



DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

PERCEPCIÓN DE LOS COOPERANTES SOBRE UN
PROYECTO DE ODONTOLOGÍA SOCIAL DE LA
UNIVERSIDAD DE SEVILLA
(OFICINA DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO).

Tesis Doctoral

Leticia Marchena Rodríguez

Sevilla, 2014

Directores:

Antonio Castaño Séiquer. Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria.
Director del grupo de Cooperación Odontología Social. Universidad de Sevilla.

David Ribas Pérez. Profesor Asociado de Odontopediatría .Facultad de Odontología.
Universidad de Sevilla.

Alberto Albaladejo Martínez. Profesor Contratado Doctor de Ortodoncia. Universidad
de Salamanca.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento:

- A los Profesores Castaño Séiquer, Ribas Pérez y Albaladejo Martínez agradezco sus consejos, sugerencias y experiencia que han contribuido en la mejor realización de este trabajo.
- Agradecer la labor solidaria de la Universidad de Sevilla, de la Fundación Odontología Social y de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.
- A muchos compañeros de profesión y alumnos que han colaborado con sus opiniones a este trabajo. También destacar el trabajo solidario realizado, atendiendo a poblaciones desfavorecidas de República Dominicana; así como la realización de encuestas, diarios de campo y charlas informales y constructivas. Sería imposible nombrarlos a todos, por lo que desearía que se vieran reconocidos en esta Tesis Doctoral.
- A mi familia y amigos que han seguido muy de cerca la evolución de este trabajo, a los que agradezco su colaboración y paciencia.
- A mi compañero, Manuel agradezco muy especialmente su apoyo, comprensión y cariño.

ÍNDICE:

MARCO TEÓRICO

1.Introducción.	
1.1 Estatus social y salud oral.....	6
1.2 Docencia-servicio solidario. Una apuesta pedagógica y de formación en valores.....	7
1.3 La Odontología comunitaria como respuesta a una necesidad social. Un compromiso ético de la profesión.....	8
1.4 Bases conceptuales y formación en salud pública oral en el contexto universitario español.....	11
1.5 El proyecto de odontología social de la Universidad de Sevilla.....	15
1.6 El proyecto de odontología social del Grupo de Cooperación “Odontología Social” de la Universidad de Sevilla en República Dominicana.....	20
2. Diseño de la investigación.	
2.1 Justificación.....	26
2.2 Problemas y objetivos.....	26
2.3 Enfoque metodológico.....	28
2.4 Población estudiada y selección de sujetos en el estudio piloto.....	29
2.5 Recogida de datos en el estudio piloto.....	29
2.6 Procedimiento de análisis.....	34
3. Resultados	
3.1. Respuestas al cuestionario.....	35
3.2 Descripción de las opiniones sobre el proyecto piloto (2005-2009).....	39
3.3 Organización del proyecto.....	43
3.4. Interculturalidad.....	51

3.5 Valores.....	57
3.6. Aprendizaje.....	62
3.7 Estudio diferencial de las opiniones sobre el Proyecto.....	69
3.7.1 Diferencias en función de la edad.....	69
3.7.2 Diferencias en función del sexo.....	76
3.7.3 Diferencias en función del año de participación.....	82
3.7.4 Diferencias en función de la educación.....	88
3.7.5 Diferencias en función de los ingresos.....	94
4. Discusión.....	102
5. Conclusiones.....	112
6. Bibliografía.....	112
7. Anexos.....	124

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Estatus social y salud oral.

Al igual que la mayoría de los investigadores actuales en odontología familiar y comunitaria¹⁻⁵, los directores de esta tesis consideran fundamental el estatus social como condicionante fundamental de la realidad oral de cualquier individuo o comunidad⁶.

Castaño y Ribas⁶ señalan la rentabilidad social de la odontología a lo largo de la historia dentro de un contexto artesanal, empírico y con escaso componente científico: *“Los ejercientes de la odontología han desarrollado una función social fundamental a lo largo de la historia. Posiblemente sin tener una idea clara de ello. El arte dental de la dentistería tuvo un fin prioritario hasta casi nuestros días, el alivio del dolor. Los sacamuelas, ministrantes, empíricos... que asumían estas funciones, amén de encontrar un medio de vida, solucionaban algias y, a veces, verdaderos compromisos orgánicos⁷. Esta ha sido nuestra realidad y sigue siéndolo en grandes áreas del Mundo.*

Esta realidad corresponde a una etapa odontológica preuniversitaria, artesanal y acientífica. Al constituirse la odontología como disciplina universitaria⁸ hace más de cien años, la exigencia a esta profesión de estudios superiores debe ser mayor. Y aquí nos cuestionamos... ¿realmente la odontología ha sabido o querido solucionar los problemas de salud pública? La pregunta es importante por su envergadura, su recorrido y por su compleja respuesta.

Saber, no ha sabido. Las altas prevalencias de la caries siguen siendo una realidad⁹. La mayoría de la población adulta padece enfermedad periodontal en mayor o menor grado¹⁰. Demasiados fallecen a diario por complicaciones de patología infecciosa bucal. El diagnóstico del cáncer oral no presenta la precocidad requerida¹¹. El acceso a la asistencia odontológica representa una quimera para varios miles de millones de seres humanos”.

1.2 Docencia-servicio solidario. Una apuesta pedagógica y de formación en valores.

Diversos docentes, fundamentalmente del área iberoamericana apuestan decididamente por la extramuración como herramienta docente para formar al discente de Ciencias de la Salud dentro de un conocimiento de la realidad social y con el desarrollo de un compromiso social marcado. El Profesor Castaño se posiciona por la interacción universitaria con su entorno natural¹². Habla de: *“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”*¹³.

Castaño y Ribas plantean una serie de cuestiones no resueltas para justificar esta estrategia docente:

*¿Cómo se puede entender que existan carencias manifiestas en el área bucodental, de colectivos de desfavorecidos sociales ubicados a metros de facultades de odontología públicas? ¿Agrava la contradicción el hecho de que estas facultades tengan un número reducido e insuficiente de pacientes para el desarrollo de sus prácticas clínicas?*¹³

Posteriormente plantean la contradicción de que existiendo en nuestro país excelentes facultades de odontología, se presenten situaciones de demandas insatisfechas por parte de colectivos vulnerables que se ubican a escasos metros de estos centros de estudio.

*“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”*¹³

Castaño y Ribas hacen una revisión del concepto de aprendizaje-servicio solidario:

“El término proviene del inglés “service-learning”. En Iberoamérica existen antecedentes, en las escuelas religiosas coloniales y en las fundadas por los nacientes

estados durante el siglo XIX.¹⁴ Durante la segunda mitad del siglo XX, estas iniciativas se extienden por el área iberoamericana en un claro compromiso con la realidad social existente.¹⁵ Para el Doctor Andrew Furco, Director del Service-Learning Research and Development Center de la Universidad de California, Berkeley “el aprendizaje-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.”¹⁶ 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. El ASS 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”.

1.3 La Odontología comunitaria como respuesta a una necesidad social. Un compromiso ético de la profesión.

El Profesor Castaño apuesta por la odontología comunitaria como una estrategia para la superación de las grandes desigualdades que existen en salud oral y consideran que la profesión se debe de implicar y buscar la implicación de las autoridades en estos proyectos comunitarios. También abogan por la participación activa de los distintos grupos sociales¹⁷:

“Esto es, las distintas comunidades y por ende cada uno de los individuos que las conforma, requieren a lo largo de su existencia de alguien que mantenga la funcionalidad oral, que busque la optimización de su aparato estomatognático o quizás y por desgracia de forma muy frecuente, alguien que le mitigue el dolor en el área bucal, que les limite su sufrimiento. Pues bien, en el momento actual, la Odontología no ha podido, no ha sabido y no queremos pensar que no ha querido solucionar los grandes problemas que la cavidad bucal provoca a la salud del individuo.

Somos millones de dentistas, el sector dental mueve diariamente millones de dólares, pero a día de hoy, aún siguen muriendo personas de nuestro entorno por procesos infecciosos de origen dental. Muchos pierden horas de trabajo, de estudios o de ocio por una deficiente calidad de vida oral. La sanidad pública limita la cobertura

odontológica a niveles cuasi testimoniales, estrategia que no aplica a otras parcelas de la atención sanitaria.

La población aún nos cataloga como elitistas, cómplices en cierta medida de las algias y elementos activos de sus pesadillas infantiles. En este contexto, 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.

Ya han pasado casi dos centurias desde que adquirimos el rango universitario, periodo suficiente para acercarnos a la erradicación de algunas patologías que aún son casi pandémicas.

Abogamos y nos posicionamos en la defensa del desarrollo y promoción del dentista de cabecera el “family dentist” de los anglosajones, quien debe estar capacitado y tener los recursos necesarios para solucionar el 95% de los problemas que afecten a sus pacientes.

Y lo que es más importante, debe ser capaz de poner en marcha una serie de estrategias preventivas y de promoción de salud oral que conlleven una mejor calidad de vida oral de la población atendida.

Decíamos dentista de cabecera o de familia pero, en la segunda década del siglo XXI es más correcto y rentable socialmente potenciar el “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.

En este momento ya hemos definido el diagnóstico de la realidad existente, las limitaciones que ofrecen la odontología intervencionista clásica y sus pobres resultados epidemiológicos. La evidencia científica nos enseña el sendero, la prevención como estrategia viable y efectiva y los actores, el equipo odontológico comunitario.

¿Qué es necesario para conseguir que la caries y las periodontopatías dejen de constituir problemas de salud pública?

La respuesta es voluntad política, diseño y planificación, participación activa de las comunidades, voluntad política de gobiernos, departamentos, entidades locales, etc.

Para ello es necesario que las autoridades, los técnicos, perciban la salud oral como necesidad sentida y no satisfecha de la población. Inveteradamente, 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.

Independientemente de la perversidad de estos planteamientos, los cuales esconden intereses crematísticos y de parcelación social nos parece claro que ese no es el camino a seguir. Hoy, en el año 2012, más de la mitad de la población mundial es atendida por personal odontológico no titulado, dentro de las diversas presentaciones del empirismo.

En este mismo año 2012, 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. Hoy en el año 2012, aún la barrera económica condiciona 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.

Estas autoridades tomarán conciencia de forma más rápida si la actitud activa de las comunidades implicadas provocan en sus clases dirigentes la necesidad de desarrollar esas 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 capitación para la población infantil que ha marcado un antes y un después en la odontología comunitaria española.

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. Los programas comunitarios infantiles que se pusieron en marcha posteriormente y que actualmente se desarrollan

en las distintas CC.AA. de España deben transformar esa realidad. Como amenaza, se visualiza un posible recorte de dichas prestaciones en el contexto de las limitaciones presupuestarias existentes. Mucho ha sido lo avanzado y existe un peligro real de vuelta atrás.

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.

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

Como conclusión, diremos que hemos concretado el diagnóstico de la realidad, limitaciones en la oferta comunitaria existente. Se han ofrecido soluciones. Consisten en desarrollar estrategias preventivistas comunitarias por parte de equipos humanos especializados dentro de una planificación estricta. Esto debe contar con el apoyo y el posicionamiento del poder político.

También hemos visualizado amenazas y debilidades. Queda por tanto la puesta en marcha y desarrollo de los distintos programas. Trabajemos todos, dirigentes, docentes, profesión y las comunidades en esa dirección. La sociedad se beneficiará”.

1.4 Bases conceptuales y formación en salud pública oral en el contexto universitario español.

Resulta evidente que para poder desarrollar una actividad odontológica comunitaria con base preventivista, es necesario transmitir esta filosofía de actuación al alumnado. Para conocer la realidad española utilizamos una publicación de dos de los directores de esta tesis, los Doctores Castaño y Ribas¹⁸: *“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 harto 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*¹⁹.

*Respecto a la formación, debemos hacer una clara división. Un grupo significativo de universidades públicas iberoamericanas, que, en clara sintonía con su compleja realidad social, hacen una apuesta decidida por la priorización en la formación en odontología comunitaria y, por otro lado, el resto de universidades*²⁰. *La estrategia latinoamericana nace en los años setenta del pasado siglo, con el convencimiento de que una odontología solamente curativa, hipertecnificada y con un alto coste para el usuario únicamente agranda las diferencias entre grupos sociales y eleva el muro económico y la barrera cultural que han encontrado los desfavorecidos sociales para el acceso a los servicios de salud oral*²¹.

*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*²².

*A lo largo de nuestro extenso texto, prestigiosos 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*²³. *Para que lo expuesto sea realidad se hace necesaria una formación continuada, desde el grado, en salud pública oral*²⁴.

*Dentro de la estrategia docente de “método del caso”, analizaremos la metamorfosis sufrida por la odontología española en estos últimos treinta años. Esto nos permite comparar oferta odontológica, formación, evolución de los recursos humanos y demanda de servicios. El “caso español”, por sus transformaciones, por sus avances y por lo que es y pudo haber sido, sirve de elemento de reflexión y de herramienta docente de elevado valor*²⁵.

Al principio de la década de los ochenta del siglo XX, España tan solo cuenta con dos centros universitarios para formar dentistas (Madrid y Barcelona.) Por lo tanto, la oferta de servicios odontológicos es muy escasa. Teniendo uno de los mejores sistemas nacionales de salud del mundo, la asistencia odontológica se reduce a estrategias extraccionistas y demanda. La cultura odontológica del pueblo español era escasa y

existía en amplias capas sociales la percepción de inaccesibilidad respecto a la asistencia odontológica²⁶.

Durante dicha década se sextuplica la oferta formativa y renace la odontología como licenciatura universitaria. Aquel fue un momento clave para, al abrigo del espíritu de la Ley 10/1986, haber diseñado unos planes de estudio con mayor vocación salubrista y social. Esto era especialmente difícil, pues ni existían docentes especializados ni el sentir mayoritario del colectivo profesional caminaba en dicha dirección. Posiblemente una apuesta decidida por la inclusión rotunda de la especialidad médica de estomatología en el sistema MIR hubiese creado los cimientos para un desarrollo de la odontología en el sistema nacional de salud, con lo que esto hubiese conllevado²⁶.

Por lo tanto asistimos a una multiplicación y transformación de la oferta educativa (nueve Escuelas de Estomatología que progresivamente se transformaron en Facultades de Odontología) Este hecho provoca un nuevo equilibrio entre oferta y demanda de servicios. Las modificaciones en recursos humanos son muy marcadas pues a los seiscientos nuevos estomatólogos formados por año se unen los cientos de dentistas españoles que se forman odontológicamente en el extranjero (principalmente en República Dominicana, Francia y Argentina). La suma de estos factores hace que en un lustro (1985-1990) la profesión duplique el número de ejercientes²⁷. Posiblemente aquel no era el contexto más adecuado para un cambio radical en la filosofía académica, ya que la profesión estaba más preocupada en definir su perfil y su definitivo encaje en el área de la salud. Tan solo una imposición a nivel del Ministerio de Sanidad y Educación, hubiera sido el detonante para incardinar la odontología en nuestro prestigiado Sistema Nacional de Salud. Esto habría sido coherente con la Ley 10/86 y hubiera conllevado la mayor formación en salud pública oral en las universidades²⁸.

Se inician los años noventa con una mayor oferta formativa y asistencial. La demanda de servicios odontológicos va discretamente en aumento, aunque persiste una amplia percepción social de la inaccesibilidad a la asistencia dental. Esta dificultad de acceso fundamentalmente tiene motivaciones económicas. En las nuevas facultades de odontología, aunque mayor, la formación en odontología preventiva y comunitaria es discreta²⁹.

Durante dicha década se crean programas preventivo-asistenciales infantiles. Esto se inicia en el País Vasco y Navarra, extendiéndose progresivamente a casi toda la nación, en los siguientes veinte años³⁰. La situación expuesta expresa una contradicción. España, con un sistema de salud de cobertura universal, ofrece una oferta muy limitada respecto a la asistencia odontológica pública. Cuando tímidamente esta última se amplía, las facultades no adaptan su oferta formativa a esta realidad emergente.

En años venideros aparece otro elemento modificador de la realidad existente. La creación de facultades de odontología en universidades privadas. En su mayoría, la formación en salud pública oral es inexistente o testimonial. En resumen, durante estos últimos treinta años se multiplican por diez las facultades (en la actualidad existe una veintena de ellas, públicas y privadas.) La parte asistencial ha aumentado la oferta odontológica pública, mayor presencia en atención primaria de salud y desarrollo de programas de capitación. Entre el diez y el veinte por ciento de los dentistas españoles ejercen en el sector público. En esta realidad la oferta formativa en pregrado sigue siendo escasa e insuficiente para la necesaria capacitación en salud pública oral³¹.

En postgrado tan solo 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 públicas³².

Evidentemente se puede y se debe avanzar más. Actualmente, se percibe en España, la eminencia del nacimiento de las especialidades odontológicas³³⁻³⁴. En este contexto, la especialización en odontología familiar comunitaria debe ser prioritaria para con ello, introducirnos 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.

Proponemos una última reflexión. Tenemos una red asistencial suficiente. Tenemos personal docente especializado. Existe una demanda social no satisfecha. La cuestión final sería... ¿Queremos?"

1.5. El proyecto de odontología social de la Universidad de Sevilla.

Desde el año 2004, la unidad docente de odontología preventiva y comunitaria de la Universidad de Sevilla desarrolla un proyecto de odontología social en tres continentes diferentes (América, África y Europa). En él han participado cientos de alumnos de grado y postgrado, siendo atendidos decenas de miles de pacientes. Los Profesores Castaño y Ribas nos lo describen del siguiente modo³⁵: *“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.*

En la década de los ochenta del pasado siglo, el Profesor Aníbal González Serrano de la US lidera un movimiento en pro de una medida de salud pública que conlleva grandes beneficios sociales, la fluoruración de aguas potables. Esta iniciativa consiguió la obligatoriedad de fluorar las aguas a abastecimientos públicos andaluces de municipios de más de 50.000 habitantes³⁶.

El papel precursor del Profesor Aníbal González se cimienta en su formación postgraduada en el extranjero (Universidad de Indiana-USA), su conciencia social y el apoyo de las autoridades académicas y sanitarias de la época. Se debe destacar la ayuda fundamental del Prof. Juan Ramón Zaragoza Rubira, Catedrático de la US y Jefe Territorial de Sanidad de la Junta de Andalucía. La acción sinérgica de la Universidad de Sevilla, Junta de Andalucía y profesión organizada (Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la IV Región) convirtió a Andalucía en la precursora de medidas preventivas comunitarias odontológicas en España. Esta iniciativa fue seguida por otras similares en el País Vasco, Cataluña y Extremadura³⁷.

Con motivo de un curso de doctorado impartido en Lima (año 2003), 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 los autores del texto y 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 Española³⁸.



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 escasísimos recursos. Fueron más de 200 los cooperantes de la US que participaron en las diferentes ediciones³⁹.



El proyecto de Odontología Social de la Universidad de Sevilla ha recibido diferentes reconocimientos durante estos años:

- Llave de la Ciudad. Municipio de Hato Mayor (República Dominicana) 2005.*
- Visitantes distinguidos. Municipio de Hato Mayor (República Dominicana) 2006.*
- Premio "Promoción de la Salud Oral". (Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España) 2005.*
- Reconocimiento de la Municipalidad de Cuzco (Perú) 2005.*
- Premio a la Promoción de la Salud Oral. Colgate, Perú. 2006*
- Premio Acción Social. Fundación Brugal (República Dominicana) 2011.*
- Reconocimiento a la trayectoria en acciones y ayudas sociales. Excmo. Ayuntamiento de Sevilla. 2011.*
- Socio de Honor, Fundación Hanan (Marruecos) 2011.*



En el año 2009, empieza a desarrollarse una innovadora experiencia en la línea de extensión-docencia-servicios. 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, prestigiado y con cobertura universal, la oferta odontológica pública es muy limitada. Y también muy limitada la formación del alumnado de pregrado en este 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 comunitaria⁴⁰⁻⁴¹.

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-bereber 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 (Ingesa-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.

También en el año 2009 nace la Fundación Odontología Social Luis Séiquer (FOS) 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 está 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”.



1.6 El proyecto de odontología social del Grupo de Cooperación “Odontología Social” de la Universidad de Sevilla en República Dominicana.

Este proyecto se desarrolla ininterrumpidamente desde el año 2005 dirigido por los Profesores Castaño y Ribas. Se han atendido más de 40.000 personas y constituye todo un referente en cuanto a programas docentes-solidarios de odontología social. Sus creadores y máximos responsables del proyecto lo describen de la siguiente manera⁴²: *“Como resumen diremos que es un proyecto docente-solidario realizado desde el año 2005 por la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), Universidad de Sevilla (US) y la Fundación Odontología Social (FOS). Se atienden anualmente unas cinco mil personas de limitados recursos. Interactúan más de ochenta cooperantes españoles y dominicanos para desarrollar conocimientos, capacidades y valores en el área de la odontología social*⁴³.



VISIÓN

Mejorar la salud oral de los dominicanos, siendo referentes por el modelo educativo-solidario aplicado.

MISIÓN

Aplicar una metodología docente con priorización en la prevención que permita mejorar la salud oral de los más desfavorecidos⁴⁴⁻⁴⁵.

VALORES

- *Vocación de servicio a la ciudadanía.*
- *Desarrollo ético de la cooperación.*
- *Imagen de prestigio en la formación.*
- *Referencia de excelencia en cooperación al desarrollo.*



En la República Dominicana existe un elevado porcentaje de la población que padece situaciones de pobreza o extrema pobreza, con graves carencias en educación y sanidad. La UASD, única universidad pública del país, realiza actividades de odontología social desde el año 1999. En el año 2004 se establece una alianza entre los responsables odontológicos del programa “Solidaridad y Esperanza” de la UASD y docentes de Odontología Preventiva y Comunitaria de la US para desarrollar actividades preventivo-asistenciales y de promoción de la salud oral entre la población dominicana. Esta alianza estratégica tiene un claro componente docente basándose en la filosofía de extensión, docencia, servicio y solidaridad.



JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

- *Demanda no satisfecha.*
- *Elevada prevalencia de patología oral entre la población local.*
- *Barreras económicas y culturales para el acceso a los servicios de salud (son fundamentalmente privados).*
- *Fortaleza de las entidades organizadoras (universidades con prestigio, marcada vocación y compromiso social)⁴⁶.*
- *Carencias formativas entre los cooperantes no egresados.*

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la salud oral de la población dominicana desfavorecida y educar en conocimientos, habilidades y valores a los cooperantes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- *Educar para la salud.*
- *Establecer hábitos saludables perdurables en el tiempo.*
- *Promover programas preventivos con altos niveles de viabilidad y perdurabilidad.*
- *Disminuir la prevalencia de patología oral.*
- *Formar y concienciar a los cooperantes dentro de las bases conceptuales de la odontología social y su desarrollo.*
- *Fomentar la interculturalidad entre la población beneficiaria, los cooperantes y las instituciones organizadoras.*
- *Crear, desarrollar y perpetuar en el tiempo un programa de cooperación al desarrollo en el área de la salud.*

- *Establecer líneas de investigación en las áreas de ciencias de la salud, ciencias sociales y ciencias de la educación.*

ENTIDADES ORGANIZADORAS

- *Universidad de Sevilla (2005-2011).*
- *Universidad Autónoma de Santo Domingo (2005-2011).*
- *Fundación de Odontología Social Luis Séiquer (2009-2011).*

ENTIDADES COLABORADORAS PRINCIPALES

- *Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Sevilla (2005, 2006 y 2007).*
- *Proclinic (2010 y 2011).*
- *Colegio Oficial de Dentistas de Navarra (2010 y 2011).*

En proyectos de estas características y envergadura es de suma importancia el apoyo de distintas entidades dado que permiten aumentar la cobertura de actuación y consolidan las actividades. A su vez, las instituciones colaboradoras desarrollan su compromiso con la sociedad, objetivo fundamental de todas ellas.

PARTICIPANTES

- *Profesores de la UASD (2005-2011).*
- *Profesores de la US (2005-2011).*
- *Profesores de la Universidad de Salamanca (USAL) (2006 y 2010).*
- *Profesores de la Universidad de Zaragoza (2011).*
- *Alumnos y egresados de la UASD (2005-2011).*
- *Alumnos y egresados de la US (2005-2011).*
- *Alumnos de la USAL (2006, 2010 y 2011).*
- *Alumnos y egresados de las Universidades de Granada, Murcia, Valencia, Complutense, CEU Madrid, Alfonso X El Sabio, Cardenal-Herrera de Valencia, Europea de Madrid, Barcelona, Oviedo, Universidad Internacional de Catalunya y Santiago (2009, 2010 y 2011).*

LUGARES DE CELEBRACIÓN

Buscando el mayor impacto se seleccionaron los lugares de atención, basándonos en el apoyo logístico ofrecido por autoridades locales y la UASD.

- Hato Mayor: Población rural con unos de los niveles socioeconómicos más bajos de la República Dominicana. Se atendieron 21150 personas de las provincias de El Seibo, Monte Plata, Samaná y Hato Mayor en los años 2005, 2006, 2007 y 2008. Se utilizaron las instalaciones del CURHAMA (Centro Universitario Regional de Hato Mayor) de la UASD.

- Puerto Plata: Durante los años 2009, 2010 y 2011 se han atendido de forma más continuada a 15789 personas. El apoyo en instrumental y material fungible de PROCLINIC S.A ha sido fundamental para la optimización de los servicios ofrecidos y su continuidad en el tiempo. La población beneficiaria procede fundamentalmente de las provincias de Puerto Plata, Montecristi, Mao y Espaillat.

DESARROLLO DEL PROYECTO

La actividad se concentra en los centros universitarios (CURHAMA y CURA) reconvertidos en centros asistenciales. Diariamente se seleccionan entre 500 y 700 pacientes que tras realizarles la historia clínica se les distribuye a las distintas áreas:

- Área I: Educación para la salud (todos los pacientes se benefician de este servicio).

- Área II: Odontología Preventiva. Técnica de remoción de placa. Flúor tópico. Selladores. ART. Cariostáticos. 10 unidades. Se atienden unos 150 niños por día, lo que permite que el cooperante interactúe entre 20 y 30 minutos con cada paciente, facilitando esto, además de la correcta realización de la técnica preventiva, una relación más estrecha entre odontólogo y usuario.

- Área III: Odontopediatría (operatoria, cirugía, mantenedores de espacio). 10 unidades. Los beneficiarios diarios oscilan en un número entre 80 y 100⁴⁷.

- Área IV: Profilaxis y periodoncia (Tartrectomías manuales y con ultrasonidos. Raspados y alisados). 14 unidades. Diariamente se realizan entre 300 y 400 intervenciones.

- Área V: Operatoria (obturaciones con amalgamas o resinas). 12 unidades. Se atienden entre 40 y 50 pacientes diarios, realizándose de 100 a 120 restauraciones.

- Área VI: Cirugía. 20 unidades. Diariamente se receptionan entre 150 y 180 pacientes, llevando a cabo unas 200 exodoncias cada día.

- Área VII: Prótesis odontológicas. Se realizan prótesis removibles de acrílico. 4 unidades. Cada año se rehabilitan entre 100 y 150 personas edéntulas totales o parciales.

- Área VIII: Desinfección y esterilización.

- Área IX: Almacén. Apoyo logístico.

Se cuenta con un almacén dotado de material odontológico y fármacos básicos. La viabilidad del proyecto se basa en gran medida en el apoyo recibido por el personal del CURA-UASD, Cruz Roja de Puerto Plata, Rescate Ámbar así como las Fuerzas Aéreas y Navales.

Todas las áreas clínicas están supervisadas por al menos dos profesores, uno de la UASD y otro español. Existe un equipo médico para atender urgencias y evaluar pacientes con patologías sistémicas. La ambulancia permite trasladar al centro hospitalario cercano a los pacientes que lo necesiten.



VALORACIÓN FINAL

Durante siete años, más de 36000 dominicanos de capas desfavorecidas de la sociedad se han beneficiado de este proyecto preventivo asistencial odontológico. Las universidades organizadoras desarrollan su compromiso social y potencian sus actividades de extensión-docencia-servicio. Más de 500 cooperantes han participado, mejorando sus conocimientos y habilidades y educándose en valores. Su manifiesto componente docente apoyado en la solidez de las instituciones que gerencia el proyecto sumado a la elevada repercusión en la salud oral y calidad de vida de la

*población beneficiaria, singularizan estas actividades que se han convertido en un referente a nivel mundial dentro de la odontología social*⁴⁸⁻⁴⁹⁻⁵⁰⁻⁵¹.

2. Diseño de la investigación.

2.1. Justificación.

Cualquier proyecto de odontología comunitaria debe ser evaluado periódicamente. Teniendo en cuenta que distintos actores participan en este proyecto y teniendo en cuenta que su objetivo final es tanto solidario como docente, se hace aún más necesaria la evaluación sistemática de la actividad desarrollada. Es de suma importancia conocer la percepción que tiene la población beneficiaria del proyecto. También, se ha de conocer la opinión sobre el proyecto de los distintos cooperantes. Todo ello ayudará a mejorar el proyecto y justificar, en su caso, la continuidad del programa docente-solidario.

2.2 Problemas y objetivos.

La investigación pretende dar una respuesta a una **pregunta genérica**.

¿Es útil/válido el proyecto de Odontología Social en la República Dominicana?

El **propósito de la investigación** es el siguiente:

Conseguir descripciones, opiniones y valoraciones que permitan aumentar el conocimiento del proyecto. Estos testimonios nos permitirán valorar la formación en conocimientos, capacidades y valores a la que aspira el proyecto.

El **problema de la investigación** es:

“ Conocer el proyecto de Odontología Social de la Universidad de Sevilla en República Dominicana (2005-2009) a partir del testimonio de los participantes.

Objetivo general:

- Valorar la pertinencia y validez del proyecto a través del conocimiento de las percepciones de los cooperantes.

Objetivos específicos:

- Conocer la percepción adquirida respecto a aspectos organizativos del proyecto.
- Conocer la percepción adquirida respecto a la formación en valores.
- Conocer la percepción adquirida en relación al fenómeno de interculturalidad.

Este trabajo de investigación utiliza una metodología inductiva, no existiendo hipótesis previas que deban ser confirmadas y que condicionen el proceso a desarrollar.

Se parte de una hipótesis motivadora o generatriz, en tanto su función no es condicionar las fases posteriores del estudio, sino sugerir un punto de inicio sobre el que generar descripciones exhaustivas. Dicha hipótesis generatriz queda formulada en los siguientes términos:

El Proyecto Odontología Social de la US ha supuesto un cambio en la formación del alumno de odontología así como en su percepción de la realidad social.

Teniendo en cuenta los objetivos formulados y la hipótesis que sirve como guía al estudio, se han planteado una serie de temas o aspectos concretos sobre los que se centra la descripción de la opinión de los profesionales, estos aspectos serán los siguientes:

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

2.3 Enfoque metodológico

Para el desarrollo de este trabajo se ha adoptado un diseño de investigación donde se combinan metodologías cualitativas y cuantitativas. Concretamente se ha seguido una estrategia de integración metodológica, recurriendo a métodos de encuesta, grupos de discusión, y diarios de campo. Con el uso de ambos tipos de procedimientos se ha pretendido llegar a conclusiones convergentes, que se vigorizan mutuamente y permiten incrementar nuestra confianza en la validez de los resultados. Las técnicas que se han usado son las siguientes.^{52, 53,54}

- Como procedimiento cuantitativo en este trabajo se han empleado métodos de encuesta que implican el planteamiento de una serie de cuestiones a un colectivo amplio de sujetos , cuyas opiniones, puntos de vista o experiencias interesa conocer. En concreto se ha utilizado un cuestionario administrado a una muestra representativa de participantes en el proyecto de República Dominicana.**(ANEXO I)**
- Entre los procedimientos cualitativos se ha recurrido a la formación de grupos de discusión entre participantes del proyecto a través de los cuales es posible profundizar en las experiencias y puntos de vista de los sujetos que participan en los contextos estudiados. Concretamente se eligieron profesores colaboradores y alumnos que asistieron al operativo. También se utilizó, como método cualitativo, un diario de campo realizado in situ por un cooperante.^{55,56}

2.4 Población estudiada y selección de sujetos en el estudio piloto.

Se encuestó a la totalidad de cooperantes provenientes de la Universidad de Sevilla que participaron en el proyecto entre los años 2005 a 2009. Suman un total de 99 cooperantes.



Se contactó con el alumnado a través de redes sociales. De esas noventa y nueve personas, se obtuvieron setenta y cinco correos electrónicos. Posteriormente se envió la encuesta y tras varias semanas respondieron sesenta alumnos de esos setenta y cinco potenciales.

La selección de los sujetos que formaron parte de los grupos de discusión se realizó de forma dirigida escogiendo a cuatro participantes, dos profesores cooperantes y dos alumnos, para poder confrontar los dos puntos de vista.

Se seleccionaron cuatro personas para realizarles entrevistas personales. El director y creador del Proyecto, Prof. Castaño Séiquer, un profesor cooperante de la Universidad de Sevilla, un alumno-cooperante de la Universidad de Sevilla y una alumna cooperante proveniente de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Como método cualitativo observacional, se utilizó el diario de campo realizado por un cooperante.

2.5 Recogida de datos en el estudio piloto.

La recogida de datos acerca de las opiniones de los participantes sobre el proyecto se ha apoyado en las técnicas anteriormente expuestas. Estos datos han permitido acceder al punto de vista de los diferentes participantes en este proyecto de odontología social. Los procesos usados durante el trabajo de campo fueron:

- a) Cuestionario.

El cuestionario empleado en el estudio se ha facilitado a participantes de la Universidad de Sevilla. El cuestionario facilita la recogida de información de colectivos amplios, planteando por escrito una serie de preguntas acerca del tema objeto de estudio. Esta técnica se usa en investigación social, permitiendo obtener las opiniones de un alto número de sujetos con un bajo coste. Tenía como propósito recoger las opiniones de los participantes sobre el proyecto. Un ejemplar del mismo está en el **ANEXO I**.

La muestra invitada a contestar al mismo se constituyó por los participantes localizables por redes sociales y correo electrónico en el periodo Octubre a Noviembre de 2009. A fin de garantizar un porcentaje alto de respuestas se recordó cada semana (dentro del periodo de recolección de encuestas), que se rellenara la encuesta. El total de respuestas fue de sesenta encuestas rellenadas sobre setenta y cinco personas localizadas a través de redes sociales y correos electrónicos.

57,58,59,60.

b) Grupos de discusión.

Se trata de una estrategia dirigida a la producción de un discurso a través de la discusión mantenida por un grupo entre ocho y doce sujetos (en el estudio sólo pudimos contar con 4) que son reunidos sobre una hora u hora y media para debatir acerca de un tema propuesto por el moderador.

La idea de base es que los sujetos se muestren predispuestos a revelar sus experiencias y opiniones cuando se sienten entre iguales. Dado el clima permisivo y no directivo en que se desarrolla la discusión de grupo, los participantes en la misma expresan preocupaciones, opiniones, experiencias y actitudes de manera libre, sin limitaciones impuestas por las preconcepciones del científico, como puede ocurrir en cuestionarios o entrevistas. 60, 61

En el presente estudio se planteó la celebración de un grupo de discusión. En su composición se ha asegurado la homogeneidad, que se encuentra entre los rasgos que definen esta técnica. Precisamente el sentirse entre sujetos de la misma "clase" hace que los participantes se encuentren cómodos en el grupo y crea el contexto adecuado para que se discutan abiertamente los temas planteados. Sin embargo, un grupo estrictamente homogéneo producirá un discurso pobre y redundante. De ahí que junto al criterio básico de homogeneidad en la composición, hayamos introducido cierta heterogeneidad que favorezca la generación del discurso.

Así se buscaron participantes de distintas ediciones así como profesores colaboradores.

Al convocar las reuniones los participantes fueron informados de que asistirían a una reunión en la que se debatirían temas relacionados con el Proyecto Odontología Social. En este momento se evitó precisar con detalle el tema de la discusión a fin de evitar que los participantes fueran a la reunión con ideas prefabricadas.



Una vez reunidos los sujetos que fueron convocados, se planteó el tema que se discutiría junto al tema general, el moderador contaba con un listado de aspectos que podrían ser sugeridos en caso de que la

discusión se agotara o que el tiempo de la reunión se acabara sin que se hubieran abordado esos temas. Estos aspectos coinciden con las dimensiones fundamentales consideradas en el estudio.

El papel del investigador como moderador del grupo fue el plantear el tema y catalizar la producción del discurso deshaciendo bloqueos y procurando que se mantuviera dentro del tema planteado. Las discusiones ocuparon un espacio entorno a media hora. Fueron grabadas en audio, y posteriormente transcritas a fin de proceder a su análisis.^{62, 63}

Ver **ANEXO II**

c) Entrevistas.

La entrevista, en cualquiera de sus modalidades, consiste en que una persona (entrevistador) solicita información de otra o de un grupo (entrevistado) para obtener datos sobre un problema determinado. Implica por tanto la existencia de al menos dos sujetos y el establecimiento de una interacción verbal. Mediante la entrevista accedemos a información sobre acontecimientos y también sobre aspectos subjetivos de las personas que no son directamente observables: opiniones, valoraciones, sentimientos, etc.

En el estudio se planteó realizar cuatro entrevistas, pudiendo obtener información respecto de cuatro puntos de vistas distintos, es decir, la realidad del proyecto según el creador, según un profesor colaborador, según un cooperante de la Universidad de Sevilla y según una cooperante formada en la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Se eligió realizar una entrevista semiestructurada, es decir, consistente en preguntas abiertas, flexibles, y no directivas. Este tipo de entrevista

no se suele emplear para contrastar una concepción sobre el problema estudiado, sino para profundizar en explicaciones y en la perspectiva de los sujetos participantes

De igual forma que en los grupos de discusión, el papel del investigador fue el de plantear y catalizar la producción del discurso, deshaciendo bloqueos y evitando divagaciones ^{64,65,66,67}

Las entrevistas se realizaron en el mes de enero de 2010 y tuvieron una duración entre diez y veinte minutos. Fueron grabadas posteriormente transcritas para su mejor análisis.

Ver **ANEXO III**

d) Diario de campo.

Las *notas de campo* aluden a todas las informaciones, datos, fuentes de información, referencias, expresiones, opiniones, hechos, croquis, etc. que pueden ser de interés para la investigación. Se recogen todos los datos del observador en el campo durante el transcurso del estudio. A través de los sistemas narrativos el investigador cualitativo suele registrar la ocurrencia natural de acciones, acontecimientos, conductas sin tratar de filtrar lo que ocurre de forma sistemática, es decir, recoge los acontecimientos tal y como están ocurriendo, sin separarlos de todo lo que pueda estar influyendo o interviniendo en la situación observada. En consecuencia, el *contenido* de las notas incluye:

- Escenarios
- Actividades
- Descripción de personas
- Diálogos



Además debemos diferenciar que el diario de campo puede ser:

- Apuntes realizados en el momento en que suceden los acontecimientos, para recordar lo que se ha visto u oído.
- Notas más extensas escritas con posterioridad, cuando dispones de más tiempo para hacerlo.

El diario de campo proporcionado fue realizado después de la experiencia en el Proyecto. 42, 68.

Ver **ANEXO IV**

2.6. Procedimiento de análisis.

Como resultado de la utilización de los procedimientos de recogida de datos mencionados en el apartado anterior se acumularon dos tipos de información: datos cualitativos y datos numéricos. Los datos cualitativos serán en este caso las transcripciones de los discursos de grupo. Los datos numéricos proceden de parte de las preguntas incluidas en los cuestionarios dirigidos a los participantes que se plantearon a modo de escala en las que los sujetos expresan respuestas que son codificables numéricamente y susceptibles de tratamiento cuantitativo.

La información cuantitativa expresada en forma de números, ha sido analizada mediante tratamiento estadístico. Un análisis descriptivo básico (frecuencia, porcentajes, medias) y algunos estudios comparativos en función de variantes relevantes se han llevado a cabo. Para la realización de estos análisis hemos recurrido al paquete estadístico SPSS en su última versión 15.0 con licencia de la Universidad de Sevilla.

Como producto del análisis de datos cualitativos se ha generado un informe narrativo, conteniendo una información copiosa, abundante en detalles, sobre la opinión de los participantes acerca del Proyecto. En este informe se han integrado los resultados del análisis cuantitativo, que vienen a confirmar o complementar los hallazgos a los que llegamos desde la metodología cualitativa que juega un papel fundamental en el estudio. ^{57, 69, 70}

3. Resultados.

3.1. Respuestas al cuestionario.

El cuestionario fue respondido por sesenta participantes de los setenta y cinco a los que se envió el cuestionario. El número de alumnos en total que participó en el proyecto entre 2005 y 2009 por parte de la Universidad de Sevilla fue de 99 personas. Contestó un 70% de los encuestados.

Se encontraron los siguientes resultados:

-Edad: 25 participantes se encontraban entre los 19-23 años. Otros 33 se hallaban entre los 24-30 y un solo participante era mayor de 30 años.

-Sexo: 54 mujeres y 6 hombres respondieron al cuestionario. De ellos, 10 participaron en la edición de 2005, otros 10 en 2006, 11 en 2007, 17 en 2008 y 12 en 2009.

-Nivel educacional paterno: 33 de padres universitarios, 17 de padres de formación profesional y 10 padres de nivel educacional básico-elemental.

-Ingresos paternos: 3 tenían ingresos inferiores a 1200€, 17 tenían ingresos entre 1200-2400€ euros, 11 entre 2400-3600€, 16 entre 3600-6000€ y 3 ingresos superiores a 6000€.

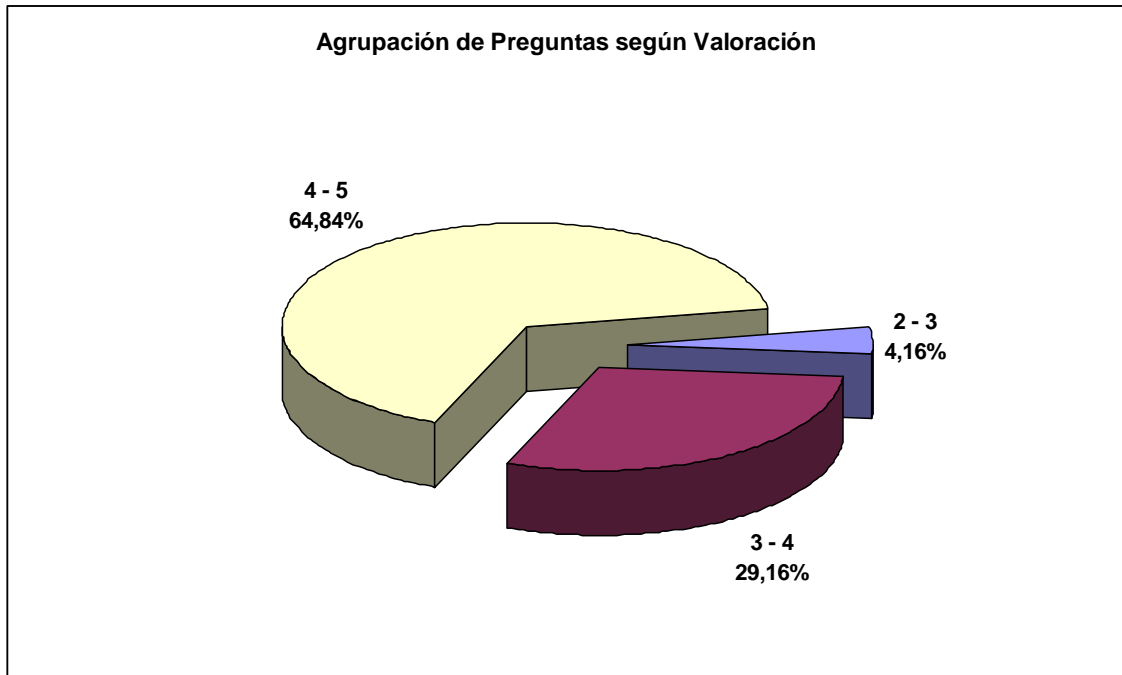


Gráfico 1: Agrupa en porcentajes las cuestiones según valoración en el cuestionario.

EDAD

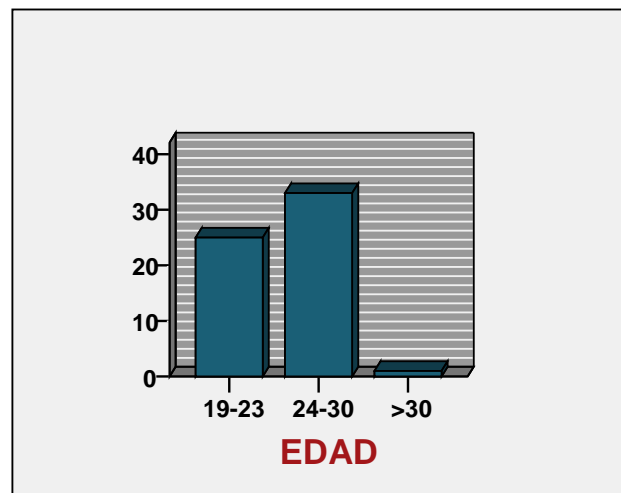
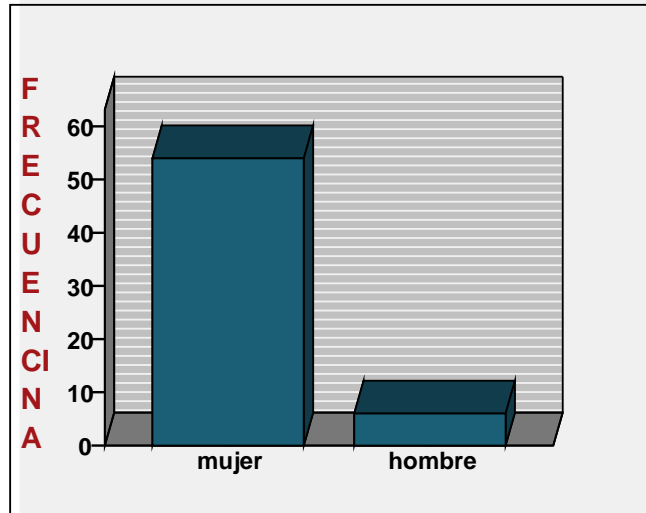


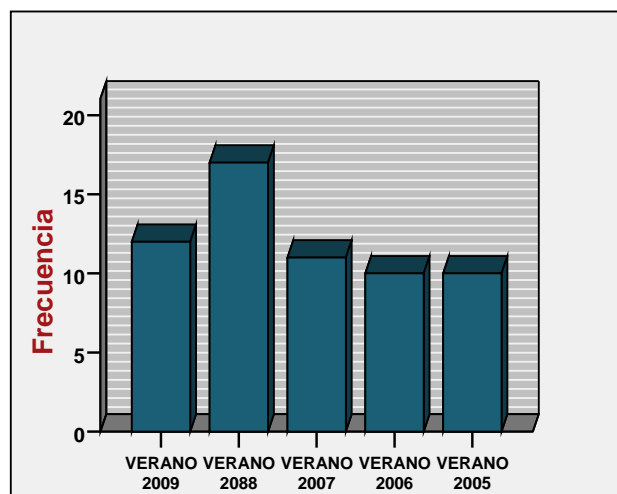
Gráfico 2: Nos indica el porcentaje de alumnos que asistieron al operativo según rango de edad.

SEXO

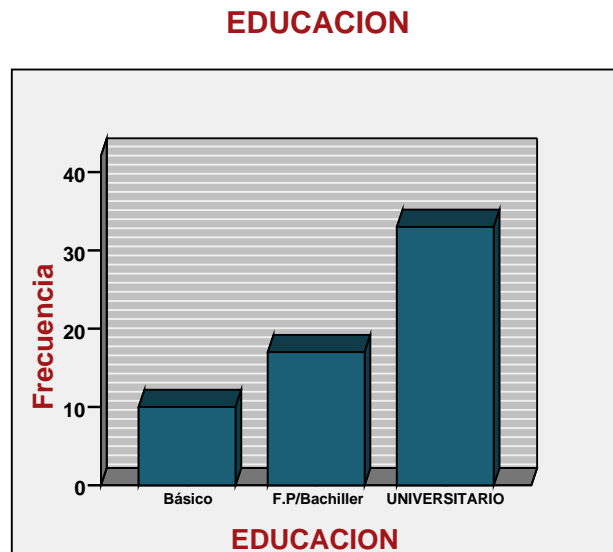


Gráfica 3: Nos indica el porcentaje de alumnos que asistieron al operativo según el sexo

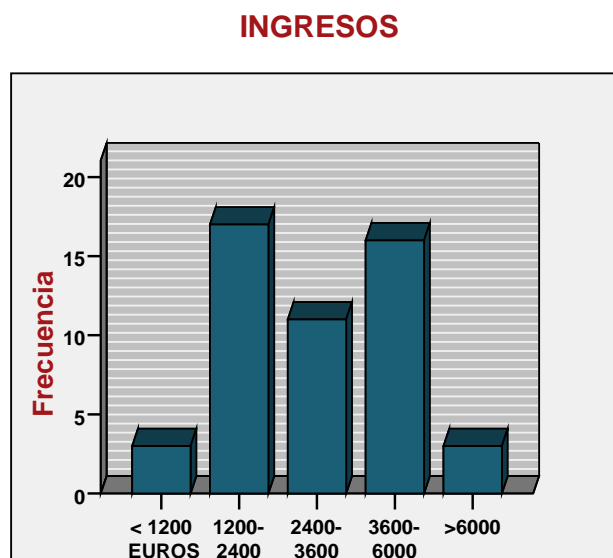
EDICION



Gráfica 4: Nos indica el porcentaje de alumnos que asistieron al operativo según la edición.



Gráfica 5: Nos relaciona el porcentaje de alumnos que asistieron al operativo con la educación de sus padres.



Gráfica 6: Nos relaciona el porcentaje de alumnos que asistieron al operativo con la educación de sus padres.

3.2 Descripción de las opiniones sobre el proyecto piloto (2005-2009).

Se reflejan las opiniones obtenidas en base a los datos del cuestionario y se amplía la información ofreciendo testimonios de los grupos de discusión, entrevistas y diario de campo.

Las preguntas de la encuesta se han agrupado en función de su temática, según la siguiente estructura:

- Organización del proyecto (preguntas 3, 5, 9,17, 20 y 21).
- Choque cultural en el proyecto (preguntas 4, 8, 10, 12,16 y 24).
- Valores morales en el proyecto (preguntas 1, 6, 13, 14,18 y 22).
- Aprendizaje en el proyecto (preguntas 2, 7, 11, 15,19 y 23).

En la tabla 10 y en la gráfica 7 aparece la totalidad de las preguntas agrupadas por temáticas y los valores de las medias de las respuestas obtenidas en cada una de las preguntas.

De forma global las opiniones de los participantes encuestados sobre los enunciados en los que se trata de englobar una opinión general sobre el proyecto son altas, dado que un 66% de las preguntas están valoradas por encima de 4 (siendo la peor valoración 1 y la máxima 5).

Las mayores puntuaciones han sido para las preguntas número 22, para la número 23 y para la número 11. En todos estos casos la media rondó entre 4´7- 4´8, lo cual indica que la mayoría de los encuestados están de acuerdo con lo afirmado en dichas preguntas. De forma mayoritaria los participantes consideran que han conocido la realidad de país y de una profesión (4´8 sobre un máximo de 5) y que han aprendido a trabajar en condiciones desfavorables (4´8 de media). Del mismo modo, de forma mayoritaria los participantes que respondieron están de acuerdo que aprendieron ayudando y viceversa (4´7 de media).

Las opiniones más positivas hacen referencia al grupo de cuestiones que versa sobre el aprendizaje (preguntas 2,7, 11, 15, 19,23) con una media de 4´5, superando todas las preguntas el valor de 4.

Tan sólo en una pregunta de las 24, la media estaba por debajo de 3.

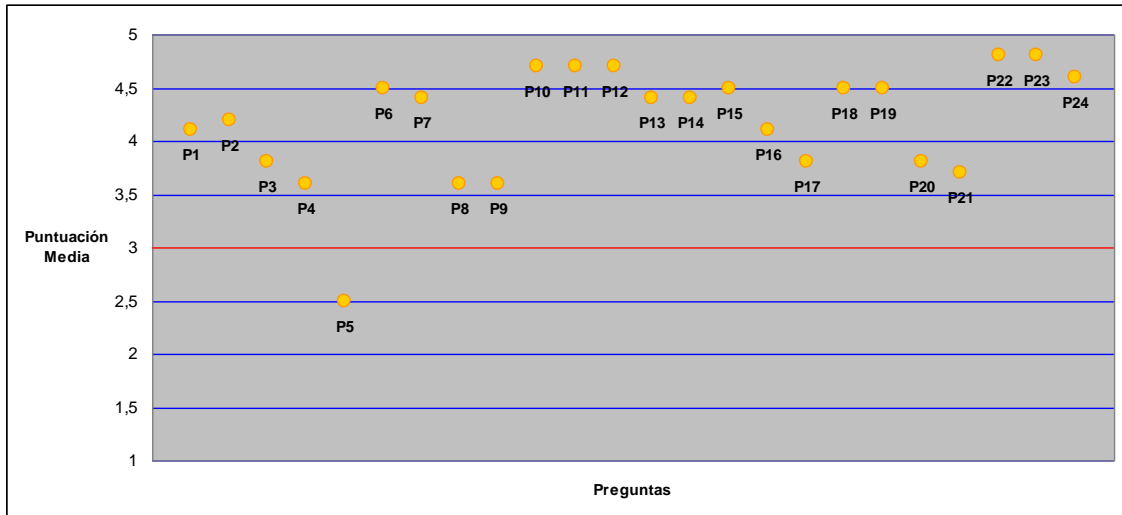
Los alumnos encuestados opinaban que el costo del proyecto era relativamente asequible (pregunta 5 con una media de 2'5). En cuanto al grupo de preguntas que reciben una valoración más baja, se trata del grupo de ítems relacionados con la organización (preguntas 3, 5, 9, 17,20 y 21) con una media de 3'5.

<u>ENUNCIADO DE LA PREGUNTA</u>	Media de las opiniones(mínimo 1 máximo 5)
	x
P3 He recibido suficiente información en todos los aspectos por parte de los organizadores.	3'8
P5 Los costes del proyecto son asequibles para los alumnos (billete de avión, alojamiento).	2'5
P9 El sistema de selección y las formas de comunicación a los participantes son adecuadas y transparentes.	3'6
P17 La organización del operativo es adecuada (Vuelo, instalaciones, comidas, planning temporal, distribución de pacientes, transporte local hacia lugar de trabajo).	3'8
P20 He sido correctamente informado sobre potenciales enfermedades del lugar, así como su prevención y cura	3'8
P21 La sede e instalación elegida para el operativo es adecuada dada la necesidad en la zona de tratamientos dentales	3'7

P4 El uso de expresiones idiomáticas Dominicanas me ha enriquecido y me ha facilitado la comunicación con los pacientes	3'6
P8 Una formación académica universitaria similar y un lenguaje Odontológico homogéneo entre españoles y dominicanos mejorarían los tratamientos dentales	3'6
P10 He tenido la posibilidad de mezclarme con las gentes y lugares de aquel país y enriquecerme como persona	4'7
P12 Me he sentido integrado por los compañeros y Profesores Dominicanos	4'7
P16 He sido correctamente informado sobre las necesidades y consideraciones especiales de la población a tratar así como formas de trato y costumbres	4'1
P24 He podido conocer la realidad social de una profesión y de un país	4'6

P1 He cambiado mi forma de pensar tras la experiencia	4'1
P6 He tenido la posibilidad de madurar con la experiencia vivida	4'5
P13 Con estas actuaciones solidarias logramos educar a la población para una salud oral futura mejor	4'4
P14 Destacaría como punto fuerte del proyecto la gran obra social	4'4
P18 He tenido la posibilidad de conocer de primera mano los valores primordiales de la acción solidaria (compañerismo, humanidad, altruismo, sencillez):	4'5
P22 Considero la experiencia única y recomendable para la comunidad universitaria:	4'8
P2 La asistencia al proyecto de otros profesionales sanitarios (médicos, enfermeros...) complementarían el aprendizaje de los alumnos	4'2
P7 La asistencia al operativo mejora la práctica dental en poco tiempo	4'4
P11 He tenido posibilidad de aprender ayudando y de ayudar aprendiendo	4'7
P15 He podido colaborar en todas las áreas odontológicas existentes en el operativo	4'5
P19 Me he sentido respaldado por los profesores colaboradores de ante cualquier contingencia del tratamiento dental	4'5
P23 He aprendido a trabajar en condiciones desfavorables con menos recursos (valorando así los medios de los que disponemos) intentando optimizar al máximo los recursos disponibles	4'8

Tabla 10: Totalidad de las preguntas del cuestionario agrupadas según temática con la media de las respuestas obtenidas.



Gráfica 7: Nos muestra las medias de los distintos ítems del cuestionario.

3.3 Organización del proyecto.

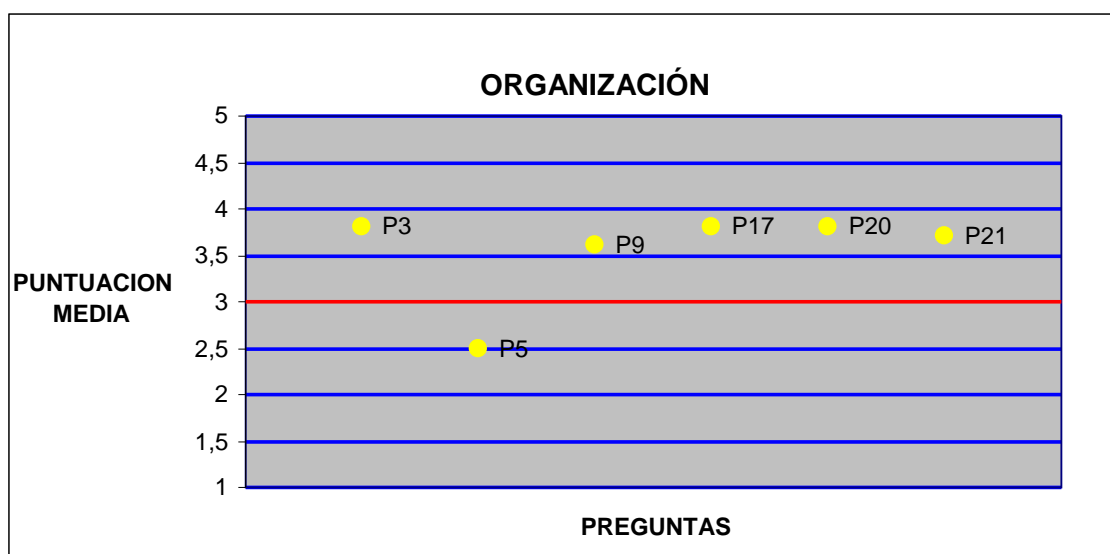
Los resultados que se obtuvieron en la encuesta quedan reflejados en la tabla 11 y nos muestran una distribución por porcentajes al respecto de las seis preguntas acerca del cuestionario que requieren la respuesta acerca de la temática organizativa.

En la figura 8 también observamos una comparativa de las medias de los resultados obtenidos acerca de estos ítems en el cuestionario.

Ítems	Porcentajes					X
	1	2	3	4	5	
P3 He recibido suficiente información en todos los aspectos por parte de los organizadores	1'6	6'6	23'3	41'6	26'6	3'8
P5 Los costes del proyecto son asequibles para los alumnos (billete de avión, alojamiento)	20	36'6	18'3	21'6	3'3	2'5
P9 El sistema de selección y las formas de comunicación a los participantes	3'3	10	26'7	41'7	18'3	3'6

son adecuadas y transparentes						
P17 La organización del operativo es adecuada (Vuelo, instalaciones, comidas, planning temporal, distribución de pacientes, transporte local hacia lugar de trabajo):	0	8'3	20	45	25	3'8
P20 He sido correctamente informado sobre potenciales enfermedades del lugar, así como su prevención y cura	0	11'7	18'3	43'3	26'7	3'8
P21 La sede e instalación elegida para el operativo es adecuada dada la necesidad en la zona de tratamientos dentales	0	10	18'3	55	16	3'7

Tabla 11: Frecuencias y medias para los ítems pertenecientes la organización del proyecto.



Gráfica 8: Nos muestra las medias de los distintos ítems de organización.

Los participantes valoran de forma positiva los aspectos relacionados con la organización (medias de las preguntas entre 3'5 y 3'9), salvo el aspecto económico (**ítem 5**) donde los alumnos lo valoran de forma negativa (una media de 2'5). Creen que los costes no son asequibles para los alumnos. Sobre este tema no existe una postura clara en entrevistas y grupos de discusión. Encontramos diferentes opiniones, unas a favor y otros no en

contra pero sí más críticos concretamente los participantes se expresaron de la siguiente forma:

“Si opino que sí, que las ayudas son buenas. Tampoco se puede, opino yo, dar la beca completa, a lo mejor a una gente sí, pero está bien (Entrevista a alumna).

...” L: Sí, las ayudas están bastante bien, cubre casi todo el proyecto, el viaje.

M: Bueno una parte, después la estancia y demás no cubre tanto.

A: Si se pudiera ofrecer un poco más de dinero, pues cubriría la estancia y otras cosas que no están cubiertas pero buenos...la equivalencia de darle a todo el mundo igual y tal está bien repartida. (Grupo de discusión)

En el período 2005-2009, los cooperantes-alumnos de la Universidad de Sevilla recibieron distintas ayudas con diferentes cuantías. Estas ayudas fueron distintas según la edición del proyecto.

K: Actualmente la Universidad de Sevilla está ofreciendo un dinero que cubre el 70-75% del gasto de los alumnos que van pero claro, lo ideal sería que diesen más becas a más alumnos pero que vamos un 75% está bien” (Grupo de discusión)

En relación a la sede, **pregunta número 21** y (valorada de media con 3´7), hay que decir que en la edición 2009 se dio un cambio de sede. Ya no sería Hato Mayor del Rey sino Puerto Plata, lo cual redundó en la calidad del alojamiento así como en las comidas. Más de la mitad de los encuestados cuantifica positivamente las sedes, y hacen hincapié en la

mejora del último año debido al cambio. A continuación exponemos lo que manifestaron los participantes:

“Las posibilidades en Puerto Plata son mayores...Las instalaciones son más amplias, la capacidad de crecimiento es mayor y de hecho se está planteando la existencia de una clínica permanente en las instalaciones de la UASD en Puerto Plata. El índice de pobreza es similar pero más acentuado en Hato Mayor”

(Entrevista al profesor organizador del proyecto)

“La sede durante los primeros cuatro años, eran unas instalaciones aceptables. Donde después teníamos que alojarnos la verdad es que no. Era demasiado difícil para los alumnos estar trabajando de forma adecuada al día siguiente en este tipo de instalaciones, por la alimentación que teníamos etc. En el último año como es una sede nueva, Puerto Plata, un alojamiento totalmente distinto y yo creo que ahora mismo reúne las cualidades necesarias para por lo menos trabajar dignamente”

(Entrevista a profesor colaborador).

“A mí me parece superbien, aparte la sede se cambia. Los primeros 5 años fueron un poco estresante , sabes porque es la primer vez que se hace un proyecto tan grande, más si cabe en la república y sabes, tiene mayor magnitud así como de personas para atender, y personas colaborando también. Ya ahora se ha cambiado de sede, ahora es Puerto Plata, otra ciudad que no es igual a la otra, hay un nivel de vida un poco diferente, pero en cuestión de organización ha sido mucho mejor y cada año se va mejorando y este ha sido un proyecto más organizado”

(Entrevista a cooperante dominicana)

Comparando encuestas y entrevistas, se observa una generalizada aceptación de la sede, con un recalco de la mejora al cambiarse a Puerto Plata. Por otra parte, a la llegada del operativo hay que preparar las dependencias de esa sede regional para adaptarlo lo mejor posible para que funciones como clínica Odontológica durante 10 días.

“Preparamos un aula que haría de sala de espera, otra haría de almacén y otra de esterilización. Además nos repartiríamos el trabajo en cuatro especialidades: Odontopediatría, Cirugía, Operatoria-Profilaxis y Prótesis” (Diario de campo)

Respecto a la **pregunta número 3** de la encuesta, que versa sobre la información dada a los participantes por parte de los organizadores, está valorada con una media de 3´8. Más del 70 % de los encuestados en esta pregunta están de acuerdo o muy de acuerdo con la información recibida mientras que sólo un 15-20% está contrariado por ello. Los alumnos que entran en la Facultad de Odontología no conocen como funciona la Facultad en sí. Van aprendiendo el desarrollo de la misma, sus normas, sus reglas etc. con el paso de los años. Asimismo estos proyectos eran desconocidos o se tenía poca información hasta que se llegaba a asignaturas de 3º-4º de carrera o por comentarios de personas que habían asistido. Actualmente existen cursos de iniciación en la Facultad para informar de todos estos aspectos. La opinión vertida en grupos de discusión y entrevistas fue la siguiente:

“ Clar , antes de ir a República , se tienen tres o cuatro sesiones aquí en Sevilla , donde se les va comunicando ventajas e inconvenientes así como los pasos que deben seguir para poder ir al proyecto” (Entrevista a profesor colaborador)

“Tuvimos varias reuniones previas en las que nos iban informando acerca del alojamiento, de cuántos días íbamos a trabajar, cómo nos íbamos a organizar en cuanto al trabajo...”

(Diario de campo)

“Claro, antes de ir a República, se tienen tres o cuatro sesiones aquí en Sevilla, donde se les va comunicando ventajas e inconvenientes así como los pasos que deben seguir para poder ir al proyecto” (Entrevista a profesor colaborador)

“Si sí, nos informaron de todo de todo. Además tenían la experiencia de 4-5 años antes y además, todo lo que quisimos saber lo preguntamos y nos lo respondieron”

(Entrevista a cooperante-alumna US)

“Yo creo que nos deberían haber informado más cuando entramos en la carrera, en primero, porque si cuando nos vamos a presentar en tercero nosotros no sabemos, pues entonces no podemos saber qué tipo de asignatura debemos coger, o si tenemos que coger puntos. Entonces nos deberían informar un poco antes, o plantearse mirar un poco el expediente.”

(Grupo de discusión)

En cuanto sistema de selección, **pregunta número 9**, se valora con una media de 3´6. Debemos decir que un 60% lo valora positivamente mientras que se hallan indiferentes un 25%. De forma cualitativa recogimos la siguiente información sobre esta temática:

A:” yo creo que en principio sí, a veces puede que nos veamos desbordados en el sentido de que hay mucha gente que quiere ir y no hay tantas plazas. El aprendizaje y la atención clínica decrece pero bueno teniendo en cuentas unos criterios basados en la ilusión en el proyecto y en las ganas, y haber cursado una serie de asignaturas que tenían que ver, yo creo que sí, que la selección es bastante justa”

K: “ yo creo que como dice mi compañera, hay que tener unos criterios de selección ya que durante los cuatros primeros años han ido todos los que han querido pero debido al gran aumento de demanda por ir allí , ya ha habido que escoger unos criterios y gracias a las becas que están dando, pues con más motivo. Entonces se han tomado y se intenta ser lo más justo posible. “

M: “Sí, antes de la reunión nos informan sobre los criterios que iban a tener en cuenta, y después nos hicieron una entrevista para conocer algunas características que estaban relacionadas con el proyecto y sobre experiencias voluntarias.”

(Grupo de discusión).

Algunos participantes ven el sistema de selección como una dura decisión para los organizadores:

“Meses antes, los coordinadores tuvieron que reunirse y tomar una difícil decisión: elegir de entre todos los que se presentaron a las entrevistas, quién debía experimentar este viaje y quién no.”

(Diario de campo)

Por otra parte, en la **pregunta número 17** se pretende que los participantes valoren a la organización global del Proyecto. Este ítem tiene un 3'8 de media, lo cual nos da una orientación buena acerca de este hecho, ya que un 70% aproximadamente está de acuerdo o muy de acuerdo con que la organización es adecuada. En relación a los sistemas de información cualitativos, afirman:

“Sí, la verdad es que sí, que está bastante bien organizado, no hubo altercado con la gente que accedió...hubo algún pequeño desastre en cuanto al trabajo, a lo mejor los materiales no estaban en su sitio, tenías que buscarlos, perdías tiempo, en eso si había descoordinación pero por lo demás bien”

(Entrevista a cooperante-alumna US)

“En algunas actuaciones podemos hacer menos por la falta de material, y somos bastantes, poco material...básicamente eso”

(Entrevista a prof. colaborador)

Por último, en la **cuestión número 20** se solicita a los participantes a valorar la información dada por los organizadores acerca de potenciales enfermedades así como su prevención y cura. La media de valoración es de 3'8, y existiendo solamente un 11% de encuestados quienes no comparten la corrección de la información dada.

“Había muchas cosas que hacer: buscar los vuelos, informarnos sobre las vacunas, intentar conseguir la mayor cantidad de materiales dentales...” (Diario de campo)

3.4. Interculturalidad.

El segundo punto se refiere a la interacción de las dos culturas existentes en el Proyecto, esto es, la dominicana y la española. Se hace referencia a las expresiones idiomáticas, carácter, modus vivendi y su repercusión en los resultados del Proyecto.

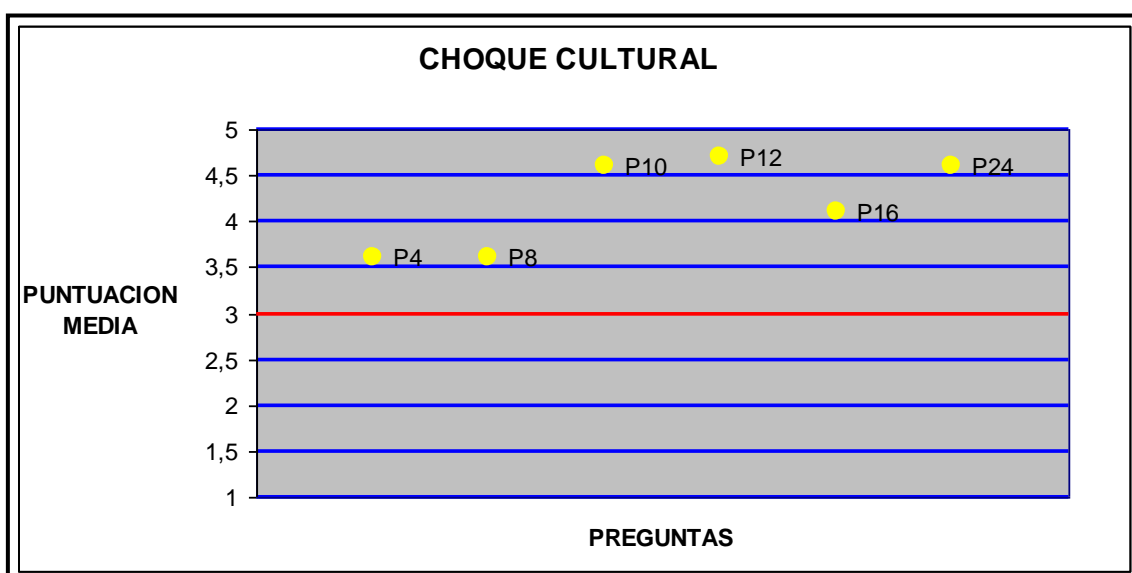
Los resultados que se obtuvieron en la encuesta quedan reflejados en la tabla 12 y nos muestran una distribución por porcentajes al respecto de las seis preguntas acerca del cuestionario que requieren la respuesta acerca de la temática organizativa.

En la figura 9 también observamos una comparativa de las medias de los resultados obtenidos acerca de estos ítems en el cuestionario.

Ítems	Porcentajes					Media X
	1	2	3	4	5	
P4 El uso de expresiones idiomáticas Dominicanas me ha enriquecido y me ha facilitado la comunicación con los pacientes	6'7	6'7	30	31'7	25	3'6
P8 Una formación académica universitaria similar y un lenguaje Odontológico homogéneo entre españoles y dominicanos mejorarían los tratamientos dentales	3'3	8'3	33'3	33'3	21'7	3'6
P10 He tenido la posibilidad de mezclarme con las gentes y lugares de aquel país y enriquecerme como persona	0	1'7	0	25	73'3	4'7

P12 Me he sentido integrado por los compañeros y Profesores Dominicanos	0	0	1'7	18'3	80	4'7
P16 He sido correctamente informado sobre las necesidades y consideraciones especiales de la población a tratar así como formas de trato y costumbres	0	3'3	5	66'7	25	4'1
P24 He podido conocer la realidad social de una profesión y de un país	0	0	1'7	30	68'3	4'6

Tabla 12: Frecuencias y medias para los ítems pertenecientes al choque cultural del proyecto.



Gráfica 9: Nos muestra las medias de los distintos ítems pertenecientes a choque cultural.

De las respuestas obtenidas en la primera cuestión de este bloque que corresponde a la **pregunta número 4** del cuestionario (una media de 3'6) destaca que más de la mitad de los encuestados admite haberse enriquecido y haber podido comunicarse con los pacientes y población tras ir usando paulatinamente expresiones dominicanas. Conocer la

cultura de los demás, respetarla, nos hace partícipes de una visión de la vida más plural y menos etnocentrista. Aun así, un 30% de los encuestados valoraron de forma indiferente esta cuestión. Siempre existen puntos de vista diferentes y quizás el choque directo de las diferentes expresiones in situ sin conocimiento previo puede dificultar la tarea odontológica al principio pero con el paso de las horas y de los días, esto se resuelve. Esto fue lo que dijeron los participantes en cuanto a la influencia de las expresiones idiomáticas sobre los resultados del operativo:

“No, porque la disciplina en común que es la Odontología unifica muchos criterios, y tiene la capacidad de traducir las dudas en segundos” (Entrevista a Prof. Organizador)

“Al principio sí, no lo entendíamos mucho, pero luego en poco tiempo te iba acostumbrando” (Entrevista a cooperante-alumna US).

“No, no. A mí personalmente no me ha pasado, pero eso se resuelve inmediatamente”. (Entrevista a cooperante-alumna dominicana)

“L: No, yo creo que no, porque al final te terminas entendiendo. Hay algunas cosas que sí, que puede llevar a equívoco, pero al final terminas entendiendo incluso te puede ayudar, ya que en nuestro caso, los pacientes son dominicanos y nos puede llevar mejora a entendernos.

A: Entre compañeros, hay bueno, hay algunas expresiones, pero que luego las terminas entendiendo y por eso está bastante bien.

Yo me di cuenta de una cosa muy curiosa, y es que con los niños, sí tienen que ver mucho esas expresiones ya que yo le hablaba en mi español y el niño a lo mejor razonaba un poco pero no terminaba de entender las cosas del todo, pero si venía el odontólogo dominicano y le decía expresiones de allá, pues si lo entendía mucho mejor y era más fácil manejarlos.”
(Grupo de discusión).

En la **pregunta número 8** (de media 3´6) existe una valoración positiva de cerca del 55% y una indiferencia del 30% aproximadamente.

“En realidad, son dos escuelas, la europea y la americana. La americana tiene un gran componente práctico y estamos en una zona de influencia norteamericana. Quizás el estudiante europeo aprovecha más su carencia formativa a nivel práctico.”

(Entrevista a Profesor Organizador)

En la **pregunta número 10** se obtiene una media de 4,7. La mayoría valora de forma muy positiva el hecho de trabajar con personas de otra cultura y la aportación de la delegación española.

“M, A Y L: si, si, muy buena.

A: La verdad que allí estamos muy bien considerados, nos tratan muy bien desde el momento en que llegamos, tienen atenciones con nosotros, entienden la envergadura del proyecto y la verdad que muy bien.

K: Desde el Rector de la UASD, hasta el personal de limpieza, de servicios, nos ayudan, la verdad es que se han portado muy bien y desde el primer momento nos han atendido correctamente.

L: La relación era muy buena, una actitud muy positiva, ya que vamos a ayudarles.

M: *Ellos entendían que veníamos desde muy lejos sólo para ayudarles.*

L: *Nos hacían regalos, la verdad que muy bien...”*

(Grupo de discusión)

“Nos trataron bien, con mucho cariño, éramos como lo primero para ellos” (Entrevista a cooperante-alumna US)

“Tras este primer duro día de trabajo, tuvimos en la sede de la Universidad, un evento de inauguración de la jornada”

(Diario de Campo)

En la **pregunta número 12** se interroga sobre el trato dispensado a la expedición española. La media fue de 4,7 sobre 5.

Un 80% está muy de acuerdo con esto, dando a entender que han sido atendido de forma adecuada, pudiendo preguntar cualquier duda sin problema, y siendo atendido por los compañeros/profesores dominicanos ante cualquier contingencia en el gabinete. A continuación se refleja diversas opiniones sobre estos aspectos.

“Creo que sí, no solo en lo profesional sino en lo cultural y en lo personal nos tenemos que transmitir las diferentes opiniones de la vida y de las diferentes culturas”

(Entrevista a prof. colaborador)

“Excelente...” (Entrevista a alumna dominicana)

En la **pregunta número 16** (media de 4'1), más del 90% de los encuestados opinan que es correcta la información dada por los organizadores en relación al contacto con la población y su idiosincrasia.

Los propios alumnos al realizar los informes para la Universidad de Sevilla, constatan la situación en la que se hallan los habitantes de la población a la que prestan su ayuda:

“Es una ciudad cuyos recursos son bastante escasos. La mayor parte de sus habitantes no puede costearse las visitas a un odontólogo, y de ahí, el estado bucal” (Diario de campo)

En la pregunta número 24 se pregunta la opinión que tienen los cooperantes españoles sobre la realidad dominicana.

Entre los participantes abunda la opinión de que el país tiene que progresar todavía en numerosos campos.

“Un país con muchas posibilidades, con tradición universitaria pero quizás adolece de falta de capacidad organizativa”

(Entrevista a profesor organizador)

“Es un país con cultura diferente, que no es una dictadura pero bueno, abundan las situaciones anárquicas. La sociedad allí no tiene para vivir y no sé si se están dando las soluciones posibles.” (Entrevista a profesor colaborador)

“Hombre, la cultura dominicana es distinta, son personas más tranquilas, tienen otros valores; Por un lado tiene su lado positivo y puede enriquecernos, pero para la forma de pensar aquí en España, trabajando sí que afecta en el ritmo de trabajo, ellos más lentos y nosotros nos exigimos más efectividad en el tiempo” (Entrevista a profesor colaborador)

“No, nosotros nos tomamos mucho más con calma las cosas , pero viene a ser cierto que trabajamos más lentos pero a la postre el trabajo se nos hace más largo ,porque en odontopediatría, es el área donde más se trabaja ,se empieza siempre a la misma hora ,pero no tenemos una hora donde acabar.” (Entrevista a cooperante-alumna dominicana)

3.5 Valores.

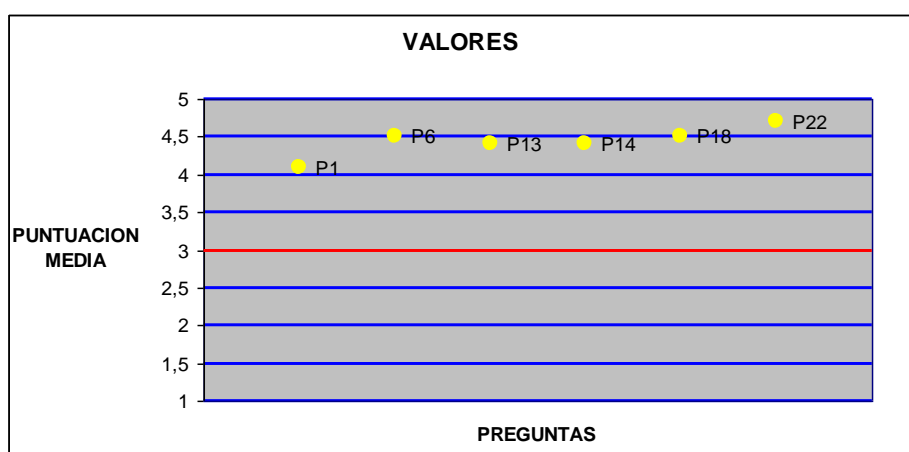
Los resultados que se obtuvieron en la encuesta quedan reflejados en la tabla 13. Muestran una distribución por porcentajes de las seis preguntas del perfil.

En la figura 10 se realiza un estudio comparativo de las medias de los resultados obtenidos.

Ítems	Porcentajes					Media X
	1	2	3	4	5	
P1 He cambiado mi forma de pensar tras la experiencia	0	0	8'3	66'7	25	4'1
P6 He tenido la posibilidad de madurar con la experiencia vivida	0	0	1'7	46'7	51'7	4'5
P13 Con estas actuaciones solidarias logramos educar a la población para una salud oral futura mejor	0	1'7	3'3	41'7	51'7	4'4
P14 Destacaría como punto fuerte del proyecto la gran obra social	0	0	5	45	50	4'4

P18 He tenido la posibilidad de conocer de primera mano los valores primordiales de la acción solidaria (compañerismo, humanidad, altruismo, sencillez)	0	1'7	1'7	36'7	58'3	4'5
P22 Considero la experiencia única y recomendable para la comunidad universitaria:	0	0	5	10	85	4'8

Tabla 13: Frecuencias y medias para los ítems pertenecientes a los valores morales del proyecto



Gráfica 10: Nos muestra las medias de los distintos ítems pertenecientes a valores morales

El análisis del **ítem número 1** (de media 4'1) presenta un 66'7% de conformidad con la cuestión y un 25% que está muy conforme.

La opinión de los participantes en cuanto a un cambio de visión es la siguiente:

“Mi forma de pensar no pero he visto otra realidad, que sabía de su existencia, pero hasta que no la ves no te das cuenta realmente” (Entrevista a alumna).

“Evidentemente. Además de los incrementos positivos en su formación universitaria, de su percepción del mundo, de sus compañeros, su percepción de su posicionamiento social , su situación de privilegio, la captan al conocer otras realidades, personas que comen una vez al día, personas que viajan durante siete horas para ser atendidos por ellos...”
(Entrevista a profesor colaborador).

“Ver su felicidad, te hace feliz y con eso nos quedamos”
(Diario de campo).

El 90% percibe que el proyecto aporta elementos de maduración personal **(pregunta número 6- media de 4´5).**

“Bueno, creo que si no te cambia la vida pero te llevas una experiencia muy grata, de tu conocer otra cultura, de conocer otro tipo de manejar las cosas, de manejar el área odontológica, diferentes pacientes, distintas etnias sociales, que no estás acostumbrados” **(Entrevista a alumna dominicana).**

“La verdad que es muy bueno porque estás ayudando a la gente y personas de 20 años nunca habían vivido una experiencia así. Te traes unos valores muy positivos ves cómo viven allí, la pobreza y te das cuenta de lo que tenemos aquí “
(Entrevista a alumna)

“M: Hombre, te sientes bien tras hacer ese tipo de trabajo, ayudar a ese tipo de personas, porque no tienen otro tipo de posibilidad de esa ayuda allí, por lo menos que lo tengan al

alcance. Aprendes a ver otro tipo de realidad que no estamos acostumbrados a verlo aquí. Una forma de vivir, de ver las cosas que no es la misma que cuando estás allí.

L: Refuerza tus valores“(Grupo de discusión)

En la pregunta número 13 (de media 4´4) se halla una respuesta muy positiva en cuanto a la rentabilidad del proyecto como elemento educativo y motivador en el área de la salud oral:

“Con los niños se desarrollaba una labor muy importante: Se les enseñaba cómo cepillarse los dientes, se les aconsejaba sobre qué tipo de comida producía menos caries, se les daba instrucciones para que cuidaran su boca...” (Diario de campo)

La mayoría de los encuestados considera que el proyecto tiene una elevada rentabilidad social (**ítem número 14**-media 4´4).

“Abarca muchos pacientes, es lo mejor que tiene”

(Entrevista a alumna)

“Ves la necesidad de la gente. En España es muy asequible y en Puerto Plata te buscaban por los pasillos. Te daban un abrazo, muy agradecidos” (Diario de campo)

“Puntos fuertes, el componente académico. Otro punto fuerte es la interculturalidad y otro es el alto número de pacientes atendidos” (Entrevista a profesor organizador)

“Los puntos fuertes son la cirugía y la odontopediatría”

(Entrevista a alumna dominicana)

En la **pregunta número 18** (4'5 de media) se interroga sobre la educación en valores:

“Humanidad, ser muy trabajador, quererse dar a los demás, ser afectuoso, cariñoso, capacidad de adaptación”

(Entrevista a profesor colaborador)

“Paciencia, mucha paciencia, ¿sabes? Y tener en cuenta de que se va a trabajar que si tienes que tirar de una muela con los dedos, ¿sabes? Debes tener la conciencia de que no vas a tener los mismos recursos que aquí, no es igual”

(Entrevista a alumna dominicana)

“Estábamos cansados, pero el cansancio desaparecía cuando veíamos esa cola de personas que esperaban...es por ellos que estábamos allí” **(Diario de campo)**

“Buscamos personas con inquietudes sociales”

(Entrevista a profesor organizador)

“La verdad que es un tema muy complicado. Hay que estar muy pendiente, lo ideal sería hacer un seguimiento de ese alumno para buscar un tipo de perfil .Siempre intentamos que sea amable, sobre todo solidario, porque el proyecto, al ser docente-solidario, si sólo piensa el alumno en aprender se puede equivocar al sitio donde va, ya que allí hay muchas necesidades y

al tenerte que acostumbrar a otro pensamiento y a otra ideología distinta a las tuyas. Necesitas esa facilidad de respuesta en un momento dado, y el acostumbrarse... Una mente abierta y sobre todo, mucha adaptación. El perfil, ser muy humano, y que le guste tratar mucho con este tipo de pacientes. Pacientes que tienen poder adquisitivo muy bajo, y que lo estás haciendo de forma gratuita, no pensando en ninguna repercusión económica. "

(Entrevista a profesor colaborador)

La **cuestión número 22** (de media 4´8), sigue la misma línea que las demás. Mayoría de participantes evalúan de forma positiva, más del 90 por ciento se hallan entre muy de acuerdo y de acuerdo.

"La experiencia fue maravillosa y la repetiría mil veces"

(Entrevista a alumna)

"Es digno de aplaudir que existan proyectos como éste...Muchas gracias por dejarme ser partícipe de este viaje"

(Diario de campo)

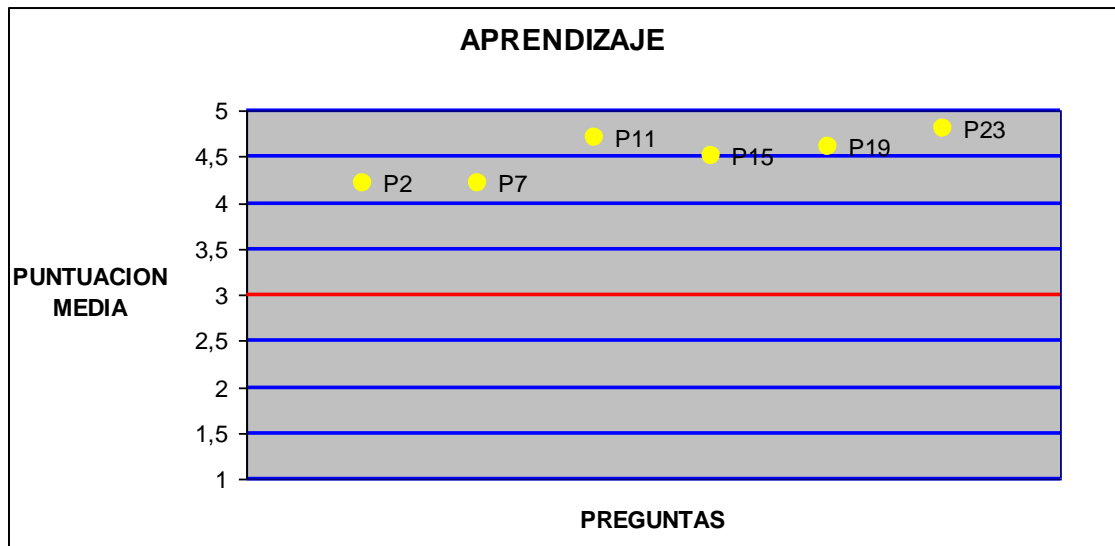
3.6. Aprendizaje.

Los resultados que se obtuvieron en la encuesta quedan reflejados en la **tabla 15** y muestran una distribución por porcentajes de las seis preguntas del perfil.

La figura 11 expone un estudio comparativos de las medias de los resultados obtenidos.

Ítems	Porcentajes					Media X
	1	2	3	4	5	
P2 La asistencia al proyecto de otros profesionales sanitarios (médicos, enfermeros...) complementaría el aprendizaje de los alumnos	0	3'3	13'3	35	48'3	4'2
P7 La asistencia al operativo mejora la práctica dental en poco tiempo	0	1'7	5	43	50	4'4
P11 He tenido posibilidad de aprender ayudando y de ayudar aprendiendo	0	0	1'7	18'3	80	4'7
P 15 He podido colaborar en todas las áreas odontológicas existentes en el operativo	1'7	0	1'7	38'3	58'3	4'5
P 19 Me he sentido respaldado por los profesores colaboradores de ante cualquier contingencia del tratamiento dental	0	0	3'3	35	60	4'5
P23 He aprendido a trabajar en condiciones desfavorables con menos recursos (valorando así los medios de los que disponemos) intentando optimizar al máximo los recursos disponibles	0	0	1'7	15	83	4'8

Tabla 15: Frecuencias y medias para los ítems pertenecientes al aprendizaje del operativo.



Gráfica 11: Nos muestra las medias de los ítems del cuestionario pertenecientes a aprendizaje

En la **pregunta número 2** (de media 4´2), un 80% de los encuestados está de acuerdo. Únicamente un 18% se muestra indiferente.

“Sí, puede mejorar con la inclusión de otros profesionales sanitarios, ya que bastante gente con enfermedades y un dentista no puede saber más que un cardiólogo” **(Entrevista a alumna)**

“Sí, médicos, pediatras, ya que a veces en los mayores se nos presenta la hipertensión, en los niños a veces también tienen un poco de nervio” **(Entrevista a alumna dominicana)**

“Enriquecedor, y muy positivo para el componente solidario de la Fundación. Todo al paso, poco a poco”

(Entrevista a profesor organizador)

“K: Creemos que es bastante importante y además se está intentando desde la dirección del proyecto, de no sólo meter a dentistas sino meter a otras especialidades sanitarias para tratar al paciente globalmente no sólo su boca, creemos que sería muy interesante también para su reinserción total

A: También los médicos maxilofaciales son muy importantes y complementarían nuestra función allí. “(Grupo de discusión)

“Creo que no es obligatoriamente necesario, pero vendría bien dado que le daríamos a la población otras posibilidades en este aspecto y creo que además se podría coordinar y hacer multidisciplinariamente un mejor trabajo” **(Entrevista a profesor colaborador)**

La **pregunta número 7** cuestiona en cuanto a la adquisición de capacitación quirúrgica por parte de los participantes. La media fue de 4´4, el 90% el acuerdo con el ítem, frente a un 5 % de indiferencia y un 1´7% de disconformidad.

“Sí, sin comparación, los que van a República Dominicana vienen completamente distintos en su forma de trabajar, la actividad allí desarrollada es sin duda, mucho mayor”.

(Entrevista a profesor colaborador)

“Sí, sobre todo en cuanto a las extracciones, porque en la facultad hicimos 3 ó 4 en tercero y allí hicimos 50”

(Entrevista a alumna)

L: Sí, totalmente sí, seguro porque la cantidad de trabajo que se hace allí no tiene nada que ver con las prácticas que se hacen en la Facultad, las prácticas, las prácticas que rehacen en la Facultad, son muy escasas y allí llevamos un ritmo de trabajo muy alto; Vemos muchos pacientes y eso nos da la oportunidad de coger mano.

M: Claro un día allí, puedes hacer 25 exodoncias y aquí a lo largo de la carrera puedes hacer 5.

(Grupo de discusión)

En la **pregunta número 11** (de media 4'7) casi un 100% afirma que pudo aprender ayudando y ayudar aprendiendo.

“Quiere sintetizar los dos objetivos finales de la Fundación como son el componente docente aprendiendo y aprender y el componente solidario ayudar ayudando.”

(Entrevista a profesor organizador)

“Para cualquier profesor, cualquier persona que le guste enseñar, debe tener siempre en la mente, hay que ayudar a las demás personas y de esa forma se aprende...recoge el concepto de solidaridad que se quiere transmitir desde el proyecto, hay que ayudar a todos, lo máximo posible, y de esta forma se aprende. Y cualquier persona tanto en un país en vías de desarrollo como en un país como España debe tenerlo en su cabeza”

(Entrevista a profesor colaborador)

“la verdad que la frase es lo mejor que se puede hacer ¿no?”

(Entrevista a alumna)

La **pregunta número 15** (de media 4'5), muestra un porcentaje de conformidad superior al 90%. Los participantes afirman que operaron en todas las áreas clínicas.

“Nos repartiríamos en cuatro especialidades, esto es, odontopediatría, cirugía, prótesis y operatoria-profilaxis, de modo que fuésemos rotando para que todos pudiésemos participar en todas las áreas” **(Diario de campo)**

En el **ítem número 19** (de media 4'5), un 90% manifiesta sentirse respaldado por el profesorado.

“Fundamental, tiene que haber una persona ahí que ayude, que esté con el alumno, que los enseñe en todas las dudas que tenga. Constantemente hay que estar con el alumno. No tenemos los medios suficientes, así que con más motivo hay que estar con más atención a todas las actividades que se realizan”

(Entrevista a profesor colaborador)

En la **cuestión número 23** (con una media de 4'8) el 90% de los encuestados afirman que han aprendido a trabajar en condiciones desfavorables.

“Completamente, por la falta de medios que hay, los alumnos se adaptan al 100% y aprenden mucho más”

(Entrevista a profesor colaborador)

“Sí, aprender a usar en el momento, cuestión de emergencia, ¿sabes? Sabes qué hacer, no entrar en pánico y saber resolver, con otra cosa que no es lo que en realidad va”

(Entrevista a alumna dominicana).

“Sí porque te das cuentas que trabajas sin aspiración, sin agua, y sin nada, y te das cuentas de la calidad que tenemos aquí”

(Entrevista a cooperante-alumna US)

Algunos no creen que las condiciones sean tan desfavorables:

“No creo que las condiciones sean tan limitadas, pero evidentemente son más dificultosas que en su medio pregrado. Naturalmente creo que la gran aportación que reciben a su enseñanza es el hecho de que concentran mucha actividad clínica en pocos días y tienen que resolver los problemas que surjan por ellos mismos siempre guiados por profesores y toman conciencia de que pueden, de hecho, las transformaciones allí son por horas y más por días. No tiene nada que ver la capacitación de un alumno el primer día que el décimo. Los profesores de quinto año nos lo confirman año tras año, priorizando algún tratamiento más complejo en aquellos alumnos que han ido a República”

(Entrevista a profesor organizador)

3.7. Estudio diferencial de las opiniones sobre el Proyecto

Además del estudio meramente descriptivo de las opiniones de los participantes del Proyecto, se realizó un estudio diferencial en función de las variables que forman parte del cuestionario. Estas variables fueron la edad (donde existen tres subtipos. El primero entre 19-23 años, el segundo entre 24-30 años y el tercero que incluye a los participantes mayores de 30 años. En este último grupo sólo contestó una persona, con lo cual no se deshecha.

Otra variable fue el sexo (hombre y mujer). Otra el año de participación en el Proyecto (años que van desde el 2005 al 2009, cinco categorías por tanto). Otra el nivel educacional de los padres (cinco categorías desde básico hasta universitario) y los ingresos medios/mes de los padres (menor de 1.200euros, 1200-2400euros, 2400-3600euros, 3600-6000euros y mayor de 6000euros)

No aparecen citas textuales de los grupos focales en este punto para garantizar el anonimato de los participantes.

3.7.1 Diferencias en función de la edad.

Para conocer las diferentes opiniones de los participantes en función de la edad, se parte del cálculo de las medias obtenidas en cada ítem por los encuestados que se hallan entre 19-23 años, 24-40 y mayores de 30. En la tabla 16 se muestran los valores alcanzados por las medias en cada uno de los grupos de participantes. Dividimos este epígrafe a su vez en 4 apartados, que son los siguientes:

- A. Edad en relación con preguntas de organización.
- B. Edad en relación con preguntas de choque cultural.
- C. Edad en relación con preguntas de valores morales.
- D. Edad en relación con preguntas de aprendizaje.

A) Edad en relación con preguntas de organización

Ítems	19-23	24-30	Mayor de 30
	Medias	Medias	Medias
P3 He recibido suficiente información en todos los aspectos por parte de los organizadores	4'0	3'7	4
P5 Los costes del proyecto son asequibles para los alumnos (billete de avión, alojamiento)	2'5	2'5	2
P9 El sistema de selección y las formas de comunicación a los participantes son adecuadas y transparentes	3'8	3'4	3
P17 La organización del operativo es adecuada (Vuelo, instalaciones, comidas, planning temporal, distribución de pacientes, transporte local hacia lugar de trabajo):	3'8	3'9	4
P20 He sido correctamente informado sobre potenciales enfermedades del lugar, así como su prevención y cura	4'0	3'6	4
P21 La sede e instalación elegida para el operativo es adecuada dada la necesidad en la zona de tratamientos dentales	3'8	3'7	3

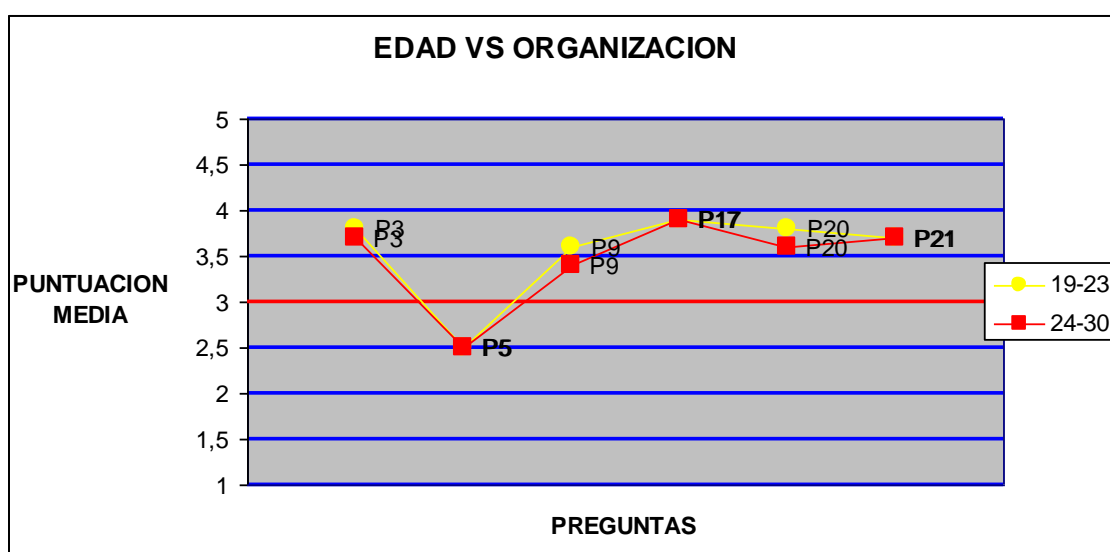
Tabla 16: Nos da la media de los ítems pertenecientes a organización según rango de edad.

Debemos resaltar que no hablaremos de los resultados para el grupo de edad mayor de 30, dado que al ser solo un solo representante, no tiene valor científico. (Este hecho será aplicado hasta el final de la exposición de resultados);

Observando la tabla, no podemos sacar diferencias claras entre grupos de edad para las preguntas de organización. Puntuaciones similares en las cuestiones 3, 5, 17 y 21. Por otra parte, existe una diferencia pequeña pero existente entre las preguntas 9 y 20. El grupo perteneciente a la edad 19-23 años valora más

positivamente (3'8 y 4'0 respectivamente) mientras que el grupo de edad perteneciente a 24-30 años, las valora con menor énfasis (3'4 y 3'6 respectivamente).

A continuación, en la **figura 12**, exponemos una tabla que nos compara la media de respuestas a las cuestiones relacionando edad con organización, según grupo de edad.



Gráfica 12: Nos muestra la media de los ítems de organización según rango de edad.

B) Edad en relación con preguntas de choque cultural.

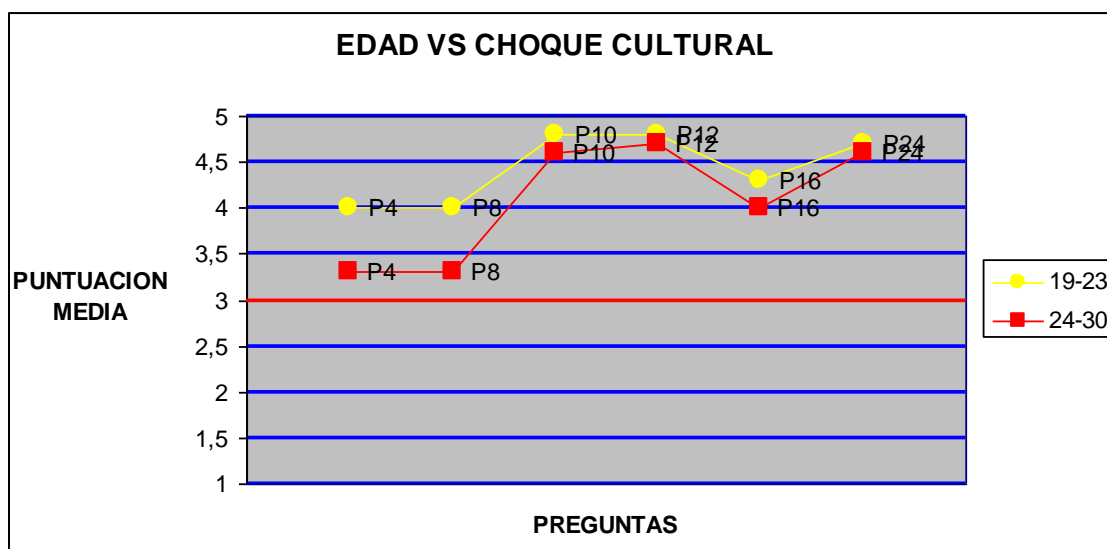
Ítems	19-23	24-30	Mayor de 30
	Medias	Medias	Medias
P4 El uso de expresiones idiomáticas dominicanas me ha enriquecido y me ha facilitado la comunicación con los pacientes	4	3'3	4
P8 Una formación académica universitaria similar y un lenguaje odontológico homogéneo entre españoles y dominicanos mejorarían los tratamientos dentales	4	3'3	3

P10 He tenido la posibilidad de mezclarme con las gentes y lugares de aquel país y enriquecerme como persona	4'8	4'6	4
P12 Me he sentido integrado por los compañeros y profesores dominicanos	4'8	4'7	4
P16 He sido correctamente informado sobre las necesidades y consideraciones especiales de la población a tratar así como formas de trato y costumbres	4'3	4	4
P24 He podido conocer la realidad social de una profesión y de un país	4'7	4'6	4

Tabla 17: Nos da la media de los ítems pertenecientes a choque cultural según rango de edad.

En este apartado (choque cultural), el grupo de edad 19-23 valora de manera más positiva que el grupo 24-20. Las puntuaciones son similares en los ítems 10, 12, 16 y 24. Sin embargo en el ítem 4 y 8 no es así. En el primero de ellos, el grupo 19-23 lo puntúa con un 4 mientras el grupo 24-30 lo hace con un 3'3. De igual manera, esto vuelve a suceder en la cuestión 8.

A continuación, en la figura 13, se expone una tabla que compara la media de respuestas a las cuestiones relacionando edad con choque cultural.



Gráfica 13: Nos muestra la media de los ítems de choque cultural según rango de edad.

C) Edad en relación con preguntas de valores morales.

Ítems	19-23	24-30	Mayor de 30
	Medias	Medias	Medias
P1 He cambiado mi forma de pensar tras la experiencia	4,2	4,1	4
P6 He tenido la posibilidad de madurar con la experiencia vivida	4,5	4,5	4
P13 Con estas actuaciones solidarias logramos educar a la población para una salud oral futura mejor	4,6	4,3	5
P14 Destacaría como punto fuerte del proyecto la gran obra social	4,6	4,3	4
P18 He tenido la posibilidad de conocer de primera mano los valores primordiales de la acción solidaria (compañerismo,	4,7	4,4	4

humanidad, altruismo, sencillez)			
P22 Considero la experiencia única y recomendable para la comunidad universitaria:	4,9	4,7	4

Tabla 18: Nos da la media de los ítems pertenecientes a valores morales según rango de edad.

En esta sección, vemos que los participantes pertenecientes a los grupos 19-23 y 24-30 evalúan de forma similar las cuestiones correspondientes a la temática de valores morales. No existen por tanto diferencias marcadas (sólo existe una diferencia menor a 0,5 punto, lo cual no es de relevancia para obtener conclusión alguna).

A continuación, en la **figura 14**, se presenta una tabla que compara la media de respuestas a las cuestiones relacionando edad con valores morales.

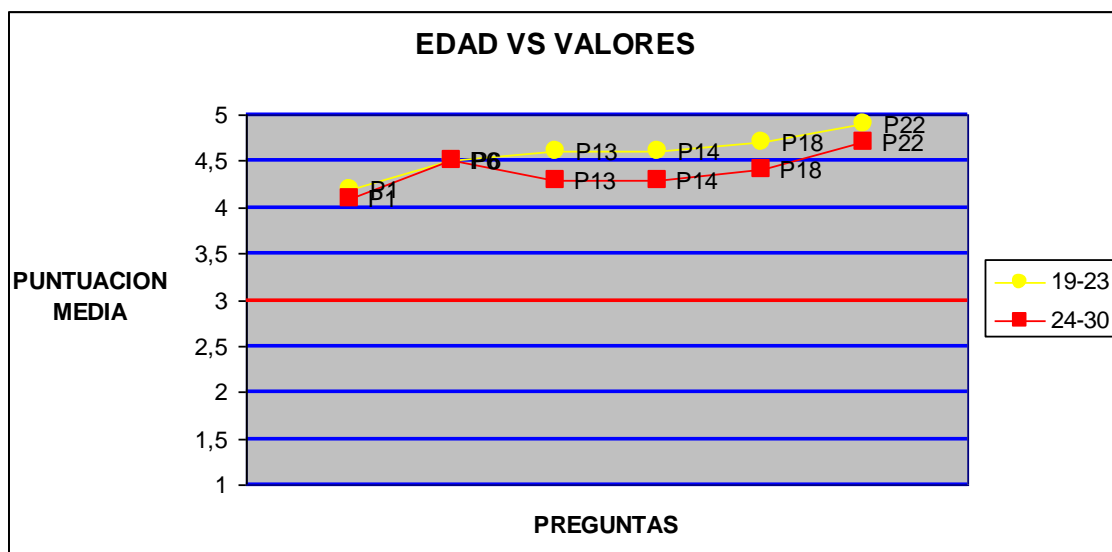


Gráfico 14: Nos muestra la media de los ítems de valores morales según rango de edad.

D) Edad en relación con preguntas de aprendizaje

Ítems	19-23	24-30	Mayor de 30
	Medias	Medias	Medias

P2 La asistencia al proyecto de otros profesionales sanitarios (médicos, enfermeros...) complementarí el aprendizaje de	4,2	4,3	4
P7 La asistencia al operativo mejora la práctica dental en poco tiempo	4,6	4,3	3
P11 He tenido posibilidad de aprender ayudando y de ayudar aprendiendo	4,9	4,6	5
P 15 He podido colaborar en todas las áreas odontológicas existentes en el operativo	4,6	4,4	4
P 19 Me he sentido respaldado por los profesores colaboradores de ante cualquier contingencia del tratamiento dental	4,8	4,4	4
P23 He aprendido a trabajar en condiciones desfavorables con menos recursos (valorando así los medios de los que disponemos) intentando optimizar al máximo los recursos disponibles	4,8	4,7	5

Tabla 19: Nos da la media de los ítems pertenecientes a aprendizaje según rango de edad.

En este apartado, no existen diferencias significativas entre las distintas cuestiones. Tan sólo la diferencia es 0,4 puntos en la pregunta 19, siendo éste ítem mejor valorado por el grupo de edad comprendido entre los 19-23 años. En la figura 15, se compara la media de respuestas al ítem que relaciona edad con aprendizaje.

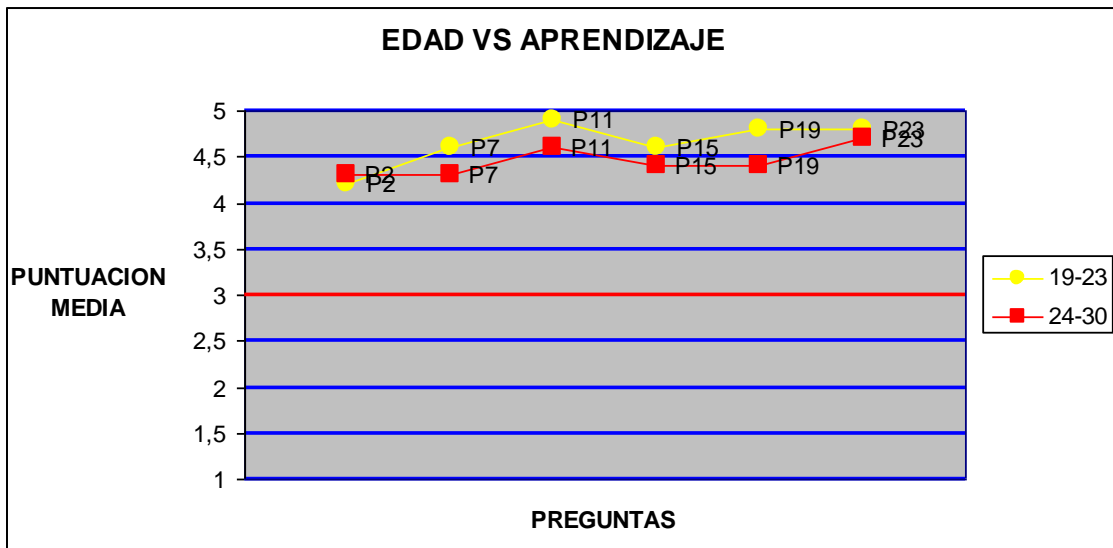


Gráfico 15: Nos muestra la media de los ítems de aprendizaje según rango de edad.

3.7.2 Diferencias en función del sexo.

Este apartado consta de 4 subapartados:

- A. Sexo en relación con preguntas de organización.
- B. Sexo en relación con preguntas de choque cultural.
- C. Sexo en relación con preguntas de valores morales.
- D. Sexo en relación con preguntas de aprendizaje.

A) Sexo en relación con preguntas de organización.

No existen diferencias significativas en este subapartado entre mujeres y hombres. La mayor distancia en cuanto a puntuación la tiene la cuestión número 5 (diferencia de 0,4), donde los hombres puntúan con un 2,1 mientras que el grupo femenino lo hace con 2,5.

Ítems	Hombre	Mujer
	Medias	Medias

P3 He recibido suficiente información en todos los aspectos por parte de los organizadores	3,6	3,8
P5 Los costes del proyecto son asequibles para los alumnos (billete de avión, alojamiento)	2,1	2,5
P9 El sistema de selección y las formas de comunicación a los participantes son adecuadas y transparentes	3,8	3,5
P17 La organización del operativo es adecuada (Vuelo, instalaciones, comidas, planning temporal, distribución de pacientes, transporte local hacia lugar de trabajo):	3,8	3,8
P20 He sido correctamente informado sobre potenciales enfermedades del lugar, así como su prevención y cura	3,6	3,8
P21 La sede e instalación elegida para el operativo es adecuada dada la necesidad en la zona de tratamientos dentales	3,5	3,8

Tabla 20:
Nos da la media de los ítems

pertenecientes a organización según sexo.

A continuación, en la **figura 16**, se expone una tabla que compara sexo con cuestiones de organización.

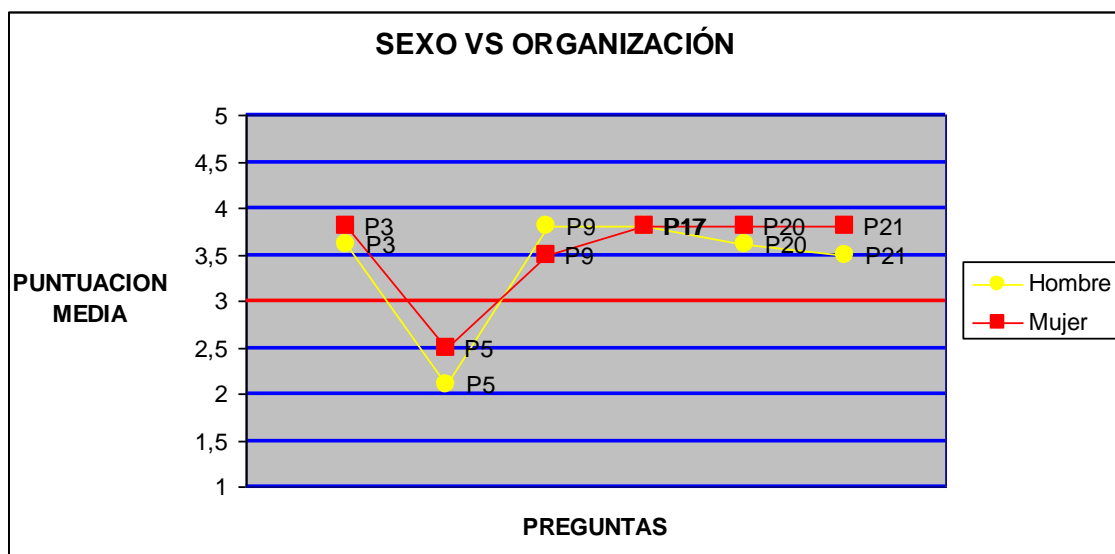


Gráfico 16: Nos muestra la media de los ítems de organización según rango de sexo.

B) Sexo en relación con preguntas de choque cultural.

Ítems	Hombre	Mujer
	Medias	Medias
P4 El uso de expresiones idiomáticas Dominicanas me ha enriquecido y me ha facilitado la comunicación con los pacientes	3,8	3,5
P8 Una formación académica universitaria similar y un lenguaje Odontológico homogéneo entre españoles y dominicanos mejorarían los tratamientos dentales	3,6	3,6
P10 He tenido la posibilidad de mezclarme con las gentes y lugares de aquel país y enriquecerme como persona	4,6	4,7
P12 Me he sentido integrado por los compañeros y Profesores Dominicanos	4,6	4,7
P16 He sido correctamente informado sobre las necesidades y consideraciones especiales de la población a tratar así como formas de trato y costumbres	4,3	4,1
P24 He podido conocer la realidad social de una profesión y de un país	4,3	4,7

Tabla 21:

Choque cultural y sexo.

En la **figura 17**, se compara la media de respuestas a las cuestiones relacionando sexo con choque cultural.

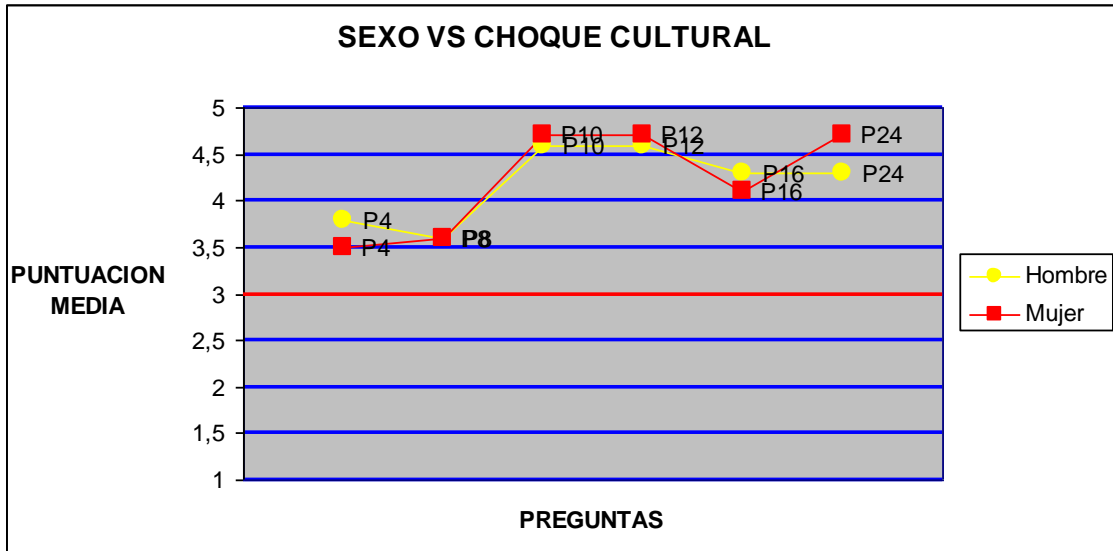


Gráfico 17: Nos muestra la media de los ítems de choque cultural según sexo.

C) Sexo en relación con preguntas de valores morales.

Ítems	Hombre	Mujer
	Medias	Medias
P1 He cambiado mi forma de pensar tras la experiencia	3,8	4,2
P6 He tenido la posibilidad de madurar con la experiencia vivida	4,6	4,4
P13 Con estas actuaciones solidarias logramos educar a la población para una salud oral futura mejor	4,3	4,4
P14 Destacaría como punto fuerte del proyecto la gran obra social	4	4,5
P18 He tenido la posibilidad de conocer de primera mano los valores primordiales de la acción	4,1	4,5

solidaria (compañerismo, humanidad, altruismo, sencillez)		
P22 Considero la experiencia única y recomendable para la comunidad universitaria:	4,6	4,8

Tabla 22: Nos da la media de los ítems pertenecientes a valores morales según sexo.

En la **figura 18**, se relacionan sexo con valores morales.

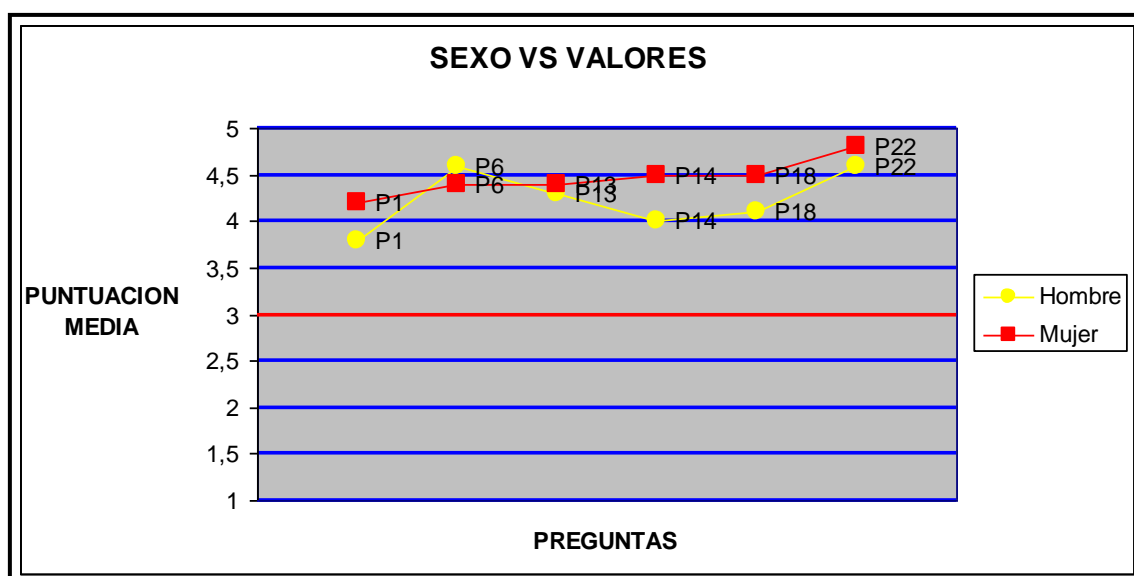


Gráfico 18: Nos muestra la media de los ítems de valores según sexo.

D) Sexo y aprendizaje.

Ítems	Hombre	Mujer
	Medias	Medias
P2 La asistencia al proyecto de otros profesionales sanitarios (médicos, enfermeros...) complementarí el aprendizaje de	3,8	4,3
P7 La asistencia al operativo mejora la práctica dental en poco tiempo	4,1	4,4
P11 He tenido posibilidad de aprender ayudando y de ayudar	4,6	4,7

aprendiendo		
P 15 He podido colaborar en todas las áreas odontológicas existentes en el operativo	4,5	4,5
P 19 Me he sentido respaldado por los profesores colaboradores de ante cualquier contingencia del tratamiento dental	4,3	4,6
P23 He aprendido a trabajar en condiciones desfavorables con menos recursos (valorando así los medios de los que disponemos) intentando optimizar al máximo los recursos disponibles	4,6	4,8

Tabla 23: Nos da la media de los ítems pertenecientes a aprendizaje según sexo.

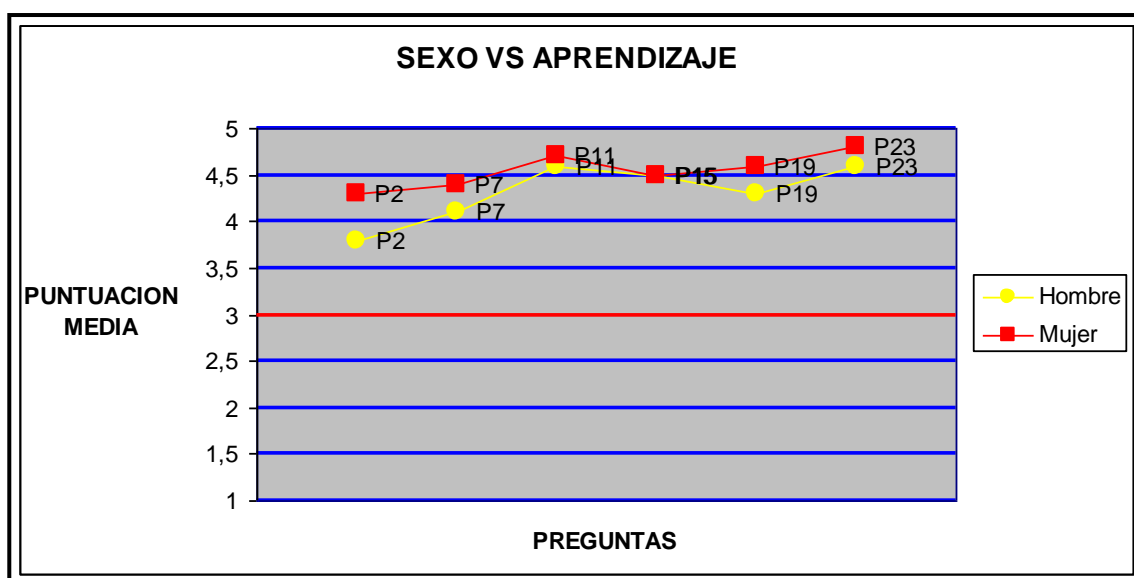


Gráfico 19: Nos muestra la media de los ítems de aprendizaje según sexo.

3.7.3 Diferencias en función del año de participación

Para conocer las diferencias en las opiniones de los participantes según su año de participación. Se parte del cálculo de las medias obtenidas en cada ítem por los encuestados que se distribuyen según en la edición en que la que participaron. En la **tabla 24** se muestran los valores alcanzados por las medias en cada uno de los grupos de participantes.

Se divide este epígrafe en 4 subapartados:

- A. Año de participación en relación con preguntas de organización.
- B. Año de participación en relación con preguntas de choque cultural.
- C. Año de participación en relación con preguntas de valores morales.
- D. Año de participación en relación con preguntas de aprendizaje.

A) Año de participación en relación con preguntas de organización.

Ítems	2009	2008	2007	2006	2005
	Medias	Medias	Medias	Medias	Medias
P3 He recibido suficiente información en todos los aspectos por parte de los organizadores	4,5	3,5	3,4	4	3,7
P5 Los costes del proyecto son asequibles para los alumnos (billete de avión, alojamiento)	2,8	2,3	2,5	2,3	2,6
P9 El sistema de selección y las formas de comunicación a los participantes son adecuadas y transparentes	3,8	3,8	2,9	3,3	4
P17 La organización del operativo es adecuada (Vuelo, instalaciones, comidas, planning temporal,	4,2	3,6	4,2	3,5	3,8

distribución de pacientes, transporte local hacia lugar de trabajo):					
P20 He sido correctamente informado sobre potenciales enfermedades del lugar, así como su prevención y cura	4,4	3,8	3,8	3,8	3,3
P21 La sede e instalación elegida para el operativo es adecuada dada la necesidad en la zona de tratamientos dentales	3,8	3,9	3,8	3,5	3,7

Tabla 24: Nos da la media de los ítems pertenecientes a organización según año de participación.

En este apartado, existe más discrepancia en la pregunta número 9.

Los participantes de la edición 2009 y 2008 la puntúan con 3'8, la edición de 2007 lo hace con un 2'9, los alumnos que asistieron en el año 2006 puntúan con un 3'3 y los del 2005 con 4.

A continuación, en la **figura 20**, exponemos una tabla que nos compara la media de respuestas a las cuestiones relacionando edición con organización.

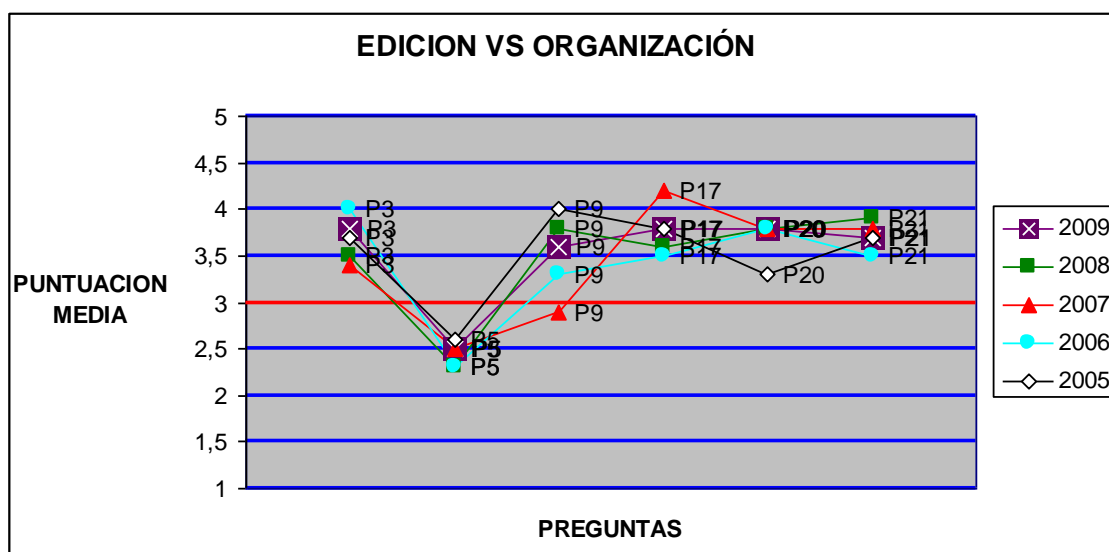


Gráfico 20: Nos muestra la media de los ítems de organización según año de edición.

B) Año de participación en relación con preguntas de choque cultural.

Ítems	2009	2008	2007	2006	2005
	Medias	Medias	Medias	Medias	Medias
P4 El uso de expresiones idiomáticas dominicanas me ha enriquecido y me ha facilitado la comunicación con los pacientes	4,5	3,6	3,1	3,4	3,2
P8 Una formación académica universitaria similar y un lenguaje odontológico homogéneo entre españoles y dominicanos mejorarían los tratamientos dentales	4,0	3,8	3,1	3,8	2,9
P10 He tenido la posibilidad de mezclarme con las gentes y lugares de aquel país y enriquecerme como persona	4,8	4,8	4,3	4,7	4,7
P12 Me he sentido integrado por los compañeros y Profesores dominicanos	4,9	4,7	4,7	4,7	4,9
P16 He sido correctamente informado sobre las necesidades y consideraciones especiales de la población a tratar así como formas de trato y costumbres	4,4	4,2	4,1	3,7	4
P24 He podido conocer la realidad social de una profesión y de un país	4,6	4,6	4,5	4,8	4,7

Tabla 25: Nos da la media de los ítems pertenecientes a choque cultural según año de edición.

En este apartado, existen mayores diferencias en las preguntas número 4 y número 8.

En la pregunta número 4, los participantes de la edición 2009 y 2008 la puntúan con 4´5 y 3´6, la edición de 2007 lo hace con un 3´1, los alumnos que asistieron en el año 2006 puntúan con un 3´4 y los del 2005 con 3´2.

En la pregunta número 8, los participantes de la edición 2009 y 2008 la puntúan con un 4 y un 3´8, la edición de 2007 lo hace con un 3´1, los alumnos que asistieron en el año 2006 puntúan con un 3´8 y los del 2005 con un 3´9.

En la **figura 21**, se relacionan año de edición y choque cultural

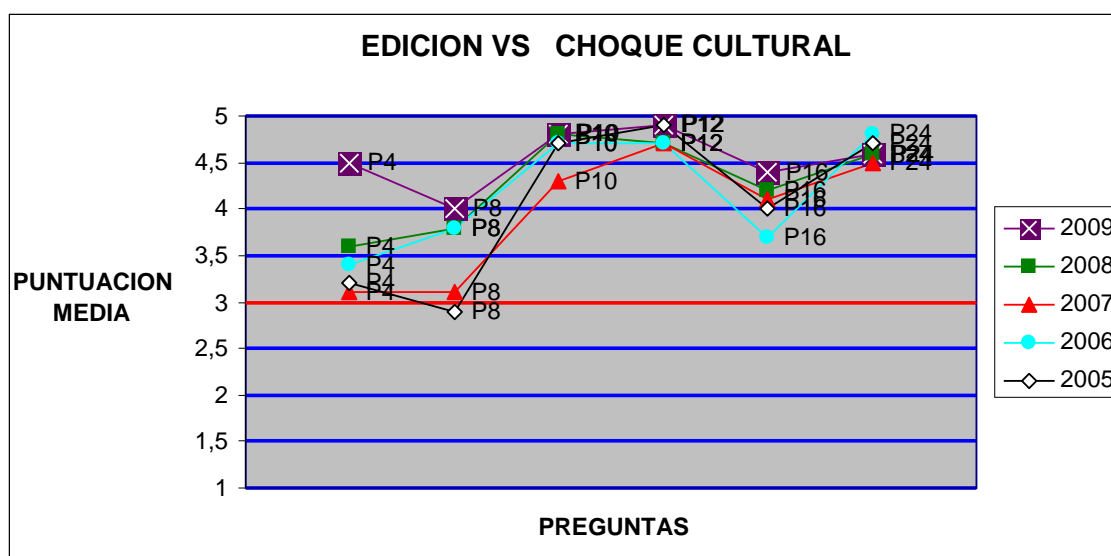


Gráfico 21: La media de los ítems de choque cultural según año de edición.

C) Año de participación en relación con preguntas de valores.

Ítems	2009	2008	2007	2006	2005
	Medias	Medias	Medias	Medias	Medias
P1 He cambiado mi forma de pensar tras la experiencia	4,2	4,2	3,9	4,2	4,1

P6 La asistencia al operativo mejora la práctica dental en poco tiempo	4,6	4,4	4,3	4,6	4,1
P13 Con estas actuaciones solidarias logramos educar a la población para una salud oral futura mejor	4,5	4,6	4,2	4,5	4,2
P14 Destacaría como punto fuerte del proyecto la gran obra social	4,8	4,3	4,2	4,5	4,3
P18 He tenido la posibilidad de conocer de primera mano los valores primordiales de la acción solidaria (compañerismo, humanidad, altruismo, sencillez)	4,8	4,5	4,3	4,7	4,3
P22 Considero la experiencia única y recomendable para la comunidad universitaria:	4,7	4,7	4,7	4,9	4,9

Tabla 26: Valores morales y año de participación.

A continuación, en la **figura 22**, se comparan la edad y valores morales.

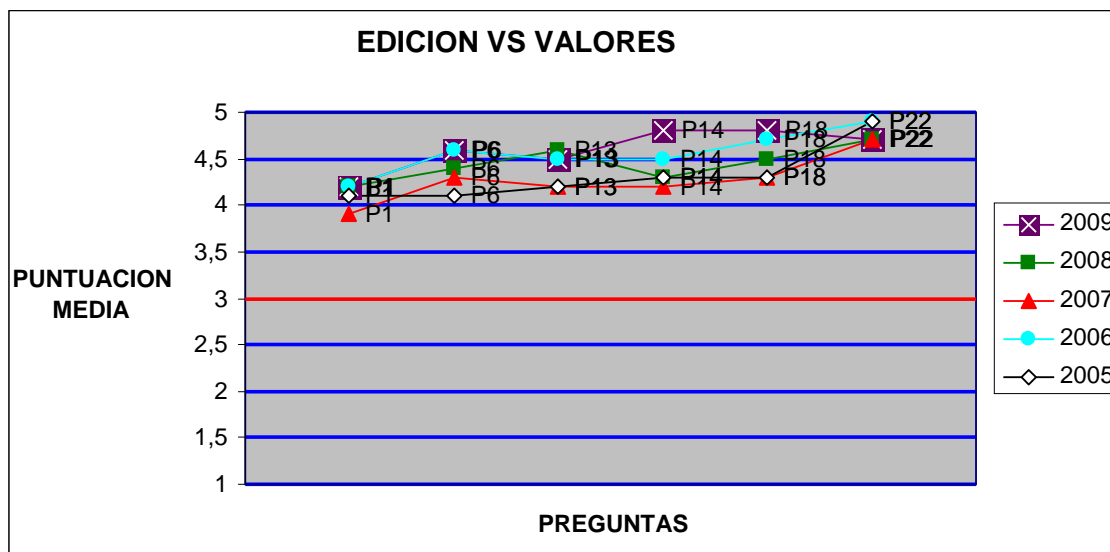


Gráfico 22: Media de los ítems de valores según año de participación.

En este apartado existe homogeneidad en las respuestas dada por los participantes de las distintas ediciones, existiendo una diferencia entre medio y un punto.

D) Año de participación en relación con preguntas de aprendizaje

Ítems	2009	2008	2007	2006	2005
	Medias	Medias	Medias	Medias	Medias
P2 La asistencia al proyecto de otros profesionales sanitarios (médicos, enfermeros...) complementarían el aprendizaje.	4,4	4	4,5	4,4	4,1
P7 La asistencia al operativo mejora la práctica dental en poco tiempo	4,7	4,3	4,3	4,4	4,2
P11 He tenido posibilidad de aprender ayudando y de ayudar aprendiendo	4,9	4,8	4,8	4,8	4,4
P15 He podido colaborar en todas las áreas odontológicas existentes en el operativo	4,5	4,5	4,8	4,5	4,2
P19 Me he sentido respaldado por los profesores colaboradores de ante cualquier contingencia del tratamiento dental	5	4,5	4,5	4,4	4,3
P23 He aprendido a trabajar en condiciones desfavorables con menos recursos (valorando así los medios de los que disponemos) intentando optimizar al máximo los recursos disponibles	4,7	4,8	4,9	4,9	4,7

Tabla 27: Media de los ítems pertenecientes a aprendizaje según año de edición

En este apartado existe homogeneidad en las respuestas dada por los participantes según edición, existiendo una diferencia entre medio y un punto.

La **figura 23**, compara año de edición con aprendizaje

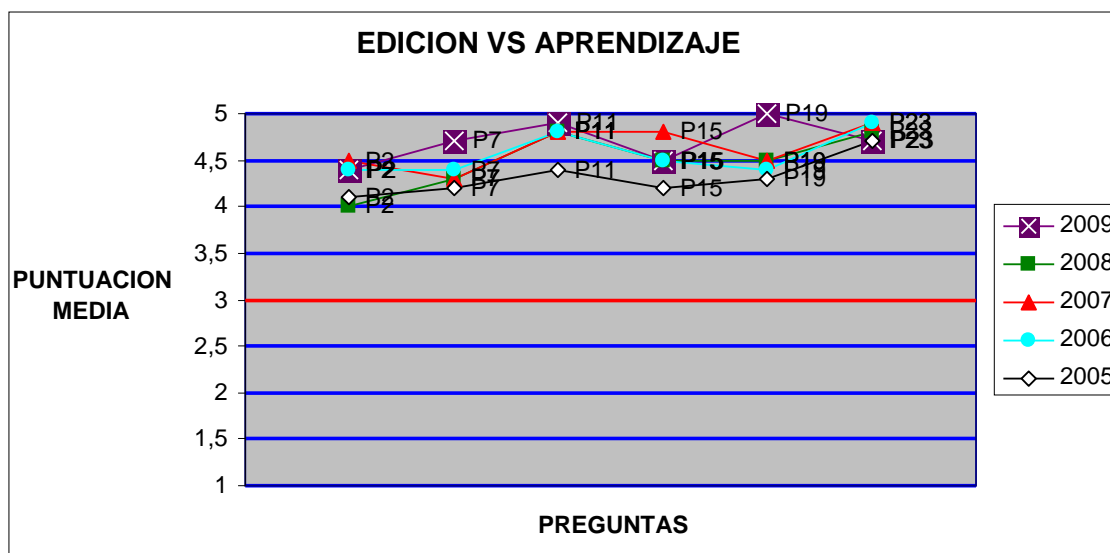


Gráfico 23: Media de los ítems de aprendizaje según año de edición.

3.7.4 Diferencias en función de la educación.

En la **tabla 28** se muestran los valores alcanzados por las medias en cada uno de los grupos de participantes. Se ha considerado la educación familiar como una variable importante para valorar las diferencias entre los participantes encuestados.

Se divide este epígrafe en 4 subapartados:

- A. Educación de los padres en relación con preguntas de organización.
- B. Educación de los padres en relación con preguntas de choque cultural.

C. Educación de los padres en relación con preguntas de valores morales.

D. Educación de los padres en relación con preguntas de aprendizaje.

A) Educación en relación con preguntas de organización.

Ítems	Sin estudios	Básico O elemental	FP/Bachiller	Universitario	
	Medias	Medias	Medias	Medias	Medias
P3 He recibido suficiente información en todos los aspectos por parte de los organizadores	0	3,6	3,8	3,9	
P5 Los costes del proyecto son asequibles para los alumnos (billete de avión, alojamiento)	0	2,1	2,4	2,6	
P9 El sistema de selección y las formas de comunicación a los participantes son adecuadas y transparentes	0	4	3,4	3,6	
P17 La organización del operativo es adecuada (Vuelo, instalaciones, comidas, planning temporal, distribución de pacientes, transporte local hacia lugar de trabajo):	0	4,1	3,9	3,7	
P20 He sido correctamente informado sobre potenciales enfermedades del lugar, así como su prevención y cura	0	3,5	3,8	3,9	
P21 La sede e instalación elegida para el operativo es adecuada dada la necesidad en la zona de tratamientos dentales	0	4,1	3,5	3,8	

Tabla 28: Media de los ítems pertenecientes a organización según estudios de los padres.

En la **figura 24**, se compara educación con organización.

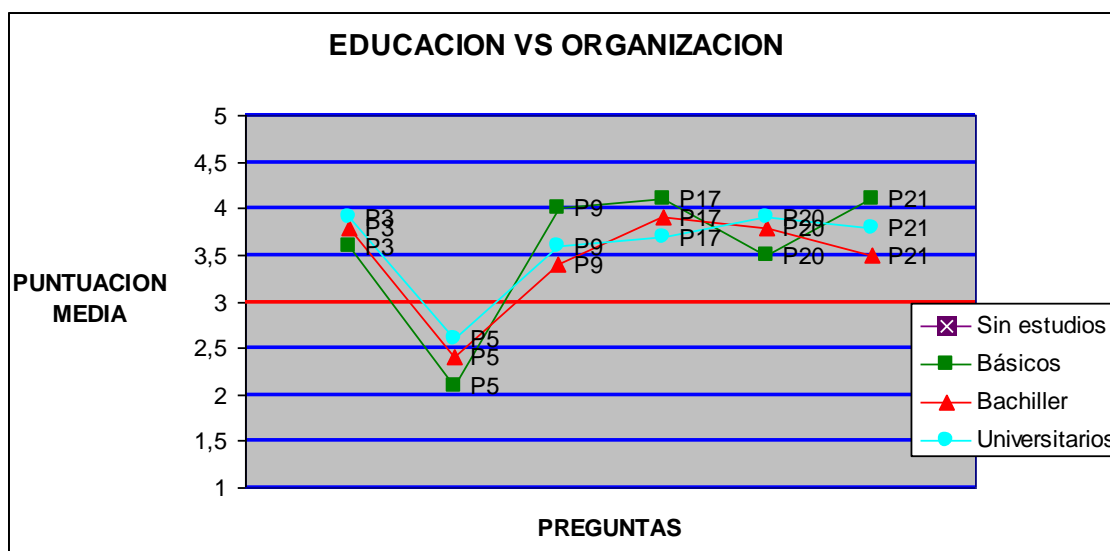


Gráfico 24: Media de los ítems de organización según educación.

B) Educación en relación con preguntas de choque cultural.

Ítems	Sin estudios	Básico o elemental	FP/bachiller	Universitario	Medias
	Medias	Medias	Medias	Medias	
P4 El uso de expresiones idiomáticas Dominicanas me ha enriquecido y me ha facilitado la comunicación con los pacientes	0	3,3	3,7	3,6	
P8 Una formación académica universitaria similar y un lenguaje Odontológico homogéneo entre españoles y dominicanos mejorarían los tratamientos dentales	0	4,1	3,4	3,5	
P10 He tenido la posibilidad de mezclarme con las gentes y lugares de aquel país y enriquecerme como persona	0	4,7	4,5	4,7	
P12 Me he sentido integrado por los compañeros y Profesores Dominicanos	0	4,8	4,7	4,7	

P16 He sido correctamente informado sobre las necesidades y consideraciones especiales de la población a tratar así como formas de trato y costumbres	0	4'2	4	4'1	
P24 He podido conocer la realidad social de una profesión y de un país	0	4'7	4,5	4'7	

Tabla 29: Choque cultural y nivel educativo de los padres.

En la **figura 25** se comparan nivel educativo de los padres y choque cultural.

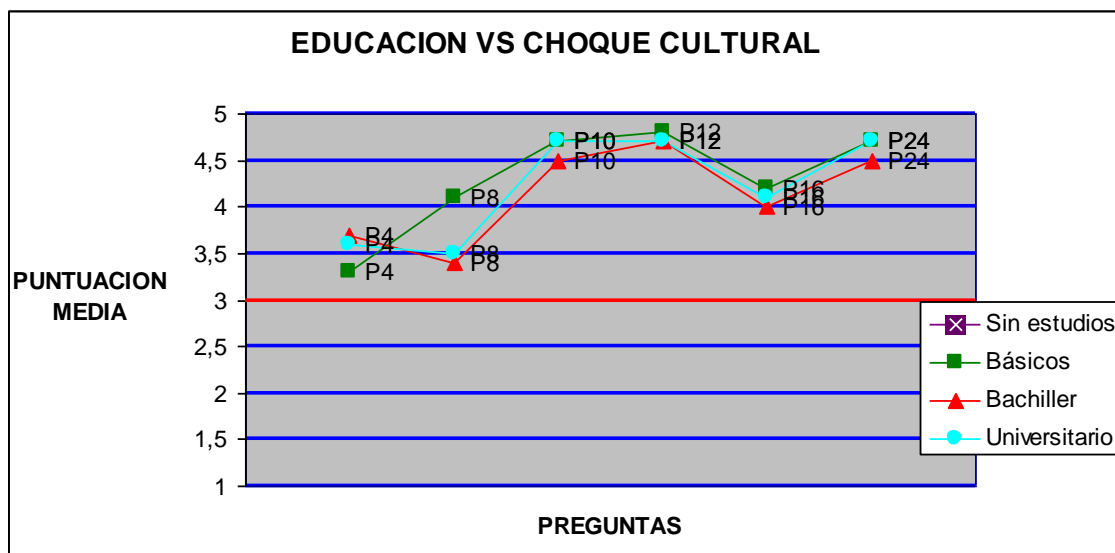


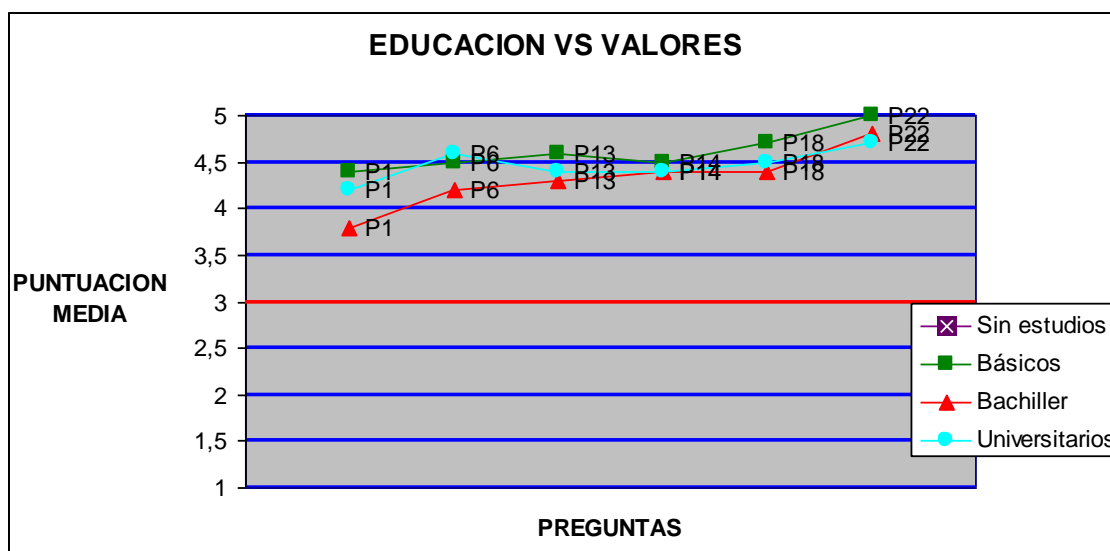
Gráfico 25: Choque cultural y educación.

C) Educación en relación con preguntas de valores.

Ítems	Sin estudios	Básico elemental	Bachiller	Universitario	
	Medias	Medias	Medias	Medias	Medias
P1 He cambiado mi forma de pensar tras la experiencia	0	4'4	3'8	4'2	
P6 La asistencia al operativo mejora la práctica dental en poco tiempo	0	4'5	4'2	4'6	
P13 Con estas actuaciones solidarias logramos educar a la población para una salud oral futura mejor	0	4'6	4'3	4'4	
P14 Destacaría como punto fuerte del proyecto la gran obra social	0	4'5	4'4	4'4	
P18 He tenido la posibilidad de conocer de primera mano los valores primordiales de la acción solidaria (compañerismo, humanidad, altruismo, sencillez)	0	4'7	4'4	4'5	
P22 Considero la experiencia única y recomendable para la comunidad universitaria:	0	5	4'8	4'7	

Tabla 30: Media de los ítems pertenecientes a valores morales según estudios de los padres.

En la **figura 26** se relaciona educación con nivel educativo de los padres.



Gráfica 26: Media de los ítems de valores según año de educación paterna

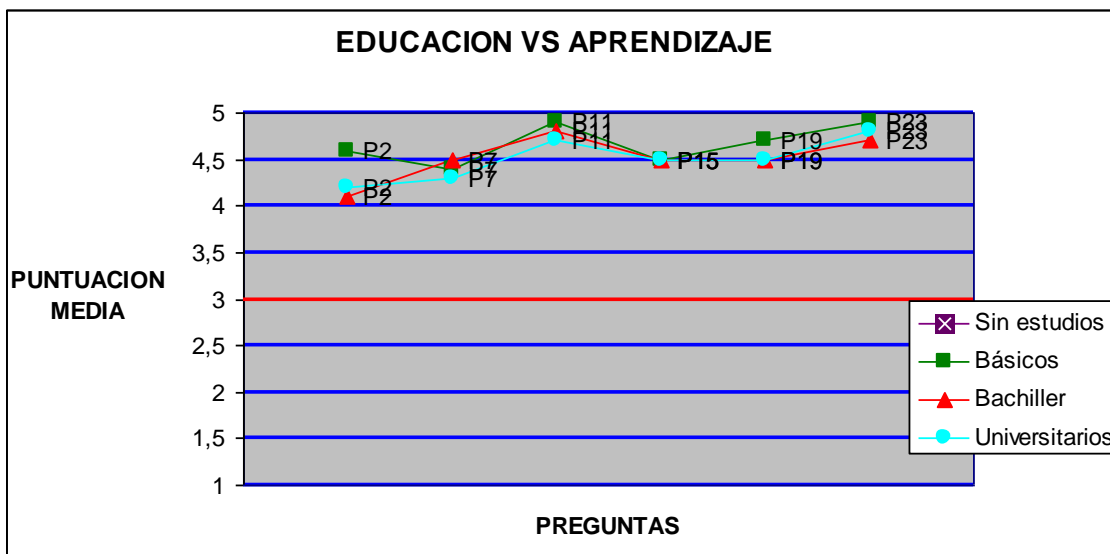
D) Educación en relación con preguntas de aprendizaje

Ítems	Sin estudios	Básico o elemental	FP o bachiller	Universitario	
	Medias	Medias	Medias	Medias	Medias
P2 La asistencia al proyecto de otros profesionales sanitarios (médicos, enfermeros...) complementaría el aprendizaje.	0	4'6	4'1	4'2	
P7 La asistencia al operativo mejora la práctica dental en poco tiempo	0	4'4	4'5	4'3	
P11 He tenido posibilidad de aprender ayudando y de ayudar aprendiendo	0	4'9	4'8	4'7	
P15 He podido colaborar en todas las áreas odontológicas existentes en el operativo	0	4'5	4'5	4'5	
P19 Me he sentido respaldado por los profesores colaboradores de ante cualquier contingencia del tratamiento dental	0	4'7	4'5	4'5	
P23 He aprendido a trabajar en condiciones desfavorables con	0	4'9	4'7	4'8	

menos recursos (valorando así los medios de los que disponemos) intentando optimizar al máximo los recursos disponibles

Tabla 31: Media de los ítems pertenecientes a aprendizaje según estudios de los padres.

En la **figura 27** se presenta una tabla que compara la media de respuestas a las cuestiones relacionando educación con aprendizaje.



Gráfica 27: Media de los ítems de aprendizaje según educación paterna.

3.7.5 Diferencias en función de los ingresos.

En la **tabla 32** se muestran los valores alcanzados por las medias en cada uno de los grupos de participantes.

Este epígrafe consta de 4 subapartados:

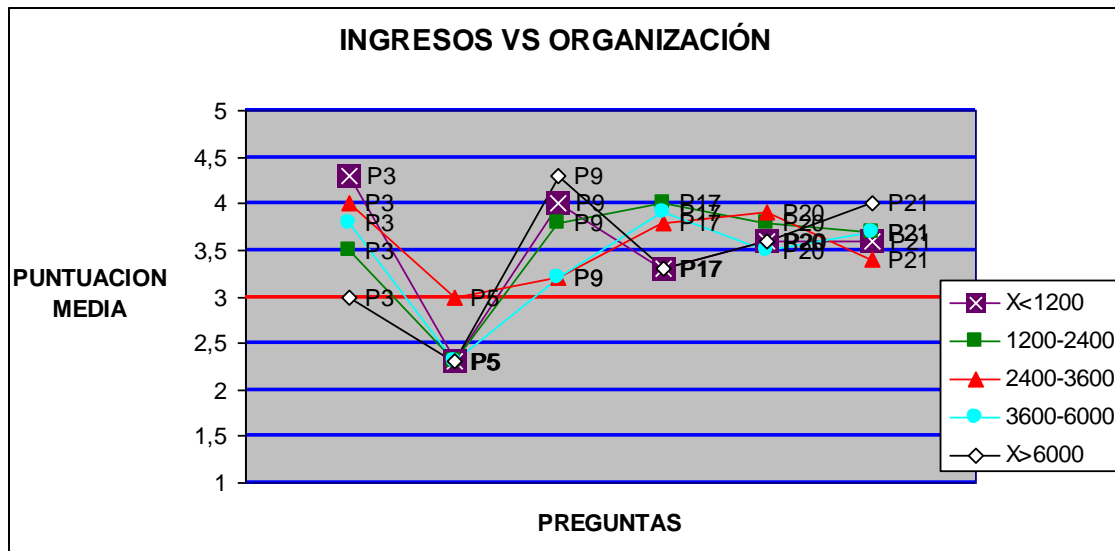
- A. Ingresos en relación con preguntas de organización.
- B. Ingresos en relación con preguntas de choque cultural.
- C. Ingresos en relación con preguntas de valores morales.
- D. Ingresos en relación con preguntas de aprendizaje.

A) Ingresos en relación con preguntas de Organización.

Ítems	X<1200E	1200-2400E	2400-3600E	3600-6000E	X>6000E
	Medias	Medias	Medias	Medias	Medias
P3 He recibido suficiente información en todos los aspectos por parte de los organizadores	4,3	3,5	4	3,8	3
P5 Los costes del proyecto son asequibles para los alumnos (billete de avión, alojamiento)	2,3	2,3	3	2,3	2,3
P9 El sistema de selección y las formas de comunicación a los participantes son adecuadas y transparentes	4	3,8	3,2	3,2	4,3
P17 La organización del operativo es adecuada (Vuelo, instalaciones, comidas, planning temporal, distribución de pacientes, transporte local hacia lugar de trabajo):	3,3	4	3,8	3,9	3,3
P20 He sido correctamente informado sobre potenciales enfermedades del lugar, así como su prevención y cura	3,6	3,8	3,9	3,5	3,6
P21 La sede e instalación elegida para el operativo es adecuada dada la necesidad en la zona de tratamientos dentales	3,6	3,7	3,4	3,7	4

Tabla 32: Media de los ítems pertenecientes a organización según ingresos paternos.

En la **figura 28** se relacionan ingresos con organización.



Gráfica 28: Media de los ítems de organización según ingresos paternos.

B) Ingresos en relación con preguntas de choque cultural.

En este subapartado, las cuestiones a destacar son la número 4 y la número 8.

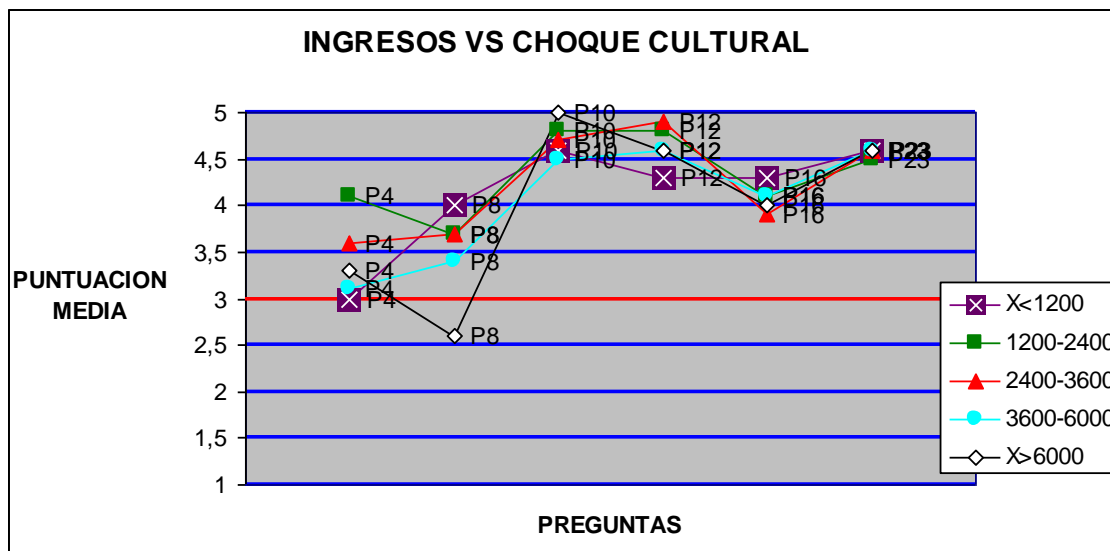
Por un lado en la número 4, el primer grupo (ingresos menores a 1200euros) la puntúa con un 3, el segundo grupo (ingresos entre 1200-2400euros) lo hace con un 4´1, el tercer grupo (ingresos entre 2400-3600euros) lo hace con un 3´6, el cuarto grupo (ingresos entre 3600-6000euros) puntúa con un 3´1 mientras que el último grupo (ingresos mayores a 6000euros) lo hace con un 3´3.

Por otro lado, en la número 8 el primer grupo (ingresos menores a 1200euros) la puntúa con un 4, el segundo grupo (ingresos entre 1200-2400euros) lo hace con un 3´7, el tercer grupo (ingresos entre 2400-3600euros) lo hace con un 3´7, el cuarto grupo (ingresos entre 3600-6000euros) puntúa con un 3´4, mientras que el último grupo (ingresos mayores a 6000euros) lo hace con 2´6.

Ítems	X<1200	1200-2400	2400-3600	3600-60000	X>6000
	Medias	Medias	Medias	Medias	Medias
P4 El uso de expresiones idiomáticas Dominicanas me ha enriquecido y me ha facilitado la comunicación con los pacientes	3	4,1	3,6	3,1	3,3
P8 Una formación académica universitaria similar y un lenguaje Odontológico homogéneo entre españoles y dominicanos mejorarían los tratamientos dentales	4	3,7	3,7	3,4	2,6
P10 He tenido la posibilidad de mezclarme con las gentes y lugares de aquel país y enriquecerme como persona	4,6	4,8	4,7	4,5	5
P12 Me he sentido integrado por los compañeros y Profesores Dominicanos	4,3	4,8	4,9	4,6	4,6
P16 He sido correctamente informado sobre las necesidades y consideraciones especiales de la población a tratar así como formas de trato y costumbres	4,3	4,1	3,9	4,1	4
P24 He podido conocer la realidad social de una profesión y de un país	4,6	4,5	4,9	4,6	4,6

Tabla 33: Media de los ítems pertenecientes a choque cultural según ingresos paternos.

En la **figura 29** se compara ingresos con choque cultural.



Gráfica 29: Media de los ítems de choque cultural según ingresos paternos.

C) Ingresos en relación con preguntas de valores.

Ítems	X<1200	1200-2400	2400-3600	3600-6000	X>6000
	Medias	Medias	Medias	Medias	Medias
P1 He cambiado mi forma de pensar tras la experiencia	4,3	4,1	4	4,1	3,3
P6 La asistencia al operativo mejora la práctica dental en poco tiempo	4	4,4	4,5	4,6	4,3
P13 Con estas actuaciones solidarias logramos educar a la población para una salud oral futura mejor	4,6	4,5	4,5	4,3	4
P14 Destacaría como punto fuerte del proyecto la gran obra social	4,3	4,5	4,3	4,3	4,3

P18 He tenido la posibilidad de conocer de primera mano los valores primordiales de la acción solidaria (compañerismo, humanidad, altruismo, sencillez)	4,6	4,6	4,7	4,5	4
P22 Considero la experiencia única y recomendable para la comunidad universitaria:	4	4,7	4,9	4,7	5

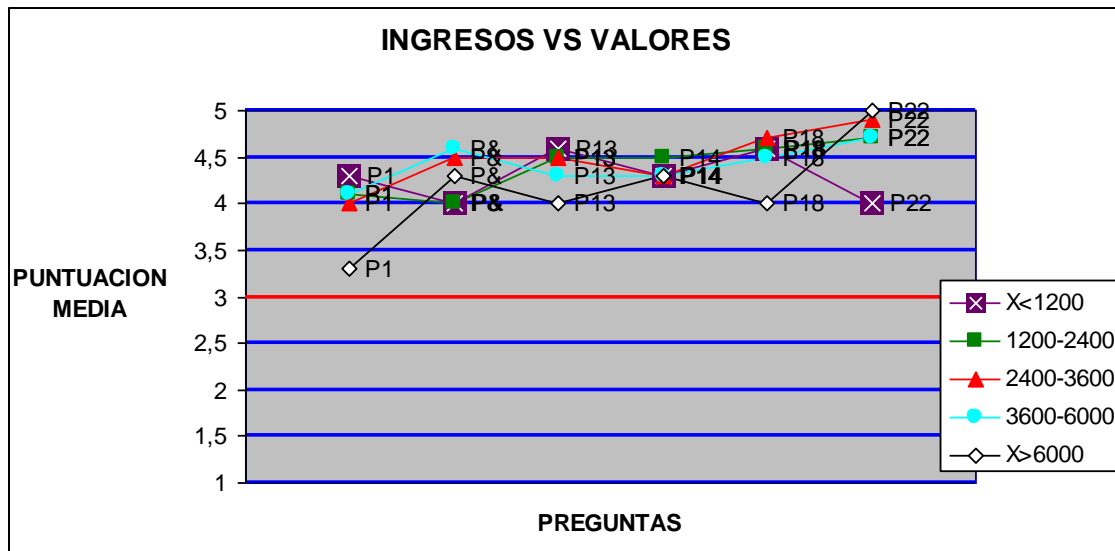
Tabla 34: Media de los ítems pertenecientes a valores morales según ingresos paternos.

En este subapartado, las cuestiones a destacar son la número 1 y la número 22.

En la pregunta número 1 el primer grupo (ingresos menores a 1200euros) la puntúa con un 4´3, el segundo grupo (ingresos entre 1200-2400 euros) lo hace con un 4´1, el tercer grupo (ingresos entre 2400-3600 euros) lo hace con un 4, el cuarto grupo (ingresos entre 3600-6000 euros) puntúa con un 4´1 mientras que el último grupo (ingresos mayores a 6000 euros) lo hace con un 3´3.

En la pregunta número 22 el primer grupo (ingresos menores a 1200 euros) la puntúa con un 4, el segundo grupo (ingresos entre 1200-2400 euros) lo hace con un 4´7, el tercer grupo (ingresos entre 2400-3600 euros) lo hace con un 4´9, el cuarto grupo (ingresos entre 3600-6000 euros) puntúa con un 4´7, mientras que el último grupo (ingresos mayores a 6000 euros) lo hace con 5.

A continuación, en la **figura 30** se expone una tabla que compara la media de respuestas a las cuestiones relacionando ingresos con valores morales.



Gráfica 30: Media de los ítems de valores según ingresos paternos.

D) Ingresos en relación con preguntas de aprendizaje.

Ítems	X<1200	1200-2400	2400-3600	3600-6000	X>6000
	Medias	Medias	Medias	Medias	Medias
P2 La asistencia al proyecto de otros profesionales sanitarios (médicos, enfermeros...) complementaría el aprendizaje.	4	4,2	4,5	4,1	4
P7 La asistencia al operativo mejora la práctica dental en poco tiempo	3,6	4,5	4,3	4,3	4,3
P11 He tenido posibilidad de aprender ayudando y de ayudar aprendiendo	5	4,9	4,9	4,5	4,6
P15 He podido colaborar en todas las áreas odontológicas existentes en el operativo	4,6	4,4	4,5	4,3	4,6

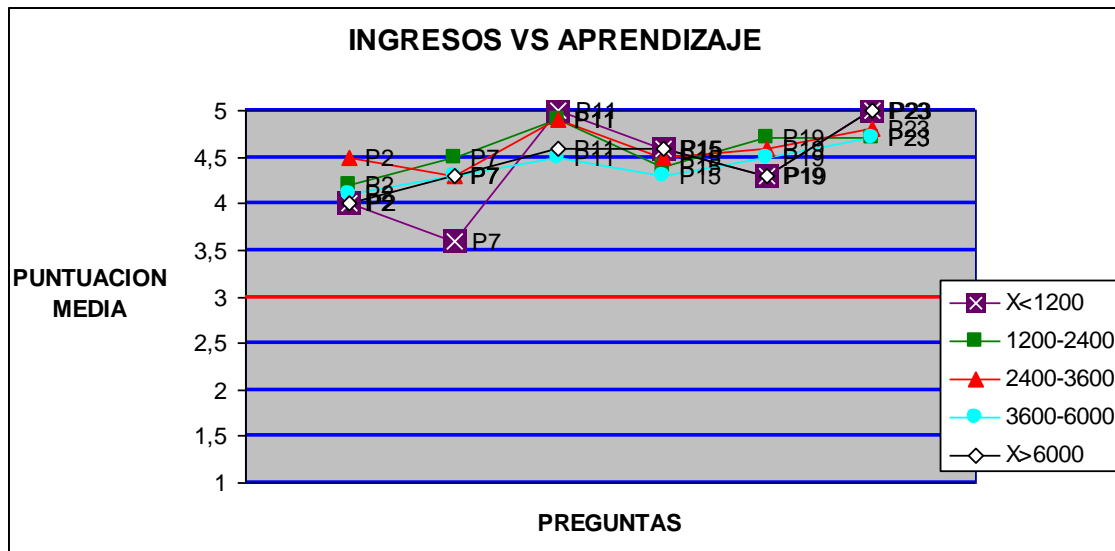
P19 Me he sentido respaldado por los profesores colaboradores de ante cualquier contingencia del tratamiento dental	4,3	4,7	4,6	4,5	4,3
P23 He aprendido a trabajar en condiciones desfavorables con menos recursos (valorando así los medios de los que disponemos) intentando optimizar al máximo los recursos disponibles	5	4,7	4,8	4,7	5

Tabla 35: Aprendizaje e ingresos paternos.

En este subapartado, las cuestiones a destacar son la número 7.

En la pregunta número 7, el primer grupo (ingresos menores a 1200 euros) la puntúa con un 3´6, el segundo grupo (ingresos entre 1200-2400 euros) lo hace con un 4´5, el tercer grupo (ingresos entre 2400-3600 euros) lo hace con un 4´3, el cuarto grupo (ingresos entre 3600-6000 euros) puntúa con un 4´3 mientras que el último grupo (ingresos mayores a 6000 euros) lo hace con un 4´3.

En la **figura 31** se expone una tabla que compara la media de respuestas a las cuestiones relacionando ingresos con valores aprendizaje.



Gráfica 31: Media de los ítems de aprendizaje según ingresos paternos.

4. Discusión

Esta investigación pretende dar respuestas a una pregunta genérica que puede realizar cualquier participante, investigador o entidad, independientemente de que estuviesen integrados o no en el proyecto solidario. Se cuestiona acerca de la utilidad o validez del proyecto de odontología social en República Dominicana que organizó la Oficina de Cooperación al Desarrollo de la Universidad de Sevilla entre 2005 y 2009. La valoración global de los encuestados es positiva. El 64% de las cuestiones están valoradas entre 4-5 (siendo el rango entre 1-5). Únicamente un 4% de las cuestiones están valoradas entre 2 y 3. Esta percepción positiva coincide con la que han tenido los cooperantes de otros proyectos docentes-solidarios del ámbito odontológico. Los integrantes del proyecto BOCA de la Buffalo University manifestaron percepciones similares sobre sus proyectos realizados en República Dominicana entre 2005 y 2011,^{71, 72, 73} También la Escuela de Medicina Dental de Harvard manifiesta la valoración favorable que hacen sus cooperantes respecto a sus programas de odontología social⁷⁴. La franca implicación y compromiso que tiene la Universidad de Harvard en relación a la odontología social, consolida proyectos de esta índole^{74,75} al ser la HDSM un referente de excelencia dentro de la odontología mundial.

En el entorno iberoamericano encontramos numerosos autores que nos certifican la utilidad de proyectos de esta índole. De este modo, el posicionamiento claro hacia la extramuración que manifiesta Sánchez-Dagúm de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina)^{62, 76}. También la Cátedra de Odontología Social de la Universidad de Rosario ofrece distintos testimonios científicos sobre la utilidad y viabilidad de este tipo de proyectos^{15, 16,19,45,77}. Del mismo modo, diversos autores brasileños apuestan decididamente por estos proyectos^{1,78,79, 80,81,82,83,84,85}.

Perú^{86,87}, Bolivia^{88,89}, Venezuela⁹⁰ y República Dominicana^{39, 42} son otros de los países iberoamericanos donde existen diversas universidades que optan tradicionalmente por proyectos de esta índole y donde existen percepciones positivas de su desarrollo y evolución^{42,88,90}.

En cuanto a la edad, la inmensa mayoría de los encuestados se encontraba en la tercera década de su vida. Este dato refleja la apuesta de los organizadores por contar con cooperantes provenientes de los dos últimos cursos de la licenciatura^{39,42}. Esta es la misma estrategia que utilizan Harvard⁷⁴, Buffalo⁷¹, Rosario^{16, 77}, Florianópolis^{79,81,84}, Anáhuac Mayab⁹¹ y otras.

En relación a la pertinencia o no de contar con cooperantes no egresados podrían utilizarse argumentos contrarios basados en limitaciones legales e incluso éticas. Las entidades universitarias con mayor trayectoria y prestigio en esta área, manifiestan de forma unánime criterios favorables a este modo de actuación^{1,13,16,18,44,71,74,79}. El compromiso solidario de estas universidades de referencia unido a las repercusiones académicas que conllevan estos proyectos les hacen apostar de forma manifiesta por actividades-solidarias en el campo odontológico^{42,71,74,79}.

Los organizadores de estos proyectos docentes-solidarios siempre cumplen una serie de premisas:

-Diseño y organización del proyecto por instituciones de prestigio y experiencia contrastada en el área de la cooperación^{71,74}.

-Coorganización con institución o instituciones locales de reconocimiento contrastado en el campo de la solidaridad^{42,86,92}.

-Marcado tutelaje de las actividades realizadas por los cooperantes a cargo del “staff” directivo (profesores o cooperantes con dilatada experiencia) ^{42,71,74,81,90}.

-Incorporación al proyecto de equipos de apoyo (médicos, enfermeros, psicólogos, etc)^{35,42,51} en aras de la seguridad.

-Transferencia de resultados⁹³

Llegados a este punto se podrían presentar dudas respecto a la legalidad de las prácticas clínicas de los alumnos del último ciclo. Se debe tener cuenta que estas actividades las realizan en países donde están plenamente aceptadas por las autoridades correspondientes. Incluso la participación de cooperantes foráneos es demandada por los países receptores^{39,42,51}. Por otro lado, llevan a cabo las mismas actividades clínicas que ya habían realizado en sus facultades de origen^{13,17,18,41}.

Los cooperantes pertenecían en su mayoría al sexo femenino, en una proporción 9/1. Este 90% es un reflejo de la feminización de la profesión odontológica^{30,94}. Actualmente en España ya ejercen más dentistas mujeres que hombres⁹⁵.

El nivel educacional de los padres era muy elevado, siendo más la mitad de los padres universitarios. Este hecho podría ser un elemento más de justificación de este tipo de proyectos solidarios. Los universitarios consideran pertinentes y útiles estas actividades y se implican, a través de su apoyo⁹⁶.

Los ingresos de los padres se encuadran, como media, en un perfil medio-alto. Este dato puede enmarcarse en el marco universitario de los ascendientes y justificaría la capacidad de estos para sufragar los gastos de sus hijos en este proyecto.

Resulta llamativo que la cuestión mejor valorada es la número 22 (4,8/5). “Considero la experiencia única y recomendable para la comunidad universitaria”. Este ítem podría considerarse como pregunta resumen o valoración final. Casi la totalidad de los cooperantes tienen una percepción muy positiva del proyecto, certifican su singularidad y recomiendan participar en el proyecto. Esta percepción tan positiva coincide con otros testimonios del alumnado⁵¹.

La otra pregunta mejor valorada es la número 23 (4,8/5). “He aprendido a trabajar en condiciones desfavorables con menos recursos intentando optimizar al máximo los recursos disponibles”. La puntuación de este ítem transmite una valoración muy favorable respecto al hecho de trabajar en un entorno distinto y con unos recursos más limitados. El alumnado percibe esta circunstancia como una fortaleza y una oportunidad para su proceso educativo. Se busca la optimización de recursos. Posiblemente la trayectoria como docentes de varios de los tutores en la disciplina de “ergonomía y organización” haya potenciado este aspecto formativo dentro del proyecto⁹⁷

La tercera cuestión mejor valorada es la número 11 (4,7/5). “He tenido oportunidad de aprender ayudando y de ayudar aprendiendo”. En esta cuestión se percibe una valoración muy favorable respecto a la doble vertiente docente y solidaria del proyecto. Esto es de suma importancia ya que se está valorando la base conceptual de la actividad. Para sus coordinadores ambos objetivos son esenciales y complementarios^{1,6,12,13,17,18,42}.

La valoración global de la organización del proyecto es bastante positiva (ítem nº 17, 3,8/5). Teniendo en cuenta el tamaño del proyecto, su carácter innovador y la inexperiencia previa de los organizadores españoles (Grupo de Cooperación Odontología Social del Centro de Formación Permanente de la Universidad de Sevilla), esta valoración positiva consolida el proyecto tras analizarlo de forma retrospectiva. Según manifiestan los organizadores⁴² se trata del proyecto docente-solidario odontológico de mayor envergadura a nivel mundial. Esta circunstancia conlleva una elevada complejidad logística. Pues bien, a la luz de los resultados de la encuesta, el reto organizativo fue resuelto de forma satisfactoria⁴².

La información recibida es bien valorada por los encuestados. Posiblemente esta valoración hubiese sido más positiva de haber podido contar con más profesorado. La organización de la actividad, en lo que compete a la Universidad de Sevilla, se desarrolló en su totalidad por un profesor titular, doctor Castaño Séiquer y dos profesores asociados, doctor Ribas Pérez y doctor Coello Suanzes. Las universidades españolas y en concreto la Universidad de Sevilla han realizado una

apuesta marcada por la cooperación al desarrollo ⁹⁸. Pues bien, los resultados pueden y deben ser más favorables si se contase con un mayor número de docentes implicados en el proyecto.

El ítem peor valorado es el que hace referencia a los costes del proyecto repercutido en el alumnado (Pregunta nº 5, 2,5/5). Este apartado constituye la mayor debilidad del proyecto. Se da una contradicción de facto al tratarse de un proyecto solidario donde una barrera económica divide a los cooperantes potenciales según su poder adquisitivo. Este sesgo se aminoró en gran parte por la implicación del Centro de Formación Permanente de la Universidad de Sevilla al facilitar becas y ayudas para los miembros de la US ^{98,99,100,101,102}. A partir del año 2010 no hubo acceso a este tipo de ayuda. Esta circunstancia provocó que, a partir del período analizado, el proyecto fuese organizado por una fundación solidaria española en alianza con la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)⁴².

La selección de los cooperantes también fue valorada de forma positiva. Hay que hacer mención que el número de demandantes siempre fue superior al número de plazas ofertadas. Este hecho, añadió elementos de complejidad al proceso de selección.

El fenómeno de interculturalización es muy bien valorado por los cooperantes. Éstos consideran muy positiva la receptividad de los cooperantes y docentes dominicanos, así como el contacto con la población beneficiaria del proyecto.

El proyecto docente-solidario que se desarrolló en República Dominicana entre 2005 y 2009, auspiciado por la Universidad de Sevilla, tiene un valor añadido que lo diferencia de otros similares. Al contrario de los organizados por Harvard University⁷⁴ y Buffalo University ^{71, 72} (entidades universitarias que desarrollan proyectos de odontología solidaria en República Dominicana), el proyecto de odontología social de la Universidad de Sevilla se crea, organiza y supervisa de forma conjunta con la Universidad de máxima referencia y única pública de la República Dominicana, la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Se trata de la universidad pública del país, única oportunidad docente para los aspirantes pertenecientes a colectivos que viven en situaciones de pobreza grave o extrema. Congrega a más de la mitad de

los universitarios dominicanos. La UASD, al disponer de distintas subsedes o campus regionales, permite que el proyecto pueda hacer uso de esas instalaciones. Ese es el caso de CURHAMA (Centro Universitario Regional de Hato Mayor del Rey)^{103,104} y el CURA (Centro Universitario Regional del Atlántico)^{105,106}. Junto a lo anteriormente expuesto la UASD tiene una larga trayectoria en actividades docente-solidarias. Estas actividades están encuadradas en el programa “Solidaridad y Esperanza”¹⁰⁷. De este modo, se establece una alianza estratégica entre dos universidades que apuestan por la acción social y con una situación de privilegio: el conocimiento de la realidad dominicana que posee la UASD y su accesibilidad total a cualquier territorio o comunidad de la República Dominicana¹⁰⁸.

La alianza US-UASD estableció una sinergia que permitió optimizar recursos, un más fácil acceso a poblaciones y localidades y una mejor visualización del proyecto. Esta alianza US-UASD disipa dudas sobre un hipotético rol “receptor-pasivo” del país donde se desarrollan los operativos. El proyecto de odontología social-Universidad de Sevilla siempre se ha preocupado por contar con contrapartes locales con experiencia en programas docentes-solidarios. Así, en Perú se realizaron alianzas estratégicas con la Universidad Alas Peruanas y con la ONG Odontólogos sin Fronteras.^{38,86} En México con la Universidad Anáhuac Mayab^{109, 110}. En el caso de Marruecos con la Fundación Hanan⁹².

El alumno tiene una elevada de la educación en valores adquirida durante el proyecto. Esta valoración positiva se enmarca en dos grandes bloques:

- El proceso de concienciación y sensibilización social (ítems 1, 6, 18 y 19).
- La rentabilidad social del proyecto (ítems 13 y 14).

La formación en valores es un pilar fundamental del Grupo de Cooperación “Odontología Social” de la Universidad de Sevilla. Dentro del compromiso social que toda universidad debe tener^{12,20,41,48,111}, la educación en valores se basa, en un porcentaje importante, en el conocimiento de la realidad^{6,13,15,19,35}. Las facultades de odontología españolas, según la opinión del líder del proyecto, no han desarrollado convenientemente las estrategias de odontología social^{6,8,13,17,18,35,36}. El profesor

Castaño opina que: “¿Cómo se puede entender que existan carencias manifiestas en el área bucodental de colectivos de desfavorecidos sociales ubicados a metros de facultades públicas de odontología? ¿Agrava la contradicción el hecho de que estas facultades tengan un número reducido e insuficiente de pacientes para el desarrollo de sus prácticas clínicas?”¹³

El limitado desarrollo de la odontología social es común en el resto de Europa. Con la excepción de los proyectos de Malmö^{112,113}, se infrautilizan los importantes recursos materiales y humanos que posee la Universidad Europea. En la totalidad de los países de la Unión Europea existen colectivos vulnerables que se podrían beneficiar de colectivos de esta índole. Junto a este elemento de rentabilidad social, estas estrategias permitirían la puesta en práctica de la filosofía “investigación-docencia-servicio”¹³ la cual ha sido muy rentable, en términos académicos y sociales, dentro del ámbito docente americano^{62,76,77,78,79,80,81,84,88,90,91}.

La formación en valores es un elemento clave de los distintos proyectos de investigación-docencia-servicio. Williams nos dice que: “Las universidades impulsan procesos de enseñanza-aprendizaje para la formación profesional, promoción de la investigación y planificar e implementar las actividades de extensión (compromiso social universitario) para permitir que el recurso humano, se encuentre social y técnicamente capacitado para abordar y resolver realidades disímiles, apuntando a mejorar la calidad de vida de la comunidad donde debe actuar”⁷⁷. Sánchez-Dagúm aboga por una visión del hombre como una “totalidad biopsicosocial”. Por ello, considera que: “Se debe bregar por lograr acuerdos a fin de que seamos capaces de formar odontólogos cada vez más comprometidos con la realidad social, y que sean capaces de vencer el aislamiento de una profesión de fuerte componente individual y técnico e integrarse con su bagaje científico a equipos interdisciplinarios de salud”⁶². Gaspar y Mendoza priorizan en “un modelo integral en el marco de la extensión universitaria e interacción social, mediante la incorporación de los conceptos preventivos y sociales en la formación clínica de los alumnos”⁸⁸. Brian Swann de la Universidad de Harvard concluye que mediante el desarrollo de estos programas “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”⁷⁴. El programa BOCA de la Universidad de Búfalo valora el “impacto de este programa en las actitudes del estudiante respecto al tratamiento de poblaciones minoritarias o marginadas y su desarrollo y crecimiento personal para prestar servicio a estos individuos”.⁷¹ Los cooperantes de BOCA se expresaban de la siguiente manera en relación a su participación comunitaria y lo que supuso para ellos:

- “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”.
- “Cambió mis perspectiva en lo que debemos hacer y cómo podemos ayudar”.
- “BOCA es la fuerza más grande de la escuela. Realmente cambió 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 necesidades dental y que hay una responsabilidad profesional de contribuir”.⁷¹

Llegados a este punto se observa una diferencia fundamental entre los más destacados proyectos docentes-solidarios del área odontológica. Esta diferencia podríamos denominarla territorial. Por un lado las universidades iberoamericanas (Rosario, Córdoba, Santa Catarina, Anáhuac Mayab, etc) que ponen en marcha proyectos en áreas y comunidades de su propio entorno nacional^{62,77,79,91}. El cooperante universitario, convive, comparte e interactúa con realidades muy diferentes a las de su hábitat habitual e incluso a la situación epidemiológica que encuentran en los pacientes de sus clínicas odontológicas universitarias intramurales. El cooperante llega a conocer a la sociedad a la que deberá servir a lo largo de su trayectoria profesional. Esta formación es esencial para cualquier trabajador de la salud desde una perspectiva social de la universidad y de las ciencias de la salud^{1,3,6,12,13,15,17,18,24,30,33,39,40,41,42,49,51}.

Las universidades norteamericanas (Harvard, Buffalo) trasladan sus proyectos a otros países con realidades socio-económicas culturales muy diferentes a las de los Estados Unidos de América^{71,74}. Estos proyectos pueden encontrar barreras en cuanto a comunicación, empatía, etc. Existe una amenaza mayor, la posibilidad de que se produzca un fenómeno “dador-receptor” en cuanto a prestación de servicio de salud por parte de la entidad cooperante extranjera. Ésta provee servicios temporales y con filosofía benefactora y cuasi “misionera”. Estos condicionantes pueden producir frustración en los grupos sociales receptores y no inducen a la estructuración de proyectos propios por parte de los países beneficiados por el proyecto^{13,18}.

La singularidad del proyecto “odontología social-US” y por ende, su mayor fortaleza radica en la alianza US-UASD^{35,39,42,86}. La Universidad de Sevilla visualiza, diseña, en definitiva, crea el proyecto. Desde su estructuración previa, la Universidad de Sevilla establece una sólida alianza con la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). En concreto con el proyecto “Solidaridad y Esperanza” coordinado en su área odontológica por el Prof. Erikson, docente de la Escuela de Odontología. En todas las ediciones analizadas del proyecto (2005-2009) trabajaron de forma conjunta la US y la UASD. Mancomunadamente seleccionaron las zonas de actuación (Hato Mayor y Puerto Plata), la logística y las pautas de atención clínica y educativa-preventiva. Lo anteriormente expuesto evita fenómenos de lo que podríamos denominar

“colonialismo solidario”. Además, es clave la implicación de la UASD para facilitar la comunicación con la población atendida y para el desarrollo de la interculturalización^{35,39,42,51}.

Los ítems que cuestionan acerca del aprendizaje adquirido posiblemente constituyen el epicentro de esta tesis. Una de las mayores fortalezas del proyecto “Odontología Social en República Dominicana” radica en el inseparable binomio docencia-solidaridad. Sin docencia, no estaría plenamente justificado el esfuerzo económico realizado por cooperantes, Universidad Autónoma de Santo Domingo y Universidad de Sevilla (ordenados por nivel de implicación económica). En las diferentes ediciones analizadas se atendieron odontológicamente más de 25.000 personas, todas ellas en situación de pobreza grave y extrema. Pero no es menos importante la formación en valores, conocimientos y habilidades de 150 cooperantes españoles y dominicanos^{35,39,42,51,99,100}. Este binomio docencia-servicio apareció muy bien valorado (4,7/5) por los cooperantes que han participado en este estudio.

Las medias de valoración de los distintos ítems que versaban sobre el aprendizaje fueron en todos sobresaliente. El ítem mejor valorado (4,8/5) fue en el que se cuestionaba sobre la validez de trabajar en condiciones desfavorables con menos recursos (P 23). El alumno se capacita para desarrollar la odontología en un medio diferente y con mayores limitaciones. Esta valoración positiva de este aspecto de la extramuración también la realizaron los alumnos de Buffalo University que participaron en experiencias de la misma índole⁷¹. En las preguntas 7, 15 y 19, los encuestados se manifiestan de forma muy favorable en cuanto a los resultados formativos obtenidos y la implicación de los profesores en el desarrollo del proyecto. En proyectos similares de distintas universidades^{71,74,76,81}, la percepción del alumnado cooperante fue igualmente muy positiva.

Después de conocer la percepción de una muestra mayoritaria de los cooperantes del proyecto “Odontología Social en República Dominicana” de la Universidad de Sevilla y compararlo con proyectos de similares características, asistimos a un escenario donde un proyecto docente solidario con validez acreditada presenta problemas de continuidad con un soporte universitario. Parece lógico, analizar y

evaluar lo realizado buscando la viabilidad de su continuidad. Además, en base a la experiencia de décadas en programas de investigación-docencia-servicio de distintas universidades americanas junto a lo realizado por la Universidad de Sevilla desde el 2005, se debería explorar la posibilidad de realizar experiencias similares por parte del resto de universidades españolas con docencia odontológica^{35,114,115}.

5. Conclusiones

1. Una muestra mayoritaria de los cooperantes que participaron en el proyecto “Odontología Social en República Dominicana” entre los años 2005 y 2009 tienen una valoración global altamente positiva del desarrollo del proyecto.
2. Las valoraciones más favorables hacen referencia a la utilidad y singularidad del proyecto. También tienen una alta valoración, las cuestiones referidas a la cooperación al desarrollo, el aprendizaje y la interculturalidad.
3. La alianza estratégica entre la Universidad de Sevilla y la Universidad Autónoma de Santo Domingo fue percibida por los cooperantes como una fortaleza del proyecto.
4. La financiación del proyecto, constituye el aspecto más cuestionado del proyecto. Sin implicación económica de la institución organizadora resulta complejo la continuidad del proyecto.
5. La Universidad de Sevilla es pionera en proyectos docentes-solidarios odontológicos en el entorno universitario nacional.

6. Bibliografía

1. Capel P, Castaño A, Doldán J. Los desafíos de la Odontología. 277-280 en Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid, Ed. Ripano. 2005.
2. Petersen PE. World Health Organization Global Policy for improvement of oral Health. World Health Assembly 2007. IntDental Journal (2008) 58, 115-121.

3. Houston MH, Petersen PE, Clarckson J, Johnson N. Global Goals for oral Health 2020. *International Dental Journal* (2003) 53, 285-288.
4. Almerich-Silla JM, Montiel-Company JM. Influence of inmigration and other factor son caries in 12 and 15 yr-old children. *Eur J Oral Sci.* 2007 Oct; 115(5):378-83.
5. Cuenca E. Las desigualdades en la salud oral. 263-274 en Cuenca E, Baca P. *Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios métodos y aplicaciones.* 3ª edición. Barcelona. Ed. Elsevier. España SL 2005.
6. Castaño A, Ribas D. El factor social como determinante de la salud oral. 83-88 en Castaño A, Ribas D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto.* Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.
7. Romero-Maroto M, González-Iglesias J, Castaño-Séiquer A. Historia de la odontología 73-78 en Castaño A, Doldán J. *Manual de Introducción a la Odontología.* Madrid, Ed. RIPANO, 2005.
8. Castaño A, Doldán J. La odontología como licenciatura universitaria en España (1901-2001) en Castaño A, Doldán J. *Manual de Introducción a la Odontología.* Madrid, Ed. Ripano, 2005.
9. Bravo-Pérez M, Casals E, Cortes-Martinicorena FJ, et al. Encuesta de Salud Oral en España 2005. *Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España (RCOE).*2006; 11:409–56.
10. Borrell LN, Papanou PN. Analytical epidemiology of periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology.* 2005;32 Suppl 6:132-58.
11. Bagán JV, Scully C. Cáncer oral: epidemiología y prevención. 195-211. En Cuenca E, Baca P. *Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios métodos y aplicaciones.* 3ª edición. Barcelona. Ed. Elsevier. España SL 2005.
12. Doldán J, Castaño A,. Universidad. 21-23 en Castaño A, Doldán J. *Manual de Introducción a la Odontología.* Madrid, Ed. Ripano. 2005.
13. Castaño A, Ribas D. Aprendizaje-servicio solidario. Una estrategia pedagógica fundamental para las ciencias de la salud. 757-762 en Castaño A, Ribas D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto.* Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.
14. Tapia MA. *La solidaridad como pedagogía.* Buenos Aires: Ciudad Nueva, 2000.

15. Burki BB, Ganem MA, Genz NB, Williams EA. Formación de recursos humanos con conocimiento de la realidad social, 25-27 en Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid, Ed. RIPANO. 2005.
16. 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.
17. Castaño A. Odontología para la comunidad. Una necesidad social. Un deber de la odontología. 465-470 en Castaño A, Ribas D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto.* Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.
18. Castaño A, Ribas D. Formación en salud pública oral. 477-486 en Castaño A, Ribas D. *Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto.* Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.
19. Pardo de Vélez G. *Investigación en Salud. Factores sociales.* Buenos Aires, Interamericana. 1997.
20. Shapira M y cols. Universidad y Salud Pública: su implicancia en la formación de recursos humanos. *Odontología Social* 2009, 1:55-65.
21. Hortale V, Korfman L. Programas de postgrado en salud pública en Argentina y Brasil. Orígenes históricos y tendencias recientes de los procesos de evaluación de calidad. *Revista Interface-comunicación, Salud, Educación.* 2007, (11) 21:119-30.
22. Sheiham A. Assessment of the role of western dentistry, 119-36 en Mautsch W, Sheiham A. Berlín: German Foundation for International Development. 1995.
23. Bravo M, Llodra JC. Modelos de provisión y financiación en odontología. La prestación de servicios odontológicos en España. 413-24 en Cuenca E, Baca P. *Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones.* Barcelona: Elsevier España S.L. 2005
24. Desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en el currículo de pregrado de los profesionales de la salud. Un marco conceptual para la competencia continua. División de promoción y protección de la salud. Washington DC. OPD/ OMS 1998.
25. Ribas D, Castaño A, González Sanz A. 20 años de salud pública oral en España. Madrid. Fundación Dental Española, 2001.

26. Doldán J, Castaño A, Barboza L, Malave M. La odontología y el concepto de salud-enfermedad 39-46 en Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid: Ed Ripano, 2005.
27. Cordero Bulnes MA, Castaño A, González Sanz A. Estudio descriptivo y analítico de los recursos humanos odontoestomatológicos en España: situación actual. Rev Actual Odontoestomatol. Esp. 1993;53:71-84.
28. Bravo M, Private dental visits per dentist in Spain from 1987 to 1997. An analysis from the Spanish National Health Surveys. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30:321-8.
29. BOE. Real Decreto 970/1986 de 11 de abril . Número 21, págs. 180-193. Madrid 21 de mayo de 1986.
30. Libro Blanco de Odontoestomatología 2005. Barcelona: LACER SA, 1996.
31. Ribas D, Doldán J, Castaño A. Salud Pública Oral en España 51-55 en Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid: Ed Ripano, 2005.
32. Ribas D, Castaño A. Treinta años de salud pública oral en España. Sevilla Fundación Odontología Social. 2012.
33. Ciencia y educación superior. El máster de salud pública oral de la Universidad de Sevilla en Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid: Ed Ripano, 2005.
34. Linares D. ¿Para cuándo las especialidades en odontología? Dentistas. 2011, 2:8
35. Castaño A, Ribas D. Universidad de Sevilla y Fundación Odontología Social. Una alianza estratégica para la investigación-docencia-servicio. 1223-1233 en Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.
36. Castaño A. Cien años de odontología en España. El desarrollo de la una profesión dentro de una sociedad, 123-130 en Castaño A, Doldán J. Lecciones de odontología social. Montevideo: Ed. Entrelabios, 2006.
37. Ribas D, Lledó E, Doldán J, Castaño A. Programas comunitarios en España, 38-41 en Castaño A, Doldán J. Lecciones de odontología social. Montevideo: Ed. Entrelabios, 2006.
38. Ribas D, Montes F, Doldán J, Castaño A. La solidaridad en odontología social: La experiencia en Perú, 65-71 en Castaño

- A, Doldán J. Lecciones de odontología social. Montevideo: Ed. Entrelabios, 2006.
39. Erikson M, Doldán J, Castaño A. Investigación-docencia y servicios: El intercambio universitario en República Dominicana. 85-115 en Castaño A, Doldán J. Lecciones de odontología social. Montevideo: Ed. Entrelabios, 2006.
40. Doldán J, Castaño A. Odontología en grupos de riesgo social. 116-122 en Castaño A, Doldán J. Lecciones de odontología social. Montevideo: Ed. Entrelabios, 2006.
41. Doldán J, Castaño A. La odontología social y la universidad española. 9-11 en Castaño A, Doldán J. Lecciones de odontología social. Montevideo: Ed. Entrelabios, 2006.
42. Castaño A, Ribas D, Coello JA. Proyecto de Odontología Social en República Dominicana. 795-808 en Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.
43. Castaño A, Doldán J. Lecciones de Odontología Social. Montevideo: Ed. Abrelabios, 2006.
44. Ferraro G, Ganem MA, Williams EM. La Universidad y su compromiso con la sociedad. 775-770 en Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.
45. Czeresnia D. Promoción de la salud: conceptos, reflexiones y tendencias. Buenos Aires, Lugar editorial. 2006
46. Williams EA, Williams EM, Pendino R. El hombre es tierra que anda. Interculturalidad, salud y formación de recursos humanos. 935-939 en Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.
47. Robert Y, Sheiham A. The burden of restorative dental treatment for children in Third World countries. Int Dent J. 2002; 52: 1-9.
48. Doldán J, Castaño A. Universidad concepto y funciones. En Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid: Ed. Ripano, 2005 p. 23-25.
49. Cuenca E. Las desigualdades en la salud oral. En: Cuenca E, Baca E. Odontología preventiva y comunitaria. Principios,

- métodos y aplicaciones. Barcelona: Ed. Masson, 2005 p.263-274.
50. Rossetti HD. Odontología Latinoamericana. Buenos Aires: Ed. Dunken, 2004.
51. Rodriguez-Trunser F. Experiencias de un cooperante de la Universidad de Sevilla. República Dominicana. Bielorrusos. Argentina. Marruecos. 1177-1191 en Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Ed. Fundación Odontología Social, 2012.
52. Hidalgo-San Martín A, Caballero-Hoyos R, Celis-de la Rosa A, Rasmussen-Cruz B. Validación de un cuestionario para el estudio del comportamiento sexual, social y corporal, de adolescentes escolares. Salud Pública Mex 2003; 45 supl 1:S58-S72
53. Ramón-Torrell, J.M. Métodos de investigación en odontología: bases científicas y aplicaciones del diseño de la investigación clínica en las enfermedades dentales. Barcelona: Masson; 2000.
54. Bericat, E. La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo. Barcelona: Ariel, 1998.
55. Gil Flores, J. Investigación Cualitativa. 513-523 en Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Ed. Fundación Odontología Social, 2012.
56. Gil Flores, J. Metodología de la Investigación. 503-512 en Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Ed. Fundación Odontología Social, 2012.
57. Steel RGD, Torrie JH. Bioestadística: principios y procedimientos. México DF, Editorial McGraw-Hill. 1992.
58. Gil Flores, J. Investigación Cualitativa. 513-523 Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Ed. Fundación Odontología Social, 2012.
59. Gil Flores, J. Metodología de la Investigación. 503-512. Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Ed. Fundación Odontología Social, 2012.

60. Sierra F. Función y sentido de la entrevista cualitativa en la investigación social. 277-345 en J. Galindo. *Técnicas de investigación*. México: Prentice Hall/Pearson/Addison Wesley Longman., 1998.
61. Taylor, S.J. y Bogdam, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 1987.
62. Sánchez-Dagum M, Sánchez-Dagum E. Formación de Recursos Humanos en Odontología Comunitaria. 711-724 en *Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto*. Sevilla: Ed. Fundación Odontología Social, 2012.
63. Bunge, M. La ciencia: su método y su filosofía. Buenos Aires: DeBolsillo, 2009.
64. Amezcua, M y Galvéz, A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 2002; 76:423-436.
65. Mayorga Fernández, MJ. La entrevista cualitativa como técnica de la evaluación de la docencia universitaria. *Relieve* 2004; 10(1):23-39.
66. Fernández S, Pértegas Díaz, S. Investigación cuantitativa y cualitativa. *Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Cad Aten Primaria* 2002; 9:76-78.
67. Gisela MPI, Andrés Ortiz R. La entrevista cualitativa. Universidad Mesoamericana. *Cultura de investigación universitaria*. 2005.
68. Breilh, J. Nuevos conceptos y técnicas de Investigación. *Guía Pedagógica para un taller de Metodología*. 2008
69. Gálvez Toro, A. Lectura crítica de un estudio cualitativo interpretativo. *Index Enferm* 2003; XII (42); 39-43.
70. Gálvez Toro, A. Lectura crítica de un estudio descriptivo cualitativo. *Index Enferm* 2003; XII(40-41):51-57.
71. Muñoz-Viveros C, Fabiano J. Asistencia y apoyo comunitario a Búfalo (EEUU) 787-794 en Castaño A, Ribas D en *Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto*. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.

72. Goodman G: Dominican Dental Mission Real Eye-Opener for Student. Portland Press Herald, July 19, 2007.
73. BOCA Continues Care to Underserved Areas. September 2006 Dental Report, p 5.
74. Swann BJ, Nalliah RP, Obadan EM. Programas de Odontología Social de la Universidad de Harvard (EEUU) 773-783 en Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.
75. Harvard School Of Dental Medicine. About HSDM. 2011; Available At: <http://hsdm.harvard.edu/index.php/about/>. Accessed September, 2011.
76. Sánchez-Dagúm M, Mandozzi, M Valoración de las actividades extramurales en alumnos de odontología preventiva y social. Córdoba: Facultad de Odontología. U.N.C. 2008.
77. Williams EA, Williams EM. Universidad y Odontología Social. El modelo iberoamericano 701-709 en Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.
78. Capel P, Carcereri DL. Salud Bucal Colectiva 843-854 en Brasil en Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.
79. Carcereri DL, Ferreira de Mello AL. El Programa de Odontología Social de la Universidad Federal de Santa Catarina (Brasil) 855-864 en Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.
80. Campos FE, Brenelli SL, Lobo LC, Haddad AE. O SUS como Escola: a responsabilidade social com a atenção à saúde de população e com a aprendizagem dos futuros profissionais de saúde. Rev Bras Educ Med 009; 33(4) (consultado el 12 de julio de 2014. <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n4/v33n4a01.pdf>)
81. Souza AI, Carcereri DL. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. Interface (Botucatu. Impresso) 2011;15(39)

set.Idez (consultado el 12 de julio de 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000025>)

82. Marsiglia RM. Perspectivas para o ensino das ciencias sociais na graduacao odontológica. In: Botazzo C, Freitas SFT. (Org). Ciências Sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. Bauru: EDUSC. San Paulo. UNESP, 1998.

83. Haddad AE. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília. Ministério da Saúde, 2006. 414p. (Série B. Textos básicos de saúde).

84. Carcereri DL, Amante CJ, Reibnitz MT et al. Formação em odontologia e interdisciplinaridade: O PRO-SAUDE da UFSC. Revista da Associação Brasileira de Ensino Odontológico. 2011(1): 62-70.

85. Carcereri DL. (Superv) Projecto de integração académica do curso de odontologia ao serviço público de atenção básica à saúde do bairro Saco Grande. Monografía. Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

86. Castaño A, Ribas D. Flores M. Proyecto de Odontología Social en Perú, US-FOS 877-883 en Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.

87. Sence R, Altamirano A. Experiencia peruana de promoción y prevención de salud oral y mental en escuela. 887-895 en Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.

88. Gaspar-Téllez YS, Mendoza-Huaylla VO. Interacción social y extensión universitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor de San Andrés. 907-914 en Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.

89. Avilés EE, Avilés ED. Salud Pública Odontología Familiar Comunitaria Intercultural. Cochabamba, Bolivia. 2008.

90. Hernández C. Programa integral de atención odontológica especializada en las comunidades indígenas del Auyantepuy (Venezuela) 835-842 en Odontología

Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.

91. Peniche R, Sosa M, Castillo H, Betancourt M. Programa de odontología social de la Universidad Anáhuac del Mayab 823-832 en Odontología Preventiva y Comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2012.

92. Castaño A, Ribas D, Torrejón J. Proyecto de Odontología Social para pacientes con necesidades diferentes en Tetuán (Marruecos) 1001-1009 en Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Ed. Fundación Odontología Social, 2012.

93. Carlsson P Tendencias epidemiológicas mundiales de la caries 525-534 en Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Ed. Fundación Odontología Social, 2012.

94. Bravo M. Situación Profesional de la Odontología en España 245-248 en Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid: Ed. Ripano, 2005.

95. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados 2013. (Consultado el 24 de mayo de 2014

<http://www.colegiodentistascordoba.es/images/noticias/ine2013.pdf>)

96. González-Ramírez T, Doldán J, Castaño A. Educación científica y práctica profesional en la sociedad del conocimiento 12-20 en Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid: Ed. Ripano, 2005.

97. Castaño A, Ribas D. Manual de prácticas de Ergonomía e introducción a la odontología. Sevilla, Fundación Odontología Social. 2009.

98. <http://internacional.us.es/internacional/index.php/blog-cooperacion> (consultado el 26 de mayo de 2014).

99. [Http://internacional.us.es/internacional/uploads/images/blog/archivos/Informe_vo_luntariado_2010.pdf](http://internacional.us.es/internacional/uploads/images/blog/archivos/Informe_vo_luntariado_2010.pdf) (consultado el 26 de mayo de 2014)

100. <http://internacional.us.es/internacional/index.php/Blogs/55/369/115-voluntarios-de-la-us-en-proyectos-de-cooperacion-al-desarrollo> (consultado el 26 de mayo de 2014)
101. <http://hemeroteca.sevilla.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/sevilla/abc.sevilla/2007/04/28/021.html> (consultado el 26 de mayo de 2014)
102. <http://www.us.es/downloads/estudios/titulaciones/ODONTOLOGIA.pdf> (consultado el 26 de mayo de 2014)
103. http://visionuasdiana.blogspot.com.es/2010_03_01_archive.html (consultado el 26 de mayo de 2014)
104. <http://ensegundos.net/2010/03/01/buenas-noticias-para-los-estudiantes-de-odontologia-de-la-uasd/> (consultado el 27 de mayo 2014)
105. http://lacostanortetv.blogspot.com.es/2010_07_16_archive.html (consultado el 27 de mayo de 2014).
106. http://www.sacandomelao.com/2009_08_01_archive.html (consultado el 27 de mayo de 2014).
107. <http://www.sacandomelao.com/2010/07/dejan-inaugurada-6ta-jornada.html> (consultado el 27 de mayo de 2014).
108. <http://uasd.edu.do/index.php/es/> (consultado el 27 de mayo de 2014).
109. <http://yucatan.com.mx/salud/odontologia-con-espiritu-altruista> (consultado el 27 de mayo de 2014).
110. <http://www.fundacionodontologiasocial.org/noticias/37-fos-en-yucatan-mexico> (consultado el 27 de mayo de 2014).
111. www.us.es (consultado el 27 de mayo de 2014).
112. Wennhall I. El proyecto Rosengard. Prevención para escolares con carencias sociales 1067-1079 en Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Ed. Fundación Odontología Social, 2012.
113. Hjern A, Grindefjord M. Dental health and Access to dental care for ethnic minorities in Sweden. Ethn Health. 2000 Feb; 5 (1): 23-32

114. <http://www.diariodominicano.com/n.php?id=2283> (consultado el 25 de junio de 2014)

115. <http://www.crue.org/AreaInternacional/Cooperacion/Paginas/Cooperacion.aspx?Mobile=0> (consultado el 25 de junio de 2014)

ANEXO I

CUESTIONARIO DE OPINIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN EL OPERATIVO EN HATO MAYOR DEL REY/PUERTO PLATA, EN REPÚBLICA DOMINICANA.

CUESTIONARIO DEL PROYECTO ODONTOLOGIA SOCIAL

Tiene usted delante un documento que 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 se corresponde con 26 cuestiones que serán valoradas del 1-5 dependiendo del grado de conformidad

1ª Parte.- Datos de interés general.

Señale la casilla con una “X” entre las distintas opciones.

-Edad :

Entre 19-23

Entre 24-30

De 30 en adelante

-Sexo : mujer hombre

-¿en qué edición participó?

* Verano del 2009.

* Verano del 2008.

* Verano del 2007

* Verano del 2006.

* Verano del 2005.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

-Nivel educacional paternos (Indicar el grado más alto existente)

* Sin estudios

* Básico/elemental.

* Formación profesional /bachiller

* Universitario.

-Ingresos económicos paternos.

- * Menor a 1200 Euros.
- * Entre 1200 a 2400 Euros.
- * Entre 2400 a 3600 Euros
- * Entre 3600 a 6000 Euros
- * Mayor a 6000 euros.

2ª Parte.- Cuestionario

Señale con una “X” la opción preferente.

Ejemplo.-La vida me parece maravillosa

- 1= Totalmente en desacuerdo**
- 2= En desacuerdo**
- 3=Indiferente.**
- 4=De acuerdo**
- 5=Totalmente de acuerdo.**

1	2	3	4	5
			X	

He cambiado mi forma de pensar tras la experiencia.

1	2	3	4	5

La asistencia al proyecto de otros profesionales sanitarios (médicos, enfermeros...)
Complementaría el aprendizaje de los alumnos.

1	2	3	4	5

He recibido suficiente información en todos los aspectos por parte de los organizadores.

1	2	3	4	5

El uso de expresiones idiomáticas dominicanas me ha enriquecido y me ha facilitado la comunicación con los pacientes.

1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Los costes del proyecto son asequibles para los alumnos (billete de avión, alojamiento...)

--	--	--	--	--

He tenido la posibilidad de madurar con la experiencia vivida.

1	2	3	4	5

La asistencia al proyecto mejora la práctica dental en poco tiempo.

1	2	3	4	5

Una formación académica universitaria similar y un lenguaje odontológico más homogéneo entre españoles y dominicanos mejorarían los tratamientos dentales.

1	2	3	4	5

El sistema de selección y las formas de comunicación a los participantes son adecuadas y transparentes.

1	2	3	4	5

He tenido la posibilidad de mezclarnos con las gentes, lugares, de aquel país y enriquecerme como persona.

1	2	3	4	5

He tenido la posibilidad de ayudar aprendiendo y de aprender ayudando.

1	2	3	4	5

Me he sentido integrado por los compañeros y profesores dominicanos.

1	2	3	4	5

Con estas acciones solidarias logramos educar a la población para una salud oral futura mejor.

1	2	3	4	5

Destacaría como punto fuerte del proyecto la gran obra social.

1	2	3	4	5

He podido colaborar en todas las áreas odontológicas existentes en el operativo.

1	2	3	4	5

He sido correctamente informado sobre necesidades y consideraciones especiales de la población a tratar, así como formas de trato y costumbres.

1	2	3	4	5

La organización del operativo (viaje, instalaciones, comidas, planning temporal, distribución de pacientes, transporte de material...) es adecuada.

1	2	3	4	5

He tenido posibilidad de conocer de primera mano los valores primordiales de la acción solidaria (compañerismo, altruismo, sencillez, humanidad...)

1	2	3	4	5

Me he sentido respaldado por los profesores colaboradores ante cualquier contingencia en el gabinete.

1	2	3	4	5

He sido informado adecuadamente sobre enfermedades potenciales en el país de actuación y las maneras para evitarlas.

1	2	3	4	5

La sede e instalación para el operativo es adecuada dado la necesidad de tratamientos odontológicos en la zona.

1	2	3	4	5

Considero la experiencia única y recomendable.

1	2	3	4	5

He aprendido a trabajar en condiciones desfavorables y con menos recursos intentando optimizar los resultados, superando las adversidades.

1	2	3	4	5

He tenido la suerte de conocer la realidad social de una profesión y de un país.

1	2	3	4	5

**ANEXO II
TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO DE DISCUSIÓN
VIERNES 18 DE DICIEMBRE DE 2009.**

- GRUPO DISCUSIÓN
 - (PROF. COLABORADORA) “A”
 - (PROF. COLABORADOR) “K”
 - (ALUMNO) “M”
 - (ALUMNA) “L”

TEMÁTICA ORGANIZACIÓN:

¿QUÉ OPINAIS DE LOS SISTEMAS DE SELECCIÓN Y DE LA INFORMACIÓN QUE SE LE DÁ A LOS PARTICIPANTES?

A: Bueno yo creo que en principio sí, a veces puede ser que nos veamos desbordados en el sentido de que hay mucha gente que quiere ir y no hay tantas plazas, si se desborda aquellos, el aprendizaje y la atención clínica decrece pero bueno teniendo en cuenta unos criterios basados en la experiencia, en las ganas, en la ilusión, en el proyecto y haber cursado una serie de asignaturas que tenían que ver, yo creo que sí, que la selección es bastante justa.

K: Yo creo como dice mi compañera que hay que tener unos criterios de selección ya que durante los primeros cuatro años han ido todos los alumnos que han querido, pero debido al gran aumento de la demanda por ir allí, ya ha habido que escoger unos criterios y gracias a las becas que están dando, pues con más motivo. Entonces se han tomado y se intenta ser lo más justo posible.

M: Sí, antes de la reunión nos informan sobre los criterios que iban a tener en cuenta, y después nos hicieron una entrevista personal para conocer algunas características que estaban muy relacionadas con el proyecto y sobre experiencias voluntarias.

L: Yo creo que nos deberían haber informado más cuando entramos en la carrera, en primero, porque si cuando nos vamos a presentar en tercero nosotros no sabemos, pues entonces no podemos saber, pues entonces no podemos saber qué tipo de asignatura debemos coger, o si tenemos que coger puntos, entonces nos deberían informar un poco

antes o plantearse también mirar un poco antes, o plantearse también mirar un poco más el expediente académico.

¿SON SUFICIENTES LAS AYUDAS? ¿ESTAN BIEN REPARTIDAS?

L: Sí, las ayudas están bastante bien, cubre casi todo el proyecto, el viaje...

M: Bueno una parte, después la estancia y demás no cubre tanto.

¿CREES QUE SERIA NECESARIO QUE SE INVOLUCRARAN MÁS LAS INSTITUCIONES?

L Y M: SI, desde luego, por la parte de la Facultad de Odontología.

A: Si pudiera ofrecer un poco de más dinero, pues claro también cubriría la estancia y otras cosas que no están cubiertas pero bueno... la equivalencia de darle igual a todo el mundo y tal está bien reparto.

K: Actualmente la U.S está ofreciendo un dinero que cubre el 70-75% del gasto de los alumnos que van pero claro lo ideal sería que pudiesen darle becas a más alumnos, porque vamos, un 75% está bien.

¿PUNTOS FUERTES Y PUNTOS DÉBILES DEL PROYECTO?

A: Los puntos fuertes... el aprendizaje de los alumnos allí que se refuerzan muchísimo sobre todo en aspectos práctico aunque también se está incorporando el tema teórico, y luego lo que es la repercusión que tiene a nivel social en el país allí y cada vez más aquí, lo que es la ayuda solidaria que se hace, y bueno puntos débiles hay todavía muchas cosas que mejorar, muchos materiales que incorporar, innovar en el sentido de renovar los tratamientos, de hacer unos tratamientos más integrales...

M: El aprendizaje, coger muchísima práctica y confianza a la hora de tratar pacientes, porque en la Facultad no tenemos esa posibilidad, y como puntos débiles pues en algunas actuaciones podemos hacer menos por la falta de material, y somos bastantes, poco material, básicamente eso.

TEMÁTICA CHOQUE CULTURAL:

¿CONSIDERIAS ENRIQUECEDOR EL TRABAJO CODO CON CODO DE DOMINICANOS Y ESPAÑOLES?

A: Hombre claro, el ver cómo trabajan allí, su forma de trabajo su manera de ver la Odontología que es bastante diferente, como ellos se desenvuelven en la práctica y sin embargo tienen carencias en teoría, entonces es un poco la verdad que sí, que siempre se aprenden cosas.

K: Ya no solo en el nivel profesional sino también a nivel personal, al estar con una cultura diferente, pues aprender formas y estilos de vida de otros lugares, al estar con una cultura diferente.

L: Sí fue bastante enriquecedora como ha dicho el compañero, hay un intercambio cultural donde nosotros aprendemos de ellos, ellos aprenden de nosotros...Ellos nos aportan cosas, nosotros aportamos cosas, quizás ellos en el ámbito práctico estén mucho más desarrollados que nosotros, pero tienen muchas carencias teóricas que nosotros le podemos ir rellenando, y entonces nos complementamos bastante bien.

¿LAS EXPRESIONES IDIOMÁTICAS DIFICULTAN LOS RESULTADOS DENTALES?

L: No, yo creo que no, porque al final te terminas entendiendo, hay algunas cosas que sí que pueden llevar a equívoco, pero al final terminas entendiendo incluso te puede ayudar en nuestro caso, ya que los pacientes al fin y al cabo son dominicanos, y esto nos lleva a un mejor entendimiento.

A: Entre compañeros hay bueno hay algunas expresiones , pero que luego la terminas entendiendo y por eso está bastante bien, pero yo me di cuenta de una cosa muy curiosa, y es que con los niños si tienen que ver mucho las expresiones, ya que yo le hablaba a un niño en mi español y el niño a lo mejor razonaba un poco pero no terminaba de entender las cosas del todo, pero si venia el Odontólogo dominicano y le decía expresiones del lugar, pues si lo entendía mucho mejor y era más fácil manejarlos.

¿COMO FUE LA RELACION CON LA POBLACIÓN Y AUTORIDADES?

M, A Y L: Muy buena.

A: La verdad que allí estamos muy bien considerados, nos tratan muy bien desde el momento en que llegamos, tienen atenciones con nosotros, entienden la envergadura del proyecto y la verdad que muy bien,

K: Desde el Rector de la UASD, hasta el personal de limpieza, de servicios, nos ayudan, la verdad que todo el personal se ha portado muy bien y desde el primer momento nos han atendido correctamente.

L: La relación era buena, una actitud muy positiva ya que vamos a ayudarles...

M: Ellos entendían que veníamos desde muy lejos sólo para ayudarle...

L: Nos hacían regalos, la verdad que muy bien.

TEMÁTICA DE VALORES

¿QUÉ PERSONA ES MAS ADECUADA PARA ENTRAR EN EL PROYECTO?

K: La verdad que es un tema muy complejo, hay que estar muy pendientes, lo ideal sería hacer un seguimiento de ese alumno para buscar un tipo de perfil... siempre intentamos que sea una persona que sea amable, sobre todo solidaria, por que el proyecto, al ser docente-solidario sí solo piensa el alumno en el aprendizaje se puede equivocar al sitio donde va, ya que allí hay muchas necesidades y al tenerte que acostumbrar a otro pensamiento y a otra ideología diferente a las tuyas, necesitas esa facilidad de respuesta en un momento dado y el acostumbrarse... una mente abierta y sobre todo mucha adaptación .el perfil, ser muy humano y que le guste tratar mucho con este tipo de pacientes que tienen un poder adquisitivo bajo, y que lo estás haciendo de forma gratuita, no pensando en ninguna repercusión económica.

¿SE MADURA? ¿QUE SE TRAE UNO TRAS EL OPERATIVO?

M: Hombre, te sientes bien tras hacer ese tipo de trabajo, ayudar a ese de tipo de personas, porque no tienen otro tipo de posibilidad de esa ayuda allí por lo menos que lo tengan al alcance. Aprendes a ver otro tipo de realidad que no estamos acostumbrados a ver aquí. Una forma de vivir de ver las cosas que no es la misma que cuando estas allí.

L: Refuerza tus valores.

TEMATICA DE APRENDIZAJE:

¿CREEIS QUE LOS QUE VAN AL PROYECTO TIENEN MAS DESTREZA MANUAL QUE LOS QUE NO VAN?

L: Sí, totalmente sí, seguro porque la cantidad de trabajo que se hace allí no tiene nada que ver con las prácticas de la US; Las prácticas que se hacen en la Facultad son muy

escasas y allí llevamos un ritmo de trabajo muy alto, vemos muchos pacientes y eso nos da la oportunidad de coger manos

M: Claro, un día allí puedes hacer 25 exodoncias y aquí puedes hacer a lo largo de la carrera haces unas 5.

¿QUÉ OPINAIS DE LA INCLUSION DE OTROS PROFESIONALES?

K: Creemos que es bastante importante y además se está intentando desde la dirección del proyecto, de no solo meter a dentistas sino a meter a otras especialidades sanitarias para tratar al paciente globalmente y no solo su boca.

A: También la inclusión de maxilofaciales complementaría nuestra función allí.

¿TIENE VALIDEZ EL PROYECTO? ¿TIENE FUTURO?

L: Desde los alumnos podemos decir que sí, es válido, es útil, da un gran servicio y si sí.

A: Hombre el futuro creo que es, que la atención al paciente cada vez sea mejor, que tengamos allí un sitio permanente donde poder ir diferentes veces al año, para poder prestar esa atención y poco a poco ir metiendo mejoras para que progrese, pero ahora con lo conseguido estamos muy satisfechos.

K: Creo que deberíamos hablar no solo del futuro, sino que el futuro es el presente que estamos viviendo actualmente, solo con pequeños retoques y mejoras, por parte de las administraciones, de empresas que facilitaran más recursos y dieran más donaciones sería mucho más fácil la mejora del proyecto.

ANEXO III

TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTAS

TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA AL PROF. ANTONIO CASTAÑO

A) ORGANIZACIÓN

¿EN QUÉ CONSISTE EL PROYECTO? ¿ESTA BIEN PLANTEADO?

“Puede sonar subjetivo cuando soy el creador del proyecto, pero fundamentalmente es docente-asistencial, donde en los cinco años de operativo se han visto, se han atendido 20000 personas. Su mayor fortaleza, es el hecho de que más de 150 estudiantes se han formado en conocimientos, habilidades, aptitudes y valores. Tiene mucha solidez.”

¿PUNTOS FUERTES Y PUNTOS DÉBILES DEL PROYECTO?

“Puntos fuertes el componente académico. Otro punto fuerte es la interculturalidad, otro es el alto número de pacientes atendidos. Como punto débil es su estacionalidad, más de 15 días es difícil que el alumno participe, y el hecho de que hasta ahora, ha supuesto un desembolso para los alumnos, este año menos, porque la oficina de cooperación al desarrollo de la Universidad de Sevilla se ha volcado. Somos la institución solidaria con más apoyo en el 2009. En años anteriores eran ayudas limitadas.”

¿QUÉ HACE QUE UN GRUPO FUNCIONE? ¿QUE PAPEL TIENE EL COORDINADOR?

“Es fundamental porque las estructuras logísticas son de gran complejidad, y si se suma un nivel organizativo distinto del nuestro pues hace que haya que estar solucionando pequeños grandes problemas todos los días”

¿QUE OPINA DE LAS SEDES?

“Las posibilidades en Puerto Plata son mayores. Las instalaciones son más amplias, la capacidad de crecimiento es mayor y de hecho se está planteando la existencia de una clínica permanente en las instalaciones de la UASD en Puerto Plata. El índice de pobreza es similar pero más acentuado en Hato Mayor del Rey, unas de las provincias más pobres de República Dominicana. Puerto Plata no es especialmente pobre, por que equilibra en parte la balanza de pago con el turismo.”

B) CHOQUE CULTURAL

¿ES ENRIQUECEDOR EL TRABAJO CON CODO CON CODO DE ESPAÑOLES Y DOMINICANOS?

“Por supuesto. Se superan muchas ideas prefijadas. Vemos un nivel de habilidad mayor en dominicanos que en los españoles. Respecto a éstos últimos, su base de conocimientos teóricos la valoramos, la percibimos mejor que la del estudiante dominicano, y a veces más alta que la del profesorado dominicano.”

¿INFLUYE EN LOS RESULTADOS LAS DISTINTAS EXPRESIONES IDIOMÁTICAS? ¿HA MUCHA DIFERENCIA ENTRE LA FORMACIÓN ODONTOLÓGICA EUROPEA Y LA DOMINICANA?

“No, ya que al final, la disciplina común que es la odontología, unifica muchos criterios y tienen capacidad de traducir las dudas en segundos. En realidad son dos escuelas, la europea y la americana. La americana tiene un gran componente práctico y estamos en zona de influencia de Norteamérica. Quizá, el estudiante europeo aprovecha más su carencia formativa a nivel práctico.”

¿DESCONCIERTA EL PAIS A LOS ORGANIZADORES?

“Un país con muchas posibilidades con tradición universitaria pero quizá adolece de falta de capacidad Organizativa”

C) VALORES

¿CAMBIA LA GENTE SU FORMA DE PENSAR TRAS LA EXPERIENCIA?

“Evidentemente. Además de los incrementos positivos en su formación Universitaria, su percepción del mundo, su percepción de su posicionamiento social, su situación de privilegio la captan al conocer otras realidades, personas que comen una vez al día, personas que viajan durante 7 horas para ser atendidos por ellos”

¿CUÁL DEBE SER EL PERFIL DEL ALUMNO PARA PARTICIPAR?

“Buscamos personas que tengan inquietudes sociales, que evidentemente tengan un interés en potenciar su formación, pero esto no se puede considerar como una compra de prácticas, unas vacaciones solidarias, sino una labor solidaria que como valor añadido permite el reforzamiento de los criterios de los conocimientos del alumnado”

COMENTE LA FRASE AYUDAR APRENDIENDO Y APRENDER AYUDANDO

“Quiere sintetizar los dos objetivos finales de la Fundación como es, como decía anteriormente, el componente docente aprendiendo y aprender y el componente solidario ayudar ayudando”

¿QUE SE TRAE CONSIGO UN JOVEN TRAS EL OPERATIVO?

“Primero concienciación social, segundo valores solidarios y tercero un proceso de madurez acelerado durante 15 días”

D) APRENDIZAJE

¿CREE QUE LOS ALUMNOS APRENDE A TRABAJAR EN CONDICIONES DESFAVORABLES?

“No creo que sean tan limitadas las condiciones, pero evidentemente son más dificultosas que en su medio de pregrado natural. Yo creo que la gran aportación que reciben a su enseñanza es el hecho de que concentran mucha actividad clínica en pocos días y tienen que resolver los problemas que surjan por ellos mismos, siempre guiados por profesores, y toman conciencia de que pueden, de hecho las transformaciones allí son por horas y más por días. No tiene nada que ver la capacitación de un alumno el primer día que el décimo”

Los profesores del quinto año nos lo confirman año tras año cuando priorizan algún tratamiento más complejo en aquellos alumnos que han ido a República”

¿QUÉ OPINAS DE LA INCLUSION EN EL OPERATIVO DE OTROS PROFESIONALES SANITARIOS?

“Enriquecedor, y muy pronto muy positivo para el componente solidario de la Fundación. Todo paso a paso”

¿ES DEFICITARIA LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA EN FORMACION?

“En formación práctica, al igual que la mayoría de universidades españolas y europeas”

¿QUIERE APORTAR ALGO MAS QUE NO HAYA DICHO?

“Este tipo de actividades extramurales tendrían que tener mayor referendo académico y existir como asignatura más de obligado cumplimiento dentro de las nuevas estrategias docentes del plan Bolonia”

¿EL FUTURO DEL PROYECTO?

“Estoy convencido, ya estamos trabajando en más de 3 continentes y estoy convencido de que en 5 años Sevilla, brillará con luz propia como proyecto docente asistencial solidaria”

TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA A PROF. COLABORADOR 1 (DR. LUIS EL KHOURY)

A) ORGANIZACIÓN

¿EN QUE CONSISTE EL PROYECTO?

“Consiste en una actividad solidaria, social pero a la vez docente en la que alumnos de Sevilla en mayor parte van a la República Dominicana y atienden a los pacientes bucodentalmente”

PUNTOS DEBILES Y PUNTOS FUERTES DEL PROYECTO

“Puntos fuertes: yo creo que docentemente el punto más fuerte es que se realiza una actividad que la Facultad de Odontología de Sevilla no puede realizar por falta de pacientes. Puntos débiles: No se tienen todas las infraestructuras, que hay que desplazarse, que tiene un costo para los alumnos, y con el trabajo que conlleva en un país que no es España, que se encuentran en vías de desarrollo.”

¿EXISTEN SUFICIENTES AYUDAS?

“Yo creo que actualmente la Universidad de Sevilla se está dando cuenta por el plan Bolonia, que consiste en realizar actividades de este tipo en que es el presente, no el futuro, mejor dicho, el presente de la docencia, que hay que... y están ayudando por ello y cada vez más a este tipo de actividades ya que docentemente, yo creo que es el presente, es un refuerzo completo a todo el aprendizaje que se puede hacer en la Universidad”

¿PAPEL DEL COORDINADOR?

“Fundamental, tiene que haber alguien que ayude, que esté ahí con el alumno, que los enseñe, en todas las dudas que tenga, constantemente hay que estar con el alumno. Como hemos dicho, allí no tenemos todos los medios suficientes por lo tanto con más atención hay que prestar atención a todas las actividades que se realizan, y el papel del coordinador, si no está ahí no se podría hacer esta tarea solidario”

¿QUÉ OPINAS DEL SISTEMA DE SELECCIÓN?

“Los primeros cuatro años, los alumnos que querían podían participar, pero actualmente, por ser un número alto de solicitudes, se tuvo que hacer un tipo de selección que fue lo más objetiva posible donde se pedían unos requisitos demostrables por currículum vitae, y una entrevista personal. Lo primero que hace falta es que sean personas que quieran dar parte de ellos a la sociedad. Que no vayan con el pensamiento de hacer la actividad que aquí en Sevilla hacen, sino que quieran darse a los demás, porque allí hay mucha necesidad, luego tienen que ser capaces de adaptarse a la jerga de allí, a la cultura de allí, a unos medios e instalaciones diferentes.”

¿ESTA EL ALUMNO INFORMADO EN TODOS LOS ASPECTOS?

“Claro, antes de ir a República se tienen tres o cuatro sesiones en Sevilla donde se les va comunicando ventajas, problemas, los pasos que deben seguir antes del viaje...”

¿QUÉ OPINA SOBRE LA SEDE?

“La sede durante los primeros cuatro años fue Hato Mayor, con unas instalaciones aceptables, donde después teníamos que alojarnos la verdad es que no. Era demasiado difícil para los alumnos estar trabajando de forma adecuada al día siguiente en este tipo de instalaciones, por la alimentación que teníamos... En este último año como se ha dicho anteriormente era una sede diferente. En Puerto Plata teníamos un alojamiento totalmente distinto y yo creo que ahora mismo reúne las cualidades necesarias para por lo menos trabajar dignamente”

B) CHOQUE CULTURAL

¿CONSIDERA ENRIQUECEDOR EL TRABAJO CODO CON CODO?

“Creo que sí, no sólo en lo profesional sino en lo cultural y en lo personal nos tenemos que transmitir las diferentes opiniones de la vida y de las diferentes culturas”

¿ES UN HANDICAP LAS EXPRESIONES IDIOMATICAS?

“No para nada, todo el mundo sabe a lo que va, lo que tiene que tratar, y que eso no implica ningún problema”

¿EL CARÁCTER DOMINICANO AYUDA O EMPEORA RESULTADOS?

“Hombre, la cultural dominicana es distinta, son personas que son más tranquilas, tienen otros valores, por un lado tiene su parte positiva y puede enriquecernos pero para la forma de pensar aquí en España, trabajando sí que afecta en el ritmo de trabajo. Ellos más lentos y nosotros nos exigimos más efectividad en el tiempo”

¿EL PAIS TE DESCONCIERTA EN GENERAL?

“En general, un país con cultura diferente, país machista, todavía no es una dictadura, pero bueno, sí que hay mucho régimen anárquico o demasiado restringido para muchas personas, como sabéis la sociedad allí no tiene lo mínimo para vivir, y no se les está dando soluciones”

C) VALORES

¿SE MADURA TRAS EL OPERATIVO? ¿SE TRAE VALORES?

“Hombre, la experiencia de ir allá para una persona, no hace falta que sea un alumno, basta cualquier persona, le cambia la forma de ver la vida. Año tras año se nota con las promociones que van, hablas luego con los alumnos y cambia radicalmente y se vuelven personas más solidarias y dan a los demás y sobre todo valoran mucho más lo que tienen aquí en España”

¿QUÉ VALORES DEBE TENER ALGUIEN QUE QUIERE IR A L OPERATIVO?

“Humanidad, ser trabajador, quererse dar a los demás, Ser afectuoso, cariñoso, capacidad de adaptación increíble”

COMENTE LA FRASE APRENDER AYUDANDO Y AYUDAR APRENDIENDO

“Para cualquier profesor, cualquier persona que le guste enseñar, debe tener siempre en la mente, hay que ayudar a las demás personas, y de esa forma se aprende y hay que, vamos aprendemos... recoge el concepto de solidaridad que se quiere transmitir desde el proyecto, hay que ayudar a todos, lo máximo posible, y de ese modo siempre aprenderemos”

D) APRENDIZAJE

¿SE APRENDE A TRABAJAR EN CONDICIONES DESFAVORABLES?

“Completamente, por la falta de medios que hay, los alumnos de adaptan al 100% y aprenden mucho más”

¿INCLUSION DE OTROS PROFESIONALES EN EL PROYECTO?

“Creo que no es obligatoriamente necesario, pero vendría bien dado que le daríamos a la población otras posibilidades, y se podría hacer un mejor trabajo desde el punto de vista multidisciplinar”

¿TIENE MAYOR DESTREZA MANUAL UNO QUE VA AL OPERATIVO QUE OTRO QUE NO?

“Sí, sin comparación, los que van a República a Perú. Vienen completamente distintos en su forma de trabajar dado que la actividad desarrollada allí es sin duda mayor”

¿ES DEFICITARIA LA ACTIVIDAD EN ESPAÑA EN AREA DENTAL PRÁCTICA?

“Completamente, todas las Facultades de España tienen una falta de actividad Odontológica por parte del alumnado que se debería subsanar con proyectos de este tipo que encima ayuda a los demás”

¿QUIERES AÑADIR ALGO MAS, ALGUN ASPECTO, TIENE FUTURO?

“No es que tiene, es que debe ser el futuro para el aprendizaje de los alumnos y hay personas que lo necesitan, y si se pueden compaginar las dos cosas y ayudar a los demás y estamos enseñando y aprendiendo, que más se puede pedir”

TRANSCRIPCION DE LA ENTREVISTA A ALUMNA 2

A) ORGANIZACIÓN

¿ESTA BIEN PLANTEADO EL PROYECTO?

“Sí, la verdad que sí, que está bastante bien organizado, no hubo altercados con la gente que accedió... hubo algún pequeño desastre en cuanto al trabajo, a lo mejor los materiales no estaban en su sitio, tenías que buscarlos, perdías tiempo, en eso sí había descoordinación pero por lo demás bien”

PUNTOS FUERTES Y PUNTOS DEBILES

“Puntos fuertes: abarca muchos pacientes, es lo mejor que tiene. Puntos débiles: no sé... la organización de los materiales.

¿QUÉ OPINAS SOBRE LAS AYUDAS...SON POCAS?

“Sí opino que sí, que es buena, tampoco se puede opino yo dar una beca completa, a lo mejor a una gente si pero está bien.”

¿PAPEL DEL COORDINADOR?

“Sí porque tenemos que tener una organización, y él es el que nos dirige, el que nos ayuda, si tenemos algún problema acudimos a él, y la verdad que hace falta”

¿Y LA SEDE?

“La verdad que este año, por lo que me han contado, en cuanto alojamiento, sede... estaba todo muy bien recogido...”

¿SE HA RECIBIDO INFORMACION SOBRE TODO?

“Sí si, de todo de todo, además tenían ya experiencias de 4-5 años antes y además, todo lo que quisimos saber lo preguntamos y nos lo respondieron”

B) CHOQUE CULTURAL

¿CONSIDERAS ENRIQUECEDOR TRABAJAR CODO CON CODO?

“Pues sí, enriquecedor en todos los aspectos, en cuanto al personal, en cuanto al trabajo, también porque tú ves cosas nuevas que aquí no ves en España”

¿ES UN HANDICAP LAS EXPRESIONES IDIOMATICAS?

“Al principio sí, no los entendíamos mucho, pero luego en poco tiempo te ibas acostumbrando”

¿RELACIONES CON AUTORIDADES, PUEBLO...?

“Nos trataron muy bien, con mucho cariño, éramos como lo primero para ellos”

¿INFLUYE EN LOS RESULTADOS EL CARÁCTER DOMINICANO?

“La verdad que sí, lo ralentizan un poco todo, son así un poco pausados...”

C) VALORES

¿QUÉ SE TRAE UN CHICO DE VEINTE AÑOS DE LA EXPERIENCIA?

“La verdad que es muy buena porque estás ayudando a la gente y personas de 20 años nunca habían vivido una experiencia así, te traes unos valores muy positivos, ves cómo viven allí, la pobreza, y te das cuenta de lo que tenemos aquí”

¿SE ES MEJOR PERSONA AL REGRESO?

“Yo no diría tanto como mejor persona, pero sí que tienes unos conceptos nuevos que antes no tenías”

¿HAS CAMBIADO TU FORMA DE PENSAR?

“Mmm mi forma de pensar no pero sí que he visto otra realidad, que sabía de su existencia, pero hasta que no la ves, no te das cuenta realmente”

COMENTE LA FRASE AYUDAR APRENDIENDO Y APRENDER AYUDANDO

“Mmm, la verdad que la frase es lo mejor que se puede hacer ¿no?”

D) APRENDIZAJE

¿TIENEN MAYOR DESTREZA MANUAL LOS QUE HAN IDO A REPÚBLICA?

“Sí sobre todo en cuanto a las extracciones, ya que en la Facultad hicimos 3 ó 4 en tercero y en República hacemos 50 “

¿MEJORARIA LA COSA INCLUYENDO MEDICOS Y DEMAS PROFESIONALES?

“Si puede mejorar ya que hay mucha gente con enfermedades y un dentistas no puede saber más que un cardiólogo”

¿SON DEFICIENTES LAS PRÁCTICAS EN LA FACULTADES ESPAÑOLAS?

“Si, yo creo que sí, deberíamos de tener el doble”.

¿QUIÉN APROVECHARIA MEJOR ESTA EXPERIENCIA?

“Alguien que esté dispuesto ayudar, que tenga aguante y que sea responsable”

¿HAS APRENDIDO A TRABAJAR EN CONDICIONES DESFAVORABLES?

“Sí sí, porque te das cuenta de que trabajas sin aspiración, sin agua sin nada y te das cuentas de la calidad que tenemos aquí”

¿TIENE FUTURO EL PROYECTO?

“Sí sí, se ayuda a un montón de gente, la gente se conciencia más de su salud bucal, y yo creo que eso ayuda”

¿ALGO QUE DECIR?

“La experiencia fue maravillosa y la repetiría mil veces”

Transcripción de la entrevista a Oneldys Sosa. (Cooperante dominicana)

A) Organización.-

¿Qué opinas de la organización del proyecto, de la sede?

A mí me parece superbien, aparte la sede se cambia. Los primeros 5 años fueron un poco estresante , sabes porque es la primer vez que se hace un proyecto tan grande, más si cabe en la república y sabes, tiene mayor magnitud así como de personas para atender, y personas colaborando también. Ya ahora se ha cambiado de sede, ahora es Puerto Plata, otra ciudad que no es igual a la otra, hay un nivel de vida un

poco diferente, pero en cuestión de organización ha sido mucho mejor y cada año se va mejorando y este ha sido un proyecto más organizado.

¿En qué consistes de forma general el proyecto?

Consistes más bien en Odontología, está basado en la atención en Odontología, se hace extracciones, se hace se trata también con niños, en Odontopediatría que es donde se hace el mayor trabajo, se hace desde una reconstrucción de la boca, extracciones, pulpotomía, pulpectomia, extracciones normales, el niño sale totalmente rehabilitado....

Puntos fuertes y PUNTOS débiles del proyecto

Los fuertes son la cirugía y la odontopediatría, lo más débil es la prótesis y la endodoncia.

¿Qué opina de las ayudas EXISTENTES?

El apoyo que dan ha sido bueno, pero creo que también, porque llega el momento en que todo se acaba, dado la cantidad de pacientes, entonces las ayudas no son suficientes, lo que tienen que aportar ya es el gobierno dominicano, que tienen que hacerse cargo y es un poco más difícil.

¿QUÉ OPINA DE LA FUNCIÓN DEL COORDINADOR?

Ha sido excelente, lo que pasa que este año Luis coordinó el área de cirugía, que ahora fue donde los españoles se involucraron. Con respecto al trabajo está bien organizado y vamos que se hizo el trabajo.

B) Choque cultural.-

¿CONSIDERAS ENRIQUECEDOR EL TRABAJO CODO CON CODO DE ESPAÑOLES Y DOMINICANOS?

Si, es un poco a veces chocante, por cosas de nomenclatura, que es lo mismo, se trabaja igual, hay intercambio de cultura a la hora de nombrar instrumentos.

¿INFLUYEN EN LOS RESULTADOS LAS EXPRESIONES IDIOMÁTICAS?

No, no, a mi personalmente no me ha pasado, pero eso se resuelve inmediatamente.

¿CÓMO VES LA INTERACCION ENTRE ESPAÑOLES Y POBLACIÓN DOMINICANA?

Excelente.

¿QUÉ OPINAS DEL CARÁCTER DOMINICANO? ¿INFLUYE?

No, nosotros nos tomamos mucho más con calma las cosas, pero viene a ser cierto que trabajamos más lentos pero a la postre el trabajo se nos hace más largo, por que en Odontopediatría, es el área donde más se trabaja, se empieza siempre a la misma hora, pero no tenemos una hora donde acabar

C) Valores.-

¿CREES QUE LA GENTE QUE VA AL OPERATIVO MOLDEA SU FORMA DE PENSAR?

Bastante, eh, se ve la realidad, es chocante, y también el ritmo de trabajo, es muy también es chocante y además con respecto a los instrumentos, a veces tienes que usar cosas que no son para eso ¿sabes? Ingeniarte, y la imaginación la pones tú a volar, tienes que resolver en el momento, porque no tienes todos los recursos a mano.

¿PIENSAS QUE QUIEN VA AL OPERATIVO ES MEJOR PERSONA?

Bueno, creo que si no te cambia la vida pero te llevas una experiencia muy grata, de tu conocer otra cultura, de conocer otro tipo de manejar las cosas, de manejar el área odontológica, diferentes pacientes, distintas etnias sociales, que no estas acostumbrados.

¿QUÉ VALORES DEBEN TENER AQUELLAS PERSONAS QUE QUIERAN IR?

Paciencia, mucha paciencia, ¿sabes? Y tener en cuenta de que se va a trabajar que si tienes que tirar de una muela con los dedos, ¿sabes? Debes tener la conciencia de que no vas a tener los mismos recursos que aquí, no es igual.

COMENTE LA FRASE “AYUDAR APRENDIENDO Y APRENDIENDO AYUDANDO”

Bueno que así debe ser, aprendí siempre ayudando desde que empecé la carrera.

D) Aprendizaje.-

¿SE APRENDE A TRABAJAR EN CONDICIONES DESFAVORABLES?

Si aprender a usar en el momento, cuestión de emergencia, ¿sabes? Sabes qué hacer, no entrare en pánico y saber resolver, con otra cosa que es lo que en realidad va.

¿QUIÉNES APROVECHAN MEJOR LA EXPERIENCIA?

Para todos igual, pero sobre todo para las personas que vayan con la conciencia de que va a trabajar, a aprender, a saber cosas nuevas.

¿VÉ NECESARIO OTROS PROFESIONALES SANITARIOS?

Si, médicos, pediatras, ya que a veces en los mayores se nos presenta la hipertensión, en los niños a veces también tienen un poco de nervio,...

¿ES LA SOLUCIÓN PARA APRENDER MÁS EN POCO TIEMPO ESTOS OPERATIVOS?

No lo veo como solución sino como experiencia dentro de la carrera, una experiencia o una asignatura más.

¿COMO VES A LOS ESPAÑOLES EN PRÁCTICA?

Bueno, de experiencia, por ejemplo, he visto que hay menos experiencia, había gente de Sevilla y gente de Salamanca, había poca experiencia incluso en una historia clínica...no nula pero poquita.

¿QUIERES AÑADIR ALGO?

Quiero que el operativo se mas grande, más extenso que lleguen más estudiantes, que no sean 25 sino 45 ó 50 por que la población es grande, 7000 personas, y el tiempo no nos da, no hay tantos manos para poder ayudar

¿TIENE FUTURO EL PROYECTO?

Hacerlo más veces con más frecuencias ene 1 año, por lo menos 3 veces al año.

ANEXO IV DIARIO DE CAMPO

MEMORIAS DE UN PROYECTO SOLIDARIO

Cristina Muñoz González

Facultad de Odontología

'Fundación Odontología Social Luis Séiquer'

7 Agosto 2009. Un grupo de unos 25 alumnos de la Facultad de Odontología de Sevilla se disponen a coger un avión que les llevará a vivir una experiencia que difícilmente podrán olvidar. Nuestro destino era Puerto Plata, República Dominicana. Con este viaje pretendíamos prestar servicios odontológicos gratuitos a la población de dicha ciudad. Se trata de un proyecto solidario promovido por la “*Fundación de Odontología Social de Luis Séiquer*”. Estamos ante una idea que se lleva realizando ya desde hace cuatro años (aunque ha sido la primera vez que se hace en la ciudad de Puerto Plata) y cuyos resultados tanto desde un punto de vista odontológico como desde un punto de vista humano son innegables.

Pero la experiencia no empieza ese 7 de Agosto; había empezado mucho antes. Meses antes de esta fecha, los coordinadores tuvieron que reunirse y tomar una difícil decisión: elegir de entre todos los que se presentaron a las entrevistas, quién debería experimentar este viaje y quién no. Sólo algunos fuimos los afortunados.

Desde el momento en que dan los nombres de los seleccionados, nos ponemos con los preparativos. Había muchas cosas que hacer: buscar los vuelos, informarnos sobre las vacunas, intentar conseguir la mayor cantidad de materiales dentales para trabajar allí, etc. Tuvimos varias reuniones previas en las que nos iban informando, entre otros temas, acerca del alojamiento, de cuántos días íbamos a trabajar, cómo nos íbamos a organizar en cuanto al trabajo y a cuánta gente se estimaba que íbamos a atender durante los 10 días que duraría el operativo.

El viernes 7 de Agosto salimos de Sevilla. El avión llegaría a Santo Domingo y de ahí, un autobús nos llevaría hasta Puerto Plata, siendo la duración de este trayecto de unas 5 horas. El recibimiento que nos tenían preparado fue muy caluroso. Desde semanas antes, los coordinadores dominicanos se habían encargado de que llegara a la mayor gente posible la noticia de que estaríamos trabajando en Puerto Plata 10 días.

El proyecto en sí comenzaba el día 10 de Agosto, por lo que, ese primer fin de semana lo utilizamos para adaptarnos a la ciudad y para organizarlo todo, de manera que estuviera a punto para el primer día de trabajo.

El lugar donde se llevaría a cabo el operativo era una sede de la Universidad de Santo Domingo (UASD) en Puerto Plata. Allí, preparamos un aula que haría de sala de espera, otra haría de almacén y otra de esterilización. Además, nos repartiríamos el trabajo en cuatro ‘especialidades’: odontopediatría, cirugía, operatoria y profilaxis y prótesis. Nos dividieron en grupos, de manera que fuésemos rotando para que todos pudiésemos participar en todas las áreas.

El día 10 de Agosto empezó la *V Jornada Odontológica Domínico-Española*. Nos recogían en autobús sobre las 8 de la mañana, ya que empezábamos a trabajar a las 9.

Cuando llegábamos a la Sede de la Universidad, la cola de personas daba casi la vuelta al edificio. En este punto, es importante mencionar que Puerto Plata es una ciudad cuyos recursos económicos son bastante escasos. La mayor parte de sus habitantes no se puede permitir costearse las visitas a un odontólogo, y de ahí, el estado bucal de la mayoría de los pacientes que atendimos.

Como bien indica el nombre de este proyecto, se trata de una jornada en la que trabajamos conjuntamente odontólogos españoles y dominicanos. Éstos últimos, estaban divididos igualmente en las áreas de operatoria, cirugía, profilaxis y odontopediatría, y además, se encargaban de hacer el diagnóstico, es decir, le hacían la '1ª visita' al paciente: le revisaban, rellenaban la historia clínica y anotaban en la misma qué tratamiento requerían. De esta forma, se les iba indicando a los pacientes a la sala de espera de qué área debían dirigirse.

En mi caso, los dos primeros días de trabajo, estuve en el área de OPERATORIA, es decir, aquí tratábamos las caries y colocábamos empastes. Muchos de los pacientes que atendí en esta área, presentaban grandes caries en los dientes más visibles en sonrisa (frente anterior). Con estos pacientes especialmente, sentías mucho orgullo y satisfacción al observar la cara que ponían cuando terminabas tu trabajo y les mostrabas con un espejo el resultado final. No tenían palabras de agradecimiento. Y al final, eso es lo que cuenta. Esa felicidad en ellos es lo que a ti te hacía feliz y con lo que, a día de hoy, nos quedamos.

Tras este primer duro día de trabajo en el que se atendieron a cientos de personas y que se prolongó hasta las 6 de la noche, tuvimos en la misma Sede de la Universidad, un evento de inauguración de la jornada.



Evento de Inauguración con el Rector de la UASD. 10 de Agosto

Durante este evento, pudimos escuchar palabras de agradecimiento por parte del Licenciado Weldin Méndez (Director del Programa Solidaridad y Esperanza) y del Doctor Coello (Profesor Asociado de la Facultad de la Odontología de la Universidad de Sevilla).



Tras mis dos días de trabajo en el área de OPERATORIA, la siguiente fue ODONTOPEDIATRÍA. Aquí, contábamos con la ayuda de la Doctora Yanina, profesora de Odontopediatria en la UASD. Eran muchísimos los niños que te encontrabas esperando su turno en la sala de espera. Los había desde 5 años hasta de 14, y daba igual la edad que tuvieran que si tenían que esperar todo el día para que se les atendiera, lo esperaban. Podían haber estado esperando el día entero, que cuando les atendías, no mostraban el más mínimo cansancio y no solo eso, sino que eran muy agradecidos contigo.

En los niños, además, se desarrollaba una labor muy importante de educación buco-dental: se les enseñaba cómo cepillarse los dientes, se les aconsejaba sobre qué tipo de comida producía menos caries, se les daba instrucciones para que cuidaran su boca, etc.

Al día siguiente, tenía que trabajar en el área de PROFILAXIS. Aquí, nos encargábamos de hacer limpiezas dentales. Algo que en nuestro medio puede ser tan asequible como una limpieza, allí te paraban por los pasillos para que buscaras un hueco y le hicieras una limpieza a alguien. Se sentían y se veían los dientes limpios. A muchos, no les habían realizado nunca una limpieza, y cuando acababas, te abrazaban y te besaban e incluso, un paciente, aquel día, fue a comprarme un refresco para que pudiera soportar el día.

Los días restantes de trabajo estuve en el área de CIRUGÍA. Aquí nos encargábamos de las extracciones dentarias y era el área donde había siempre más pacientes. El hecho de que cualquiera de estos pacientes no tenga recursos suficientes para permitirse un dentista, hace que si tienen una caries, no puedan acudir a un profesional a que se la empaste y, por tanto, la caries siga avanzando hasta que, finalmente, el diente no pueda ser salvado, por lo que la única opción que tengamos sea la extracción. Éste era el caso de la gran mayoría de pacientes que atendimos en cirugía. A muchos, había que citarlos varios días para extraerles todos los dientes que estaban dañados, quedándose algún paciente completamente desdentado.

En el área de cirugía se tenía que trabajar muy rápido debido al número tan elevado de pacientes. Terminabas con una extracción, le dabas las instrucciones necesarias al

paciente sobre el postoperatorio, esterilizabas los materiales y pasabas a un nuevo paciente. Había que ser eficiente y efectivo.

También era un área donde la gente solía acudir con más miedo, por lo que teníamos que saber tranquilizar al paciente, transmitirle confianza y así poder realizar nuestro trabajo de manera adecuada.



Es difícil poder resumir en pocos folios lo vivido allí durante esos casi 20 días.

Atendimos a unos 4000 pacientes en 10 días. El ritmo era frenético. Empezábamos a las 9 de la mañana y había días que terminamos a las 6 o las 7 de la noche. Parábamos únicamente 20 minutos para almorzar. Estábamos cansados, pero el cansancio desaparecía cuando veíamos esa cola de personas que esperaban allí desde la noche anterior, daba igual si hacía calor, frío o si les llovía. Es por ellos que estábamos allí y, por tanto, teníamos que hacer lo imposible por atender al mayor número de personas posible.

Nuestro objetivo era atender a la mayor cantidad posible de personas. Eso suponía que no a todos los pacientes podrías solucionarle todos sus problemas bucales; abordábamos los más urgentes, de manera que la función y estética bucal mejoraran considerablemente.

Aquí, en Sevilla, en España, la odontología está acostumbrada a trabajar con los materiales más novedosos y con la tecnología más sofisticada. Allí, en Puerto Plata, en República Dominicana, tuvimos que aprender a trabajar sin radiografías, sin luz, sin un sistema de aspiración, sin agua, sin un sillón, etc. Es otra realidad muy distinta a la que vivimos aquí. En nuestro país, prácticamente toda la población puede permitirse acudir al dentista de manera más o menos periódica. En Puerto Plata, sólo los más privilegiados pueden presumir de una boca saludable.

A mí, como alumna de Odontología, me ha ayudado esta experiencia a saber trabajar de otra manera, a apreciar más lo que aquí tenemos, a ser más agradecida.

Lo mejor de todo, es que me llevo muchas más cosas a nivel personal, que a nivel profesional.

Creo que es digno de aplaudir que existan proyectos como éste y que con nuestro granito de arena podamos ayudar a tanta gente que realmente lo necesita.

Muchas gracias por dejarme ser partícipe de este viaje.