El PADI vasco supuso un punto de inflexión. Posiblemente una debilidad de esta estrategia comunitaria reside en la escasa formación preventivista y comunitaria de los recursos humanos odontológicos españoles. Una veintena de facultades públicas y privadas forman entre mil quinientos y dos mil dentistas por año que intentan ejercer en un complejo mercado laboral no exento de hipermercantilismo y distorsión de las relaciones laborales. (15)

La oferta de trabajo en los distintos servicios públicos de salud autonómicos es muy reducida. Evidentemente, no es el mejor horizonte para profundizar en estrategias preventivistas que repercuta en beneficios comunitarios para grandes grupos poblacionales. (15)

Los servicios públicos españoles de salud oral tienen coberturas limitadas. Así, la Odontología es una especialidad médica con más del 90% de profesionales privados. (28) (29) Esto, sobretodo en situaciones de crisis económica, crea desigualdades sociales, definidas como aquellas diferencias en salud que son innecesarias, injustas y evitables. (30) El logro de la equidad en salud comporta que todas las personas deben “tener una oportunidad de lograr el pleno desarrollo de su salud” o, dicho de otra manera, que nadie debe quedar discriminado de poder alcanzar ese objetivo, (31) igualdad formal reconocida en el artículo 14 CE e igualdad material o la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones y remover los obstáculos para las condiciones de igualdad sean reales y efectivas (art. 9.2 CE). (32)

La desvinculación con la sanidad pública, y por tanto, con los servicios generales de salud crea en la población la percepción de que la salud oral no es una prioridad sino un lujo para aquellos que puedan pagar por los servicios prestados. (33) (34) “Por esta razón, se establece un bajo uso de los servicios de atención dental en un porcentaje amplio de la población. Se convierte esta idea en una salida de la Odontología donde la mayoría del tratamiento dental en España queda excluido del sistema público. Los artículos 41 y 43 CE reconocen el régimen público de la Seguridad Social y el derecho a la protección a la salud respectivamente. La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) regula el ejercicio y homologa los derechos de la persona como un conjunto armónico con un sistema sanitario y un sistema de prestaciones donde no cabe

discriminación, contenido esencial que debe ser respetado (art. 53.1 CE). Desde el punto de vista de la ley no existe justificación de esta exclusión. (35)

A4.3 Formación en salud pública oral.

Para llevar a cabo proyectos de odontología social, esto es, actividades de promoción de la salud con base preventivista e impacto comunitario, se necesita la formación previa del cooperante durante su periplo universitario. Este aspecto formativo lo desarrollan los doctores Castaño y Ribas: "Para el desarrollo de la odontología comunitaria es necesario formar en esta materia a los profesionales de la salud bucodental tanto en pregrado como en postgrado. Es difícil avanzar en la equidad y redistribución de la oferta de servicios odontológicos sin bases conceptuales firmes y definidas sobre lo que significa la salud pública oral y sus sólidas justificaciones. (36) (37)

La odontología basada únicamente en el tratamiento de la enfermedad tras su diagnóstico, ha demostrado su ineficacia. Es más, por rotundo que pueda parecer, su perjuicio puede ser mayor que la labor sanadora que aparentemente representa. (38)

Varios autores demuestran la idoneidad de las estrategias preventivas para alcanzar una mejor calidad de vida oral de la población. También existe el convencimiento de que el más fácil acceso a los servicios de atención odontológicos mejoraría la equidad de esta asistencia. (39) Para que lo expuesto sea realidad se hace necesaria una formación continuada, desde el grado, en salud pública oral. (40)

En postgrado tan sólo el Máster de Salud Pública Oral de la Universidad de Sevilla ha presentado continuidad, poder de convocatoria y pertinencia en cuanto a su oferta formativa. Desde el curso 1999 - 2000 han alcanzado la maestría un considerable número de alumnos que hoy ejercen en los diversos servicios autonómicos de salud, ocupando varios de ellos puestos de elevada responsabilidad en el organigrama de las distintas administraciones públicas. (41)

Evidentemente se puede y se debe avanzar más. Actualmente, se percibe en España, la eminencia del nacimiento de las especialidades odontológicas. En este contexto, la especialización en odontología familiar comunitaria debe ser prioritaria para con ello, introducimos en nuestro destacado sistema nacional de salud. Dicha especialidad debería incluir formación en salud pública y capacitación para el ejercicio en atención primaria de salud y en el medio hospitalario". (35) (42)

A4.4 Docencia-servicio solidario.

Existe una importante corriente de opinión desde la década de los cincuenta del pasado siglo, que propugna la estrategia de "extramuración como elemento clave docente para conseguir la formación integral del alumno de odontología".

Castaño y Ribas (2012) priorizan en la interacción universitaria con su contexto natural y más próximo: "Desarrollar un rol social fundamental a través de la docencia y el aprendizaje. La sociedad se beneficia. También el proceso docente. Junto a esto, la Universidad asume su responsabilidad social corporativa".

Ambos autores se cuestionan una serie de parámetros y realidades que justifican su estrategia docente, al existir carencias manifiestas en el área bucodental, de colectivos de desfavorecidos sociales ubicados a metros de facultades de odontología públicas, siendo contradicción el hecho de que estas facultades tengan un número reducido e insuficiente de pacientes para el desarrollo de sus prácticas clínicas.

Se expone la contradicción manifiesta que conlleva la existencia de facultades de odontología con instalaciones clínicas de vanguardia y la no optimización de dichas instalaciones, utilizándolas en la atención de los distintos colectivos vulnerables: "Estas circunstancias se dan en la mayoría de nuestros centros universitarios odontológicos en España. Facultades excelentemente dotadas con profesorado muy cualificado y alumnado seleccionado que encuentra diariamente limitaciones para el ejercicio clínico. Y cerca, muy cerca, grupos de riesgo que no reciben la asistencia necesaria. Si estas reflexiones permitiesen cambiar el orden de las cosas, solamente por esto, el tratado de odontología preventiva y comunitaria, tendría una clara justificación y rentabilidad social" (21)

La docencia-servicio, viene del término proviene del inglés “service-learning”.(43) Es una metodología pedagógica que combina en una sola actividad el aprendizaje de contenidos, competencias y valores con tareas de servicio a la comunidad. En la docencia-servicio, el conocimiento se utiliza para mejorar algún aspecto de la realidad y el servicio se convierte en una experiencia formativa que proporciona nuevos saberes. Aprendizaje y servicio se benefician mutuamente: el aprendizaje adquiere sentido cívico y el servicio se convierte en un taller de valores y conocimientos. (44)

Para el Doctor Andrew Furco, Director del Service-Learning Research and Development Center de la Universidad de California, Berkeley “la docencia-servicio es una pedagogía de enseñanza por la que los estudiantes adquieren una mejor comprensión del contenido académico aplicando competencias y conocimientos al beneficio de la sociedad.” (45)

Destaca en esta definición el concepto de mejor comprensión por parte del alumnado a la vez que los beneficios inherentes para la sociedad son importantes. El alumnado aprende más y desarrolla una función fundamental de un sanitario, en nuestro caso, mejorar la salud oral de la población. La docencia-servicio se caracteriza por una serie de actividades determinadas en un contexto de compromiso social y dentro de una formación integral del profesional se favorece el desarrollo de actitudes y valores con conciencia ética y solidaria”. (21)

Según Brondani (2012) de la Universidad British Columbia, el trabajo comunitario docencia-servicio puede ser visto como una enseñanza, un aprendizaje y una metodología reflexiva que combina actividades académicas con el significativo servicio brindado en comunidades. Este es el principal objetivo, el cual enriquece la experiencia de los estudiantes, fomentándoles su compromiso con la comunidad y el refortalecimiento de las comunidades para un bien común. (46)

Los servicios comunitarios también fomentan un sentido de la responsabilidad social, este es un concepto que engloba la educación para la salud con el compromiso cívico, autodirección, la sostenibilidad y desarrollo moral. (47)

La responsabilidad social se refiere a nuestro sentido del deber con la sociedad en la que vivimos y se basa en mejorar las relaciones dentro de las comunidades y apoyar la gestión proactiva de lo social. Una persona socialmente responsable puede expresar nociones de ciudadanía global, que a menudo se malinterpreta en el contexto de la globalización. La ciudadanía global intenta preparar a las personas socialmente responsables, diversidad cultural y los anima a interactuar en comunidades sin límites de fronteras, sino entendidos dentro de una profesión. (48)

En la publicación titulada ¿Es la Odontología una Profesión? Welie (2004) ponderó el significado y las implicaciones del profesionalismo, poniendo de relieve el contrato social entre la población y un servicio dental que dé prioridad a las necesidades individuales. (49)

Wentzel (1991) nos recordó, el afán profesional para ajustarse a reglas, normas y expectativas de los roles sociales que se pueden enmarcar dentro de los objetivos de responsabilidad social pero, al mismo tiempo, se puede cumplir con el logro personal en la profesión. (50)

Un equilibrio entre logros personales y socialmente responsables debería ser el ideal, aunque a algunos profesionales de la odontología les podría resultar difícil conceptualizar responsabilidad sociales dentro de las paredes de un negocio orientado al modelo definido como practica dental. (47)

A4.5 Antecedentes de la Fundación Odontología Social (FOS). Proyecto de Odontología Social de la Universidad de Sevilla.

La Universidad de Sevilla (US) ha sido pionera en odontología social. Esta parcela de las ciencias de la salud tiene escaso recorrido en el tiempo. Nos referimos a la odontología social entendida como ciencia, con bases conceptuales definidas y con una importante trascendencia para la sociedad. (51)

En el 2003 con motivo de un curso de doctorado impartido en Lima, en el marco del convenio existente entre la Universidad de Sevilla y la Universidad Alas Peruanas, surge una toma de conciencia sobre las graves carencias en salud oral en grandes capas de la sociedad del Perú. Allí se inició el proyecto de “Odontología Social” de la US pergeñado por Castaño y Ribas, con una clara filosofía docente-solidaria. Nace en el ámbito universitario (US-ALAS) constituyendo el primer proyecto solidario en el ámbito de la salud oral creado por la Universidad Española. (52)

El programa de odontología social en el Perú se llevó a cabo entre los años 2004 y 2009. La ONG peruana “Odontólogos sin Fronteras” asumió un papel esencial gracias a su apoyo logístico. Se atendieron más de 50.000 personas y tuvo una elevada repercusión académica, mediática y social. La Universidad de Sevilla aportó más de 100 los cooperantes en aquel período.

Casi coetáneo al proyecto peruano, es el programa de Odontología Social en República Dominicana. Este se ha desarrollado en el marco del convenio US y Universidad Autónoma de Santo Domingo, ininterrumpidamente desde el año 2005 al 2011. Dicho proyecto ha tenido lugar en una provincia del interior (Hato Mayor entre los años 2005 y 2008) y en el norte, provincia de Puerto Plata (2009, 2010 y 2011). Se atendió alrededor de 37.000 personas, todas ellas de escasos recursos. Fueron más de 200 los cooperantes de la US que participaron en las diferentes ediciones. (51) (53)

En el año 2009, empieza a desarrollarse una innovadora experiencia en la línea de extensión docencia-servicio. Dentro de los objetivos del Máster Propio de Odontología Familiar y Comunitaria (Centro de Formación Permanente de la US) se encuentran la potenciación de la odontología comunitaria y la cooperación al desarrollo. Este curso de postgrado de la US supone una decidida propuesta por la formación integral del alumnado en el ejercicio comunitario de la odontología. Para ello, se han realizado distintas alianzas estratégicas con los sistemas autonómicos de salud del entorno (Servicio Andaluz de Salud, Servicio Extremeño de Salud e Instituto de Gestión Sanitaria). El alumno se integra en equipos de atención primaria de salud y en servicios hospitalarios públicos. En un país con un sistema nacional de salud ambicioso y con cobertura universal, la oferta odontológica pública es muy limitada, además de ser muy limitada la formación del alumnado de pregrado en esta área. En este contexto, la estructuración de la maestría en odontología familiar y comunitaria en el año 2006 constituyó un avance en pro de la generalización de la asistencia odontológica para la ciudadanía desde el sector público, lo cual supone una conquista social sin lugar a dudas.

La estructura del postgrado en odontología familiar y comunitaria permite al alumnado un intenso y prolongado contacto con el tejido social de nuestro territorio, preparándolo para atender pacientes en los distintos niveles de la atención sanitaria. Esto supone un elemento reforzador de la odontología comunitaria. (54) (55)

Un módulo singular dentro del Máster en Odontología Familiar y Comunitaria es el denominado odontología infantil comunitaria. Su singularidad radica en aunar el componente comunitario con la asistencia a un colectivo de desfavorecidos sociales proveniente de una minoría étnica, la población árabe Berebere que habita en una zona de marginación social, el barrio del Príncipe Alfonso de la Ciudad de Ceuta.

Esta población sufre dificultades de integración por barreras lingüísticas, culturales y de inserción laboral. Debido a las circunstancias geográficas, región ultraperiférica dentro de la Unión Europea y España, y otras socioeconómicas, el programa de atención dental infantil del Sistema Nacional de Salud no había tenido el desarrollo óptimo deseado.

La triple alianza del sistema público de salud (Inglesa-Ceuta) la Universidad de Sevilla (Máster Odontología Familiar y Comunitaria) y la Fundación Odontología Social (FOS) ha elevado las prestaciones preventivas y asistenciales. Los niños/as ceutíes entre 6 y 15 años son atendidos por odontólogos del Máster en Odontología Familiar y Comunitaria de la US, bajo la supervisión de un odontólogo especialista con formación comunitaria (Máster en Salud Pública Oral de la US). Por lo tanto, la oferta de servicios aumenta considerablemente al contar con una multiplicación de los recursos humanos. El programa odontológico del Sistema Nacional de Salud no incluye el tratamiento de la dentición temporal. En este programa si se lleva a cabo gracias a la implicación del alumnado del Máster en Odontología Familiar y Comunitaria (personal sanitario) y de las aportaciones de la FOS (recursos materiales). En definitiva la sinergia de esfuerzos de la Administración Sanitaria, la Universidad y una organización solidaria permite multiplicar la oferta asistencial y la amplitud de la cartera de servicios.

La Fundación Odontología Social Luis Séiquer (FOS) nace también en el 2009 como respuesta a un elevado número de voluntarios no provenientes de la US, pero con deseo de cooperar en actividades de odontología solidaria. La presidencia y la directiva de la FOS están compuesta por docentes de la US en su totalidad. Desde su creación se impulsó y se realizó una alianza estratégica con la US que se plasmó en el convenio de colaboración actualmente vigente. La Universidad de Sevilla se ha implicado en la mayoría de los proyectos que lleva a cabo la FOS (Fundación Hanan-Tetuán, Drogodependientes Polígono Sur Sevilla, discapacitados cerebrales, etc). La suma de esfuerzos entre ambas instituciones está permitiendo mejorar la salud oral de los que más lo necesitan y constituye una sinergia en pro de la cooperación al desarrollo". (51)

Desde el año 2013 la FOS cuenta con una clínica dental en Sevilla, donde se atienden a personas vulnerables derivadas de los programas "una mujer una sonrisa", "sonríe" y "volver a reír" se desarrollan con colectivos desfavorecidos y en riesgo de exclusión social con la intención de la reinserción social a través de mejorar su salud bucal, gracias a la colaboración de entidades privadas y públicas.

Internacionalmente, la FOS sigue desarrollando proyectos en varios países como en República Dominicana y Marruecos, además del proyecto Yucatán en México que empezó en el 2012.

A finales del 2015 la FOS abrirá una clínica dental en Huelva capital y en Gibraleón, donde ofrecerá servicios odontológicos a los colectivos desfavorecidos.

A5 Proyectos de docencia-servicio y odontología social realizados por distintas Universidades.

A5.1 Universidad de Harvard (EEUU).

Entre los objetivos de la Escuela de Medicina Dental de Harvard (Harvard School of Dental Medicine's –HSDM-) está abogar por la Odontología Social como un método para conseguir acercarse a las necesidades de salud oral. La misión de la HSDM es la de “desarrollar y acoger una comunidad de líderes globales avanzando en la salud sistémica y oral.” (56)

Los alumnos que se forman para obtener el título Doctor en Medicina Dental (DMD) desarrollan un programa de cuatro años, de los cuales dos años son comunes para medicina y odontología, realizando prácticas médicas junto a los estudiantes de medicina y terminan con otros dos años de entrenamiento dental en la HSDM.

Además de las actividades del plan de estudios, muchos estudiantes y facultativos en la HSDM, a menudo se envuelven en programas adicionales durante el curso, a pesar de tener un apretado programa con clases y trabajos clínicos. Ellos hacen tiempo para devolverle y ayudar a las comunidades cercanas a través de iniciativas que crean conciencia, educan y tratan con la población minoritaria y desfavorecida.

Cada estudiante, también experimenta durante tres meses un trabajo externo en un centro comunitario de salud, el cual atiende principalmente a individuos de escasos ingresos y no asegurados. Sirviendo en estas comunidades desfavorecidas, los estudiantes interactúan con una variedad de pacientes, sienten una apreciación de diferencias culturales así como la desaparición de algún preexistente prejuicio racial.

Entre los programas de odontología social que en el presente se están implementando por los estudiantes de la HSDM bajo la estricta tutela de profesores, se encuentran los siguientes:

El Programa “Acciones para niños y adolescentes con necesidades de salud oral” (ACTION) comenzó en 2009. Se compone de un dentista miembro de la Cambridge Health Alliance CHA, y HSDM que supervisa a los voluntarios. El programa recluta un 60% de alumnos de 4º año en las clases predoctorales todos los años y beneficia a las familias de escasos recursos de la

Comunidad de Cambridge. Estas familias son el soporte de la clase obrera del área de Boston. Puesto que las caries son la dolencia más frecuente entre niños de bajo nivel socioeconómico, es imperativo que estos niños vulnerables tengan acceso a cuidados de salud oral.

El “Proyecto Puente” es un programa dirigido por estudiantes bajo el amparo de la HSDM con extensión a la comunidad. Esta a dirigidos a niños, adolescentes y jóvenes sin hogar. Bajo el consejo de la facultad, los estudiantes y alumnos voluntarios están organizados proveyendo tratamiento dental y educación en salud oral a estos miembros de la sociedad que a menudo están desprotegidos. El Programa de Proyecto Puente ha conseguido numerosos premios incluyendo uno del Secretario de Salud y Servicios Humanos de EEUU y el de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Asociación Dental Americana.

Para los programas mundiales de salud, la HSDM ha desarrollado un currículum de salud oral global que define los principios de salud oral global por los estudiantes y les proporciona la oportunidad de poner en práctica estos principios. También demuestra cómo acercamientos interdisciplinarios pueden ser incorporados dentro de la práctica a través de acciones en salud oral. Creando experiencias prácticas interdisciplinarias en la comunidad para médicos, dentistas, trabajadores de salud pública y estudiantes de enfermería que trabajen juntos en el proyecto. Además como parte de la experiencia del currículum práctico HSDM ha desarrollado pautas para una asociación institucional y parámetros para los proyectos exitosos de estudiantes, para así asegurar resultados sostenibles y mutuamente beneficiosos entre la colaboración conjunta de estudiantes y profesorado de la HSDM.

Por encima de todo, los estudiantes ganan habilidades didácticas basadas en aprendizaje y por consiguiente aplican estas habilidades en prácticas comunitarias y montajes internacionales. La HSDM también cree que asistiendo con una reforma en el sistema de educación en salud y desarrollando un currículum interdisciplinario en países en vías de desarrollo, sería una oportunidad valiosa de crear educación sostenible, investigar y crear programas que ofrezcan servicios en áreas poco favorecidas.

Un punto fundamental de los programas es el servicio. La HSDM tiene una historia de trabajo con organizaciones caritativas internacionales ofreciendo servicios de salud oral. La HSDM cree que su asociación podría ser muy efectiva en promover medidas preventivas, acciones que reducen mucho el peso de enfermedades orales en las clínicas.

Otro punto que deben tener los programas es la Investigación. La HSDM ha trazado metas relacionadas con la investigación con el propósito de extender el conocimiento básico relacionado con el cuidado de enfermedades de salud oral a nivel mundial.

Como conclusión la Escuela de Medicina Dental de Harvard, se ha visto envuelta en diversos proyectos notables tanto a nivel doméstico como internacionales, sin embargo, aún existen muchas más oportunidades para causar impacto. Varios programas están en sus primeros estadios y la escuela contempla el ampliar su capacidad para conducir muchos más programas de odontología social. En definitiva la Odontología Social está siempre en situación ganadora, mientras las comunidades ganan en términos de mejorar su salud y ser dueños de ella, los estudiantes de la HSDM ganan en términos de desarrollo cultural, sensibilización, así como consiguen un sentimiento de triunfo al realizar una mejora en la vida de las personas. Es nuestra esperanza que más estudiantes se conviertan en especialistas en política, académicos, investigadores y especialistas en salud pública además de meros dentistas clínicos. (57)

A5.2 Universidad de Búfalo (EEUU).

La Universidad de Búfalo cuenta con un programa de odontología social llamado "Asistencia y Apoyo Comunitario a Búfalo" (Buffalo Outreach and Community Assistance, BOCA). Es una organización internacional de salud pública que atrae a estudiantes y profesionales dentales para promover la educación odontológica y proveer de atención dental gratuita las zonas del mundo que carecen de un acceso adecuado a la atención oral. Según esta organización la palabra "BOCA" representa nuestra dedicación al cuidado de la salud oral, así como nuestro objetivo de advocar por un mayor acceso a nivel mundial de la odontología social. BOCA es desarrollada, organizada y administrada por los estudiantes de la Escuela de Odontología de la Universidad de Búfalo. Los estudiantes planifican las actividades de obra social y miembros de la facultad supervisan a los estudiantes en cada misión.

BOCA comenzó en el otoño de 2003 a partir de una serie de conversaciones entre dos estudiantes de odontología que estaban interesados en promover la salud oral entre la comunidad. La organización está subvencionada y patrocinada por el programa de Educación Extranjera de la Universidad de Búfalo, inicialmente bajo la dirección de la Dra. Sandra Flash.

La docencia teórica y práctica en odontología social son bases para BOCA. La odontología social tiene como objetivo final el mantenimiento y la promoción de la salud oral de la población. Por lo tanto, los esfuerzos docentes están encaminados a formar odontólogos con la máxima capacidad para alcanzar dicho objetivo.

Tanto en los países llamados “desarrollados” como en aquellos “emergentes” la salud oral constituye un problema sanitario. Aunque la situación ha mejorado en los países desarrollados debido al uso de fluoruros por parte de la población, mejores hábitos dietéticos y mejor higiene oral, aunque todavía quedan muchos focos de pobreza y grupos de riesgo. Un ejemplo es la ciudad de Búfalo, que se sitúa como la tercera ciudad más pobre de Estados Unidos en relación a su tamaño. Hay muchos habitantes que carecen de seguro dental o de los recursos económicos para proporcionar un seguimiento a su salud oral.

Aunque la Universidad de Búfalo no tiene una asignatura específica para Odontología Social, la materia está distribuida entre diferentes asignaturas y ha realizado un importante esfuerzo por dotar a esta licenciatura con los máximos recursos académicos tanto teóricos como prácticos, para conseguir los mejores resultados formativos.

En la Universidad de Búfalo, la Odontología Social y preventiva está en el centro del enfoque formativo. Desde el primer año las diferentes asignaturas sociales permiten al estudiante entender la concepción social del proceso salud-enfermedad-atención. La formación en ética profesional, promoción de la salud y las diferentes corrientes teóricas socio-económicas y preventivas, permiten al estudiante elaborar, a partir de sus conocimientos del diagnóstico social, las mejores estrategias para el desarrollo de su profesión, tanto en sus obras sociales como en su práctica privada.

El programa ha realizado misiones a diferentes lugares, en las cuales se proporciona un servicio dental que incluye exámenes orales, curetaje, profilaxis; restauraciones de amalgama, ionómero de vidrio y composites, selladores de fosas y fisuras, tratamientos endodónticos, extracciones rutinarias y quirúrgicas y educación dental. Estos tratamientos se proporcionan a individuos de todas las edades y clases sociales. Se han atendido huérfanos, niños y los adultos con necesidades especiales, presos, enfermos y ancianos en asilos, muchos de los cuales nunca antes habían recibido atención odontológica.

Además de prestar atención dental, en cada misión, durante el examen inicial, se toma la presión arterial y se mide la glucosa en sangre para detectar hipertensión y diabetes. También se revisan los ojos para detectar pterigión, un crecimiento anormal de tejido sobre la córnea del ojo muy común en el Caribe y América Central.

Para la mayor parte de las misiones, la Universidad de Búfalo proporciona todos los equipos dentales y materiales. BOCA posee once unidades dentales portátiles con piezas de mano para alta y baja velocidad y un sistema alta y baja succión. Además cuenta con esterilizadores, unidades de succión quirúrgicas, una unidad digital de rayos-X portátil, más de 300 instrumentos quirúrgicos y todos los instrumentos y fresas necesarias para restaurar y pulir las restauraciones en los dientes. La mayoría de las misiones son de una semana de duración, incluyendo el tiempo de viaje.

BOCA se hace responsable de llevar todo el material odontológico necesario para la realización de las misiones. En este respecto, numerosas casas dentales donan material, que ya no se puede vender debido a que está próximo a caducar. La Universidad de Búfalo dona todos los materiales desechables como guantes, gasas, algodón, etc. Todo el material es debidamente organizado y embalado y se distribuye entre todos los participantes de la misión.

Todos los participantes viajan en grupo y se trata de conseguir una aerolínea que provea descuento al grupo y no cobre por el exceso de equipaje. La universidad se encarga de conseguir el seguro sanitario, asegurarse que todos los estudiantes y profesores tengan sus vacunas y hacer las reservas en los hoteles. También se encarga que el hotel provea la manutención alimentaria a todos los participantes. En general los estudiantes de segundo y tercer año forman parejas con estudiantes de cuarto año y mientras uno proporciona atención directa al paciente, el otro asiste.

(58)

Se han hecho varias ediciones, en el 2004 fueron a Belice doce estudiantes, cuatro residentes de postgrado de Odontología General y cinco profesores de la facultad proporcionaron tratamiento gratuitos a los habitantes de la aldea de Ladyville y en la prisión central de Belice durante la primera misión internacional de BOCA. (59)

En las ediciones 2006, 2007, 2008 en Ghana, West África, participaron cinco estudiantes y dos profesores de la facultad, generalmente estuvieron trabajando en las facultades dentales o en centros comunitarios de las aldeas periféricas (60) (61)

En el 2019 acudieron a Nha Trang, Vietnam, donde participaron diez estudiantes y dos miembros del profesorado, estuvieron viajando de aldea en aldea proporcionando atención dental en los centros comunitarios.

A pesar de que la labor es ejercida por estudiantes, no se puede ignorar el impacto estadístico logrado. Se han atendido a más de 13.000 pacientes en misiones internacionales, realizado más de 7.500 restauraciones dentales y más de 10.000 extracciones. En una práctica privada, estos tratamientos equivalen a más de \$3 millones de dólares. Considerando que la mayor parte de nuestros pacientes viven en chozas sin calefacción o electricidad y no tienen acceso a salud dental, este es un logro notable.

Más de 355 estudiantes, 30 residentes de postgrado y más de 40 miembros del profesorado de diferentes áreas han participado en el programa. La facultad ha participado en más 30 misiones dentales en el extranjero y por encima de una docena dentro de los Estados Unidos, incluyendo Virginia y Appalachia, e innumerables programas de asistencia dental comunitaria en Búfalo, New York.

Dependiendo de la misión, los estudiantes han realizado en promedio entre 30 y 60 extracciones y hasta 25 restauraciones en una semana. Considerando que las misiones duran entre 4 y 5 días activos, son incluso más productivas que si estuvieran haciendo odontología en la facultad. En promedio, entre el 50 y el 60% de los estudiantes de tercero y cuarto año participan en programas internacionales, mientras todos los estudiantes participan en programas comunitarios locales.

Mientras que los beneficiarios más importantes del trabajo dental son los pacientes, los estudiantes que participan en estas misiones también son recompensados. No sólo conocen vidas menos privilegiadas que las propias, también tienen la oportunidad de obtener una experiencia clínica extraordinaria. Los estudiantes que participan en estas misiones se ven a menudo profundamente afectados por estas experiencias.

A continuación unos extractos hechos por los participantes:

- “BOCA... inculcó en mí el deseo de ayudar a la comunidad, especialmente a aquellos con necesidades especiales. Me ayudo a desarrollar una actitud positiva para practicar odontología”.*
- “Querré por siempre servir a pacientes con necesidades especiales y a poblaciones marginadas. Cambió mi perspectiva de la vida.”*
- “BOCA cambió mi vida, me abrió los ojos en la gente desfavorecida y a poder ayudar a muchos en solamente cuatro días. Fue la mejor experiencia que tuve en la escuela dental”.*
- “BOCA me hizo sentir orgulloso de dar a la gente con necesidades. Continuaré este trabajo después de graduarme”.*
- “BOCA permite que uno le dé a otros menos afortunados; anima a ayudar a gente en el futuro mientras siento que proporciono un buen servicio”.*
- “BOCA es la fuerza más grande de la escuela. Realmente cambio mi perspectiva “lo centra a uno en lo que debe hacer” Debemos tener más programas locales de asistencia a la comunidad. Debería ser obligatorio”.*
- “Me sensibilizó del nivel de cuidado que estos pacientes necesitan. Me hizo sentir que había marcado una diferencia”.*
- “Hace que usted quiera trabajar con una comunidad desamparada. Lo fuerza a uno a darse cuenta de que hay una necesidad dental y que hay una responsabilidad profesional de contribuir”.*

Uno de los resultados más tangibles ha sido el impacto de este programa en las actitudes del estudiante respecto al tratamiento poblaciones minoritarias o marginadas y su desarrollo y crecimiento personal para prestar servicio a estos individuos. (58)

A5.3 Universidad de Santa María (Venezuela).

La creación del programa de atención odontológica integral en las comunidades indígenas próximas al Auyantepuy, Venezuela, surge como respuesta a la gran necesidad de atención médica odontológica de sus pobladores. (63) Debido a la remota ubicación geográfica, la única vía de comunicación posible es la aérea y en ciertos casos la vía fluvial, lo cual dificulta el acceso de sus pobladores a los servicios de salud.

En el año 2009 se da inicio al proyecto con la asignación de pasantes de odontología de la Universidad Santa María, para la atención de comunidades del Valle de Kamarata. Adicionalmente, se fortalece el equipo de trabajo con médicos, pasantes de medicina y personal auxiliar de las comunidades. Debido a la gran distancia existente con otros centros poblados y a la falta de infraestructura de telecomunicaciones se establece el servicio de telemedicina y teleodontología para respaldar las labores comunitarias estableciéndose un vínculo satelital de los ambulatorios rurales con profesionales en diversas áreas de salud.

El funcionamiento de los centros de salud desde el punto de vista financiero representa un reto importante. Por esta razón, resulta fundamental, la participación de las personas naturales, empresas privadas y una red de aviación civil voluntaria quienes realizan aportes económicos y suman esfuerzos que finalmente dan garantía a la continuidad del proyecto.

En la actualidad se cuenta con cuatro centros de atención integral: Kamarata, Urimán, Canaima y Maniapure, basados en la concepción de la participación comunitaria, educación, docencia y atención integral de alto nivel.

Las actividades están lideradas por el proyecto Asociación Civil "Alas", una agrupación voluntaria, que reúne a los principales colaboradores que hacen posible el proyecto de atención indígena comunitario. En esta agrupación participa la Coordinación Académica de los pasantes de odontología de la Universidad Santa María, la Fundación Sigma Dental, médicos, odontólogos, pilotos y otros profesionales voluntarios que junto a los líderes comunitarios organizan las labores desarrolladas.

El equipo multidisciplinario está conformado por estudiantes del último año de la carrera de odontología y docentes universitarios de la USM, profesionales de salud, pilotos, ingenieros expertos en telecomunicaciones, representantes de la iglesia y líderes comunitarios. Igualmente se realizan alianzas estratégicas con otras agrupaciones como Fundación “Proyecto Maniapure”, Telesalud y Fundación “Sigma Dental” quienes con su aporte económico, de conocimientos y experiencia contribuyen de una manera importante al desarrollo exitoso del proyecto.

El proyecto se desarrolla en las comunidades indígenas de Kamarata, Uriman, Maniapure y Canaima ubicadas al sureste de Venezuela en el Estado Bolívar. ⁽⁶⁴⁾ y está concebido para que los centros de atención médico odontológica funcionen de manera permanente en las comunidades indígenas.

Dentro de los principales actores se encuentran los estudiantes de odontología del último año de carrera de la Universidad Santa María quienes permanecen de manera ininterrumpida en las comunidades mientras cumplen el requisito académico de pasantías rurales para obtener su título de Odontólogo. Cada grupo de estudiantes permanece por 12 semanas continuas hasta la llegada de un nuevo grupo, lo cual da como resultado un total de 24 pasantes por año asignados a las cuatro comunidades.

Cada servicio odontológico está completamente dotado con equipos de la más alta tecnología que comprende unidades odontológicas fijas y portátiles, ultrasonido, Rayos-x y equipos de esterilización y alta succión.

La idea principal de estos servicios es brindar atención multidisciplinaria, ofreciendo tratamientos preventivos y curativos de alto nivel, que contemplen desde campañas preventivas, procedimientos de odontología general, hasta la elaboración de prótesis dentales y la realización de tratamientos endodónticos. Igualmente se realizan tratamientos de periodoncia, cirugía, odontopediatría y de atención de niños especiales bajo sedación.

Además de la atención brindada en los servicios odontológicos, el equipo de salud conformado por odontólogos, médicos y personal auxiliar de enfermería que se traslada regularmente a las pequeñas comunidades vecinas para ampliar la red de atención en la zona. Cabe destacar que la logística de movilización es compleja debiendo realizarse largas caminatas y navegaciones fluviales por vías de difícil acceso en la mayoría de los casos.

Para complementar las labores ejecutadas, una vez al año, se realiza un operativo médico odontológico de mayor envergadura en las comunidades. La finalidad es trasladar especialistas en diversas áreas a la zona para ejecutar procedimientos de mayor complejidad en aquellos pacientes que así lo requieran.

En el área odontológica se realizan jornadas de prótesis dentales removibles sin costo para los pacientes. Esto requiere una preparación previa de cada paciente desde el punto de vista bucal realizada por los pasantes de la zona. Durante el operativo, se traslada un equipo de técnicos de laboratorio dental que ejecutan las prótesis en el lugar, al igual que odontólogos especialistas en rehabilitación que supervisan por la excelencia del trabajo ejecutado.

Durante el operativo, la atención médica juega un papel importante ya que se trasladan médicos especialistas en el área de oftalmología, ginecología, anestesiología, dermatología, cardiología, etc. Este trabajo es coordinado previamente por el equipo de médicos y pasantes que residen en las comunidades de acuerdo a las necesidades encontradas a lo largo del año.

Las actividades que giran en torno a los centros de salud están fundamentadas en un marco de docencia permanente. Se contempla que los estudiantes que acuden a las comunidades participen en un programa de inducción previo a la llegada a las comunidades. Esto abarca el reforzamiento y actualización en diversas áreas de la odontología como farmacología, bioseguridad, prótesis simplificadas, endodoncia y cirugía. Paralelamente, se hace un taller de manejo y reparaciones menores de equipos odontológicos, se hace entrega de un manual de funcionamiento de cada ambulatorio y se les brinda asesoramiento para el intercambio cultural.

Permanentemente, por la vía de telemedicina y teleodontología todo el personal de salud participa en encuentros permanentes de discusión de casos clínicos y actualización en diversas áreas de salud con interés comunitario como enfermedades tropicales, manejo de urgencias médicas, esterilización, desinfección entre otros.

Para complementar la labor docente, el proyecto contempla el desarrollo de líneas de investigación relacionadas con el mejoramiento de las condiciones de las comunidades. En la actualidad se llevan líneas de investigación en el área de odontología restauradora para evaluar la longevidad y calidad de las restauraciones realizadas a lo largo de la historia del proyecto, evaluación de técnicas de higiene oral propias de la cultura indígena, patologías del sistema

estomatognático halladas en la zona como la enfermedad de Heck causada por el virus del VPH y Bioseguridad y manejo de desechos biológicos.

Dentro del área de educación y docencia también se contempla la participación del personal de salud en el desarrollo de programas educativos locales en equipo con maestros y líderes comunitarios locales. En la actualidad se desarrolla material audiovisual adecuado a la Etnia Pemón para ser utilizado en los centros educativos a diferentes niveles en el área de salud.

En el área odontológica se ha logrado instaurar un sistema de atención integral especializado, basado en educación continua, prevención y tratamientos restauradores no mutilantes de alto nivel con garantía de seguimiento en el tiempo. Dentro de este esquema la participación comunitaria es fundamental en las tareas de educación, concienciación, funcionamiento de los centros y formación de recurso humano local.

Las actividades desarrolladas en las comunidades son debidamente registradas y analizadas estadísticamente con la finalidad de hacer cada día un proyecto de mayor impacto positivo en las poblaciones indígenas.

En la actualidad, los servicios odontológicos atienden 1.288 consultas trimestrales con un promedio de 322 consultas por servicio. Anualmente el proyecto ofrece un estimado de 4.100 consultas odontológicas en zonas donde el acceso a este tipo de atención era sumamente limitado o inexistente.

Nuestra filosofía de trabajo contempla un mayor énfasis de atención en la población infantil y adolescente, lo cual se coordina con los centros educativos y constituye el 50% de la totalidad de la población atendida en los ambulatorios. Esto, con la finalidad de hacer más odontología preventiva que curativa en el tiempo. (62)

A5.4 Universidad British Columbia (Canadá).

La Universidad de British Columbia (UBC) actualmente cuenta con aproximadamente 45.000 estudiantes nacionales y más de 5.000 estudiantes internacionales de casi 140 países. Este cuerpo estudiantil diverso refleja la creciente diversidad de la población de Canadá. Esto llevó a creación de un plan estratégico que se proponía implementar enfoques interculturales para el aprendizaje e integrar conocimiento global, habilidades y perspectivas a través de la Universidad. (46)

En 2005, el programa llamado TREK fue adoptado para extender el compromiso de la Universidad con la finalidad de "preparar a los estudiantes a convertirse en ciudadanos excepcionales, promueven los valores de orden civil y sociedad sostenible e incentivar en la investigación para servir a la gente de su comunidad, de su país y del mundo.

Entre la variedad de actividades iniciadas por los Miembros UBC, profesores, estudiantes y personal para fomentar la visión de TREK, en el 2007 se crea un módulo de cuatro años en la Facultad de Odontología llamado "Profesionalismo y Servicio a la Comunidad" (PACS). (66)

El módulo de PACS se basa en el concepto de docencia-servicio, como se describe en la literatura de las profesiones de la salud. (67) (68)

Estas acciones brindan educación como un aprendizaje recíproco de la experiencia que involucra a la comunidad atendida y a los estudiantes al servicio de la comunidad. (66)

Los objetivos del módulo docencia-servicio son los siguientes: animar a los estudiantes a entender los desafíos que los segmentos vulnerables de la población; permitir a los estudiantes aprender con la experiencia en primera mano sobre algunos de los determinantes sociales de la salud; para desarrollar una comunidad basada en la promoción para la salud; implementar y evaluar un plan de proyecto sostenible propuesta por la facultad y con aprobación de la comunidad.

En estos cuatro años, el módulo PACS se programó por medio día, una vez por semana, en el primer año se llevó a cabo de septiembre a mayo, mientras que en los años dos, tres, y cuatro, se hizo de agosto a diciembre. PACS ha inscrito más de 190 estudiantes en sus cuatro años. (66)

En el PACS las actividades se llevan a cabo principalmente formando grupos pequeños en clase y en entornos comunitarios. (66) (68) (69) *Ocho estudiantes en cada pequeño grupo reciben orientación y son guiados por un tutor que es un dentista experimentado o higienista dental.*

El primer año de PACS permite a los estudiantes evaluar las necesidades de las comunidades vulnerables, en su mayoría niños de las organizaciones sin fines de lucro y escuelas del centro de la ciudad. Los estudiantes van a desarrollar, implementar, evaluar y mantener la salud y colaborar en proyectos de promoción dentro de su comunidad asignada, suelen abordar el autocuidado bucal, la dieta y la salud general

El segundo año de PACS se centra en la atención a largo plazo y proporciona a los estudiantes la oportunidad de participar en la promoción de la salud y las actividades preclínicas con instituciones de adultos mayores y asistentes de cuidado, abordando auto-cuidado bucal y limpieza de la dentadura. (68)

El tercero y cuarto año del módulo los estudiantes proporcionan odontología preventiva y dan atención preclínica a niños de escuelas del centro de la ciudad (tercer año) y ayudan prestando atención dental clínica a pacientes médicamente complejos en los hospitales, centros de atención a largo plazo, y clínicas de salud (cuarto año) como los estudiantes avanzan en su conocimiento clínico y cualificaciones. (66)

En cada año de PACS, se anima a los estudiantes a reflexionar sobre una base continua, las reflexiones son una de las herramientas didácticas utilizado ampliamente en este módulo y en el plan de estudios en otros lugares. Reflexiones tienen un valor en traer significado a lo que se aprende y permiten a los estudiantes a cuestionar y reflexionar sobre asuntos que todavía deben ser abordados o más explorados. (70) (71)

Las reflexiones de 100 a 500 palabras se llevan a cabo de forma individual, pueden ser escritas a mano o con el ordenador. El tutor de grupo estimula aún más el pensamiento al dar una retroalimentación sobre cada reflexión. La rúbrica utilizada para evaluar los reflexiones en PACS es formativa, sin calificaciones dadas. (66) (68) (69)

Según el Marco de las Normas de Desempeño de British Columbia (BCPS) para la Responsabilidad Social expedido por el Ministerio de Educación de British Columbia, las reflexiones pueden mejorar la conciencia de los problemas sociales, profesionales y éticos, mediante el fomento de la autoevaluación. La actividad reflexiva es un aspecto clave para el desarrollo de la responsabilidad social, un concepto que implica el sentido de un individuo de obligación con la sociedad. Aunque el concepto de responsabilidad social no se enseña directamente en PACS, sale a la superficie cuando, por ejemplo, las discusiones sobre la ética se

producen en el primer año o cuando los estudiantes tienen dificultades para asistir los asilos de ancianos frágiles que viven en centros de atención a largo plazo en el año dos. (72)

El PACS ha fomentado la conciencia de la responsabilidad social a través de la lente de la BCPS. El análisis temático tiene en cuenta las reflexiones de los estudiantes en los cuatro años de los estudios predoctorales de la UBC desde agosto de 2007 a noviembre de 2010.

Se utilizó el BCPS⁽⁷³⁾ para evaluar temáticamente el contenido de una variedad de asignaciones a las reflexiones escritas reunidas desde el establecimiento de PACS en 2007. Las reflexiones se realizaron en diferentes contextos de PACS, se centra su análisis temático sobre las reflexiones proporcionadas por los estudiantes PACS dedicadas a la siguiente actividades: Desarrollo e implementación de proyectos de servicios comunitarios en las escuelas u organizaciones comunitarias. Durante el primer año, escuchan a un colectivo con diversos tipos de adicción, también escuchan a un grupo de miembros de la comunidad local gay. En el segundo año proporcionan atención bucal a los residentes de instalaciones de cuidado de largo plazo. En el tercer año participan en iniciativas de alcance comunitario con niños de hasta tres años de edad; y en el cuarto año interactúan con las personas VIH-positivas que utilizan los servicios de una organización sin fines de lucro de la comunidad.

No se presta a una definición de la responsabilidad social, pero sugiere competencias para sensibilizar a las personas con sus obligaciones sociales.⁽⁷³⁾ Aunque este artículo no evaluó a los estudiantes a manera personal su percepción de responsabilidad social, se emplea un análisis cualitativo de sus reflexiones escritas.⁽⁷⁴⁾ ⁽⁷⁵⁾

Las reflexiones fueron medidas en tres categorías principales de la responsabilidad social sugeridas por la BCPS:

- 1) La contribución en el aula y en la comunidad, por ejemplo, en qué medida los estudiantes comparten la responsabilidad de su bienestar social con sus deseos de participar y contribuir en las actividades de clase.*
- 2) El valor de la diversidad en la comunidad, por ejemplo, el grado en que los estudiantes consideran temas delicados de manera justa y con respeto, que muestren un sentido de la ética, mientras reconocen la diversidad.*
- 3) Ejercicio de las responsabilidades, por ejemplo, la medida en que las reflexiones de los estudiantes demuestran el compromiso hacia un futuro mejor para ellos y para la comunidad.*

Las actividades didácticas y experienciales en la que los estudiantes reflexionan durante los cuatros años de la carrera, han proporcionado más de 500 reflexiones, dada la matrícula actual de 190 estudiantes en total (en los cuatro años combinados).

Se trata de un estudio retrospectivo en el que más de las reflexiones utilizadas en estudios anteriores se vuelven a analizar a la luz de los objetivos de este estudio. La aprobación de la Junta Ética de Investigación del Comportamiento de la Universidad de British Columbia se obtuvo para los estudios previos sobre las reflexiones. (68) (69) (71)

El enfoque deductivo-inductivo utilizado fue útil para explorar la medida en que los estudiantes de odontología de diversos años abordan las tres categorías de aula y la comunidad, la diversidad, y responsabilidades.

Según la BCPS, hay una necesidad de involucrar a los estudiantes en la reflexión sobre la experiencia de participar y contribuir en pequeños grupos de aprendizaje, mientras están inmersos en el contexto de las actividades de la comunidad.

El compromiso del programa TREK de la UBC enfatiza que sus alumnos "valoren la diversidad, trabajen con y para sus comunidades, y sean agentes de cambio positivo". (76)

Strauss y colaboradores discutieron aún más el hecho de que los estudiantes de odontología podrían creer que la sociedad tiene la responsabilidad última de proporcionar atención dental para los desatendidos. (77)

Mucho menos a menudo, reconocemos que hacemos la sociedad tal como es; "somos" la sociedad de la que somos responsables. La responsabilidad social también puede estar entrelazada dentro de la dinámica de grupo que podrían facilitar o afectar el aprendizaje.

El PACS espera educar a los futuros profesionales de la odontología acerca de las necesidades sociales de los más necesitados y los alienta a discutir asuntos de la comunidad compromiso a la vez que intentar cultivar responsabilidad social; Sin embargo, no podemos garantizar que éstos profesionales actuarán en consecuencia en el futuro. Se necesitan estudios de seguimiento longitudinales para explorar el impacto final de un programa de educación dental basada en el servicio a la comunidad tales como PACS, viendo las percepciones de los estudiantes y la comprensión de la responsabilidad social y el profesionalismo después de graduarse.

En conclusión el módulo PACS tiene como objetivo aumentar la comprensión de los estudiantes sobre los problemas de la comunidad y su colaboración como miembros socialmente responsables de la profesión dental y la comunidad en general. Se espera involucrar a los estudiantes en el seguimiento y evaluación de su propio desarrollo profesional y papel social, así como también se les anima a reflexionar de manera crítica e integrar una variedad de competencias para dominar toda su educación predoctoral.

Como Brondani y Rossoff (2010) concluyeron, ética dentales y el tema razonamiento ético de PACS no puede hacer que las personas no éticas sean éticas.⁽⁷¹⁾ Del mismo modo, estudiantes y dentistas socialmente irresponsables pueden existir siempre a pesar de que estas personas hayan tenido una exposición la comunidad de docencia-servicio. El autor tiene la esperanza de que módulos como PACS puedan educar futuros profesionales dentales y animarles a hablar y actuar en temas de responsabilidad social. Hay varias herramientas para evaluar o medir la responsabilidad social dentro del contexto de la enseñanza, a través de libros⁽⁶⁷⁾ y cuestionarios.⁽⁴⁶⁾ ⁽⁴⁷⁾ ⁽⁷⁸⁾ ⁽⁷⁹⁾ El uso de tales herramientas dentro del contexto de la comunidad de servicio-aprendizaje en odontología es otro zona para su futura consideración.

A.5.5 Universidad de Iowa (EEUU).

De acuerdo con el informe del Instituto de Medicina (IOM) "Mejorando el acceso a la atención de la salud bucal para poblaciones vulnerables y marginadas", sólo el 46% de la población de EEUU recibió atención dental en 2004, y el 5,5% eran incapaces de adquirir la atención dental en 2007. ⁽⁸⁰⁾

La falta de cuidado dental es especialmente frecuente en EEUU entre la población con bajos ingresos. Esto en parte es debido a las barreras financieras y la escasez de dentistas con una formación adecuada en odontología social. En consecuencia, este IOM recomienda que las escuelas dentales incorporen Educación Dental Basada en la Comunidad (CBDE) dentro sus programas de capacitación para proporcionar a los estudiantes de odontología con oportunidades para mejorar sus habilidades en el tratamiento de las poblaciones vulnerables. Además, la Comisión de Acreditación Dental (CODA) tiene por norma que "los programas de educación dental deben crear oportunidades y animar a los estudiantes a participar en experiencias de docencia-servicio y/o experiencias de aprendizaje basadas en la comunidad "con el fin de inculcar a los

graduados una "apreciación para toda la vida del valor del servicio a la comunidad."⁽⁸¹⁾ Si bien la Asociación Dental Americana reconoce que en la atención y servicio a la comunidad no se abordan las necesidades de todas las poblaciones marginadas,⁽⁸²⁾ pero sí ayuda a minimizar algunas de las barreras financieras que enfrentan las poblaciones marginadas. En 2007, los dentistas han proporcionado un estimado de 2.160 millones dólares en servicio dental gratuito o con descuento.⁽⁸²⁾ CBDE ofrece a los estudiantes de odontología la oportunidad de "prestar atención médica en las clínicas con base comunitaria o prácticas privadas."⁽⁸¹⁾ Aunque CBDE tiene una larga historia de los planes de estudio dental,⁽⁸³⁾ su presencia como un componente importante de la educación dental no estaba muy extendida hasta la década de 2000.

El programa de Robert Wood y Johnson Pipeline, basado en CBDE, ha proporcionado fondos a seleccionadas facultades de odontología de EEUU, para ampliar las experiencias de sus estudiantes con la comunidad.⁽⁸³⁾ ⁽⁸⁴⁾ Algunas Facultades más recientes, como la Facultad de Odontología y Salud Bucal de Arizona,⁽⁸⁵⁾ han incorporado CBDE como una parte sustancial de sus planes de estudio desde su inicio. En 2008, el 60% de los graduados informaron de que habían participado en cuatro o más semanas de CBDE durante su formación.

La Universidad de Iowa ha sido líder en esta área, ya que ha incluido en su plan de estudios CBDE dental desde 1968. El programa CBDE, llamado el "programa externo", inicialmente comenzó con todos los estudiantes de odontología que participaban en tutorías privadas, principalmente en zona rural de Iowa, entre el tercer y el cuarto año de la facultad. A principios de la década de 1970, el programa había añadido a las poblaciones marginadas sin seguro médico en un hospital de la red de seguridad social en Des Moines, lo que aumentó la duración de la experiencia extramuros. Desde principios de la década de 1980, todos los estudiantes de odontología de cuarto año habían participado en dos rotaciones de cinco semanas consecutivas, para un total de diez semanas, en una variedad de instalaciones, como centros de salud comunitarios, clínica dental hospitalaria, hogares de ancianos, clínicas de servicio de salud indígenas y programas internacionales en las Facultades de Odontología (por ejemplo, con la Facultad de Medicina y Odontología de Londres "Queen Mary" y en la Comunidad Saragur, en India). En donde los estudiantes brindan servicios clínicos en dos organismos basados en el servicio a la comunidad que atienden a poblaciones tradicionalmente marginadas.

Además de estos servicios en las clínicas de CBDE, los estudiantes participan en otras experiencias con la comunidad que incluyen charlas en centros para personas sin hogar y presentaciones sobre prevención en centros de detención de menores. El propósito de estas actividades es proporcionar a los estudiantes la oportunidad para que puedan "devolver" algo a la comunidad, utilizando su experiencia como dentistas. La idea de los objetivos de aprendizaje intencional, utiliza las habilidades de uno en beneficio de la comunidad, es consistente con la pedagogía de docencia-servicio.^{(46) (86)}

Se han realizado muchos estudios para evaluar los resultados a corto plazo de CBDE. Por ejemplo, un estudio de la Universidad de Kentucky que examinó los procedimientos de los alumnos que se matricularon en CBDE y el valor correspondiente de la producción de los estudiantes (Es decir, el valor monetario de los procedimientos basados en las tarifas de Medicaid de Kentucky y Unidades de Valor Relativo, se utilizó una escala para normalizar el valor de los procedimientos dentales), Otros estudios han comparado el programa de CBDE con el trabajo en clínica de las facultades de odontología y se encontró que los estudiantes tratan a más pacientes y completan más procedimientos durante el CBDE, que en el entorno de la facultad de odontología en periodos de tiempo comparables. ^{(87) (88)}

Mashabi y Mascarenhas (2011) encontraron que los estudiantes eran más productivos en la clínica después de estar en CBDE.⁽⁸⁹⁾ *Además, los estudios han examinado la comodidad de los estudiantes y confianza para dar tratamiento a las poblaciones marginadas, antes y después de participar en experiencias en CBDE,*^{(90) (91)} *y los temas que se encuentran en los documentos de incidentes críticos y positivos han sido analizados para evaluar lo que los estudiantes aprendieron de sus experiencias con la comunidad.* ^{(46) (92)}

Por el contrario, se han realizado pocos estudios para evaluar los resultados a largo plazo de la participación en CBDE. En un estudio de la Universidad de Iowa a exalumnos, encontraron que los dentistas que percibían sus experiencias en la comunidad como valiosas tenían más probabilidades de sentirse cómodos al tratar a poblaciones marginadas seleccionadas (por ejemplo, de bajos ingresos, o convictos) en comparación con los dentistas que no lo percibían así.⁽⁹³⁾

Otro estudio encontró evidencia para sugerir que la ubicación de la CBDE se asoció con probabilidad dentistas para tratar algunas poblaciones (por ejemplo, otros grupos étnicos, los ancianos frágiles) en su práctica primaria. (94)

Como más facultades dentales siguen ampliando sus experiencias CBDE existentes o añaden CBDE a sus planes de estudio, es importante examinar los resultados a largo plazo de estos programas. Debido a que se prevé que CBDE se asocia con una "apreciación de toda la vida por el valor de servicio a la comunidad,"(81) el objetivo del estudio fue determinar si la participación de los dentistas que brindan servicios de beneficencia en el consultorio dental y en la comunidad se asocia con la participación en CBDE como estudiantes de odontología.

Un cuestionario de veinticuatro preguntas fue desarrollado y enviado por correo a todos los dentistas de Iowa en la práctica privada, para evaluar su participación en trabajos de beneficencia durante el año anterior (2006) y su participación en CBDE como estudiantes de odontología. Dentistas Iowa fueron seleccionados para este estudio, ya que casi el 80% de ellos se graduó de la Universidad de Iowa Colegio de Dentistry.(95) Por lo tanto, un gran número de sujetos potenciales habría tenido la oportunidad de participar en CBDE como estudiantes de odontología.

La pregunta principal en el cuestionario era la siguiente: "Durante el año pasado (2006), ¿Qué hizo?: a) proporcionó servicios de atención dental de beneficencia en su clínica, o b) participó en servicios comunitarios" Se agregó a la respuesta "sí" o "no" para cada parte de la pregunta. A los encuestados luego se les pidió que informaran sobre las actividades realizadas en su clínica y en la comunidad por separado debido a las diferencias inherentes. Por ejemplo, los dentistas pueden proporcionar atención gratuita en sus clínicas, en ambientes familiares, mediante la programación de los pacientes en sus listas de pacientes diarios. En contraste, los dentistas que brindan atención de beneficencia en la comunidad deben alterar sus horarios diarios o proporcionar atención durante el tiempo personal. Además, la atención comunitaria puede implicar barreras adicionales, como los viajes y la de brindar atención en entornos desconocidos, que no se encuentran en la propia clínica privada. A los efectos de la encuesta, el servicio de atención dental de beneficencia se definió como "gratuitos o con descuento dando atención a los pacientes que no son amigos o familiares". La atención podría haber tenido lugar en la clínica principal de un dentista o una clínica satélite. Los servicios de beneficencia destinados a la comunidad se

definieron como "servicios dentales relacionados" (por ejemplo, tratamientos o charlas) proporcionados por un dentista fuera de su entorno habitual práctica. (98)

Las preguntas de seguimiento se incluyeron para evaluar el número de horas que proporcionaron dando atención de beneficencia, el tipo de servicio a la comunidad en la que participaron, y un monto estimado de las atenciones brindadas con descuento o gratis que realizaron en sus clínicas.

Se incluyeron múltiples preguntas para evaluar la participación de los encuestados en CBDE. Se preguntó a los encuestados si habían participado en una rotación extramuros como estudiante de odontología. Los encuestados que respondieron "sí" fueron instruidos para identificar 1) La localización de sus experiencias (por ejemplo, la clínica de un hospital, sí / no; programa de hogar de ancianos, sí / no), y 2) El número total de semanas en las que participó en CBDE. El cuestionario también evaluó si había un componente de servicio comunitario fuera del entorno clínico CBDE (por ejemplo, charlas sobre salud oral). (98)

Además, se incluyeron preguntas adicionales para examinar otras variables predictorias potenciales asociadas a la prestación de atención de beneficencia. Estas variables fueron seleccionadas en base a la literatura (96) (97) y su potencial para influir en si los dentistas proporcionarán atención de beneficencia.

En la pregunta de satisfacción la mayoría respondieron estar "muy satisfechos/satisfecho", y solo un pequeño número de encuestados que informaron estar algo o muy insatisfecho.

De los 1.312 odontólogos contactados, 541 regresaron cuestionarios utilizables dando una tasa de respuesta del 41,2% 17% de los encuestados eran mujeres, y el 24% se había graduado hace ≤ 10 años. 84% por ciento de los encuestados se graduó de la Facultad de Odontología de la Universidad de Iowa. 88% eran dentistas generales. El 62% eran los únicos dueños de su práctica, mientras que eran coparticipes el 25%, asociados el 12%, y por contrato independiente el 1%. (98)

Los resultados de este estudio indican que la mayoría de los encuestados participaron en la atención de beneficencia en la clínica y en la comunidad. Mientras que la satisfacción con la participación en el la atención de beneficencia fue el predictor más fuerte para determinar la

probabilidad de proporcionar atención de beneficencia en el consultorio dental o en la comunidad, la participación en el programa CBDE como estudiante de odontología se asoció con los dentistas que proporcionan atención de beneficencia en la comunidad. Esto sugiere que la participación en CBDE puede estar asociada con resultados a largo plazo después de finalizar la carrera.

En general, la satisfacción con la prestación de atención de beneficencia fue el predictor más importante asociado con la prestación de atención de beneficencia en la clínica y en la comunidad. Esto es similar a estudios de psicología que han encontrado asociaciones entre la participación en actividades de voluntariado y la satisfacción con la actividad. (97) (99)

Se ha sugerido que la satisfacción con el voluntariado en una organización se asocia con la continua participación de los voluntarios, las organizaciones deben proporcionar incentivos y ajustes ambientales positivos para aumentar satisfacción. (97)

Las organizaciones que dependen de dentistas voluntarios deben evaluar continuamente la satisfacción de sus voluntarios para ayudar a garantizar la continuidad de las relaciones entre los dentistas y las organizaciones. (100)

Anecdóticamente, muchos estudiantes de odontología de la Universidad de Iowa informaron que ellos no serán capaces de proporcionar atención de beneficencia inmediatamente después de finalizar la carrera, hasta después de pagar sus préstamos estudiantiles. Del mismo modo, muchos de los encuestados escribieron en sus encuestas que planean dar atención de beneficencia una vez que paguen su deuda o poner a sus hijos a la universidad. Los estudios futuros deben evaluar la asociación entre la deuda y la atención de beneficencia, sobre todo porque el costo de asistir a la facultad de odontología sigue aumentando.

Este estudio no pudo determinar si la deuda actual o anterior se asocia con la prestación de atención dental de beneficencia. Entre los encuestados que declararon que no realizan servicios comunitarios, el 32% indicó que era porque tenían demasiada deuda.

Como conclusión los resultados de este estudio apoyan la idea de que la participación en la formación basada en la comunidad puede aumentar la probabilidad de que los estudiantes de odontología proporcionen atención dental de beneficencia después de graduarse. Las facultades de odontología deben dar seguimiento a sus exalumnos para evaluar los resultados a largo plazo

sobre su participación en experiencias de base comunitaria, cuando sea posible, con diferentes tipos de experiencias (por ejemplo, la duración, participando en una experiencia versus una variedad de experiencias) deben colaborar en estudios en el futuro para evaluar si las diferencias entre las experiencias se asocian con diferentes resultados longitudinales.

A5.6 Universidad de Massachusetts (EEUU).

La Universidad de Massachusetts College of Pharmacy and Health Sciences (MCPHS) realizó un estudio para comprender las percepciones de los estudiantes sobre su experiencia docencia-servicio en un país extranjero. Los autores trataron de colaborar con la Organización Voluntarios Marruecos para incorporar un componente de la salud oral en su programa académico de docencia-servicio. Entre los beneficios de participar con Voluntarios Marruecos, fue que un equipo interdisciplinario ya se había establecido en Marruecos, con los supervisores que facilitaron el transporte, las leyes del gobierno y regulación, además de ofrecer becas. Los miembros de la organización hablan las lenguas de Marruecos, conocen su cultura y acompañaron a los estudiantes durante todo el viaje.

Los autores entrenaron a los estudiantes de enfermería y de higiene dental en la Clínica de Higiene Dental Wilkins Esther M. en Massachusetts Facultad de Farmacia y Ciencias de la Salud-Forsyth Escuela de Higiene Dental. La escuela higiene dental estableció una clínica de prevención en Marruecos para proporcionar educación para la salud oral y barniz de flúor a niños y adultos. Los estudiantes deben prestar sus servicios a gente de escasos recursos en esta clínica y en otras clínicas, hospitales y orfanatos.

Se recibieron donaciones, tales como cepillos, hilo dental, pasta de dientes y barniz de flúor de las empresas dentales, que fueron fundamentales para hacer frente a las necesidades de salud oral de la población. De los auxiliares de salud, una minoría de los participantes tenían experiencia previa docencia-servicio, y pocos habían servido en el extranjero.

Los beneficios de los viajes con componente docencia-servicio en términos puntuales son la reducción de la brecha de teoría percibida, aprovechamiento del aprendizaje interprofesional, la satisfacción de dar servicio en comunidades de escasos recursos que necesitan mejorar la atención de salud, abordar los dilemas éticos asociados a estas comunidades, y ayudar en el crecimiento profesional. (101)

Jacoby (1996) define la docencia-servicio como "una forma de educación experiencial en la cual los estudiantes participan en actividades que abordan las necesidades de la comunidad, junto con oportunidades estructuradas intencionalmente para promover el aprendizaje y desarrollo de los estudiantes".⁽¹⁰²⁾ "Yonder (2006) señaló que la integración de docencia-servicio en la educación de higiene dental, anima a los graduados para trabajar eficazmente con poblaciones diversas y la función dinámica en el ámbito docencia-servicio,⁽¹⁰³⁾ es un movimiento nacional significativo en todos los niveles educativos, y es particularmente importante en la educación de pregrado.

Este estudio explora las percepciones de los estudiantes de la profesión de la salud que participan en la docencia-servicio en Marruecos con respecto su adaptación al llevar un servicio de salud con la diversidad cultural.

Los autores utilizaron entrevistas abiertas semiestructuradas, para explorar las percepciones de los estudiantes de profesiones de la salud. Los participantes y los procedimientos de participación en este estudio fue abierto a todos los estudiantes en el consorcio de la Universidad, que fueron invitados a participar en este proyecto. La participación fue voluntaria y con fondos privados por los participantes. Nueve estudiantes, ocho mujeres y un varón, que aceptaron participar, fueron reclutados de dos instituciones en un Estado del noreste de los EE.UU. La edad de los participantes osciló entre 19 y 23 años con una edad media de 21 años. Ocho participantes (89%) eran blancos caucásicos y sólo 1 (11%) de Asia. La mayoría de los participantes son de una clase socioeconómica media - asisten a la Universidad privada y han podido financiar su viaje a Marruecos. Los sujetos del estudio representaron higiene dental y enfermería. Ocho participantes (89%) representaron la disciplina de enfermería y sólo 1 (11%) representaron la higiene dental. Los sujetos fueron reclutados a través de invitación por correo electrónico, y se enviaron recordatorios para aumentar la respuesta, que era 100%. Todos los 9 participantes que viajaron a Marruecos ofrecieron como voluntarios para participar en el estudio.

La muestra del estudio pretende capturar adecuadamente la heterogeneidad de este grupo.⁽¹⁰⁴⁾ ⁽¹⁰⁵⁾ La investigación emplea un diseño cualitativo para comprender las percepciones de los estudiantes de su experiencia docencia-servicio en Marruecos. En enero de 2011, aproximadamente dos semanas después del regreso de los estudiantes de Marruecos, los datos se recogieron a través de un protocolo de entrevista semiestructurada con preguntas abiertas. Las preguntas estaban dirigidas a la comprensión de las percepciones de los estudiantes sobre el

acceso a la atención cuestiones en Marruecos, su visión de la importancia de la colaboración entre profesionales, y sus puntos de vista sobre el impacto de diversas prácticas culturales y de salud en su crecimiento. Los investigadores registraron las entrevistas textualmente para el análisis de datos y fueron transcritas textualmente para asegurar la validez descriptiva. Códigos deductivos se derivaron de las teorías empleadas y de la literatura, y los códigos inductivos surgieron de temas y conceptos no previstos después de una lectura cuidadosa de los datos. El software NVIVO 8 © (169) se utilizó para determinar la frecuencia de códigos.

Las experiencias internacionales de docencia-servicio dan la percepción de un crecimiento como proveedor de servicios de salud entre los estudiantes. La aplicación de conocimientos y habilidades aprendidas en los programas académicos y en la estadía de docencia-servicio fueron útiles para la reducción de la brecha teórico-práctica. La experiencia específica permitió a los estudiantes a obtener una comprensión de la atención de salud más amplia y prácticas culturales en Marruecos.

Los resultados describen los principales temas y subtemas encontrados en las percepciones de los estudiantes de la experiencia docencia-servicio en Marruecos.

La motivación interna, la experiencia adquirida y diferencias significativas culturales entre Estados Unidos y la cultura marroquí.

Entre ellos, se ilustran idioma era una barrera. También se observaron diferencias entre el pueblo, la vida urbana y las prácticas de atención de la salud. A pesar de las diferencias culturales evidentes, los participantes tuvieron éxito en la adaptación a la nueva cultura. El 56% de los participantes compartió percepciones de "choque cultural", pero es importante tener en cuenta una vez más que la mayoría de estos estudiantes no habían viajado anteriormente en el extranjero.

El 78% de los participantes notó diferencias en los Estados Unidos y las prácticas de atención de salud marroquíes. Por ejemplo un participante señaló: "Hemos trabajado con una gran cantidad de médicos marroquíes, farmacéuticos y enfermeras y me di cuenta de que todo el trabajo va un ritmo muy lento, lo que no significa que no proporcionaban una buena atención, pero aquí (en EEUU) como usted sabe, es de ritmo muy rápido y todo el mundo está estresado y tenso". A pesar de las evidentes diferencias en las prácticas culturales 100% de los participantes había logrado adaptarse bien a la cultura marroquí.

El programa académico docencia-servicio proporciona numerosas oportunidades para que los participantes presten servicios de atención a la salud en un entorno interprofesional. Estas experiencias se consideraron significativas para su aprendizaje y crecimiento en un 100% de los participantes.

Los resultados sugieren que las experiencias docencia-servicio pueden preparar a los estudiantes para funcionar eficazmente en un escenario interprofesional de la salud.

Cuestiones relacionadas con el acceso a la atención en los países menos desarrollados pueden abordarse mediante la implementación de programas internacionales docencia-servicio como el voluntariado a Marruecos. Estos programas no sólo pueden aumentar el acceso de los proveedores y los recursos, sino también aumentar la conciencia cultural de los proveedores de la salud.

El crecimiento profesional como proveedor de servicios de salud, se define como una forma de educación experiencial, donde en los estudiantes participan en actividades comunitarias, necesita dirección junto con actividades estructuradas dirigidas a promover el aprendizaje y el desarrollo de los estudiantes,⁽¹⁰²⁾ Los participantes adquieren nuevas habilidades clínicas y conocimientos en los programas para atender las necesidades de la comunidad en Marruecos. Estas experiencias no sólo aumentaron su conocimiento, sino también inspiraron a muchos a cursar estudios de posgrado. Los resultados del estudio indican que los programas docencia-servicio a nivel internacional en un ambiente cultural diverso fomenta el crecimiento profesional de los alumnos participantes.

Los resultados del estudio permiten a los investigadores a entender que es factible otorgar créditos académicos para los programas docencia-aprendizaje de enfermería e higiene dental. Esto puede alentar a más estudiantes a realizar este programa académico que se traduce en una mayor comprensión de la diversidad de las prácticas culturales y de salud.

Entre las limitaciones del objetivo de esta investigación no fue a mirar a través de la lente de género. La representación en virtud de los estudiantes varones podría ser una posible limitación del estudio. Los investigadores reconocen que esta representación bajo podría haber sesgado algunos patrones de género. Este aspecto vale la pena explorar en futuras investigaciones. Se trata de un estudio cualitativo en Marruecos y no se puede generalizar. La gran mayoría de los participantes eran principalmente mujeres, blancos caucásicos y de una clase socioeconómica media. La similitud de los participantes en la edad, la etnia, el género, el nivel socioeconómico y

nivel educativo puede constituir una limitación adicional a este estudio. Los autores reconocen que la falta de diversidad en las características de los estudiantes podría haber influido en la lente de la cultura de los participantes. Se recomienda que los estudios futuros podrían incluir una población diversa.

Como conclusión los estudiantes que participan en el estudio perciben que un aumento de cooperantes internacionales que brinden servicios de salud a países menos desarrollados podría ayudar a resolver algunos de los problemas de acceso a la atención. A partir de las percepciones de los estudiantes, el estudio identificó la aplicación de conocimientos y habilidades aprendidas en los programas académicos y de docencia-servicio, por ser un medio para reducir la brecha entre la teoría y la práctica. La experiencia académica docencia-servicio surgió como una manera de aumentar la conciencia en las diversas prácticas culturales y de salud, para fomentar el crecimiento profesional de los estudiantes. En el futuro, los autores utilizarán los datos de este estudio piloto para establecer programas de aprendizaje de servicio a nivel local, regional, nacional e internacional.

A6 Análisis de situación.

A6.1 México y el Estado de Yucatán.

México deriva del vocablo de la lengua náhuatl Mēxihco, para designar a la capital de los Mexicas. Oficialmente llamado Estados Unidos Mexicanos, es un país situado en la parte meridional de América del Norte. Limita al norte con los Estados Unidos de América, al sureste con Belice y Guatemala, al oriente con el golfo de México y el mar Caribe y al poniente con el océano Pacífico. Es el décimo cuarto país más extenso del mundo, con una superficie cercana a los 2 millones de km². Es el undécimo país más poblado del mundo, con una población que ronda los 117 millones de personas en 2012, la mayoría de las cuales (97%) tienen como lengua materna el español, que el Estado reconoce como lengua oficial, junto a 67 lenguas indígenas.

(106)

Yucatán es uno de los treinta y un Estados que, junto con el Distrito Federal, conforman las treinta y dos entidades federativas de México. Se localiza en el sureste de México y en el norte de la península de Yucatán. Se encuentra limitado al norte por el golfo de México, al sureste por el Estado de Quintana Roo y al suroeste por el Estado de Campeche. (106)

A6.2 Geografía.

La superficie del Estado es de 43 379 km², ubicándolo en el lugar número 20 de los Estados de México por superficie y representa, aproximadamente, el 2,21% de la superficie total del país. También cuenta con 340 km de costa, lo que representa el 3,1% del total nacional. Los límites geográficos, en coordenadas geográficas, son 21° 36' norte, 19° 32' sur (de latitud norte); 87° 32' este, 90° 25' oeste (de longitud oeste). Limita al este con el Estado de Quintana Roo; al oeste con el Estado de Campeche y al norte con el golfo de México. (107)

A6.3 Clima.

La ubicación geográfica de la península de Yucatán, al sur del Trópico de Cáncer, y su escasa altitud, determinan el clima del Estado. Las elevadas temperaturas, sumadas a la precipitación anual (con su mayor intensidad en verano), dan como resultado un dominio mayoritario del clima cálido subhúmedo con aproximadamente el 85% del territorio estatal, donde

la temperatura media anual es de 24°C a 28 °C y la precipitación total anual va de menos de 600 a 800 mm cúbicos. (107)

A6.4 Demografía.

De acuerdo con el Censo General de Población la población de Yucatán era de 1.955.577 habitantes en 2010, lo que lo convierte en el vigésimo primer Estado más poblado de México. La ciudad de Mérida alberga al 42,5% de la población estatal, mientras que la Zona Metropolitana de Mérida ocupa el 49,3 %. El Estado tiene uno de los índices de desarrollo humano de nivel medio-alto de México desde hace una década. Las cifras anteriores representan aproximadamente el 1,7% del total nacional. (107)

Yucatán es uno de los Estados de los países latinoamericanos que concentra un alto porcentaje de población indígena. Según los censos, más de la tercera parte de la población del Estado (el 37%) es maya hablante. Sin embargo, tomando en cuenta otros criterios además del lingüístico, como la auto-identificación, la población del Estado considerada indígena suma más de la mitad de los habitantes de la entidad (59%).(107)

Pero Yucatán no sólo concentra un alto porcentaje de población indígena. También es sede territorial de civilizaciones antiguas que han causado mayor fascinación y misterio en el mundo entero: la civilización Maya. (108)

Como en el resto de México, las políticas indigenistas en Yucatán tenían como objetivo integrar a la población indígena a la nación, lo que muchas veces significó, en la práctica, un intento por eliminarla diferencia cultural o la desvalorización de la cultura Maya actual (mas nunca la antigua). Sin embargo, en fechas más recientes asistimos a un proceso de “revaloración” de la cultura Maya, es decir a un cambio en las políticas culturales y educativas del Estado hacia la “cultura Maya”, así como a la emergencia de actores que reivindican dicha cultura (intelectuales y escritores indígenas, académicos, ONG, instituciones gubernamentales, entre otros). Por ejemplo, en el año 2000 se creó el Instituto para el Desarrollo del a Cultura Maya en Yucatán (INDEMAYA), el cual lleva a cabo diversos programas con el fin de preservar y desarrollar la cultura maya, que tiene como puntos centrales la oficialización de la lengua maya en el Estado, así como el desarrollo de la educación intercultural y bilingüe. (108)

En el mismo periodo que han proliferado proyectos de revaloración de la cultura Maya, ha crecido también el índice de marginación y, sobre todo, es evidente la estrecha relación entre marginación y condición étnica: “en la medida que el promedio de hablantes de la lengua indígena aumenta, lo hace también el grado de marginación y, viceversa”. Así, el municipio con mayor monolingüismo en Yucatán, Tahdziú, es el que ocupa el primer lugar en marginación en el estado. (108)

Algunos datos ilustran la “arruinada” realidad del Estado en los municipios indígenas y predominantemente indígenas la población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela son de 6,4 y 5,5% respectivamente; en los municipios indígenas 20,7% de la población no sabe leer ni escribir y el 18.1% de la población de 15 años o más no tiene escolaridad. Además, en “municipios indígenas” el 33,1% de la población ocupada no recibe ingresos; 37,2% recibe menos de un salario mínimo mensual, 22% recibe de uno a dos salarios mínimos y solamente el 16.3% recibe más de dos salarios mínimos, en promedio. Teniendo en cuenta que el salario mínimo general en México es aproximadamente 4 euros por 8 horas de trabajo. (108)

A6.5 Salud.

Según los datos estadísticos de Censo del 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en Yucatán la esperanza de vida es de 75,4 años, siendo igual que el promedio nacional. La cobertura del sistema de salud estaba cerca de ser universal, ya que se tenía un 99,4% de afiliación al Seguro Popular.

Esta cobertura se logró por la implementación en el 2004 del Seguro Popular que forma parte del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual busca otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que por lo tanto, no son derechohabientes de ninguna institución de Seguridad Social. (107)

Actualmente el Seguro Popular ofrece una cobertura médica de 284 intervenciones y más de mil 500 enfermedades, descritas en su Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). En su apartado de Odontología considera 7 intervenciones de salud indispensables para mantener una óptima salud bucal eficiente: (109)

- 1 La prevención de caries y enfermedad periodontal (profilaxis, y aplicación tópica de flúor).*
- 2 Sellado de foseetas y fisuras dentales.*
- 3 Eliminación de caries y restauración de piezas dentales con amalgama, resina o ionómero de vidrio.*
- 4 Eliminación de focos de infección y abscesos (incluye drenaje y farmacoterapia).*
- 5 Extracción de dientes erupcionados y restos radiculares.*
- 6 Terapia pulpar.*
- 7 Extracción del tercer molar.*

Estos son servicios dirigidos a todas las edades y tienen como objetivo favorecer la formación de hábitos de higiene, la prevención de enfermedades dentales y, una vez que existe la patología bucal, su oportuna atención odontológica. (109)

El mérito de un programa como el Seguro Popular consiste en reconocer las limitaciones del “Seguro Social” tradicional (diseñado para trabajadores más que para ciudadanos) en relación a la cobertura, pues a través de él se proporciona un servicio básico de salud a quienes por sus características laborales no tienen acceso a los hospitales diseñados para los trabajadores y sus familias como el IMSS (Instituto Mexicano de Seguro Social) o el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) u otras instituciones médicas de carácter local, atendiendo de esta manera a casi 60 millones de mexicanos que se encuentran en esta situación.

Desafortunadamente, con el paso del tiempo se han acrecentado las deficiencias del Seguro Popular, y la universalidad del programa no es necesariamente cierta, principalmente en lo que se refiere a cobertura en poblaciones rurales e indígenas, así como en la oportunidad, calidad y eficiencia del servicio, lo cual obliga a dimensionar y analizar los resultados que publica la Comisión Nacional en Protección Social en Salud. (110)

A7. Proyecto de odontología social de la FOS en Yucatán.

A7.1 Origen del Proyecto.

El Profesor Castaño Séiquer, Director del Master en Salud Pública Oral de la Universidad de Sevilla (US),⁽³⁶⁾ propone al alumno de la promoción “2007-2009”, Alejandro Cámara, el diseño y puesta en marcha de un proyecto de odontología social en Yucatán, México. La elaboración de este proyecto constituirá la aplicación del contenido temático del master por el alumno.

En enero del 2010 se constituyó un equipo de trabajo formado por el profesor Castaño como Presidente de la FOS; el profesor Rolando Peniche, Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac Mayab en Yucatán; y Alejandro Cámara como enlace, para poner en marcha la logística de este proyecto.

En febrero del 2011 se firma entre la Universidad Anáhuac y la FOS el convenio llamado “Proyecto de Odontología Comunitaria Yucatán” en Mérida, capital de Yucatán.

Se acuerda realizar una actividad por dos semanas al año durante el periodo estival. Los cooperantes pertenecerían a universidades europeas, o bien, a la Universidad Anáhuac Mayab. En este periodo se brindaría asistencia dental gratuita a la población de Yucatán con difícil acceso a la atención odontológica, así como actividades de prevención y promoción a la salud.

Todos los pacientes son instruidos con el Esquema Básico de Prevención (EBP), donde se les explica teórica y prácticamente una técnica de cepillado con una pastilla reveladora para que puedan detectar la placa dentobacteriana, así como el uso del hilo dental, concienciando a la población sobre las repercusiones que conllevan no realizar estas acciones, de igual manera se les recomienda modos de vida saludable y una dieta sana.

Una vez cumplimentada la historia clínica y el consentimiento informado, y dependiendo del caso, a los pacientes se les ofrecen los siguientes servicios: Aplicación de barniz de flúor, profilaxis, selladores de fosetas y fisuras, curaciones, obturaciones con ionómero o composite, pulpotomías, alisados radiculares, extracciones y cirugía.

Para que este proyecto se llevará a cabo, se hizo un acuerdo donde cada institución tenía sus compromisos y responsabilidades. Por una parte la Universidad Anáhuac se compromete a proporcionar las instalaciones de la clínica de la Facultad de Odontología, que está completamente equipada, así como cuatro compresores portátiles (robots), tres lámparas de fotopolimerización y todo el instrumental necesario para las actividades extramuros en las brigadas. En el área de los recursos humanos, la Universidad Anáhuac promueve la participación de los alumnos recién egresados y de posgrado, además de los profesores de la facultad de odontología de la Anáhuac, para que apoyar y supervisar a los cooperantes. Por otro lado la FOS se compromete en aportar el material fungible necesario para atender a los pacientes durante el programa, elementos de barrera para control de infecciones, materiales de desinfección y esterilización, así como el equipo rotatorio. En el área de recursos humanos la FOS aporta al número de cooperantes de facultades españolas que se inscriban en cada edición.

Se han realizado cuatro ediciones correspondientes a los años 2012, 2013, 2014 y 2015. En el año 2013 se incorporó al proyecto la Odontóloga Margarita Betancourt, Coordinadora de Salud Bucal de los Servicios de Salud de Yucatán (SSY), que con apoyo del Gobierno del Estado, se incrementaron considerablemente los recursos humanos e infraestructura del proyecto, y desde el año 2014 se anexó una organización local llamada Desarrollo Integral de la Familia (DIF) aportando sus recursos humanos e infraestructura.

A7.2 El Proyecto Yucatán como Programa de Odontología Social, formado por la sinergia de la FOS; La Universidad Anáhuac; Los SSY y DIF Yucatán.

Las actividades del programa se denominaron “Jornadas comunitarias por el bienestar de la salud bucal y la mejora de la atención odontológica” y buscan fortalecer al programa estatal de salud bucal, en sus diversas áreas de oportunidad, ya que abarca principalmente a las comunidades que no cuentan con atención dental.

Este programa tiene como propósito otorgar una atención de calidad a la población general, mediante acciones educativo-preventivas y curativo-asistenciales a través de promoción de la salud, protección específica y atención curativa de primer nivel.

Se enfatiza la importancia de la orientación adecuada, la detección temprana y la atención oportuna de los principales problemas de salud bucodental, para evitar daños, mutilaciones, secuelas y de esta manera favorecer de manera integral la salud de la población.

A7.3 Visión.

Mejorar la salud oral de la población Yucateca más marginada siendo referentes por el modelo docencia-servicio solidario aplicado.

A7.4 Misión.

Aplicar una metodología docente con priorización en la prevención que permita mejorar la salud oral de los más desfavorecidos.

A7.5 Valores.

- *Vocación de servicio a la comunidad, de inclusión y solidaridad.*
- *Desarrollo motivacional o de satisfacción de los participantes.*
- *Desarrollo de la responsabilidad social.*
- *Desarrollo ético de la profesión y de buena praxis.*
- *Desarrollo de respeto a la diversidad, razas y culturas, promoviendo el establecimiento de lazos afectivos, culturales y profesionales.*

A7.6 Entidades organizadoras.

- *Universidad Anáhuac - Mayab (2012-2015). Universidad privada católica desde 1984. Cuenta con 24 programas de licenciatura, 17 maestrías, 4 doctorados, así como cursos de actualización y extensión universitaria. Situada en la ciudad de Mérida, Yucatán. Cuenta con la certificación de calidad del Estado Mexicano.*
- *Fundación de Odontología Social “Luis Séiquer” (2012-2015). Organización no gubernamental desde el 2009. Situada en Sevilla. Lleva a cabo varios proyectos de odontología comunitaria y de formación en España y el mundo.*

- *Servicios de Salud de Yucatán (2013-2015). Institución gubernamental del Estado encargada de brindar los servicios públicos a la población. Con oficinas centrales en Mérida, Yucatán.*
- *Desarrollo Integral de la Familia Yucatán (2014-2015). Organización de asistencia social pública, descentralizada del gobierno estatal, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Con sede en Mérida, Yucatán.*

A7.7 Participantes.

- *Director, la gerente y el coordinador por parte de la FOS (2012-2015).*
- *Alumnos y egresados de las Facultades de Odontología de las siguientes Universidades: Sevilla, Granada, Católica de Valencia, Complutense, CEU Madrid, Alfonso X “El Sabio”, Europea de Madrid y Europea de Valencia (2012 - 2015).*
- *Decano, profesores, estudiantes de posgrado y recién egresados de la Facultad de odontología de la Universidad Anáhuac – Mayab (2012-2015).*
- *Coordinadora de salud bucal de Yucatán, odontólogos pasantes y de contrato, además del personal de enfermería de los Servicios de Salud de Yucatán. (2013-2015).*
- *Presidenta, Director y personal sanitario del DIF Yucatán. (2014-2015).*

A7.8 Responsabilidades (por Institución).

SSY. (Responsable: Coordinadora de Salud bucal de Yucatán).

- *Aportar recursos humanos (odontólogos y enfermeras del personal y pasantes).*
- *Supervisión de los servicios realizados por los cooperantes de la FOS.*
- *Aportar unidades móviles.*
- *Aportar la mitad del instrumental requerido.*
- *Selección de la sedes.*
- *Logística, transportación de recursos humanos y equipo.*

- *Levantamiento de la población, elaboración de historia clínica y dar previa cita al paciente e Instrucción del EBP.*
- *Entrega, lavado y esterilizado del material.*

FOS. (Responsable: Coordinador de la FOS en Yucatán).

- *Aportar recursos humanos de las facultades de odontología españolas.*
- *Aportar los insumos necesarios para atender a toda la población programada, equipo de protección, equipo rotatorio y métodos de barrera para el control de infecciones.*

U. Anáhuac (Responsable: Decano de la U. Anáhuac).

- *Aportar recursos humanos (profesores, estudiantes de posgrado y recién egresados).*
- *Supervisión de los servicios realizados por los cooperantes de la FOS.*
- *Unidades portátiles para operatoria dental (robots).*
- *Aportar la mitad del instrumental requerido.*

DIF (Director del DIF)

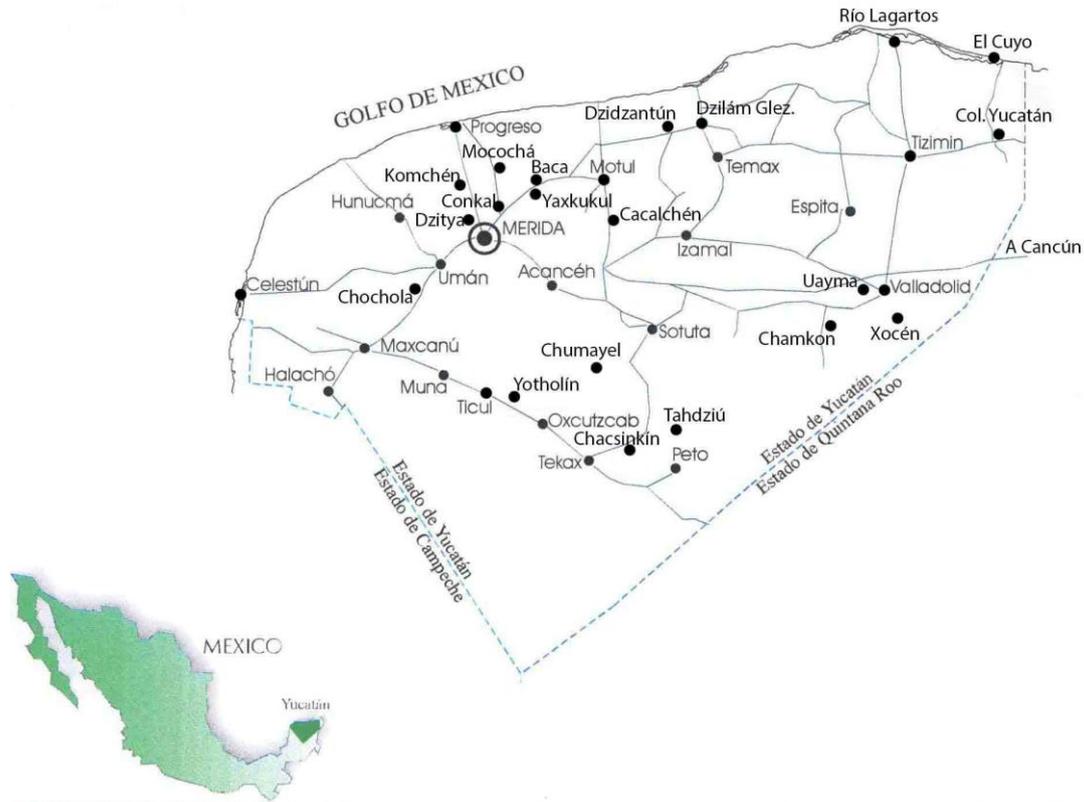
- *Aportar recursos humanos (odontólogos del personal).*
- *Aportar unidad móvil.*

SSY – FOS – U. Anáhuac - DIF (Responsabilidad compartida)

- *Prestar los siguientes servicios: Protección específica y atención curativa, profilaxis, sellado de foseas y fisuras dentales, eliminación de caries y restauración de piezas dentales con composite, ionómero de vidrio o IRM, eliminación de focos de infección, tratamiento pulpar y abscesos (incluye drenaje), extracción de piezas dentarias permanentes y temporales (no incluye tercer molar no erupcionado) y tratamiento de pulpitis reversible.*
- *Brindar atención de calidad y evitar en medida de lo posible los tratamientos mutilantes.*

A7.9 Lugares de celebración.

Imagen con el mapa de México y de las poblaciones del Estado de Yucatán. Como se puede apreciar la mayoría de las poblaciones aún conservan su nombre original en lengua Maya.



Edición 2012: Mérida y Baca.

Edición 2013: Mérida, Dzitya, Yaxkukul, Celestún, Ticul, Yotholín, Uayma, Colonia Yucatán y Río Lagartos.

Edición 2014: Komchén, Chochola, Dzilám González, Motul, Tahdziú, Chacsinkín, Xocén, Chankom y Peto.

Edición 2015: Cacalchén, Mocochoá, Conkal, Dzidzantún, Chumayel, Tekax, Chankom, El Cuyo y Río Lagartos.

A7.10 Desarrollo del proyecto.

Previamente al evento, se realizaba un levantamiento de la población, cumplimentando las historias clínicas por el personal de los centros de salud de cada localidad y se citaban a los pacientes para el día programado. En cada sede, era fundamental el apoyo de las autoridades, ya que proporcionaban las facilidades para que el operativo pueda llevar a cabo sus funciones y trabajar de manera adecuada. Generalmente los centros de salud no tienen espacio suficiente para albergar los equipos y/o no tienen la capacidad de aforo, para el número de personas que acuden, por tal motivo, se gestionaba la habilitación del edificio del Ayuntamiento para día el evento. Además, se les pide que realicen un llamamiento a la población para que los habitantes de la localidad acudan a recibir los servicios.

Las áreas de trabajo eran las siguientes:

Área 1: Enseñanza del EBP, recomendaciones de hábitos de vida saludable y dieta sana.

Área 2: Diagnóstico, cumplimentación de HC, llenado del odontograma, plan de tratamiento y firma del consentimiento informado.

Área 3: Operatoria con Robots, se realizaban obturaciones con ionómero de vidrio y composite, selladores de fosas y fisuras y detartrajes con ultrasonido.

Área 4: Unidades móviles, se realizan extracciones, cirugías, raspados radiculares, pulpotomías y radiografías, aunque también se hacían obturaciones con ionómero de vidrio, composite, selladores y detartrajes. Preferentemente se atendían en estas unidades a pacientes especiales, adultos mayores y niños.

Área 5: Entrega de materiales, se administraban y reparten todos los materiales requeridos. Un odontólogo de la SSY se encarga de facilitarlos.

Área 6:

Lavado y esterilización, se lava, desinfecta y esteriliza todo el instrumental. A cargo de un odontólogo de la SSY.

B) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

B1.1 Justificación.

Esta investigación pretende plantear el debate sobre las propias organizaciones y el voluntariado que participa en ellas, sobre el valor de su actuación y sus funciones, sobre los métodos y formas de organización, aprendizaje de los participantes, fortaleza de los valores, sobre el valor de la interculturalidad y los principios que acogen. También se busca conocer los resultados del proyecto, así como el perfil de los beneficiarios del Estado de Yucatán.

Los proyectos de odontología comunitaria basados en la metodología pedagógica docencia-servicio, pretenden alcanzar un espacio común que reúna a alumnos, sociedad y docentes creando de esta manera un ámbito de análisis, discusión y formación. Con ello se pretende motivar tanto a los distintos actores universitarios, a las instituciones participantes, como a la sociedad, para que tanto unos como otros se involucren en la puesta en marcha y desarrollo del proyecto dando continuidad al mismo, permitiendo que su correcta implementación genere en cada uno de los participantes valiosas experiencias que pueden ser sólidas bases para un proceso de transformaciones que ayude a reorganizar su escala de valores con respecto a la salud, al mismo tiempo que contribuye al desarrollo social de comunidades que al tener acceso a un mayor volumen de información y posibilidades de participación podrán construir o reconstruir redes sociales con una mirada más amplia al articular comprensivamente los aspectos sanitarios con los aspectos sociales, económicos, políticos y culturales.

Así mismo, los proyectos de odontología social deben tener credibilidad y continuidad. Un proyecto solidario, que mejora la calidad de vida de miles de personas puede desaparecer por la falta de organización, desmotivación, falta de valores, etc. Conocer las opiniones de aquellos que hacen posible este proyecto sobre su experiencia, nos permitirá evaluar el proyecto en los aspectos organizativos, de valores, aprendizaje y de interculturalidad, esta información nos será de utilidad para realizar una autocrítica sobre nuestras fortalezas y debilidades con la finalidad de mejorar y mantener vivo al proyecto, justificando la continuidad del programa docencia-servicio en Yucatán.

B1.2 Hipótesis.

La implementación del proyecto de odontología social en Yucatán con componente docencia-servicio aporta beneficios a la comunidad, al individuo y al cooperante.

B1.3 Problemas y objetivos.

Para poder responder la hipótesis, se recabó información directamente de los participantes que asistieron al operativo, centrándonos en la experiencia de los mismos, con la finalidad de conseguir descripciones, opiniones y valoraciones en relación a cuatro factores, la organización del operativo, la interculturalidad, los valores solidarios, y el aprendizaje adquirido. Además, se analizaron los resultados sobre los servicios brindados entre el 2012 y el 2015.

B1.4 Objetivo General.

- *Estimar la validez del proyecto a través del conocimiento de las percepciones de los participantes y de los resultados obtenidos en los servicios brindados.*

B1.5 Objetivos Específicos.

- *Proporcionar los resultados de la investigación a los organizadores y autoridades pertinentes para la mejora y optimización del proyecto.*
- *Conocer la percepción adquirida respecto a aspectos organizativos del proyecto.*
- *Conocer la percepción adquirida respecto al aprendizaje y destreza.*
- *Conocer la percepción adquirida respecto a la formación en valores.*
- *Conocer la percepción adquirida en relación al fenómeno de interculturalidad.*
- *Analizar los resultados obtenidos a través de la comparación con proyectos similares*
- *Valorar el cumplimiento de los principios de la Estrategia de la Cooperación Universitaria al Desarrollo.*
- *Valorar el cumplimiento de las metas y objetivos de estrategia de la Cooperación Universitaria al Desarrollo.*

Esta investigación se basa en una metodología inductiva, que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general.

La hipótesis sirve como guía de estudio y se han planteado en los objetivos una serie temas concretos sobre los que se centra la descripción de las opiniones de los participantes, los temas que se van a observar y registrar todos los hechos, para luego analizarlos y clasificarlos son siguientes:

- a) Organización.*
- b) Interculturalidad.*
- c) Valores.*
- d) Aprendizaje.*

A1.6 Enfoque metodológico.

Para el diseño de investigación de este trabajo se combinaron metodologías cualitativas y cuantitativas. Realizando una estrategia de integración metodológica, empleando métodos de encuesta, grupos de discusión, y diarios de campo. Con el uso de metodologías cualitativas y cuantitativas se pretende llegar a conclusiones convergentes, incrementando nuestra confianza en la validez de los resultados.

Se implementó un cuestionario como método cuantitativo, donde se planteaban una serie de preguntas a la muestra representativa del proyecto Yucatán, para conocer sus opiniones.

Para el análisis completo del proyecto, los resultados de los procedimientos cualitativos, se obtuvieron mediante las descripciones del grupo de discusión, concretando la discusión sobre los cuatro temas de estudio. Además, se utilizó un diario de campo, como método cualitativo observacional, el cual narra las experiencias del día a día de una cooperante de la FOS (Anexo II). (111) (112)

Además se incluyó un diario de campo del coordinador de la FOS, donde se explican detalladamente las actividades de todas las ediciones con fines ilustrativos, este diario no se utilizó con motivos de estudio (Anexo I).

A1.7 Población estudiada y selección de sujetos.

La población abarca un total de 112 participantes entre odontólogos, pasantes y estudiantes de odontología que han participado en el proyecto en cualquiera de sus ediciones. Ha esta población se le envió un cuestionario por correo electrónico. Los datos de contacto los había capturado el coordinador de la FOS. Respondieron al cuestionario 91 (81,25%) participantes, siendo este el tamaño de nuestra muestra.

Selección de entrevistas.

Para este estudio se escogieron a 12 personas con un perfil distinto. El director de la U. Anáhuac, la Jefa de Salud Bucal de los SSY, 3 odontólogos (SSY), 3 cooperantes (FOS) y 3 alumnos (U. Anáhuac) y 1 odontólogo (DIF).

Selección grupo discusión.

La selección de los sujetos para los grupos de discusión se realizó de forma dirigida, se escogieron a 10 participantes en total: 5 odontólogos (SSY), 2 (U. Anáhuac), 2 (FOS) y 1 odontólogo (DIF), se formó un grupo lo más heterogéneo posible para poder confrontar los puntos de vista.

A1.8 Recogida de datos.

Los procesos usados durante el trabajo de campo fueron:

- Cuestionario.
- Grupos de discusión.
- Entrevistas.
- Diario de Campo.

El cuestionario.

Es una herramienta que utilizamos para analizar las opiniones de la muestra. Se estableció un período de 4 semanas para responder, desde el 3 agosto del 2015 hasta el 30 de agosto de 2015. Sino respondían, se les enviaba otro correo recordatorio a la semana. (Anexo III)

El cuestionario contaba con 24 preguntas o ítems, 6 preguntas para cada variable, de la siguiente manera:

- *Organización (preguntas 3, 5, 9, 17, 20 y 21).*
- *Interculturalidad (preguntas 4, 8, 10, 12, 16 y 24).*
- *Valores (preguntas 1, 6, 13, 14, 18 y 22).*
- *Aprendizaje (preguntas 2, 7, 11, 15, 19 y 23).*

Las opciones de respuesta se indicaban de forma numérica del 1 al 5 según el grado de satisfacción, de la siguiente manera:

1 = Totalmente en desacuerdo.

2 = En desacuerdo.

3 = Indiferente.

4 = De acuerdo.

5 = Totalmente de acuerdo.

Los Grupos de discusión.

Es una técnica de recolección de datos comúnmente utilizada por los investigadores cualitativos, que brinda algunos controles de calidad sobre la recogida de los datos ya que los participantes tienden a proporcionarse controles y comprobaciones los unos a los otros que suprimen las opiniones falsas. El grupo de discusión tiene como finalidad la producción controlada de un discurso por parte de un grupo de sujetos que son reunidos, durante un espacio de tiempo limitado, a fin de debatir sobre determinado tópico propuesto por el investigador. Con esta técnica se crea un amplio volumen de datos generados con un bajo coste. (111) (113)

En el estudio se llevó a cabo en el mes agosto de 2015 con diez participantes reunidos una hora debatiendo sobre sus experiencias y opiniones del proyecto Yucatán. (114)

Entrevistas.

La entrevista permite un acercamiento directo a los individuos de la realidad. Se considera una técnica muy completa. Mientras el investigador pregunta, acumulando respuestas objetivas, es capaz de captar sus opiniones, sensaciones y estados de ánimo, enriqueciendo la información y facilitando la consecución de los objetivos propuestos.

Se realizó una entrevista semiestructurada a 12 participantes en el mes de agosto de 2015, con preguntas abiertas, flexibles y no directivas, pudiendo obtener información respecto a los diferentes puntos de vista. (Anexo IV)

Diario de campo.

La redacción de diarios de campo es otra alternativa a la observación, mediante los cuales los propios sujetos que participan adoptan el papel de observadores de si mismos. Los sujetos a petición del investigador, narran de manera descriptiva su experiencia en relación al fenómeno estudiado, incluyendo reflexiones sobre la misma o incluso emociones y sentimientos. (115)

Los diarios de campo fueron de este estudio fueron realizados después de la experiencia en el Proyecto. (Anexo I y II Diarios de los proyectos)

A1.9 Procedimiento de análisis.

Se obtuvieron dos tipos de resultados: cualitativos y cuantitativos. Entre los resultados cualitativos se encuentran todas las transcripciones, discursos, opiniones y percepciones obtenidas de modo observacional y los resultados cuantitativos proceden las respuestas de los ítems del cuestionario asignadas a valores con un rango del 1 al 5, siendo estos datos son codificables numéricamente. Esta información fue analizada mediante el programa estadístico SPSS en su versión 22.0. (116)

Por otra parte, los resultados obtenidos en cuanto a los servicios brindados y la realidad epidemiológica de Yucatán, fueron facilitados del banco de datos de la SSY, exceptuando la primera edición y analizados por el programa SPSS. (116)

C) RESULTADOS

A continuación se explicarán los resultados de las encuestas aplicadas a los participantes de las cuatro instituciones participantes.

Participantes que respondieron al cuestionario.

En todas las ediciones han habido 112 participantes :

- 22 (75,86%) cooperantes (FOS) de 29 a los que se les envió el cuestionario.
- 45 (84,90%) odontólogos (SSY) de 53 a los que se les envió el cuestionario.
- 18 (81,81%) odontólogos (U. Anáhuac) de 22 a los que se les envió el cuestionario.
- 6 (75%) odontólogos (DIF) de 8 a los que se les envió el cuestionario.

De los cuales respondieron 91 (81,25%).

El total voluntarios de la FOS que participaron en el proyecto fueron 29, (7 en 1ª edición, 10 en 2ª edición, 5 en 3ª edición y 7 en 4ª edición) respondieron al cuestionario 22 (75,86%).

Los odontólogos de la SSY suman 73 (ninguno en 1ª edición, 23 en 2ª edición, 24 en 3ª edición y 26 en 4ª edición) pero 10 de ellos estuvieron en más de una edición, siendo realmente 53 en total, de los cuales respondieron el cuestionario 45 (84,90%).

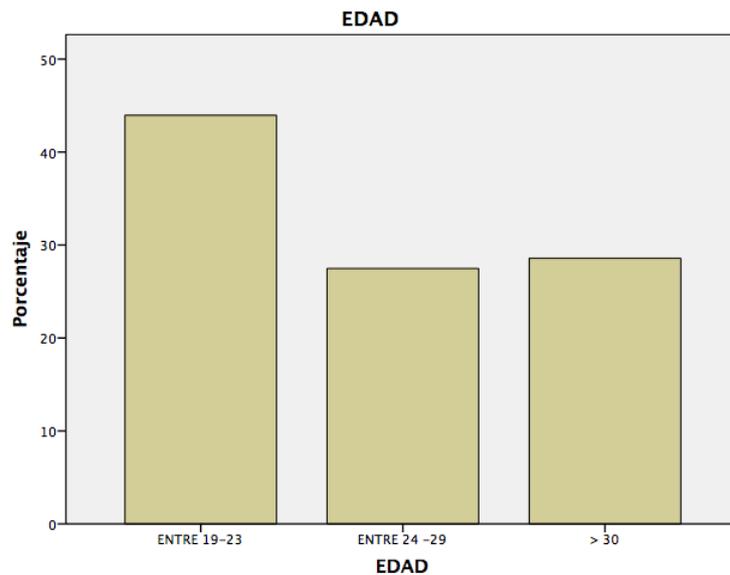
La suma de profesores y alumnos de la Universidad Anáhuac que participaron en el proyecto (6 en 1ª edición, 7 en 2ª edición, 8 en 3ª edición y 7 en 4ª edición) fue de 28, pero 2 repitieron en más de una edición, siendo realmente 22 participantes, de los cuales respondieron 18 (81,81%).

El total de odontólogos del DIF que participaron en el proyecto (5 en 3ª edición y 5 en 4ª edición) fue de 10, pero 2 participaron en las últimas dos ediciones, siendo realmente 8 personas. De los cuales respondieron 6 (75%).

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Atendiendo a la edad observamos que el 44% de los participantes se encuentran entre los 19-23 años, el 27,5% se halla entre los 24-29 y el 28,5% tienen >30 años.

Gráfico 1: Nos indica el porcentaje de participantes del proyecto según el rango de edad.



Según el género, observamos que han participado 54 mujeres, el 59,3% y 37 hombres, el 40,7% en el proyecto.

Gráfico 2: Nos indica el porcentaje de participantes del proyecto según el género.

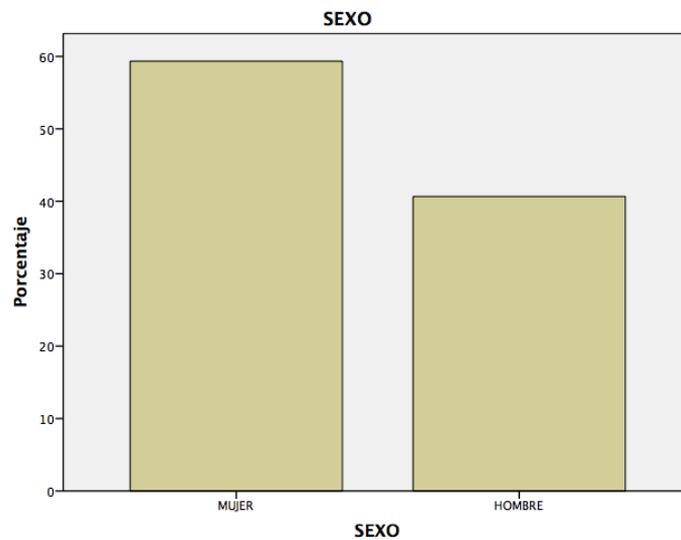
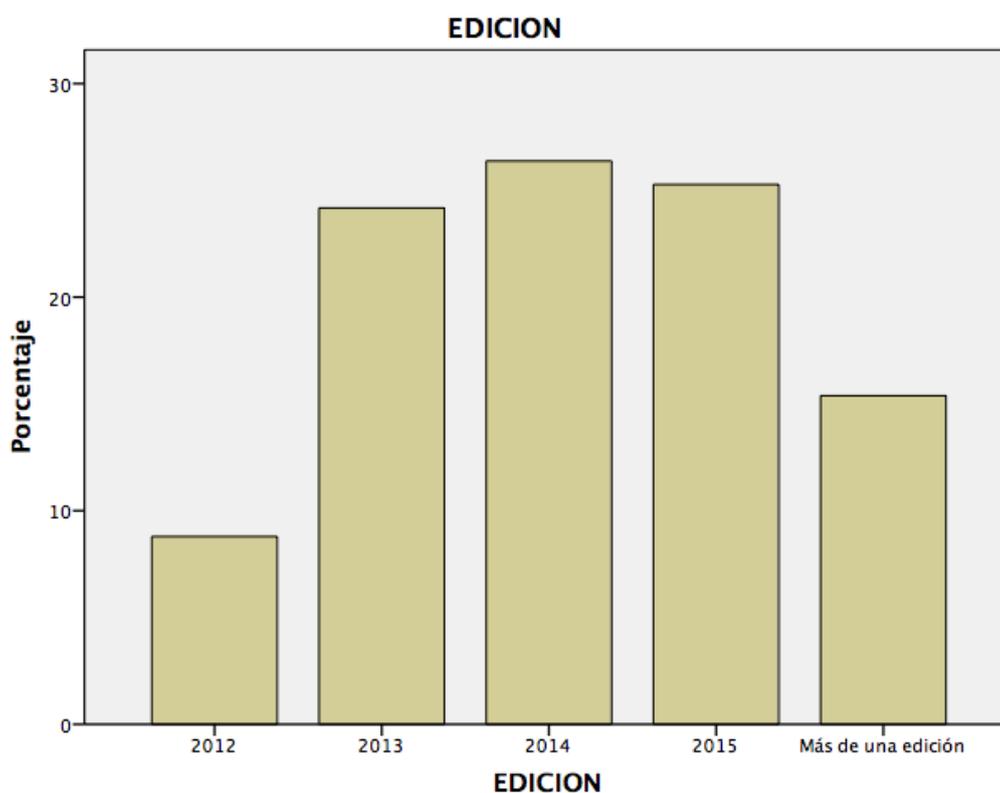


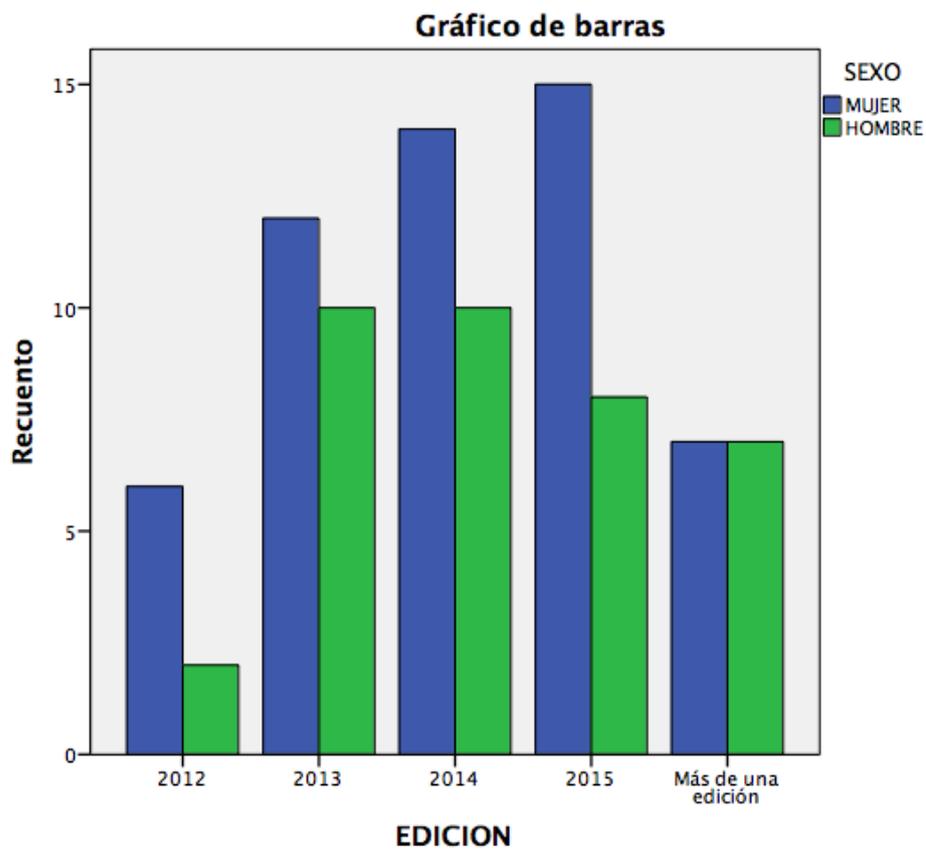
Gráfico 3: Indica el porcentaje de participación según la edición.



Según la edición observamos el porcentaje de participación, en el 2012 el porcentaje de fue del 8,8%; en el 2013 fue del 24,2%; en el 2014 fue del 26,4%; en el 2015 del 25,3% y el 15,4% ha participado en más de una edición.

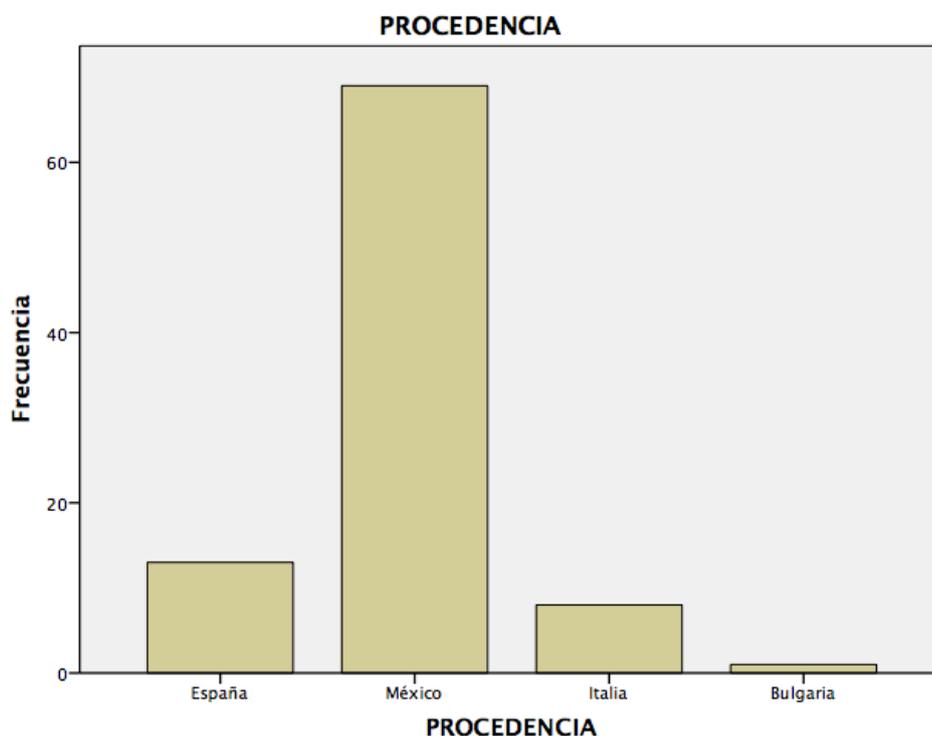
En base al género, podemos observar el porcentaje según el año de edición; en 2012 eran el 75% mujeres y el 25% hombres; en 2013 eran el 54,4% mujeres y el 45,5% hombres; en 2014 eran el 58,3% mujeres y el 41,7% hombres; en 2015 eran 65,2% mujeres y el 34,8% hombres; y han participado en más de una edición el 50% de mujeres y hombres.

Gráfico 4: Indica el porcentaje de participantes del proyecto según el género y edición.



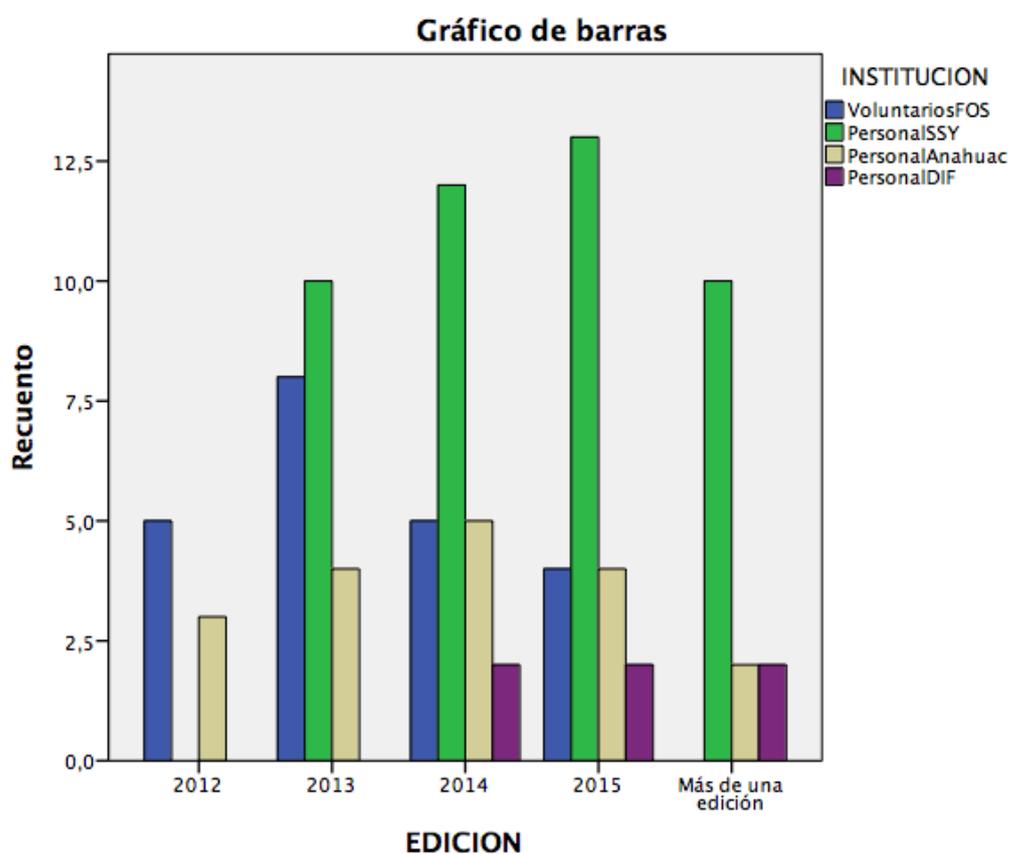
En cuanto a la procedencia, observamos por frecuencia y porcentaje que han participado 13 de España (14,3%); 69 de México (75,8%); 8 de Italia (8,8%); y 1 de Bulgaria (1,1%). Siendo el 24,2% de cooperantes internacionales.

Gráfico 5: Indica la frecuencia por procedencia de los participantes.



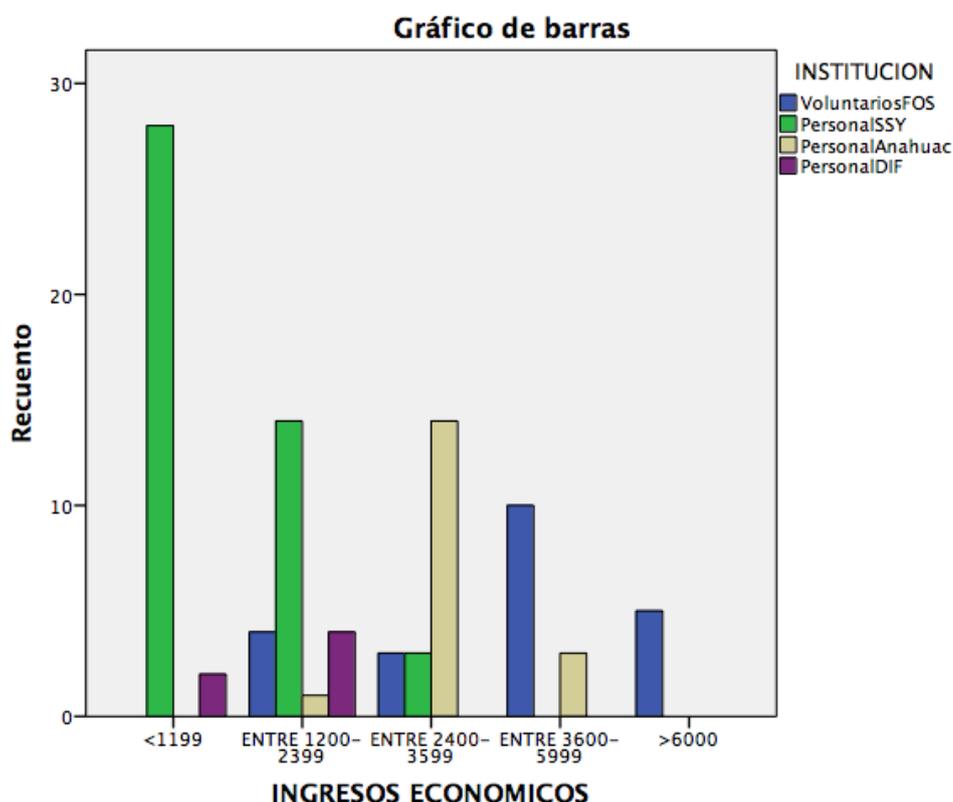
Conforme a las instituciones de los participantes podemos ver la frecuencia y el porcentaje según cada edición. En 2012 asistieron 5 (62,5%) de FOS y 3 (37,5%) de U. Anáhuac. En 2013 participaron 8 (36,4%) de FOS, 10 (45,5%) de SSY y 4 (18,2%) de U. Anáhuac. En 2014 asistieron 5 (20,8%) de FOS, 12 (50,0%) de SSY, 5 (20,8%) de U. Anáhuac y 2 (8,3%) del DIF. En 2015 participaron 4 (17,4%) de FOS, 13 (56,5%) de SSY, 4 (17,4%) de U. Anáhuac y 2 (8,7%) del DIF. Se consideraron por separado a los 10 (71,4%) de SSY, 2 (14,3%) de U. Anáhuac y 2 (14,3%) del DIF que estuvieron en más de una edición.

Gráfico 6: Indica la frecuencia de participantes de las diferentes instituciones por edición.



Respecto al ingreso mensual de los participantes, ya sea ganado por ellos mismos, o por sus padres dependiendo el caso, el 33% de la muestra tiene ingresos <1.199€, en este grupo se encuentran la mayoría de la SSY con 28 personas y 2 del DIF; el 25,3% tienen ingresos entre 1.200 y 2.399€ en este grupo se encuentran 14 de la SSY, 4 de la FOS, 4 del DIF y 1 de la Anáhuac; el 22% se encuentra entre 2.400 y 3.599€ pertenecen la mayoría a la Universidad Anáhuac con 14 personas, le siguen de lejos el grupo de la FOS y la SSY ambos con 3 personas; el 14,3% está entre 3.600 y 5.999€, en este grupo se encuentran 10 voluntarios de la FOS y el 3 de la Anáhuac; y en la situación superior a 6.000€ sólo se encuentra el grupo de los voluntarios de la FOS con 5 personas siendo el 5,4% de la muestra.

Gráfico 7: Indica la frecuencia y porcentaje de ingresos los de participantes según la institución.



A continuación tabla con los resultados de las medias de cada pregunta del cuestionario según su apartado.

Tabla: Media de las respuestas de las cuatro variables.

APARTADO ORGANIZACIÓN – MEDIA 4,83.	MEDIA 1-5
<i>P3 He recibido suficiente información en todos los aspectos por parte de los organizadores.</i>	4,43
<i>P5 Los costes del proyecto eran asequibles para los participantes.</i>	3,82
<i>P9 Consideras que era adecuada la supervisión durante los operativos.</i>	4,65
<i>P17 Era adecuada la organización del operativo como las instalaciones, comida, transporte y distribución de los pacientes.</i>	4,53
<i>P20 He sido informado adecuadamente sobre las enfermedades potenciales en las zonas de actuación y las maneras para evitarlas.</i>	4,44
<i>P21 Las sedes del operativo eran adecuadas a las necesidades de tratamiento odontológico en la zona.</i>	4,44
APARTADO INTERCULTURALIDAD – MEDIA 4,60.	MEDIA 1-5
<i>P4 El aprendizaje de palabras locales o extranjeras me ha facilitado la comunicación con los pacientes o compañeros.</i>	4,37
<i>P8 Un plan de estudios similar y un lenguaje odontológico más homogéneo entre las facultades españolas y mexicanas mejorarían los tratamientos.</i>	4,29
<i>P10 He tenido la posibilidad de interactuar con gente de otros lugares y enriquecerme como persona.</i>	4,84
<i>P12 Me he sentido integrado con los compañeros del proyecto de las diferentes instituciones.</i>	4,80
<i>P16 He sido debidamente informado sobre las necesidades, consideraciones especiales, como formas de trato y costumbres de la población a tratar.</i>	4,55
<i>P24 He podido conocer la realidad social de la odontología comunitaria.</i>	4,78
APARTADO VALORES – MEDIA 4,58.	MEDIA 1-5
<i>P1 He cambiado mi forma de pensar tras la experiencia.</i>	4,45
<i>P6 He madurado o reflexionado por la experiencia vivida.</i>	4,46
<i>P13 Las acciones sociales realizadas ayudarán a la población en su salud oral a largo plazo.</i>	4,63
<i>P14 Destacaría como punto fuerte del proyecto la labor social.</i>	4,56
<i>P18 He tenido posibilidad de conocer de primera mano los valores de acción solidaria como el compañerismo, altruismo, sencillez y humanidad.</i>	4,63
<i>P22 Considero la experiencia recomendable por lo que te deja como persona.</i>	4,77
APARTADO APRENDIZAJE – MEDIA 4,63.	MEDIA 1-5
<i>P2 La asistencia al proyecto de otros profesionales sanitarios como médicos o enfermeros favorecería el aprendizaje de los odontólogos.</i>	4,51
<i>P7 La participación en el proyecto mejora la práctica dental en poco tiempo.</i>	4,62
<i>P11 He tenido la posibilidad de ayudar aprendiendo y de aprender ayudando.</i>	4,82
<i>P15 He podido colaborar en todas las áreas odontológicas existentes en el operativo.</i>	4,44
<i>P19 En caso de duda en el operativo me he sentido respaldado por los compañeros.</i>	4,73
<i>P23 He aprendido a trabajar en condiciones desfavorables y con menos recursos intentando optimizar los resultados, superando las adversidades.</i>	4,68

Los resultados obtenidos en la variable organización son reflejados según el porcentaje y la media de cada pregunta, en las siguientes tablas:

Tabla: Porcentajes de las respuestas de la variable organización.

Organización Preguntas	Porcentaje					Total
	1	2	3	4	5	
P3 He recibido suficiente información en todos los aspectos por parte de los organizadores.	-	1,1	4,4	45,1	49,5	100%
P5 Los costes del proyecto eran asequibles para los participantes.	-	9,9	18,7	50,5	20,9	100%
P9 Consideras que era adecuada la supervisión durante los operativos.	-	-	1,1	33,0	65,9	100%
P17 Era adecuada la organización del operativo como las instalaciones, comida, transporte y distribución de los pacientes.	-	-	4,4	38,5	57,1	100%
P20 He sido informado adecuadamente sobre las enfermedades potenciales en las zonas de actuación y las maneras para evitarlas.	-	-	11,0	34,1	54,9	100%
P21 Las sedes del operativo eran adecuadas a las necesidades de tratamiento odontológico en la zona.	-	2,2	6,6	36,3	54,9	100%

Tabla: Datos estadísticos de la variable “organización”.

Pregunta	P3	P5	P9	P17	P20	P21
N Válidos	91	9	91	91	91	91
Perdidos	0	0	0	0	0	0
Desv. Típ.	,635	,877	,503	,584	,687	,718

Tabla: Media de las respuestas de la variable “organización”.

ENUNCIADO DE LA PREGUNTA	MEDIA 1-5
P3 He recibido suficiente información en todos los aspectos por parte de los organizadores.	4,43
P5 Los costes del proyecto eran asequibles para los participantes.	3,82
P9 Consideras que era adecuada la supervisión durante los operativos.	4,65
P17 Era adecuada la organización del operativo como las instalaciones, comida, transporte y distribución de los pacientes.	4,53
P20 He sido informado adecuadamente sobre las enfermedades potenciales en las zonas de actuación y las maneras para evitarlas.	4,44
P21 Las sedes del operativo eran adecuadas a las necesidades de tratamiento odontológico en la zona.	4,44

De acuerdo a las tablas anteriores, los participantes valoraron de forma positiva la organización con una media general de 4,38; aunque este fue el resultado más bajo de las cuatro variables del estudio.

Estas son algunas de las opiniones de los participantes:

En la pregunta 3 sobre la información recibida por parte de los organizadores, valorada con un 4,4 de media, con una aceptación del 94,6%, un 1,1% en desacuerdo y un 4,4% de indiferencia, los participantes expresaron lo siguiente:

- *“Al ser el primer año que se organizaba allí, hay aspectos que deben pulirse, como la carga de pacientes o la información acerca de las facilidades de desplazamientos o los servicios que se incluyen en el precio total del viaje”. (Voluntario FOS 2012).*
- *“La información sobre la organización en varios aspectos no ha sido completa”. (Voluntario FOS 2013).*
- *“Desde mi punto de vista estaría bien adelantar un poco de información más detallada de lo que vamos a realizar a diario, aunque una vez allí nos lo explicaron en la universidad Anáhuac con todo tipo de detalles”. (Voluntario FOS 2014).*
- *“La información fue muy buena y detallada, en mi caso la única sorpresa fue que trabajamos en pueblos y no en la universidad. Sin embargo creo que fue un cambio positivo y contribuyó a ser una gran experiencia”. (Voluntario FOS 2014).*
- *“El primer lunes de la estancia en Yucatán fuimos a la Universidad Anáhuac Mayab, en donde tuvimos la primera toma de contacto con los que iban a ser nuestros futuros compañeros, conocimos las instalaciones, así como su funcionamiento y nos explicaron en qué iban a consistir las Brigadas Odontológicas (tratamientos, organización, material, procedimientos, lugares a los que íbamos a acudir, experiencias de años anteriores etc.)” (Diario de campo 2014).*

- *“Es adecuada, para saber a lo que nos vamos a enfrentar, poder tener en cuenta a las poblaciones a las que acudiremos (que) son de escasos recursos y tendremos que llevar a cabo todos nuestros conocimientos y actuar de la mejor manera para brindar una mejor atención”. (Odontólogo SSY 2014).*
- *“Insuficiente, no recibí información concreta sobre el viaje y los detalles de mi estancia en el lugar. Hasta una semana antes de mi partida, no sabía aun qué día volaba para México. Debo destacar esta falta de información como la parte más negativa del viaje, ya que me inspiró intranquilidad y desconfianza tanto a mí como a mis familiares hacia todo el proyecto y la organización del viaje. Sin embargo, estas expectativas cambiaron a bien por completo una vez llegamos a Mérida y se nos explicó todo a la perfección a la vez que recibimos una amable bienvenida”. (Voluntario FOS 2015).*
- *“Es buena, ya que te da la oportunidad de conocer las comunidades a las cuales se va a dar atención, saber con cuánta gente se va a trabajar y la reunión previa a la jornada, nos sirve para presentarnos y para unificar criterios de atención”. (Odontólogo SSY 2015).*
- *“Es bastante clara, el saber de antemano como estaremos organizados, los procedimientos que se van a realizar y como hacerlos, nos permite tener un mejor desempeño”. (Odontólogo DIF 2014).*

En relación a los costes, la pregunta 5 tuvo una media de 3,82 esta ha sido la pregunta con la peor valoración de todo el cuestionario, obtuvo una aceptación del 71,4%, con un 9,9% en desacuerdo y un 18,7% de indiferencia. Los comentarios fueron los siguientes:

- *“El precio me parece elevado, se deberían buscar patrocinadores que den becas para que asistan un mayor número de voluntarios con un menor costo”. (Voluntario FOS 2012).*
- *“He hecho un esfuerzo para solventar el pago para ir a Méjico, pero ha valido la pena”. (Voluntario FOS 2013).*

- *“El vuelo desde España, el hotel, el transporte y demás gastos son caros, entiendo que el precio sea alto, pero también desde nuestro punto de vista, tienen que entender que somos estudiantes”. (Voluntario FOS 2014).*
- *“Para nosotros los que vivimos en Mérida, no represento ningún gasto el asistir a las jornadas, ya que el transporte y las comidas estaban contempladas para todo el equipo de trabajo, pero supongo que los extranjeros hicieron un gasto fuerte para venir a trabajar aquí”. (Odontólogo SSY 2013).*

En relación a la pregunta 9 sobre la supervisión en el operativo, tuvo una media de 4,65; fue la media más alta de esta variable, con un porcentaje del 98,9% calificándola favorablemente y un 1,1% indiferente. Estos fueron algunos comentarios de los participantes:

- *“La supervisión fue muy buena, pues siempre estuvieron junto a nosotros”. (Odontólogo de la U. Anáhuac 2013).*
- *“Están ahí, si necesitamos ayuda podemos pedirselas, están supervisando cada paso del proceso, los mexicanos ayudan a los españoles en lo que necesiten, ya que los mexicanos tienen más experiencia laboral”. (Odontólogo U. Anáhuac 2014).*
- *“Los supervisores estaban siempre para resolver cualquier duda o complicación que pudiéramos tener”. (Voluntario FOS 2012).*
- *“La supervisión fue muy buena, nos explicaban todo y se ponían con nosotros a atender a los pacientes”. (Voluntario FOS 2015).*

En relación a la organización en general, la pregunta 17 obtuvo una media de 4,53 y con un porcentaje de aceptación del 95,6% y un 4,4% indiferente. Las opiniones fueron las siguientes:

- *“Los puntos fuertes, el (alto) número de pacientes, que está todo bien preparado y organizado y el punto débil, es el fallo de algunos de los equipos que retrasaban o impedían el trabajo con fluidez”. (Voluntario FOS 2014).*

- *“Pienso que está muy bien organizado. Hay mucho trabajo previo (“publicidad” en los pueblos, historias clínicas y diagnósticos...) que hacen posible una mayor eficacia”. (Voluntario FOS 2014).*
- *“Bueno, definitivamente no es perfecta, pero es buena. Tiene detalles en cuanto al llenado de historias clínicas, la habilidad y agilidad de los operadores al trabajar, el descontrol al momento de la comida y el no rotar a todo el personal es cansado por las posiciones en las que trabajamos, unos parados (de pie) en robotines y otros sentados en las móviles. El gran flujo de pacientes a veces es desesperante, sin embargo podríamos enseñar y educar a las personas a manejar citas y tratar de cumplir realmente con los tiempos establecidos. Pero en general bien”. (Odontólogo SSY 2014).*
- *“Buena organización, aunque se debe mejorar tanto en esterilización como en el buen estado de los instrumentos y motores”. (Odontólogo U. Anáhuac 2013).*
- *“Creo que está todo muy bien organizado y todo está pensado de antemano. En cuanto a los puntos débiles, creo que aunque se hace un gran esfuerzo por concienciar a la gente sobre la importancia de la salud bucal, (los pacientes) no llegan a ser conscientes de ello”. (Voluntario FOS 2015).*
- *E. “Yo creo que en los resultados que damos en el momento desde que llegamos y atendemos a los pacientes, se ve reflejado en una organización que lleva tiempo, que lleva meses atrás, y que lo componen tres principales pilares, Secretaría de Salud, la Universidad Anáhuac que es una mediadora y la Fundación, entonces si alguna de estas tres fallara, no se podría llevar a cabo esta jornada, entonces esta organización se planea desde hace meses, al final de cuentas cuando vamos (a las localidades) los resultados que tenemos allá, es el reflejo de nuestra organización que tuvimos anteriormente”. (Focus Group).*

En relación a la pregunta 20 sobre la información de posibles enfermedades eventuales, la media fue de 4,4 con una aceptación del 89% y un 11% de indiferencia. Las opiniones fueron las siguientes:

- *“Sobre las vacunas necesarias para viajar a Méjico me informaron que eran opcionales, que podía hacer el viaje sin necesidad de aplicármelas”. (Voluntario FOS 2015).*
- *“No recibí una información amplia sobre este tema, pero tampoco creo que fuera muy necesaria, ya que aquí estamos vacunados contra la hepatitis y otras enfermedades que se transmiten por saliva o sangre, estas vacunas son obligatorias cuando estudias odontología”. (Odontólogo U. Anáhuac).*

En cuanto las sedes, la pregunta número 21 fue valorada con un 4,4 de media, con un porcentaje de aceptación del 91,2%, en desacuerdo un 2,2% y un 6,6% indiferente. Estas fueron algunas de las opiniones:

- *“La organización buena, sin embargo no excelente. Hubieron muchas sedes buenas y otras muy deficientes”. (Odontólogo U. Anáhuac 2013).*
- *“Las poblaciones creo que fueron bien seleccionadas, ya que todas ellas precisan de ayuda. Nos acogieron muy bien, poniendo a nuestra disposición todo lo necesario”. (Voluntario FOS 2014).*
- *“Las unidades móviles eran idóneas, estaban bien provistas de material y se trabajaba con comodidad. Por el contrario en las zonas con robots habilitados el trabajo era más complicado, el dentista no disponía de silla, el material era más limitado y a veces no había suficiente espacio, ni se disponía de aire acondicionado”. (Odontólogo SSY 2015).*
- *“En las comunidades de mayor tamaño antes de comenzar a trabajar las autoridades realizaban un acto oficial, que duraba alrededor de una hora con el que inauguraban las jornadas. Cada paciente seguía un orden arbitrario, en primer lugar rellenaba la historia clínica y le realizaban un diagnóstico previo (la mayoría acudían con dolor, y era su primera visita al odontólogo). A continuación, se le instruía sobre técnicas de higiene oral, técnicas de cepillado y el correcto uso de la seda dental, adaptado a cada edad del paciente, además de realizarle un revelado de placa y de suministrarle un cepillo dental. Para poder someter al paciente al tratamiento era imprescindible que hubiese pasado por las etapas previas”. (Diario de campo 2014).*

- A *“Yo pienso que es importante mencionar los grandes esfuerzos que se realizan alrededor de todo este proyecto, en cuanto al hecho de poder transformar un lugar común, en un lugar propio para la atención odontológica, definitivamente el lugar ideal para proporcionar esa atención son clínicas dentales, pero desafortunadamente a las comunidades a las que vamos a llevar la atención no existen tales, motivo por el cual se seleccionan estas mismas, porque las personas no tienen este acceso, no se cuenta con lo necesario, pero los esfuerzos que se realizan en cuanto a las barreras de infección, en cuanto a la instalación y todo, pues hacen lo posible para propiciar un ambiente adecuado”.* (Focus Group).
- *“Considero que el lugar no importa cuando lo significativo es apoyar y ayudar a personas que lo necesitan. Si nos tocaron lugares con mucho calor y condiciones no muy cómodas, pero nos adaptamos. En cuanto a hospitalidad y atención de parte de los dirigentes del municipio no hay ninguna queja”.* (Voluntario FOS 2015).

Los resultados obtenidos en la variable interculturalidad son reflejados según el porcentaje y la media de cada pregunta, en las siguientes tablas:

Tabla: Porcentajes de las respuestas de la variable “interculturalidad”.

Interculturalidad Preguntas	Porcentaje					Total
	1	2	3	4	5	
P4 El aprendizaje de palabras locales o extranjeras me ha facilitado la comunicación con los pacientes o compañeros.	-	-	5,5	51,6	42,9	100%
P8 Un plan de estudios similar y un lenguaje odontológico más homogéneo entre las facultades españolas y mexicanas mejorarían los tratamientos.	-	-	13,1	45,1	41,8	100%
P10 He tenido la posibilidad de interactuar con gente de otros lugares y enriquecerme como persona.	-	-	-	16,5	83,5	100%
P12 Me he sentido integrado con los compañeros del proyecto de las diferentes instituciones.	-	-	-	19,8	80,2	100%
P16 He sido debidamente informado sobre necesidades y consideraciones especiales, como formas de trato y costumbres de la población a tratar.	-	-	-	45,1	54,9	100%
P24 He podido conocer la realidad social de la odontología comunitaria.	-	-	-	22,0	78,0	100%

Tabla: Datos estadísticos de la variable “interculturalidad”.

Pregunta	P4	P8	P10	P12	P16	P24
N Válidos	91	9	91	91	91	91
Perdidos	0	0	0	0	0	0
Desv. Tip.	,590	,688	,373	,401	,500	,416

Tabla: Media de las respuestas de la variable “interculturalidad”.

ENUNCIADO DE LA PREGUNTA	MEDIA 1-5
P4 El aprendizaje de palabras locales o extranjeras me ha facilitado la comunicación con los pacientes o compañeros.	4,37
P8 Un plan de estudios similar y un lenguaje odontológico más homogéneo entre las facultades españolas y mexicanas mejorarían los tratamientos.	4,29
P10 He tenido la posibilidad de interactuar con gente de otros lugares y enriquecerme como persona.	4,84
P12 Me he sentido integrado con los compañeros del proyecto de las diferentes instituciones.	4,80
P16 He sido debidamente informado sobre las necesidades, consideraciones especiales, como formas de trato y costumbres de la población a tratar.	4,55
P24 He podido conocer la realidad social de la odontología comunitaria.	4,78

De acuerdo a las tablas anteriores, los participantes valoraron de forma positiva la interculturalidad con una media general de 4,60.

Estas son algunas de las opiniones de los participantes:

En la pregunta 4 se cuestionaba si el aprendizaje de palabras locales facilitaba la comunicación, tuvo una media de 4,37 y con un porcentaje de aceptación de 94,5% y un 5,5% de indiferencia. Estos fueron algunos comentarios de los participantes:

- *“No teníamos problemas, pues siempre nos lográbamos entender con los extranjeros”. (Odontólogo Anáhuac 2014).*
- *“Sí, hay palabras distintas (con los extranjeros) pero nos explicaban ¿Para qué es? y enseguida entendemos de que está hablando la otra persona”. (Odontólogo DIF 2014).*
- *“Hay pocas diferencias en este aspecto en cuanto a expresiones idiomáticas”. (Voluntario FOS 2012).*
- *“Es verdad que se utilizan términos distintos que en ocasiones pueden llevar a breves momentos de desentendimiento, pero la colaboración de los profesionales mexicanos que nos acompañaban solventaba rápidamente estas situaciones. Nunca estas diferencias en la terminología condujeron a un mal resultado en el tratamiento”. (Voluntario FOS 2013).*
- *“Una vez ahí aprendimos algunos términos yucatecos, no hubo ningún problema”. (Voluntario FOS 2014).*
- *“En ocasiones si, los pacientes entendían mejor si utilizábamos expresiones que ellos utilizasen a menudo, lo que facilitaba el tratamiento (buchear- enjuagarse; popote-pajita...) sin embargo si utilizábamos expresiones Españolas era más complicado, porque no estaban familiarizados con ellas”. (Voluntario FOS 2014).*
- *“El trabajo codo con codo con los mejicanos facilitan este aspecto, te ayudan y te enseñan expresiones útiles a la hora de comunicarte con los pacientes”. (Voluntario FOS 2012).*

- *“En algunas ocasiones no entiendes bien que es lo que se quiere en el momento pero gracias a que es una lengua común se soluciona rápido”. (Voluntario FOS 2013).*
- *“Nosotros como mexicanos y yucatecos conocemos gran parte de los modismos utilizados, o bien, la forma en la que se expresan nuestros habitantes del Estado. Si bien no todos dominamos estas expresiones o el idioma maya, sobretodo la gente que viene de fuera, pero en todo momento les explicamos y tuvimos personal o traductores que nos apoyaban con eso”. (Odontólogo SSY 2015).*
- *“Tal vez en las primeras interacciones de los españoles con las personas de las comunidades, se les dificultaba la comunicación, pero eso no afectaba el resultado de la atención dental, aunque después de unos días ya utilizaban expresiones locales”. (Odontólogo SSY 2013).*
- *“Sí, porque (los extranjeros) tienen otra manera de llamarle a sus instrumentos, nosotros los conocemos de una manera, y ellos de otra manera, entonces si enriqueció porque así sabemos que estamos hablando de una misma cosa, de un explorador (sonda), o de un eyector (cánula), o cosas que fuimos aprendiendo con ellos, igual para atender al paciente, ellos se expresaban de alguna manera, y nosotros ya lo entendíamos, pero ya se lo teníamos que decir al paciente de otra manera, como recuéstese mejor o abra más la boca, entonces cosas así, palabras que ellos utilizaban, nosotros que ya los entendemos, podemos expresárselo mejor al paciente”.(Focus Group).*
- *B “Yo creo que por otra parte ellos también se enriquecieron en el ámbito de expresión, porque ya al final, ellos míos utilizaban y entendían nuestra forma de entender las cosas y de decirlas, incluso ya hasta ellos hablaban algo de “nuestro idioma” entonces creo que si fue enriquecedor por ambas partes”. (Focus Group).*

En la pregunta 8 sobre si un plan de estudios similar entre las universidades mexicanas y españolas mejoraría los tratamientos, este enunciado obtuvo la media más baja de esta variable con 4,29 y con un porcentaje de aceptación 86,9% y un 13,1% de indiferencia. Algunos comentarios de los participantes fueron los siguientes:

- *“Sí, pues ellos traían otros conocimientos y nosotros teníamos otros, otra cosa muy importante fue que ellos ahí no tienen la posibilidad como nosotros de trabajar frecuentemente con pacientes y eso siento que los ayudo mucho a perder ese miedo o nerviosismo por atender a uno, esta carrera se trata de practicar y creo que se hace un buen equipo y tanto mexicanos como españoles nos llevamos mucho de esta experiencia”. (Odontólogo U. Anáhuac 2012).*
- *“No diría que haga falta un plan de estudios similar, pero les falta más práctica, y la práctica hace al maestro”. (Odontólogo DIF 2015).*
- *“Observamos que la formación Española Odontológica tiene una excelente formación en la teoría y tiene que fortalecer el aspecto de la competencia de habilidades con más práctica, por lo que el proyecto es muy beneficioso para este fin. Respecto a la Odontología en la Universidad Anáhuac Mayab la competencia es de la perspectiva del ser, el hacer, el conocer y el trascender”. (Director de la U. Anáhuac 2015).*
- *K “Yo creo que es importante la interacción con gente que viene con otra cultura, con otra manera de trabajar, que ha estudiado en otra escuela (Facultad) y que tiene otra manera de ver la odontología, yo creo que he enriquecido mi práctica profesional a través de compartir conocimientos con gente de otro continente”. (Focus Group).*
- *“No creo que sea necesario. Ellos (extranjeros) están bien formados como nosotros, en unos aspectos mejor y en otros no tanto y viceversa. Lo importante es que vienen con muy buena actitud y muchas ganas de trabajar”. (Odontólogo SSY 2014).*
- *B “Yo si realmente sentí un cambio grande en la manera de ver la odontología, porque si vi muchas similitudes pero al igual muchas diferencias en cuanto a la forma de pensar, en cuanto a la forma de trabajar con los pacientes, que a fin de cuentas en eso éramos compatibles al ser odontólogos y pues me enriqueció el aprender y ver otras formas de manejar a los pacientes”. (Focus Group).*
- *“Según cada universidad hay diferencias respecto a las horas de prácticas y el método de ejercerlas, por lo que no se puede generalizar si la preparación es suficiente o no. Pero sí*

que es verdad que los estudiantes de odontología en México (al menos en las universidades de Mérida) trataban pacientes desde el primer o segundo año de carrera, siendo su base de conocimientos y de destreza, a mi parecer, más sólida”. (Voluntario FOS 2013).

- “Son deficientes (las prácticas en España) según qué tratamientos, porque ahora la tendencia es "ya lo harás en el máster". (Voluntario FOS 2014).
- “En mi opinión sí, creo que las prácticas son insuficientes y que se debería empezar a tratar con pacientes desde el inicio de la carrera”. (Voluntario FOS 2012).

En relación a la pregunta P10: sobre si han tenido la posibilidad de interactuar con gente de otros lugares y enriquecerse como persona, este enunciado dentro de la variable interculturalidad ha obtenido la media más alta con 4,84 de media y con un porcentaje de aceptación del 100%. Algunos comentarios de los participantes fueron los siguientes:

- “Totalmente enriquecedor, ayuda a intercambiar conocimientos , me parece una idea excelente”.(Voluntario FOS 2012).
- “Es una gran oportunidad de compartir conocimientos”. (Odontólogo SSY 2014).
- “Acerca dos culturas ya de por si hermanas mucho más, conociendo la comida el estilo de vida”. (Voluntario FOS 2014).
- “Las dos partes pueden aprender algo nuevo el uno del otro por experiencias diferentes de trabajo, académicas y culturales”. (Odontólogo DIF 2015).
- “Es una experiencia que te permite conocer que existen diferentes formas de trabajar y de tratar al paciente”.(Voluntario FOS 2015).
- “Creo que son diferentes maneras de trabajar queriendo llegar a lo mismo, creo que ambas partes se pudieron enriquecer”. (Odontólogo SSY 2015).

- *“Desde luego que sí, el simple hecho de compartir y aprender conocimientos, creencias, aptitudes y actitudes siempre es muy enriquecedor, más que nada por conocimientos, aunque la convivencia y las buenas actitudes facilitan mucho más todo. Fue una experiencia muy grata y enriquecedora”. (Odontólogo U. Anáhuac 2012).*
- *J “Si la verdad es que si, lo mucho o lo poco que pudimos convivir, de mi parte todo lo que les pedía o lo que necesitaba si me ayudaban y fue reciproco y compartimos conocimientos entre ambos”. (Focus Group).*
- *“Por completo, pienso que el intercambio cultural es de lo que más me ha enriquecido a nivel personal participando en este proyecto”. (Voluntario FOS 2015).*
- *“Definitivamente el trabajo entre profesionales de la salud de distintas nacionalidades es sumamente enriquecedor, ya que se comparten experiencias en cuanto a las diversas técnicas y tratamientos, así como la interacción con los pacientes y el poder brindarles altruistamente un beneficio, les enriquece profesionalmente y a nivel personal”. (Coordinadora SSY 2015).*
- *“La internacionalidad del proyecto es otra de las grandes fortalezas, ya que todos aprenden de todos y además se intercambian experiencias interculturales que resultan muy beneficiosas para todos los participantes”. (Director de la U. Anáhuac 2015).*

En relación a la P12 Me he sentido integrado con los compañeros del proyecto de las diferentes instituciones. Las respuestas tuvieron de media de 4,80 y con un porcentaje de aceptación del 100%. A continuación algunas opiniones de los participantes:

- *“Totalmente, desde el primer día me he sentido parte del equipo de trabajo y a nivel personal me he sentido muy bien acogida”. (Voluntario FOS 2013).*
- *“Siempre buscamos la manera de que los españoles se sientan cómodos y creo que lo conseguimos y al final todos terminamos siendo amigos”. (Odontólogo U. Anáhuac 2012).*

- *“Una de las mejores cosas del proyecto son los amigos que me llevo”. (Voluntario FOS 2012).*
- *“Me ha encantado esta experiencia compartiendo mi tiempo con la gente que viene de fuera, nunca pensé que pudiera acabar teniendo tantos amigos en otros países y eso me hace sentir muy bien”. (Odontólogo SSY 2014).*
- *“La gran oportunidad de ampliar e intercambiar conocimientos en Odontología, mejorar en la práctica dental, poder conocer y tratar con esta interesantísima cultura y este precioso país desde dentro. Asimismo tuvimos la posibilidad de hacer turismo en el escaso tiempo libre que nos restaba, sobre todo durante el primer y último fin de semana. Viajamos a Cancún, Playa del Carmen, nos bañamos en los famosos cenotes con los que cuenta la provincia yucateca y también salíamos a cenar la comida típica y, por supuesto, la obligada visita a Chichen Itza y también la posibilidad de ganar amigos en México y de distintas partes de España. Me resulta imposible no emocionarme al recordar las vivencias en aquellos días. Sin duda una de las mejores experiencias de mi vida, que me gustaría repetir en un futuro”. (Diario de campo voluntario FOS).*
- *K “Sí, son muy buenas personas (voluntarios de la FOS) con muchas ganas de aprender, con muchas ganas de servir, son muy buenos compañeros, hemos compartido opiniones, enriquecido nuestras experiencias y también hubieron momentos para interactuar como compañeros y amigos después de una larga jornada, pues relajarnos un poco, reírnos, charlar de cosas más personales tal vez, en general han sido buenas personas que cooperan en todo”. (Focus Group).*

En relación a la P16 He sido debidamente informado sobre las necesidades, consideraciones especiales, como formas de trato y costumbres de la población a tratar. Las respuestas tuvieron una media de 4,55 y con un porcentaje de aceptación del 100%. Algunos comentarios de los participantes fueron los siguientes:

- *“Recibimos información bastante amplia sobre el tipo de población que íbamos a tratar, aunque las formas de trato son universales, siempre con educación y respeto”. (Voluntario FOS 2012).*

- *“Nos informaron que el tipo de población que atenderemos, sería gente humilde que confiaban plenamente en nosotros, y pude comprobarlo cuando les decíamos el tratamiento al paciente, tanto si era una extracción como una limpieza, lo aceptaban si dudar, también la mayoría de los niño se dejaban atender colaborando en todo”. (Odontólogo U. Anáhuac 2013).*
- *“En el curso de inducción nos dieron una sesión de ética, donde se explicaba que el hecho de trabajar en comunidades apartadas en unidades móviles y de manera gratuita, no significaba que el servicio iba va a ser malo. Al paciente se le trataba como si se atendiera en una clínica privada, dando un servicio bueno y de calidad”. (Odontólogo SSY 2015).*
- *“Yo creo que sería bueno incrementar a esto, personal que hable maya, porque a nosotros nos pasaba de que estábamos dando la técnica de cepillado y todo el esquema preventivo, y de repente (les decíamos) abran su cepillo, y nadie nos hacía caso y les volvíamos a decir abran su cepillito y nadie (hacía nada), de repente un niño (nos dijo) es que no hablan español, y requeríamos del traductor que era el niño de 8 -10 años el que nos ayudaba con esto, con el esquema preventivo, igual dentro de las unidades móviles, igual se llevaban un tiempo preguntándole al paciente y tratando de adivinar ¿Qué es lo que le pasaba? o ver ¿Qué es lo que paciente requería? Entonces creo que además de personal médico, sí sería bueno, para la jornada enriquecedor (contar con) personal que hable maya”. (Focus Group).*

En relación a la P24 He podido conocer la realidad social de la odontología comunitaria. Las respuestas tuvieron una media de 4,78 y con un porcentaje de aceptación del 100% . Estas son algunas de las opiniones de los participantes:

- *“Pienso que sí, atendimos a mucha gente que necesitaba tratamientos dentales que no tenían recursos, y también educamos al paciente sobre la prevención, que es fundamental para la odontología comunitaria”. (Voluntario FOS 2012).*
- *“Hasta cierto punto las dos semanas que se encuentran trabajando, les hace adquirir mucha mayor destreza, no solo manual, si también de caer en una realidad en la odontología”. (Odontólogo U. Anáhuac 2014).*

- *“Totalmente, pudimos ver la realidad que existen todavía en muchas partes de Yucatán, donde todavía falta mucho por hacer, pero poco a poco estamos creando una conciencia en prevención para el cuidado y la higiene oral”. (Odontólogo SSY 2015).*
- *B “Yo creo que el principal beneficio es el servicio de calidad que se le da a la gente, que tal vez por lo lejano no tienen el acceso tan fácil para esos servicios, y si llega alguna persona (odontólogo) nada más son (realizan) extracciones, nosotros no vamos a hacer sólo extracciones, vamos a hacer servicios de calidad, resinas (composites), cirugías, profilaxis, con equipo moderno y servicios de calidad”. (Focus Group).*

Los resultados obtenidos en la variable valores son reflejados según el porcentaje y la media de cada pregunta, en las siguientes tablas:

Tabla: Porcentajes de las respuestas de la variable “valores”.

Valores Preguntas	Porcentaje					Total
	1	2	3	4	5	
P1 He cambiado mi forma de pensar tras la experiencia.	-	1,1	2,1	47,3	49,5	100%
P6 He madurado o reflexionado por la experiencia vivida.	-	-	3,3	47,2	49,5	100%
P13 Las acciones sociales realizadas ayudarán a la población en su salud oral a largo plazo.	-	-	1,1	35,2	63,7	100%
P14 Destacaría como punto fuerte del proyecto la labor social.	-	-	2,2	39,6	58,2	100%
P18 He tenido posibilidad de conocer de primera mano los valores de acción solidaria como el compañerismo, altruismo, sencillez y humanidad.	-	-	2,2	33,0	64,8	100%
P22 Considero la experiencia recomendable por lo que te deja como persona.	-	-	-	23,1	76,9	100%

Tabla: Datos estadísticos de la variable “valores”.

Pregunta	P1	P6	P13	P14	P18	P22
N Válidos	91	9	91	91	91	91
Perdidos	0	0	0	0	0	0
Desv. Típ.	,601	,564	,509	,542	,530	,424

Tabla: Media de las repuestas de la variable “valores”.

ENUNCIADO DE LA PREGUNTA	MEDIA 1-5
P1 He cambiado mi forma de pensar tras la experiencia.	4,45
P6 He madurado o reflexionado por la experiencia vivida.	4,46
P13 Las acciones sociales realizadas ayudarán a la población en su salud oral a largo plazo.	4,63
P14 Destacaría como punto fuerte del proyecto la labor social.	4,56
P18 He tenido posibilidad de conocer de primera mano los valores de acción solidaria como el compañerismo, altruismo, sencillez y humanidad.	4,63
P22 Considero la experiencia recomendable por lo que te deja como persona.	4,77

De acuerdo a las tablas anteriores, los participantes valoraron de forma positiva la variable valores con una media general de 4,58.

Estas son algunas de las opiniones de los participantes:

En relación a la P1 sobre si he cambiado mi manera de pensar tras la experiencia, se observa la puntuación más baja de esta variable con una media de 4,45 y con un porcentaje de aceptación del 96,8% con un 1,1% en desacuerdo y un 2,1 de indiferencia. A continuación algunas opiniones de los participantes

- *“En muchos aspectos, no sabía que había sitios en los cuales el tratamiento dental era una utopía, pero es cierto que el choque con la realidad te abre aún más los ojos”. (Voluntario FOS 2012).*
- *“No es que haya cambiado mi forma de pensar, pero si te hace valorar lo que tienes un poco más”. (Voluntario FOS 2014).*
- *“En cierta manera si, formar parte de este proyecto te enriquece no sólo profesional, sino personalmente”. (Voluntario FOS 2014).*
- *“Más que cambiar mi forma de pensar, a aumentado (mi deseo) de ayudar y repetir la experiencia tantas veces que pueda”. (Voluntario FOS 2013).*
- *“Sí, pues con esto me llevé muchas cosas, y mi manera de pensar se abrió mucho a más a ver y saber un poco más de todo esto”. (Odontólogo U. Anáhuac 2014).*
- *“Sí, soy más consciente de las necesidades de la gente”. (Odontólogo U. Anáhuac 2012).*
- *“Sí, amplía el panorama en cuanto a las necesidades que tiene la población”. (Odontólogo SSY 2014).*
- *“Sí, te hace valorar más todo lo que tienes alrededor, a veces pensamos que tenemos grandes problemas, pero si los comparamos con el estilo de vida de la gente que se*

atiende en las jornadas, vemos que lo que consideramos un problema es una pequeñez con lo que esas personas pasan”. (Odontólogo SSY 2013).

- *“Sí, pienso que ser solidario es lo mínimo que puedo hacer después de todo lo que he recibido”. (Odontólogo U. Anáhuac 2015).*
- *“Sí, ya me había tocado ver las condiciones en las que se encuentran esas personas, pero ayudar siempre es bueno y provechoso.*
- *Sí, mejoras mucho como ser humano”. (Odontólogo SSY 2015).*

En relación a la P6 He madurado o reflexionado por la experiencia vivida, obtuvo una media de 4,46 y con un porcentaje de aceptación del 96,7% y con un 3,3 de indiferencia. Algunos participantes opinaron lo siguiente:

- *“Siento que he reflexionado sobre lo que tengo y sobre lo que puedo hacer para ayudar a los demás. Este tipo de experiencias te ayuda a valorar las oportunidades que tienes y a pensar en los que no las tuvieron”. (Voluntario FOS 2013).*
- *“El compartir dos semanas con gente de varios lugares, trabajar en comunidades humildes y pasar por situaciones sacrificadas, claro que te hacen crecer como persona”. (Odontólogo U. Anáhuac 2014).*
- *“Participo cada año en las jornadas y cada año siento que me deja algo, no solo profesionalmente, sino a nivel personal y humano”. (Odontólogo SSY 2015).*

En relación a la P13 Las acciones sociales realizadas ayudarán a la población en su salud oral a largo plazo, encontramos una media de 4,63 y con un porcentaje de aceptación del 98,9% y con 1,1% de indiferencia. Algunos participantes opinaron lo siguiente:

- *“Pienso que las acciones realizadas proporcionan un beneficio a corto plazo por la atención y a largo plazo por la enseñanza en prevención”. (Voluntario FOS 2012).*

- *“A los pacientes se les obsequió un cepillo y se les explicó la importancia de cepillarse los dientes y cómo hacerlo, sobre todo a los niños para que en el futuro crezcan con esta mentalidad”. (Odontólogo SSY 2013).*
- *C “El poder ver que las personas se van contentas, se van con las satisfacción de haber recibido un tratamiento, y muchas veces estas personas no cuentan con un cepillo dental, no saben ¿Para qué sirve el hilo dental? Entonces el poderles darles esta información, y ver que ellos se acercan a nosotros para aclarar sus dudas, ver que se van con todo el conocimiento y después pasan a la unidad móvil para ser tratados, al final del día tenemos la recompensa de que se despiden contentos, se despiden agradecidos, y esperando y preguntando cuando podemos regresar para traer a más familias, ayuda mucho la mujer, la mujer es muy importante, porque ellas son las que llevan a demás familia, al esposo, a los hijos, entonces que te pregunten ¿Cuándo regresan? ¿Cuándo están de vuelta por aquí? Te das cuenta del interés y lo que estas llevando allá”. (Focus Group).*
- *H “El dejarles el hábito y la costumbre de que tienen que tener una buena higiene bucal, de que no sólo es cada vez que vengan los odontólogos, (los pacientes piensen) me arreglan los dientes, así que (por eso) no (me) voy a cepillar; dejarles esa costumbre de que día a día deben que hacerlo y es algo como bañarse o peinarse, es como comer, que deben de hacerlo siempre para protegerse y tener una mejor salud”. (Focus Group).*

En relación a la P14 si se destacaría como punto fuerte del proyecto la labor social, obtuvo una media de 4,56 con una aceptación del 97,8% y un 2,2% de indiferencia. Algunos participantes opinaron lo siguiente:

- *“Ayudar a la comunidad, definitivamente creo que el hecho de poder unir esfuerzos a través de diferentes culturas y de diferentes personas, para poder acercarnos en este caso a personas de nuestro Estado, en poder otorgarles un beneficio, es creo que es el punto más importante y lo que nos debe de centrar, el objetivo de esto es la ayuda que se le pueda proporcionar mediante el recurso humano, recurso económico, para poder acercar a la población el derecho a la una buena salud bucal que finalmente es como tal, un derecho”. (Focus Group).*

- *“Yo pienso que es la unión, la unión de los odontólogos de la secretaria, la aportación de los odontólogos que vienen de fuera (FOS) pues ellos pagan para venir a ayudar a la población, yo creo que el punto fuerte es esa unión para que se lleve a cabo todo lo que es la jornada”. (Focus Group).*
- *“Sería el total de población atendida en tan poco tiempo, creo que igual es algo importante, no todos logran atender a toda esa cantidad de pacientes en tan poco tiempo”. (Focus Group).*

En relación a la P18 si he tenido posibilidad de conocer de primera mano los valores de acción solidaria como el compañerismo, altruismo, sencillez y humanidad, este enunciado tuvo una media de 4,63 con una aceptación del 97,8% y un 2,2% de indiferencia. Algunas opiniones:

- *“He trabajado con gente humilde, muy cercana y mis compañeros siempre estuvieron apoyándome tanto en la clínica como fuera, enseñándome en el poco tiempo libre un poco de su país”. (Voluntario FOS 2014).*
- *“La experiencia fue enriquecedora tanto en el campo profesional como personal. Pudimos mejorar nuestra práctica clínica al mismo tiempo que conocimos a personas increíbles que, al final, puedes considerar amigos”. (Voluntario FOS 2012).*
- *“Los compañeros éramos muy unidos, hemos intercambiado números y con las redes sociales nos mantenemos en contacto aunque estemos a miles de kilómetros, esto fue el principio de grandes amistades”. (Odontólogo U. Anáhuac 2014).*

En relación a la P22 sobre si considero la experiencia recomendable por lo que te deja como persona, obtuvo una media de 4,77 y con un porcentaje de aceptación del 100%; el mejor resultado de esta variable. A continuación algunos comentarios:

- *F “Yo creo que sí, porque aquí como profesionistas, o sea, que somos prácticamente todos y según lo que alcanzamos también a ver, creo que muchos notar de las personas que vienen de fuera, (que) somos gente que vivimos en la ciudad y trabajamos en la ciudad, y en (las jornadas) las condiciones y el tipo de personas a la que vamos a darle atención, pues no es lo común que se nos presenta en la consulta privada, entonces pues creo que*

es muy enriquecedor, es de mucho aprendizaje, el ir y pasar las condiciones, ahora sí, de tener que levantarnos temprano, no dormir completo, acostarnos tarde, estar todo el día parados (de pie), estar todo el día trabajando, en malas posiciones, en el calor, medio comer, a veces no comer, entonces creo que todo esto, nos hace valorar muchas de las cosas que disfrutamos a diario, las cosas con las que vivimos diario, y ver que realmente lo que se está haciendo, lo que se le está dando la gente, la gente lo agradece, lo valora, y acude”. (Focus Group).

- *“Yo en mi caso me llevo, unos grandes amigos, una gran experiencia y la gratificación de haber podido ayudar. La repetiría”. (Voluntario FOS 2012).*
- *“Te deja la sensación de plenitud por poder aprender, practicar y, sobretodo, ayudar a otras personas”. (Voluntario FOS 2013).*
- *“Me traigo del operativo compañeros, amigos, vivencias, el conocer una pequeña parte de otra cultura y su gente, experiencia en la práctica odontológica y la satisfacción de haber trabajado sin parar cada día”. (Voluntario FOS 2015).*
- *“Ganas de volver, experiencia tanto clínica como personal, satisfacción por ayudar a otras personas, conocer la cultura mexicana”. (Voluntario FOS 2014).*
- *“Pienso que todo aquel que pueda debería hacer alguna vez trabajo social o comunitario, es muy un trabajo muy gratificante, y siempre recibes más de lo que das”. (Odontólogo SSY 2014).*
- *“Lo recomendaría a cualquier persona con ganas e ilusión de mejorar en la práctica Odontológica de manera totalmente altruista, más allá de obtener una compensación económica por ello, puesto que lo que va a aprender y la satisfacción al realizarlo va a ser mucho mayor”. (Voluntario FOS 2014).*
- *“Hacer trabajo social en las comunidades vulnerables, debe ser incluida como una materia más en el plan de estudios de la facultad, por la humanización y el aprendizaje que te aporta”. (Odontólogo U. Anáhuac 2014).*

Los resultados obtenidos en la variable aprendizaje son reflejados según el porcentaje y la media de cada pregunta, en las siguientes tablas:

Tabla: Porcentajes de las respuestas de la variable “aprendizaje”.

Aprendizaje Preguntas	Porcentaje					Total
	1	2	3	4	5	
P2 La asistencia al proyecto de otros profesionales sanitarios como médicos o enfermeros favorecería el aprendizaje de los odontólogos.	-	1,1	4,4	37,4	57,1	100%
P7 La participación en el proyecto mejora la práctica dental en poco tiempo.	-	-	2,2	34,1	63,7	100%
P11 He tenido la posibilidad de ayudar aprendiendo y de aprender ayudando.	-	-	-	17,6	82,4	100%
P15 He podido colaborar en todas las áreas odontológicas existentes en el operativo.	-	1,1	9,9	33,0	56,0	100%
P19 En caso de duda en el operativo me he sentido respaldado por los compañeros.	-	-	-	27,5	72,5	100%
P23 He aprendido a trabajar en condiciones desfavorables y con menos recursos intentando optimizar los resultados, superando las adversidades.	-	-	1,1	29,7	69,2	100%

Tabla: Datos estadísticos de la variable “aprendizaje”.

Pregunta	P2	P7	P11	P15	P19	P23
N Válidos	91	9	91	91	91	91
Perdidos	0	0	0	0	0	0
Desv. Tip.	,639	,533	,383	,718	,449	,492

Tabla: Media de las respuestas de la variable “aprendizaje”.

ENUNCIADO DE LA PREGUNTA	MEDIA 1-5
P2 La asistencia al proyecto de otros profesionales sanitarios como médicos o enfermeros favorecería el aprendizaje de los odontólogos.	4,51
P7 La participación en el proyecto mejora la práctica dental en poco tiempo.	4,62
P11 He tenido la posibilidad de ayudar aprendiendo y de aprender ayudando.	4,82
P15 He podido colaborar en todas las áreas odontológicas existentes en el operativo.	4,44
P19 En caso de duda en el operativo me he sentido respaldado por los compañeros.	4,73
P23 He aprendido a trabajar en condiciones desfavorables y con menos recursos intentando optimizar los resultados, superando las adversidades.	4,68

De acuerdo a las tablas anteriores, los participantes valoraron de forma positiva el aprendizaje con una media general de 4,63.

Estas son algunas de las opiniones de los participantes:

En relación a la P2 La asistencia al proyecto de otros profesionales sanitarios como médicos o enfermeros favorecería el aprendizaje de los odontólogos, obtuvo una media de 4,51 y un porcentaje de aceptación del 94,5% con un 1.1% en desacuerdo y un 4,4% de indiferencia. A continuación algunas opiniones de los participantes:

- *“La odontología al pertenecer al área de la salud, es una especialidad multidisciplinaria, por lo tanto en algún momento vamos a necesitar del apoyo de un médico, de un enfermero, porque hay cosas de las que somos muy capaces de resolver, pero hay otras en las que no; y estamos hablando de la salud e integridad de una persona, la cual confía en nosotros y debemos atender lo mejor posible. Si no podemos, nunca es malo solicitar ayuda y apoyo, ya sea de especialistas o diversas áreas médicas”. (Odontólogo SSY 2015).*
- *“La asistencia de otros profesionales es buena y necesaria para una atención integral”.(Odontólogo U. Anáhuac 2014).*
- *“Son de gran ayuda para agilizar el trabajo y además la multiprofesionalidad y la interdisciplina son enriquecedoras para fortalecer la experiencia”. (Director de la U. Anáhuac 2015).*
- *“La inclusión de otros profesionales sanitarios sería benéfico para el proyecto, en la actualidad solamente se brinda atención odontológica de primer nivel, la inclusión de otras especialidades contribuiría a una mejor atención en cuanto a las diversas enfermedades bucales”. (Coordinadora SSY 2015).*
- *“El servicio sería mejor y más completo, si apoyará médicos, enfermeros, nutriólogos o promotores de salud, ya que mientras la gente espera su intervención dental, puede estar consultando con alguno de estos profesionales de la salud”. (Odontólogo FOS 2013)*

- J *“Yo creo que sí porque en definitiva la odontología siempre tiene que ser vista en un amplio campo médico, odontólogo, enfermero, que enriquecerían la forma de atender a los pacientes y a los alumnos pues igual les ampliarían su perspectiva, ya que no nos enfocarían en ver solo la cavidad bucal sino el sistema como tal”. (Focus Group).*
- K *“Sería bueno que hubiera en toda la jornada antes de que el paciente entre (a la consulta), enfermeras que puedan tomar la presión, (que realicen) pruebas de glucosa para que sea más rápido el tratamiento y no dudar a la hora si necesitan una cirugía o una extracción y el paciente nos diga que no está controlado, pero hay alguien ahí que pueda hacerle en ese momento una prueba rápida, si el paciente requiere una extracción. Estaría bien que en todas las localidades en las que fuéramos estuviera, la vez pasada creo solamente en la Jurisdicción 2 tuvimos ese servicio, sería mucho fácil y más rápido si hubiera de cajón (establecido) mínimo una enfermera”. (Focus Group).*
- H *“Incluso creo que los pacientes a veces no saben si tienen un problema de la presión o de glucosa, simplemente ese aporte que si en un futuro se pone en las jornadas ayudaría mucho a diagnosticar prematuramente a lo mejor algunas enfermedades”. (Focus Group).*
- L *“Yo creo que es muy importante lo que dijeron que en una localidad habían personas auxiliares que ayudaron para los diagnósticos y creo que esto es importante para que podamos, no solo para dar una buena atención, sino para incrementar el número de personas que se puedan atender, porque muchas veces al dudar, dejas de atender a la gente, además se perdía mucho tiempo en tratar de diagnosticar y en averiguar si tienen o no tienen (enfermedad) entonces acortaba el tiempo de atenciones y nos reducía en un momento dado el número de personas a las que podíamos atender. Entonces yo creo que sería bueno, porque es un auxiliar para una mejor atención y para un mayor número de gente beneficiada”. (Focus Group)*
- A *“Yo creo que una parte muy importante que estamos olvidando mencionar es que al paciente sólo lo vemos una vez, y eso es un factor muy importante, que el tener el apoyo de un médico, de una enfermera, de un nutriólogo, inclusive de un psicólogo, nos debe de ayudar a garantizar que el tratamiento que vamos a realizar pueda tener mayor éxito, ¿A qué me refiero con esto? A que un paciente que puedas tu tener la seguridad de que le vas a dar un tratamiento adecuado, a las necesidades o requerimientos que tiene, va a*

dejarte a ti la tranquilidad de que el paciente, a pesar de que no vas a darle un seguimiento, porque no tienes esa factibilidad de poder darle una cita posterior, para verificar como quedo la herida o verificar como quedo el tratamiento que hiciste, entonces al tener esa seguridad de que el paciente esta sistémicamente controlado, sistémicamente bien tratado o tiene las condiciones ideales, el tratamiento que le vas a ofertar va a tener un mejor pronóstico". (Focus Group).

En relación a la P7 sobre la participación en el proyecto mejora la práctica dental en poco tiempo, obtuvo una media de 4,62 y con un porcentaje de aceptación del 97,8% y un 2,2% de indiferencia. A continuación algunas opiniones:

- *"Como es lógico, la carga de prácticas del proyecto es más que lo que realizamos en una universidad española, por lo que las personas que deciden ir mejoran su destreza, cada uno en su nivel correspondiente. Hay facultades españolas en las cuales el nivel de práctica es bastante bueno, por lo que hay desigualdades entre los alumnos que van al proyecto. Lo bueno es que entre todos intentamos ayudarnos y conseguir un nivel medio bueno". (Voluntario FOS 2013).*
- *"Una vez que vuelves, creo que sobretodo en las brigada se aprende un montón y ante situación no tan cómodas como en España lo que agudiza al profesional". (Voluntario FOS 2012).*
- *"Sí. Al fin y al cabo, durante las 2 semanas que dura el proyecto se atienden a más pacientes de los que se atienden en la universidad en varios meses". (Voluntario FOS 2014).*
- *"Creo que es el objetivo principal por la que nos apuntamos todos a formar parte del proyecto y que satisfactoriamente voy viendo a medida que realizo las prácticas en clínica de este año, te ayuda a familiarizarte con los tratamientos, ganas seguridad y confianza al haber realizado tantos con anterioridad". (Voluntario FOS 2014).*
- *"Con diferencia pierdes el miedo a algunos tratamientos ganas destreza y se ve reflejado el año siguiente al empezar el curso". (Voluntario FOS 2015).*

- *“Sí, siento que para ellos fue muy enriquecedor este evento pues tuvieron la oportunidad de poder desarrollar un poco más la habilidad manual aplicando lo aprendido en libros”. (Odontólogo U. Anáhuac 2013).*
- *“La gente que colabora en el proyecto, atiende más pacientes en dos semanas, que las personas que no van atenderán en seis meses en un consultorio particular, por lo tanto, sí creo que pueden desarrollar más destreza y habilidades”. (Odontólogo SSY 2014).*
- *“Definitivamente, con el volumen de pacientes atendidos y la cantidad de tratamientos realizados, desarrollan una mayor destreza”. (Odontólogo DIF 2015).*
- *“En definitiva sí, yo creo que lo más importante en cuanto manera profesional es que tienes que aprender (a realizar) un trabajo ágil, rápido y con calidad, yo creo que es eso que podemos aprender y aplicar todos los días en la vida profesional”. (Focus Group).*

En relación a la P11 si he tenido la posibilidad de ayudar aprendiendo y de aprender ayudando. Este enunciado obtuvo la media más elevada de esta variable con 4,82 y con un porcentaje de aceptación del 100%. Algunos comentarios de los participantes son los siguientes:

- *“Ayudar aprendiendo y aprender ayudando es el verdadero sentido de este proyecto y cambia actitudes y conciencias y crea un verdadero espíritu de servicio”. (Director U. Anáhuac 2015).*
- *“Estoy convencida que al ayudar hemos recibido un aprendizaje”. (Voluntario FOS 2012).*
- *“Estamos beneficiando a la población, llevándoles un tratamiento odontológico, que en otras circunstancias sería difícil que pudieran realizarlo, de igual manera que mejoramos a nivel profesional”. (Odontólogo SSY 2013).*
- *“Haber ayudado a la gente que en verdad lo necesitaba, fue un trabajo exhaustivo por las horas y las condiciones, pero al mismo tiempo fue muy gratificante y me siento mejor preparada para seguir haciéndolo”. (Voluntario FOS 2014).*

En relación a la P15 si he podido colaborar en todas las áreas odontológicas existentes en el operativo, obtuvo una media 4,4 con puntuación más baja de esta variable y con un porcentaje de aceptación del 89% con un 1,1 en desacuerdo y un 9,9% de indiferencia. Algunos comentarios fueron los siguientes:

- *“Realicé sobretodo detartrajes ,obturaciones y extracciones, todo ello tanto en niños como en adultos, ofreciéndoles también instrucciones de higiene oral”. (Voluntario FOS 2013).*
- *“Hice obturaciones en composite y en ionómero de vidrio, tartrectomías, extracciones (dientes y restos radiculares), pulpotomías, pero no tuve oportunidad de estar en el área de prevención”. (Voluntario FOS 2014).*
- *“Los tratamientos que realicé fueron limpiezas dentales, empastes, exodoncias, ionómeros, selladores y aplicaciones de flúor”. (Voluntario FOS 2012).*
- *“Tartrectomías, exodoncias, obturaciones con composite e ionómero de vidrio, tratamiento restaurador atraumático, selladores y pulpotomías”. (Voluntario FOS 2015).*
- *“Realicé resinas (composites), odontoxesis, profilaxis, pulpotomías y exodoncias”. (Odontólogo U. Anáhuac 2012).*
- *“Procedimientos quirúrgicos, operatoria y también de prevención y promoción a la salud bucal que es parte fundamental en cada intervención, para fomentar una buena cultura en la salud e higiene bucal”. (Odontólogo SSY 2013).*
- *“Coordinación de traslado de equipo, material e instrumental, distribución del instrumental y materiales operativos, limpieza, desinfección y esterilización”. (Odontólogo SSY 2015).*
- *“Profilaxis, Resinas clase I, II, III, IV, V, pulpotomías, extracciones, selladores y removimos un mucocele”. (Odontólogo DIF 2014).*

En relación a la P19 si se han sentido respaldado por los compañeros, obtuvo una media de 4,73 y un porcentaje de aceptación del 100%. Algunos participantes opinaron lo siguiente:

- *“Cuando trabajamos con los pacientes, íbamos turnándonos, a veces como asistente o a veces de operador, cuando tenía un problema mis compañeros siempre estaban ahí para resolver mis dudas que eran muchas”. (Voluntario FOS 2015).*
- *“Me han ayudado muchísimo, desde cómo poner la anestesia hasta como sujetar los fórceps”. (Voluntario FOS 2013).*
- *“Tratamos de ayudar a los españoles para que tuvieran más confianza, ellos ponían mucho de su parte y nos apoyábamos mutuamente en todo”. (Odontólogo U. Anáhuac).*
- *“Claro que nos ayudamos entre nosotros, era un trabajo en equipo”. (Odontólogo SSY 2013).*
- *“Nadie es perfecto y todos cometemos errores, para nada está mal contar con alguien con más experiencia que uno, donde podemos aprender y sentirnos seguros por cualquier problemita que pueda aparecer. Los españoles vienen a un país desconocido, no tienen conocidos y poca experiencia, es un gran apoyo y ayuda contar con alguien con el cual puedan expresar todas sus inquietudes, y sentirse en confianza”. (Odontólogo SSY 2015).*

En relación a la P23 si he aprendido a trabajar en condiciones desfavorables y con menos recursos intentando optimizar los resultados, superando las adversidades, obtuvo una media de 4,68 y un porcentaje de aceptación del 98,9% y un 1,1% de indiferencia. A continuación algunos comentarios:

- *“Yo creo que, si sirve esto de trabajar en estas condiciones, porque valoras más estar en la comodidad de tu consultorio y les sirve a los odontólogos en que hacen su mejor esfuerzo, tratan de hacer trabajos de calidad con lo poco que tienen en condiciones no tan cómodas, de pie, en una silla, de pie, no en un consultorio con el aire acondicionado”. (Focus Group).*

- *“Desde luego y esta experiencia les debe permitir sobreponerse a futuros imprevistos”. (Director U. Anáhuac 2015).*
- *“Al finalizar la jornada, tras 6 o 7 horas de trabajo intenso y de pasar muchísimo calor, que sobrellevábamos como nos era posible en función de las características del pueblo que visitábamos, es decir, con ventiladores o aire acondicionado, o sin nada porque en otros lugares era inviable por la pobreza. Muchos días al final de la jornada te sentías completamente exhausta, pero realizada, contenta y feliz de haber solucionado el dolor que atormentaba durante mucho tiempo a una mujer, o al niño que venía llorando con la carita hinchada, o la “muelecita picada” de otro señor, los restos radiculares de una mujer muy mayor que le impedían comer.. Y un largo etcétera”. (Diario de campo 2014).*
- *“Al tener tantos pacientes esperando, se aprende a trabajar rápido y haciendo el mejor esfuerzo”. (Voluntario FOS 2013).*
- *“Las condiciones no son las mejores en el área de los robots, ya que trabajas de pie, el paciente en un silla que no se puede reclinar y te ves forzado a trabajar con malas posturas para poder acceder a la pieza a tratar, además del calor y de la falta de espacio, esto hace difícil el trabajo, aún así, mantenemos una buena actitud y vale la pena por la satisfacción de haber hecho algo bueno”. (Odontólogo SSY 2013).*

Tabla: Resumen de los casos.

	Casos					
	Validos		Perdidos		Total	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje
Institución	91	100%	0	0,0%	91	100%
Organización						
Interculturalidad						
Valores						
Aprendizaje						

Tabla: Frecuencia y porcentaje de la institución según la variable organización, que agrupa 6 preguntas del cuestionario.

Institución	1	2	3	4	5	TOTAL
FOS. Frec.	-	12	29	67	24	132
% Institución		9,0%	22,0%	50,8%	18,2%	100%
% total		2,2%	5,3%	12,3%	4,4%	24,2%
SSY. Frec.	-	-	11	113	146	270
% Institución			4,0%	41,9%	54,1%	100%
% total			2,0%	20,7%	26,7%	49,5%
UA. Frec.	-	-	2	28	78	108
% Institución			1,9%	25,9%	72,2%	100%
% total			0,4%	5,1%	14,3%	19,8%
DIF. Frec.	-	-	-	8	28	36
% Institución				22,2%	77,8%	100%
% total				1,5%	5,1%	6,6%
TOTAL Frec.	-	12	42	216	276	546
% total		2,2%	7,7%	39,6%	50,5%	100%

Conforme a la tabla anterior, el 90,1% de los participantes de todas las instituciones estuvieron de acuerdo con la organización, el 2,2% estuvo en desacuerdo y el 7,7% se mantuvo indiferente.

De acuerdo a estos resultados en cuanto a la organización, los voluntarios de la FOS estuvieron de acuerdo con el 69%, un 9% en desacuerdo y un 22% indiferente. Los participantes de la SSY estuvieron de acuerdo en un 96% con un 4% de indiferencia. Los participantes de la Universidad Anáhuac estuvieron de acuerdo en un 98,1% con un 1,9% de indiferencia; y los participantes del DIF estuvieron de acuerdo con la organización en un 100%.

Tabla: Frecuencia y porcentaje de la institución según la variable interculturalidad, que agrupa 6 preguntas del cuestionario.

Institución	1	2	3	4	5	TOTAL
FOS. Frec.	-	-	11	68	53	132
% Institución			8,3%	51,5%	40,2% *91,7	100%
% total			2,0%	12,5%	9,7%	24,2%
SSY. Frec.	-	-	6	87	177	270
% Institución			2,2%	32,2%	65,6% *97,8	100%
% total			1,1%	15,9%	32,4%	49,5%
UA. Frec.	-	-	-	24	84	108
% Institución				22,2%	77,8%	100%
% total				4,4%	15,4%	19,8%
DIF. Frec.	-	-	-	3	33	36
% Institución				8,3%	91,7%	100%
% total				0,5	6,0%	6,6%
TOTAL Frec.	-	-	17	182	347	546
% total			3,1%	33,3%	63,6%	100%

Conforme a la tabla anterior, el 96,9% de los participantes de todas las instituciones estuvieron de acuerdo con la interculturalidad y el 3,1% se mostró indiferente.

De acuerdo a estos resultados en cuanto a la interculturalidad, los voluntarios de la FOS estuvieron de acuerdo con el 91,7%, y un 8,3% indiferente. Los participantes de la SSY estuvieron de acuerdo con un 97,8% con un 2,2% de indiferencia. Los participantes de la Universidad Anáhuac estuvieron de acuerdo con el 100%; y los participantes del DIF estuvieron de acuerdo con la organización en un 96,9% y un 3,1% indiferente.

Tabla: Frecuencia y porcentaje de la institución según la variable valores, que agrupa 6 preguntas del cuestionario.

Institución	1	2	3	4	5	TOTAL
FOS. Frec.	-	1	9	77	45	132
% Institución		0,8%	6,8%	58,3%	34,1%	100%
% total		0,2%	1,6%	14,1%	8,2%	24,2%
SSY. Frec.	-	-	1	88	181	270
% Institución			0,4%	32,6%	67,0%	100%
% total			0,2%	16,1%	33,2%	49,5%
UA. Frec.	-	-	-	32	76	108
% Institución				29,6%	70,4%	100%
% total				5,9%	13,9%	19,8%
DIF. Frec.	-	-	-	8	28	36
% Institución				22,2%	77,8%	100%
% total				1,5%	5,1%	6,6%
TOTAL Frec.	-	1	10	205	330	546
% total		0,2%	1,8%	37,5%	60,5%	100%

Conforme a la tabla anterior, el 98% de los participantes de todas las instituciones estuvieron de acuerdo con la variable valores, un 0,2% estuvo en desacuerdo y el 1,8% se mantuvo indiferente.

De acuerdo a estos resultados en cuanto a la variable valores, los voluntarios de la FOS estuvieron de acuerdo con el 92,4%, estuvo en desacuerdo un 0,8% y un 6,8% indiferente. Los participantes de la SSY estuvieron de acuerdo con un 99,6% y un 0,4% de indiferencia. Los participantes de la Universidad Anáhuac y del DIF estuvieron de acuerdo con el 100%.

Tabla: Frecuencia y porcentaje de la institución según la variable aprendizaje que agrupa 6 preguntas del cuestionario.

Institución	1	2	3	4	5	TOTAL
FOS. Frec.	-	2	11	55	64	132
% Institución		1,5%	8,3%	41,7%	48,5%	100%
% total		0,4%	2,0%	10,1%	11,7%	24,2%
SSY. Frec.	-	-	5	82	183	270
% Institución			1,8%	30,4%	67,8%	100%
% total			0,9%	15,0%	33,5%	49,5%
UA. Frec.	-	-	-	23	85	108
% Institución				21,3%	78,7%	100%
% total				4,2%	15,6%	19,8%
DIF. Frec.	-	-	-	3	33	36
% Institución				8,3%	91,7%	100%
% total				0,5%	6,0%	6,6%
TOTAL Frec.	-	2	16	163	365	546
% total		0,4%	2,9%	29,9%	66,8%	100%

Conforme a la tabla anterior, el 96,7% de los participantes de todas las instituciones estuvieron de acuerdo con la variable aprendizaje, en desacuerdo el 0,4% y el 2,9% se mantuvo indiferente.

De acuerdo a estos resultados en cuanto a la variable aprendizaje, los voluntarios de la FOS estuvieron de acuerdo con el 90,2%, en desacuerdo el 1,5% y un 8,3% indiferente. Los participantes de la SSY estuvieron de acuerdo con un 98,2% con un 1,8% de indiferencia. Los participantes de la Universidad Anáhuac y del DIF estuvieron de acuerdo con el 100%.

Resultados de servicios brindados.

Primera edición 2012 (Universidad Anáhuac – FOS).

Tabla con los resultados de los tratamientos curativos y preventivos de la primera edición.

Sede	Mujer	Hombre	Total Pac.	EBP	Tratamientos Curativos					Total Ttos.
					Ionómero	Profilaxis	Composite	IRM	Extracción	
Mérida	42	25	67	69	25	54	26	4	3	112
Baca	91	62	153	167	63	67	68	24	43	265
Total	133	87	220	236	88	121	94	28	46	377

Nota: El número total de pacientes que recibieron al menos una intervención, no tiene relación con el número de pacientes a los que se les instruyó el EBP, ya que muchos de ellos recibieron el esquema, pero no requirieron ser tratados o bien, por alguna circunstancia se atendieron sin recibir la instrucción.

En el 2012 se atendieron a 220 pacientes, 133 (60,45%) mujeres y 87 (39,54%) hombres. A los cuales se les realizaron 121 profilaxis, 94 obturaciones con composite, 88 con ionómero, 28 obturaciones con IRM y 46 extracciones, en total 377 tratamientos curativos y 236 instrucciones del Esquema Básico de Prevención.

Tabla: Concentrado de costos aproximados de los tratamientos realizados en la primera edición.

Tratamiento	Cantidad	Precio	Total en Pesos	Total en Euros
Profilaxis	121	\$250	30.250,00	1.779,41
Composite	94	\$500	47.000,00	2.764,70
IRM	28	\$250	7.000,00	411,76
Extracción	46	\$300	13.800,00	811,76
TRA	88	\$300	26.400,00	1.552,94
Total	377		124.450,00	7.320,00€

Nota: Los costos de los tratamientos se tabularon según la media de precios que se manejan en las poblaciones que contaban con dentistas privados.

El costo total de los 377 tratamientos realizados fue de aproximadamente 124.450,00 pesos. Si se considera que el euro se cotizaba a 17 pesos en julio del 2012, la conversión a esta moneda asciende a 7.320 euros en tratamientos para el beneficio de los pacientes.

Segunda Edición 2013 (Universidad Anáhuac – FOS – SSY).

Tabla de la SSY con los resultados oficiales de la instrucción del EBP en la 1ª Jornada de Salud Bucal en el Estado.

Sede	Mujer	Hombre	Total Pac. Atendidos	Instrucción EBP
Mérida	150	32	182	157
Dzitya	108	36	144	148
Yaxkukul	71	5	76	169
Progreso	85	35	120	151
Ticul (Día 1)	33	11	44	52
Ticul (Día 2)	124	48	172	165
Uayma	68	22	90	130
Col. Yucatán	85	37	122	224
Río Lagartos	60	23	83	112
Total	784	249	1.033	1.308

Nota: El número total de pacientes que recibieron al menos una intervención, no tiene relación con el número de pacientes a los que se les instruyó el EBP, ya que muchos de ellos recibieron el esquema, pero no requirieron ser tratados o bien, por alguna circunstancia se atendieron sin recibir la instrucción.

Tabla de la SSY con los resultados oficiales de los tratamientos curativos realizados en las 1ª Jornadas de Salud Bucal en el Estado.

Sede	Tratamientos Curativos											Total Ttos
	Profi-laxis	Odon-toxosis	Tto. Pulpar	Extrac-ción	Com-posite	Ionó-mero	Sella-dor	Barniz Flúor	Ciru-gía	IRM	TRA	
Mérida	41	29		9	31	40	32					182
Dzitya	45			17	57	17	8	2	1		4	151
Yaxkukul	16			6	47	10	3		2			84
Progreso	49	1	6	30	23	22	1	1	2		7	142
Ticul (Día 1)	5	4	2	3	27	5	10	1		3	1	61
Ticul (Día 2)		64	2	25	63	22		16		13	13	218
Uayma	17	13	1	35	21	8		4		7	12	118
Col. Yucatán	23	2		43	28	9	1	1		26	4	137
Río Lagartos	20	2		19	27	11	39	4		9	1	132
Total	216	115	11	187	324	144	94	29	5	58	42	1.225

En la segunda edición se atendieron a 1.033 pacientes. Por género fueron 784 mujeres (75,89%) y 249 (24,10%) hombres. Por tipo de tratamiento se realizaron 216 profilaxis, 115 odontoxosis, 11 tratamientos pulpares (pulpotomías o pulpectomías), 187 extracciones, 324 obturaciones con composite, 144 obturaciones con ionómero, 94 selladores, 29 aplicaciones de

barniz de flúor, 5 cirugías, 58 obturaciones con IRM y 42 tratamientos restaurativos atraumáticos (TRA) en total se efectuaron 1.225 intervenciones. Además de instruir a 1.308 pacientes con el EBP.

Tabla: Concentrado de costos aproximados de los tratamientos realizados en la segunda edición.

Tratamiento	Cantidad	Precio	Total en Pesos	Total en Euros
Odontoxesis	115	\$500	57.500,00	3.382,35
Profilaxis	216	\$250	54.000,00	3.176,47
Composite	324	\$500	162.000,00	9.529,41
Ionómero	144	\$400	57.600,00	3.388,23
IRM	58	\$250	14.500,00	852,94
Extracciones	187	\$300	56.100,00	3.300,00
TRA	42	\$300	12.600,00	741,17
Sellador	94	\$300	28.200,00	1.658,82
Barniz de flúor	29	\$250	7.250,00	426,47
Cirugía	5	\$1.000	5.000,00	294,11
Tto. Pulpar	11	\$500	5.500,00	323,52
Total	1.225		460.250,00	27.073,52€

Nota: Los costos de los tratamientos se tabularon según la media de precios que se manejan en las poblaciones que contaban con dentistas privados.

El costo total de los 1.225 tratamientos realizados fue de aproximadamente 460.250 pesos. Si se considera que el euro se cotizaba a 17 pesos en julio del 2013, la conversión a esta moneda asciende a 27.073,52 euros en tratamientos para el beneficio de los pacientes.

Tercera edición 2014 (Universidad Anáhuac – FOS – SSY – DIF).

Tabla de la SSY con los resultados oficiales de la instrucción del EBP en las 2ª Jornadas de Salud Bucal en el Estado.

Sede	Mujer	Hombre	Total Pac. Atendidos	Instrucción EBP
Komchen	177	57	174	246
Chochola	144	46	190	263
Dzilam González	132	73	205	243
Motul	124	42	166	249
Tahdziu	45	19	64	96
Chacsinkin	105	34	139	120
Xocen	125	20	145	193
Popola	143	47	190	276
Chankom	140	46	186	284
Peto	116	54	170	244
Total	1.191	438	1.629	2.214

Nota: El número total de pacientes que recibieron al menos una intervención, no tiene relación con el número de pacientes a los que se les instruyó el EBP, ya que muchos de ellos recibieron el esquema, pero no requirieron ser tratados o bien, por alguna circunstancia se atendieron sin recibir la instrucción.

Tabla de la SSY con los resultados oficiales de los tratamientos curativos realizados en las 2ª Jornadas de Salud Bucal en el Estado.

Sede	Tratamientos Curativos									Total Ttos.
	Profi-laxis	Odonto-xesis	Tto. Pulpar	Extracción	Composite	Ionómero	Sellador	Bamiz Flúor	Cirugía	
Komchen	81	56		24	86	77	4	3		331
Chochola	163	104	1	31	83	61				443
Dzilam Glez.	178	124		41	114	58	36		2	553
Motul	145	116		41	72	46	32			452
Tahdziu	65	48	1	8	31	47	3			203
Chacsinkin	128	92	5	28	82	64	174	2		575
Xocen	141	100	37	8	134	28	102	4		554
Popola	181	130	1	64	98	112	71	8		665
Chamkom	191	141		70	99	75	79	14		669
Peto	134	78	1	43	89	59	149	9	1	563
Total	1.407	989	46	358	888	627	650	40	3	5.008

En la tercera edición se atendieron a 1.629 pacientes. Por género fueron 1.191 (73,11%) mujeres y 438 (26,88%) hombres. Por tipo de tratamiento se realizaron 1.407 profilaxis, 989 odontoxesis, 46 tratamientos pulpares (pulpotomías o pulpectomías), 358 extracciones, 888

obtunicaciones con composite, 627 obtunicaciones con ionómero, 650 selladores, 40 aplicaciones de barniz de flúor y 3 cirugías, en total se efectuaron 5.008 intervenciones. Además de instruir a 2.214 pacientes con el EBP.

Tabla: Concentrado de costos aproximados de los tratamientos realizados en la tercera edición.

Tratamiento	Cantidad	Precio	Total en Pesos	Total en Euros
Odontoxesis	989	\$500	494.500,00	28.257,14
Profilaxis	1.407	\$250	351.750,00	20.100,00
Composite	888	\$500	444.000,00	25.371,42
Ionómero	627	\$400	250.800,00	14.331,42
IRM	190	\$250	47.500,00	2.714,28
Ext. Pieza Temp.	87	\$300	26.100,00	1.491,42
Ext. Pieza Perm.	271	\$500	135.500,00	7.742,85
Sellador	650	\$300	195.000,00	11.142,85
Barniz de flúor	40	\$250	10.000,00	571,42
Cirugía	3	\$1.000	3.000,00	166,66
Tto. Pulpar	46	\$500	23.000,00	1.314,28
Total	5.008		1.981.150,00	113.208,57€

Nota: Los costos de los tratamientos se tabularon según la media de precios que se manejan en las poblaciones que contaban con dentistas privados.

El costo total de los 5.008 tratamientos realizados fue de aproximadamente 1.981.150 pesos. Si se considera que el euro se cotizaba a 17,5 pesos en julio del 2014, la conversión a esta moneda asciende a 113.208,57 euros en tratamientos para el beneficio de los pacientes.

Cuarta edición 2015 (Universidad Anáhuac – FOS – SSY – DIF).

Tabla de la SSY con los resultados oficiales de la instrucción del EBP en las 3ª Jornadas de Salud Bucal en el Estado.

Sede	Mujer	Hombre	Total Pac. Atendidos	Instrucción EBP
Cacalchen	117	47	164	155
Mocochá	79	34	113	101
Conkal	78	32	110	87
Dzizantun	59	52	111	89
Chumayel	146	61	207	157
Tekax	107	40	147	147
Chankom	78	33	111	76
El Cuyo	59	29	88	75
Río Lagartos	34	10	44	46
Total	757	338	1.095	933

Nota: El número total de pacientes que recibieron al menos una intervención, no tiene relación con el número de pacientes a los que se les instruyó el EBP, ya que muchos de ellos recibieron el esquema, pero no requirieron ser tratados o bien, por alguna circunstancia se atendieron sin recibir la instrucción.

Tabla de la SSY con los resultados oficiales de los tratamientos curativos realizados en las 3ª Jornadas de Salud Bucal en el Estado.

Sede	Tratamientos Curativos												Total Ttos.
	Profilaxis	Odontoxosis	Extra Temp.	Extra Perm.	Composite	Ionómero	Sellador	Barniz Flúor	Tto. Pulpar	IRM	Farmacoter.	Rx	
Cacalchen	114	86	27	22	74	51	16	18		33	8	8	457
Mococha	77	62	7	13	51	18	17	21	1	23	2	2	294
Conkal	77	67	9	6	58	7	13	79	2	17	1	1	337
Dzinzantun	50	61	8	7	47	6	10	17	1	26	2	2	237
Chumayel	162	135	9	30	88	42	24	29	8	39	7	8	581
Tekax	113	108	22	22	66	38	4	23	3	20	5	4	428
Chankom	77	56	10	26	40	23	19	18	2	17	2	4	294
El Cuyo	48	27	6	12	26	32	27	16	2	9	1	3	209
Río Lagartos	30	17	1	4	14	9	33	8	1	6		1	124
Total	748	619	99	142	464	226	163	229	20	190	28	33	2.961

En la cuarta edición se atendieron a 1.095 pacientes. Por género fueron 757 (69,13%) mujeres y 338 (30,86%) hombres. Por tipo de tratamiento se realizaron 748 profilaxis, 619 odontoxosis, 20 tratamientos pulpares (pulpotomías o pulpectomías), 99 extracciones de piezas temporales, 142 extracciones de piezas permanentes, 464 obturaciones con composite, 226 obturaciones con ionómero, 163 selladores, 229 aplicaciones de barniz de flúor, 190 obturaciones

con IRM, 28 farmacoterapias y 33 radiografías periapicales, en total se efectuaron 2.961 intervenciones. Además de instruir a 933 pacientes con el EBP.

Tabla: Concentrado de costos aproximados de los tratamientos realizados en la cuarta edición.

<i>Tratamiento</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Precio</i>	<i>Total en Pesos</i>	<i>Total en Euros</i>
<i>Odontoxesis</i>	619	\$500	309.500,00	1.7194,44
<i>Profilaxis</i>	748	\$250	187.000,00	1.0388,88
<i>Composite</i>	464	\$500	232.000,00	12.888,88
<i>Ionómero</i>	226	\$400	90.400,00	5.022,22
<i>IRM</i>	190	\$250	47.500,00	2.638,88
<i>Ext. Pza. Temp.</i>	99	\$300	29.700,00	1.650,00
<i>Ext. Pza. Perm.</i>	142	\$500	71.000,00	3.944,44
<i>Sellador</i>	163	\$300	48.900,00	2.716,66
<i>Barniz de flúor</i>	229	\$250	57.250,00	3.180,00
<i>Rx. periapical</i>	33	\$100	3.300,00	183,33
<i>Farmacoterapia</i>	28	\$250	7.000,00	388,88
<i>Tto. Pulpar</i>	20	\$500	10.000,00	555,55
Total	2.961		1.083.550,00	60.197,22€

Nota: Los costos de los tratamientos se tabularon según la media de precios que se manejan en las poblaciones que contaban con dentistas privados.

El costo total de los 2.961 tratamientos realizados fue de aproximadamente 1.083.55 pesos. Si se considera que el euro se cotizaba a 18 pesos en julio del 2015, la conversión a esta moneda asciende a 60.197,22 euros en tratamientos para el beneficio de los pacientes.

A continuación las tablas con los resultados globales de las cuatro ediciones.

Tabla de resultados con número total de pacientes atendidos por edición.

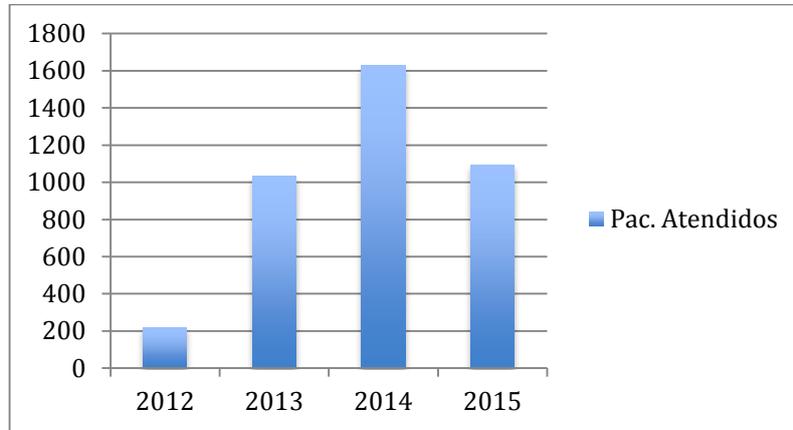


Tabla de resultados con el número total de pacientes atendidos y el número de pacientes que fueron instruidos con el EBP por edición.

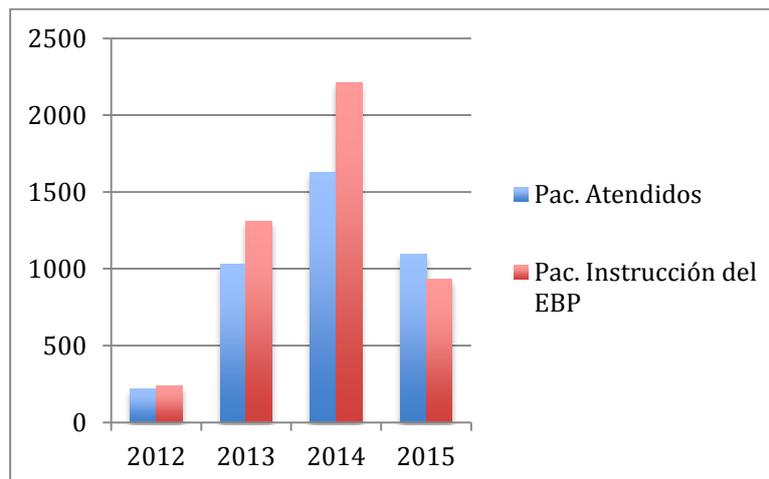


Tabla de resultados con el número total de tratamientos realizados en cada edición.

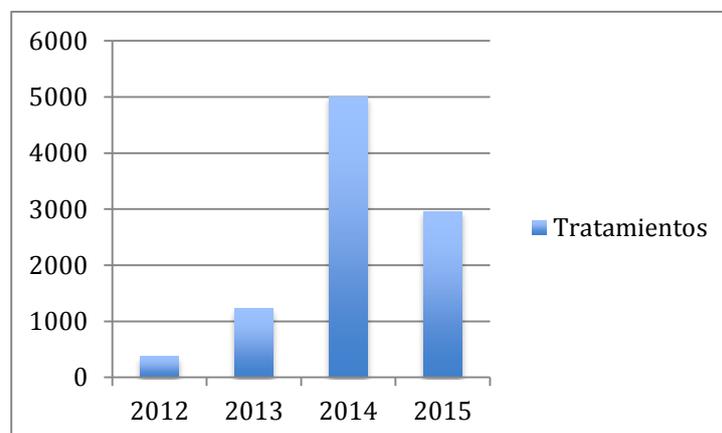


Tabla de resultados con el costo total de los tratamientos en euros en beneficio de los pacientes por edición.

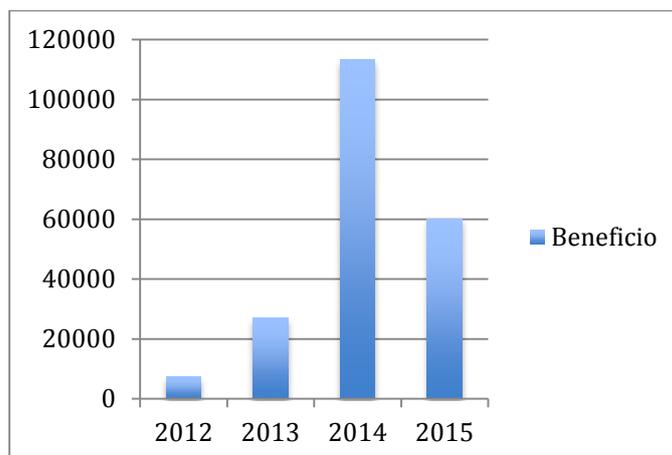


Tabla con el concentrado del número de pacientes atendidos, instrucciones de EBP, tratamientos realizados y beneficio en euros de las cuatro ediciones.

Edición	No Pacientes	No EBP	No Tratamientos	Beneficio Euros
2012	220	236	377	7.320,00€
2013	1.033	1.308	1.225	27.073,52€
2014	1.629	2.614	5.008	113.208,57€
2015	1.095	933	2.961	60.197,22€
Total	3.977	4.691	9.571	207.799,31€

D) DISCUSIÓN.

La valoración de los proyectos docentes-solidarios y su comparación con otros similares, viene marcada por la singularidad de estas iniciativas.^{(21) (117) (118)} Es decir, estos proyectos buscan amalgamar una estrategia docente de interconexión con la sociedad con una actividad de promoción de la salud que obtenga resultados positivos en colectivos vulnerables.⁽¹¹⁹⁾ Pues bien, este tipo de iniciativas, no son tan frecuentes como sería de desear, ya que no todas las instituciones universitarias y/o solidarias contemplan la extramuración como un elemento de excelencia para la formación integral del discente. ^{(119) (120)}

Aparte de no ser tan frecuentes, si estas se llevan a cabo no se suelen publicar, puesto que por mucho que nos hemos esforzado, sólo hemos encontrado un estudio de odontología comunitaria con componente docencia-servicio en Yucatán, llevado a cabo por la Universidad Anáhuac ⁽¹²³⁾ y fueron muy escasos los realizados en México ⁽¹²⁴⁾ . Debido a las características particulares de este estudio que lleva una continuidad de cuatro años, con un componente docencia-servicio internacional, apoyo de una institución gubernamental, de una Universidad certificada y de organizaciones sociales no lucrativas, cobra una importancia adicional, ya que es pionero en estos temas en este Estado y puede llegar a ser un referente para futuras investigaciones de este tipo de proyectos en Yucatán y en México.

Nuestro estudio se basa fundamentalmente en el análisis de las percepciones de los participantes en el Proyecto de odontología social en Yucatán para valorar si este proyecto beneficia a los participantes en general, al individuo y a la comunidad. A continuación se analizan las distintas cuestiones planteadas.

En cuanto a la edad de los participantes se encuentra mayoritariamente dentro de la tercera década de la vida. El rango medio es de 19 -23 años. Este dato coincide con un proyecto similar llevado a cabo por la Universidad de Sevilla, la Universidad Autónoma de Santo Domingo y La Fundación Odontología Social entre el 2005 – 2009 en República Dominicana.⁽¹²¹⁾ No puede ser casual el hecho que en la génesis y el desarrollo de ambos proyectos tenga un papel

fundamental el profesor Castaño Séiquer (21) (112) y su apuesta por el modelo docencia aprendizaje con la participación de jóvenes profesionales. Este resultado está influido también por la afinidad del recién egresado o bien del alumno del último año de licenciatura para llevar a cabo actividades de índole solidaria. (57) (58) (121) (122)

En el presente estudio aparece un porcentaje no desdeñable de participantes pertenecientes a otros grupos etarios. Estos cooperantes de mayor edad provienen fundamentalmente de las instituciones de los servicios de salud y el DIF de Yucatán. La participación de profesionales con más experiencia y mayor conocimiento del medio constituye un hecho muy positivo por hacer compatible el componente educativo con la mejor atención a los beneficiarios del proyecto. Este modo de actuación se utilizan en otros proyectos de la misma índole como el de San Luis de Potosí (124) o el de la Universidad Federal de Santa Catarina.(125) La participación de distintos profesionales con diferentes grados de conocimiento y experiencia enriquece el componente docente del proyecto, pues facilita la transmisión de saberes y habilidades desde el que lo posee hasta el que lo debe de adquirir.(125) (126) Llegados a este punto se podrían crear dos grupos de modelos de proyectos atendiendo a la importancia de las alianzas con instituciones locales. Un primer grupo lo integrarían las universidades y/o instituciones solidarias que sustentan sus proyectos en solidas alianzas locales. Como ejemplo podemos hay que mencionar la alianza Universidad de Sevilla-UASD en Replica Dominicana,(121) (122) La alianza FOS-Anáhuac-SSY-DIF.(123) El otro grupo lo constituirían las instituciones que realizan proyectos de esta índole con una filosofía de “misión” donde la proveedora de servicios es la Universidad o entidad solidaria y cuenta con una participación muy limitada de instituciones locales.

La edad media joven constituye una oportunidad para la sostenibilidad del proyecto. Dado que este tipo de operativos presentan una actividad muy intensa durante una serie de jornadas continuadas (de dos a tres semanas), se hace necesario una resistencia física importante por parte de los intervinientes. Además, se añade la movilidad geográfica que se da en este proyecto, cada día se trabaja en una población distinta, (115) (123) (128) (129) este cambio diario de ubicación se da también en otros proyectos similares como los de “Odontólogos sin fronteras” en Perú. (131)

Marchena (2014),(121) en su tesis doctoral, analiza la idoneidad de contar con cooperantes con grados de experiencia limitada. La doctora opina que esta participación ofrece un balance muy

positivo ya que el evidente enriquecimiento formativo se acompaña de una rentabilidad social pues son muchos los tratamientos realizados a miles de beneficiarios que difícilmente tendrían acceso a este tipo de servicios. Esta filosofía es compartida por instituciones universitarias del prestigio de Harvard,⁽⁵⁷⁾ Búfalo, ⁽⁵⁸⁾ British Columbia, ⁽⁶⁸⁾ y Santa Catarina. ⁽¹²⁵⁾ Además diversos autores afirman que una mayor experiencia comunitaria durante el periodo formativo favorece el futuro desarrollo de actividades comunitarias por parte de los dentistas.⁽⁶⁸⁾⁽⁹³⁾ El Dr. McQuistan (2008) de la Universidad de Iowa manifiesta que cuanto más intensa y continuada es la participación en proyectos de docencia-servicio mayor será la implicación social del cooperante en su futura vida profesional. ⁽⁹³⁾

Lógicamente se deben de crear y se crean unos mecanismos de control para hacer viable y estrictamente éticos estos proyectos docentes-solidarios. Así estos proyectos deben cumplir sistemáticamente las siguientes premisas:

- Ser diseñados por instituciones de prestigio y experiencia dentro del entorno de la cooperación. ⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁸⁾
- Alianza estratégica con instituciones locales de prestigio y que estén reconocidas en el área de la solidaridad. ^{(122) (123) (131)}
- Tutela marcada por parte del personal directivo (docente y/o cooperantes de experiencia contrastada). ^{(122) (57) (58) (62)}
- Participación de equipos de apoyo sanitario. (enfermeros, médicos, psicólogo, etc.) ^{(51) (122) (132)}
- Reevaluación periódica de resultados. ⁽¹³³⁾

En cuanto al género de los cooperantes se constata una mayoría de personas pertenecientes al sexo femenino en una proporción del 60%- 40%. Este dato concuerda con el predominio internacional de la mujer dentro de la profesión de odontólogo.^{(134) (135)} La mayoría femenina se constata también en otros proyectos de la misma índole. ^{(121) (131) (101) (135)}

El perfil económico de los cooperantes presenta dos grupos bien diferenciados. Entre los que se incluyen en rangos de mayor poder adquisitivo se encuentran los cooperantes extranjeros, mayoritariamente españoles e italianos y los odontólogos formados en la Universidad Anáhuac-

Mayab. Esto parece lógico ya que el desplazamiento y la participación de los dentistas foráneos exige de estos una solidez económica para poder afrontar el proyecto. Este dato coincide con el obtenido por Marchena en su estudio de la República Dominicana ⁽¹²¹⁾. Los cooperantes mexicanos, pertenecientes a la Administración Pública, en su gran mayoría se encuentra en el rango medio o más bajo de nuestra muestra. Al ser trabajadores estatales y “pasantes” (personas recién egresadas que trabajan un año prestando un servicio en el marco de su profesión a las instituciones de gobierno como parte final de su formación), de un país emergente, sus ingresos son limitados.

El 9% de los cooperantes de la FOS estaban en desacuerdo y el 22% indiferente con la organización del Proyecto, que pese a pertenecer a estratos de alto poder adquisitivo, los voluntarios extranjeros perciben el costo de su participación en el proyecto como la mayor debilidad y amenaza de este. De hecho la pregunta de este aspecto es la peor valorada del cuestionario. También era el ítem peor valorado en el estudio de Marchena en República Dominicana ⁽¹²¹⁾. Este dato confirma la contradicción que manifiesta Marchena en su investigación al contrastar que los proyectos solidarios encuentran una barrera económica por las distintas capacidades adquisitivas de los potenciales cooperantes. Llegado a este punto, hay que destacar la loable iniciativa del Colegio Oficial de Dentistas de Navarra que año tras año beca la participación de uno de sus miembros jóvenes. ⁽¹¹⁵⁾⁽¹³⁶⁾ También el Colegio de Dentistas de Navarra financió la participación de cooperantes en el proyecto de odontología social en República Dominicana. ^{(121) (122) (136)} Por otro lado los mexicanos en su mayoría no percibieron los costos del proyecto como un problema. Esto es lógico ya que ellos, no soportan costo monetario por su participación.

Resulta llamativo como la realidad económica de cada profesional condiciona su implicación solidaria. En el estudio realizado por McQuistan (2008) ⁽⁹³⁾ a los odontólogos inscritos en el colegio de dentistas de Iowa, sobre si llevaban a cabo algún tipo de servicio a la comunidad, un tercio respondió que no realizaban ninguna acción social debido a la deuda adquirida en su periodo formativo o al adquirir la clínica dental y condicionaban su futura implicación comunitaria cuando saldasen dicha deuda. Esta es una problemática más frecuente en el medio norteamericano y canadiense, ⁽⁶⁸⁾⁽⁹³⁾ países donde el alumno de odontología solicita créditos de enorme cuantía para poder alcanzar su titulación universitaria. En Europa es llamativo que durante

la reciente crisis económica, muchos odontólogos han tenido que limitar su implicación solidaria al tener que adoptar una “economía de supervivencia” en su consultorio. Ante esta realidad financiera limitaron o suspendieron incluso distintas iniciativas sociales (35).

En el apartado de los aspectos “**organizativos**” obtuvimos una valoración global de 4,38 de media. El valor medio bajó por los resultados obtenidos en el ítem del costo, coincidiendo como el peor valorado con el estudio realizado por Marchena (2014)⁽¹²²⁾. Parece evidente que este hecho constituye un obstáculo para el voluntariado de origen europeo y en este aspecto, existen diferencias en cuanto a la financiación según el país donde se desarrollen los proyectos. (57) (58) (62) (122) (123) (125) (127) (131)

En general, los distintos apartados recibieron una valoración altamente positiva, lo que avala el proyecto, estas valoraciones positivas coinciden con las de otros cooperantes en proyectos similares.^{(57) (58) (121)} Al tratarse de experiencias impactantes donde el cooperante percibe que en pocos días adquiere más experiencia que en periodos similares en la facultad,⁽⁹³⁾ y dado que a esto se une una experiencia de vida que resulta muy gratificante (57) (58) (68) (93) la valoración global suele ser muy positiva. (57) (58) (93) (121)

La variable referida a la “**interculturalidad**” fuera valorada positivamente con un 4,60 de media. Esta circunstancia se debe considerar muy positiva pues se trata de un aspecto muy importante actualmente dentro de la cultura de la globalización. Además, resulta evidente que este conocimiento de otras realidades culturales, se entronca en la estrategia de la educación en valores. Este proyecto presenta la ventaja de contar con un idioma común, el español. Este idioma lo utilizan los cooperantes extranjeros, españoles e italianos ya que estos últimos se han formado en universidades españolas y también es el primer idioma de los cooperantes mexicanos. El hecho idiomático aporta una fortaleza y oportunidad al proyecto, tal como sucede en el proyecto de Republica Dominicana,⁽¹²¹⁾ y sucedía en el proyecto de odontología social del Perú.⁽¹³¹⁾ Al contrario sucede con los proyectos semejantes que desarrollan universidades norteamericanas en entornos similares. En estos proyectos sí existe un descubrimiento de realidades culturales distintas, pero se percibe la barrera idiomática como un elemento limitante de la interculturalización.^{(57) (58)} El fenómeno de la interculturalización se considera fundamental en cualquier proyecto de docencia-

servicio. Según Kuri Aditi (2013) de la Universidad de Massachusetts, afirma que este tipo de experiencias internacionales puede concienciar sobre las diversas prácticas culturales y de salud, para fomentar el crecimiento profesional de los proveedores de salud. (101)

La variable de “valores” fue valorada con una media de 4,58. Los participantes perciben que esta experiencia les hizo crecer o enriquecerse como personas. Este proyecto comparte el mismo compromiso que la Universidad British Columbia al preparar a los participantes a convertirse en ciudadanos excepcionales, promover los valores de orden civil y sociedad sostenible. (68) Según MacEntee y cols (2005),(72) las experiencias y reflexiones durante los proyectos docencia-aprendizaje mejoran la conciencia de los problemas sociales, profesionales y éticos. La actividad reflexiva es un aspecto clave para el desarrollo de la responsabilidad social.(72) En las opiniones expresadas en el grupo de discusión y en las entrevistas de nuestro estudio, se puede constatar que los cooperantes se han concienciado de manera ética, sobre la solidaridad y su responsabilidad social.

Además, indican que los participantes tienen la intención de seguir participando en proyectos solidarios en el futuro, coincidiendo con el estudio realizado por el Dr. McQuistan que apoya la idea de la formación basada en la comunidad puede aumentar la probabilidad de que los estudiantes de odontología proporcionen servicios de odontología social después de graduarse. (98)

La variable mejor valorada fue la referida al “aprendizaje”, con una media de 4,63. Los cooperantes coincidían que la participación en el proyecto mejora la destreza y habilidad y les proporciona más confianza.

Los mismos resultados encontraron Mashabi y Mascarenhas (2011) que concluyen que los estudiantes eran más productivos en la clínica después de haber estado en el programa de CBDE de la universidad de Iowa. (89)

El análisis de las entrevistas exponen que los cooperantes que tras el operativo se sienten mejor preparados y han podido llevar a la práctica sus conocimientos previos. En ese aspecto Kuri Aditi (2013) (101) menciona que las experiencias internacionales de servicio-aprendizaje dan la percepción de un crecimiento como proveedor de servicios de salud entre los estudiantes. Se

reduce la brecha teoría-práctica al permitir la aplicación de los conocimientos aprendidos en el programa académico. (101)

La alta valoración del Proyecto Yucatán por parte de los cooperantes coincide con la que manifiestan cooperantes de otros proyectos similares. (58) (93) (101) (122)

En nuestro estudio no hubo ningún caso de opiniones o reflexiones con falta de ética o que vayan en contra del sentido solidario, pero sería ingenuo no pensar que algún sesgo de respuesta pudo haber ocurrido, ya que los participantes podrían haber reflexionado sobre lo que percibían que sería correcto responder y no necesariamente expresaran su pensamiento real. Brondani y Rossoff (2010) mencionan que siempre pueden existir estudiantes o dentistas socialmente irresponsables a pesar de que estas personas hayan tenido experiencias docencia servicio en odontología comunitaria. (71)

Por otra parte, este proyecto al ser de carácter internacional aportando beneficios sociales, contribuye en la Cooperación al Desarrollo, ya que se establece entre países con distinto nivel de desarrollo, con unos fines concretos, que en este caso es fomentar el conocimiento y la formación de los estudiantes y odontólogos de México y España, así como la mejora de la salud bucodental de una parte de la población en México.

Entre los principios de la Cooperación Universitaria al Desarrollo se encuentra la continuidad de las actuaciones, y este proyecto se ha llevado a cabo ininterrumpidamente durante los últimos cuatro años (2012-2015). En este contexto los directores de esta tesis la consideran clave para el éxito de los proyectos sanitarios solidarios e incluso manifiestan que de no estar asegurada la continuidad, es preferible no desarrollar iniciativas de este tipo. (21) (51) (142)

Otro principio es la complementariedad de las iniciativas, sería muy difícil que de manera unilateral una institución pueda llevar a cabo un proyecto similar. Debido a que cada parte tiene sus puntos fuertes y sus carencias, y al trabajar juntas se complementan, haciendo un reparto del esfuerzo con una participación equilibrada, tanto en recursos personales como en financieros. Castaño escribe sobre el rol fundamental que, en proyectos de esta índole representan las contrapartes locales. (21) (51)

La corresponsabilidad de las instituciones es otro punto que en el proyecto está definido, están asignadas las obligaciones de cada institución, con una persona responsable. Tal como se mencionaba en el párrafo anterior las distintas instituciones organizadoras se complementan y

deben de compartir la responsabilidad de este tipo de proyectos con elevados componentes educativos y de promoción de la salud. (21) (51) (142)

El último punto contempla la naturaleza no lucrativa de la cooperación, las instituciones estatales mexicanas implicadas en el proyecto, tienen carácter público, por lo tanto no tienen fines lucrativos, y la Universidad que participa lo hace con fines formativos, sin ánimo oneroso, la otra parte española es una organización privada, que se encuentra registrada como una organización no gubernamental, sin ánimo de lucro, como constan en sus estatutos fundacionales. Los proyectos de odontología social desarrollados por el grupo de docentes de odontología preventiva y comunitaria de la US, se han caracterizado por su naturaleza no lucrativa. En el periodo 2004-2009 se organizaron desde la oficina de Cooperación al Desarrollo en Perú (51) (131) y en República dominicana. (51) (122) (132) Posteriormente los desarrolló la FOS en alianza con la US en la mayoría de los proyectos. (51) (122) (131) (132) (136) (137) (139) (143) (144)

Las entidades cooperantes también se caracterizaban por ser instituciones no lucrativas como es el caso de diferentes Universidades, (51) (122) (131) (132) (137) (139) Colegios profesionales, (122) (131) (136) (145) y Organizaciones no gubernamentales. (51) (122) (131) (137) (143) (144)

El proyecto Yucatán de odontología social consigue alcanzar las metas y objetivos planteados por la CUD.

1. Mejora de las condiciones de vida y trabajo de los países menos desarrollados. Al mejorar el estatus oral de grupos de vulnerables de Yucatán se consigue una mejora de las condiciones vitales de dichos grupo poblacionales. (146)

1.1. Fortalecimiento de los sistemas universitarios de los países menos desarrollados y promoción de la formación de los recursos humanos. La alianza entre la U. Anáhuac y la FOS ha permitido el intercambio de recursos humanos de Universidades Españolas (Sevilla, Granada, Católica de Valencia, Complutense, CEU Madrid, Alfonso X “El Sabio”, Europea de Madrid y de Valencia) con la consiguiente formación en conocimientos, habilidades y valores. (21) (22) (51)

1.2. Participación en la Investigación para el desarrollo. La publicación de este estudio permitirá la optimización del proyecto, mejorará la asistencia odontológica y servirá de referente para futuras investigaciones en Yucatán.

2. Desarrollo del sentimiento de solidaridad y los hábitos de consumo, comercio y producción justos y responsables, desde una perspectiva sostenible del desarrollo. Tanto

los cooperantes europeos como los cooperantes locales desarrollan durante los operativos valores y actitudes solidarias, tal como han manifestado en las encuestas realizadas.

2.1. Programa Propio de Sensibilización de las Universidades españolas para difundir la realidad del subdesarrollo y sus efectos. El cooperante que participa en proyectos de esta índole, se convierte en un promotor de la salud al divulgar lo vivido y motivar a su entorno en criterios solidarios. (115) (132) (136) (145)

3. Coordinación de actuaciones entre agentes de la cooperación al desarrollo. El proyecto Yucatán constituye un paradigma de alianza entre instituciones solidarias europeas, (51) Universidades locales, (123) e Instituciones públicas estatales. (147) (148)

3.1. Fomento de actuaciones conjuntas intra e inter universidades y con otros agentes. El proyecto Yucatán ha facilitado el convenio de colaboración existente entre la US y la U. Anáhuac. (149) (150)

4. Programa Propio de Cooperación al Desarrollo de las Universidades españolas. La US premió esta iniciativa y otras similares realizadas por los docentes de odontología preventiva y comunitaria de la US con el premio a la mejor publicación sobre cooperación al desarrollo 2012 de la oficina de cooperación al desarrollo. (151)

4.1. Obtención de bases estables de financiación y administración que permitan la puesta en marcha del Programa y su continuidad. El proyecto Yucatán cuenta con el respaldo económico del Gobierno del Estado de Yucatán, así como el de las otras instituciones participantes. En estos cuatro años el proyecto se ha consolidado y las jornadas internacionales para el bienestar de la salud bucal y la mejora de la atención odontológica son ya un referente en el Estado. En este sentido, en el caso de que la no continuidad de alguna de las partes, el Gobierno está concienciado de la importancia que implica este proyecto, y está comprometido en solventarlo para darle continuidad.

El proyecto empezó en el 2012 y cada año fue aumentado el número de pacientes atendidos, hasta que en el año que en año 2015 disminuyó considerablemente. En la edición 2014 hubo una mayor promoción por parte de las autoridades de las sedes y en el 2015 por cuestiones de políticas locales, tras las recientes elecciones, era un momento de cambio de Gobierno Municipal y en algunas poblaciones no se hizo una campaña de llamamiento tan grande, como la del año anterior y eso se notó decreciendo la participación de la población.

La relación entre número de participantes y apoyo logístico por parte de la contraparte local (diversas Instituciones yucatecas) confirma la tesis mantenida por el Prof. Castaño y cols en cuanto al rol fundamental que tienen los coorganizadores locales en cuanto al éxito o fracaso de cualquier proyecto de odontología solidaria.^{(15) (131) (137)} En este contexto Castaño afirma que una fortaleza clave del éxito y la solidez de los proyectos que llevan a cabo en República Dominicana,⁽¹²²⁾ México,⁽¹²³⁾ y Marruecos⁽¹³⁷⁾ viene dada por consistencia e implicación de las diversas universidades implicadas,^{(43) (138)} e instituciones gubernamentales y/o solidarias. A su vez opina que la no continuidad del proyecto odontología social en Ceuta se debió a limitaciones marcadas de las instituciones Ceutís en cuanto a este proyecto de salud pública oral.⁽¹³⁹⁾ También basa parte del éxito a los programas desarrollados en el centro dental de Sevilla de la FOS en los importantes apoyos e implicación recibida por parte del Ayuntamiento de Sevilla, y la asamblea provincial de Cruz Roja. ^{(140) (141)}

En estos cuatro años fueron instruidos con el EBP 4.691 pacientes, recibieron atención dental 3.977 pacientes y se realizaron 9.571 tratamientos. Extrapolando estos resultados con los obtenidos con el proyecto odontología social de la FOS en República Dominicana ⁽¹²²⁾ constatamos dos hechos positivos: Una elevada penetración en la sociedad beneficiaria, especialmente entre las capas más desfavorecidas de la sociedad y una importantísima productividad que permite que miles de pacientes se beneficien en un corto espacio de tiempo de este proyecto solidario. Comparando los resultados en el área de la promoción de la salud, existe también una marcada concordancia pues en ambos programas se prioriza en hábitos de higiene oral y en estrategias de promoción de la salud. De hecho prácticamente la totalidad de los pacientes que se incorporan a ambos proyectos reciben instrucciones de remoción de placa bacteriana, consejos dietéticos y enseñanza de hábitos saludables. ^{(53) (121) (128) (129) (130)}

Si se comparan estos datos con los obtenidos en República Dominicana ⁽¹²²⁾ en todas sus ediciones, los resultados son muy similares, salvo que el número de cooperantes que acudió a República Dominicana duplicada a los participantes en Yucatán.

La Asociación Dental Americana reconoce que la atención y servicio a la comunidad no aborda todas las necesidades de las poblaciones marginadas, pero sí ayuda a minimizar algunas de las barreras financieras que enfrentan.⁽⁹³⁾ En este sentido, el proyecto de odontología social en

Yucatán ha proporcionado un estimado de 207.799,31€ en tratamientos gratuitos en estos cuatro años. Esta cantidad parece bastante más inferior, si se compara con los resultados obtenidos en el programa BOCA de la Universidad de Búfalo, que en ocho años han atendido en misiones internacionales a más de 13.000 pacientes, realizando tratamientos equivalentes a 3 millones de dólares desde el 2003 hasta el 2011.⁽⁵⁸⁾ Si se tiene en cuenta la diferencia de precios existente entre EEUU y México, donde el primero generalmente cuadriplica o más los costos del tratamiento del segundo, ⁽¹⁵²⁾ ⁽¹⁵³⁾ aunado a que el programa BOCA lleva el doble de tiempo, con estos datos podemos decir que el proyecto Yucatán ha realizado un tercio del programa BOCA, que es reconocido proyecto de odontología social con componente docencia-servicio a nivel mundial.

E) CONCLUSIONES.

1 Los resultados del proyecto Yucatán de odontología social confirman la rentabilidad social proyecto.

2 El proyecto Yucatán de odontología social es válido y útil al constituir una oportunidad de formación en conocimiento, habilidades y valores para los cooperantes odontólogos.

3 Los participantes de las cuatro ediciones realizadas tienen una percepción muy positiva en cuanto a los aspectos organizativos, aprendizaje y destreza, formación en valores y la interculturalidad.

4 El proyecto Yucatán de odontología social cumple, los principios, las metas y objetivos de estrategia de la Cooperación Universitaria al Desarrollo.

F) REFERENCIAS

1. Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva. Conceptualización y generalidades. En: Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología Social; 2012. p. 31-37.
2. Castaño A, Ribas D. El factor social como determinante en la 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. 85-89
3. European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Bruselas – Luxemburgo. ECSC-EC-EAEC; 1999. p. 150-61.
4. Dolan T. Identification of appropriate outcomes for an ageing population. *Special Care in Dentistry*. 1993. 13; 35-9.
5. Sheiham A, Cushing A, Maizels J. The social impact for a dental disease. En: *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Slade GD. University of North Carolina. 1997.
6. Cushing A, Sheiham A, Maizels J. Developing sociodental indicators - The social impact of dental disease. *Community Dental Health*. 1986, 3;3-17.
7. Cuenca E. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Cuarta ed. Barcelona. Masson; 2013 p. 3-27.
8. Leake J, Porter J, Lewis DW. A macroeconomic review of dentistry in the 1980s. *Canadian Dental Association's Journal*. 1993;59:1-5.
9. Health Education Authority. Health promotion effectiveness reviews summary. London: Bulletin 7;1997.
10. Gift H, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *American Journal of Public Health* 1992;82:1663-8.
11. Nadanovsky P, Sheiham A. The relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12 year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1995; 23:231-9.
12. Arnljot HA, Barmes DE, Cohen LK, Hunter PBV, Ship 11, eds. Oral health care systems. An internacional collaborative study. London: Quintessence Publ Co Ltd;1985.
13. Ripa LW. Sealants revisited. An update of the effectiveness of pit-and-fissure sealants. *Caries Research* 1993;27(Suppl):77-82.
14. Health Promotion Wales. Promoting oral health. An integrated approach for Wales. Cardiff. Health Promotion Wales/Dental Public Health Unit;1996.
15. 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. 67-70.
16. Organización Mundial de la Salud. WHO Media Centre [en línea]. 2007 febrero [Consultado 2015 mayo 7]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
17. Organización Mundial de la Salud. WHO Media Centre [en línea]. 2006. [Consultado 2015 mayo 7] Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/E/WHASS1_WHA60REC1-en.pdf
18. Organización Mundial de la Salud. WHO Media Centre [en línea]. 2009. [Consultado 2015 mayo 8] Disponible en: http://www.who.int/oral_health/publications/dental_material_2011.pdf?ua=1

19. Organización Mundial de la Salud. WHO Media Centre [en línea]. 2009. [Consultado 2015 mayo 7] Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1
20. III Foro de Trabajo Social. Voluntariado y trabajo social. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. 2001.
21. Castaño A, Ribas D. Aprendizaje-servicio solidario. Una estrategia pedagógica fundamental para las Ciencias de la Salud. En: Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto. Fundación Odontología Social; Sevilla. 2012. p. 759-61.
22. Castaño A, Ribas D. La universidad y su compromiso con la sociedad. En: Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto. Fundación Odontología Social; Sevilla. 2012. Pp. 763-69.
23. Arias S, Molina E. La experiencia de las Universidades de la ciudad de Madrid. Madrid; Caratana. 2008.
24. Mayor F. La cooperación en y desde las universidades. Valladolid. Universidad de Valladolid; 2001.
25. Bravo M, Casals E, Cortés FJ, Llodra JC, Álvarez, et al. Encuesta de Salud Oral en España 2005. ISSN 1138-123X Madrid. RCOE. 2006;11 (4)
26. Comisión Delegada de la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE). Universidad de Alicante - Comité Español Universitario de Relaciones Internacionales. [en línea]. 2000. [Consultado 2015 junio 4]. Disponible en: <http://www.ua.es/es/internacional/prog07/docs/legislacionESCUDE.pdf>
27. Schou L, Wight C. Does dental health education affect inequalities in dental health? Community Dentistry and Oral Epidemiology. 1994;11, 97-100.
28. Coscolín E, Llodra JC, Bravo M, et al. Libro blanco. Encuesta poblacional: la salud bucodental en España 2010. Barcelona: Lácer S.A. 2010.
29. Bravo M, Cortés FJ, Casals E, Llana C, Almerich Silla JM, Cuenca E. Basic oral health goals for Spain 2015/2020. Int Dent J. 2009; 59:78-82.
30. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv .1992; 22:429-55.
31. Bobbio N. Igualdad y libertad. Barcelona: Paidós I.C.E./U.A.B; 1993.
32. Constitución Española. Barcelona: Técnos. 2011.
33. Rossomando EF. The national crisis in access to oral health care: A dental industry association responds. Compedium 2004;25:266-70.
34. Nielsen A, Hamming A. Interprofessional education in Denmark. J Interprofessional Care 2008;22:205-208.
35. Bravo M. Crisis económica y odontología en España. En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 601-08.
36. Castaño A, Ribas D. Formación en salud pública oral. En: Castaño A., Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 479-83.
37. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional. [en línea]. 1946 junio. [Consultado 2015 mayo 8] Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
38. Ribas D, Castaño A, González A. 20 años de salud pública oral en España. Madrid: Fundación Dental Española, 2002.
39. Sanz J. Historia general de la odontología española. Barcelona. Masson; 1999.

40. Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 10/1986, del 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental.
41. Ribas D, Castaño A. 30 años de Salud Pública Oral en España. Sevilla. Ed. FOS; 2011.
42. Henderson D. La salud pública más allá del año 2000. En OPS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, (D.C.): Organización Panamericana de la Salud (Publicación Científica n° 540), 1992:97-98.
43. Burki BB, Ganem MA, Genz NB, Williams EA. Formación de recursos humanos con conocimiento de la realidad social. En: Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid. Ed. Ripano; 2005. p. 25-27
44. Puig J, Martín X, Rubio L. Rúbrica para la autoevaluación y la mejora de los proyectos de las APS. GREM. Universidad de Barcelona [en línea]. 2015. [Consultado 2015 junio 27]. Disponible en: http://www.aprenentatgeservei.cat/intra/aps/documents/aps_autoevaluacio_cast_IMP_A5.pdf
45. Williams EA, Williams EM, Genz NB, Ganem MA, Sainz K, Iglesias MV. El aprendizaje servicio solidario como estrategia pedagógica en la educación superior. Odontología social. 2009; 2 (1): 19-25.
46. Brondani MA. Teaching Social Responsibility Through Community Service-Learning in Predoctoral Dental Education. Journal of Dental Education. 2012; 76, 10-12.
47. Dharamsi S. How dentists account for a social responsibility: Economic imperatives and profesional obligations. Journal Dental Education. 2007; 71, 83-92.
48. Harlap, Y. Road to global citizenship: An educator's toolkit. Vancouver: University of British Columbia. 2009.
49. Wellie, J. Is a dentistry a profession? J Can Dent Assoc. 2004; 70, 529-32.
50. Wentzel, K. Social competence at school: relation between social responsibility and academic achievement. Rev Educ Res. 1991; 61, 1-24.
51. Castaño A, Ribas D. Universidad de Sevilla y Fundación Odontología Social. Una alianza estratégica para la investigación-docencia-servicio. En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 20012. p. 1225-34.
52. Ribas D, Montes F, Doldán J, Castaño A. La solidaridad en odontología social: La experiencia en Perú. En Castaño A, Doldán J. Lecciones de odontología social. Montevideo: Ed. Entrelabios; 2006. p.65-71.
53. Erikson M, Doldán J, Castaño A. Investigación-docencia y servicios: El intercambio universitario en República Dominicana. En: Castaño A, Doldán J. Lecciones de odontología social. Montevideo: Ed. Entrelabios; 2006. p.85-115.
54. Doldán J, Castaño A. Odontología en grupos de riesgo social. En: Castaño A, Doldán J. Lecciones de odontología social. Montevideo: Ed. Entrelabios; 2006. p.116-122.
55. Doldán J, Castaño A. La odontología social y la universidad española. En: Castaño A, Doldán J. Lecciones de odontología social. Montevideo: Ed. Entrelabios; 2006. p. 9-11.
56. Harvard School Of Dental Medicine. About HSDM. [en línea]. 2011. [Consultado 2012 septiembre]. Disponible en: <http://www.hsdm.harvard.edu/index.php/about>
57. Swann B, Romesh P, Enihomo M. Programas de odontología social de la Universidad de Harvard. En: Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología Social; 2012. p. 773-83.
58. Muñoz-Viveros C, Jude F. Asistencia y apoyo comunitario a Búfalo (EEUU). En: Castaño A., Ribas, D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología Social; 2012. p.787-94.
59. Schuman N. Students Travel to Belize to Provide Dental Care. UB International. Spring. 2005; 24(1), 13-14.

60. Newark Dentist Michael Adsit Travels to Ghana to Treat the Dental Problems in Villages Days off the Beaten Path. Times of Wayne County. New York. 2008.
61. Adsit M: Rewards Outweigh Risks for Dentist Volunteering in Third World Fall 2008 issue of UB Today. 2008; 28:30
62. Hernández C. Programa integral de atención odontológica especializada en las comunidades indígenas de Auyantepuy (Venezuela). En: Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología Social; 2012. p.835-42.
63. Mijares A. Situación actual y prospectiva de los contenidos de salud pública, en los planes de estudios de la Carrera de odontología. Fundacredesa; 1995.
64. George U. "Venezuela's Islands in Time". National Geographic;1989. p. 526-61.
65. TREK 2010. University of British Columbia. [en línea]. 2010. [Consultado 2015 abril]. Disponible en: www.vision.ubc.ca/greenpaper.html
66. Brondani MA, Clark C, Rossolff L, Aleksejuiene J. An evolving community-based dental course on professionalism and community service. Dental Education. 2008; 72 (10), 1160-8.
67. Eyer J, Giles DG. Where's the learning in service-learning? San Francisco: Jossey-Bass. 1998.
68. Brondani MA. Students' reflective learning within a community service-learning dental module. Dental Education. 2010; 74 (6), 628-36.
69. Brondani MA, Chen A, Gooch S, Ko K, Lee K, et al. Undergraduate geriatric education through community service-learning. Gerodontol, forthcoming. 2011.
70. Rubin RW. Developing cultural competence and social responsibility in preclinical dental students. Dental Education. 2010; 68 (4), 460-7.
71. Brondani MA, Rossoff LP. The "hot seat" experience: a multifaceted approach to the teaching of ethics in a dental curriculum. Dental Education. 2010; 74 (11), 1220-9.
72. MacEntee MI, Pruksapong M, Wyatt C. Insights from students following an educational rotation through dental geriatrics. Dental Education. 2005; 69 (12), 1368-76.
73. British Columbia Ministry of Education. Social responsibility: a framework. [en línea]. 2001. [Consultado 2015 junio 4]. Disponible en: www.bced.gov.bc.ca/perf_stands/sintro.pdf
74. Spencer RJ. Qualitative data analysis for applied policy research. In R. Burgess, Analysing qualitative data. London. Routledge; 1993. p. 173-94.
75. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks: Sage Publications. 2001.
76. Brondani MA, Patterson R. Teaching lesbian, gay, bisexual, and transgender issues in dental education: a multipurpose method. Dental Education. 2011; 75 (10), 1354-61.
77. Strauss RP, Stein MB, Edwards J, Nies KC. The impact of community-based dental education on students. Dental Education. 2010; 74 (10), 42-55.
78. Pickler RH. Evaluating qualitative research studies. Paediatric Health Care. 2007; 21, 195-7.
79. Li W, Wright PM, Rukavina PB, Pickering M. Measuring students' perceptions of personal and social responsibility and the relationship to intrinsic motivation in urban physical education. Teach Physical Education. 2008; 27, 167-78.
80. Committee on Oral Health Access to Services, Institute of Medicine, National Research Council. Improving Access to oral health care for vulnerable and underserved populations. Washington, DC: National Academies Press. 2011.

81. Commission on Dental Accreditation. Accreditation standards for dental education programs. Chicago: American Dental Association. 2010.
82. American Dental Association. Breaking down barriers to oral health for all Americans: the role of finance. Chicago: American Dental Association. 2012.
83. Formicola AJ, Bailit HL. Community-based dental education: history, current status, and future. *J Dent Educ.* 2012;76(1):98-106.
84. Atchison KA, Thind A, Carreon DC, et al. Comparison of extramural clinical rotation days: did the pipeline program make a difference? *J Dent Educ.* 2011;75(1):52-61.
85. Arizona School of Dentistry and Oral Health. About ASDOH: community-based education model. [en línea]. 2008. [Consultado 2014 septiembre]. Disponible en: www.atsu.edu/asdoh/about/community_education_model.htm
86. Hood JG. Service-learning in dental education: meeting needs and challenges. *J Dent Educ.* 2009;73(4):454-63.
87. Bean CY, Rowland ML, Soller H, et al. Comparing fourthyear dental student productivity and experiences in a dental school with community-based clinical education. *J Dent Educ.* 2007;71(10):1020-6.
88. Perez FA, Allareddy V, Howell H, Karimbux N. Comparison of clinical productivity of senior dental students in a dental school teaching clinic versus community externship rotations. *J Dent Educ.* 2010;74(11):1125-32.
89. Mashabi S, Mascarenhas AK. Impact of community externships on the clinical performance of senior dental students. *J Dent Educ.* 2011;75(10):36-41.
90. Kuthy RA, McQuistan MR, Heller KE, et al. Dental students' perceived comfort and future willingness to treat underserved populations: surveys prior to and immediately after extramural experiences. *Spec Care Dent.* 2010;30:242-9.
91. Piskorowski WA, Stenafac SJ, Fitzgerald M, et al. Influence of community-based dental education on dental students' preparation and intent to treat underserved populations. *J Dent Educ.* 2012;76(4):534-9.
92. Mofidi M, Strauss R, Pitner LL, Sandler ES. Dental students' reflections on their community-based experiences: the use of critical incidents. *J Dent Educ.* 2003;67(5):515-23.
93. McQuistan MR, Kuthy RA, Heller KE, et al. Dentists' comfort in treating underserved populations after participating in community-based clinical experiences as a student. *J Dent Educ.* 2008;72(4):422-30.
94. McQuistan MR, Kuthy RA, Qian F, et al. Dentists' treatment of underserved populations following participation in community-based clinical rotations as dental students. *J Public Health Dent.* 2010;70:276-84.
95. Kuthy RA, McKernan SC, Hand JS, Johnsen DC. Dentist workforce trends in a primarily rural state: Iowa, 1997-2007. *J Am Dent Assoc.* 2009;140:1527-34.
96. Meskin LH. The great dental give-away. *J Am Dent Assoc.* 1999;130:154,156.
97. De Leon MC, Fuertes FC. Prediction of longevity of volunteer service: a basic alternative proposal. *Span J Psychol.* 2007;10:115-21.
98. McQuistan MR, Mohamad A, Raymond A, Kuthy RA. Association Between Dentists' Participation in Charitable Care and Community-Based Dental Education. Iowa, 2014 *Journal of Dental Education.* 2014; 78,(1):319-35.
99. Clary EG, Snyder M, Ridge RD, et al. Understanding and assessing the motivations of volunteers: a functional approach. *J Pers Soc Psychol.* 1998;74:1516-30.
100. America's Dentists Care Foundation. America's Dentists Care Foundation: Mission of Mercy. [en línea]. 2009. [Consultado 2012 agosto]. Disponible en: www.adcfmom.org/uploads/ADCF-Pamphlet-2009.pdf

101. Puri A, Kaddoura M; Dominick C. Student Perception of Travel Service Learning Experience in Morocco. *J Dent Hyg.* 2013; 87 (4):234-42.
102. Jacoby B. *Service-Learning in Higher Education: Concepts and Practices.* San Francisco: Jossey-Bass. 1996.
103. Yoder KM. A framework for service-learning in dental education. *J Dent Educ.* 2006;70(2):115-123.
104. Maxwell, JA. *Qualitative Research Design an Interactive Approach.* 2nd ed. Thousands Oaks, CA: Sage Publication. 2005.
105. Seidman I. *Interviewing as Qualitative Researcher – A Guide for Researchers in Education and Social Sciences.* 3rd ed. New York, NY: Teachers College Press. 1998.
106. Organización de los Estados Americanos (OEA) [en línea]. 2009 julio. [Consultado 2015 junio 3]. Disponible en: <http://www.oas.org/electoralmissions/MisionesElectorales/M%C3%A9xico2009/FichaT%C3%A9cnica/Informaci%C3%B3nGeneralsobreM%C3%A9xico/tabid/840/language/en-US/Default.aspx>
107. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). [en línea]. 2010 junio. [Consultado 2015 junio]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>
108. Llanes, R. Simulacros étnicos. Etnicidad y desigualdad entre los mayas de Yucatán. En: Scotti S, Zárate M. *Ética Pública e Religión.* Florencia. Poliestampa; 2011. p. 215-218.
109. Catálogo Universal de los Servicios de Salud (CAUSES). [en línea]. 2014. [Consultado 2015 junio]. Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/Contenidos/CAUSES%202014.pdf>
110. Laurell C. *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano.* Buenos Aires. Clacso; 2013.
111. Gil J. Investigación Cualitativa. En: Castaño A, Ribas D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto.* Sevilla. Fundación Odontología Social; 2012. p.513-24.
112. Gil J. Metodología de la Investigación. En: Castaño A, Ribas D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto.* Sevilla. Fundación Odontología Social; 2012. p. 503-12.
113. Flick U. *Introducción a la Investigación cualitativa.* Madrid. Morata. 2007.
114. Grupo de discusión [en línea]. 2015 septiembre. [Consultado 2015 septiembre]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=rCauxl96Ai8>
115. Chueca P. Cooperación en la península del Yucatán (México). *Dentista siglo XXI.* [en línea]. 2014 diciembre. [Consultado 2015 junio]. Disponible en: <http://www.dentistasiglo21.com/pdfs/n55.pdf>
116. IBM Corp. Released 2013. *IBM SPSS Statistics for Mac Version 21.0.* Armonk, NY: IBM Corp.
117. Williams E. Universidad y odontología social. El modelo iberoamericano. En: Castaño A, Ribas D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto.* Sevilla. Fundación Odontología Social; 2012. p. 699-709.
118. Williams, A. *Mantenimiento de la salud y calidad de vida.* 1ª edición. Rosario. UNR Editora. Universidad Nacional de Rosario. 2005.
119. Sánchez M, Sánchez E. Formación de recursos humanos en odontología comunitaria. En: Castaño A, Ribas D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto.* Sevilla. Fundación Odontología Social; 2012. p. 711-24.
120. Beltrán R. Deuda social de la odontología. *Odontología social, una opción de futuro.* En: Castaño A, Ribas D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto.* Sevilla. Fundación Odontología Social; 2012. p. 749-55.

121. Marchena L. Percepción de los estudiantes sobre un proyecto de odontología social de la Universidad de Sevilla. Tesis Doctoral. Sevilla. 2014.
122. Castaño A, Ribas D. Proyecto de odontología social en República Dominicana En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Fundación Odontología social; Sevilla. 2012. p. 795-808.
123. Peniche R, Sosa M, Castillo H, Betancourt M. Programa de odontología social de la Universidad Anáhuac del Mayab (México) En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 821-32.
124. Chávez R, Lugo C. Programa de salud oral en San Luis Potosí (México). En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 809-20.
125. Lemos D, Schaefer A. El programa de odontología social de la Universidad Federal de Santa Catarina (Brasil). En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 855-64.
126. Ferraro G, Ganem M, Williams. La Universidad y su compromiso con la sociedad. En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 855-64.
127. Gaspar Y, Mendoza V. Interacción social y extensión universitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor de San Andrés (Bolivia). En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 905-14.
128. The Globe" Journal International College of Dentists. [en línea]. 2013. [Consultado 2015 junio]. Disponible en: http://www.icd.org/content/globe/TheGlobe2013_ICD.pdf
129. The Globe" Journal International College of Dentists [en línea]. 2014. [Consultado 2015 junio]. Disponible en: <http://www.icd.org/content/publications/globe2014/>
130. The Globe" Journal International College of Dentists [en línea]. 2015. [Consultado 2015 septiembre]. Disponible en: <http://www.icd.org/content/publications/globe2015/>
131. Castaño A, Ribas D. Proyecto de odontología social en Perú-FOS. En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 875-84.
132. Rodríguez-Trunser F. Experiencias de un cooperante de la Universidad de Sevilla. República Dominicana. Bielorrusos. Argentina. Marruecos. En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 1177-91.
133. Carlsson P. Tendencias epidemiológicas mundiales de la caries. En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 525-34.
134. Lledó E, Castaño A, Ribas D. Equipo humano odontológico. Demografía profesional. Importancia de los recursos humanos en el impacto social de la odontología. En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 689-98.
135. Lázaro A. EFesalud. [en línea]. 2014. [Consultado 2015 junio]. Disponible en: <http://www.efesalud.com/noticias/la-profesion-sanitaria-amplia-mayoria-de-mujeres/>
136. Lahoz B. Programa de odontología social del Colegio de Dentistas de Navarra (COENA). En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 1101-11.

137. Castaño A, Ribas D. Proyecto de odontología social para pacientes con necesidades diferentes en Tetuán (Marruecos). En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 1001-10.
138. Doldán J, Castaño A. Universidad concepto y funciones. En: Castaño A, Doldán J. Manual de instrucción a la odontología. Madrid: Ed. Ripano; 2005. p. 23-25.
139. Castaño A, Ribas D. Proyecto de odontología social en Ceuta. En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social. 2012. p. 1135-44.
140. Correal F. Diario de Sevilla [en línea]. 2015 junio. [Consultado 2015 julio 24]. Disponible en: <http://www.diariodesevilla.es/article/sevilla/2048376/sonrisas/para/despues/la/guerra.html>
141. Correal F. Diario de Sevilla [en línea]. 2014 julio. [Consultado 2015 julio 24]. Disponible en: <http://www.diariodesevilla.es/article/sevilla/1816801/meterle/diente/la/desigualdad.html>
142. Ribas D, Castaño A. Desigualdades en salud oral. En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 679-87.
143. Castaño A, Torné A. Programa de odontología social para drogodependientes en situación de máxima exclusión social. En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 1081-92.
144. Castaño A, Ribas D, San Martín L, El Khoury L. Proyecto para discapacitados psíquicos en Sevilla. En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 1191-1197.
145. Escuder S, Uchu M, Soto-Yarritu R. La odontología social desde un Colegio Profesional. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región. En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla. Fundación Odontología social; 2012. p. 1209-1222.
146. Bekes K, John MT, Schaller HG, Hirsch C. "Oral health-related quality of life in patients seeking care for dentin hypersensitivity". J Oral Rehabil. 2009; 36: 45-51.
147. Servicios de Salud de Yucatán (SSY). [en línea]. 2014 agosto 4. [Consultado 2015 junio 7]. Disponible en: <http://salud.yucatan.gob.mx/lausuran-tercera-jornada-comunitaria-para-el-bienestar-de-la-salud-bucal-y-odontologica/>
148. Portal Electronico "Grillo Porteño" [en línea]. 2014 julio 17. [Consultado 2015 junio 5]. Disponible en: <http://grilloporteno.com/2014/07/17/el-dif-yucatan-continua-prestando-servicios-odontologicos-gratuitos-a-zonas-marginadas/>
149. Universidad de Sevilla. Convenios Internacionales: [en línea]. 2012 enero 25. [Consultado 2015 junio 4]. Disponible en: <http://www.medicina.us.es/index.php/home/estudiantes/movilidad/convenios-internacionales>
150. Universidad Anáhuac Intercambios. [en línea]. 2015. [Consultado 2015 junio 4]. Disponible en: <http://www.anahuac.mx/Vinculacion/Documents/Convenios-INTERCAMBIOS.pdf>
151. Clínica Enrile [en línea]. 2013 agosto. [Consultado 2015 mayo 6]. Disponible en: <http://clinicaenrile.es/wordpress/la-universidad-de-sevilla-premia-a-los-doctores-enrile-romero-y-buitrago-por-un-trabajo-de-investigacion/>
152. EG Dental Group. [en línea]. 2014 julio 4. [Consultado 2015 junio 17]. Disponible en: <http://www.egdentalmex.com/mx/blog/ahorro-en-el-cuidado-dental/>
153. 20 Minutos. [en línea]. 2015 agosto 10. [Consultado 2015 septiembre 5]. Disponible en: <http://www.20minutos.com/noticia/b87976/por-alto-coste-de-dentistas-personas-se-atienden-en-mexico/>
154. Diario de Yucatán. [en línea]. 2012 julio 26. [Consultado 2015 julio 27]. Disponible en: <http://yucatan.com.mx/imagen/atencion-dental-comunitaria>

155. Gobierno del Estado de Yucatán. Consulta Externa. [en línea]. 2015 abril 13. [Consultado 2015 junio 26]. Disponible en: http://www.yucatan.gob.mx/servicios/tramites/ver_tramite.php?id=1731
156. Diario de Yucatán. [en línea]. 2013 julio 11. [Consultado 2015 agosto 15]. Disponible en: <http://yucatan.com.mx/merida/caravana-por-la-salud>
157. Servicios de Salud de Yucatán. [en línea]. 2013 julio 23. [Consultado 2015 agosto 17]. Disponible en: <http://salud.yucatan.gob.mx/inicia-primer-jornada-comunitaria-por-el-bienestar-de-la-salud-bucal/>
158. Diario de Yucatán. [en línea]. 2013 julio 23. [Consultado 2015 agosto 17]. Disponible en: <http://yucatan.com.mx/merida/salud-merida/servicios-odontologicos-gratuitos-para-personas-de-escasos-recursos>
159. Sistema Nacional de Salud (SNS). [en línea]. 2012 septiembre. [Consultado 2013 junio]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucales_vFinal.pdf
160. Informa T Yucatán. [en línea]. 2014 julio 15. [Consultado 2015 agosto 18]. Disponible en: <http://informatyucatan.com/?p=84552>
161. Radio MayabTV. [en línea]. 2014 julio 21. [Consultado 2015 agosto 15]. Disponible en: <http://www.radiomayabtv.com/noticias/atencion-dental-gratuita-para-gente-pobre-sin-seguridad-social-20219/>
162. Universidad Anáhuac. [en línea]. 2015 julio 20. [Consultado 2015 agosto 16]. Disponible en: http://anahuacmayab.mx/se_unen_en_pro_de_la_salud_bucal/
163. Diario de Yucatán. [en línea]. 2015 julio 22. [Consultado 2015 agosto 14]. Disponible en: <http://yucatan.com.mx/merida/salud-merida/tercera-jornada-comunitaria-para-el-bienestar-de-la-salud-bucal>
164. Sipse. [en línea]. 2015 julio 23. [Consultado 2015 agosto 17]. Disponible en: <http://sipse.com/milenio/yucatan-realizan-jornada-comunitaria-bienestar-salud-bucal-162533.html>
165. Universidad Anáhuac. [en línea]. 2015 julio 31. [Consultado 2015 agosto 15]. Disponible en: <http://anahuacmayab.mx/prensa/finalizan-jornada-comunitaria-de-salud-bucal/>
166. Servicios de Salud de Yucatán. [en línea]. 2015 agosto 4. [Consultado 2015 agosto 16]. Disponible en: <http://salud.yucatan.gob.mx/clusuran-tercera-jornada-comunitaria-para-el-bienestar-de-la-salud-bucal-y-odontologica/>
167. Diario de Yucatán. [en línea]. 2015 agosto 4. [Consultado 2015 agosto 16]. Disponible en: <http://yucatan.com.mx/salud/clusuran-iii-jornada-de-la-salud-bucal-y-odontologica/>
168. Unceta K. La cooperación al desarrollo en las universidades españolas. Agencia española de cooperación internacional. Madrid. 2007 p. 40-53
169. NVivo qualitative data analysis Software; QSR International Pty Ltd. Version 8, 2008.

ANEXO I

Diario de Campo desarrollado por el Coordinador de la FOS en Yucatán.

Origen del Proyecto.

Este proyecto empieza a gestarse en el año 2009, año en el concluyo el postgrado de experto en odontología social en la US, siendo el director del Master el Dr. Antonio Castaño; durante el curso, Castaño me propone iniciar un proyecto de la FOS en México, fungiendo de enlace entre la FOS y las autoridades universitarias de Yucatán. Con esta conversación en mente, en diciembre del 2010 durante una estadía en México, me reuní con el Dr. Rolando Peniche, que desempeña el cargo de Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac, una de las universidades privadas con más prestigio en México. Le expuse al Dr. Peniche la idea de desarrollar un programa de promoción a la salud oral y de asistencia dental para las comunidades del estado con algún grado de exclusión. Estas “Brigadas Odontológicas” se realizarían mediante la unión de esfuerzos entre ambas instituciones.

Peniche acepta el programa pensando que el trabajo en conjunto de los cooperantes de España con sus estudiantes, sería una experiencia enriquecedora para todos y al mismo tiempo un beneficio para las comunidades atendidas.

A mi regreso a España en enero del 2010, le informo a Castaño sobre la viabilidad para llevar a cabo el proyecto con Peniche. Ambos se ponen en contacto y empiezan a trabajar sobre la logística del programa. En febrero del 2011 Castaño viaja a Yucatán al campus de la Universidad Anáhuac para firmar el convenio llamado “Proyecto de Odontología Comunitaria Yucatán”. Este convenio tiene como finalidad, brindar asistencia dental gratuita a la población con difícil acceso a la atención odontológica. Tendría lugar una vez al año, cada verano durante dos semanas. Lo conformarían los cooperantes que estudian en diferentes facultades de odontología de España y por los estudiantes de la Universidad Anáhuac, siempre bajo la supervisión de profesores de esta Universidad.

Todos los pacientes antes de ser atendidos recibirán el Esquema Básico de Prevención (EBP), donde se les explica teórica y prácticamente una técnica de cepillado con una pastilla reveladora para que puedan detectar la placa dentobacteriana, así como el uso del hilo dental, concienciando a la población sobre la importancia de estas acciones.

Al momento de cumplimentar su historia clínica, se realizará el diagnóstico y se les intervendrá si lo requieran con los siguientes tratamientos: Aplicación de flúor, profilaxis, selladores de fosetas y fisuras, obturaciones con ionómero o composite, alisados radiculares, extracciones y cirugía. En medida de lo posible para poder rehabilitar a un paciente se le realizarán todas las intervenciones que requiera, exceptuando los tratamientos de endodoncia, ortodoncia y prótesis que debido a las circunstancias no son viables.

Debemos reconocer la importancia de esta experiencia en todos los sectores participativos. Por un lado la población se beneficia de la educación preventiva y de los tratamientos dentales recibidos de forma gratuita, y por otro los participantes reciben un “curso de madurez acelerada” dado el hecho de que aprenden ayudando y ayudan aprendiendo.

La cristalización de este proyecto precisó trabajo burocrático, debido a los diferentes trámites con la Universidad y las autoridades locales donde se llevaría el servicio odontológico, además de la logística para obtener los insumos necesarios de los tratamientos y el transporte de todo el personal y el equipo.

La gerente de la FOS la Lic. Adela González se encarga de reclutar a todos los voluntarios, que participan, verificando que cumplan con todos los requisitos, que sean mayores de edad, estar en los últimos dos años de la carrera de odontología o haber finalizado, mostrar una actitud de servicio y solidaridad. Otra de sus funciones es llevar la logística desde España hasta que los voluntarios lleguen a México, se encarga de contratar los vuelos, el traslado de Cancún a Mérida, el hospedaje, alimentación, los seguros de gastos médicos mayores en el extranjero por cualquier eventualidad y de proporcionarles toda la información del operativo a los cooperantes, antes de que firmen el consentimiento informado. Mientras en México, el Departamento de los Estudiantes Internacionales de la Universidad Anáhuac gestiona la admisión de los voluntarios a la Universidad, de esta manera los voluntarios durante las jornadas formarán parte del alumnado y estarán respaldados por esta Universidad.

Para que este proyecto se lleve a cabo, se hizo un acuerdo donde cada institución tenía sus compromisos y responsabilidades. Por una parte la Universidad Anáhuac se comprometía a proporcionar las instalaciones de la clínica de la facultad de odontología, que está completamente equipada, así como también cuatro compresores portátiles llamados “robots”, tres lámparas de fotopolimerización y todo el instrumental necesario para cuando trabajáramos extramuros en la

brigada. Como recursos humanos aportaría a alumnos recién egresados y de posgrado, además de los profesores de la facultad de odontología de la Anáhuac, para que apoyaran en todo momento a los cooperantes. Por otro lado la FOS se comprometía en aportar todo el material fungible necesario para atender a los pacientes durante el programa, el equipo para el control de infecciones y las piezas de mano de alta velocidad. Como recursos humanos aportaba al número de cooperantes de facultades españolas que se apuntaban en cada edición.

Primera Edición 2012.

En la primera edición en el verano del 2012, al no haber antecedentes, no teníamos expectativas sobre el número total de cooperantes que se inscribirían, pero pensábamos que sería reducido debido a la situación económica que atravesaba España, ocasionando que mucha gente no pueda permitirse hacer un vuelo trasatlántico y pagar la estancia en otro país, pero a nuestro favor contábamos con las referencias de otros voluntarios que habían estado en años anteriores en proyectos similares de la FOS como en República Dominicana y debido a este boca a boca, otros estudiantes movidos por estos comentarios positivos, querían participar en una experiencia similar de servicio-aprendizaje comunitario.

En la primera edición se apuntaron siete cooperantes, todas eran mujeres y provenían de la Universidad Alfonso X “El Sabio”, la Universidad de Granada, Universidad San Pablo CEU y la Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”.

Imagen del grupo de cooperantes de la FOS en la clínica de la Universidad Anáhuac.



Todos los cooperantes parten del aeropuerto de Barajas con llegada a Cancún, aunque su destino final es Mérida, la capital de Yucatán. El vuelo dura aproximadamente 9 horas de Madrid a Cancún y otras 4 horas en una furgoneta desde Cancún a Mérida, además del viaje previo desde su localidad a Barajas.

En la mañana siguiente de su llegada, se les llevó a la clínica de la Universidad Anáhuac, donde el Decano de la facultad de Odontología, la Coordinadora de relaciones internacionales y Profesores de la universidad Anáhuac, les tenían acondicionada un aula para impartirles un “Curso de Inducción”, que les sirve de guía sobre las tareas que se realizan en las jornadas, ahí se les explica el modo de trabajo en equipos y la función de cada uno.

En el curso se explicaron todos los procedimientos que realizarán durante las jornadas como profilaxis, aplicación de flúor, selladores de foseas y fisuras, tratamiento restaurativo atraumático (TRA), obturaciones con composite, periodoncia, extracciones simples y cirugía, para refrescar sus conocimientos y resolver cualquier duda en caso de que la tengan, además se les instruyó con el EBP para que puedan transmitirlo.

Imagen de la recepción de bienvenida del departamento de Relaciones Internacionales a los cooperantes de la FOS en el campus de la Universidad Anáhuac.



Después del curso, se trasladaron a la clínica de la facultad de odontología, ahí observaron las instalaciones y el funcionamiento de la clínica, para posteriormente llevarlos al campus de la universidad a unos 10 km, donde les tenían preparado un evento para darles la bienvenida.

Los días siguientes trabajaron en la clínica desde las 8:00 hasta las 16:00 horas, atendieron a la población que acudía a la clínica, generalmente gente de escasos recursos.

Los voluntarios se organizaron en cuatro equipos de tres personas, tres equipos estaban formados por dos cooperantes y un alumno de la Anáhuac y un equipo estaba formado por un cooperante y dos alumnos de la Anáhuac, teniendo todos los equipos la supervisión de los profesores encargados de la clínica.

Imagen del Profesor de la U. Anáhuac instruyendo a los cooperantes de la FOS.



La clínica contaba con varios sillones dentales, equipo de rayos X, puntas de ultrasonido, por lo cual el trabajo era bastante cómodo para los cooperantes. Se atendieron a los pacientes en turnos conforme llegaban.

Imagen de los cooperantes de la FOS trabajando en la clínica.



Los cooperantes realizaban la historia clínica, el diagnóstico y plan de tratamiento, estando siempre supervisados y en caso de duda consultaban con un profesor. Además, enseñaban el EBP, hacían radiografías, profilaxis, extracciones de piezas temporales, permanentes y de restos radiculares, así como obturaciones con composite o ionómero de vidrio, y en algunos casos ayudaron en los tallados de los pacientes de los alumnos de posgrado de prótesis si se sentían capaces.

Debido a la falta de costumbre, los primeros días de trabajo pasaban mucho tiempo rellenando las historias clínicas y preparando el instrumental antes de poder empezar a trabajar con los pacientes, pero mientras fueron transcurriendo los días, esto se volvió algo más rutinario y eran más ágiles tanto en la preparación de los pacientes, como en dar un diagnóstico y realizarles el tratamiento oportuno.

Imagen de cooperante de la FOS trabajando con un alumno de posgrado de la U. Anáhuac.



Durante la primera semana trabajaron codo con codo junto a los estudiantes locales con los cuales crearon vínculos de amistad, se ayudaban mutuamente en la clínica, y después al terminar las prácticas, muchas veces quedaban para salir y enseñarles la ciudad.

Durante el fin de semana no se programaban actividades odontológicas, con la idea fomentar la parte cultural del proyecto, dándoles la oportunidad a los cooperantes de conocer el entorno, visitar los sitios naturales, culturales y turísticos de Yucatán, conocer la gastronomía, tradiciones y costumbres, además de socializar e interactuar con la gente local y con los alumnos fuera de la clínica. Esta situación era muy enriquecedora culturalmente para ambas partes y

umentaba el estado de empatía de los cooperantes y alumnos, haciendo más placentera la experiencia.

La siguiente semana se hizo una actividad distinta, en vez de trabajar en clínica de la universidad en Mérida, empezamos con las Brigadas Odontológicas, trasladándonos a una comunidad rural. El propósito de las brigadas es llevar la atención dental y la enseñanza de prevención a las poblaciones rurales del Estado, debido a que ahí las desigualdades socioeconómicas son mayores y también ahí se concentran las poblaciones de raza Maya que desgraciadamente en la actualidad aún viven marginados.

Se eligió la población de “Baca”, el nombre del pueblo significa en lengua maya “cuerno de agua”, tiene una población de 4.500 habitantes, donde gran parte de la población es indígena Maya. Este pueblo se ubica aproximadamente 32 km. al este de Mérida, nos decidimos por esta población por dos razones, la primera es que aunque está localizada relativamente cerca de la capital, seguía siendo un pueblo rural, y el segundo motivo, era por nuestra dificultad de desplazamiento a sitios más apartados, debido que no contábamos con furgonetas, sólo los vehículos particulares de profesores y alumnos, de esta manera era complicado transportar los cuatro robots, el equipo, material y el instrumental, además de los recursos humanos como los alumnos y profesores de la Anáhuac y a los cooperantes.

Previamente al evento, habíamos visitado y programado estas brigadas con el Presidente municipal de Baca, al cual se le dio una lista de los requerimientos y se le encargó que invitara a toda la población a participar, con la finalidad de que la mayoría de la población se vea beneficiada con los servicios que prestábamos de manera gratuita. El Presidente muy amablemente nos habilitó parte del edificio del ayuntamiento, que se acondicionó colocando sillas y mesas en una explanada con las conexiones eléctricas necesarias.

Cuando llegamos a Baca, había una larga fila de pacientes que esperaban recibir tratamiento, iban a pasando en el orden que fueron llegando. Las condiciones de trabajo eran mucho menos favorables que en la clínica de la facultad, pero a los cooperantes les pareció más satisfactoria esta experiencia, ya que ellos venían a México con la idea realizar una odontología comunitaria en beneficio de la gente que más lo necesita.

Imagen de unos niños en la comunidad de Baca que esperan ser atendidos.

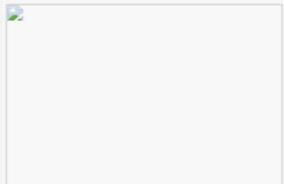


La población respondió muy bien, se atendieron aproximadamente a 30 pacientes al día, la mayoría de ellos fueron niños y mujeres. Se les explicó la importancia del EBP y se les brindó varios tipos de tratamientos dentro de nuestras limitaciones.

Los pacientes y las autoridades del pueblo se mostraron con el servicio brindado. Se sentían privilegiados, porque no era muy habitual ver a extranjeros realizando trabajos de voluntariado, esta situación también causó un revuelo en los medios de comunicación del estado, que le dieron mucha relevancia al proyecto, ocupando espacios en la radio, televisión local y en los principales periódicos del Estado, en los cuales se publicaron varios artículos de las actividades realizadas y en muchas ocasiones en la primera plana. Además de una publicación en la Revista Internacional de Odontología "The Globe" Journal International College of Dentists 2013 por las actividades que se realizaron extramuros.

Imagen del "Diario de Yucatán" online con fecha 26 de julio de 2012. (154)

Atención dental comunitaria
Universitarias de España colaboran con la Unimayab
Jueves, 26 de julio de 2012 - Edición impresa



Laura Portolés Pérez y Alejandra Ramírez Gómez atienden en la Clínica Universitaria de la Unimayab

Jóvenes universitarias de España llegaron el lunes pasado a Mérida como parte de un intercambio académico y brindan atención a la población en el área odontológica.

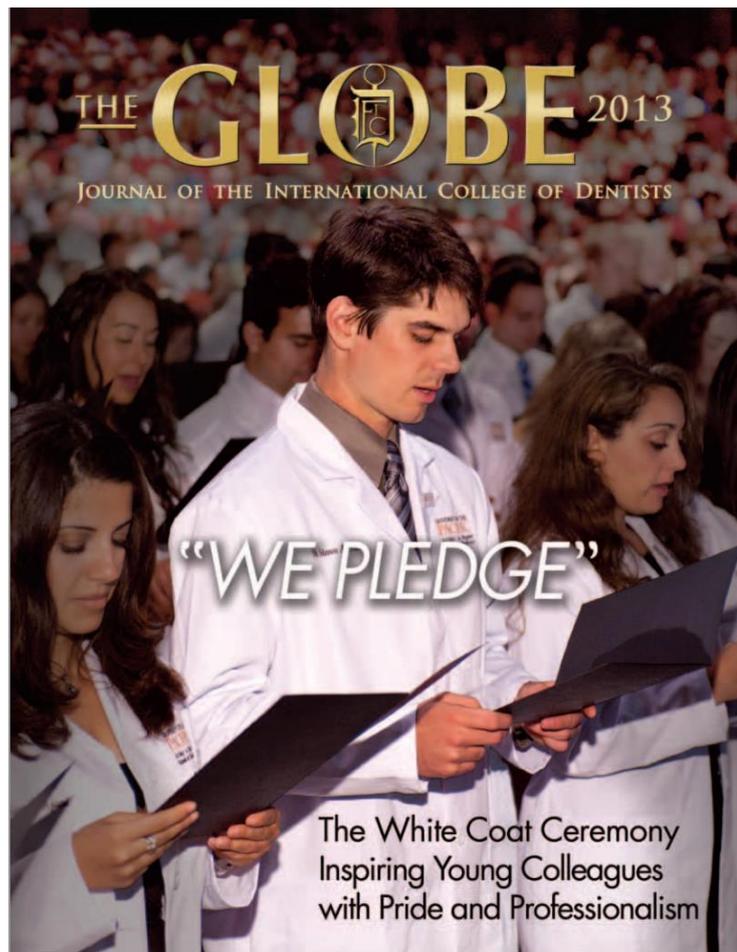
Es resultado de las relaciones institucionales de la Universidad Anáhuac Mayab con la Fundación de Odontología Social Luis Seiquer.

Siete jóvenes arribaron a la ciudad: cinco cursan el último año de Odontología y dos ya se graduaron. La visita tiene dos fines: la práctica de la profesión, que desde el lunes aplican en la Clínica Universitaria de la Anáhuac Mayab, y colaborar con brigadas de salud para atender a personas de escasos recursos. Esta última acción se realizará el 30 y 31 próximos en Baca.

Imagen de una nota del "Diario de Yucatán" con fecha 26 de julio de 2012.



Imagen de la portada de la revista internacional "The Globe" Journal International College of Dentists de 2013. (128)



THE GLOBE • 2013
Section Reports **MEXICO**

Communitary Service at Sierra Tarahumara Central Regency

The North-Central Regency, organized in June 2012, is a communitary dental service visit to one of the poorest places in México, which is called Sierra Tarahumara in the desert of Chihuahua. Fellows from this regency and Past President Dr. Alfonso González-Campderá, who came from México City, took care of 350 patients.

Donations of antibiotics and analgesics, folic acid and different medications were made to the dispensary of a Tarahumara tribe homeless girl's school and home named José Ma. Yermo y Parres. There was also a cash donation by Fellow Joaquín González Campderá, from México City, made to this same institution.



FELLOWS Dr. Alfonso González Campderá (Past President), Dr. José Ángel Silientes (Secretary), Dr. Rubén Escobar (Regent North Central Zone), Dr. Numa Escobar and Dr. Javier Alonso Ramirez with the group of Tarahumara desert patients they treated in the school gym they adapted as a dental clinic.

Communitary Service in Yucatán

The Southern Regency, under the guidance of Regent Dr. Rolando Peniche, once again organized their annual "Dental Brigades". July 30-31 and Aug. 1, 2012, were the dates in which the event took place in the rural zones of Baca, Mocoohá, and Hacienda Tekat in the state of Yucatán, and for three days dental students and teachers from the Universidad Anáhuac Mayab, in conjunction with Fellows from the International College of Dentists and with the help of Foundation Luis Seiquer from Spain which brought teachers and dental students from Universidad de Sevilla, worked together treating dental patients without any charge as part of an academic exchange between these two universities. Working together, the students, teachers and ICD fellows successfully treated 300 patients in mobile dental units, bringing this important service to a rural zone that has no possibilities of dental attention.



At the "Dental Brigades" communitary dental service from Universidad Anahuac Mayab and ICD Section III South Regency, a dental student treats a patient.

Working with Regent Dr. Peniche, who is also the Dean of the Dental School, Universidad Anáhuac Mayab, were teachers Dr. Javier Ortíz Sauri FICD, Dr. Daniel Pérez Domínguez, Dr. Armando González Solís, seven dental students from Universidad de Sevilla, Spain, and ten students from Universidad Anáhuac Mayab.

It was a very rewarding experience for students, teachers and Fellows because the people from these needy communities showed many signs of gratitude. All dental providers had the chance to share friendships and experiences with these wonderful people during these three days of hard work in these rural zones.

We have many projects in mind, and our Section III Fellows are very enthusiastic in continuing our work throughout Mexico. We will let you know as soon as possible what we are doing to make our College grow each day following our motto "Recognizing service" and the opportunity to serve."

40  JOURNAL OF THE INTERNATIONAL COLLEGE OF DENTISTS



Regent from the South Zone Dr. Rolando Peniche and Fellow Dr. Javier Ortíz Sauri with students and teachers from Universidad Anahuac Mayab during the Communitary Service in Yucatán.

Cuando finalizamos las brigadas estábamos satisfechos por el trabajo realizado, aunque pensamos que no era suficiente. En este operativo tuvimos los recursos humanos limitados, el equipo de trabajo estaba formado por los siete voluntarios y los estudiantes de la Universidad Anáhuac que se interesaron en acudir a la brigada, ellos mismos hacían las historias clínicas, atendían a los pacientes, y se encargaban de la limpieza del instrumental; por otro lado el tiempo de espera para los pacientes era largo. Además, sólo se pudo llevar el servicio de atención odontológica gratuita a una población. En las siguientes ediciones pensamos que podíamos mejorar, si contásemos con más infraestructura y más recursos humanos.

Segunda Edición 2013.

Para la segunda edición 2013, el Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac, invita a la Coordinadora de Salud Bucodental del Estado de Yucatán, la Dra. Margarita Betancourt, a unirse a este proyecto, de esta manera contaríamos con el apoyo gubernamental de los Servicios de Salud de Yucatán (SSY).

La Dra. Betancourt, con el respaldo del Gobernador del Estado el Lic. Rolando Zapata Bello y del Secretario de Salud Dr. Jorge Eduardo Mendoza Mezquita, acepta convencida del potencial de la unión de las tres instituciones que se complementarían y formarían un proyecto más grande y ambicioso.

Imagen del acto oficial del inicio de las “Primeras Jornadas Odontológicas” en la centro de Salud de la ciudad de Mérida. Cortando el listón aparecen el Secretario de los Servicios de Salud Jorge E. Mendoza, La Coordinadora de la Salud Bucal del Estado Margarita Betancourt, el Decano de Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac Rolando Peniche, el Director del Centro de Salud de Mérida Jorge Marín y el Coordinador de la FOS en Yucatán Alejandro Cámara.



Así nace el proyecto llamado “Jornadas Internacionales para el bienestar de la salud oral y la mejora de la atención odontológica”. Quedando conformado por la Universidad Anáhuac, la FOS y la SSY con el siguiente programa oficial:

En el Estado de Yucatán, se llevará a cabo “Las Primeras Jornadas Comunitarias por el Bienestar de la Salud Bucal y la Mejora de la Atención Odontológica”, brindando atención educativo-preventivo y curativo- asistencial, a 150 pacientes por día, en la que participarán más

de 30 odontólogos de diversas instancias: de los Servicios de Salud de Yucatán SSY, de la licenciatura y posgrado de la facultad de odontología de la Universidad Anáhuac y voluntarios de diferentes Universidades españolas por parte de la FOS.

Se conformaran cinco equipos de cuatro integrantes de la FOS, la Universidad Anáhuac y la SSY que brindarán atención clínica. Además, dos equipos de cinco integrantes de la SSY, uno de ellos estará encargado de cumplimentar las historias clínicas, diagnóstico y plan de tratamiento así como del consentimiento informado y el otro equipo enseñará el EBP. Habrá un área de entrega de materiales y otra área de desinfección y esterilización en las cuales dos odontólogos de la SSY estarán a cargo. De esta manera organizada se propone atender a 150 pacientes (diariamente en cada comunidad) beneficiando a un total de 1.500 pacientes de nueve comunidades marginadas, dichas actividades se llevarán a cabo del 23 al 26 de julio y del 29 de julio al 2 de agosto del 2013, en jornadas laborales de más de ocho horas; esta decisión se tomó de común acuerdo con las Instituciones participantes.

Las actividades estarán dirigidas por la Coordinación Estatal del Programa de Salud Bucal de los Servicios de Salud de Yucatán, que se encargará de la organización y logística del evento.

Actividades a Realizar:

- Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal (detección de la placa dentobacteriana, instrucción de técnica de cepillado, instrucción del uso del hilo dental).
- Profilaxis, odontoxésis.
- Aplicación de Barniz de Flúor.
- Protección específica y atención curativa.
- Sellado de fosetas y fisuras dentales.
- Eliminación de caries y restauración de piezas dentales con composite, ionómero de vidrio o IRM.
- Eliminación de focos de infección , tratamiento pulpar y abscesos.
- Extracción de piezas dentaria deciduas y permanentes (no incluye tercer molar no erupcionado).
- Diagnóstico y tratamiento de pulpitis reversible.

Para la realización de cualquier procedimiento se elaborará una Hoja de Evaluación Estomatológica y firmarán el Consentimiento informado como parte del requisito de atención,

dichas hojas contarán con un número de folio que permitirá cumplir con un control de la información para fines de orden y estadísticos, tales como lo marca la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y la NOM 013-SSA2-2006, es importante resaltar la confidencialidad de los datos. Los pacientes que presenten Póliza de Seguro Popular al ser atendidos el odontólogo asignado de los Servicios de Salud (SSY) será el encargado de llenar el Formato Único de Consulta Externa (FUCE). (155)

Tabla: Agenda de un día laboral.

Horario	Actividad
7:00 – 7:30	Desplazamiento
7:30 – 8:00	Desayuno.
8:00 – 9:00	Instalación y Preparación de las áreas.
9:00 – 14:00	Atención odontológica.
14:00 – 14:30	Almuerzo.
14:30 – 19:30	Atención odontológica.
19:30 – 20:00	Limpieza y desinfección del equipo e instrumental.

El personal de los SSY actúa como Jefe de grupo, coordinando a los odontólogos y profesionistas en general que conformen los equipos de trabajo que participan en la Jornada.

Distribución de los cinco equipos de cuatro integrantes para la atención clínica:

1 odontólogo SSY / 1 odontólogo U. Anáhuac / 2 voluntarios FOS.

Una vez integrados al proyecto, la SSY ofrece su infraestructura y personal, ampliando en gran medida la capacidad de cobertura y de movilidad. Esta unión hizo posible llevar este servicio a varias poblaciones, aumentando considerablemente el número de beneficiarios.

Entre las tres instituciones, se realizó un programa estructurado en donde cada institución tenía sus responsabilidades y sus aportaciones, quedando establecido de la siguiente manera:

La Universidad Anáhuac se compromete a facilitar el instrumental necesario durante el operativo, proporcionar tres lámparas de fotopolimerización y cuatro compresores portátiles o “robots”. Como recursos humanos aportará a los alumnos recién egresados que quisieran unirse, así como alumnos de postgrado y profesores. El responsable será el Dr. Peniche y en caso de

ausencia, un profesor que él designe quedará a cargo de cualquier tema relacionado con la Universidad Anáhuac.

Los compromisos de la FOS consisten en aportar el material fungible necesario para atender a la toda población durante las jornadas, el equipo para el control de infecciones y las piezas de mano de alta velocidad. Como recursos humanos aporta a los cooperantes que se inscriban en cada edición. Siendo el coordinador de la FOS quedaría de responsable de los voluntarios y de adquirir lo requerido durante las jornadas.

La SSY también adquiere varios compromisos, empezando por la responsabilidad de elegir las poblaciones donde se van a realizar las jornadas. Esta institución gubernamental dispone de todos los “centros de salud” que ofrecen atención gratuita en las poblaciones del Estado, pero muchos de estos centros, sobre todo en las zonas rurales apartadas, no cuentan con servicios odontológicos, por lo cual la SSY, que conoce las carencias, seleccionará las sedes donde se llevará este servicio.

Las poblaciones elegidas para las 1ª Jornadas internacionales fueron las siguientes:

Tabla con las sedes calendarizadas.

Fecha	Sede	Jurisdicción
23 julio	Mérida	1
24 julio	Dzitya	1
25 julio	Yaxkukul	1
26 julio	Progreso	1
29 julio	Ticul	3
30 julio	Yotholin	3
31 julio	Uayma	2
1 agosto	Col. Yucatán	2
2 agosto	Río Lagartos	2

Los Servicios de Salud del Estado están divididos en tres jurisdicciones, en cada una hay un Jefe Jurisdiccional que tiene a su cargo varias poblaciones. Semanas antes al evento cada Jefe jurisdiccional se encarga de preparar a su personal y hacer un levantamiento de la población con las historias clínicas de los pacientes que acudirán. La Dra. Betancourt personalmente y los jefes jurisdiccionales gestionan con las autoridades de cada población, que el día del evento se

encuentre habilitado un espacio para instalar el operativo, en el caso de que la sede no se cuente con un centro de salud o que este no fuera adecuado, como sucede en la mayoría de las poblaciones que visitamos. Se les solicita a las autoridades municipales un área de trabajo amplia, ventilada, con conexiones eléctricas y varias mesas y sillas. Las autoridades en la mayoría de las ocasiones nos facilitan el edificio del municipio, donde los representantes del pueblo tiene sus oficinas, esto habla de una gran disposición por su parte, al cedernos su espacio de trabajo. Además, se solicita agua embotellada y refrescos para mantener hidratados a los participantes, debido a las altas temperaturas en verano en Yucatán con una humedad cercana al 100%. En general, la respuesta de las autoridades fue buena, en la mayoría de los casos ofrecían dos comidas, como agradecimiento a los cooperantes, el desayuno que consistía en fruta fresca picada y el almuerzo que solía ser algún platillo típico yucateco.

Como institución la SSY tiene varios programas de atención bucodental y cuenta con una unidad móvil equipada con un gabinete dental completo para atender a las poblaciones periféricas que carecen de servicios odontológicos. Con motivo de las jornadas, la SSY destinó esta unidad móvil al operativo, brindando mejores condiciones de trabajo e higiene, razón por la cual se realizaban ahí los tratamientos más delicados como las extracciones, cirugías y problemas periodontales.

La movilidad de los participantes desde Mérida hasta las sedes también era responsabilidad de la SSY, por lo cual se pusieron a nuestra disposición tres furgonetas y tres conductores que formaban parte de su personal, para transportar a todos los participantes, así como el material, el instrumental, los robots y el equipo para las conexiones.

En la segunda edición se apuntaron diez voluntarios, de los cuales ocho eran italianos (seis hombres y dos mujeres), todos ellos estudiaban odontología en la UAX, y dos mujeres españolas, de la Universidad Complutense y de la Universidad Europea de Madrid respectivamente.

Imagen de los cooperantes de la FOS en el campus de la Universidad Anáhuac.



El día siguiente a su llegada, se les impartía un curso de inducción en la clínica de la Universidad y al finalizar se les brindaba una comida de bienvenida en el campus de la Anáhuac.

Imagen de la reunión donde se impartía el curso de inducción.



En el curso de inducción se explicaban los tratamientos y la manera en que iban a organizarse, ya que eran diez los cooperantes y contábamos con cuatro robots y la unidad móvil, se dividieron en cinco equipos de dos personas, cuatro parejas estarían trabajando con los robots y una pareja en la unidad móvil, y cada día se irían rotando. Además cinco alumnos de la Anáhuac se apuntaron a las jornadas, por lo que se asignó uno por equipo, junto con un odontólogo de la SSY. Al final quedaron establecidos cinco equipos de cuatro personas para dar asistencia dental.

Con la experiencia de la brigada anterior, percibimos que para trabajar con funcionalidad, se debería tener una mejor organización en el manejo de los materiales e instrumental, para resolverlo se habilitaron dos nuevas áreas. La primera área de entrega de materiales, aquí una persona dosificaba y proveía el material que se requiriese, de esta manera se ahorra tiempo en la búsqueda y se evita el desperdicio. La segunda área de lavado y esterilización, ahí se les entregaba el instrumental estéril y en el mismo lugar se devolvía contaminado, para su desinfección y posterior esterilización, ambas áreas estaban a cargo del personal de la SSY. Al disminuirles funciones a los participantes, disponían de más tiempo de trabajo, aumentando la productividad.

Sabiendo el procedimiento de actuación, al día siguiente ya estaban preparados para trabajar, siguiendo la calendarización de las sedes realizado. Empezamos por un barrio al sur de la ciudad de Mérida, zona donde se encuentra la mayoría de la población marginada de la ciudad, con la idea de alejarnos cada día, hasta acabar en pueblos rurales que están a tres horas de distancia de la capital.

Imagen de los cooperantes y odontólogos trabajando en el Centro de Salud de Mérida.



Se programaba la salida del hotel a las 7:00 horas y se empezaba a trabajar a las 9:00 horas, en este tiempo se recorría el trayecto al pueblo, se desmontaba el equipo de las furgonetas, se instalaba y se preparaban las áreas de trabajo. La jornada terminaba alrededor de las 19:30 horas, ofreciendo un servicio continuo, sólo haciendo una pausa para comer con un margen de 30 minutos. Atendiendo un promedio de 150 pacientes al día. Cuando llegábamos a los pueblos seguíamos un protocolo de actuación, los pacientes iban pasando según el orden de llegada, se les enseñaba el EBP y a cada paciente se le realizaba por lo menos una intervención.

Imagen de los odontólogos y voluntarios de la FOS en la comisaría de Dzityá, Yucatán.



Imagen de una mujer vestida con el traje típico regional usando la seda dental.



En esta edición con toda la logística y organización implementada, los eventos en las sedes fueron muy satisfactorios, el trabajo realizado fue más rápido y ordenado. Además, se logró llegar a las poblaciones que tenían difícil acceso a la atención odontológica. Habíamos mejoramos el servicio en muchos aspectos, pero nos dimos cuenta que la gente se aglutinaba para recibir la atención dental, al llegar a las sedes habían decenas de pacientes haciendo largas filas para que fueran atendidos, por una parte nos agradaba la buena respuesta de la población, pero por otro lado nos preocupaba el hecho de que acudían todos al mismo tiempo y en algunos casos esperaban horas, situación que tomamos en cuenta para tratar de evitarla el siguiente año.

Imagen de una cooperante de la FOS revisando a una niña.



Imagen donde aparecen la Directora del Centro de Salud de Yaxkukul, el Jefe de la Jurisdicción 1, la Coordinadora de la Salud Bucal del Estado, el Secretario Administrativo y Profesor de la Universidad Anáhuac y el Coordinador de la FOS en Yucatán.



Imagen de voluntarios de la FOS y odontólogos de la SSY atendiendo a una paciente.



Como es habitual en los medios, se dio mucha difusión a las jornadas, salieron varios artículos publicados sobre los servicios odontológicos que se realizaban en los principales periódicos del Estado. Causando un impacto mediático muy fuerte a nivel estatal. A nivel internacional apareció un artículo en la revista Internacional "The Globe" Journal International College of Dentists 2014. (129)

Imagen de la revista "The Globe" Journal International College of Dentists 2014 sobre el proyecto de odontología social llevado a cabo en Yucatán en julio del 2013.(129)

THE GLOBE • 2014
Section III

MEXICO

www.dentistasicdmexico.com

Editor: Federico Pérez Díez

President's Greeting
Enrique Treviño Bazán
President 2011-2013

February we started by assisting a business luncheon organized by the local US legation at the McCormick Convention Center during the CDS Mid-winter meeting in Chicago. I came with Fellow Dr. Ernesto Acuña ICD Past President and Dr. Federico Pérez Díez (Editor and Past President ICD-Mexico); we thank our US Fellows very much for their warm hospitality. We are looking forward as a College to keep on serving our needed communities, and we invite you to join us next 2014 in one more visit to this wonderful place in the desert of Chihuahua, whose natives really need us to make their lives a little better by improving their oral health.

Community Services

In June we worked for the fifth year in a row on our Community Service Project at the Sierra Tarahumara of Chihuahua (more on page 29). Fellows that attended this project were Drs. Miguel Calín (President Elect), Alfonso González (Past-President), Eric Yamile Sánchez, Jose Angel Silvestres (Secretary),

Norma Escobar, Ruben Escobar, Javier Alonso and Enrique Treviño (President 2011-2013). Dr. Alfonso González Campaña (Past-President 2009-2011) with a group of Fellows from Mexico City are doing dental community services monthly at a girls orphanage home in Valle de Brisa. Their project is to open a second clinic; in the future to extend the range of this job in conjunction with hurs from a convent.

In August Dr. Rolando Penche, Regent of our ICD Southwest Zone, did an outstanding job by organizing Dental Health Community service for poor communities of Yucatán, working with ICD Fellows from his zone. This year they named this service "Brigadas Internacionales" because of the help of "Luis Sepque" foundation of Spain, whose dentists supported a good part of the expenses. With the participation of Spanish and Italian exchange students and teachers from Universidad de Sevilla and Universidad Alfonso X in Spain, the vast majority of the work force was students and teachers from Universidad Autónoma Mayab in Mérida and from the valuable conjunction of dental

THE GLOBE • 2014
Section Reports MEXICO

Fifth Annual Golf Tournament in Acapulco

Our Regent from the Pacific Section Dr. Rodrigo Escalante gathered a very enthusiastic group of fellows and led the organization of our ICD-Mexico open golf tournament at Ten Vidas on la Playa Golf Club, in honor of Dr. Alfredo Sakar (Past President of our Section) in November. The Fellows who came to this event enjoyed Dr. Escalante's warm hospitality and excellent arrangements, which made this tournament a most memorable one, not only because of the golfing itself but also because of the welcome dinner at the beach, a night yacht cruise around Acapulco bay, a meeting of past presidents with board members and Fellows in which

Important aspects of our section, where friendship and fellowship grew between all the participants. We all look forward to our sixth annual tournament taking place in November 2014. Drs. Alfredo Sakar (Past-President 2003-2005), Alejandro González Blanco, Ramón Boggio, Raúl Cameros, Amosio Beltrán (International Councilor), Rodrigo Escalante (Regent Pacific Section), Roberto Sánchez-Woodworth, Gilberto Torralba (Regent Northwest Section), Thomas Graber (Honorary Fellow) and Federico Pérez Díez (Past-President 2007-2009) came to this wonderful event.

Academic Event

On August 23-24, we had our academic event, held at Cd. Juárez México. This dental meeting was focused on Minimally Invasive Dentistry and Biomimetics. Speakers from the US and Mexico participated: Drs. Kim Kutch, Tim Rainey, Rosa Sanders, José Cedillo, José Ángel Silvestres, Luis Parás, Enrique Acosta, Agustin Zerón, Rubén Rosas, Alejandro Treviño, Thomas Graber, Enrique Treviño and David Allemen were our lecturers. We had over 170 attendees. The money that was earned was used to buy equipment for our next annual community service project at Sierra Tarahumara.

38 JOURNAL OF THE INTERNATIONAL COLLEGE OF DENTISTS

JOURNAL OF THE INTERNATIONAL COLLEGE OF DENTISTS 39

Imagen de la primera plana del "Diario de Yucatán" con fecha 11 julio del 2013.



Imagen del "Diario de Yucatán" online con fecha 11 julio de 2013. (156)

Caravana por la salud

Odontólogos de Italia y España en una campaña

Jueves, 11 de julio de 2013 - Edición impresa

Una brigada de 10 odontólogos italianos y españoles, en cooperación con doctores yucatecos, realizarán del 22 de julio al 5 de agosto próximos una macrocampaña de atención bucal en colonias periféricas de Mérida y varios municipios del interior del Estado.

Imagen del portal electrónico de los Servicios de Salud de Yucatán con fecha 23 julio de 2013. (157)

En el marco de la Primera Jornada Comunitaria "Por el bienestar de la salud bucal", estudiantes de la Universidad Anáhuac Mayab, originarios de España e Italia, realizan voluntariamente consultas integrales de atención bucal apoyados con personal de la secretaría estatal del ramo.



Imagen del "Diario de Yucatán" online con fecha 23 julio de 2013. (158)

Servicios odontológicos gratuitos para personas de escasos recursos

Martes, 23 de julio de 2013 - 9:29 am

Estudiantes de la carrera de Yucatán, España e Italia atienden a gente necesitada

Un equipo de estudiantes adelantados en la carrera de odontología, de las universidades de Sevilla y Anáhuac Mayab de Mérida, Yucatán, iniciaron hoy en el Centro de Salud la atención gratuita de

Servicios odontológicos gratuitos para personas de escasos recursos.- Foto de Joaquín Chan Caamal

Imagen de la primera plana del "Diario de Yucatán" con fecha 24 julio 2013.



Imagen del "Diario de Yucatán" con fecha 24 julio 2013.



Imagen del periódico "Por Esto!" con fecha 27 julio de 2013.



Imagen del periódico local "Por Esto!" con fecha 2 agosto de 2013.



Imagen del periódico local "Por Esto!" en Colonia Yucatán con fecha 2 agosto de 2013.



Imagen del periódico "Por Esto!" con una nota en Uayma, Yucatán con fecha 3 agosto de 2013.



Tercera Edición 2014.

Para la tercera edición, las autoridades del Estado estaban muy implicadas con las “Jornadas Internacionales”, debido a los buenos resultados obtenidos el año anterior y por el gran impacto mediático en prensa, radio y televisión. Además, las autoridades municipales de los pueblos atendidos, les habían hecho llegar la satisfacción de la población por los servicios recibidos. Este año, para dar un mayor y mejor servicio, la SSY ofrece una unidad móvil extra y cuatro equipos de ultrasonido para profilaxis.

Fue tanto el éxito de la edición del 2013, que al año siguiente otra institución del estado, dedicada al bienestar de las familias, llamada “Desarrollo Integral de la Familia” (DIF) ⁽¹⁴⁸⁾ quiso unirse a las “Jornadas Internacionales” ofreciendo una tercera unidad móvil.

Edición tras edición el proyecto iba creciendo, este año contábamos con un total de cuatro robots y tres unidades móviles.

Imagen de los pacientes esperando ser atendidos fuera de las unidades móviles.



Al llegar los pacientes al recinto, se ordenaban en grupos de 10 a 20 individuos y se mantuvo el mismo procedimiento del año anterior.

En algunas poblaciones, generalmente las más alejadas de la ciudad de Mérida, gran número de pacientes no sabían hablar español, esto es debido a que Yucatán es de los Estados

que más población indígena tiene y donde más se habla la lengua Maya, por lo que contábamos con la ayuda de personas del pueblo que nos traducían en caso de que el paciente no nos entendiera y viceversa.

Imagen de un odontólogo de la SSY enseñando la técnica de cepillado.



En esta edición se apuntaron cinco voluntarios, cuatro de España y uno de Italia. Eran tres mujeres y dos hombres que estudiaban en la UAX, Universidad San Pablo CEU de Madrid, Universidad Católica de Valencia y la Universidad Europea de Valencia.

Imagen de los cinco cooperantes de la FOS dentro de la unidad móvil de la SSY.



Como en todas las ediciones el primer día se les dio el curso de inducción, para que sepan el protocolo de actuación. Para apoyarlos estaban cinco alumnos de la Anáhuac que acababan de terminar la carrera, así como diez odontólogos pasantes y otros más de contrato que formaban parte de la SSY.

Imagen de los cooperantes en el curso de inducción.



Debido a que teníamos siete unidades para trabajar (cuatro robots y tres unidades móviles). Se formaron cinco equipos de tres personas: un cooperante de la FOS, un alumno de la Anáhuac y uno o dos odontólogos de la SSY. Los equipos eran flexibles, podían cambiar de equipo si lo deseaban, pero siempre los cooperantes tenían que trabajar con al menos una persona de la Anáhuac o de la SSY. Además, contábamos también con un equipo de dos personas con el personal de la SSY y un equipo de tres con personal de DIF para su unidad móvil.

Imagen del evento inaugural de las segundas Jornadas Comunitarias en Komché, Yucatán.



Ya que contábamos con más recursos humanos y teníamos más unidades de trabajo que el año anterior, decidimos aumentar la meta de 150 a 220 pacientes al día, pasando de atender a 1.500 personas a más de 2.000.

Este año también se implementó realizar un levantamiento epidemiológico de los Índices CPOD y ceod a menores de 6 y 12 y del Índice Periodontal Comunitario (IPC) a mujeres en edad fértil de 15 a 45 años, para evaluar la situación de esta parte de la población Yucateca en las áreas rurales y para futuras investigaciones.

Imagen de una paciente de origen maya siendo atendida por dos odontólogos.



El programa oficial para las jornadas internacionales edición 2014 quedó de la siguiente manera:

En el Estado de Yucatán, se llevará a cabo “Las Segundas Jornadas Comunitarias por el Bienestar de la Salud Bucal y la Mejora de la Atención Odontológica”, brindando atención educativo-preventivo y curativo-asistencial, a 220 pacientes por día, en la que participarán más de 30 odontólogos de diversas instancias: de los Servicios de Salud de Yucatán SSY, del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF Estatal, de la licenciatura y posgrado de la facultad de odontología de la Universidad Anáhuac y voluntarios de diferentes Universidades españolas por parte de la FOS.

Conformando siete equipos, de manera organizada, se propone atender a 220 pacientes (diariamente en cada comunidad) haciendo un total de 2,000 pacientes beneficiados de 9 comunidades marginadas, dichas actividades se llevarán a cabo del 14 al 18 y 21 al 25 de julio del 2014, en jornadas laborales de más de 8 horas; esta decisión se tomó de común acuerdo con las Instituciones participantes.

Imagen de tres mujeres indígenas aprendiendo el Esquema Básico de Prevención.



Las actividades a realizar, serían las mismas que en el programa anterior.

Imagen de los participantes trabajando con los robots dentro del edificio del municipio.



En esta edición 2014 se incluyó la Investigación como actividad, ya que resulta prioritario el Levantamiento Epidemiológico de los Índices CPOD y ceod a menores de 6 y 12 y el IPC a mujeres en edad fértil de 15 a 45 años utilizando el Formato de Estudio de caso del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) y que se contempla en la NOR-017.SSA2-2012 en su apartado 3.1.10 Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE), órgano colegiado a nivel estatal responsable de la aplicación y verificación de las acciones de vigilancia epidemiológica en el que participan las instituciones del sector salud en el Estado y el 4.1 Mediante la vigilancia epidemiológica se realiza la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información necesaria sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes, su análisis e interpretación para la toma de decisiones y su difusión. Además, en 4.2 refiere que la Secretaría de Salud es el órgano rector del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y funge como la instancia responsable de recopilar, procesar y difundir toda la información generada por el Sistema Nacional de Salud (SNS). (159)

Distribución (siete equipos):

- 5 equipos: 1 odontólogo SSY / 1 odontólogo U. Anáhuac / 1 Cooperante FOS.
- 1 equipo: 3 odontólogos DIF.
- 1 equipo: 2 odontólogos SSY.

Imagen de un equipo de trabajo dentro de la unidad móvil.



Se solicitan a las jurisdicciones tres odontólogos pasantes de servicio social (OPSS), para llevar a cabo la selección de 200 pacientes mediante revisiones y la aplicación de la hoja de

evaluación estomatológica, el consentimiento informado y la firma de los mismos. Efectuándolo tres días antes de la instalación de las unidades móviles en el municipio sede y el día de la Jornada para la aplicación del EBP. Además, de dos o tres auxiliares de enfermería para el proceso de trazabilidad en las cuatro localidades con unidades sede.

Tabla 4: Organigrama.

Fecha	Población	Jurisdicción
15 julio	Komchén	1
16 julio	Chocholá	1
17 julio	Dzilám Glez.	2
18 julio	Motul	2
21 julio	Tahdziú	2
22 julio	Chacsinkín	2
23 julio	Xocén	3
24 julio	Popolá	3
25 julio	Chankom	3
26 julio	Peto	3

Se acudió a nueve comunidades de todo el Estado, los medios de comunicación también nos tuvieron muy presentes como cada año y una vez más acaparamos varias portadas de los periódicos más importantes del Estado.

Imagen de los participantes al terminar con el último paciente atendido.



La población Yucateca estuvo al tanto en los medios sobre las “Jornadas Odontológicas”. La prensa local hizo eco de los lugares donde se dieron los servicios odontológicos gratuitos. De igual manera se publicó un artículo internacional sobre las actividades de odontología comunitaria que realizó el proyecto en la revista internacional “The Globe” Journal International College of Dentists 2015. (130)

Imagen del apartado de México de la revista “The Globe” Journal International College of Dentists 2015 sobre el operativo realizado en Yucatán en julio de 2014. (130)



Imagen del periódico online “Informa T Yucatán” con fecha 15 julio de 2014. (160)

Realizan II Jornada Comunitaria para el Bienestar de la Salud Bucal

Julio 15, 2014 | Filed under: Salud y Sexualidad | Posted by: redaccion

La comisaría meridana de Komchén fue sede de estas acciones con la participación altruista de universitarios de Yucatán y España.

bucal 3

Mérida, Yucatán, 15 de julio de 2014.- Universitarios de Yucatán y España sumaron esfuerzos para atender a personas de escasos recursos durante la II Jornada Comunitaria para el Bienestar de la Salud Bucal en la comisaría meridana de Komchén.

El director de Prevención y Protección a la Salud de la Secretaría estatal del ramo (SSY), Rafael Barrera Zoreda, aseveró que el servicio contempla a menores de 12 años, mujeres embarazadas, diabéticos, adultos mayores y población en general.

Detalló que del 14 al 18 y del 21 al 25 de julio también se atenderá a los habitantes de Chocholá, Dzilam González, Motul, Tahdziú y Chacsinkin.

Imagen del periódico "Por Esto!" con fecha 16 julio de 2014.



Imagen del portal electrónico de "Radio MayabTV" con fecha 17 julio 2014. (161)

Inicio » Municipios » Chocholá Jueves, 17 de Julio de 2014

Atención dental gratuita para gente pobre sin seguridad social

A cargo de los Servicios de Salud en Yucatán, con el apoyo de profesionales y pasantes de la carrera de Odontología de dos Universidades locales y dos españolas.

Comentar Compartir Enviar Imprimir Texto:

CHOCHOLA, YUCATAN. - Pacientes de escasos recursos, de este poblado, con problemas y males dentales, reciben atención gratuita a través de la II Jornada Comunitaria para el Bienestar de la Salud Bucal y la Mejora de la Atención Odontológica que promueven los Servicios de Salud en Yucatán (SSY) con el apoyo de la Comuna local, el DIF Estatal y dos Universidades locales y dos extranjeras.

Al informar lo anterior, el Alcalde, General e Ingeniero Gilberto Andrés Medina Paredes, dijo también que esta cruzada sanitaria se lleva a cabo en nueve municipios de la entidad y Chocholá es uno de éstos, donde las brigadas médicas brindan sus servicios del 14 al 18 y del 21 al 25 del presente mes, en jornadas de ocho días.

El primer día agregó que en días pasados recibió un oficio de la Cirujana Dentista Margarita Betancourt Pérez, quien es Secretaria Técnica de la Comisión Interinstitucional de Salud Bucal del Estado de Yucatán de los SSY en la cual le notificó de dicha cruzada y le solicitó el apoyo del Ayuntamiento.

En este sentido, Medina Paredes

Imagen 2 de 4



El Presidente Municipal, General e Ingeniero Gilberto Andrés Medina Paredes (derecha), agradeció de manera profunda la presencia en Chocholá de las brigadas odontológicas.

Imagen del portal electrónico "Grillo Porteño" con fecha 17 julio 2014. (148)

El DIF Yucatán continúa prestando servicios odontológicos gratuitos a zonas marginadas

Posted By: admin on: julio 17, 2014 In: Mérida No Comments [Print](#) [Email](#)

Dzilam.- Cerca de 500 personas de escasos recursos y que residen en zonas rurales han accedido a servicios médicos de calidad a través de la Jornada de Salud Bucal, proyecto que abanderan instancias estatales.

De visita en Dzilam González, tercera demarcación en la que se activó el citado esquema, el director General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) estatal, Limber Sosa Lara, resaltó la coordinación existente con la Secretaría de Salud de Yucatán (SSY), dependencia que en esta ocasión unió voluntades con el organismo asistencial para incrementar la cifra de beneficiarios.



El servicio se da gracias a la ayuda conjunta entre el DIF Yucatán y la SSY. (Grillo porteño)

Imagen del periódico "Por Esto!" con fecha 19 julio 2014.

Merida, Yucatán, sábado 19 de julio del 2014 **Por Esto!** Yucatán 79



Exitosa Jornada de Salud Bucal

Un total de 220 pobladores recibieron hoy servicios de salud bucal / Participaron 35 odontólogos de universidades de España, de los SSY, de la Delegación del DIF Estatal, de la Universidad Anáhuac Mayab, la UADY y la Universidad Privada de la Península

El éxito de la jornada se debe a la coordinación entre el DIF Yucatán y la SSY, que en esta ocasión unió voluntades para incrementar la cifra de beneficiarios.

Cuarta Edición 2015.

Para la cuarta y la más reciente de las “Jornadas Odontológicas Internacionales”, el proyecto ya contaba con una organización bien estructurada, debido a la trayectoria de los años anteriores. Las autoridades del Estado contemplaban este servicio de atención dental a la población como un evento anual calendarizado en su programa de prevención. Al tener este programa contemplado, se agilizaron las gestiones burocráticas, como las comisiones de las personas que participan, de igual manera los permisos y liberaciones de las unidades móviles y las furgonetas que nos transportan. Este año la SSY continuaron brindando dos unidades móviles y el DIF estatal una unidad más, teniendo un total de tres unidades móviles, además de los cuatro robots portátiles aportados por la Anáhuac.

Imagen del evento inaugural de las “Jornadas Odontológicas” con el Director de la FOS Antonio Castaño, el Decano de la Facultad de Odontología Rolando Peniche, la Coordinadora de la Salud Bucal del Estado Margarita Betancourt, el Coordinador de la FOS en Yucatán Alejandro Cámara y personal del Gobierno del Estado.



Se mantuvieron todos los protocolos de actuación de los años anteriores y en esta edición para comunicarnos con los pacientes que no hablaban español, contamos con el apoyo de dos intérpretes mayas, mejorando el servicio que ofrecíamos, sobre todo a los pacientes mayores de las comunidades apartadas que solo hablaban esta lengua.

Imagen del Dr. Antonio Castaño con los cooperantes y odontólogos dentro de la unidad móvil.



En esta edición se apuntaron siete voluntarios; seis de España y una de Bulgaria que radicaba en España, eran seis mujeres y un hombre. De los cuales había una voluntaria con ascendencia Coreana que hablaba su idioma materno, otra cooperante de ascendencia Árabe que hablaba este idioma y otra más del País Vasco que hablaba Euskera. Sus Universidades eran la Universidad de Sevilla, la CEU Cardenal Herrera de Valencia, la UAX, y la Universidad San Pablo CEU de Madrid.

Imagen de los siete voluntarios de la FOS en el campus de la Universidad Anáhuac.



Como en todas las ediciones el primer día se les dio el curso de inducción, para que sepan el protocolo de actuación. Se les pidió apoyo a cinco alumnos de la Anáhuac recién egresados, así como diez odontólogos pasantes y de contrato que formaban parte de la SSY. Este año, teníamos las mismas siete unidades para trabajar como el año anterior (cuatro robots y tres unidades móviles). Repetimos los equipos formados por tres o cuatro personas: un cooperante de

la FOS, un alumno de la Anáhuac y uno o dos odontólogos de la SSY. Los equipos eran flexibles, podían cambiar de equipo si lo deseaban, pero siempre los cooperantes tenían que trabajar con al menos una persona de la Anáhuac o de la SSY.

Imagen de niños recibiendo la técnica de cepillado por el personal de la SSY.



El programa oficial de las “Jornadas Odontológicas Internacionales” edición 2015:

En el Estado de Yucatán, se llevará a cabo “Las Terceras Jornadas Comunitarias por el Bienestar de la Salud Bucal y la Mejora de la Atención Odontológica”, brindando atención educativo-preventivo y curativo-asistencial, a 220 pacientes por día, en la que participarán más de 30 odontólogos de diversas instancias: de los Servicios de Salud de Yucatán SSY, del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF Estatal, de la licenciatura y posgrado de la facultad de odontología de la Universidad Anáhuac y voluntarios de diferentes Universidades españolas por parte de la FOS.

Conformando siete equipos de tres o cuatro integrantes cada uno de manera organizada, se propone atender a 220 pacientes diariamente en cada comunidad, haciendo un total de 2,000 pacientes beneficiados en 9 comunidades marginadas, dichas actividades se llevarán a cabo del 21 al 24 y 27 al 31 de julio del 2015, en jornadas laborales de más de 8 horas; esta decisión se tomó de común acuerdo con las Instituciones participantes.

Nuevamente se solicitaron odontólogos pasantes y personal de enfermería a las jurisdicciones, para que estos lleven a cabo la selección de los pacientes y los requerimientos necesarios.

Imagen de las participantes con un niño que recibió atención dental.



Distribución (siete equipos):

- 5 equipos de: 1 odontólogo SSY / 1 odontólogo U. Anáhuac /1 cooperante FOS.
- 1 equipo de: 3 odontólogos DIF/ 1 cooperante FOS.
- 1 equipo de: 2 odontólogos SSY/ 1 cooperante FOS.

Las poblaciones seleccionadas quedaron organizadas de la siguiente manera:

Tabla 7: Organigrama.

<i>Fecha</i>	<i>Población</i>	<i>Jurisdicción</i>
21 julio	Cacalchén	1
22 julio	Mocochá	1
23 julio	Conkal	1
24 julio	Dzidzantún	1
27 julio	Chumayel	3
28 julio	Tekax	3
29 julio	Chankom	2
30 julio	El Cuyo	2
31 julio	Río Lagartos	2

Visitamos nueve comunidades de todo el Estado, los medios de comunicación también nos tuvieron muy presentes como cada año y una vez más acaparamos varias portadas de los periódicos más importantes de Yucatán.

Imagen del equipo en las "Jornadas Odontológicas".



Como cada año nuestra labor fue muy mediática, aparecimos de nuevo en las portadas de la prensa, en entrevistas en la radio y televisión donde se difundía el trabajo que se realizan en estas jornadas.

Imagen del portal de la Universidad Anáhuac con fecha 20 julio de 2015. (162)



Imagen del "Diario de Yucatán" en línea con fecha 22 de julio de 2015. (163)



Imagen de sipse.com online con fecha 23 julio de 2015. (164)



Imagen del portal electrónico de la Universidad Anáhuac con fecha 31 julio de 2015. (165)



Imagen del portal electrónico de los Servicios de Salud de Yucatán con fecha 4 agosto de 2015. (147)



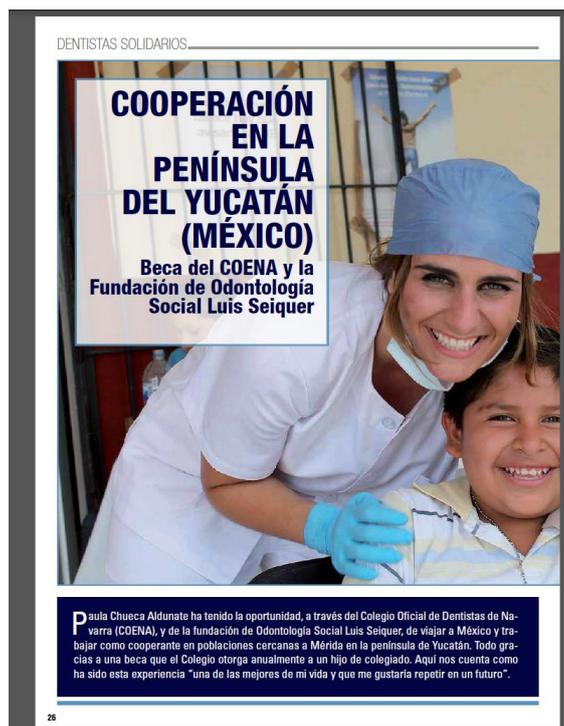
Imagen del "Diario de Yucatán" online con fecha 4 agosto de 2015. (167)



Diario de campo de una voluntaria de la FOS (2014)

Cooperación en la Península del Yucatán (México) Beca del COENA y la Fundación de Odontología Social Luis Séiquer.

Imagen del artículo de la revista odontolog21 del mes dic-ene 2016. (115)



Paula Chueca Aldunate ha tenido la oportunidad, a través del Colegio Oficial de Dentistas de Navarra (COENA), y de la fundación de Odontología Social Luis Séiquer, de viajar a México y trabajar como cooperante en poblaciones cercanas a Mérida en la península de Yucatán. Todo gracias a una beca que el Colegio otorga anualmente a un hijo de colegiado. Aquí nos cuenta como ha sido esta experiencia "una de las mejores de mi vida y que me gustaría repetir en un futuro".

Mi experiencia ha sido muy gratificante, puesto que siempre me ha gustado colaborar en acciones de tipo social, y llevaba mucho tiempo esperando la oportunidad de poder formar parte de un proyecto de este tipo en el extranjero relacionado con el ámbito odontológico.

Es muy gratificante sentir que puedes ayudar a gente que lo necesita realmente con aquello que te gusta y para lo que te estas preparando académicamente, aumenta tus ganas e ilusión de aprender y de mejorar en ello.

El equipo que allí trabajaba estaba formado íntegramente por personal sanitario, alrededor de unas 30 personas, número que iba variando dependiendo del pueblo en que nos encontrásemos, 5 de ellos éramos estudiantes de cuarto y quinto de distintas Universidades de España. Durante toda nuestra estancia estuvimos acompañados por un miembro de la Fundación Luis Séiquer, el Dr. Alex Cámara, al que le guardo inmenso cariño, responsable de nuestro bienestar, preocupado y pendiente de nosotros en todo momento. El primer lunes de la estancia en Yucatán fuimos a la Universidad Anáhuac Mayab, en donde tuvimos la primera toma de contacto con los que iban a ser nuestros futuros compañeros, conocimos las instalaciones, así como su funcionamiento y nos explicaron en qué iban a consistir las Brigadas Odontológicas (tratamientos, organización, material, procedimientos, lugares a los que íbamos a acudir, experiencias de años anteriores etc.).

El resto del equipo estaba formado por colegas Mexicanos (procedentes de distintas Universidades del Estado), entre ellos había estudiantes pasantes (a los que les faltaba un año íntegro de prácticas para así poder obtener el título de cirujano dentista), auxiliares, higienistas y dentistas que supervisaban cada una de nuestras intervenciones. Contábamos con tres unidades móviles (camiones completamente equipados con material dental, además de dos sillones dentales en cada uno, horno de calor para esterilizar, aparato de rayos X manual, etc.) y el resto del equipo se organizaba por parejas (a poder ser un español con un mexicano) en uno de los cuatro motores móviles (contaban con eyector, pistola agua/aire, contra ángulo y turbina) y los aparatos de ultrasonido iban aparte. Una vez llegábamos a la comunidad nos ofrecían un desayuno, y la responsable nos explicaba en qué consistía el trabajo que teníamos que hacer aquel día.

En las comunidades de mayor tamaño antes de comenzar a trabajar las autoridades realizaban un acto oficial, que duraba alrededor de una hora con el que inauguraban las jornadas. Cada paciente seguía un orden arbitrario, en primer lugar rellenaba la historia clínica y le realizaban un diagnóstico previo (la mayoría acudían con dolor, y era su primera visita al odontólogo). A continuación, se le instruía sobre técnicas de higiene oral, técnicas de cepillado y el correcto uso de la seda dental, adaptado a cada edad del paciente, además de realizarle un revelado de placa y de suministrarle un cepillo dental. Para poder someter al paciente al tratamiento era

imprescindible que hubiese pasado por las etapas previas. Atendimos una media de 220 pacientes citados por comunidad, con los medios que estaban al alcance del proyecto, recorrimos tantos pueblos como nos fue posible. Para ello era necesario levantarnos muy temprano y recorrer varias horas de trayecto, con tan solo media hora para comer por la cantidad de personas que precisaban de nuestros servicios, gente humilde, cercana y muy agradecida.

Al finalizar la jornada, tras 6 o 7 horas de trabajo intenso y de pasar muchísimo calor, que sobrellevábamos como nos era posible en función de las características del pueblo que visitábamos, es decir, con ventiladores o aire acondicionado, o sin nada porque en otros lugares era inviable por la pobreza.

Muchos días al final de la jornada te sentías completamente exhausta, pero realizada, contenta y feliz de haber solucionado el dolor que atormentaba durante mucho tiempo a una mujer, o al niño que venía llorando con la carita hinchada, o la “muelecita picada” de otro señor, los restos radiculares de una mujer muy mayor que le impedían comer.. Y un largo etcétera.

No solo me llevo esta experiencia única, también el haber tenido la gran oportunidad de ampliar e intercambiar conocimientos en Odontología, mejorar en la práctica dental, poder conocer y tratar con esta interesantísima cultura y este precioso país desde dentro.

Asimismo tuvimos la posibilidad de hacer turismo en el escaso tiempo libre que nos restaba, sobre todo durante el primer y último fin de semana. Viajamos a Cancún, Playa del Carmen, nos bañamos en los famosos cenotes con los que cuenta la provincia yucateca y también salíamos a cenar la comida típica y, por supuesto, la obligada visita a Chichen Itza y también la posibilidad de ganar amigos en México y de distintas partes de España. Me resulta imposible no emocionarme al recordar las vivencias en aquellos días. Sin duda una de las mejores experiencias de mi vida, que me gustaría repetir en un futuro.

ANEXO III

Cuestionario sobre el proyecto de odontología social en Yucatán

Este documento servirá como elemento de apoyo para un trabajo científico. Consta de dos partes, la primera es breve y consiste en rellenar datos generales (sexo, edad, año de participación) y la segunda parte consta de un cuestionario con respuestas múltiples según el grado de conformidad.

Primera parte. Datos de interés general.

Instrucciones. Señale la casilla con una "X" entre las distintas opciones.

-Edad

- *Entre 19-23*
- *Entre 24-29*
- *De 30 en adelante*

-Sexo:

- *Mujer*
- *Hombre*

-¿En qué edición(es) participó?

- *Verano del 2012*
- *Verano del 2013*
- *Verano del 2014*
- *Verano del 2015*

-Ingresos económicos propios o paternos y maternos.

- Menor a 1.199 Euros*
- Entre 1.200 a 2.399 Euros*
- Entre 2400 a 3599 Euros*
- Entre 3600 a 5999 Euros*
- Mayor a 6000 euros*

Segunda Parte. Cuestionario con 24 preguntas.

Instrucciones: Señale con una "X" la opción preferente en las casillas vacías del 1 al 5 dependiendo del grado de conformidad en donde:

1= Totalmente en desacuerdo.

2= En desacuerdo.

3=Indiferente.

4=De acuerdo.

5=Totalmente de acuerdo.

1 Ha cambiado mi forma de pensar tras la experiencia sobre la percepción del voluntariado.

1	2	3	4	5

2 La asistencia al proyecto de otros profesionales sanitarios como médicos o enfermeros favorecerían el aprendizaje de los odontólogos.

1	2	3	4	5

3 He recibido suficiente información por parte de los organizadores sobre las funciones a realizar, como hacerlas y aspectos organizativos.

1	2	3	4	5

4 El aprendizaje de palabras locales o extranjeras ha facilitado la comunicación con los pacientes y/o compañeros.

1	2	3	4	5

5 Los costes para participar son asequibles.

1	2	3	4	5

6 He madurado en algún(os) aspecto(s) tras la experiencia vivida.

1	2	3	4	5

7 Participar en el proyecto mejora la habilidad de la practica dental en poco tiempo.

1	2	3	4	5

8 *Un plan de estudios similar y un lenguaje odontológico más homogéneo entre las facultades españolas y mexicanas mejorarían los tratamientos.*

1	2	3	4	5

9 *La supervisión durante los operativos fue adecuada.*

1	2	3	4	5

10 *La interacción con personas de otros lugares me enriqueció como persona.*

1	2	3	4	5

11 *He tenido la posibilidad de ayudar aprendiendo y de aprender ayudando.*

1	2	3	4	5

12 *Me he sentido integrado con los compañeros del proyecto de las diferentes instituciones.*

1	2	3	4	5

13 *Las acciones sociales realizadas ayudarán a la población en su salud oral a largo plazo.*

1	2	3	4	5

14 *Destacaría como punto fuerte del proyecto la labor social.*

1	2	3	4	5

15 *Pude colaborar en todas las áreas odontológicas existentes en el operativo.*

1	2	3	4	5

16 *Recibí información sobre necesidades y/o consideraciones especiales, sobre el lenguaje, la formas de trato y costumbres de la población a tratar.*

1	2	3	4	5

17 Fue adecuada la organización del operativo como las instalaciones, comida, transporte y distribución de los pacientes.

1	2	3	4	5

18 He tenido posibilidad de conocer de primera mano los valores de acción solidaria como el compañerismo, altruismo, sencillez y humanidad.

1	2	3	4	5

19 En caso de duda en el operativo me he sentido respaldado por los compañeros.

1	2	3	4	5

20 He sido informado sobre las enfermedades potenciales en las zonas de actuación y las maneras para evitarlas.

1	2	3	4	5

21 Las sedes del operativo eran adecuadas a las necesidades de tratamiento odontológico en la zona.

1	2	3	4	5

22 Consideras participar en el operativo recomendable por las experiencias vividas.

1	2	3	4	5

23 He aprendido a trabajar en condiciones desfavorables y con menos recursos intentando optimizar los resultados, superando las adversidades.

1	2	3	4	5

24 He podido conocer la realidad social de la odontología comunitaria.

1	2	3	4	5

ANEXO IV (Entrevista)

- 1 ¿Qué opinas de la información recibida antes de ir al proyecto?*
- 2 ¿Cuáles consideras los puntos fuertes y puntos débiles del proyecto?*
- 3 ¿Qué opinas de la organización?*
- 4 ¿Qué opinas sobre las sedes?*
- 5 ¿Que debería mejorar?*
- 6 ¿Consideras enriquecedor el trabajo codo con codo de mexicanos y españoles?*
- 7 ¿Las expresiones idiomáticas dificultan los resultados dentales?*
- 8 ¿Cómo fue la relación con la población y autoridades?*
- 9 ¿Qué persona sería la más adecuada para entrar en el proyecto?*
- 10 ¿Qué se trae uno tras el operativo?*
- 11 ¿Ha cambiado tu forma de pensar?*
- 12 ¿Piensas que tienen algunas deficiencias las prácticas en las facultades españolas?*
- 13 ¿Crees que los que van al proyecto adquieren más destreza manual que los que no van?*
- 14 ¿Qué procedimientos realizaste en la práctica?*
- 15 ¿Qué opinas de la supervisión de los profesores de apoyo?*
- 16 ¿Qué opinas de la inclusión de otros profesionales?*
- 17 ¿Crees que el proyecto tiene validez? ¿Tiene futuro?*