

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria



**CORRESPONDENCIA ENTRE LOS ESTUDIOS DE
ODONTOLOGÍA Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL PRIVADA
EN ESPAÑA**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Fernando del Río Highsmith

Madrid, 2013

© Fernando del Río Highsmith, 2012

CORRESPONDENCIA
ENTRE LOS ESTUDIOS
DE ODONTOLOGÍA Y
LA PRÁCTICA
PROFESIONAL
PRIVADA EN ESPAÑA

TESIS DOCTORAL

FERNANDO DEL RÍO
HIGHSMITH
2011

Índice

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Reseña histórica y situación actual en España	3
1.2. La enseñanza de la odontología en los países de la Unión Europea	8
1.3. Conceptos de Estomatología y Odontología.	13
1.4. El problema de la aplicación de las enseñanzas recibidas en la práctica diaria.	16
1.5. Delimitación del problema de las enseñanzas impartidas y su reflejo en la realidad profesional	18
2. HIPÓTESIS DE TRABAJO	19
3. JUSTIFICACIÓN	21
4. OBJETIVOS	26
5. MATERIAL Y MÉTODO	31
6. RESULTADOS	51
7. DISCUSIÓN	96
8. CONCLUSIONES	109
9. BIBLIOGRAFÍA	110
10. AGRADECIMIENTOS	114

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Reseña histórica y situación actual en España

El primer título exigido en España para el ejercicio de las actividades de la medicina oral fue el de **CIRUJANO DENTISTA** establecido en el Decreto de 4 de junio de 1875¹, aunque los títulos académicos superiores de Medicina, los antiguos de Cirujano y de Practicante autorizaban para el ejercicio de la profesión. La Real Orden de 3 de marzo de 1876², aprueba los programas que comprenden los conocimientos necesarios para el ejercicio de la profesión de Cirujano-Dentista. Las materias mencionadas eran *operaciones dentarias y manipulaciones indispensables para la construcción de piezas artificiales y que reemplacen los dientes y demás partes alteradas de la boca*³. Los aspirantes debían prepararse por su cuenta en instituciones privadas o junto a un dentista y los exámenes tendrían lugar en las facultades, los correspondientes a la parte teórica, y en clínicas particulares, la parte práctica.

Tras la creación en 1901, Real Orden de 21 de marzo, por la Reina Regente María Cristina de Habsburgo de los estudios de odontología, el primer título universitario fue el de **ODONTÓLOGO**. Esta licenciatura se impartía dentro de la **FACULTAD DE MEDICINA** y se accedía a ella una vez completado el 2º curso de la licenciatura de Medicina, para lo cual se estableció la creación de dos cátedras; una teórico práctica de Odontología y otra práctica de Prótesis dentaria. Con la regulación de los estudios de odontología se creó el título de odontólogo que permitió el establecimiento de una profesión diferenciada de la Medicina. Sin embargo, los licenciados en medicina podían seguir ejerciendo la odontología⁴, siempre y cuando no efectuaran tratamientos protésicos, aunque si cursaban la asignatura de prótesis dental podían ejercer plenamente. En el hospital San Carlos, y concretamente en el Laboratorio de Medicina Legal, se inició el curso el 1 de octubre de 1901.

En 1910 se reforman los estudios de Odontología y se añade un año más al periodo puramente odontológico, incluyendo la asignatura *Terapéutica, materia médica y arte de recetar*. En

agosto de 1914 se remodeló el programa de odontología ampliando la parte propiamente odontológica diferenciándose de los estudios de medicina y creándose la **ESCUELA DE ODONTOLOGÍA** adscrita a la Facultad de Medicina. Aunque el edificio de la ciudad universitaria concluyó su construcción, no llegó a inaugurarse y quedó en ruinas tras la Guerra Civil. La inauguración oficial tuvo lugar el 12 de octubre de 1945, porque, aunque se terminó la construcción del edificio de la Ciudad Universitaria antes de la guerra, después de la misma quedó muy deteriorado.

En 1944 se aprueba el Decreto por el que la odontología pasa a ser una especialidad de medicina siendo imprescindible por tanto estar en posesión del título de Licenciado en Medicina para cursar la especialidad de Estomatología.

En 1948 se instauró por ley el título de **DOCTOR LICENCIADO MÉDICO ESTOMATÓLOGO**, por el cual los licenciados en Medicina debían cursar dos años de especialidad en las **ESCUELAS DE ESTOMATOLOGÍA**. En su plan de estudios de 1949 constaba en el primer año de tres asignaturas, Odontología, Prótesis Estomatológica y Estomatología Quirúrgica. En el segundo año se impartían: Prótesis Fija, Profilaxis, Odontología Infantil y Ortodoncia y Estomatología Médica. Con la Ley de Especialidades Médicas de 1955 se reguló la formación de las distintas especialidades de la Medicina y se incluyó la Estomatología como una de ellas, transformándose por lo tanto el título de licenciado en el de **MÉDICO ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA**.

En el año 1957 Francia, Alemania, Italia, Bélgica, Holanda y Luxemburgo firmaron el Tratado de Roma, que sería la base de la Comunidad Económica Europea o Mercado Común. Con el objetivo de armonizar las profesiones y permitir la libre circulación de profesionales, se publicaron Las Directivas Médicas en 1975, que contemplaban a la Estomatología en Francia, Italia y Luxemburgo con una duración de 3 años. Las Directivas Sanitarias Dentales se adoptaron en 1978 definiendo los criterios de formación mínima para la licenciatura de odontología, como una formación universitaria independiente de Medicina de cinco años.

En 1982, dentro del marco de las negociaciones entre el Gobierno Español y la CEE, para el ingreso de España en el Mercado Común, se estableció el protocolo para la creación de la profesión odontólogo y la formación universitaria de los odontólogos de acuerdo con las Directivas Europeas. En Enero de 1986 España ya es miembro de pleno derecho de la Comunidad Europea, lo que le exige regular las profesiones de acuerdo a las nuevas directivas. Entonces se aprobó la Ley 10/86⁵, de 17 de marzo, en la que se regula la profesión de odontólogo y establece su formación de acuerdo a las Directivas Comunitarias. Igualmente se regularon las profesiones auxiliares, de protésico dental e higienista dental. En el Real Decreto 970/1986⁶, de 11 de abril, se establecieron además las directrices generales de los correspondientes planes de estudios, que habían de impartir las Universidades que crearan las correspondientes **FACULTADES DE ODONTOLOGÍA**. En la tabla 1 se recogen las distintas titulaciones que han capacitado para el ejercicio de la odontología o estomatología en España.

Año	Título	Cursos	Facultad
1875	Cirujano dentista	Examen de conocimientos	Medicina
1901	Odontólogo	2 medicina + 2 odontología	Medicina
1910	Odontólogo (reforma)	2 medicina + 4 odontología	Medicina, Escuela de Odontología
1948	Licenciado Médico Estomatólogo	6 medicina + 2 estomatología	Medicina, Escuela de Estomatología
1955	Médico especialista en Estomatología	6 medicina + 2 estomatología	Medicina, Escuela de Estomatología
1986	Licenciado en Odontología	5 odontología	Facultad de Odontología

Tabla 1. Títulos oficiales para el ejercicio de la odontología o estomatología en España.

A partir del año 1987 comienza de nuevo la formación de Odontólogos en España con un plan de estudios de cinco años, independiente de Medicina y de acuerdo con las directivas comunitarias.

En 1987 a propuesta del Ministerio de Educación se promulgó el RD 1497/1987⁷, dentro de la Ley de reforma universitaria, por el que se establecen unas directrices generales comunes para todos los planes de estudios universitarios. De acuerdo con dichas directrices, los planes de estudio debían organizarse en materias con una carga docente entre 60 y 90 créditos por año académico, con un valor horario de 10 horas por unidad de crédito. Estos planes de

estudio definían unas materias comunes de enseñanza obligatoria en todas las Universidades, que se consideraban como fundamentales para la formación y que se denominaban troncales.

Cada Universidad podía establecer sus planes de estudios de un modo independiente, en los que, además de las materias troncales, podía determinar las que considerara obligatorias y ofertar otras con la consideración de optativas, con el fin de que el alumno pudiera diseñar una parte de su formación. El plan de estudios de la Universidad Complutense de Madrid se aprobó en 1987 iniciándose de inmediato la docencia de la Odontología⁸.

En 1990 se promulgaron las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención del título oficial de **LICENCIADO EN ODONTOLOGÍA**, en las que se definieron once materias troncales en primer ciclo y otras once materias troncales en 2º ciclo⁹. Siguiendo estas directrices, en 1994 se aprobaron los distintos planes de estudio en todas las Facultades que imparten esta licenciatura. Durante el curso 1999/2000 el plan de estudios vigente se adaptó de acuerdo con los RD 614/1997 de 29 de abril y 779/1998 de 30 de abril. Este plan de estudios adaptado ha entrado en vigor a partir del curso 2000/2001 y es el que se imparte en la actualidad aunque extinguiéndose debido a la entrada de un nuevo plan, el Plan Bolonia.

Distintas facultades de Odontología Españolas han participado activamente en el proceso asociativo llevado a cabo en Europa desde que ADEE (Association for Dental Education in Europe) fue creada en 1975. En 1988 se organizó el primer congreso de ADEE en la Universidad Complutense de Madrid. Desde ese año, siempre ha existido un representante español en el Comité Ejecutivo de esta Asociación, siendo un español su Secretario General durante el periodo 1992-1998 y su presidente durante los años 2000-2001. Igualmente, las facultades de odontología españolas han formado parte de la red temática DENTED desde su fundación hasta la actualidad. En el año 1999 DENTED realizó la visita de evaluación a la Universidad Complutense de Madrid. En la actualidad, el proceso de adaptación de la educación

odontológica a Bolonia que se está desarrollando en España está sirviendo de modelo para el nuevo proyecto de red temática que se ha solicitado a Bruselas.

1.2 La enseñanza de la odontología en los países de la Unión Europea

En el presente epígrafe se pretende establecer desde una perspectiva histórica la evolución de los estudios de Odontología en España y en Europa.

La Odontología en Europa

La Odontología moderna comienza en el mundo con la fundación en los Estados Unidos de América de la primera Facultad de Odontología¹⁰. El **BALTIMORE COLLEGE OF DENTAL SURGERY** fue inaugurado el 6 de Marzo de 1840 por los profesores Horace Hayden y Chapin Harris. Aunque en este año, 1840, se introdujo el primer plan de estudios independiente de Odontología y sólo se matricularon cinco alumnos, pronto se inauguraron otras facultades de Odontología en distintas ciudades de los Estados Unidos.

Europa no tardó en seguir el ejemplo americano. Los primeros países que introdujeron un plan de estudios de Odontología independiente de medicina, fueron el Reino Unido en 1859, Finlandia en 1880, Suiza en 1881 y Rusia en 1891³. Sin embargo los países del sur de Europa, como Portugal, España, Italia y parcialmente en Francia, mantuvieron el vínculo con los estudios de Medicina, siendo la odontología (Estomatología) una especialidad de la medicina.

Esta distinción entre el norte y sur de Europa en cuanto a la independencia de los estudios de Odontología ha cambiado en los últimos veinticinco años, debido a la introducción de los ideales europeos encaminados hacia la creación de un marco Europeo común y la introducción de medidas para la armonización de los programas de educación superior. El tratado de Roma firmado en 1957 por representantes de Bélgica, Alemania, Francia, Italia, Luxemburgo y Holanda instituyó la Comunidad Europea y desarrolló los primeros pasos de este largo proceso. En el título III de este tratado se establece *“la libertad de movimientos de las personas, los servicios y el capital”*, lo que ha tenido una gran influencia en las profesiones,

fundamentalmente las sanitarias, en las que se requieren unos diplomas universitarios muy específicos para poder ejercer.

Según el informe que dio lugar al Libro Blanco sobre el Título de grado de Odontología, realizado por la Agencia Nacional de la Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA)¹¹, uno de los objetivos fundamentales de la Comunidad Europea, desde su fundación, fue la libre circulación de profesionales, lo que suponía una tarea compleja, al tratar de homologar los distintos títulos profesionales. Con ese fin se crearon unos Comités de Enlace con la misión de elaborar unas directivas de formación que serían de obligado cumplimiento por todos los países miembros. Las Directivas Médicas se publicaron en 1975 y contemplaban a la Estomatología en Francia, Italia y Luxemburgo con una duración de 3 años. Las Directivas Sanitarias Dentales se adoptaron en 1978 definiendo los criterios de formación mínima para la licenciatura de odontología como una formación universitaria independiente de Medicina de cinco años.

En esta atmósfera del desarrollo de la Unión Europea, la profesión odontológica y las universidades trataron de impulsar la creación de una asociación para velar por los intereses e impulsar la calidad de los estudios de odontología. A principio de los años 70 la Organización Mundial de la Salud auspició dos reuniones para evaluar la Educación en Odontología. La primera tuvo lugar en Copenhague en 1968 "*WHO international conference for dental teachers on undergraduate dental education*" y la segunda en Londres en 1970 "*Postgraduate dental education*". Posteriormente la FDI, Federación Dental Internacional (asociación que representa a la profesión odontológica organizada a nivel mundial), auspició en su Congreso de Múnich celebrado en 1971, una reunión de todos los decanos de las Facultades de Odontología Europeas. En esta reunión participaron 156 decanos de 14 países europeos y se creó un comité constituyente para desarrollar la Asociación Europea de Educación en Odontología. Esta asociación denominada "*Association for Dental Education in Europe (ADEE)*" fue fundada en Estrasburgo en 1975 y contó desde sus inicios con el beneplácito de la Comisión Europea

representada por el “*Advisory committee for the training of dental practitioners (ACTDP)*”, de la Organización Mundial de la Salud y de la profesión odontológica representada en la Federación Dental Internacional (FDI).

Desde su fundación en 1975 la ADEE ha colaborado constantemente con las distintas estructuras europeas, fundamentalmente con el ACTDP para la aplicación de las directivas sectoriales y para el desarrollo de los contenidos derivados de dichas directivas. Uno de estos documentos elaborados conjuntamente por el ACTDP y la ADEE, “*Core knowledge and competences in dental education*” ha sido básico en el desarrollo de los vigentes planes de estudio de Odontología en la mayoría de los países europeos.

Desde su fundación la ADEE ha organizado un Congreso Anual que ha servido de foro de discusión y de presentación de los resultados de gran número de modelos y experiencias en educación odontológica. En este contexto la ADEE ha sido particularmente activa en el desarrollo de programas de armonización con el objetivo de establecer unos altos estándares de calidad en la formación odontológica y desarrollar un catálogo de buenas prácticas en educación odontológica. Con este fin solicitó y obtuvo de la Unión Europea la financiación del proyecto de red temática DENTED en 1997 (<http://www.dented.org>). Ésta es una de las 36 redes temáticas en las diferentes disciplinas subvencionadas por el DG XXII (*Directorate in Education, Training and Youth*). Estas redes tienen como objetivo promover la cooperación cultural y educativa y actúan como vínculo de unión para las distintas instituciones involucradas en una disciplina concreta. Sus principales objetivos son promocionar buenas prácticas, promover vínculos y desarrollar un foro de debate e intercambio. En este contexto DENTED ha sido seleccionada para representar la Educación Odontológica. Su objetivo ha sido establecer bajo el paraguas de la ADEE una red de facultades de odontología en Europa para promover altos estándares, identificar procesos innovadores y desarrollar buenas prácticas en educación odontológica en toda Europa.

DENTED ha organizado una red de más de 100 facultades de odontología procedentes de más de 30 países europeos y durante el periodo de este proyecto (1997-2000) ha desarrollado un modelo de visita de evaluación de facultades de odontología basado en la auto-evaluación y la revisión por pares, enfatizando el análisis de los resultados y asegurando la calidad de los procesos. Este modelo ha sido probado en más de 30 facultades durante un periodo de 3 años. Fruto de estas visitas fue la identificación de modelos innovadores y de buenas prácticas en la formación odontológica, el desarrollo de un núcleo de contenidos esenciales y de competencias clínicas necesario para una formación odontológica moderna.

Al terminar el periodo del proyecto DENTED, se solicitó a la Unión Europea continuar con la subvención de la red temática en Odontología y se obtuvo el proyecto DentedEvolves. Este proyecto, de nuevo bajo el auspicio de la ADEE, se ha desarrollado entre Octubre del 2000 y Octubre del 2003 y ha tenido como objetivo continuar con el programa de visitas desarrollado en DENTED y ampliar el proyecto de armonización en un contexto global.

Para ello se desarrolló la conferencia internacional (*The global conference in dental education*), donde representantes de todo el mundo se reunieron en Praga (2001) y desarrollaron un informe que reúne los aspectos más importantes de la educación en odontología. Este informe fue posteriormente debatido y ampliado en 2002 en una nueva conferencia internacional organizada en Singapur que reunió a representantes fundamentalmente de Asia. Este proceso finalizará con una nueva conferencia global que se organizará en Washington DC (USA) donde el informe será debatido bajo la perspectiva de los países sudamericanos y africanos.

Con el desarrollo del proceso de Bolonia en los países de la Unión Europea, la red DentedEvolves y la ADEE han formado un grupo de trabajo para desarrollar un modelo de plan de estudios en odontología de acuerdo con los principios del proceso de Bolonia.

Este grupo de trabajo utilizando la metodología del proyecto Tuning, ha desarrollado un documento de competencias transversales y profesionales para estudiantes de odontología, cuya aprobación estaba prevista para septiembre de 2004 en el Congreso Anual de la ADEE.

Con el objetivo de desarrollar este modelo de plan de estudios en odontología se pidió a la Unión Europea la ampliación por un nuevo periodo de 3 años (2004-2007) del proyecto DENTED. Esta propuesta está en la actualidad pendiente de resolución.

1.3 Conceptos de Estomatología y Odontología

En España se emplean dos términos indistintamente aunque las definiciones no sean exactamente iguales en las diferentes fuentes.

ESTOMATOLOGÍA

La definición de estomatología de la Real Academia de la Lengua Española¹² dice que viene del griego στόμα, -ατος, boca, y -logía: **1. f. Med.** Parte de la medicina que trata de las enfermedades de la boca del hombre.

En el diccionario Wikipedia¹³ se dice que el término **estomatología** deriva del griego estoma que en español significa boca o cavidad oral. Así podemos definir al estomatólogo (u odontólogo) como médico de la cavidad estomatognática. El aparato estomatognático lo constituyen los labios, la lengua, los dientes, la encía, el paladar, la mucosa oral, el piso de la boca, las glándulas salivales, las amígdalas y la orofaringe. Puesto que la boca está situada entre el cuello, el esplenocráneo y el cráneo, el estomatólogo debe poseer los conocimientos más imprescindibles de Anatomía Humana, Anatomía Patológica, Histología, Fisiología y Patología de estas regiones. Una enfermedad bucal puede afectar también el cuello y la cara, e incluso el cráneo propiamente dicho¹⁴.

ODONTOLOGÍA

Por otro lado la misma Real Academia define el término de odontología como que proviene del griego: ὀδών, ὀδόντος, diente, y -logía y significa el estudio de los dientes y del tratamiento de sus dolencias. En otros diccionarios (Wikipedia) la definición aparece como:

Odontología es la especialidad médica que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático (esto incluye los dientes, la encía, la lengua, el paladar, la mucosa oral, las glándulas salivales y otras estructuras anatómicas implicadas, como los labios, amígdalas, orofaringe y la articulación temporomandibular).

Por tanto, según la RAE, la estomatología es una parte de la medicina mientras que la odontología no está expresamente vinculada .

La existencia de prácticas odontológicas desde tiempos inmemoriales, históricamente comprobables, avala su necesidad e importancia en el mantenimiento de la salud social. Las arcadas dentales son las primeras (iniciales) estructuras con las que cuentan la mayoría de las especies animales para poder alimentarse correctamente, bien como armas de caza, que no es el caso del ser humano, sino también como primera fase o estadio de la preparación del alimento (trituration, masticación y formación del bolo), para su posterior digestión y absorción. Sólo por este último cometido los dientes son ya un elemento imprescindible para la supervivencia de la raza y de ahí la importancia que se le ha dado a su cuidado desde que se tienen registros gráficos de la actividad humana.

Otras importantes funciones se derivan de su participación en la fonética y de mantenimiento de la dimensión vertical del tercio inferior de la cara, que limita la excesiva contracción de los músculos masticadores, y facilita su reposo tonal¹⁴.

Con el tiempo los dientes han ido adquiriendo además otras funciones como las de servir de instrumentos de trabajo¹⁵, como era el caso de los esquimales que limpiaban las pieles de los animales que cazaban con sus propios dientes para luego curtirlas, lo cual era tan importante que cuando una persona, generalmente las mujeres, que eran las que hacían esta función, desgastaba los dientes hasta tal punto que no podía realizar este oficio, se la dejaba abandonada para que fuese devorada por otros depredadores para así cerrar el círculo vital del ecosistema en el que vivían.

En nuestros días los dientes tienen una evidente función social, de carácter estético, de tal manera que la falta de dientes o su mal estado dan lugar a rechazo social por su asociación con bajos niveles socio culturales y económicos, y con individuos enfermos.

El rechazo de la sociedad por motivos de cultura, formación o pobreza son debidos a la, cada vez más acusada, competitividad de las sociedades occidentales, fundamentalmente en las

que nosotros vivimos. Tener dientes sanos y bonitos y enseñarlos es un motivo de orgullo para el individuo que los porta y un motivo de admiración y envidia para los que los ven, puesto que se asocia al éxito personal y social, a un alto nivel económico y a un estado de salud y juventud que la sociedad desea.

Un ejemplo de ello es que hace años, el hecho de llevar un tratamiento de ortodoncia tenía connotaciones peyorativas mientras que actualmente, en las entrevistas de trabajo, se considera positivo por suponerse que el candidato se interesa por mejorar.

Esta función social, aunque no es vital para el individuo, si tiene gran importancia para la comunidad puesto que el ser humano es un individuo necesariamente social y la relación con otros miembros de la misma especie es tan importante como los aspectos biológicos ya referidos (alimentarios o fonéticos), que hoy en día y gracias a las habilidades humanas se puede suplir con otros instrumentos creados por el propio ser humano.

El rechazo de individuos enfermos por el resto de miembros de su comunidad es igualmente ancestral. El miedo al padecimiento sufrido por un individuo y a la posibilidad de su transmisión a otros miembros de la colectividad producía, por un lado el abandono de los mismos, pero por otro ha sido la causa o el estímulo para el desarrollo de todas las profesiones sanitarias y entre ellas la de odontólogo que como decimos se viene practicando desde la época de las cavernas^{2,3,4}.

1.4 El problema de la aplicación de las enseñanzas recibidas en la práctica diaria

La enseñanza de una ciencia cualquiera, y en nuestro caso concreto la odontología, requiere de una estructura y sistematización¹⁶ para que sea homogénea y se pueda regular, controlar, valorar y revisar para que cumpla su función en una sociedad moderna como en la que vivimos.

El análisis periódico¹⁷ de los diferentes programas de las disciplinas que se imparten en los centros de formación, dará lugar a una base de datos que permitirá actualizarlos en armonía con los avances científicos y la evolución social, lo que debe dar como resultado profesionales preparados para satisfacer las demandas odontológicas de los pacientes^{18,19}.

En el punto y época en los que nos encontramos, el desarrollo de la odontología es muy marcado, estando al más alto nivel en las ciencias de la salud y sin nada que envidiar a otras áreas científicas. Estas palabras vienen a justificar en parte las materias objeto de estudio en la carrera de odontología que se imparten en las universidades españolas²⁰ y de nuestro entorno europeo y en países considerados de filosofía occidental²¹ o desarrollados socioeconómicamente como pueden ser Norteamérica o Japón. Estas materias y sus contenidos son, por lo general, objeto de profundos estudios por personal altamente cualificado bien por sus conocimientos científicos o por su experiencia profesional, llegando a la conclusión de que la ciencia odontológica debe enseñarse en un orden y con una fragmentación y secuencia que permitan al estudiante que se enfrenta a ella asimilar la importancia y trascendencia de los contenidos para que quede grabada en lo más profundo de su ser. Lógicamente los pregrados universitarios, necesariamente tasados en tiempos límite, no pueden inculcar todos los conocimientos existentes en el campo de su competencia, es por ello que la formación continuada es básica para mantener sus competencias actualizadas. Pero, en todo caso, para que esta formación continuada sea eficaz debe existir una sólida base científica previa que es la que se debe adquirir durante los años de formación académica.

Admitido que en el periodo de graduación académica se debe obtener la base de formación imprescindible para lograr un graduado en odontología capaz, no sólo de proporcionar, a las razonables demandas de su entorno social un servicio útil y eficaz; sino además de perfeccionarse y actualizarse a través de su experiencia crítica y afán informativo.

El siguiente paso, es el de seleccionar los contenidos conceptuales y prácticos²², que deben figurar indefectiblemente en la programación de las enseñanzas de pregrado odontológico, diferenciándolos de aquellos otros, también importantes, pero que por sus características de complejidad, especificidad o exigencia de formación previa, más parecen destinados a programas postgraduados; esta distinción, al centrar y poner el énfasis de la docencia en aquellos, debería facilitar al alumno, en el siempre escaso periodo formativo reglado y obligatorio, el aprendizaje e interiorización de los conocimientos, habilidades y actitudes, básicas y fundamentales, para iniciar un ejercicio ético y competente de su profesión, estimulándole además para la elección crítica, con conocimiento de causa, de sus necesidades de formación continuada.

1.5 Delimitación del problema de las enseñanzas impartidas y su reflejo en la realidad profesional.

El tema de la enseñanza es motivo recurrente a lo largo de la historia y ha venido condicionado, por un lado, por la extensión de los conocimientos, y por el otro por las exigencias sociales.

Así en la antigüedad la pretensión era alcanzar el conocimiento universal, fin que quizá pareciera accesible a la vista de su volumen.

El objetivo era formar un “Bachiller”, o titulación similar, capaz de entender tanto de humanidades como de ingeniería o artes; figura paradigma de esas épocas es el gran Leonardo Da Vinci.

El paso del tiempo y el progresivo incremento de los conocimientos hace inabarcable la competencia universal, por lo que los estudiosos dedican sus esfuerzos a campos más limitados (bien que todavía amplios) de la ciencia (Medicina, Astronomía, Geografía, Pintura, Física, etc.). Pese a todo, la insaciable curiosidad científica de la especie humana, que de continuo produce o transforma ideas, comportamiento, técnicas y nuevos elementos, obliga a compartimentar, aún más, la ciencia, de ahí el nacimiento de las supra/sub especialidades, que con cierto sacrificio de la extensión, profundizan en el conocimiento de parcelas muy específicas lo que, en la praxis, generalmente exige el trabajo en equipo; lo cual de ningún modo, debe necesariamente entenderse como un inconveniente.

Por otro lado, en los llamados países desarrollados la mejora de los medios de comunicación, despierta en la población expectativas y demandas, que el profesional debe conocer, ya sea para descartarlas, indicarlas y/o satisfacerlas o, al menos para referirlas, correctamente informadas.

2. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Una de las inquietudes más importantes para cualquier docente, y en especial para los profesores universitarios, cuya labor es formar a los alumnos para tener éxito en el mundo laboral, es el que sus enseñanzas no sólo formen moral y humanamente a sus pupilos sino también que estas les sean de verdadera utilidad práctica a la hora de enfrentarse con una sociedad que demanda de sus servicios²³. Es por ello que todos los planes de estudios de las universidades que se precien, revisan periódicamente dichos planes, para adecuarlos a las demandas de la sociedad en la que viven.

Por tanto el objetivo fundamental de este estudio es comprobar de una manera directa y sencilla la correspondencia entre una serie de parámetros básicos de la enseñanza de la odontología en España y su reflejo real en la práctica de la misma.

Los parámetros básicos que fijaremos serán aspectos considerados como esenciales²⁴ en los planes de estudio aprobados por diferentes universidades españolas, que a su vez sean fácilmente mensurables en la práctica privada de la profesión, que supone el 95 % de la práctica de la odontología en España. Una vez obtenidos ambos resultados los cotejaremos para intentar determinar el grado de correspondencia entre lo que se enseña en la universidad y luego lo que se practica en el ámbito profesional.

Las hipótesis de trabajo que se expresan estadísticamente en las siguientes hipótesis nulas en el presente estudio son las siguientes:

1. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los parámetros básicos de la enseñanza de la odontología y los que se aplican en la práctica profesional diaria.
2. No existen diferencias estadísticamente significativas a la hora de aplicar las enseñanzas recibidas en las diferentes disciplinas básicas de la licenciatura (Preventiva, Medicina y Cirugía, Conservadora y Prótesis).
3. No existen diferencias estadísticamente significativas en la aplicación de las enseñanzas básicas entre profesionales formados en un país extranjero y los formados en España.
4. No existen diferencias estadísticamente significativas en la aplicación de las enseñanzas básicas entre los profesionales odontólogos y los estomatólogos.
5. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de formación (Estomatólogo/Odontólogo) y el tipo de ejercicio profesional (Cuenta propia/ cuenta ajena).
6. No existen diferencias estadísticamente significativas en la aplicación de las enseñanzas recibidas en la formación por los profesionales que ejercen la profesión de por cuenta propia frente al ejercicio por cuenta ajena (policlínicas o en múltiples clínicas).

3. JUSTIFICACIÓN

La importancia de cualquier variable puede ser relativizada en función del interés personal del individuo que la plantea y en este caso la importancia del tema se justifica plenamente por la faceta de profesor universitario del doctorando. Pero también desde el punto de vista general, es decir, social, el problema también puede considerarse capital. El objetivo final de los docentes y sistemas educativos ha sido, y yo creo que eso nunca cambiará, el deseo de formar a los alumnos para ser personas útiles a la sociedad en la que se integran⁶. Pero para llegar a este objetivo final hay múltiples caminos y tradicionalmente la filosofía europea era más proclive a formar el espíritu de las personas antes que sus habilidades técnicas o manuales, con la convicción de que una persona que hubiese adquirido dicha formación no tendría problema para adquirir estas habilidades en el transcurso de su vida profesional. Pero sin embargo, dentro de la propia cultura occidental, la filosofía norteamericana, mucho más pragmática, piensa de forma inversa, se debe formar las habilidades que son útiles y prácticas a la sociedad y a estimular el deseo de innovación para la mejora de la realidad existente y ya será el individuo, en relación con sus características personales, el que se desarrolle más o menos espiritualmente.

En vista de la evolución de la ciencia y de la sociedad que lidera la misma, resulta obvio que la filosofía norteamericana se ha impuesto claramente y sus técnicas de trabajo y enseñanza están impregnando la sociedad europea.

Un ejemplo claro de esta situación ha sido la evolución que ha sufrido la odontología en España en los últimos 70 años². En este tiempo ha pasado de ser una especialidad de la medicina, en la que en un principio se formaba al alumno en el conjunto del cuerpo humano como un todo con una interrelación íntima entre todos sus aparatos y sistemas y con una concepción general o global de biología, fisiología, psicología y patología, y posteriormente se le centraba en las técnicas y habilidades propias del aparato estomatognático. Para conseguir

esta formación el alumno cursaba, nada menos que, seis años de formación general y dos años de específica.

Actualmente, la odontología, se ha desgajado totalmente de la medicina y se cursa en una licenciatura independiente en la cual la formación general se realiza en los primeros dos años de carrera y la específica en los tres siguientes, en una clara tendencia de acercamiento a las técnicas americanas, de tal manera que tras ese periodo de formación el alumno sea capaz de integrarse en la sociedad como un miembro útil y plenamente capacitado para su labor profesional. Sin embargo esta adaptación a las técnicas anglosajonas se ha hecho, como es lógico, a nuestra manera, la europea y sólo se ha cambiado una parte del sistema, la parte universitaria, sin tener en cuenta la formación previa, con lo que el encaje está resultando cuanto menos difícil.

Aceptando que estamos en esa situación docente, sí resulta relevante el investigar para comprobar²⁴ si las enseñanzas que se están impartiendo en la actualidad están surtiendo el efecto deseado, que se estén aplicando en la actividad profesional para, bien reforzarlas o estimularlas o bien para revisarlas y modificarlas en función de las necesidades actuales de la sociedad. Nos sirve por tanto para orientarnos en el diseño de los planes de estudio de las diferentes licenciaturas que, como es lógico, deben estar en continua revisión para ser actuales y no volverse obsoletas al cabo de unos pocos años.

Otro aspecto a considerar del presente estudio es que abre una vía poco utilizada en la comunidad universitaria, por lo menos de este país, para profundizar lo que queramos dentro de las diferentes disciplinas de las licenciaturas, en el sentido del reflejo de lo enseñado con lo realmente asimilado, como importante o útil, por el alumno en función del uso que hace el mismo de dichos conocimientos en su práctica profesional.

De esta manera se pueden modificar, de forma ágil, los créditos dedicados a ciertos aspectos o suprimir o incorporar otros que no aparecían en nuestros programas convirtiéndolos en programas vivos y actuales con una utilidad clara y directa.

Estos motivos son los que han determinado la valoración como importante el tema tratado por parte del doctorando en su humilde apreciación de la realidad docente y con el ánimo de abrir una vía más para la mejora de la enseñanza en España.

El presente trabajo pretende contrastar el grado de congruencia entre lo aprendido en el periodo académico, y su reflejo en la habitual práctica profesional, para, con los datos obtenidos, deducir el convencimiento de los odontólogos de la necesidad y utilidad de ciertas técnicas o teorías aprendidas, con la consideración de básicas. Y en otro sentido, evaluar las posibles alteraciones de comportamientos y resultados clínicos, achacables a las modificaciones curriculares ocurridas.

Actualidad

Cuando algo, cualquier institución, no se renueva y actualiza acaba desapareciendo, pasa con los hombres, cuando ya no pueden renovarse biológicamente ni adaptarse a las nuevas situaciones acaban aislándose y muriendo al poco tiempo, y pasa con todas las cosas que crean los hombres. La universidad no es menos y precisamente gracias a su capacidad de revisión, regeneración e incluso catarsis, es una de las instituciones más longevas de las que ha creado el ser humano.

Actualmente nos encontramos en uno de esos procesos de profunda renovación intentando encajar los acuerdos de Bolonia en la universidad española.

Ante la aplastante supremacía de la investigación norteamericana frente a la europea y especialmente a la española, nos hemos visto abocados una vez más a revisar y renovar nuestra universidad y como es lógico nos fijamos en el líder para poder aproximarnos a él o incluso superarle. De esta manera analizamos su sistema, intentamos averiguar lo que creemos que es clave para su éxito y lo queremos incorporar a nuestro sistema para conseguir dicho éxito, pero como también es lógico a nuestra manera, entre otras cosas porque somos instituciones antiguas que tienen estructuras que no son fáciles de cambiar.

En el caso de la odontología, en parte debido a las características de la profesión, con gran carga de habilidades prácticas, y fundamentalmente debido a unos docentes muy implicados y de gran apertura a nuevas ideas y maneras de pensar, la formación de los alumnos, con una clara intención de servicio inmediato a la sociedad, se lleva haciendo desde hace más de veinticinco años. Pero sin embargo, a pesar de todo este tiempo transcurrido, nunca se ha intentado evaluar la aplicación en la práctica profesional de las enseñanzas impartidas durante la especialidad de estomatología o la licenciatura de odontología. Aunque es posible que la sociedad no demandase ese feedback, por el aceptable servicio que estaban prestando los profesionales²⁵ gracias a su buena formación, como decía al principio, sin renovación y actualización las instituciones envejecen y mueren. Es por esta inquietud de actualización

junto con el proceso de renovación que está sufriendo la universidad española en general y la odontología en particular, por la que consideramos que el tema es de plena actualidad y, aunque si bien es una primera aproximación, si puede servir para que cada rama de la odontología o incluso de otras licenciaturas cuenten con un método para obtener un elemento más que les ayude a formar a sus alumnos lo más eficazmente para ese servicio último a la sociedad para la que y en la que viven.

Como referendo oficial de la actualidad del tema, baste recoger las diferentes normativas legislativas desarrolladas por los ministerios de Educación y Ciencia o el actual Ministerio de Ciencia e Innovación, según el artículo 12.9 del Real Decreto 1393/2007, el acuerdo del Consejo de Ministros del 8 de febrero de 2008 publicado en el BOE del 27 de/2/2008 y del artículo 17.1 del Real Decreto 432/2008 de 12 de abril. Por tanto, a partir de las disposiciones citadas, corresponde al Ministerio de Ciencia e Innovación establecer los requisitos a los que deberán adecuarse los planes de estudio conducentes a la obtención de los títulos de Grado que habiliten para el ejercicio de la profesión de Dentista que han de ser presentadas por las universidades para su verificación por el Consejo de Universidades⁸.

En el BOE nº 174 de 19/07/2008 se hace referencia a que se han escuchado a los colegios y asociaciones profesionales y se ha tenido en cuenta el informe emitido la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud como establece la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Según lo anterior, estamos en este momento en un proceso de renovación y adaptación a las normativas europeas de normalización universitaria, por lo que toda ayuda a la hora de confeccionar los planes de estudio serán de utilidad para conseguir un resultado óptimo en nuestro afán de alcanzar una enseñanza universitaria de calidad y unos profesionales útiles a la sociedad desde el mismo momento que terminan sus estudios universitarios.

4. OBJETIVOS

Los objetivos que se persiguen son los siguientes:

1º Determinar el grado de **correspondencia** entre las **enseñanzas** recibidas durante la formación universitaria de pregrado y la **práctica diaria** de la profesión.

Esta correspondencia se plasmará en una nota final de cero a diez.

Como las enseñanzas de la odontología se dividen en cuatro bloques formativos (1 Prótesis Bucofacial , 2 Odontología conservadora, 3 Medicina y Cirugía Bucal y 4 Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia) se ha calificado cada uno de los bloques formativos según los mismos criterios otorgándoles por tanto una nota final por bloque.

2º Ver si la aplicación de las **enseñanzas** varía según los siguientes parámetros:

- a) **formación nacional o extranjera;**
- b) **formación** como **estomatólogo** o como **odontólogo**.

3º Determinar si el **tipo de formación** (odontólogo/estomatólogo) ha tenido influencia en el **tipo de práctica profesional** (autónomo/ cuenta ajena).

4º Determinar si el **tipo de práctica profesional** (autónomo/ cuenta ajena) ha tenido influencia en el grado de aplicación de **las enseñanzas** recibidas.

JUSTIFICACIÓN POR OBJETIVOS

Objetivo 1º. Determinar el grado de correspondencia entre las enseñanzas recibidas durante la formación universitaria de pregrado y la práctica diaria de la profesión.

Nos pareció razonable, al hacer un estudio de estas características, el poder llegar a obtener una **visión global del estado de la profesión en nuestro país**, aceptando, por supuesto, todas las limitaciones que tienen las encuestas en general y la presente en particular, pero que a la vista de los resultados obtenidos nos parece que responde bastante fielmente a la realidad de acuerdo con las estadísticas de estado de salud bucal de la población, su relación con las visitas a los profesionales de la salud bucodental y el número o porcentaje de reclamaciones de las que se tiene constancia en los colegios profesionales.

Este objetivo, lejos de intentar juzgar a la profesión, para lo que nos puede servir es para potenciar campañas o cursos de reciclaje/formación continuada dentro del marco del Consejo General de Dentistas de España y de los Colegios Regionales en los aspectos que puedan resultar más interesantes.

Este objetivo está orientado a valorar las virtudes o carencias de la diferente formación entre Estomatólogos y Odontólogos y para concretarlo con más precisión también hemos valorado los cuatro bloques temáticos clásicos de la formación buco dental, 1º la prótesis buco facial, 2º la odontología conservadora, 3º la medicina y cirugía buco dental y 4º la preventiva, ortodoncia y Odontopediatría.

Objetivo 2º. Ver si la aplicación de las **enseñanzas** varía según los siguientes parámetros:

- a) **formación nacional o extranjera;**
- b) **formación como estomatólogo o como odontólogo.**

Por un lado (a) este objetivo busca saber si los profesionales que ejercen en nuestro país pero que se han formado en otros, si bien con criterios o programas similares, tienen un grado de aplicación de las enseñanzas de pre-grado diferente al de los formados en España.

Por otro lado (b) en este objetivo se pretendía constatar si el cambio de tipo de formación acaecido en los últimos años con motivo del cambio de la Estomatología a la Odontología ha supuesto alguna modificación en la aplicación de las enseñanzas universitarias, con la misma finalidad que en el caso anterior, la de potenciar los aspectos más deficitarios y preservar los más positivos, pero en este caso en el ámbito de la enseñanza pre-graduada.

Objetivo 3º. Determinar si el **tipo de formación** (odontólogo/estomatólogo) ha tenido influencia en **el tipo de práctica profesional** (autónomo/ cuenta ajena).

El presente objetivo nos pareció inevitable puesto que nos encontramos en una sociedad abierta, expuesta a múltiples influencias, y un sesgo importante en este sentido nos tendría que hacer reflexionar profundamente sobre este aspecto.

La elección de este objetivo se debe al interés por conocer si el tipo de ejercicio profesional, que sabemos que tradicionalmente era mayoritariamente por cuenta propia (autónomo), ha cambiado en estos años con la coincidencia del cambio de tipo formativo.

Objetivo 4º. Determinar si el **tipo de práctica profesional** (autónomo/ cuenta ajena) ha tenido influencia en el grado de aplicación de **las enseñanzas** recibidas.

Este objetivo pretende conocer si es el tipo de práctica profesional la que marca con más influencia la aplicación correcta de las enseñanzas recibidas. De ser así nos obligaría a una reflexión profunda sobre la importancia del método productivo como condicionante del ejercicio profesional en detrimento de los condicionantes formativos.

5. MATERIAL Y MÉTODO

Para realizar el presente estudio hemos contado con las siguientes fuentes de información:

1) Directrices de la Unión Europea sobre los contenidos de los planes de estudio de la carrera de odontología y las capacidades (ser competente, tener conocimientos o estar familiarizado) con las que deben salir formados los alumnos para conseguir el título de grado²⁶.

2) Libro blanco de la odontología en España¹¹.

3) Programas de los departamentos de Estomatología I, II III IV de las Facultades de Odontología de las Universidades Complutense de Madrid (UCM), Barcelona (UB), Santiago de Compostela (USC) y Sevilla (US) del curso 2002/2003.^{27 a 54}.

4) Programas de los departamentos de Cariología*, Cirugía Oral y Maxilofacial, y Prostodoncia de la Universidad de Michigan. USA del curso 2002/2003^{55 a 59}.

4) National Dental Boards. Exámenes para la obtención de la licencia necesaria para ejercer la profesión de dentista en los Estados Unidos de América⁶⁰.

Una vez que se consultaron estas bases de datos se confeccionó una encuesta¹ de 16 preguntas que versaba sobre los aspectos considerados básicos en la enseñanza de la odontología actual.

Se eligió la encuesta puesto que se considera la representación más destacada del método cuantitativo para la obtención de información. La encuesta es un método de investigación compatible con el empleo de varias técnicas e instrumentos de recolección de datos, como son: la entrevista, el cuestionario, la observación, el test, etc.

*Cariología: Traducción literal de Cariology: en relación con el estudio y tratamiento de la caries. Materias incluidas en nuestro ordenamiento en Odontología Conservadora.

¹ La encuesta se puede consultar en la página 38.

Se considera a la encuesta como un método⁶¹ para indicar que el investigador no se guía por sus propias suposiciones y observaciones, sino que prefiere dejarse guiar por las opiniones, actitudes o preferencias del público para lograr ciertos conocimientos. Es un método que permite explorar sistemáticamente lo que otras personas saben, sienten, profesan o creen.

La encuesta de opinión pública, como se realiza habitualmente, "... representa una serie de entrevistas personales breves pero estandarizadas, en las cuales los entrevistadores formulan siempre las mismas preguntas y las respuestas de los entrevistados se limitan a unas pocas categorías"⁶². Sin embargo, se puede aplicar una encuesta con entrevistas libres, o no estructuradas, en las cuales se busca, después de la recolección de datos, las categorías de las respuestas para poder codificarlas.

Cuando el universo es grande se toma una muestra, por medio de la cual se reúnen datos acerca de una población más pequeña; a partir de ellos se pueden hacer inferencias acerca de todo el universo⁶³.

Grawitz⁶⁴, distingue los siguientes tipos de encuestas:

1) Según la dimensión:

- a. Estudio de áreas. "Los factores de medición son de órdenes muy diversas, la observación afecta a puntos de vista diferentes y tiene por objetivo toda una región, un país o incluso varios".
- b. Estudio de casos. "Este tipo de encuesta se caracteriza por su objetivo: recoger la máxima cantidad de datos sobre un tema concreto y limitado, en general con un simple deseo de información, de descripción o de clasificación, sin segundas intenciones respecto a su medición".

2) Según el grado de precisión o medida:

- a. Las encuestas de exploración. No parten de una hipótesis y son más bien de tipo descriptivo.
- b. Las encuestas de análisis o de diagnóstico. Se trata de buscar una respuesta a una cuestión práctica; se necesita precisar las variables que intervienen.
- c. Las encuestas experimentales. En éstas se trata de verificar hipótesis.

Por tanto la presente encuesta podría considerarse como de tipo exploratoria de casos.

Esta encuesta se envió a los directores de los Departamentos de la Facultad de Odontología de la UCM para que informasen sobre su idoneidad en el campo que les correspondía. Hechos los cambios propuestos por dichos jefes de departamento. Posteriormente se presentó la encuesta a los profesionales con ejercicio en España , entre octubre de 2004 y septiembre de 2005, de tres formas diferentes.

1º La encuesta se publicó en la revista de mayor tirada del sector, La Gaceta Dental, donde tras una breve carta de presentación se ponía a disposición de los profesionales la encuesta para que la cumplimentasen y la devolviesen por correo postal o por fax.

2º En esta misma publicación también se les daba la posibilidad de responder a la encuesta accediendo a una página web donde podían completar la encuesta en formato electrónico y enviarla automáticamente.

3º El último método de obtener la información fue mediante entrevistas directas del doctorando con los profesionales aprovechando convocatorias científicas, cursos, etc. donde se reunían un gran número de profesionales.

Los datos obtenidos se introdujeron en una base de datos (Excel) se clasificaron en tres grupos atendiendo a la información, filiación, en la que se diferenció entre formación realizada en España o en el extranjero, sin especificar ni país ni región, y tipo de formación recibida, estomatólogo u odontólogo. Las dos primeras preguntas de la encuesta respondían a este objetivo.

El segundo grupo pretendía delimitar el tipo de ejercicio profesional mediante una única pregunta que ofrecía la posibilidad de elegir entre las formas de ejercicio más habituales en la actualidad.

Por último, a la aplicación diaria de los conocimientos adquiridos durante la formación universitaria se le dedicaba el grueso de la encuesta con las restantes trece preguntas. Este bloque a su vez se fraccionó en los sub-bloques correspondientes a los cuatro departamentos en los que está estructurada la enseñanza de la Odontología, Estomatología I. Prótesis Bucofacial, Estomatología II. Odontología Conservadora, Estomatología III. Medicina y Cirugía Bucofacial, y Estomatología IV. Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia.

Se confeccionó una encuesta de tal forma que su aspecto y extensión no condicionasen de forma negativa al profesional a la hora de enfrentarse a ella. De esta manera la encuesta constaba de dieciséis preguntas, con un número variable de respuestas pero que en ningún caso excedía de seis, de redacción corta y siempre con un lenguaje perfectamente claro y conocido por cualquier profesional en ejercicio. En ocho de las dieciséis preguntas sólo se podía responder a una opción, en el resto de los casos se le indicaba al profesional, al final de la pregunta y entre paréntesis, que podía seleccionar más de una respuesta mediante la coletilla “marque los necesarios”, “marque todas las que correspondan”, “marque lo más habitual”, “marque lo más frecuente” o “una o varias”.

Así se elaboró una encuesta que ocupa una sola cara de un folio DIN A4, en el que cabían todas las preguntas.

Las preguntas y sus respuestas se encontraban todas seguidas, cuando se utilizó el método de entrevista personal para su obtención, o en dos columnas en la misma cara en la encuesta insertada en la revista profesional.

Las preguntas estaban claramente numeradas y detrás de cada respuesta se colocó una casilla para que el profesional pudiese seleccionarla simplemente con una marca en la misma. Para una mayor claridad se realizó en un fondo de color sepia pálido con las preguntas en un color naranja suave y las respuestas en negro una encima de la otra con la casilla de marcado detrás, como decía antes en el caso de la encuesta insertada en la revista, y en negro sobre fondo blanco en el caso de la hoja utilizada en la entrevista personal. En el caso de la página WEB las preguntas se encontraban en azul, las respuestas en negro y el fondo en blanco.

Como parámetros básicos de la enseñanza de la odontología en España se seleccionaron diez actuaciones prácticas, contempladas en los planes de estudio de la licenciatura de odontología, que abarcan las cuatro ramas principales en las que se suelen subdividir los conocimientos odontológicos:

Prótesis Bucofacial;

Odontología conservadora;

Medicina y cirugía Bucofacial; y

Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia.

Como aspectos básicos de la enseñanza de la **prótesis** hemos considerado los siguientes parámetros^{14,65 a 75}:

- Vaciado de impresiones por el profesional o personal especialmente entrenado.
- Montaje en articulador de modelos obtenidos para la realización de prótesis estomatológica.
- Tallados anatómicos de los dientes que van a recibir una restauración de prótesis fija.

Dentro de la **odontología conservadora**^{56, 76, 77}:

- Uso del dique de goma.
- Aplicación de matrices y cuñas para la realización de cavidades de clase 2 de Black.
- Radiografía de control tras la realización de un tratamiento de conductos en un diente o muela.

Referente a la **medicina y cirugía bucofacial**^{78, 79}:

- Indicación de extracción sistemática de dientes o muelas incluidas.
- Realización de biopsias y estudio anatomopatológico de toda lesión sospechosa.

Y por último, dentro de **la Preventiva, Odontopediatría y Ortodoncia**^{80, 81, 82}:

- Uso del guantes, mascarilla y gafas protectoras.
- Esterilización sistemática del material que ha estado en contacto con fluidos orales y sangre.

A continuación se muestra el modelo de encuesta presentado a los entrevistados.

CORRESPONDENCIA ENTRE LOS ESTUDIOS DE ODONTOLOGÍA Y LA PRACTICA PRIVADA EN ESPAÑA

- 1) ¿Está usted licenciado en una universidad española? Si No .
- 2) Se ha licenciado usted :hace más de 13 años, hace menos de 13 años .
- 3) Practica usted la odontología : (marque todas las que correspondan): de forma privada , En policlínica , En varias consultas .
- 4) Indique cual de los siguientes métodos barrera utiliza usted para evitar el sufrir una enfermedad profesional por contagio de un paciente: (marque todas las que correspondan):
Guantes de látex , Guantes de vinilo , Guantes de nitrilo , Mascarilla , Gafas protectoras , Gorros .
- 5) ¿Utiliza usted alguno de los métodos de esterilización/desinfección de los citados a continuación? Marque los necesarios:
Baño de ultrasonidos , Baño antiséptico , Horno de calor seco , Horno de calor húmedo , Lavado con agua y jabón .
- 6) ¿ Frente a una muela o diente incluido?: (marque la más habitual)
Indica su extracción siempre , Recomienda la extracción sólo si existe sintomatología , Deriva al paciente a un especialista , Deriva al paciente a un hospital .
- 7) ¿Qué número aproximado de radiografías realiza usted a lo largo de un tratamiento de conductos? (marque lo más frecuente)
Una , Dos , Tres o más , Las necesarias para determinar la longitud de trabajo , Una final , No hago radiografías pues utilizo localizador de ápice .
- 8) ¿A que procesado somete usted a las impresiones de alginato? (sólo una)
Vacío la impresión personalmente , Vacía la impresión personal de mi clínica especialmente entrenado para la labor , Acondiciono adecuadamente la impresión para el transporte y vaciado en el laboratorio , No tomo impresiones de alginato .
- 9) ¿A que procesado somete usted a las impresiones de elastómeros? (sólo una)
Vacío la impresión personalmente , Vacía la impresión personal de mi clínica especialmente entrenado para la labor , Acondiciono adecuadamente la impresión para el transporte y vaciado en el laboratorio , No tomo impresiones de elastómeros .
- 10) ¿Qué tipo de articulador utiliza usted para la realización de prótesis? (una o varias)
Ocluser , Articulador de guías fijas , Articulador semiajustable , Articulador totalmente ajustable , No utilizo el articulador .
- 11) ¿En que trabajos protésicos utiliza usted el articulador? (una o varias)
Para coronas individuales , Para puentes de tres o más piezas , Para rehabilitaciones , En prótesis removible , no utilizo el articulador .
- 12) ¿Frente a una lesión en los tejidos blandos bucales que le resulta imposible clasificar? (sólo una)
Cita en diez días para valorar la evolución y si persiste realiza una biopsia , Realiza una biopsia inmediatamente , Deriva al paciente a un especialista , Deriva al paciente a un hospital , Apunta en su historia para valorar en la siguiente revisión .
- 13) ¿Utiliza usted dique de goma?
Siempre , Nunca , En obturaciones de materiales compuestos , En obturaciones de amalgama , En tratamiento de conductos , Cuando no consigo de otro modo tener el campo libre de fluidos orales o sangre .
- 14) ¿Qué método utiliza para la obturación de cavidades de clase 2 de Black? (marque las necesarias)
Ninguno en especial , Cuñas de madera , Matrices metálicas , Matrices de acetato , No realizo ese tipo de obturaciones , Materiales termoplásticos (p. Ej. Godiva de baja fusión) .
- 15) Cuando talla usted un diente para recibir una corona, bien unitaria o como pilar de un puente, ¿realiza usted la endodoncia del mismo?
Siempre para evitar posteriores pulpitis o pulponecrosis , Nunca , En restauraciones amplias , Sólo cuando las condiciones de situación de los pilares lo exigen , No realizo tratamientos restauradores con prótesis fija .
- 16) ¿Cuál es la terminación gingival de su preferencia cuando talla un pilar para prótesis fija metal-porcelana? Marque uno o varios.
Hombro , Chamfer , Hombro-chamfer , Filo de cuchillo , No realizo tratamientos restauradores con prótesis fija .
- Este es el final de la encuesta. Le agradezco enormemente el interés prestado y espero en breve publicar los resultados y así pueda apreciar el fruto de su colaboración.

Se consiguieron 204 cuestionarios cumplimentados. Una vez obtenidos los datos se sometieron a análisis estadístico.

En primer lugar se hizo un análisis descriptivo de los resultados, pregunta por pregunta y posteriormente se sometieron al análisis inferencial por medio de los programas SPSS (versión 8.1) y SAS. En este último caso se contó con la inestimable ayuda de los servicios de análisis estadístico que la UCM pone a disposición de los investigadores.

El análisis descriptivo de los datos nos generó una tabla con medias, medianas, y desviaciones típicas y estándar, que dio lugar a una nota final y unas calificaciones por grupos docentes.

Sobre esta tabla se aplicó el análisis inferencial. Se aplicaron dos test estadísticos muy habituales por su gran potencia, el test de Chi cuadrado y el test de Suma de Rangos de Wilcoxon (al ser datos no ordinales) pero también se usó el muy conocido test de la T de Student (para datos ordinales) para comparar entre ambos test.

Para la aplicación del test de la Chi cuadrado no hizo falta hacer ninguna modificación en los datos pero tiene la limitación de que compara preguntas de forma aislada por lo que, aunque se eligió una significación del 95 %, las conclusiones que se pueden sacar de ellos son muy limitadas. Este test se aplicó a las 16 preguntas.

Para realizar un análisis más atractivo y buscando la obtención de conclusiones más globales se aplicó el test de Suma de Rangos de Wilcoxon. En la aplicación de este test fue necesario transformar las respuestas obtenidas en un valor numérico. El valor máximo fue de 10 y el mínimo de cero en una clara referencia a nuestra labor habitual de docentes por lo que nos hace más clara su comprensión. Los valores, a pesar de ser numéricos, no son considerados ordinales, ya que el valor que se les otorga a las respuestas es subjetivo, y por tanto este test es más adecuado que el comúnmente utilizado, la T de Student. De todas formas usamos este último test (T de Student) para ver si existía alguna diferencia con el de Suma de rangos de Wilcoxon, puesto que en el caso de que no existiese esta diferencia se podría considerar que

los valores asignados a las respuestas fueran ordinales.

De esta manera y con este test (Wilcoxon) analizamos pregunta por pregunta, grupos de preguntas por bloques docentes y obtuvimos una evaluación final completa. La valoración de las respuestas correspondientes a cada pregunta se denominó como respuesta básica y se le asignó un valor entre cero y diez según la coincidencia de la misma como lo que se considera, por los diferentes departamentos, como la actuación clínica más adecuada.

La valoración de las respuestas básicas se puede consultar a continuación.

VALORACIÓN NUMÉRICA DE RESPUESTAS A PREGUNTAS DE 4 A 16 PARA SU ESTUDIO CON LOS TEST ESTADÍSTICOS

Respuesta tipo:

4) Indique cual de los siguientes métodos barrera utiliza usted para evitar el sufrir una enfermedad profesional por contagio de un paciente: (marque todas las que correspondan)

Guantes de látex , Guantes de vinilo , Guantes de nitrilo , Mascarilla , Gafas protectoras , Gorros .

Respuesta básica: guantes+ mascarilla+ gafas

Puntuación:

Si p_{4_1} ó p_{4_2} ó p_{4_3} + p_{4_4} + p_{4_5} + p_{4_6} = a 4 ó más, puntuación 10.

Si p_{4_1} ó p_{4_2} ó p_{4_3} + p_{4_4} + p_{4_5} + p_{4_6} = a 3, puntuación 7.5.

Si p_{4_1} ó p_{4_2} ó p_{4_3} + p_{4_4} + p_{4_5} + p_{4_6} = a 2, puntuación 5.

Si p_{4_1} ó p_{4_2} ó p_{4_3} + p_{4_4} + p_{4_5} + p_{4_6} = a 1, puntuación 2.5.

Si p_{4_1} ó p_{4_2} ó p_{4_3} + p_{4_4} + p_{4_5} + p_{4_6} = a 0, puntuación 0.

5) ¿Utiliza usted alguno de los métodos de esterilización/desinfección de los citados a continuación? Marque los necesarios:

Baño de ultrasonidos , Baño antiséptico , Horno de calor seco , Horno de calor húmedo , Lavado con agua y jabón .

Respuesta básica: Lavado + horno calor húmedo

Puntuación:

Si $p5_1 + p5_2 + p5_3 + p5_4 + p5_5 = a 4$ ó más, puntuación 10.

Si $p5_1 + p5_2 + p5_3 + p5_4 + p5_5 = a 3$, puntuación 7.5.

Si $p5_1 + p5_2 + p5_3 + p5_4 + p5_5 = a 2$, puntuación 5.

Si $p5_1 + p5_2 + p5_3 + p5_4 + p5_5 = a 1$, puntuación 2.5.

Si $p5_1 + p5_2 + p5_3 + p5_4 + p5_5 = a 0$, puntuación 0.

6) ¿Frente a una muela o diente incluido?: (marque la más habitual)

Indica su extracción siempre , Recomienda la extracción sólo si existe sintomatología ,
Deriva al paciente a un especialista , Deriva al paciente a un hospital .

Respuesta básica: Deriva el paciente a un especialista.

Puntuación:

Si $p6_3$ ó $p6_4$, puntuación 10.

Si $p6_1$, puntuación 5.

Si $p6_2$, puntuación 2.5.

7) ¿Qué número aproximado de radiografías realiza usted a lo largo de un tratamiento de conductos? (marque lo más frecuente)

Una , Dos , Tres o más , Las necesarias para determinar la longitud de trabajo , Una final , No hago radiografías pues utilizo localizador de ápice .

Respuesta básica: una final

Puntuación:

Si p7_5, puntuación 10.

Si p7_1, puntuación 1.

Si p7_2, puntuación 3.

Si p7_3, puntuación 4.

Si p7_4 ó p7_6, puntuación 5.

8) ¿A qué procesado somete usted a las impresiones de alginato? (sólo una)

Vacíó la impresión personalmente , Vacía la impresión personal de mi clínica especialmente entrenado para la labor , Acondiciono adecuadamente la impresión para el transporte y vaciado en el laboratorio , No tomo impresiones de alginato .

Respuesta básica: Vacío la impresión personalmente.

Puntuación:

Si p8_1 Puntuación 10.

Si p8_2 Puntuación 7.

Si p8_3 Puntuación 4.

Si p8_4 Puntuación 2.

9) ¿A qué procesado somete usted a las impresiones de elastómeros? (sólo una)

Vacíó la impresión personalmente , Vacía la impresión personal de mi clínica especialmente entrenado para la labor , Acondiciono adecuadamente la impresión para el transporte y vaciado en el laboratorio , No tomo impresiones de elastómeros .

Respuesta básica: Vacío la impresión personalmente.

Puntuación:

Si p9_1 Puntuación 10.

Si p9_2 Puntuación 7.

Si p9_3 Puntuación 4.

Si p9_4 Puntuación 2.

10) ¿Qué tipo de articulador utiliza usted para la realización de prótesis? (una o varias)

Oclusor , Articulador de guías fijas , Articulador semiajustable , Articulador totalmente ajustable , No utilizo el articulador .

Respuesta básica: Articulador semiajustable.

Puntuación

p10_3 vale 6 puntos.

P10_1 vale 1 punto.

P10-2 vale 1 puntos:

P10-4 vale 2 puntos.

P10-5 vale 0 puntos.

Puntuación total suma de p10_1 a p10_5.

11) ¿En qué trabajos protésicos utiliza usted el articulador? (una o varias)

Para coronas individuales , Para puentes de tres o más piezas , Para rehabilitaciones ,
En prótesis removible , no utilizo el articulador .

Respuesta básica: todas menos “no utilizo el articulador”

Puntuación

p11_3 vale 5 puntos.

P11_1 vale 1 punto.

P11-2 vale 2 puntos:

P11-4 vale 2 puntos.

P11-5 vale 0 puntos.

Puntuación total suma de p11_1 a p11_5.

12) ¿Frente a una lesión en los tejidos blandos bucales que le resulta imposible clasificar?
(sólo una)

Cita en diez días para valorar la evolución y si persiste realiza una biopsia , Realiza una
biopsia inmediatamente , Deriva al paciente a un especialista , Deriva al paciente a un
hospital , Apunta en su historia para valorar en la siguiente revisión .

Respuesta básica: cita en diez días para valorar la evolución y si persiste realiza una
biopsia.

Puntuación

P12_1 vale 10 puntos.

P12-2 vale 6 puntos:

p12_3 vale 5 puntos

P12-4 vale 5 puntos.

P12-5 vale 2 puntos.

13) ¿Utiliza usted dique de goma?

Siempre , Nunca , En obturaciones de materiales compuestos , En obturaciones de amalgama , En tratamiento de conductos ,

Cuando no consigo de otro modo tener el campo libre de fluidos orales o sangre .

Respuesta básica: Siempre.

Puntuación

P13_1 vale 10 puntos.

P13-2 vale 0 puntos:

p13_3 vale 4 puntos

P13-4 vale 3 puntos.

P13-5 vale 7 puntos.

P13_6 vale 6 puntos

14) ¿Qué método utiliza para la obturación de cavidades de clase 2 de Black? (marque las necesarias)

Ninguno en especial , Cuñas de madera , Matrices metálicas , Matrices de acetato , No realizo ese tipo de obturaciones , Materiales termoplásticos (p. Ej. Godiva de baja fusión) .

Respuesta básica: Cuñas de madera + matrices metálicas ó matrices de acetato.

Puntuación

P14_1 vale 0 puntos.

P14-2 vale 3 puntos:

p14_3 vale 3 puntos

P14-4 vale 3 puntos.

P14-5 vale 0 puntos.

P14_6 vale 2 puntos.

Puntuación total suma de p14_1 a p14_6.

15) Cuando talla usted un diente para recibir una corona, bien unitaria o como pilar de un puente, ¿realiza usted la endodoncia del mismo?

Siempre para evitar posteriores pulpitis o pulponecrosis , Nunca , En restauraciones amplias , Sólo cuando las condiciones de situación de los pilares lo exigen ,

No realizo tratamientos restauradores con prótesis fija .

Respuesta básica: Sólo cuando las condiciones de situación de los pilares lo exigen.

Puntuación

P15_1 vale 1 puntos.

P15_2 vale 3 puntos:

p15_3 vale 4 puntos

P15_4 vale 10 puntos.

P15-5 vale 0 puntos.

16) ¿Cuál es la terminación gingival de su preferencia cuando talla un pilar para prótesis fija metal-porcelana? Marque uno o varios.

Hombro , Chamfer , Hombro-chamfer , Filo de cuchillo , No realizo tratamientos restauradores con prótesis fija .

Respuesta básica: Hombro ó chamfer.

Puntuación

P16_1 vale 10 puntos.

P16-2 vale 8 puntos:

p16_3 vale 4 puntos.

P16-4 vale 2 puntos.

P16-5 vale 0 puntos.

Puntuación total suma de p16_1 a p16_5, con un máximo de 10.

Una vez realizadas estas modificaciones se realizó un reagrupamiento de preguntas para responder a los objetivos planteados en la presente Tesis.

El método para alcanzar el **primer objetivo**:

Determinar el grado de correspondencia entre las enseñanzas recibidas durante la formación universitaria de pregrado y la práctica diaria de la profesión.

Para alcanzar este objetivo aplicamos el análisis estadístico descriptivo, para lo cual, como dijimos anteriormente, tuvimos que transformar cada una de las respuestas de las preguntas 4 a 16 en un valor numérico de cero a diez en clara relación con las puntuaciones docentes más habituales.

El método consistió relacionar las respuestas básicas con las correspondientes a las respondidas por los profesionales en la encuesta, preguntas 4 a 16 de la encuesta. Se otorgó una puntuación por pregunta y aplicando el test estadístico se obtuvo una nota final del estado de la profesión en el momento actual (el de la encuesta).

Correspondencia entre la formación por bloques y la aplicación práctica;

Se relacionaron las preguntas de la siguiente manera:

- En el caso de la formación en el campo de la odontología preventiva y comunitaria se relacionaron las preguntas básicas con las respuestas de los profesionales a las preguntas 4 y 5.
- Para el grupo de odontología conservadora se relacionaron las preguntas básicas con las respuestas de los profesionales a las preguntas 7, 13 y 14.
- En el caso de la cirugía oral, las preguntas básicas con las respuestas de los profesionales a las preguntas 6 y 12; y por último,
- los conocimientos de prótesis estomatológica, las preguntas básicas con las respuestas de los profesionales a las preguntas 8, 9, 10, 11, 15 y 16.

En el caso del **segundo objetivo**:

Ver si la aplicación de las **enseñanzas** varía según los siguientes parámetros:

- a) **formación nacional o extranjera;**
- b) **formación como estomatólogo o como odontólogo.**

De este modo lo que obtendremos con la encuesta, igual que en el caso anterior, será una visión general de la situación con la puntuación global (estadística descriptiva) y más específica, tema por tema, en el análisis de cada pregunta por separado (Test Chi cuadrado).

El método consistió en relacionar:

- a) la pregunta 1 frente a preguntas 4 a 16;
- b) pregunta 2 frente a preguntas 4 a 16.

Con respecto al **tercer objetivo**:

Determinar si el **tipo de formación** (odontólogo/estomatólogo) ha tenido influencia en el **tipo de práctica profesional** (autónomo/ cuenta ajena).

Determinar si el tipo de formación (estomatólogo u odontólogo) ha tenido influencia en el tipo de práctica profesional (autónomo o cuenta ajena) ;

Para averiguar el grado de correspondencia y significación estadística utilizamos, tanto en este objetivo como en los siguientes, el test de la Chi Cuadrado, con un nivel de significación del 95 %.

Nuevamente el método consistió en relacionar la preguntas 2 con la pregunta3.

En el caso del **cuarto objetivo**:

Determinar si el **tipo de práctica profesional** (autónomo/ cuenta ajena) ha tenido influencia en el grado de aplicación de **las enseñanzas** recibidas.

Con el valor asignado a las respuestas generamos la tabla de notas. En este caso se relacionó la pregunta 3 con las respuestas a las preguntas de la 4 a la 16. Para averiguar el grado de correspondencia y significación estadística utilizamos, tanto en este objetivo como en los siguientes, el test de la Chi Cuadrado, con un nivel de significación del 95 %, para cada pregunta y el test de rangos de Wilcoxon y la T de Student. De este modo lo que obtendremos con la encuesta, igual que en los objetivos 1 y 2, será una visión general de la situación con la puntuación global (estadística descriptiva) y más específica, tema por tema, en el análisis de cada pregunta por separado (estadística inferencial).

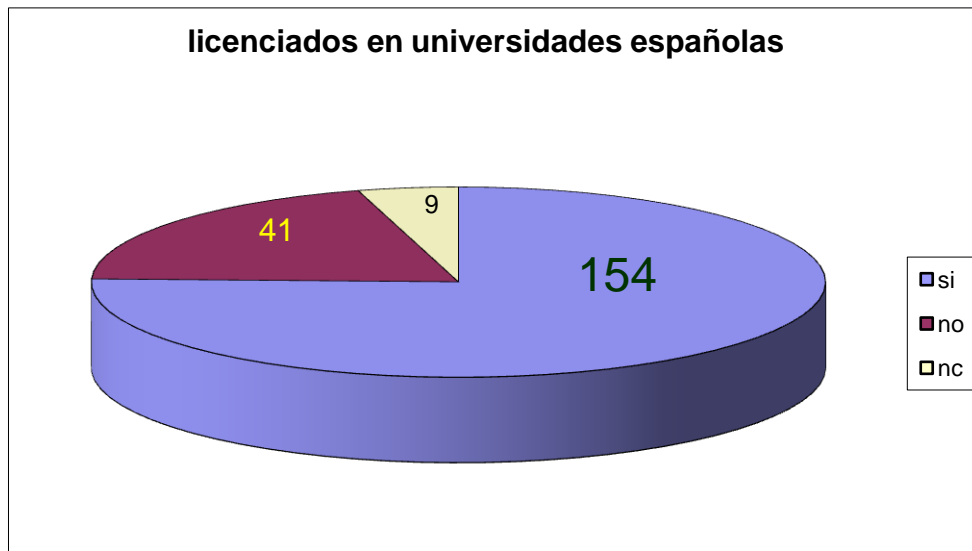
A pesar de que siguiendo este método aparecían ciertos aspectos estadísticamente significativos, consideramos que ya que la pregunta daba la posibilidad de responder a las tres posibilidades de ejercicio profesional, “forma privada, policlínica o varias consultas”, existían profesionales que ejercían de las tres maneras y podían alterar los resultados por lo que hicimos un análisis en el cual eliminamos estos casos, agrupando el resto en dos grupos, los que ejercían de forma privada exclusivamente (107 individuos), por un lado, y los que ejercían en policlínicas y en varias consultas (61 individuos), por otro. Hecha esta modificación nos quedaba una muestra de 168 encuestas, suficientemente grande para que sus resultados fuesen representativos.

6. RESULTADOS

En un primer lugar se van a presentar los resultados de la encuesta sometidos al análisis de la estadística descriptiva, mostrándose el número de respuestas obtenidas para cada pregunta y, dentro de las distintas posibilidades de respuesta, el número de elecciones de cada una y su peso porcentual. Al no ser datos ordinales no se aplicaron cálculos de media, mediana o desviación estándar, que si se calcularán, tras la aplicación de la puntuación por respuesta, en la parte de análisis de estadística inferencial.

1. ¿ESTÁ USTED LICENCIADO EN UNA UNIVERSIDAD ESPAÑOLA?

respuestas	Nº respuestas	%
si	154	75.49
no	41	20.10
No contesta (nc)	9	4.41
total	204	100



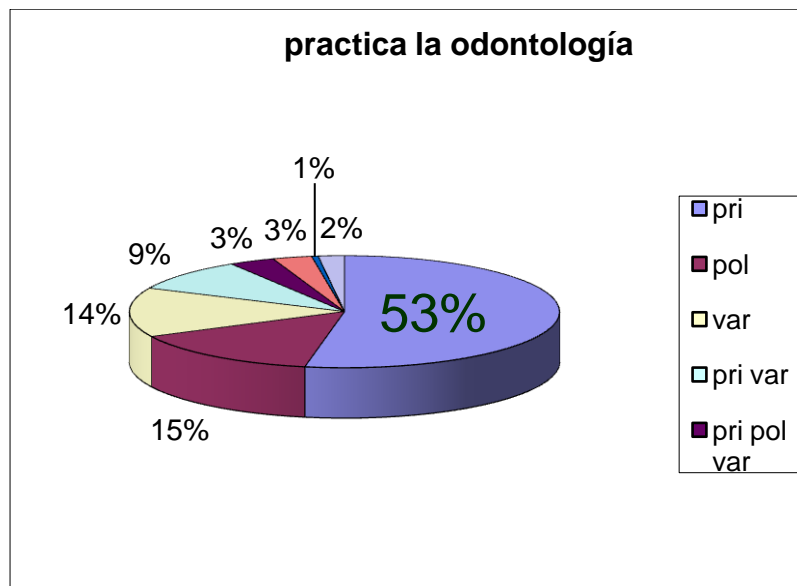
2. SE HA LICENCIADO USTED...

respuestas	Nº respuestas	%
Hace más de 13 años	76	37.25
Hace menos de 13 años	127	62.25
nc	1	0.5
total	204	100



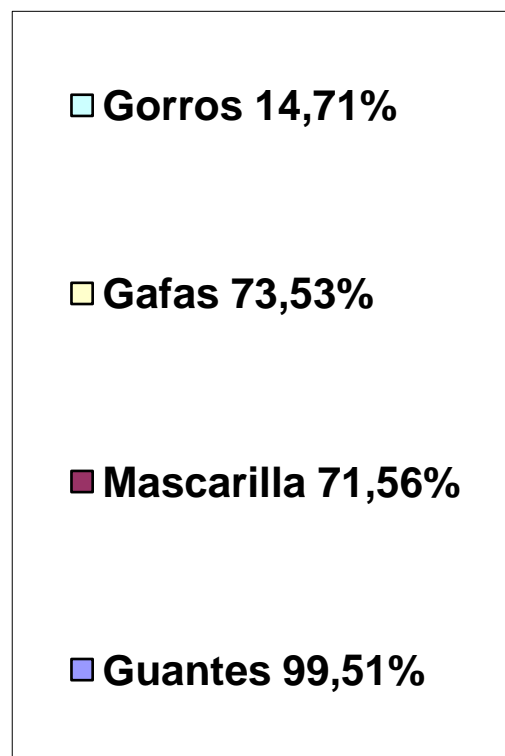
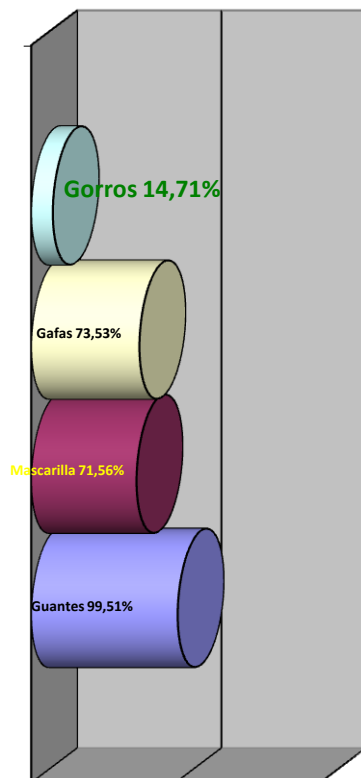
3. PRACTICA USTED LA ODONTOLOGÍA...

respuestas	Nº respuestas	%
privada	107	52.94
policlínica	30	14.70
En varias consultas	29	14.22
Privadas/en varias	19	9.31
Privada/en policlínica/en varias	7	3.43
Privada en policlínica	6	2.94
Policlínica en varias	2	0.49
nc	4	1.96
total	204	100



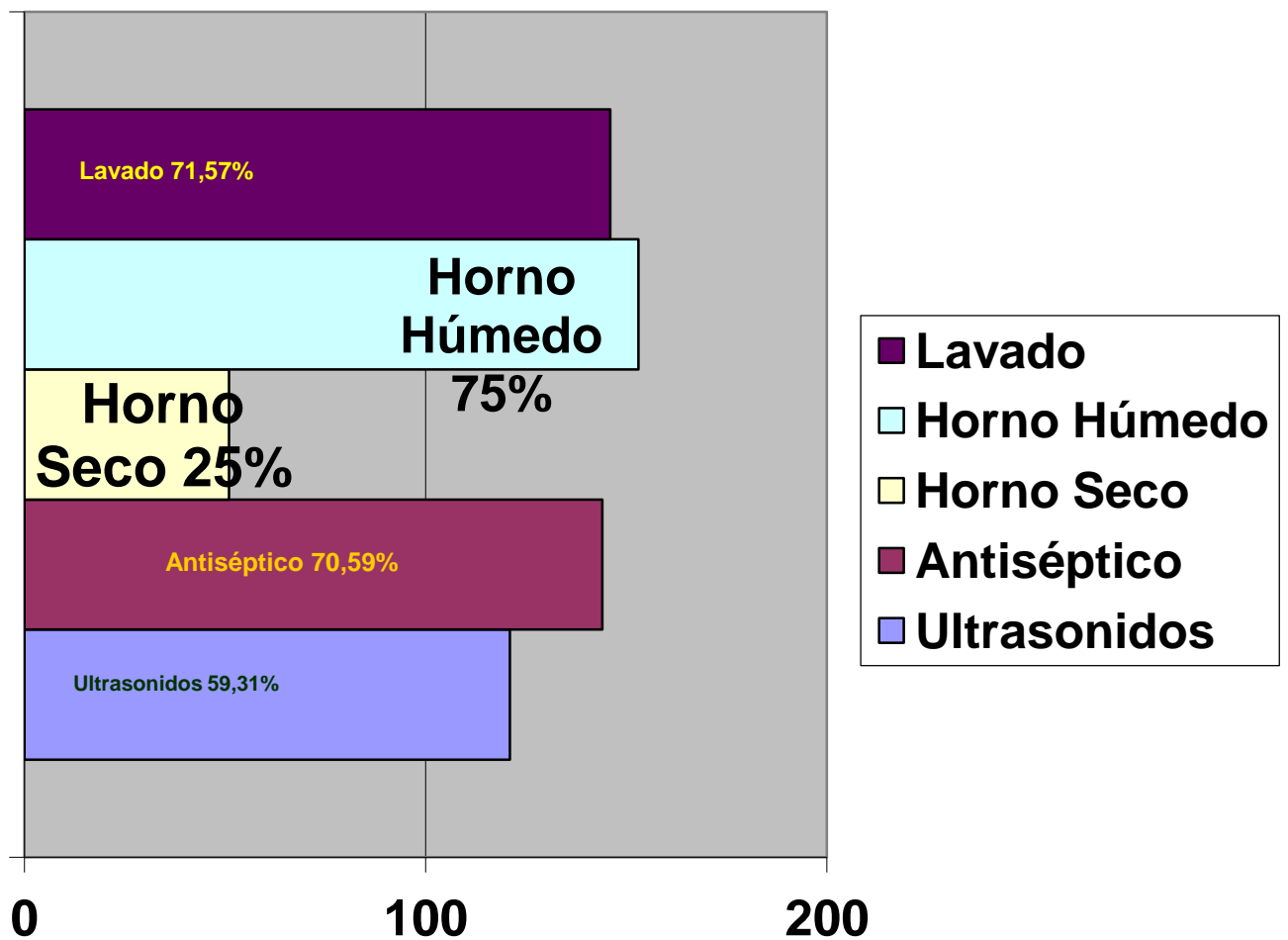
4. INDIQUE CUAL DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS DE BARRERA....

respuestas	Nº de respuestas	%
Guantes	203	99,51
Mascarilla	146	71,56
Gafas	150	73,53
Gorros	30	14,71



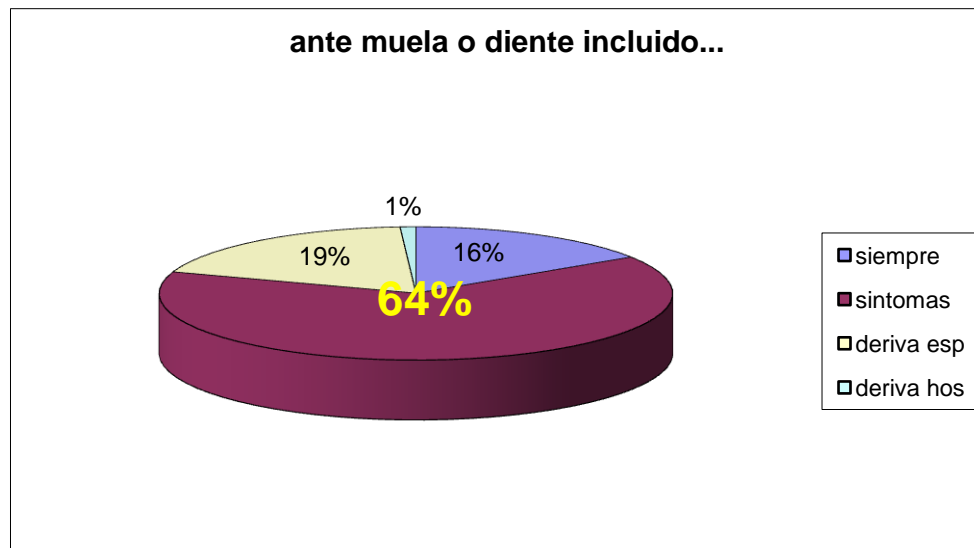
5. MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN

respuestas	Nº de respuestas	%
Ultrasonidos	121	59,31
Antiséptico	144	70,59
Calor seco	51	25
Autoclave	153	75
Lavado	146	71,57



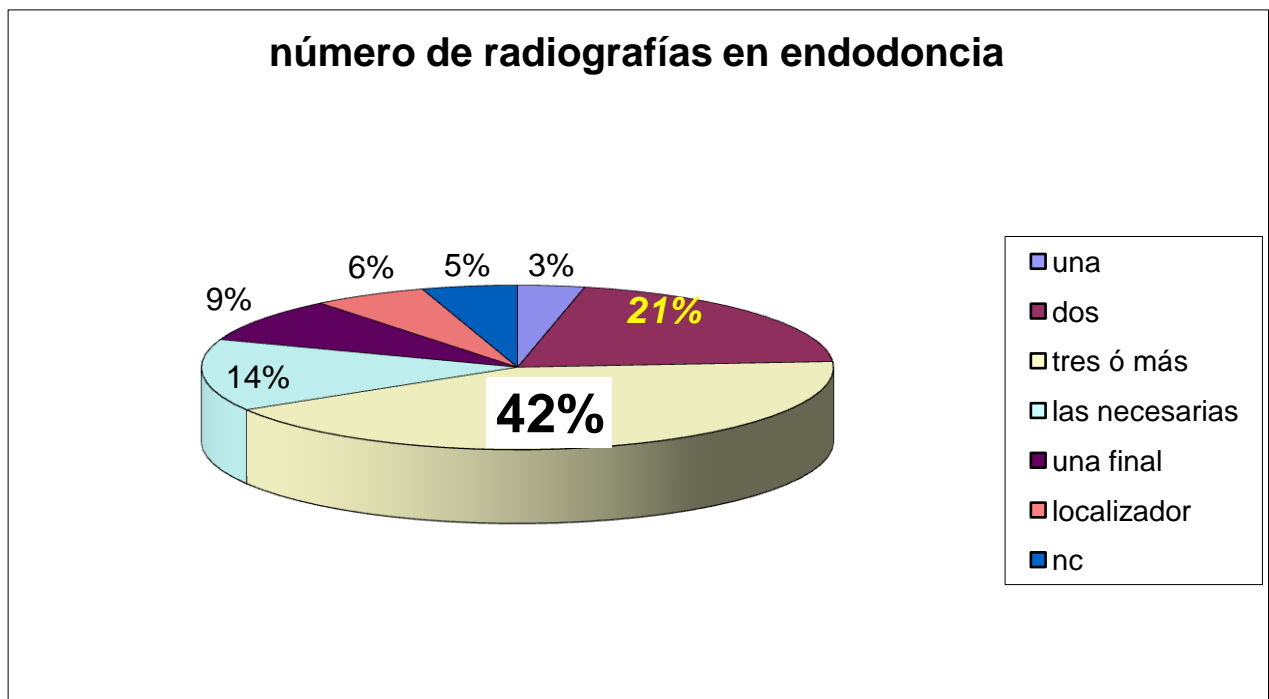
6. FRENTE A UN MUELA O DIENTE INCLUIDO...

respuestas	Nº respuestas	%
siempre	32	15.69
Espera síntomas	130	63.72
Deriva especialista	38	18.63
Deriva al hospital	2	0.98
nc	2	0.98
total	204	100



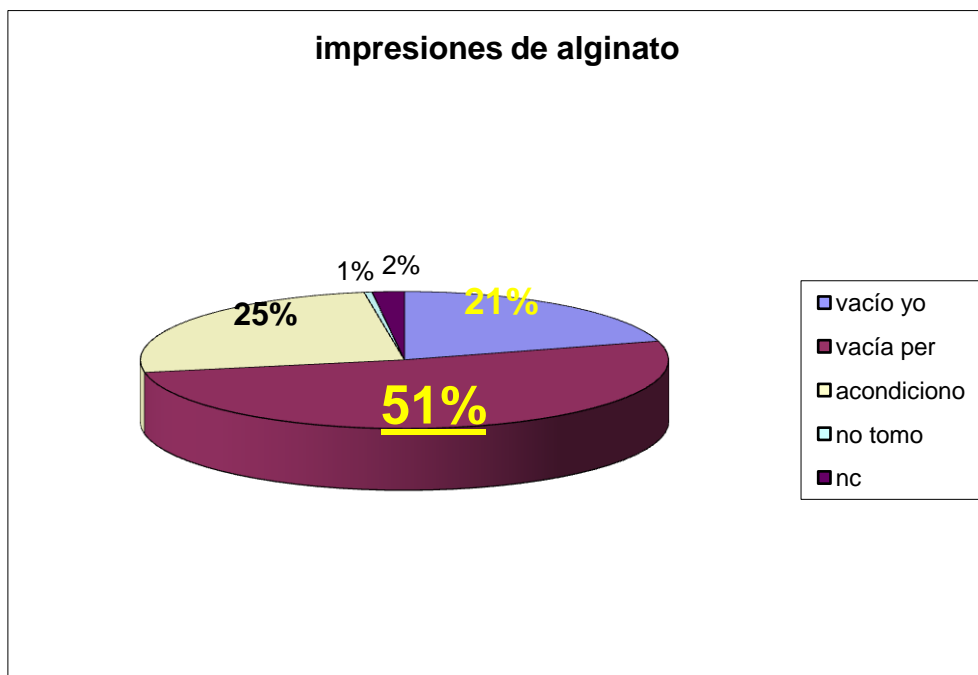
7. ¿CUÁNTAS RADIOGRAFÍAS HACE PARA UNA ENDODONCIA?

respuestas	Nº de respuestas	%
Una	7	3.43
Dos	42	20.59
Tres o más	87	42.65
Las necesarias	29	14.21
Una final	18	8.82
Ninguna /localizador	12	5.88
nc	10	4.90
total	204	100



8. IMPRESIONES ALGINATO

respuestas	Nº respuestas	%
vacío personalmente	42	20.59
Vacía personal entrenado	105	51.47
Acondiciono y envío	52	25.49
No tomo impresiones	1	0.49
nc	4	1.96
Total	204	100



9. IMPRESIONES ELASTÓMEROS

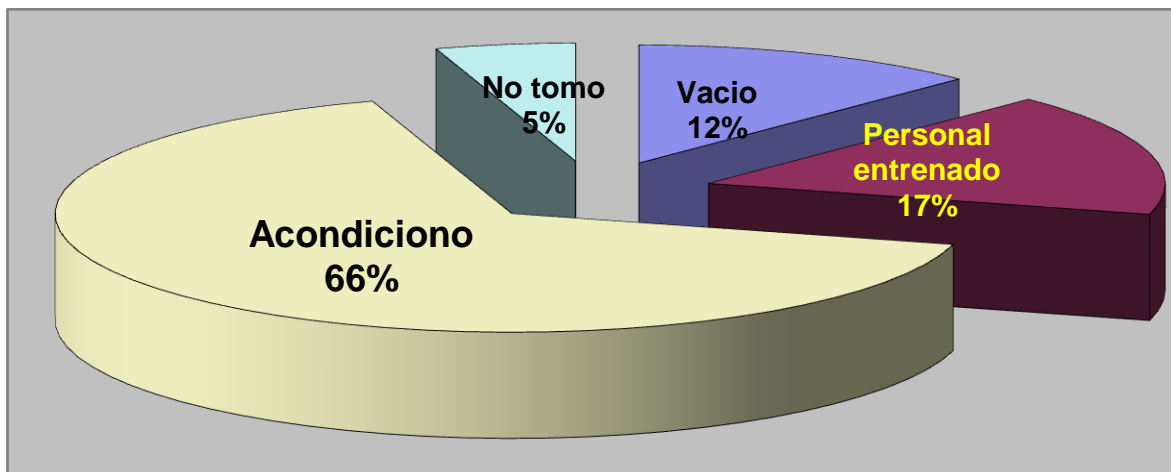
respuestas	Nº respuestas	%
Vacío personalmente	25	12.25
Vacía personal entrenado	34	16.67
acondiciono	133	65.20
No tomo	10	4.90
nc	2	0.98
total	204	100

■ Vacío

■ Personal entrenado

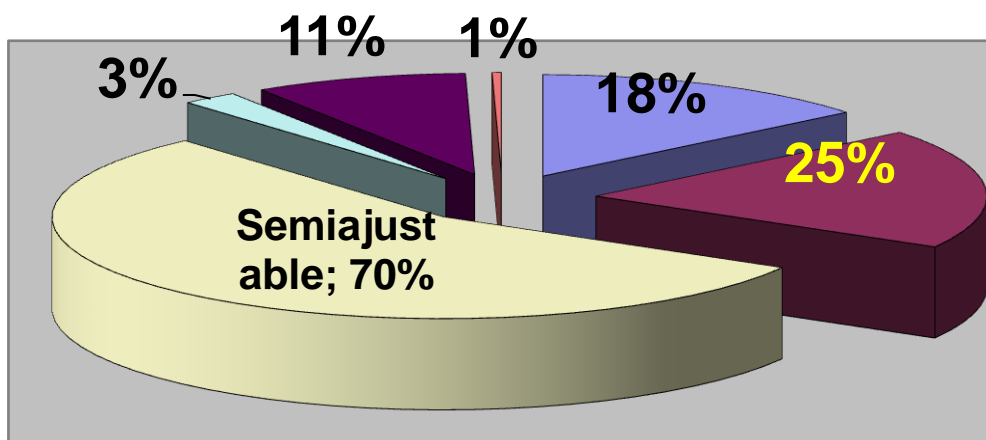
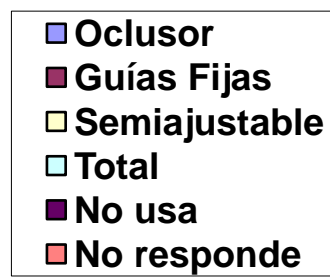
■ Acondiciono

■ No tomo



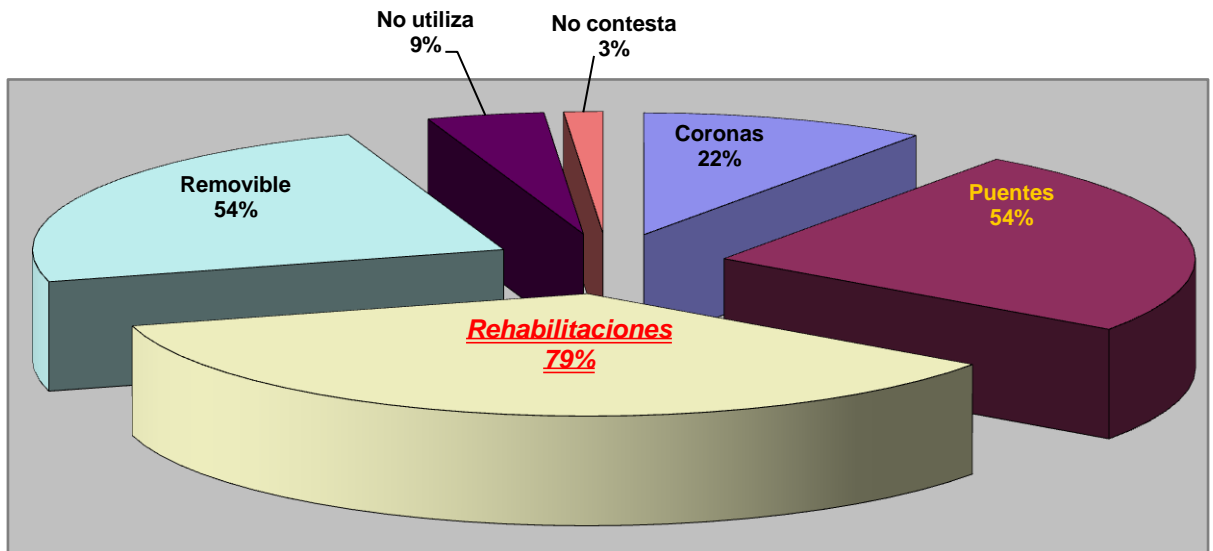
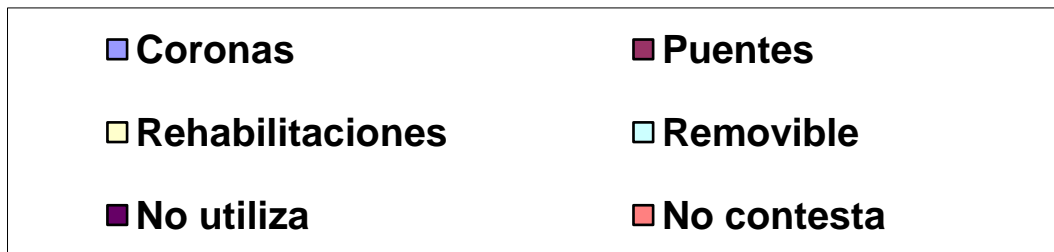
10. TIPO DE ARTICULADOR

respuestas	Nº respuestas	%
Ocluser	37	18,14
Guías Fijas	50	25,51
Semiajustable	144	70,59
Totalmente ajustable	6	2,94
No usa	23	11,27
nc	1	0,49
Más de uno	46	22,55



11. TRABAJOS CON ARTICULADOR

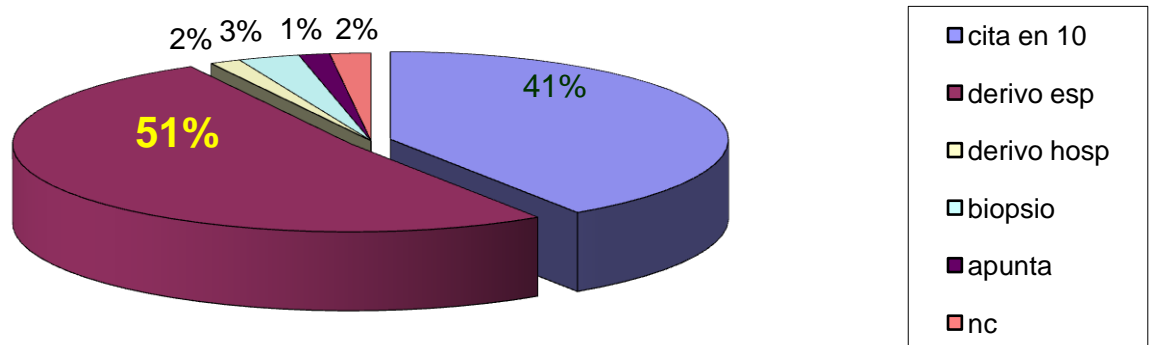
respuestas	Nº respuestas	%
Coronas	44	21,57
Puentes	112	54,9
Rehabilitaciones	161	78,92
Removible	107	54,45
No utiliza	18	8,82
No usa	6	2,94



12. ACTITUD FRENTE A LESIÓN EN TEJIDOS BLANDOS

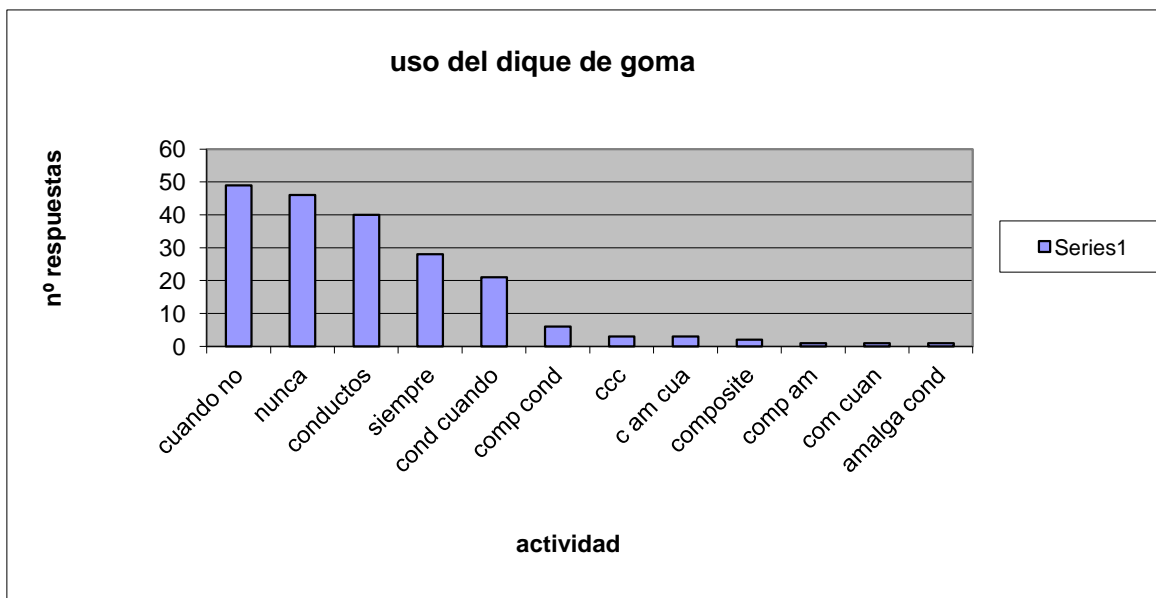
respuesta	Nº respuestas	%
Cito en 10 días	83	40.69
Derivo a especialista	105	51.47
Derivo al hospital	3	1.47
Biopsio	6	2.94
apunto	3	1.47
nc	4	1.96
total	204	100

actitud frente a lesión de tejidos blandos



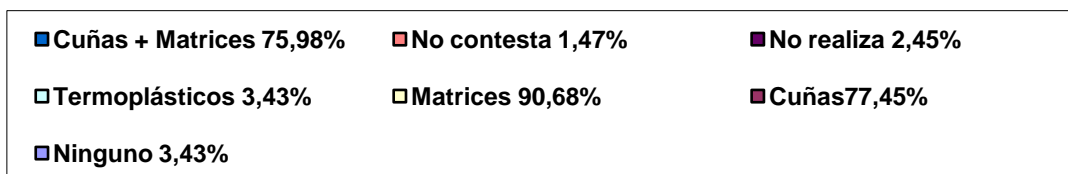
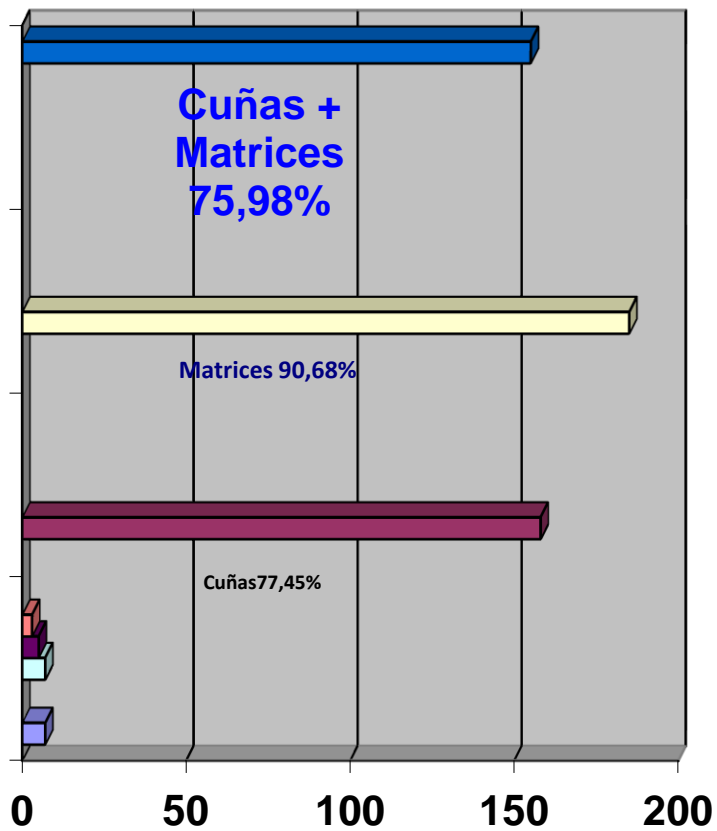
13. ¿UTILIZA DIQUE DE GOMA?

respuestas	Nº respuesta:	%
Cuando no consigo campo seco	49	24.02
nunca	46	22.55
conductos	40	19.61
siempre	28	13.72
Conductos cuando no	21	10.29
Composite conductos	6	2.94
Comp cond cuando no	3	1.47
Comp amalgama cuando	3	1.47
compsite	2	0.98
Composite y am	1	0.49
Composite cuando no	1	0.49
Amalgama cond	1	0.49
nc	4	1.96



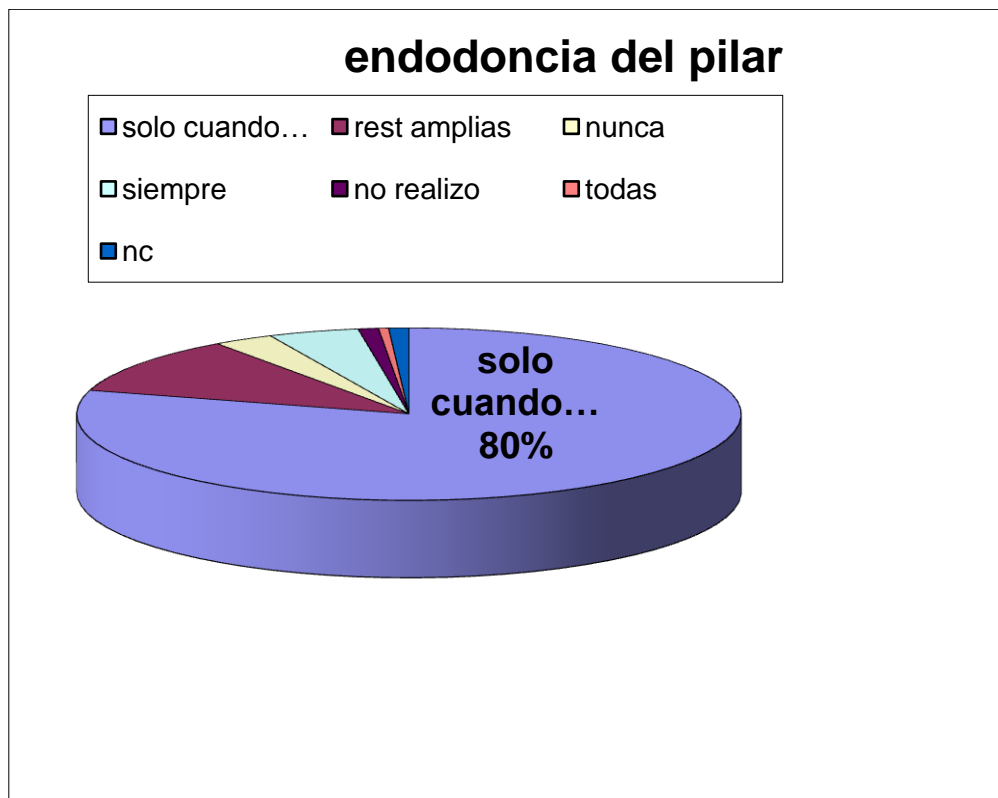
14. OBTURACIONES CLASE 2 DE BLACK

respuestas	Nº respuesta	%
Ninguno	7	3,43
Cuñas	158	77,45
Matrices	185	90,68
Termoplásticos	7	3,43
No Realizo	5	2,45
No responde	3	1,47
Cuñas + Matrices	155	75,98



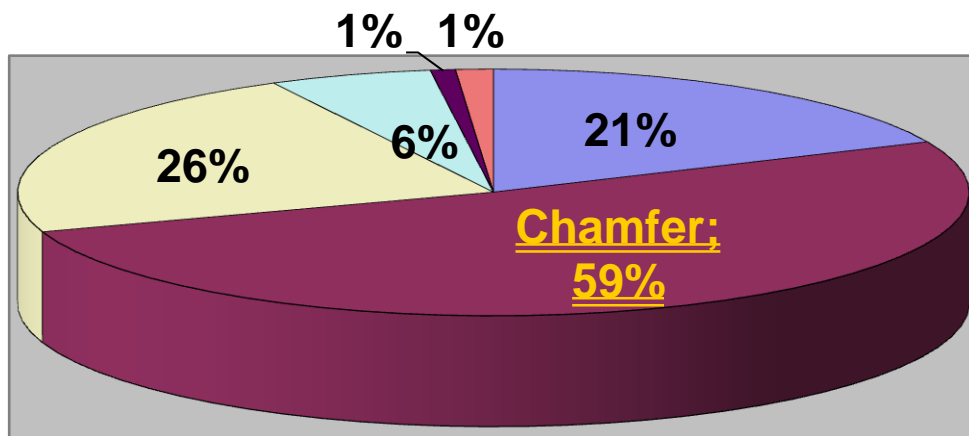
15. ENDODONCIA PARA TALLAR

respuestas	Nº respuestas	%
Solo cuando	162	79.41
En restauraciones amplias	22	10.78
Nunca	6	2.94
Siempre	9	4.41
No realizo	2	0.98
Todas	1	0.98
nc	2	0.49
total	204	100



16. TERMINACIÓN PARA RESTAURACIONES DE METAL CERÁMICA

respuestas	Nº respuesta	%
Hombro	43	21,08
Chamfer	121	59,31
Hombro-chamfer	53	25,98
Filo de cuchillo	13	6,37
No realiza	2	0,98
nc	3	1,47



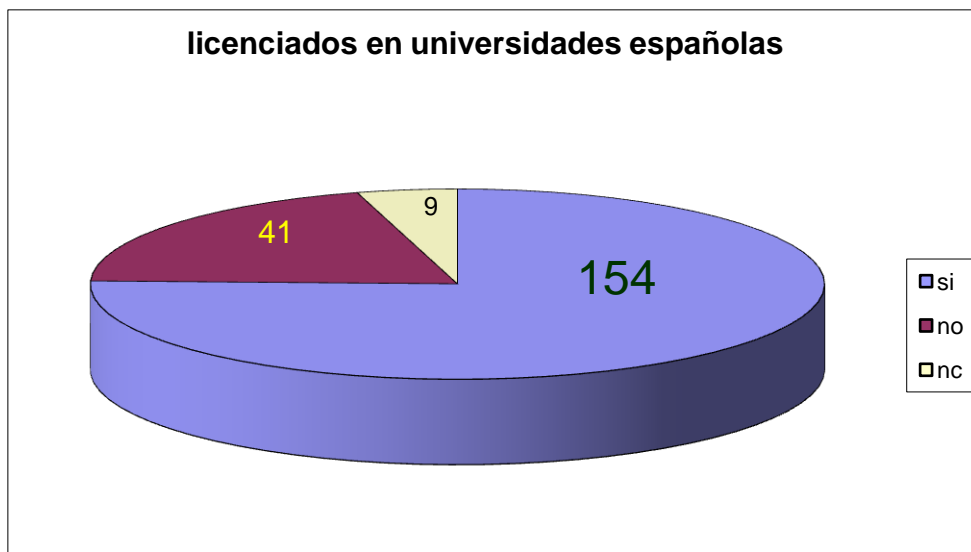
Análisis inferencial

La primera pregunta de la encuesta pretende aclarar varios aspectos sobre el estudio. Por un lado determinar frente a qué colectivo nos estamos situando, porcentajes entre profesionales formados en instituciones nacionales frente a los formados en el extranjero, que en un principio debería ser mayoritariamente nacional, puesto que el país tiene infraestructura para formar a dichos profesionales y al encontrarnos en un país del primer mundo, octava economía del mismo, los licenciados pueden adquirir un nivel de vida suficiente y no tienden a emigrar como ocurriría en los países menos desarrollados.

Los resultados y los porcentajes correspondientes se exponen en las páginas siguientes.

¿Está usted licenciado en una universidad española?

Respuestas:	Nº respuestas	%
Si	154	75.49
No	41	20.10
nc	9	4.41
Total	204	100



Estos resultados no se pueden cotejar con los existentes en la base de datos del Consejo de Colegios de Odontólogos de España, puesto que en la información facilitada por los diferentes

colegios regionales no se incluyen estos datos. La solicitud de los mismos al Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región ha tenido como resultado que los colegiados con formación nacional son el 71,61 % y con formación en el extranjero el 28,39 % en la actualidad, lo cual, a pesar del paso del tiempo, concuerda bastante bien con los datos obtenidos por la presente encuesta.

La **segunda pregunta** también nos sirve para determinar el tipo de formación del colectivo, su juventud y, por ende, experiencia profesional y el grado de renovación e incluso su velocidad, lo que nos permitiría ajustar el número de licenciados para dar un correcto servicio a la población sin crear una plétora profesional que, si bien por un lado bajaría el coste del servicio a la población, por la ley de la oferta y la demanda, también es cierto que la calidad del servicio se resentiría hasta niveles no siempre aceptables. Los resultados y el análisis son los siguientes:

Se ha licenciado usted...

respuestas	Nº respuestas	%
Hace más de 13 años	76	37.25
Hace menos de 13 años	127	62.25
nc	1	0.5
total	204	100



Como en el caso anterior, pregunta nº 1, el Consejo de Colegios de Odontólogos de España no dispone de estos datos y en el Colegio de la Primera Región actualmente el porcentaje de odontólogos es del 81,72 % y de Estomatólogos el 18,28 %. Teniendo en cuenta que la encuesta se realizó hace 7 años la evolución de los datos resulta coherente, debido a que el porcentaje de estomatólogos irá disminuyendo con el tiempo y el de odontólogos aumentando. Esta evolución también se ve confirmada por los datos obtenidos en el estudio de D^ª Ana Patricia Moya Rueda en su tesis doctoral²⁵, donde el 62 % eran Médicos Estomatólogos, el 26 % Odontólogos y el 12 % Médicos Odontólogos.

Con el fin de responder al primer objetivo planteado, **Determinar el grado de correspondencia** entre las enseñanzas recibidas durante la formación universitaria y la práctica diaria **de la profesión**, se empleó el método de relacionar la encuesta, con las respuestas básicas, con las correspondientes a las respondidas por los profesionales, preguntas 4 a 16 de la encuesta. Puntuación por pregunta (entre cero y diez). Nota final del estado de la profesión en el momento actual (el de la encuesta). Así mismo se muestran las notas medias por bloques docentes.

Con motivo de responder al 2º objetivo, ver si la aplicación de las **enseñanzas** varía según los parámetros, **formación nacional o extranjera** y **formación como estomatólogo o como odontólogo**, se relacionaron las preguntas 1 y 2 con las respuestas a las preguntas 4 a 16 respectivamente.

Como hemos dicho, para alcanzar estos objetivos aplicamos el análisis estadístico descriptivo de los resultados. El valor más representativo en estos casos se considera la **mediana** más que la media puesto que en ocasiones puede haber respuestas muy alejadas de dicha media que hacen que esta pueda escorar en uno u otro sentido. Los resultados son los siguientes:

SITUACIÓN GENERAL DE LA PROFESIÓN

Descriptiva puntuaciones (total)					
Variable	Mean	Std. Dev	Min	50th Pctl	Max
Punt_4	7.0	1.5	2.5	7.5	10
Punt_5	7.4	2.3	0.0	7.5	10
Punt_6	4.4	2.9	2.5	2.5	10
Punt_7	4.4	2.0	1.0	4.0	10
Punt_8	6.8	2.1	2.0	7.0	10
Punt_9	5.2	2.2	2.0	4.0	10
Punt_10	4.8	2.6	0.0	6.0	10
Punt_11	6.4	3.2	0.0	7.0	10
Punt_12	7.1	2.5	2.0	5.0	10
Punt_13	3.9	3.2	0.0	3.0	10
Punt_14	6.0	2.3	0.0	6.0	10
Punt_15	8.6	2.9	0.0	10	10
Punt_16	6.1	2.8	0.0	4.0	10
Punt Preventiva	7.2	1.7	2.5	7.5	10
Punt Conservadora	4.7	1.7	0.0	4.7	9.7
Punt Cirugía	5.7	1.9	1.3	6.3	10
Punt Prótesis	6.3	1.3	2.3	6.3	9.7
Punt Total	6.0	1.1	3.0	6.0	8.4

DESCRIPTIVA PUNTUACIONES (FORMACIÓN NACIONAL/EXTRANJERA)							
P1	n	Variable	Mean	Std. Dev	Min	50th Pctl	Max
1	154	Punt_4	7.0	1.7	2.5	7.5	10
NACIONAL		Punt_5	7.4	2.3	0.0	7.5	10
		Punt_6	4.5	3.0	2.5	2.5	10
		Punt_7	4.5	2.0	1.0	4.0	10
		Punt_8	6.8	2.1	2.0	7.0	10
		Punt_9	5.0	2.1	2.0	4.0	10
		Punt_10	4.8	2.6	0.0	6.0	8.0
		Punt_11	6.4	3.3	0.0	7.0	10
		Punt_12	7.2	2.5	2.0	5.0	10
		Punt_13	3.9	3.2	0.0	3.0	10
		Punt_14	6.2	2.1	0.0	6.0	10
		Punt_15	8.9	2.5	0.0	10	10
		Punt_16	5.9	2.8	0.0	4.0	10
		Prevent	7.2	1.5	3.8	7.5	10
		Conserv	4.8	1.6	0.0	4.7	9.7
		Cirugía	5.8	1.9	2.5	6.3	10
	Prótesis	6.3	1.3	2.3	6.3	9.7	
	Total	6.0	1.0	3.7	6.0	8.4	

DESCRIPTIVA PUNTUACIONES (FORMACIÓN NACIONAL/EXTRANJERA)							
P1	n	Variable	Mean	Std. Dev	Min	50th Pctl	Max
2	40	Punt_4	7.5	2.3	2.5	7.5	10
EXTRANJERO		Punt_5	7.8	2.3	2.5	7.5	10
		Punt_6	4.0	2.7	2.5	2.5	10
		Punt_7	4.1	1.7	1.0	4.0	10
		Punt_8	6.8	2.1	4.0	7.0	10
		Punt_9	5.3	2.4	2.0	4.0	10
		Punt_10	5.3	2.5	0.0	6.0	10
		Punt_11	6.9	2.9	0.0	7.0	10
		Punt_12	6.8	2.4	5.0	5.0	10
		Punt_13	4.4	3.2	0.0	3.0	10
		Punt_14	6.1	2.0	0.0	6.0	9.0
		Punt_15	8.4	3.3	1.0	10	10
		Punt_16	7.2	2.7	2.0	8.0	10
		Prevent	7.7	1.8	2.5	8.1	10
		Conserv	4.8	1.5	0.3	4.7	7.3
		Cirugía	5.2	1.9	1.3	5.0	10
		Prótesis	6.5	1.0	4.2	6.5	8.8
Total	6.1	0.9	3.2	6.0	7.8		

DESCRIPTIVA PUNTUACIONES								
(FORMACIÓN ESTOMATÓLOGO/ODONTÓLOGO)								
P2	N Obs	Variable	N	Mean	Std. Dev	Min	50th Pctl	Max
1	76	Punt_4	76	7.2	1.8	2.5	7.5	10
ESTOMATÓLOGO		Punt_5	76	8.2	2.2	0.0	8.8	10
		Punt_6	75	3.7	2.5	2.2	5.2	10
		Punt_7	71	4.8	2.6	1.0	4.0	10
		Punt_8	75	7.0	2.1	4.0	7.0	10
		Punt_9	75	5.6	2.4	2.0	4.0	10
		Punt_10	76	5.3	2.4	0.0	6.0	8.0
		Punt_11	75	7.1	3.1	0.0	9.0	10
		Punt_12	75	7.3	2.6	2.0	6.0	10
		Punt_13	76	4.5	3.6	0.0	3.0	10
		Punt_14	75	6.6	2.2	0.0	6.0	10
		Punt_15	75	8.7	2.8	0.0	10	10
		Punt_16	76	6.6	3.1	0.0	8.0	10
		Prevent	76	7.7	1.6	3.8	7.5	10
		Conserv	76	5.2	1.8	0.0	5.2	9.7
		Cirugía	76	5.5	1.7	1.3	6.3	10
		Prótesis	76	6.6	1.4	2.8	6.5	9.7
	Total	76	6.3	1.0	3.0	6.3	8.2	

DESCRIPTIVA PUNTUACIONES (FORMACIÓN ESTOMATÓLOGO/ODONTÓLOGO)								
P2	N Obs	Variable	N	Mean	Std. Dev	Min	50th Pctl	Max
2	126	Punt_4	126	6.8	1.9	2.5	7.5	10
ODONTÓLOGOS		Punt_5	126	7.0	2.2	2.5	7.5	10
		Punt_6	126	4.8	3.1	2.5	2.5	10
		Punt_7	123	4.2	1.5	1.0	4.0	10
		Punt_8	124	6.7	2.0	2.0	7.0	10
		Punt_9	126	4.9	2.	2.0	4.0	10
		Punt_10	126	4.5	2.7	0.0	6.0	10
		Punt_11	123	6.0	3.2	0.0	7.0	10
		Punt_12	124	6.9	2.5	2.0	5.0	10
		Punt_13	126	3.5	3.0	0.0	3.0	10
		Punt_14	126	5.8	2.3	0.0	6.0	9.0
		Punt_15	125	8.7	2.8	0.0	10	10
		Punt_16	126	5.9	2.6	0.0	4.0	10
		Prevent	126	6.9	1.6	2.5	7.5	10
		Conserv	126	4.5	1.5	0.3	4.3	7.7
		Cirugía	126	5.8	2.0	1.3	6.3	10
	Prótesis	126	6.1	1.2	2.3	6.2	9.3	
	Total	126	5.8	1.0	3.2	5.7	8.4	

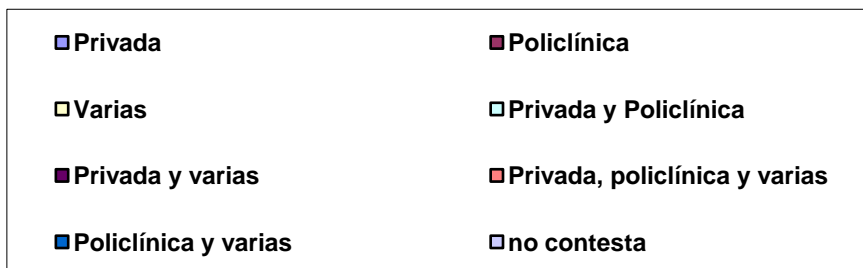
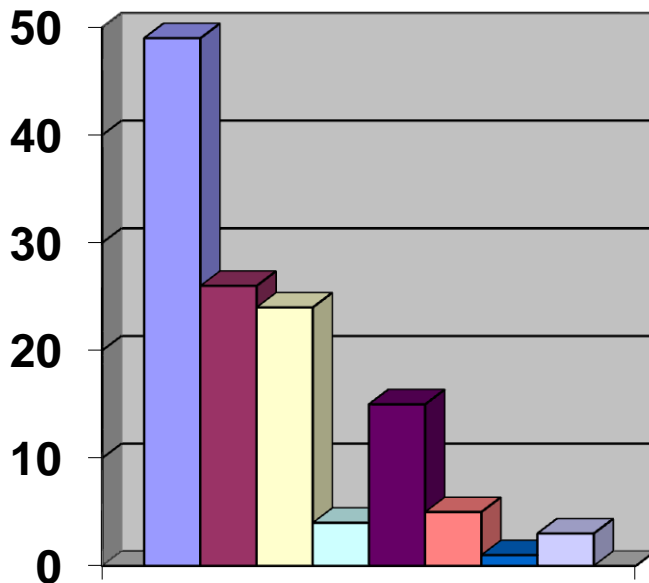
La diferencia en la **puntuación** de ambos colectivos, **Estomatólogos 6.3 y Odontólogos 5.7** aparece como **estadísticamente significativa** tanto si aplicamos el test de rangos de Wilcoxon (prob. 0,0004) como si aplicamos el test de la T de Student (prob. 0,0012).

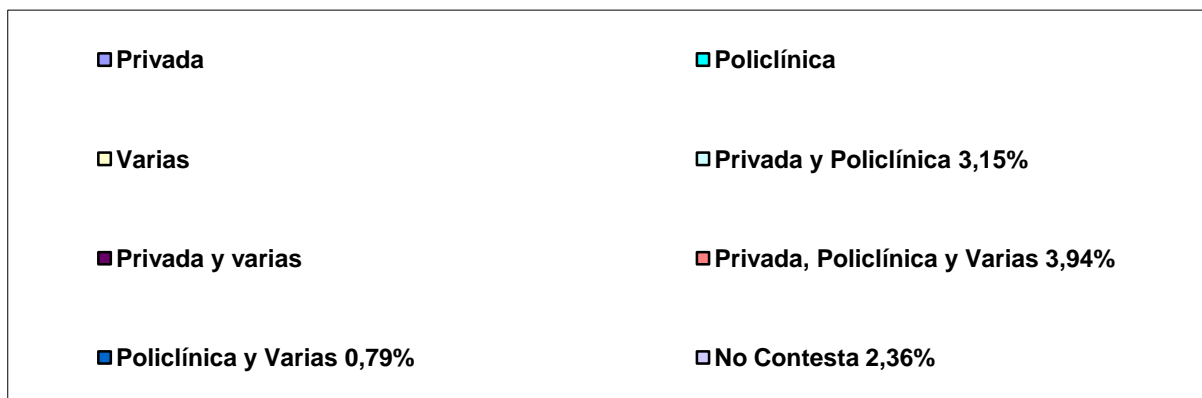
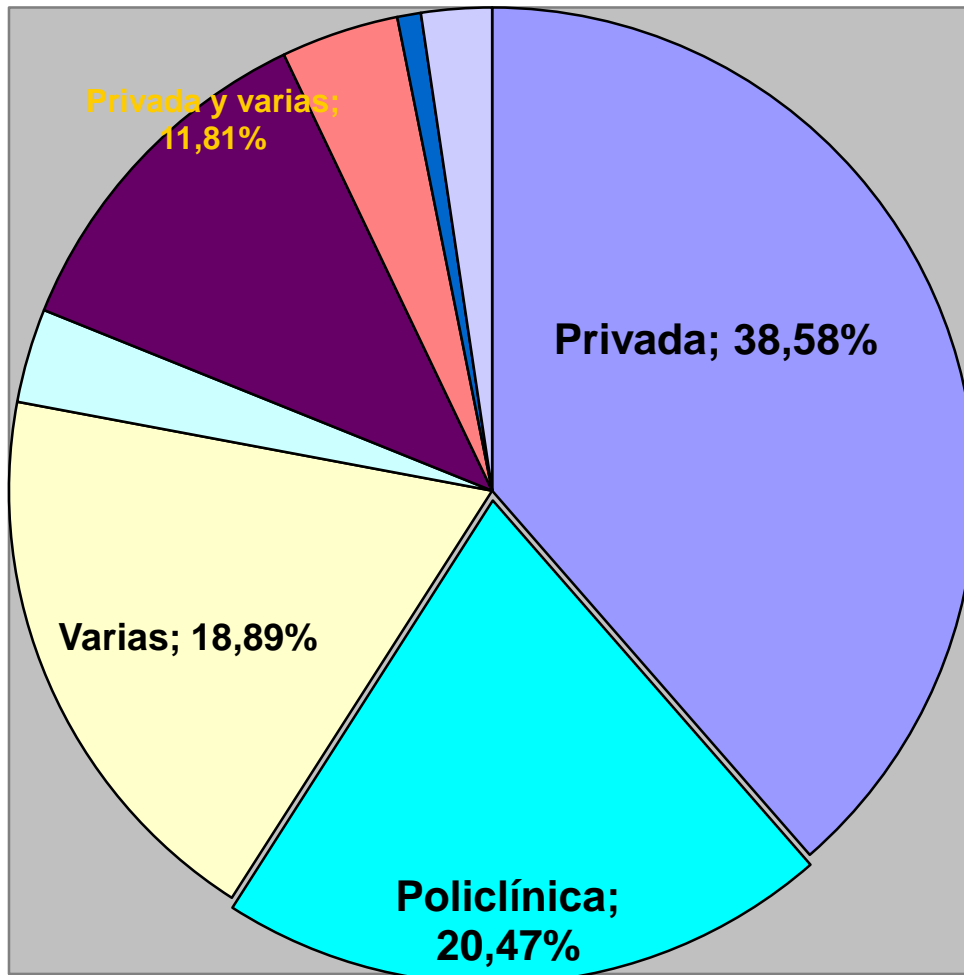
Las diferencias **por bloques** aparecen en **preventiva**, Wilcoxon prob. 0,0002, T-Student prob. 0.0012, en el bloque de **conservadora**, Wilcoxon prob 0.0057 y T-Student prob. 0.0033 y en el bloque de **prótesis**, Wilcoxon prob. 0.0026 y T-Student prob. 0.0025.

Llegados a este punto nos pareció interesante determinar si el paso del tiempo y los cambios acaecidos en la formación de los profesionales, tanto cualitativa como cuantitativamente, han determinado una modificación en el tipo de ejercicio profesional y de esta forma responder al objetivo 3 de la Tesis.

Formas de ejercicio según antigüedad: **Menos de 13 años;**

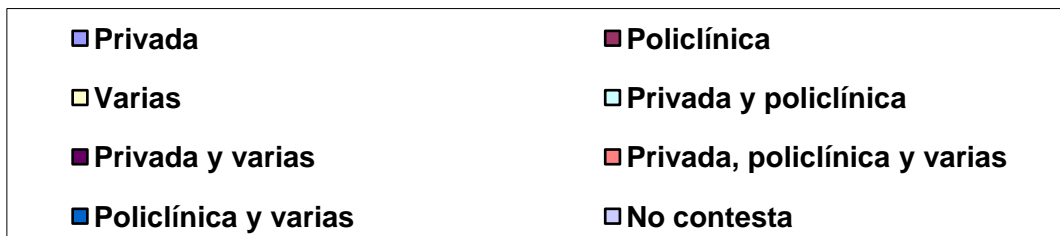
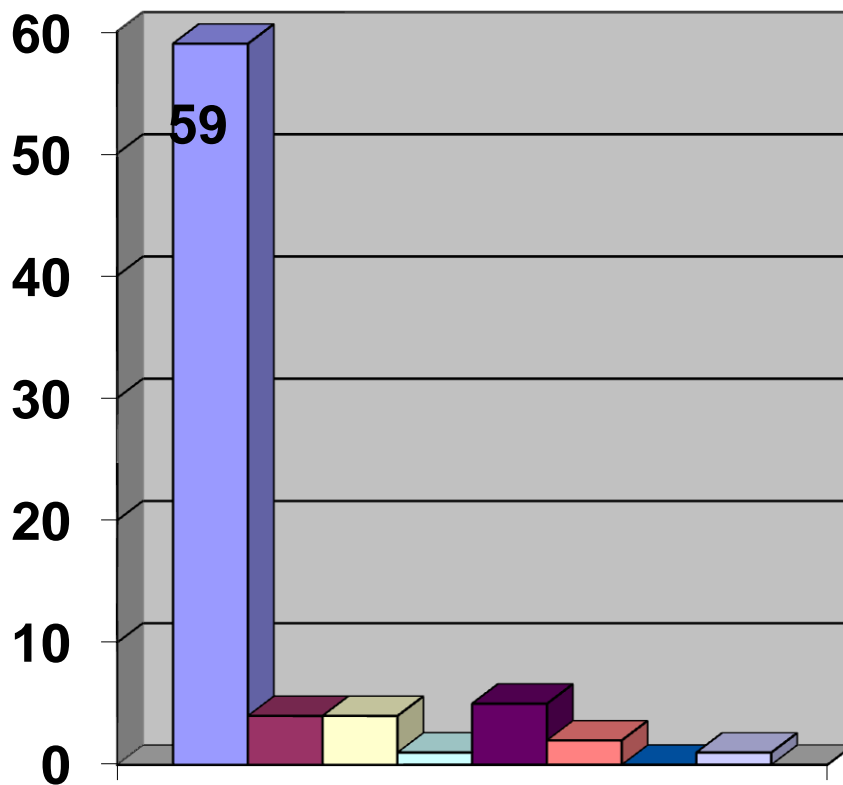
respuestas	Nº de respuestas	%
A1 privados	49	38,58
A2 policlínica	26	20,47
A3 Varias consultas	24	18,89
A4 Privadas y policlínicas	4	3,15
A5 Privada y en varias	15	11,81
A6 Privada, policlínica y varias	5	3,94
A7 Policlínicas y varias	1	0,79
A8 nc	3	2,36

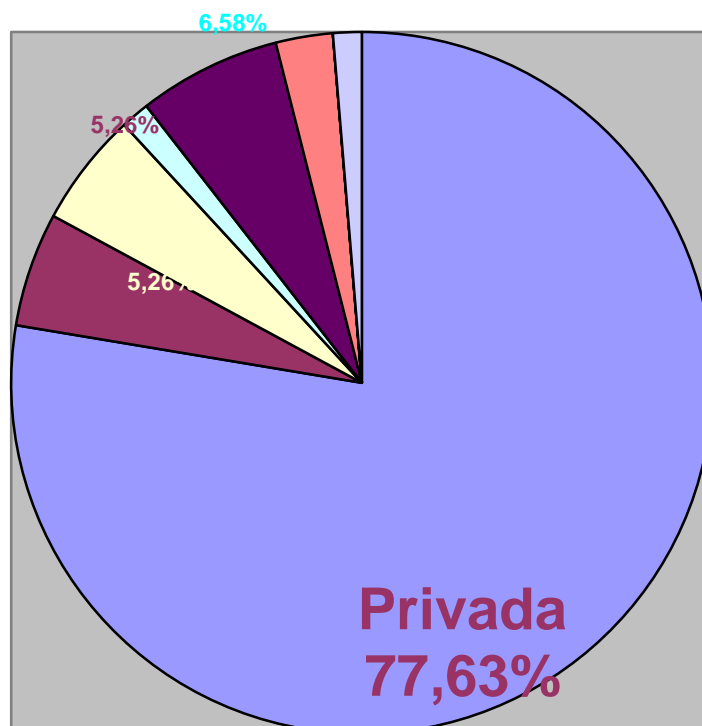




Formas de ejercicio: **Más de 13 años:**

respuestas	Nº de respuestas	%
B1 Privada	58	77
B2 Policlínica	5	5,26
B3 Varias	4	5,26
B4 Privada y policlínica	1	1,32
B5 Privada y varias	5	6,58
B6 Privada, policlínica y varias	2	2,63
B7 Policlínica y varias	0	0
B8 nc	1	1,32





El análisis estadístico de estos resultados, correspondencia entre los de odontología y su aplicación práctica entre profesionales que ejercen por cuenta propia o por cuenta ajena, nos genero una tabla con los siguientes resultados:

DESCRIPTIVA PUNTUACIONES (AUTÓNOMO/CUENTA AJENA)								
LABORAL								
	N				Std		50th	
Laboral	N Obs	Variable	N	Mean	Std. Dev	Min	50 th Pctl	Max
1	107	Punt_4	107	7.2	1.9	2.5	7.5	10
PRIVADA		Punt_5	107	7.9	2.2	0.0	7.5	10
		Punt_6	106	4.0	2.6	2.5	2.5	10
		Punt_7	104	4.5	2.2	1.0	4.0	10
		Punt_8	104	6.9	2.2	4.0	7.0	10
		Punt_9	107	5.6	2.4	2.0	4.0	10
		Punt_10	107	5.2	2.4	0.0	6.0	10
		Punt_11	105	6.8	3.1	0.0	7.0	10
		Punt_12	107	7.2	2.5	2.0	5.0	10
		Punt_13	107	4.4	3.4	0.0	3.0	10
		Punt_14	106	6.4	2.1	0.0	6.0	10
		Punt_15	105	8.8	2.7	1.0	10	10
		Punt_16	107	6.3	3.0	0.0	4.0	10
		prevent	107	7.5	1.6	3.8	7.5	10
		conserv	107	5.0	1.7	0.0	5.0	9.7
		cirugía	107	5.6	1.8	2.5	6.3	10
	prótesis	107	6.5	1.3	3.5	6.5	9.7	
	total	107	6.2	1.0	3.7	6.1	8.4	

<i>Laboral</i>	N Obs	Variable	N	Mean	Std. Dev	Min	50th Pctl	Max
2	61	Punt_4	61	6.3	1.9	2.5	7.5	10
CUANTA AJENA		Punt_5	61	6.4	2.3	2.5	5.0	10
		Punt_6	61	5.2	3.3	2.5	2.5	10
		Punt_7	58	4.2	1.6	1.0	4.0	10
		Punt_8	61	6.6	1.9	2.0	7.0	10
		Punt_9	30	4.7	1.8	2.0	4.0	10
		Punt_10	61	3.9	2.9	0.0	6.0	7.0
		Punt_11	60	5.3	3.2	0.0	5.0	10
		Punt_12	59	6.7	2.5	2.0	5.0	10
		Punt_13	61	3.0	2.8	0.0	3.0	10
		Punt_14	61	5.2	2.0	0.0	6.0	9.0
		Punt_15	61	8.3	3.1	0.0	10.0	10
		Punt_16	61	5.8	2.8	0.0	4.0	10
		prevent	61	6.4	1.7	2.5	6.3	8.8
		conserv	61	4.0	1.8	0.0	4.3	7.3
		cirugía	61	5.9	2.1	1.3	6.3	10
	prótesis	61	5.7	1.3	2.3	6.0	8.3	
	total	61	5.5	1.1	3.0	5.3	7.8	

También en este caso existe una diferente **puntuación** entre el colectivo que ejerce de forma **privada** (6,1) y el que ejerce por **cuenta ajena** (5,3). La aplicación de los mismos test estadísticos que en el caso anterior, el test de Rangos de Wilcoxon y la T de Student nos aportan los siguientes resultados:

Tests de rangos de Wilcoxon prob. 0.0001;

Tests T-Student prob. < 0.0001.

Por bloques docentes las diferencias se presentan en:

Preventiva: Wilcoxon prob. < 0.0001, T-Student prob. < 0.0001;

Conservadora: Wilcoxon prob. 0.0046, T-Student prob. 0.0005; y

Prótesis: Wilcoxon prob. 0.0008 , T-Student prob. 0.0002.

Acto seguido realizaremos el análisis estadístico de cada una de las posibles respuestas a cada una de las 16 preguntas por cada uno de los colectivos que aparecen como significativos, por medio del test de la Chi cuadrado, buscando una significación del 95%.

De esta manera el **análisis de correlación de la pregunta 1**, formación nacional frente a extranjera, **con la pregunta 3**, tipo de ejercicio profesional, por medio del test de la Chi cuadrado, nos da una probabilidad mayor de 0,05 en las tres posibilidades de correlación, por lo que no existe una conexión estadísticamente significativa entre ambos aspectos. Es decir, no tiene influencia la procedencia de la formación, nacional o extranjera, con respecto al tipo de ejercicio profesional.

Sin embargo el **análisis de correlación entre las preguntas 2**, odontología o estomatología, **y la pregunta 3**, tipo de ejercicio profesional, nos da una probabilidad de menos de 0,05 en los tres supuestos, siendo en los casos del ejercicio privado y en varias consultas del 0,0001, es decir, un nivel de significación categórico. Por tanto, el tipo de ejercicio profesional si está claramente influenciado por el tipo de formación de los profesionales. Estos datos coinciden con el estudio de 1999 ²⁵ donde el 69 % trabajaba por cuenta propia, lo considerado en este estudio como privado, aunque en estos 6 años ha bajado ya 8 puntos porcentuales, a favor de otros ejercicios profesionales.

A raíz de estos resultados los análisis que realizaremos del resto de las preguntas tendrán estos cortes, formación estomatólogos vs odontólogos y ejercicio privado (cuenta propia) vs resto de ejercicios profesionales (cuenta ajena), en este último caso, como dijimos en el epígrafe de material y método, tras prescindir de los casos ambiguos, los que ejercían de las dos formas.

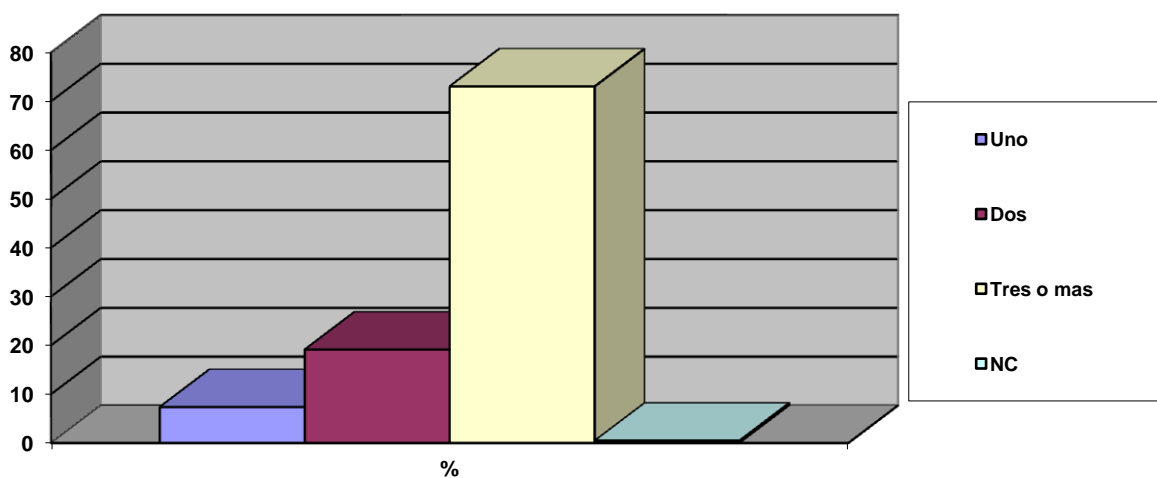
Dentro del bloque de preguntas de la rama de Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia, preguntas 4 y 5.

En primer lugar, y a la vista de los resultados de ambas preguntas, apreciamos que, tanto la protección de los profesionales, uso de métodos barrera para evitar accidentes, como del paciente, tratamiento del material susceptible de transmitirles enfermedades, tienen una implantación muy elevada entre los profesionales, lo cual es un dato de calidad asistencial, pero el uso de varios métodos simultáneos aumenta el nivel de eficacia y por tanto de excelencia.

El resultado de este análisis es el siguiente:

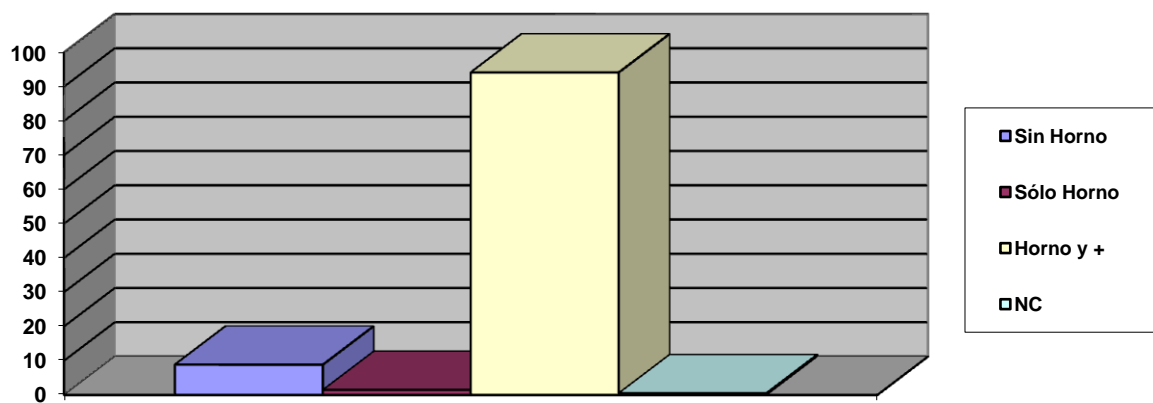
Uso de varios métodos barrera.

respuestas	Nº respuestas	%
Sólo un método	15	7,35
Dos métodos	39	19,12
Tres o más métodos	149	73,04
nc	1	0,49



Uso de varios métodos de higiene del material.

respuestas	Nº respuestas	%
Sin Horno	18	8,82
Sólo Horno	3	1,47
Horno y otro o más	192	94,11
nc	1	0,49



A vista de los resultados obtenidos está claro que la prevención es un aspecto que cala profundamente en nuestra profesión, como no podía ser de otra manera en un colectivo sanitario, pero que en cualquier caso hay que enseñar en las facultades y el resultado, en función de estos datos es muy gratificante, más del 73 % de los profesionales utiliza más de un método barrera para protegerse de enfermedades de transmisión profesionales y casi el 95 % de los mismos utiliza, además del horno de esterilización, bien seco o húmedo, que es el método más seguro aceptado actualmente, otro método adicional para asegurar la protección de nuestros pacientes y el personal frente a las infecciones cruzadas.

Partiendo de estos resultados realizaremos una serie de análisis cruzados.

El objeto de este primer análisis , por medio del test de la Chi Cuadrado, es el de ir orientándonos en si es más influyente el tipo de ejercicio o la formación adquirida (objetivo nº4).

Uso de varios métodos barrera (p4) en profesionales Estomatólogos y en Odontólogos (p2).

El análisis correlativo, por tanto es de la pregunta 2 frente a la pregunta 4.

El test de la Chi cuadrado sólo nos aparece como significativo (prob 0,0177) en el uso de gafas de protección a favor de los odontólogos, es decir estos se las ponen más que los estomatólogos. En el caso del resto de los métodos barrera el nivel de uso es el mismo.

Uso de varios métodos barrera (p4) en profesionales de ejercicio privado (p3.1) frente a otro tipo de ejercicios (p 3.2 y p 3.3), sólo aparece como significativa (prob. 0,0078) en el caso de uso de gafas, en el sentido que estas son más usadas en los profesionales que trabajan de forma privada que los que lo hacen en las otras formas de ejercicio profesional.

El uso de gorros , con una prob. De 0´0445, en el sentido de su mayor uso por los profesionales con ejercicio por cuenta propia también aparece como significativo.

Tratamiento higiénico del material (p5) en Estomatólogos y en Odontólogos (p2).

En el presente análisis se obtienen valores significativos en el caso del uso de un baño de ultrasonidos (prob 0,0064) y del uso del autoclave (prob 0,0071) a favor de los estomatólogos. En el resto de las posibilidades de tratamiento higiénico sobre el material no existen diferencias.

Tratamiento higiénico del material (p5) en profesionales de ejercicio privado (p3.1) y en otros ejercicios (p3.2 y p3.3).

En esta ocasión el baño de ultrasonidos es significativamente más usado (prob. < 0,0001) por parte de los privados, de la misma manera con respecto al autoclave (prob. 0,0258). En el resto de los métodos no existen diferencias significativas.

Actitud frente a una muela o diente incluido (p6) en estomatólogos y odontólogos (p2).

En este supuesto la probabilidad es de 0,06 por tanto no es estadísticamente significativa. La actitud de los profesionales frente a una patología como la descrita no varía en función del tipo de formación que han recibido.

Relacionando esta variable en función del tipo de ejercicio profesional (p6 vs p 3) el mayor porcentaje de respuestas en los dos grupos, sin diferencias significativas entre ambas, es a favor de indicar su extracción sólo si existe sintomatología, pero si existen diferencias significativas en el grupo que responde que deriva el paciente a un especialista en el caso de los profesionales que no ejercen el ejercicio privado (prob. 0,0202).*

Con respecto al número de radiografías que se realizan en el transcurso de un tratamiento de conductos (p7) los estomatólogos y los odontólogos (p2).

En este aspecto aparece una probabilidad de 0,0047, significativa estadísticamente con respecto a la respuesta 3ª (realizó tres o más radiografías) en el sentido de que los odontólogos responden más a esta opción que sus colegas estomatólogos. En el resto de las opciones no existen diferencias.

El valor de esta variable en relación con el tipo de ejercicio profesional (p 7 vs p3) no revela diferencias significativas estadísticamente.

En la correlación de las preguntas relacionadas con el tratamiento al que se someten a las impresiones (p8 y p9) por parte de los estomatólogos y los odontólogos, no existen diferencias estadísticamente significativas, probabilidad $> 0,05$.

En relación con el tipo de ejercicio profesional (p8 y p9 vs p3) tampoco traslucen diferencias relevantes.

La utilización de un tipo determinado de articulador (p10) por estomatólogos u odontólogos, no presenta significación estadística.

El uso del articulador en función del tipo de ejercicio profesional (p10 vs p3) existe diferencia estadísticamente significativa en el sentido de que los profesionales que ejercen de forma privada utilizan más el articulador semiajustable que aquellos que ejercen de otra forma, (prob. 0,0038). Así mismo hay un porcentaje significativamente mayor de profesionales con ejercicio por cuenta ajena que nunca usan el articulador (prob. 0´0206)

Sin embargo en el uso del articulador según la restauración a realizar (p11) si existen diferencias entre estomatólogos y odontólogos (p2) si se trata de coronas individuales (probabilidad 0´0171), puentes (prob 0,0306) y en prótesis parcial removible (prob 0,0038) a favor de los estomatólogos, es decir estos utilizan más el articulador para este tipo de trabajos que los odontólogos.

En los casos de rehabilitaciones totales no existen diferencias de uso.

Relacionando esta variable en función del tipo de ejercicio profesional (p11 vs p3) los privados usan más el articulador para coronas (prob. 0,0008) y para puentes (prob. 0,0004).

En cuanto a la actitud frente a una lesión de tejidos blandos (p12) no existen diferencias de actitud entre odontólogos y estomatólogos. Probabilidad de 0,4943.

Tampoco existen diferencias en relación con el tipo de ejercicio profesional (p12 vs p3). Prob. 0,4747.

El uso sistemático del dique de goma en odontología conservadora (p13.1) es significativamente más usado por estomatólogos que por odontólogos, prob. 0,0109.

En el resto de los casos su uso no presenta diferencias.

En cuanto a su uso según el tipo de ejercicio profesional (p13 vs p3) es más usado sistemáticamente por privados (prob. 0,0234) pero el porcentaje de los privados que no lo usan nunca también es mayor significativamente (prob. 0,0426).

En lo relativo a los **elementos accesorios para realizar obturaciones de clase 2 de Black en odontología conservadora (p14)** no existen diferencias entre ambos tipos de profesionales salvo en el uso de materiales termoplásticos (opción 6) donde si aparece una probabilidad significativa (prob. 0,007) a favor del uso de estos materiales por parte de los estomatólogos.

En cuanto a su uso según el tipo de ejercicio profesional (p14 vs p3), los profesionales por cuenta propia usan con mayor frecuencia las matrices metálicas que sus colegas que ejercen por cuenta ajena (prob. 0´0242).

En ninguna de las opciones presentadas a la hora de realizar **el tratamiento de conductos cuando se va a tallar un diente para prótesis fija (p15)** existen diferencias estadísticamente significativas entre estomatólogos y odontólogos.

Tampoco existe diferencia en esta variable en cuanto al tipo de ejercicio profesional (p15 vs p3).

Por último en relación con el **tipo de margen de terminación preferido a la hora de realizar tratamientos de prótesis fija con metal cerámica como material de elección (p16 vs p2)**, sólo existen diferencias significativas estadísticamente en el sentido de que más estomatólogos realizan una terminación en filo de cuchillo para este tipo de trabajos que sus colegas odontólogos (prob. 0´0007). *

En relación con el tipo de ejercicio profesional (p16 vs p3), no existen diferencias estadísticamente significativas en el uso de una terminación u otra a la hora de realizar una prótesis de metal porcelana.

- Los epígrafes que están marcados al final del párrafo con un (*) a pesar de tener una probabilidad significativa no deben ser tenidos en cuenta puesto que el número de respuestas no tiene consistencia.

Por tanto como **estadística confirmativa** podemos afirmar que son significativos los siguientes parámetros:

1. La diferencia de **nota final** entre los **Estomatólogos** (6,3) y los **Odontólogos** (5,7) aparece como significativa (Wilcoxon prob.0.0004, T-Student prob. 0.0012).
2. Las notas finales por **bloques** aparecen significativas en los casos de **Preventiva** (W: 0.0002, T:0.0012), **Conservadora** (W:0.0057, T:0.0033) y **Prótesis** (W:0.0026, T:0.0025).
3. La diferencia de **nota final** entre colectivos que ejercen la profesión por **cuenta propia** (6,1) y los que ejercen por **cuenta ajena** (5,3) aparece como significativa (Wilcoxon prob. 0.0001, T-Student prob. 0.0001).
4. Las notas finales por **bloques** aparecen significativas en los casos de **Preventiva** (W: <0.0001, T:<0.0001), **Conservadora** (W:0.0046, T:0.0005) y **Prótesis** (W:0.0008, T:0.0002).
5. Los **odontólogos** usan más las **gafas** que los estomatólogos (Chi cuadrado prob 0,0177).
6. Los profesionales que ejercen por **cuenta propia** usan más las **gafas** (prob. 0,0019) y los **gorros** (prob. 0´0445) que los que ejercen por cuanta ajena.
7. Los **estomatólogos** hacen un mayor uso del de baño de **ultrasonidos** (prob 0,0064) y del **autoclave** (prob 0,0071) que sus colegas odontólogos.
8. Los profesionales que ejercen por **cuenta propia** utilizan significativamente más el baño de **ultrasonidos** (prob. < 0,0001) y el **autoclave** (prob. 0,0258) que el resto de sus colegas.

9. Los **odontólogos realizan un mayor número de radiografías** que sus colegas estomatólogos (prob. 0,0047) a la hora de realizar tratamientos de conductos.
10. Los profesionales que **ejercen por cuenta propia usan más el articulador** semiajustable (prob. 0´0038) que sus colegas que trabajan por cuenta ajena.
11. Un mayor número de profesionales que ejercen **por cuenta ajena que no usa nunca el articulador** (prob.0´0206).
12. Los **estomatólogos usan más el articulador** para trabajos protésicos como coronas individuales (probabilidad 0´0171), puentes (prob 0,0306) y en prótesis parcial removible (prob 0,0038), que sus colegas odontólogos.
13. Los profesionales **privados usan mas el articulador** que los que ejercen por cuenta ajena en coronas (prob. 0,0008) y puentes (prob. 0,0004).
14. Los **estomatólogos usan más el dique de goma** que los odontólogos (prob. 0´0109).
15. Los **privados** usan más el **dique de goma** (prob. 0´0234) que los profesionales que trabajan por cuenta ajena.
16. Es significativo el número de profesionales **privados** que no usa nunca el dique de goma (prob. 0´0426).
17. Los **estomatólogos** usan más **materiales termoplásticos** para las obturaciones de clase II de Black que sus colegas odontólogos (prob. 0´007).

7. DISCUSION

El título, “Correspondencia entre los estudios de odontología y la práctica privada en España”, aunque largo, era el que parecía que mejor resumía los objetivos del estudio y de manera más clara orientaba al lector a lo que iba a encontrar en el mismo.

La dificultad de una encuesta supone que para que esta sea fiable debe ser anónima, de tal manera que el encuestado pueda responder de la forma más sincera posible sin temor a que sus respuestas le puedan acarrear consecuencias negativas. Pero no sólo eso, a pesar del anonimato, cuando se refiere la encuesta a su propio trabajo, el encuestado tiende a responder lo que el recuerda como correcto aunque no se corresponda realmente con lo que hace habitualmente. Es por este motivo que en el título también se han intentado evitar todos aquellos términos que puedan hacer referencia a aspectos de buena o mala praxis, calidad, excelencia o circunloquios similares.

Por otra parte el título también pretende aumentar el *armamentarium* diagnóstico del docente para poder diseñar más eficazmente sus planes de estudio, en el sentido de ajustar los tiempos de enseñanza y trabajo en los temas básicos de su disciplina que puedan quedar poco asentados según su reflejo en la práctica profesional.

Incluso desde el punto de vista del legislador es interesante contar con un elemento de juicio como el que se presenta para valorar si las políticas educativas llevadas a cabo con los métodos precedentes deben ser modificadas ligeramente, implementadas o por el contrario cambiadas radicalmente.

Por tanto, aunque el título efectivamente sea largo, puede que en el futuro se abra una línea de trabajo en la que simplemente insertando la palabra “correspondencia” en los buscadores nos aparezcan los artículos que versen sobre estas inquietudes.

El presente estudio adolece de una serie de limitaciones por el método utilizado, la encuesta. Las limitaciones de este método residen en los volúmenes de la muestra, la subjetividad de las respuestas, del sesgo que puede imprimir el encuestador a la hora de realizar la misma, máxime en el caso de no ser un profesional de las mismas, como es el caso, etc.

Por otro lado al tratar un tema tan delicado, nuestra práctica profesional diaria, querámoslo o no, nos sentimos examinados al responder a este tipo de encuesta, aunque sea de forma anónima, como la que realizamos, lo que puede influir en la sinceridad de las respuestas.

Aceptando estas limitaciones, consideramos que, a pesar de todo, este es un buen método para realizar una aproximación razonable al problema al que nos queremos enfrentar, por supuesto luego deberemos analizar más profundamente cada una de las materias para poder diseñar un cambio de estrategia docente, si constatamos que existen defectos en la formación que impartimos.

Centrándonos en la encuesta pueden existir discrepancias en el contenido de las preguntas, por un lado, y en la forma de realizarlas por otro.

Para minimizar el sesgo del investigador en el contenido de las preguntas, se presento la encuesta a los directores de los departamentos de las cuatro áreas de conocimiento en las que está dividida tradicionalmente la odontología. De las cuatro áreas, los responsables de medicina y cirugía, odontología conservadora y prótesis, respondieron a dicha encuesta. En el primer caso sólo se puso una objeción a la pregunta nº 6, la que hace referencia a la actitud frente a un diente o muela incluido, en la que nos indicaban que la actitud terapéutica frente este tipo de patología dependía de muchos factores que no era posible enumerar en una encuesta de este tipo. La solución, que satisfizo a ambas partes, consistió en otorgándole la máxima puntuación si se marcaban las respuestas 3, se deriva a un especialista, ó 4, se deriva a un hospital .

En los otros dos casos, las respuestas de los directores de los departamentos de odontología conservadora y prótesis bucofacial no pusieron ninguna objeción ni al contenido ni a la puntuación que se otorgaban a cada pregunta de su bloque.

La falta de respuesta del director de departamento de Preventiva, Ortodoncia y Odontopediatria, ha podido suponer una merma de enriquecimiento de la encuesta que pudiese hacerla más atractiva al estudio.

La elección de cada uno de estos parámetros no se ha realizado al azar sino por sus importantes repercusiones en los trabajos o tratamientos que realizamos al paciente, en su protección, buscando la máxima de *primum non nocere*, por lo menos no aumentar el daño que en si ya ha producido la patología y no producir efectos iatrogénicos, y en la protección del mismo profesional y de sus auxiliares.

Como resumen recordemos que el vaciado de las impresiones por parte del profesional permite la objetivación del tratamiento realizado, la necesidad de correcciones previas al los siguientes pasos y por último la comprobación del material sobre el que va a trabajar el técnico dental, es realmente un control de calidad durante el proceso, que es la tendencia en otros sectores productivos. Además en el caso específico de las impresiones de alginato, posiblemente las más numerosas, el vaciado de las mismas debe hacerse en las primeras dos horas tras la toma de la impresión, pues de lo contrario esta se deforma y el resultado es un modelo que no se ajusta a la realidad con lo que todos los pasos posteriores llevarán implícitos ese error que, cuando es importante, aumenta en gran medida las posibilidades de fracaso, pero que en cualquier caso dará lugar a un tratamiento de mala calidad. También es cierto que esta tarea requiere por un lado de una infraestructura, comenzando por un espacio especialmente dedicado al mismo y generalmente diferenciado del gabinete de tratamiento lo que en muchos casos, por falta de espacio no se tiene, pero es más, hoy en día la legislación incluso pone trabas porque lo puede llegar a considerar como una usurpación en las atribuciones de otros profesionales, léase el técnico dental, con el que tradicionalmente han

existido conflictos de intrusismo. Por otro lado, y como decía antes, al realizarse fuera del gabinete dental se tiende a considerar una actividad no clínica que no aporta beneficio (económico) al trabajo, pero que en cualquier caso es un tiempo que el paciente no aprecia como consumido a favor de su tratamiento, aunque en todas las facultades españolas se enseña como una función corriente e imprescindible por parte del clínico.

El empleo del articulador como elemento de transferencia de modelos para la realización de cualquier tipo de prótesis es asimismo esencial para la ejecución de tratamientos de calidad y prevenir efectos iatrogénicos. El uso de este dispositivo protésico permite la fabricación de prótesis anatómicas, estéticas y en la relación oclusal más idónea lo que previene problemas periodontales, articulares, fracturas de pilares o antagonistas o incluso de la propia prótesis, con el consiguiente fracaso del tratamiento que habrá dado lugar a un aumento del daño primitivo que pretendíamos solucionar, es decir iatrogenia. Esta tarea, el montaje de modelos en un articulador, como en el caso de la anterior, requiere de ese espacio diferenciado para su realización, el conocido como laboratorio de apoyo a clínica, que realmente no es habitual en muchas clínicas, por muchos factores o excusas, pero que en definitiva se debe a la falta de interés del responsable de la clínica, que lamentablemente en muchas ocasiones no es un odontólogo o estomatólogo titulado. Esta tarea es en muchos casos relegada al técnico dental que, pese a su buena voluntad y habilidad técnica, limita su efectividad puesto que él no cuenta con el paciente para poder realizar la necesaria transferencia craneo maxilar para que el uso del articulador repercuta en la calidad del tratamiento.

Los tallados de forma anatómica tienen la principal misión de preservar la salud del pilar con lo que se aumenta la longevidad de la restauración. El tallado o rebaje de un diente o muela consiste en la reducción de todas sus caras en una magnitud necesaria, de 0,5 a 2mm, para que la instalación de la prótesis definitiva no ocupe más espacio que la forma original y no cree distorsiones oclusales en forma de prematuridades o interferencias, que darán lugar a patologías sobradamente conocidas, como puede ser el amplio síndrome de disfunción craneo

mandibular, o síndrome de dolor disfunción como también se le conoce. Pero además el aumento de dimensiones de la restauración dará lugar a problemas periodontales por sobre contorneados, impactaciones alimenticias, desplazamientos dentarios, etc. Por otro lado, el tallado de un diente supone una evidente agresión a su integridad, que correctamente realizado será soportable por el diente en la gran mayoría de los casos, pero si nos excedemos en la magnitud del tallado, no respetamos su anatomía o no utilizamos los materiales y las técnicas adecuadas podemos dañar con facilidad el complejo pulpar del diente y tener como consecuencia una muerte del mismo con la necesidad de nuevos tratamientos que a su vez tienen sus probabilidades de fracaso.

El empleo del dique de goma aísla el diente o muela a tratar del resto del medio bucal con lo que nos permite trabajar en un medio más limpio y seco lo que facilita el uso idóneo de los materiales restauradores actuales además de proteger en parte otras estructuras de posibles agresiones químicas o mecánicas durante nuestra actuación. También previene accidentes por ingestión o aspiración de material o instrumental usado por el clínico, variable razonable por la pequeña magnitud de los elementos usados por los odontólogos y estomatólogos. Por tanto, su uso no sólo repercute en la calidad del tratamiento sino, especialmente, en la prevención de accidentes algunos de ellos muy graves.

El empleo de las matrices y las cuñas en las cavidades de clase 2 de Black son esenciales para obtener buenos puntos de contacto y obturaciones no desbordantes, ambos elementos esenciales para no producir lesiones iatrogénicas en la boca de nuestros pacientes. Este aspecto se incluyó dentro del estudio, puesto que no es casual encontrarse tratamientos restauradores en los cuales estos elementos no han sido utilizados y su resultado son obturaciones que desbordan los límites dentarios invadiendo otras estructuras y produciendo lesiones que tarde o temprano se manifiestan poniendo en evidencia lo inadecuado del tratamiento. Este aspecto es más evidente por las actuales circunstancias en las que ciertos materiales nos incitan a no usarlos, por sus características de manejo, ya que a simple vista

dejan un resultado que puede parecer satisfactorio, pero que en un análisis más profundo no superan los mínimos de calidad. Por otro lado la habilidad necesaria para colocar estos elementos debe ser cultivada con regularidad para no perderse y la necesidad de un tiempo para aplicarlos choca de frente con los actuales métodos de trabajo que más se parecen a un trabajo en cadena en una fábrica de montaje que a un verdadero tratamiento médico.

La realización de radiografías de control, tras la terminación de un tratamiento de conductos en un diente o muela, indica que el odontólogo realiza una prueba de calidad del trabajo realizado asumiendo una responsabilidad consciente del mismo. La más mínima inquietud de un profesional por un trabajo bien hecho exige de esta práctica. Bien es verdad que este método no es infalible y que por tanto tiene sus errores, falsos positivos y negativos, y que no excluye del uso de otros métodos, elementos técnicos o pruebas complementarias para su verificación o comprobación, pero lo cierto es que es un método perfectamente vigente, de una larga tradición, lo cual implica que se ha desarrollado y perfeccionado ampliamente, hasta conseguir unos niveles de eficacia, relación coste beneficio, muy altos y además es el único que se puede aplicar inmediatamente después del tratamiento para verificar los resultados del mismo con la evidente ventaja que esto supone en el caso que sea necesaria la modificación o realización de un nuevo tratamiento. La excusa del tiempo en este caso no es aceptable puesto que esta prueba es muy rápida, en el caso de los sistemas digitales es inmediata, y el coste menor aún puesto que la radiación que sufre el paciente es mínima y económicamente es muy barata. La ventaja, además, de conocer la situación final de un tratamiento para poder valorar la evolución del mismo y poder aprender de nuestros errores para ser capaces de modificar y mejorar las técnicas es un arma valiosísima para el devenir de la ciencia.

La indicación de la extracción de dientes o muelas incluidos es una práctica totalmente justificada por el riesgo que esta inclusión conlleva, ya que todo diente incluido es un cáncer en potencia y, si bien el porcentaje es muy pequeño, la gravedad de la complicación es tal, que ante la evidencia de esta patología la actuación más correcta es la de su extracción. Otras

patologías menos graves pero más frecuentes como los quistes de retención, las pericoronitis y otros procesos tumorales e infecciosos, los daños a los dientes adyacentes, etc., son patologías lo suficientemente importantes por sí mismas para justificar la extracción de estos dientes que, por otro lado, no participan en la función para la que fueron concebidos puesto que no se encuentran en el lugar adecuado. La excusa del riesgo que conlleva la extracción de los mismos muchas veces es la que nos hace retrasar la misma a la espera de que aparezcan complicaciones para tener una justificación mayor frente al riesgo. Esta política de apaciguamiento es la contraria a la preventiva y en algunos contados casos puede estar justificada, especialmente cuando la habilidad o la experiencia del clínico no es la suficiente pero en estos casos la derivación del paciente a un profesional más capacitado sería la respuesta adecuada.

La justificación de la realización de biopsias de toda lesión sospechosa es la misma que la del caso anterior, la gravedad de la complicación es tal que no debe dejarse pasar, además en el caso de las lesiones de tejidos blandos la posibilidad de malignización es mayor que en el caso de los dientes incluidos. En este caso escudarnos en la falta de habilidad técnica o de recursos técnicos no está en absoluto justificado, puesto que esta es una maniobra fácil que debería considerarse como básica, y practicarse como tal en todas las facultades de odontología. Pero en último caso, lo que no se escapa de la responsabilidad del profesional, es la de derivar al paciente a otro colega o a la institución competente para que le sea realizada esta prueba diagnóstica. En esta línea, y con este espíritu, se incluyó esta pregunta en la encuesta que nos ocupa.

El uso de guantes, mascarilla y gafas protectoras está ampliamente aceptado en toda actividad sanitaria por sus ventajas evidentes de protección, tanto del paciente como del profesional, lo mismo que la esterilización sistemática de todo el material no desechable, que ha tenido contacto con los fluidos orales, potencialmente infectados y, por tanto, transmisores de enfermedades. Estos dos aspectos son de evidente actualidad, la protección frente a los

riesgos laborales y la prevención en la transmisión de enfermedades siempre ha sido un tema de interés entre los profesionales sanitarios en general y específicamente para los que tratamos seres humanos. Los métodos barrera estudiados son de aplicación sencilla y barata por lo que su falta de uso no tiene justificación. Son aspectos ampliamente revisados y reiterados a lo largo de los cinco cursos de carrera universitaria de los que consta la licenciatura de odontología en la actualidad, pero la constatación de su uso por los profesionales preguntados directamente y sin implicaciones nos puede dar una situación real de su implantación profesional. Sin embargo cabe una puntualización con respecto al uso de gafas de protección más extendido entre los odontólogos que entre los estomatólogos. Teniendo en cuenta que las últimas promociones de estomatólogos son de finales de los años ochenta y que éstos concluían los estudios en el mejor de los casos con 26 años y han transcurrido 13 años, los profesionales estomatólogos más jóvenes en el momento de realizar la encuesta tenían 39 años, edad en la que comienza a desarrollarse la presbicia y por tanto muchos de ellos han de utilizar gafas para la visión próxima que, aunque no tienen por qué ser específicamente de protección, si cumplen esa función.

Los métodos de esterilización de instrumentos también son profusamente estudiados en la licenciatura y son exigidos por los organismos responsables de otorgar las licencias de apertura y funcionamiento de los locales destinados al tratamiento odontológico de los pacientes, por lo que su implantación también se presupone será próxima al 100 %. Una vez más, el método de encuesta anónima puede darnos una visión más real e incluso sorprendente del asunto en cuestión.

También se presta a discusión la asignación de una puntuación a cada una de las respuestas posibles a las preguntas realizadas en la encuesta. Para esta asignación se asumió un criterio eminentemente docente, con puntuaciones entre cero y diez, en clara correspondencia con los que se usan habitualmente en la evaluación formativa. De esta manera se otorgó el menor

valor a la respuesta más alejada de los parámetros de enseñanza universitaria y el valor máximo en el caso de la correspondencia plena con las enseñanzas de pregrado. En este sentido, en la calificación de las respuestas, se siguió el criterio de los directores de departamento que respondieron a la solicitud de un informe de idoneidad de la encuesta y a los que además se pidió que respondiesen a la misma. En nuestro caso sólo los directores de departamento de Estomatología I (Prótesis Buco facial) Estomatología II (Odontología Conservadora) y Estomatología III (Medicina y Cirugía Bucal), respondieron a dichos requerimientos. En el caso del departamento de Estomatología IV (Preventiva, Odontopediatría y Ortodoncia) no conseguimos su colaboración por lo que la asignación de la puntuación a las respuestas correspondientes a su bloque se hicieron a criterio del doctorando en función de la bibliografía consultada.

En cuanto al análisis de los resultados sobre las **formas de ejercicio y tipo de formación** es muy gráfico y representativo de la evolución de la profesión, pero las conclusiones que se pueden sacar de estos resultados creo que no están en función de la formación adquirida por el dentista, sino por número de individuos formados, de tal manera que cuando los profesionales podían elegir se establecían mayoritariamente, 77,63 % , de forma privada de tal manera que ellos podían ejercer la profesión según sus propios criterios, que naturalmente respondían a lo adquirido en sus años de formación. Al incorporarse un gran número de profesionales al mercado de trabajo en un periodo de tiempo corto, la plétora profesional ha sido aprovechada por colectivos empresariales que han visto en la asistencia dental un campo de negocio que han aprovechado estableciendo grandes cadenas de clínicas, generalmente policlínicas, donde el objetivo prioritario es la rentabilidad antes que el servicio. El porcentaje de profesionales que eligen esta opción de ejercicio supera el 20 %. Al mismo tiempo, al estar el mercado ya saturado de dentistas y consultas, otra forma de ejercer es hacerlo a tiempo parcial en varias de ellas, cubriendo aspectos de la profesión más especializados, no ofertados

o no deseados por los titulares de dichas clínicas. El porcentaje de profesionales que eligen esta opción de ejercicio llega casi al 20 %.

Frente a esta situación los nuevos licenciados tienen muy difícil establecerse de forma autónoma, tendencia natural del profesional liberal. Dentro de los licenciados en odontología, en sus primeros tiempos, el porcentaje de profesionales autónomos baja al 38,58 %, es decir una bajada de 39 puntos, mientras que los otros tipos de ejercicio que en los estomatólogos eran anecdóticos, no pasaban del 7 % ninguno, actualmente suponen más del 50 % del ejercicio profesional. Este hecho cobra aún más relevancia si tenemos en cuenta que el ejercicio en el sector público de la profesión en nuestro país es minoritario.

Existe una ligera diferencia de puntuación global entre la nota obtenida por los **estomatólogos**, (6,3), de la obtenida por los **odontólogos** (5,7) que aparece estadísticamente significativa. También por bloques (preventiva, conservadora y prótesis) esta diferencia es relevante.

Así mismo la nota final entre profesionales que ejercen por **cuenta propia** (6,1) y los que los hacen por **cuenta ajena** (5,3) presenta una significación estadística. La diferente nota final por bloques también es relevante y los bloques son los mismos que en el caso de la comparación entre Estomatólogos y Odontólogos.

Estos resultados nos hacen pensar que es posible que el tipo de ejercicio profesional tenga algo que ver con la aplicación de las enseñanzas recibidas más que con el tipo de formación pues como hemos visto la mayoría de los Estomatólogos ejercen de forma privada y ambos grupos obtienen mejor nota que los Odontólogos que ejercen mayoritariamente por cuenta ajena, ambos grupos con peor nota, tanto global como por bloques.

Como decíamos previamente, la justificación a estas diferencias puede ser las consecuencias a las que la plétora profesional ha dado lugar ya que los odontólogos tienen menos posibilidades de iniciarse en la práctica profesional de forma autónoma (39 puntos menos que sus colegas estomatólogos), a la aparición de macro compañías que instalan policlínicas en las que los profesionales se ocupan sólo de una parte de la asistencia al paciente, no siendo responsables del funcionamiento de la clínica, y en ocasiones tampoco del plan de tratamiento, y por tanto no tomando las decisiones de dirección de las mismas entre las que se encuentra la filosofía de asistencia aprendida en la universidad. Estos aspectos son controlados por otros profesionales, generalmente no sanitarios, ni siquiera humanísticos, que suelen primar la productividad y rentabilidad de la empresa sobre los aspectos puramente sanitarios.

En el caso de ejercer en varias consultas también limitan la capacidad del profesional a aspectos especializados y a la falta de control sobre el tratamiento global del paciente, si bien en este caso si es, generalmente, otro colega el que controla estos aspectos.

Esta justificación es aplicable a las diferencias que se muestran en los aspectos de higiene, generalmente no son los odontólogos los responsables de su tratamiento ni de la existencia de la infraestructura necesaria para su realización. Así mismo es justificable en los aspectos de uso del articulador y del bloque de conservadora.

En el caso de la actitud frente a lesiones de tejidos blandos o de la elección de la terminación en trabajos de metal cerámica, se pueden justificar estas diferencias por la menor experiencia de los odontólogos frente a los estomatólogos, con lo cual es muy posible que con el tiempo estas diferencias se vayan reduciendo hasta desaparecer.

Esta reflexión puede ser motivo para un nuevo estudio más centrado en este aspecto puesto que también hay que tener en cuenta otros aspectos como la experiencia profesional, la madurez, la capacidad económica, etc.

Por tanto debemos **potenciar los aspectos concretos de todos los campos de la odontología** preventiva, conservadora, médico-quirúrgica y prótesis en las actuales enseñanzas de la profesión.

7. CONCLUSIONES

Con el fin de responder a los objetivos planteados podemos llegar a las siguientes conclusiones en vista de los análisis de los resultados obtenidos por la encuesta.

1º) El nivel de **correspondencia** entre las enseñanzas impartidas en la universidad y el ejercicio profesional diario **es aceptable**, de tal forma que la profesión obtiene una **puntuación total de seis (6)** sobre diez (10).

En lo relativo a la **correspondencia por bloques docentes**, la única rama de la odontología que obtiene una nota por debajo de cinco, tanto en la puntuación global de la profesión como la obtenida por los odontólogos en particular, es la **odontología conservadora**.

2º) Aplicación de las enseñanzas según los siguientes parámetros:

- A) No existen diferencias entre la puntuación obtenida por los profesionales formados en **España** y los formados en el **extranjero**. Ambos obtienen una puntuación de **seis (6)** sobre diez (10).
- B) Existe una **clara influencia entre el tipo de formación recibida** por el profesional (estomatólogo u odontólogo) y la aplicación de las enseñanzas en el ejercicio de la profesión obteniendo los estomatólogos una puntuación superior a los odontólogos en todos los bloques excepto en el quirúrgico. Los Estomatólogos reciben una puntuación de 6´3 sobre 10 y los odontólogos 5´7 sobre 10.

3º) Se ha producido un **cambio importante en el tipo de ejercicio profesional** entre los estomatólogos y los odontólogos. Los primeros ejercen mayoritariamente de forma privada (77,63 %), mientras que los segundos lo hacen en privada (38,58 %), en policlínicas (20,47 %) y en varias consultas (18,89 %).

No existen diferencias sobre el tipo de ejercicio profesional entre profesionales con formación nacional o extranjera.

4º) El tipo de **ejercicio profesional** (autónomo/ Cuenta ajena) tiene una **clara influencia** en la aplicación de las enseñanzas recibidas. Los autónomos obtienen una nota final de 6.1 sobre 10 y los trabajadores por cuenta ajena 5.3 sobre 10.

Donde se muestran mayores diferencias son en preventiva (7.5 vs 6.3) conservadora (5.0 vs 4.3) y en prótesis (6.5 vs 6.0).

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Moya Pueyo V, Roldán Garrido B y Sánchez Sánchez J A. Odontología Legal y Forense. Barcelona: Masson. 1994. Pág. 33.
2. González Iglesias J. Historia de la Odontoestomatología Española. En Bascones Martínez A. Tratado de Odontología. Madrid : Smith Beecham, 1998.
3. Sanz, Javier. Historia General de la Odontología Española. Barcelona: Masson. 1998. Pág. 183.
4. Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona. Salvat.1985.
5. Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental. BOE número 68 de 20/3/1986, páginas 10562 a 10563
6. RD 970/1986. BOE número 121 de 21/5/1986, páginas 18093 a 18097
7. Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. BOE número 298 de 14/12/1987, páginas 36639 a 36643.
8. ACUERDO de 23 de febrero de 1987, del Consejo de Universidades. por el que se homologa el plan de estudios aprobado por la Universidad Complutense de Madrid para la Facultad de Odontología y conducente a la obtención del título oficial de Licenciado en Odontología. BOE número 70 de 23/3/1987, páginas 8340 a 8345.
9. Real Decreto 1418/1990, de 26 de octubre, por el que se modifica el Real decreto 970/1986, de 11 de abril, por el que se establece el título universitario oficial de licenciado en odontología y las directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención de aquél. BOE número 278 de 20/11/1990, páginas 34345 a 34348
10. The Kentucky Encyclopedia, John E Kleber, Editor in chief. Lexington, Kentucky, 1992, p 262.
11. Libro Blanco, Título de Odontología. ANECA. Madrid 2004.
12. <http://www.rae.es/rae.html>
13. <http://es.wikipedia.org>
14. Casado JR. Tratamiento del desdentado total. Madrid: el autor. 1991.
15. Ring M. Historia de la Odontología. Barcelona: Doyma, 1989.
16. Aston, Kneen y Davies. Los objetivos de la práctica educativa: Anaya 1980.
17. Nassif R. Teoría de la educación. Problemática pedagógica contemporánea. Madrid: Cincel, 1980.
18. Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación, clínica y epidemiológica. Harcourt. Barcelona 1991.
19. Asti Vela A. Metodología de la Investigación. Ed. Papelusz. Buenos Aires 1968.
20. García Lausín F. Aspectos básicos de la Universidad Española. 2001. <http://www.universia.es>.
21. Beard R. Bligh DA. Research into teaching methods in Higher education mainly in British universities. S.R.H.E. Londres 1971.
22. European Journal of Dental Education, Vol. 6, issue S3, October 2002.
23. De La Orden A. Evaluación curricular en Prótesis elaborado a partir de los programas remitidos por los diferentes departamentos de Prótesis Estomatológica de las universidades Españolas. VI Jornadas Universitarias de Prótesis Estomatológicas. Segovia 1994.

24. Bloom BE y cols. Evaluación del aprendizaje. Ed. Troquel. Buenos Aires 1975.
25. Libro blanco Estado de la salud dental en la CCAA Madrid.
26. Directrices de la Unión Europea sobre los contenidos de los planes de estudio de la carrera de odontología.
27. Programa de Cirugía Oral I. Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. USC. Curso 2002/03.
28. Programa de Cirugía Oral II. Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. USC. Curso 2002/03.
29. Programa de Oclusión y Patología Protésica I. Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. USC. Curso 2002/03.
30. Programa de Oclusión y Patología Protésica II. Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. USC. Curso 2002/03.
31. Programa de Odontología Preventiva y Comunitaria. Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. USC. Curso 2002/03.
32. Programa de Odontología Preventiva y Comunitaria. Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. UB. Curso 2002/03.
33. Programa de Odontología Preventiva y Comunitaria. Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. US. Curso 2002/03.
34. Programa de Odontología Preventiva y Comunitaria. Departamento de Estomatología IV (Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia). Facultad de Odontología. UCM. Curso 2002/03.
35. Programa de Patología quirúrgica Bucal I. Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. UB. Curso 2002/03.
36. Programa de Patología quirúrgica Bucal I. Departamento de Estomatología III (Medicina y Cirugía Bucal). Facultad de Odontología. UCM. Curso 2002/03.
37. Programa de Patología quirúrgica Bucal II. Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. UB. Curso 2002/03.
38. Programa de Patología quirúrgica Bucal II. Departamento de Estomatología III (Medicina y Cirugía Bucal). Facultad de Odontología. UCM. Curso 2002/03.
39. Programa de Patología y Terapéutica dental I. Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. USC. Curso 2002/03.
40. Programa de Patología y Terapéutica dental I. Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. UB. Curso 2002/03.
41. Programa de Patología y Terapéutica dental I. Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. US. Curso 2002/03.
42. Programa de Patología y Terapéutica dental II. Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. US. Curso 2002/03.
43. Programa de Patología y Terapéutica dental I. Departamento de Estomatología II (Odontología Conservadora). Facultad de Odontología. UCM. Curso 2002/03.
44. Programa de Patología y Terapéutica dental I. Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. UB. Curso 2002/03.
45. Programa de Patología y Terapéutica dental II. Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. USC. Curso 2002/03.
46. Programa de Patología y Terapéutica dental II. Departamento de Estomatología II (Odontología Conservadora). Facultad de Odontología. UCM. Curso 2002/03.

47. Programa de Prótesis Dental I. Departamento Estomatología. Facultad de Odontología. UB. Curso 2002/03.
48. Programa de Prótesis Estomatológica I. Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. US. Curso 2002/03.
49. Programa de Prótesis Estomatológica II. Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. US. Curso 2002/03.
50. Programa de Prótesis Estomatológica II. Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. US. Curso 2002/03.
51. Programa de Prótesis Dental I. Departamento Estomatología I (Prótesis Buco Facial). Facultad de Odontología. UCM. Curso 2002/03.
52. Programa de Prótesis Dental II. Departamento Estomatología. Facultad de Odontología. UB. Curso 2002/03.
53. Programa de Prótesis Dental II. Departamento Estomatología I (Prótesis Buco Facial). Facultad de Odontología. UCM. Curso 2002/03.
54. Programa de Riesgos Laborales del Odontólogo. Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología, USC. Curso 2002/03.
55. Advanced Education General Dentistry. Department of Cariology, Restorative Sciences & Endodontic. School of Dentistry. Universidad de Michigan. USA. Curso 2002/03.
56. Endodontics (General Program). Department of Cariology, Restorative Sciences & Endodontic. School of Dentistry. Universidad de Michigan. USA. Curso 2002/03.
57. General Practice Resident Program. Oral and Maxilofacial Surgery- Hospital Dentistry (OMS/HD). School of Dentistry. Universidad de Michigan. USA. Curso 2002/03.
58. Prosthodontic Graduate Program. Biological and Material Sciences and Division of Prosthodontics. School of Dentistry. Universidad de Michigan. USA. Curso 2002/03.
59. Program of Dental Public Health. Department of Cariology, Restorative Sciences & Endodontic. School of Dentistry. Universidad de Michigan. USA. Curso 2002/03.
60. Nacional Dental Boards.
61. Lazarsfeld, 1971, pp. 193-194.
62. Travers, 1971, p. 245.
63. Ribeiro, AI, Marketing para el Profesional Liberal, Curitiba. Odontex, 2001.
64. Grawitz .Tomo I, pp. 349-356.
65. Gascón Mayordomo F. Salsench Cabré J. Del Río Highsmith J. Gil Lozano J. Fons Font A. Malabia Lieb J. Pautas del tallado en restauraciones ceramo metálicas anteriores. Quintessence (ed. Esp.) 1990;3(8):490-9.
66. Guillermo j. Pradies Ramiro. Proyecto Docente. Madrid 2002.
67. Harster Nadal P. Prótesis fija: preparaciones. En Echeverría García JJ. Cuenca Sala E. El manual de Odontología. Barcelona: Masson, 1995.
68. Mallat Desplats E, Keogh TP. Prótesis parcial removible. Clínica y laboratorio. Ed. Mosby/Doyma, 1995. Madrid.
69. Davenport JC y cols. Atlas en color de prótesis parcial removible. Ed Labor, 1992. Barcelona.
70. Miller EL. Prótesis parcial removible. Ed. Interamericana. Buenos Aires.
71. Kratochvil J. Prótesis parcial removible. Ed. Interamericana, 1989. Buenos Aires.
72. Fundamentos esenciales en Prótesis fija. Herbert T. Shillingburg, Jr. y otros.
73. Enfoque moderno de la Prótesis fija según Johnston. Dykema, Goodacre y Phillips.

74. Planificación y concepción e coronas y puentes. Bernard G. N. Smith.
75. Atlas de Prótesis de coronas y puentes. Niklaus P. Lang y Beatrice E. Siegrist.
76. Graham J. Moust, W.R. Hume. Conservación y Restauración de la estructura Dental.. Mosby 1999.
77. José Javier Echeverría. José Pumarola Suñé. El manual de Odontología. Elsevier- Masson. 2007.
78. Donado M. Cirugía Bucal. Patología y técnica. Madrid. El autor.1984.
79. Nevile, Damm, Allen, Bouquot. Oral and Maxilofacial Pathology. Saunders/ Elsevier. 2009.
80. Field EA, Lozano de Luaces V. Higiene, cuidado y protección de las manos en la práctica odontológica. Arch. Odont. 1994; 2:93-100.
81. Los riesgos profesionales del personal de las clínicas dentales. Ana Patricia Moya Rueda. Tesis doctoral. Madrid 1999.
82. Lozano de Luaces V. Control de las infecciones cruzadas en Odontología. En Echeverría García JJ. Cuenca Sala E. El manual de odontología. Barcelona: Masson, 1995.

9. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero reconocer la labor de mis padres puesto que a ellos se lo debo todo.

Mi mujer ha sido, y sigue siendo, mi apoyo fundamental y un estímulo continuo, ella ha continuado la labor de mis padres y es actualmente el centro de mi vida.

Mis hijos suponen un considerable esfuerzo y una fuente de atenciones continua pero son un motivo de reflexión permanente y el futuro por el que todos debemos de luchar hasta el final.

Me gustaría plasmar en esta tesis un especial recuerdo a mi suegro, recientemente fallecido, que sin tregua me estimuló de forma altruista hasta el último día para que terminase este trabajo de investigación, como hacen los padres con sus hijos. En íntima relación con él se encuentra mi actuales directores de tesis Dr. D. José Antonio Sánchez y el Dr. D. Javier Ladrón de Guevara, a quien les debo el último y definitivo impulso para culminar este vital trabajo.

Todo el resto de mi familia merece también reconocimiento puesto que incluso sin saberlo, su presencia y ayuda en los múltiples problemas de la vida, han dado como resultado que pudiese al fin terminar la tesis.

Agradecimientos también a los responsables del departamento universitario al que pertenezco, por su paciencia y fe en que completaría este importante reconocimiento académico.

No puedo olvidarme de todas las personas que me han ayudado, desde el punto de vista técnico, en la elaboración de la tesis, una vez más al Dr. D. Vicente Moya Pueyo y también a D^a Isabel Hidalgo de Quintana Silvela en todo el diseño, publicación y mantenimiento de la página web en la que se publicó la encuesta, para una más fácil participación de los profesionales, en una clara apuesta de futuro y de innovación en este campo del conocimiento. A D. Ricardo García, de los servicios informáticos de la UCM por su inestimable ayuda en el campo de

tratamiento y análisis de los datos estadísticos, tan importantes en cualquier trabajo de investigación actual.

Por último a mis compañeros universitarios y colegas profesionales por sus pequeñas aportaciones, que en ocasiones me mostraban la salida desde un punto muerto, de los muchos que han existido a lo largo del dilatado tiempo que ha durado la elaboración de esta tesis doctoral.