

HIGIENISTAS

de hoy

Nº2 DICIEMBRE 2016



JUNTOS HACEMOS CAMINO
XXIX CONGRESO NACIONAL HIDES
GALICIA 2017



**Congreso Nacional
HIDES Galicia 2017**



**El Colegio de
Higienistas de Madrid
inaugura nueva sede**

**Entrevista a
Sol Archanco
Presidenta del Colegio
de Higienistas de Madrid**

HIGIENISTAS DE HOY

EDITOR:

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

REDACTORA JEFE:

María José García
redaccion@odontologosdehoy.com

FOTOGRAFÍA

Fotolandia
María Calleja

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Oklok
maquetacion@odontologosdehoy.com

PÁGINA WEB:

Amaya Pérez

COMERCIAL:

Beatriz Rodríguez
607 795 672

COMITÉ CIENTÍFICO:

Antonio Castaño Seiquer
Cristina García Durán
Francisco A. García Gómez
Juan José Guarro Míquel
Daniel Hernández Martín
M^o Carmen Herrera Menchén
Elena Lucerón Díaz Portero
David Ribas Pérez
Julio Torrejón Martínez

© Publicaciones Siglo XXI, S.L.
C/ Mártires Concepcionistas 7, 5^o Izq.
28006 Madrid.
Telf: 911 93 59 59
D.L.: M-29808-2015



Suscríbese

a nuestra publicación
entrando en la web

www.higienistasdehoy.com

HIGIENISTAS
de hoy

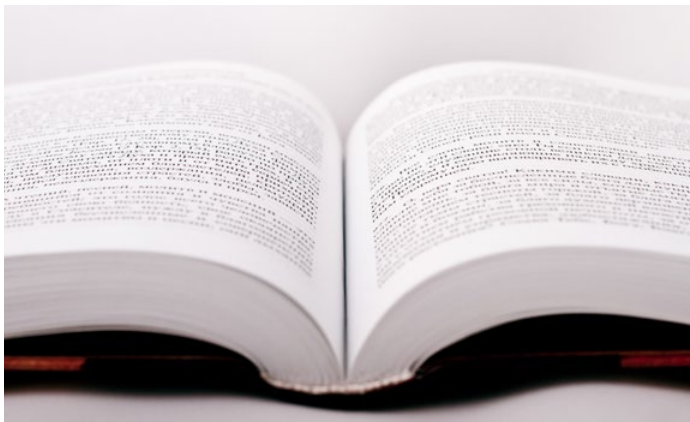


Entrevista a
Manuel Campo Vidal

34

12

El autismo, un trastorno poco conocido



10

Guía para higienistas en el trato de pacientes con diabetes



"Aviación para la salud"
un gran proyecto solidario

23



El intrusismo profesional

SOL ARCHANCO. PRESIDENTA COLEGIO PROFESIONAL DE HIGIENISTAS DENTALES DE MADRID

A lo largo de la historia, las necesidades profesionales y laborales de la sociedad han sido atendidas por personas que, sin una preparación reglada, demostraban una habilidad suficiente en el desarrollo de esas tareas.

Sin embargo, con la especialización que acompaña la evolución de la sociedad, el Estado descubrió la necesidad de que determinadas “profesiones de riesgo”, como médicos, abogados o arquitectos, sólo fuesen ejercidas por aquellos que superasen los controles teóricos y prácticos implantados por la Administración.

La importancia y respeto de este principio llevó incluso al legislador a calificar el “intrusismo profesional” como delito e incluirlo en el Código Penal, teniendo su origen en el deseo de defender, —no a un determinado grupo profesional—, sino el interés público general, de modo que ciertas actividades sólo sean realizadas por quien ostente la necesaria capacidad técnica, para la cual se exige una titulación específica.

Así pues, la “actividad intrusa” sería el ejercicio de “actos propios” de unas profesiones por personas que no forman parte de esos colectivos, que son los únicos autorizados.

El interés del Estado es pues proteger a la sociedad en general de aquellos que, sin la validación dada por la Administración, realizan actos exclusivos de una profesión, protegiendo a la colectividad de los eventuales daños de una praxis inhábil o ignorante.

Centrándonos en la profesión de higienista dental, ésta se encuentra reconocida expresamente por la Ley 10/1986 del 17 de marzo, que establece: “se crea la profesión de higienista dental que, con el correspondiente título de formación profesional de segundo grado, tendrá como atribuciones...” (artículo tercero).

Posteriormente el Real Decreto 1594/1994 del 15 de julio, desarrollaría lo anteriormente expuesto y en su Exposición de Motivos vuelve a establecer “la reforma educativa para higienistas dentales... ha permitido establecer una mayor definición en su perfil profesional, y en el caso de los higienistas dentales, diferenciarlo mejor de los auxiliares de clínica.”

La Ley y el Real Decreto son taxativos, y está claro que las funciones reguladas en el Real Decreto son exclusivas de la profesión de higienista dental **y ello incluso como colaboradores de los dentistas**. Es decir, la presencia o dirección facultativa del dentista en estos actos es absolutamente imprescindible, pero incluso con dicha presencia o dirección **sólo** el profesional “higienista dental” está legalmente capacitado para realizar cualquiera de los actos establecidos en la Ley.

“

La reforma educativa para higienistas ha permitido establecer una mayor definición en su perfil profesional y diferenciarlo mejor de los auxiliares de clínica.

”

En la actualidad su formación se corresponde con el nuevo Grado Superior de Higiene Bucodental, regulado en el Real Decreto 769/20414 de 12 de septiembre de 2014, que establece una duración de 2.000 horas lectivas y 120 créditos ECTS.

No sirve pues, para ejercer como higienista dental y realizar las funciones antedichas el haber realizado un “curso práctico” en cualquier academia o centro y obtener un título expedido por dicho centro, si el mismo no se adecúa a lo establecido por el Ministerio de Educación para la obtención del título oficial de higienista dental.

Además, el delito de intrusismo profesional en el ámbito de los higienistas dentales, se puede cometer tanto por una actividad de ejercicio continuado (muchas actuaciones), como por la realización de un exclusivo acto momentáneo y aislado, siempre que sea peculiar de la profesión usurpada.

A nadie se le escapa que en la actualidad son muchas las personas que, desde el status de auxiliar,

“

El Colegio de Higienistas de Madrid ha sabido concienciar a la Administración de este problema y ha encontrado la colaboración de los Servicios de Inspección de la Consejería de Sanidad.

”



vienen ejerciendo funciones propias y exclusivas del higienista dental, y también son evidentes los graves perjuicios de este intrusismo en la profesión del higienista, ya que de una parte supone poner la salud dental de la población en manos de aquellos que no se han sometido a los controles teóricos y prácticos del Estado para alcanzar ese status profesional y por otra parte supone un menosprecio de la formación y praxis de aquellos que sí se han sometido a esos ciclos formativos y evaluaciones.

Aunque existe intrusismo en esta profesión, también es cierto que en el caso de Madrid, el Colegio de Higienistas ha sabido concienciar a la Administración de ese grave problema para el ciudadano, y ha encontrado la colaboración de los Servicios de Inspección de la Consejería de Sanidad, para vigilar la presencia de “falsos higienistas” en las clínicas dentales, que actúan sin la titulación académica o la colegiación obligatoria. Un modelo de colaboración que está funcionando magníficamente y está sirviendo para corregir numerosas irregularidades en las clínicas dentales.

Por su parte, el Colegio no ha dudado en interponer las oportunas querrelas criminales, cuando ha tenido conocimiento de situaciones explícitas de intrusismo; y ejemplo de ello es que, en los últimos cinco años, se han tramitado y finalizado, con sentencia firme, cinco querrelas; terminando todas con condena penal para el intruso.

Las clínicas dentales y, en su caso, los dentistas responsables de designar tales tareas a personas que no cumplen los requisitos anteriores, deberían ser capaces de ver los riesgos innecesarios que asumen, tanto a nivel administrativo (sanciones por parte de la Administración), como civil (problemas de reclamaciones de responsabilidad civil), o social (mala publicidad, debida a la divulgación de las situaciones antedichas), si siguen permitiendo que, en sus centros, realicen las funciones de higienista dental, auxiliares o por personas legalmente no aptas, en vez de contratar a profesionales titulados y debidamente colegiados •





Niños y dentistas

ALEJANDRA LLORENTE
ODONTÓLOGA, EJERCE EN REINO UNIDO

La llamaremos Olivia, para no desvelar su nombre real. La primera vez que la vi tenía dos años, era una niña rubita, con sus gafitas, con cara de pilla y esas dos trenzas un poco despeinadas.

Aunque nos parezca increíble, también en los países ricos y evolucionados existen muchos niños que acaban en orfanatos o con padres de acogida hasta que son adoptados.

Venía con una asistente social, se había caído hacía unos meses y tenía un incisivo central superior completamente negro y con una pequeña infección. Se sentó en el sillón y con su lenguaje de niña de dos años me explicó, como dirían en España, que ese diente "le hacía pupa". Yo le dije: "Bueno Olivia, tendremos que llamar al Hada de los dientes". Expectante pero tranquila se le iluminaban los ojos escuchando la historia del Hada, cuándo, cómo y por qué vendría a buscar el diente a su casa. Los ingleses no conocen a nuestro famoso Ratoncito Pérez. Me quedé con ganas de contarle el cuento de nuestro divertido roedor, pero Pérez vive en España y probablemente no llegaría a tiempo.

Olivia fue muy buena. Sólo dijo una vez que quería que viniera su mamá después de ponerle la anestesia. La asistente social y yo nos miramos compungidas pero seguimos adelante.

Se fue con su diente metido en una bolsita azul con estrellas, muy contenta, y yo me quedé pensando en cómo podía estar sin familia. ¿Por qué había sucedido eso? ¿Quién podía no quererla? ¿Habrían muerto sus padres en un accidente o algo así? Nunca sabremos por qué Olivia acabó en una casa de acogida. Yo me quedé con un sentimiento de preocupación.

En general, los dentistas tenemos peor fama que los médicos. Se ha creado el tópico de que hacemos daño, y

eso se va sintiendo y transmitiendo de padres a hijos, la mayoría de las veces sin ser una experiencia vivida, algo que le pasó a la abuela, a la tía o a aquella vecina hace al menos treinta años. Yo creo que la gente no es consciente de que, detrás de nuestros tratamientos, está ese sentimiento de protección y de preocupación por nuestros pacientes, exactamente igual que el de los médicos y, en el caso de Olivia, al ser tan pequeña y sin padres, ese sentimiento me tocó un poco más a fondo. Todos sus tratamientos eran decisión mía al cien por cien, no había padres a los que pedir opinión o dar opciones.

Mi dulce Olivia volvió muchas más veces a verme. Tenía varios dientes con caries y poco a poco fuimos haciendo guapos como decía ella a todos esos dientes. Para mi alegría, un buen día vino a su cita y me presentó a su nueva mamá.

En Inglaterra, cuando se adopta un niño, les piden que el niño no cambie de ambiente en dos años para que el cambio no sea tan brusco.

Ya tenía tres años y medio y hablaba por los codos. Cuando le iba a revisar

la boca a su madre, Olivia, que era muy cotilla, me vino por detrás y me preguntó que si podía ver si su mamá tenía algún diente feo. Yo la senté en mis rodillas y nada más que su madre abrió la boca dijo: "si hay alguno feo hay que arreglarlo". Yo no pude contener la risa y después de asegurarle que su mamá tenía unos dientes muy bonitos, ella se quedó tranquila.

Era increíble cómo Olivia, que a los dos años pasó por una extracción y, aunque la tratamos con mucho cariño, no nos conocía, no sólo no nos tenía ningún miedo, sino que solo quería que le pusiéramos a su madre los dientes bonitos. Ella no le habló de dolor, simplemente nos imitó.

Había desarrollado ese mismo sentimiento de protección que yo sentí por ella •

Se ha creado el tópico de que los dentistas hacemos daño, y eso se va sintiendo y transmitiendo de padres a hijos. Muchas veces sin ser una experiencia vivida.



Promociones y demás...

CHARO VELARDE

COLEGIO PROFESIONAL DE HIGIENISTAS DE VALENCIA

El Colegio Oficial de Higienistas Dentales de la Comunidad Valenciana desea manifestar su postura en contra de la actual “moda” de que se regalen las profilaxis dentales como táctica marketiniana de las clínicas dentales, siendo casualmente la mayoría de éstas, franquicias. El Colegio está en contra del desprecio que se demuestra al trabajo de un colectivo de profesionales, y del ejercicio del mismo, al realizar este tipo de acciones promocionales con fines puramente lucrativos y no buscadoras, en primer orden, de la salud del paciente. Éste es un mal ejemplo de clínica odontológica donde los servicios de salud bucodental se convierten en meros productos promocionales de hipermercado. Esto ya no es una estrategia de marketing basada en el precio. Esto es una mofa hacia la integridad del profe-

“
*Como conclusión desalentadora:
 todo aquello que no cuesta, no
 se valora.*
 ”

sional y del paciente. Y el Colegio concibe esta estrategia mercantilista como un error en la política comercial de las clínicas dentales; ya que están educando a los pacientes a no dar valor a esa terapia profiláctica preventiva, que en diagnósticos tempranos, como es en el caso de la enfermedad periodontal, y su concomitancia con otras patologías sistémicas (cardiacas, diabetes, partos prematuros, enfermedades respiratorias, etc.), es de máxima importancia.

Como conclusión desalentadora: todo aquello que no cuesta, no se valora.

Y si no, si todas las clínicas dentales van encaminadas a este tipo de ejercicio profesional dado el libre comercio, la publicidad comparativa, la lucha de precios y la feroz competitividad del mercado... ¿por qué no regalar un empaste, que al paciente le durará años y casi seguro no necesitará hacerse nada más; en vez de una higiene, que es imprescindible hacérsela anualmente? •





Congreso HIDES Galicia 2017 "Juntos hacemos camino"

COMITÉ ORGANIZADOR CPHDG.

El pasado octubre se presentó en Santander el Congreso Nacional Hides Galicia que se celebrará en Santiago de Compostela los días 20, 21 y 22 de octubre de 2017.

El lema del XXIX Congreso Nacional define una línea de trabajo con la que alcanzar uno de nuestros objetivos prioritarios, que es la formación continuada y actualización de los Higienistas Bucodentales.

El Congreso Nacional HIDES, que se celebra anualmente, es un referente para los Higienistas por su alta calidad formativa, la gran participación del colectivo y la satisfacción generada.

“

El Colegio se encuentra en una incesante actividad organizativa para ofrecer el mejor y mayor congreso para Higienistas en el 2017.

”

El Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Galicia se encuentra en una incesante actividad organizativa para ofrecer el mejor y mayor congreso científico para Higienistas en el año 2017.

Será un congreso práctico, que nos ayudará a mejorar nuestro trabajo diario, fomentando la participación activa del cursillista, y en el que tendremos todas las novedades de nuestra especialidad.

No podíamos dejar de celebrar el día Nacional del Higienista, que este año coincide con la primera jornada del Congreso, y para la que hemos previsto una serie de actividades que darán más visibilidad a nuestra profesión y nos convertirán en el boca a boca de Compostela.

¡Os invitamos a recorrer JUNTOS el camino hasta HIDES COMPOSTELA, que se celebrará los días 20, 21 y 22 de octubre de 2017!

Os esperamos ●



JUNTOS HACEMOS CAMINO
XXIX CONGRESO NACIONAL HIDES
GALICIA 2017



QUIERE
¿FINANCIACIÓN FÁCIL?
PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



 **FINCLINIKS**
FINANCIACIÓN CLÍNICA

MANUAL RÁPIDO DE CONSULTA

Guía para higienistas en el trato de pacientes con diabetes

“Cuida tus encías, controla tu diabetes: información para el higienista dental” es una guía rápida de consulta en la que se recogen los puntos clave que un higienista dental debe tener en cuenta en el tratamiento de personas diabéticas. Cómo ofrecer información a los pacientes sobre la vigilancia periódica de la salud bucodental que las personas con diabetes tipo 1 y 2 han de llevar a cabo, o la necesidad de aplicar tratamientos dentales, especialmente si tienen periodontitis, son algunos de los aspectos que se recogen en esta guía.

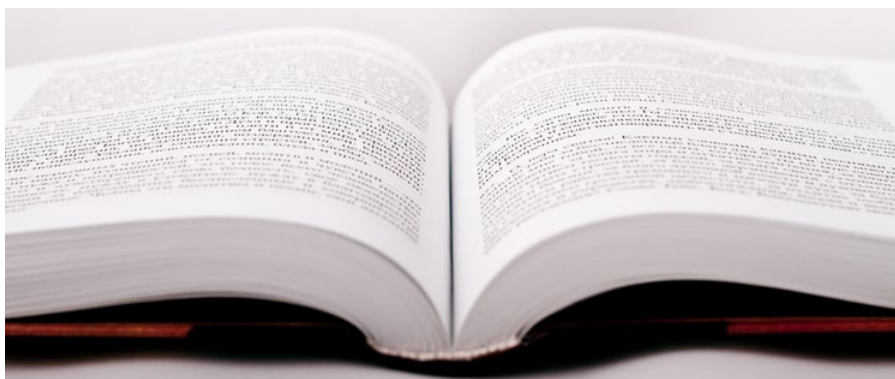
Este manual destaca la importancia de establecer estrategias de educación para la salud entre las personas que sufren diabetes, porque de su implicación en el tratamiento y autocuidado se derivará una mejor calidad de vida.

Protocolo de actuación

En este sentido, “Cuida tus encías, controla tu diabetes: in-

formación para el higienista dental” muestra la consulta dental como un espacio detector de pacientes diabéticos no diagnosticados y defiende la puesta en práctica de un protocolo de actuación según el tratamiento dental que se le practique. Los pacientes que sufren diabetes tienen hasta 3 veces más posibilidades de tener periodontitis. Esta enfermedad hace, a su vez, que los controles de glucemia sean más difíciles, pudiendo causar complicaciones en otros sistemas, como el cardiológico o el respiratorio.

Este documento forma parte de los compromisos adquiridos por el Grupo de Trabajo SEPA-SED, dentro de la Alianza por la Salud, una iniciativa de la Sociedad de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) en colaboración con la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Sociedad Española de Cardiología (SEC) cuyo objetivo principal es potenciar la prevención y detección precoz de enfermedades periodontales y su tratamiento, con el fin de evitar consecuencias más graves sobre la salud general •



EN EL MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE AMBAS ENTIDADES

Cruz Roja firma un convenio con Hides Asturias para mejorar la salud bucodental de los desprotegidos

La Asociación Asturiana de Higienistas Bucodentales (Hides Asturias) y Cruz Roja firmaron recientemente un acuerdo por el que el colectivo se compromete a desarrollar proyectos orientados a mejorar la salud bucodental de las personas en situación de extrema vulnerabilidad.

Los servicios que se ofrecen son una revisión para el diagnóstico, estudio periodontal, profilaxis, tratamiento de raspado y alisado

radicular, pronóstico de enfermedad periodontal y enseñanza para el mantenimiento de una correcta higiene oral, en el que a veinte pacientes se les realizará el tratamiento con la metodología y aparatología más novedosa.

El acuerdo será llevado a cabo dentro del curso "Técnicas Avanzadas en Periodoncia para Higienistas Dentales", organizado por ISIPP (International School of Implan-

tology Periodontics & Prosthodontics), en colaboración con Hides Asturias y que consta de siete módulos divididos en siete meses.

La Asociación destaca que con este tipo de acuerdos de colaboración quiere continuar su labor social como profesionales sanitarios y conscientes del compromiso que deben realizar en pro de la mejora y mantenimiento de la salud oral de los pacientes más desfavorecidos •

CANTABRIA SONRÍE

Hides Cantabria 2016 pone en valor el papel de los Higienistas en el sistema sanitario

El XXVIII Congreso Nacional de Higienistas, HIDES Cantabria 2016 se celebró en el incomparable marco del Paraninfo del Palacio de la Magdalena los pasados 21, 22 y 23 de octubre.

Este encuentro reunió a todos los profesionales Higienistas Dentales en un foro de intercambio de ideas y experiencias. Los talleres prácticos “La desinfección en el sector odontológico” y “Protocolo de prevención en función del riesgo de caries del paciente” tuvieron gran acogida entre los participantes.

Asimismo, durante el transcurso del evento se celebraron interesantes mesas redondas en las que se trataron temas de gran actualidad como “Diseño de la sonrisa”, “Com-

plicaciones en cirugía oral”, el “Papel del higienista en la cirugía guiada en implantología”.

“*El lema del Congreso "Cantabria sonrío" resume el momento crucial de la profesión dentro del sistema sanitario y ante toda la sociedad.*”

El lema del Congreso “Cantabria Sonríe” resume el momento crucial



de la profesión dentro del sistema sanitario público y privado, y ante toda la sociedad.

El evento contó con el apoyo de la industria y marcas como Sunstar, Oral B, AMA, Colgate, GSK, Orbit, Dentaïd y Johnson and Johnson, entre otros, estuvieron presentes en esta interesante cita.

Como complemento al programa científico Hides Cantabria 2016 contó con una fantástica agenda social alternativa que permitió a los asistentes disfrutar de la maravillosa ciudad de Santander •



ANTE UN AUDITORIO DE 200 PERSONAS

MozoGrau presenta la marca Ticare en el mercado chino

El acontecimiento tuvo lugar el pasado lunes 26 de septiembre, durante una gala celebrada en Shangai, organizada con motivo de la feria dental “China Dental Show” y que es, junto con las ferias de Beijing y Guangdong, de las más importantes del país.

La ceremonia de lanzamiento fue apadrinada por el Prof. Carlos Navarro Vila, Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid y Jefe de Servicio del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, el Prof. Wang Huiming, Catedrático de la Universidad de Zhejiang, Decano de la Facultad de Odontología,

Vicepresidente de la Sociedad China de Cirugía Maxilofacial y Vicepresidente de la Sociedad China de Implantología, y el Dr. Li, Presiden-

“*MozoGrau lleva varios años trabajando en este mercado y la evolución a Ticare está teniendo una gran acogida.*”

te saliente de la Sociedad China de Implantología.

Durante la ceremonia, el Profesor Navarro Vila impartió una charla magistral sobre “*Implantes en Pacientes Oncológicos*”. Posteriormente, el Prof. Wang y el Dr. Li dieron charlas sobre “*Estética*” e “*Implantología Digital*”, respectivamente.

MozoGrau lleva varios años trabajando en este mercado y la acogida de la evolución a Ticare está siendo recibida con gran entusiasmo por los resultados de los estudios de investigación avalados científicamente •





Elige
CALIDAD,



Elige
SONREÍR



24 horas

LEDUR



+



=



DURAMITE[®]
by LEDUR

La resina Duramite es la solución para las sobredentaduras tipo Locator

ICECROWN[®]
by LEDUR

- Zirconio
- Carillas
- Disilicato de litio
- ALTA CALIDAD
- ALTA ESTÉTICA



Especialistas en todo tipo de prótesis sobre implantes

Pioneros en CAD CAM e impresoras 3D

INFÓRMESE

91 173 15 18 / 91 172 68 06 / info@ledur24h.com / www.ledur24h.com

Laboratorio de estética dental urgente

SEGÚN UN ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

La gripe A afecta a los jóvenes con factores de riesgo

Un interesante estudio sobre la incidencia de la gripe A ha sido publicado por la revista científica Plos One. El trabajo, realizado por profesionales del Servicio de Neumología y de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, determina que esta enfermedad afecta en mayor medida a jóvenes con factores de riesgo.

Uno de los autores de la investigación, jefe del servicio de Neumología del HUMS, el doctor Salvador Bello, matiza que “este segmento de población más joven se vacuna en menor medida a pesar de contar con indicación de la administración de la dosis antigripal por problemas previos, como patologías crónicas”.

Sin embargo, “los mayores de 65 años tienen tradición de vacunar-

se de la gripe, pero hay gente por debajo de esa edad que a pesar de tener problemas (embarazo, diabetes, asma, inmunodeficiencias, problemas cardiacos, obesidad mórbida...) no se inmuniza y debería hacerlo”, afirma Bello.

Campañas de vacunación

Las estadísticas son claras, entre los pacientes más jóvenes afectados por el virus H1N1, había 48 vacunados y 70 no vacunados. De estos últimos, hasta un 40% tuvo una enfermedad grave frente al 20% de los que sí estaban inmunizados.

Según Bello, este segmento de población más joven y con mejor respuesta a las vacunas teóricamente está asumiendo, a largo plazo, un riesgo más alto de tener enfermeda-

des graves relacionadas con la gripe A y seguirá padeciendo estas complicaciones si no opta por la vacunación. El profesional aboga por la promoción de la inmunización entre jóvenes con factores de riesgo y campañas informativas de difusión que contrarresten las opiniones en contra del uso de las vacunas •



NINGÚN ESTUDIO AVALA QUE EL HUMO NO SEA TÓXICO

Los neumólogos rechazan el nuevo dispositivo que calienta el tabaco

Las compañías tabaqueras han lanzado al mercado un nuevo dispositivo que **calienta el tabaco**, pero no lo quema. De esta manera, el humo que se produce tiene **menos sustancias tóxicas** que el de la combustión. Sin embargo, el Doctor Carlos A. Jiménez Ruiz, Director de la **Unidad Especializada en Tabaquismo** de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, explica que “las tabacaleras lo anuncian como menos tóxico que el cigarrillo tradicional y aseguran que da más satisfacción que un cigarrillo electrónico, ya que la cantidad de nicotina que se puede inhalar es mucho mayor”.

Las tabacaleras no se marcan como objetivo que los consumidores dejen de fumar sino que el fumador persista en su hábito con

la tranquilidad de que está consumiendo un tabaco menos tóxico. Pero, según el Doctor Jiménez Ruiz “**no hay ningún estudio independiente** que avale que el humo que se produce cuando el tabaco se calienta, en lugar de quemarse, no sea tóxico”.



Estos nuevos productos responden a una estrategia de las compañías multinacionales que conocen la mala imagen del tabaco por las campañas de sensibilización realizadas por las Autoridades y son conscientes de que deben vender “alternativas” al tabaco.

“Por eso están tratando de comercializar productos que dicen que son menos tóxicos, como ya hicieron con las variedades light, que eran tan tóxicas como las normales”, explica el especialista en tabaquismo.

Ante este nuevo producto la posición de los neumólogos es clara: “Aunque el dispositivo elimine algunas sustancias, como profesionales de la salud **rechazamos cualquier producto que siga siendo tóxico**”, afirma el Doctor Jiménez Ruiz •



Su mejor recomendación
para la prótesis dental...
...tenerlo siempre cerca



**El Limpiador Corega®
elimina el
99.9%[†]
de las bacterias^{1*}**

Recomiende limpieza y protección
diaria con Corega®



1 Elimina el 99,9% de las bacterias causantes del mal olor en 3 minutos. [†]En pruebas de laboratorio. ^{*}Datos de archivo, GSK. MD#012-12, Febrero 2012. Corega es una marca comercial registrada del grupo de compañías GSK. CHESP/CHPLD/0001/16

EN MÉRIDA, YUCATÁN

Antonio Castaño Seiquer recibe la Medalla Anáhuac en Odontología

El pasado 27 de junio el Dr. Antonio Castaño Seiquer recibió en Mérida, Yucatán, la “Medalla Anáhuac en Odontología”, reconociendo la labor y entrega de un hombre visionario y comprometido con su profesión a través del amor al prójimo. Con este máximo galardón, la casa de estudios distingue a personas que por sus valores humanos y profesionales así como su contribución a la sociedad, representan el ideal formativo institucional.

El Dr. Antonio Castaño, es profesor titular de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Universidad de Sevilla. Desde el año 2009, preside la Fundación Odontología Social, Luis Séiquer (FOS), cuyo objetivo es acercar la odontología social a la mayoría de la población y formar en valores solidarios a los futuros odontólogos, contribuyendo a la mejora de la salud bucal y calidad de vida de miles de niños y adultos. Este doble fin docente-asistencial se aplica en tres continentes: América, Europa y África, atendiendo cada año a más de 7.000 personas.

A través de su Fundación, ha obtenido diversos premios, como el Premio AFA (Asociación de Fundaciones Andaluzas) en el año 2014, galardonado en la categoría de “Cooperación”. Además, es autor de numerosos libros, capítulos de libros, publicaciones y ponencias, y poseedor en sociedad de la patente: Caja de Retrovisión Múltiple.

Una gran labor solidaria

En esta ceremonia se contó con la presencia del **P. Rafael Pardo Hervás, L.C.**, Rector de la Universidad Anáhuac Mayab, quien hizo entrega de la distinción; **Dr. Narciso Acuña González**, Vicerrector Académico; **P. Ulises Peñúñuri Munguía,**

L.C., Vicerrector de Administración y Finanzas; además del **Dr. Jorge Eduardo Mendoza Mézquita**, Secretario de Salud de Yucatán, así como autoridades y directores, miembros de la Secretaría de Salud y Asociación Dental, alumnos, empresarios, licenciados y miembros del consejo consultivo.

Al finalizar, el catedrático presentó la conferencia “Regalando sonrisas en 3 continentes”, donde destacó que con su fundación ha buscado regalar sonrisas a quien más lo necesita, bajo el lema “Ayudar aprendiendo, aprender ayudando”, un proyecto que además de brindar atención odontológica, permite el crecimiento humano y profesional entre los alumnos que participan.

“*Con este galardón, la casa de estudios distingue a personas que, por sus valores, representan el ideal formativo institucional.*”

En su discurso explicó que desde 2012 trabajan en México en alianza con la Universidad Anáhuac Mayab, la Secretaría de Salud de Yucatán y con el DIF, beneficiando hasta la fecha a un promedio de ocho mil personas, alrededor de dos mil por año •



"UNA SONRISA PARA UN NIÑO CEUTÍ"

Convenio histórico en Ceuta para la atención bucodental integral de la población infantil vulnerable

El acuerdo alcanzado entre el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Ceuta y la Fundación Odontología Social Luis Seiquer (FOS) permitirá la atención bucodental integral de 50 niños/as ceutíes. Esta población infantil procede de colectivos desfavorecidos en situación de exclusión social o riesgo de ella. El programa se inicia en septiembre de 2016 y está previsto que finalice antes de 2017.

La Consejería de Asuntos Sociales e Igualdad realizará la captación y selección de la población beneficiada por el proyecto. La Consejería de Sanidad, Consumo y Menores aporta apoyo organizati-

vo y logístico a esta iniciativa. Las acciones preventivas y asistencia-

“*Este acuerdo permitirá la atención bucodental integral de 50 niños ceutíes de colectivos desfavorecidos.*”

les serán asumidas íntegramente por la Fundación Odontología Social Luis Seiquer (FOS).

La atención bucodental se llevará a cabo en la unidad móvil odontológica de la FOS. Este centro móvil sanitario se ha financiado gracias a la ayuda de la Obra Social La Caixa, que también financia el proyecto.

Desde el año 2009, Obra Social La Caixa se ha convertido en la entidad que más ayuda ha aportado a la Fundación Odontología Social, colaborando en la puesta en marcha de sus Centros Dentales de Sevilla, Gibralforte (Huelva), CETI Melilla, unidad móvil odontológica y en el proyecto “Una sonrisa para un niño ceutí” •



Obra Social "la Caixa"



Fundación Odontología Social
Luis Seiquer

SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) El Zika sigue siendo un grave problema



La Organización Mundial de la Salud (OMS), tras la Vª Reunión de la Comisión de Emergencia del Zika y la microcefalia, ha declarado el fin de la emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional pero ha matizado que éste sigue siendo “un grave problema para la salud global que requiere de una acción intensa y permanente”.

Los datos que aporta la comisión explican que, además, aún hay mu-

chas consecuencias del contagio de virus del Zika que se desconocen o no se comprenden, por lo que es necesario seguir con las actividades de investigación de la misma. Asimismo, la comisión considera que se deben establecer procedimientos sólidos y a largo plazo para luchar contra esta pandemia mundial porque los estudios han demostrado “la relación entre la infección por el virus Zika y la microcefalia”.

No obstante, la OMS declaró el fin de la emergencia de salud pública de importancia internacional, que fue declarada en febrero de 2016. Las recomendaciones temporales que ha venido haciendo hasta el momento la OMS servirán para conformar el mecanismo de respuesta contra este virus a largo plazo, que está previsto que se ponga en marcha próximamente •

FUNDACIÓN ODONTOLOGÍA SOCIAL

"Sonrisas en lugar de fusiles"

"Todo conflicto bélico es demoleedor. Más aún cuando se trata de una guerra civil. Ucrania ha sufrido una guerra de estas características. La solidaridad existe y, como prueba de ello, la Asociación Obras Cristianas de Gibraltón, (Huelva), ha recibido a 39 damnificados de la guerra de Donest, procedentes de la región de Crimea, en Ucrania. La mayoría, 28 de ellos, son niños. La mitad de ellos, huérfanos. Todos han perdido su referente familiar. Tampoco reciben apoyo de ningún Estado. Gracias a Obras Cristianas estos niños han cambiado nieve por

playa, desamparo por cariño, orfandad por atenciones.

En este contexto la Fundación Odontología Social está desarrollando un programa de odontología integral para este colectivo vulnerable. Educamos, motivamos y mejoramos su salud oral. Pero sobre todo damos y recibimos mucho cariño. Estos niños han sufrido mucho y agradecen infinitamente las muestras de afecto. El ejercicio de la odontología alcanza su máximo sentido cuando nos permite hacer felices a los que más lo necesitan. Ojalá podamos seguir trabajando con ellos en el futuro" •

“
La Fundación Odontología Social está desarrollando un programa de odontología integral para niños damnificados por la guerra de Donest.
”

Antonio Castaño.
(Presidente de la Fundación Odontología Social)



Fundación Odontología Social
Luis Seiquer



CAMPAÑA DE DENUNCIA

HIDES exige a la Administración respuesta ante el intrusismo

La Federación Española de Higienistas Bucodentales (HIDES) ha puesto en marcha una campaña de denuncia contra el intrusismo profesional que prolifera en el sector y que perjudica gravemente a este colectivo de trabajadores, además de poner en riesgo la salud de los ciudadanos, que en muchas ocasiones están siendo atendidos por personal que no cuenta con la formación exigida legalmente para trabajar como higienista.

HIDES, que representa a un importante colectivo de profesionales en toda España, recuerda que según los criterios establecidos por la Administración, todas las unidades de Salud Bucodental deben contar con “una plaza de odontología y una de higienista dependientes de Atención Primaria”, aunque la realidad es que se estima que hay más de 360 auxiliares ocupando plazas de higienistas, según datos de 2013.

Además, en las unidades de Salud Bucodental del País Vasco, Cataluña y Andalucía no hay ningún higienista, lo que supone una clara desigualdad respecto a la asistencia que se presta en otras regiones. Ante esta situación, la Federación exige la inmediata reconversión de las plazas ocupadas irregularmente por auxiliares en plazas de higienistas, así como la incorporación urgente de estos profesionales a los servicios de aquellas comunidades autónomas donde no están presentes en la actualidad.

HIDES pide a la Administración que proceda a realizar las inspecciones necesarias en clínicas dentales para comprobar la titulación de todos sus trabajadores, cumplien-

do así con su deber de proteger a los profesionales que ejercen debidamente y a todos los ciudadanos que acuden a estos centros de salud dental.

“*Todas las unidades de Salud Bucodental deben contar con una plaza de odontología y una de higienista dependientes de Atención Primaria.*”

La federación, además, solicita a los odontólogos que sólo contraten a higienistas titulados para desempeñar las funciones que les corresponden, evitando amparar a intrusos y el riesgo para los pacientes.

Supresión de cursos dirigidos a auxiliares e higienistas

HIDES también reclama a la Administración que suprima los cursos de formación dirigidos indistintamente a auxiliares e higienistas, ya que son diferentes categorías profesionales, con diferente formación académica, currículo y competencias profesionales. Actualmente existen Centros de Estudios y Academias que ofertan e imparten cursos de “Higienista Dental” en los que aseguran que el alumno recibirá impreso un Diploma del Curso Profesional de Higienista Dental y un certificado de aprovechamiento



del mismo. Esta práctica supone una actividad constitutiva de publicidad ilícita, competencia desleal e intrusismo profesional, ya que la profesión de Higienista Bucodental está regulada por la Ley 10/1986, sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental, desarrollada por el Real Decreto 1594/1994. Del mismo modo, la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, reconoce a los Higienistas en su artículo 3, dentro de los profesionales del área sanitaria de formación profesional, así como el Real Decreto 769/2014, por el que se establece el título de Técnico Superior en Higiene Bucodental y se fijan sus enseñanzas mínimas. El propio Real Decreto 769/2014 identifica en su artículo 2 el título profesional de la siguiente manera:

Denominación:

Higiene Bucodental.

Nivel:

Formación Profesional de Grado Superior.

Duración:

2.000 horas.

Familia profesional:

Sanidad.

Referente en la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación:

CINE-5b.

Nivel del Marco Español de Cualificaciones para la educación superior:

Nivel 1 Técnico Superior •

AMPLIANDO SUS INSTALACIONES

El Colegio de Higienistas de Madrid inaugura nueva sede

El pasado día 20 de octubre el Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Madrid inauguró su nueva sede colegial, situada en el Paseo de la Castellana, 143, en un local más amplio que el anterior con el fin de dar un mejor servicio a sus colegiados.

Durante el transcurso del evento se sirvió un cóctel al que asistieron numerosas personalidades del sector odontológico.

El acto comenzó con el discurso de la Presidenta, Dña. Soledad Archanco, haciendo un pequeño repaso y una breve reflexión acerca del origen, la gratitud y la visión de futuro que rodea a este momento.

La Presidenta hizo un repaso a la trayectoria del Colegio en sus palabras, *“desde su creación en 2002, y gracias al trabajo de los compañeros que han formado parte de las Juntas de Gobierno, el Colegio ha venido trabajando con las Administraciones Públicas, Autoridades Sanitarias, universidades, sociedades científicas y empresas del sector, para acercar la figura e importancia del higienista a la sociedad, apostando en todo momento por la formación como elemento fundamental para el desarrollo y reconocimiento de la profesión del Higienista Dental”*.



“ Desde su creación en 2002, el Colegio ha trabajado para destacar la figura e importancia del higienista, apostando en todo momento por la formación. ”



Sin duda, el Colegio ha experimentado un gran crecimiento en los últimos años, por sus aulas han recibido formación más de 8.000 profesionales y, cabe destacar que, en el año 2015, se celebraron 36 cursos presenciales, en los que participaron más de 1.000 alumnos. Ése ha sido uno de los motivos del cambio de ubicación de la sede colegial, poder cubrir la demanda de plazas, que no deja de crecer. En esta nueva localización se ofrece un espacio más adecuado para el desarrollo del programa de cursos presenciales, ampliando la capacidad del aula de formación, así como los destinados a la atención a los colegiados y de

la industria relacionada con la actividad profesional. Como expuso la Presidenta, *“podemos comprobar que, actualmente, el resultado de este trabajo es la presencia del Colegio en numerosos proyectos y acciones sociales, con el objetivo de convertirlo en una referencia ante el resto de agentes sociales. Aquel pequeño grupo de 79 personas se ha convertido en una institución de 1.800 colegiados, proporcionando a esta profesión, a través de esta nueva sede, unos servicios y unas estructuras modernas, que redundarán, finalmente, en la mejora de los servicios de salud de los ciudadanos”* ●

“
En esta nueva localización se ofrece un espacio más adecuado para el desarrollo del programa de cursos, así como la atención a los colegiados y de la industria relacionada.
 ”





**"Aviación para la salud",
un gran proyecto solidario**



Desde el año 2009, un gran equipo humano, conformado por médicos, odontólogos y pilotos, se dedica a volar miles de kilómetros a través del territorio venezolano para llegar a comunidades indígenas remotas de la Amazonia venezolana llevando asistencia médica/odontológica especializada a más de 10.000 indígenas de la etnia Pemón.

Estas comunidades tienen la particularidad de estar ubicadas en regiones sumamente apartadas rodeadas por selva, sabana y grandes elevaciones geográficas. La principal alternativa de enlace con centros urbanos es la vía aérea, lo cual es una forma de transporte limitada, arriesgada y costosa que determina que las condiciones de vida de los pobladores sean muy particulares. El acceso a los servicios básicos como agua corriente, electricidad, gas, telefonía fija y móvil es restringido y, en ocasiones, inexistente.

Alas ha logrado desarrollar una red de aviación civil voluntaria con la finalidad de transportar oportunamente personal médico y consumos hacia las comunidades indígenas. En esta red participan pilotos y dueños de aeronaves que voluntariamente apoyan las labores de la asociación civil. De otra manera, resultaría prácticamente imposible costear la operación en la zona.

Uno de los principales objetivos de la asociación civil es mantener centros de prestación de salud dotados con equipos y personal humano perfectamente cualificados. A través de convenios con prestigiosas instituciones y universidades nacionales e internacionales, estudiantes y profesionales de la salud viven a lo largo del año en las diferentes comunidades ofreciendo servicios médicos y odontológicos con un alto nivel de excelencia.



La autora, Carolina Hernández, con su marido

Para Alas, la atención odontológica tiene un especial interés, y es por eso que cada uno de los centros está perfectamente dotado con los mejores materiales y equipos para ofrecer todas las especialidades de la odontología. Los pasantes y odontólogos que hacen vida en los ambulatorios tienen el respaldo *in situ* o vía telemedicina de especialistas en las áreas de endodoncia, prótesis, periodoncia, cirugía maxilofacial y odontopediatría que garantizan la excelencia en los tratamientos realizados.

Otra actividad fundamental en Alas son los operativos médico odontológicos anuales, que se llevan a cabo con la finalidad de trasladar a la zona a especialistas

en diferentes áreas de salud para complementar la atención prestada durante todo el año y resolver aquellos casos de mayor complejidad. De esta manera, los indígenas cuentan con atención en las áreas de cardiología, medicina interna, traumatología, oftalmología, ginecología y en odontología los especialistas realizan prótesis fija y removible, endodoncia, atención de pacientes con hendidura labio-palatina, tratamientos complejos de odontopediatría, entre otros. Esta interacción, contribuye a generar mayor conocimiento científico en la zona, lo cual se ha evidenciado a través de premios y reconocimientos internacionales.

“

Alas ha desarrollado una red de aviación civil voluntaria con la finalidad de transportar personal médico y recursos hacia las comunidades indígenas.

”





Finalmente, otro pilar muy valioso en las actividades de Alas, es la participación comunitaria en las actividades de promoción de la salud, invitando a los pobladores a ser parte activa del equipo de trabajo. Se busca capacitar al personal local a través de programas educativos y técnicos con el objetivo de que en un futuro cercano sean los mismos pobladores indígenas quienes lideren su atención en salud y así mejoren su calidad de vida.

Definitivamente, la solidaridad y el trabajo en equipo con la convicción de ser mejores personas es la energía que mueve a Alas, Aviación para la salud ●

Dra. Carolina Hernández Ponce
Presidenta ALAS

El autismo, UN TRASTORNO POCO CONOCIDO

Hace unas semanas nos llegó la noticia de que el Servicio de Odontología del Hospital Gregorio Marañón había recibido un premio de la Federación de Autismo de Madrid por su contribución a la mejora de la atención bucodental a personas con Trastorno del Espectro Autista. Esta información nos animó a reservar un espacio en nuestra publicación para hablar del autismo, un trastorno poco conocido, difícil de definir, con una

sintomatología que, en ocasiones, puede confundir su diagnóstico. Para poder profundizar en el tema nos hemos puesto en contacto con la **Federación de Autismo de Madrid** que, a través de la psicóloga **Laura Hijosa**, nos ha contado detalles sobre estos trastornos, las terapias y tratamientos, y lo que representan esas entidades y asociaciones que prestan ayuda a estos pacientes y sus familias.

¿Qué es el autismo?

Los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) son un grupo de alteraciones de origen neurobiológico, aún desconocido, que afectan al desarrollo de la persona y que van a estar presentes a lo largo de su vida, produciendo unos cambios cualitativos y cuantitativos en su proceso cognitivo, modificando su manera de estar y de relacionarse con su entorno.

Hablamos de espectro porque los TEA comprenden un grupo de manifestaciones clínicas que, aunque comparten un núcleo común, muestran una gran variabilidad de conductas y expresiones.

La idea de tomar el autismo como un continuo, más que como una categoría única, nos ayuda a entender que, cuando hablamos de autismo estamos hablando de personas muy diferentes entre sí.

Dentro de las características comunes encontramos alteraciones en las siguientes áreas:

- **Relación social:** hay personas con TEA que no muestran interés en relacionarse y hay otras que se relacionan mostrando alguna dificultad en sus habilidades sociales.
- **Comunicación:** que puede darse a nivel expresivo y/o a nivel comprensivo. Encontramos personas con TEA que no llegan a alcanzar destrezas comunicativas, otras que se comunican mediante el uso de sistemas aumentativos o alternativos de comunicación, y otras que tienen habilidades lingüísticas fluidas, pero que tienen dificultades para utilizarlas de manera funcional.
- **Comportamiento:** suelen presentar intereses y conductas repetitivas e inflexibles, dificultad para afrontar cambios, también a diferentes niveles.
- **Imaginación.**

Aunque estas alteraciones no tienen cura, pues el autismo no es una enfermedad, sí son susceptibles de mejora con los apoyos, recursos, servicios y tratamientos adecuados.

¿Cuáles son las terapias y tratamientos para el autismo?

El objetivo de todo tratamiento, intervención o terapia debe ser siempre el desarrollar las máximas capacidades de la persona con TEA, de modo que en su vida logre ser lo más autónoma y lo más feliz posible, a la vez que alcance la máxima integración en la sociedad.

Además, toda intervención terapéutica debe siempre adaptarse a las características particulares de cada persona con TEA y a su entorno familiar y social. Debe presentar una programación de objetivos individualizada y mantener una continuidad tanto del personal como de los lugares y los tiempos, de modo que se aseguren los aprendizajes.

En caso de que intervengan varios profesionales en un tratamiento, o de que se apliquen varios tratamientos complementarios, la coordinación entre todos los profesionales y la familia es fundamental.

El tratamiento a utilizar debe también estar contrastado científicamente, de modo que sus beneficios estén comprobados, no dejándose estafar por terapias que prometen la cura del autismo o que ofrecen tratamientos sospechosos y no fundamentados.

Por otro lado, es importante destacar que el grado de incidencia de los TEA ha aumentado a lo largo de los últimos años. Actualmente las cifras que se manejan en los estudios epidemiológicos realizados en

Europa, apuntan a una prevalencia de aproximadamente 1 caso de TEA por cada 100 nacimientos (Autism Europe 2015); Además, el autismo se presenta cuatro veces más en hombres que en mujeres.

Teniendo en cuenta toda esta realidad se hace imprescindible que la sociedad en general conozca que son los TEA, se eliminen mitos y malas informaciones sobre ellos, de cara a favorecer una verdadera inclusión de este colectivo, inclusión que debe darse en todos los ámbitos de la vida: sanidad, educación, empleo, ocio, etc.

Si bien es cierto que, a lo largo de los últimos años, se han logrado avances en todos los sentidos, llegando a estar posicionada España como uno de los países más punte-

ros en el campo de los TEA, es fundamental seguir alcanzado mejoras que son urgentes.

Desde la Federación Autismo de Madrid y sus entidades federadas, se trabaja para que estas necesidades y estos derechos se cubran, ofreciendo información, formación, asesoramiento, campañas de sensibilización social, labor institucional, comisiones de trabajo, defensa de derechos y un largo etcétera.

A las familias de las personas con TEA siempre les recomendamos que se informen y que se asesoren. Desde Autismo Madrid siempre estamos a su disposición y pueden contactar con nosotros cuando consideren, igual recomendación hacemos a los profesionales que estén interesados en este ámbito.

Asociaciones y entidades de apoyo a pacientes con autismo

Existen diversas asociaciones y entidades que proporcionan toda la información y apoyo necesario para poder ayudar a mejorar la calidad de estas personas y sus familias.

En la Comunidad de Madrid la Federación de Autismo está compuesta por varias asociaciones:

Antares, Cepri, Araya, Afanya TGD, ProTGD, Nuevo Horizonte, Sumate+A, IPP Quintero Lumbreras, AUCAVI.

Todas estas organizaciones tienen como punto común su vocación de movilización de la sociedad hacia estados de mayor tolerancia, aceptación de la diversidad, y afianzamiento de las ideas de la solidaridad, al cuidado de los más débiles y la justicia social.



Atención Bucodental en Araya

La atención bucodental de este tipo de pacientes no es tarea sencilla, requiere una sensibilidad y dedicación especial. Araya, un colegio de educación especial concertado que escolariza a personas con trastornos del espectro autista, cuenta con un servicio de atención odontológica que presta servicio una vez por semana en sus instalaciones. **Inmaculada Izquierdo**, Directora del Colegio, nos ha contado los detalles de esta interesante iniciativa que se lleva a cabo gracias a la colaboración de la Coordinadora del Máster de Odontopediatría de la Universidad Europea de Madrid, **Paola Beltri**, y sus alumnos, que

participan como voluntarios en esta actividad.

Inmaculada Izquierdo nos comenta que “hace bastante años empezamos un plan de mejora de la salud, a nivel general, para poder hacer una desensibilización a todos los aspectos médicos. En una primera fase hacemos una desensibilización dentro del cole, montamos una consulta médica, con todo el instrumental que podemos reunir, semanalmente, y en cada aula se hace simulación de una consulta. Se tumba al niño en un sofá, abre la boca, se le ausculta, etc..., en un segundo paso, vamos a la consulta real de pediatría y de enfermería al ambulatorio que tenemos aquí al lado”.

En estas actividades de simulación de consultas se trata de “mostrarles de una forma didáctica todo este procedimiento, e ir informándoles, para que estén tranquilos. Tenemos unos pictogramas que les vamos mostrando, para que estén informados de todas las acciones que se van a hacer y no se asusten”.

Consulta de Odontología

“Con la consulta de odontología llevamos dos años, cuando una profesora del cole conoció a Paola, la Coordinadora del máster de Odontopediatría de la Universidad Europea. Ella y su equipo vienen una vez a la semana, y se ocupan de atender



a los niños, les hacen exploraciones bucales, limpiezas de boca, les dan flúor. Previamente, al igual que he comentado antes, se sientan con el paciente, que está acompañado por su monitor, y van explicándoles con pictogramas, y paso a paso, todas las acciones que van a realizar. Con ello generan un clima de tranquilidad y confianza en el paciente”.

El equipo y el material empleado en esta “consulta” ha sido cedido por la Universidad Europea, que apoya esta iniciativa, aunque es una actividad extracurricular del Máster, voluntaria.

Inmaculada Izquierdo también nos comenta cómo llevan a cabo la “formación” del equipo de odontólogos para tratar a estos pacientes. “Al iniciar esta actividad en el Colegio Araya, Paola Beltri, coordinadora del Máster de Odontopediatría, y su equipo de voluntarias, recibieron una serie de pautas por parte de los profesores del colegio para poder tratar a estos pacientes. Ellas están acompañadas por su tutor en todo momento., ya que si tienen un día

malo, ellos advierten a las odontólogas cómo tratarlos”.

Tanto Inmaculada Izquierdo como Paola Beltri comentan que “si hubiera mucha más prevención no habría problemas para desarrollar estos tratamientos. No obstante, nos hemos sorprendido al ver cómo tienen la boca muchos de los niños de este colegio porque, en general, la tienen bastante bien. Se nota que sus familias se han tomado muy en serio el tema de la prevención, de la limpieza bucal, las tienen muy bien cuidadas”.

Añaden que, “aquí en Araya les hacemos mucho hincapié en el lavado de dientes tras comer, ya que, en muchos casos, la medicación que toman tiene mucho azúcar y por eso tienen que extremar esas medidas de limpieza”.

Araya es un colegio financiado por la Comunidad Autónoma de Madrid. Según las responsables de esta actividad “sería necesario más apoyo económico, para que la gente no tenga que trabajar siempre como voluntaria. Este programa no forma parte de un procedimiento

de la comunidad, es a título particular de este centro y con apoyo de voluntarios. Necesitaríamos ayuda, que nos financiaran gastos de quirófanos, gastos médicos para poder llevar a cabo operaciones, extracciones, y todo tipo de acciones. Si nos cubrieran los gastos hospitalarios nosotras podríamos ir a prestar servicio a los hospitales de forma voluntaria, pero eso no sucede”.

Paola Beltri, coordinadora del Máster de Odontopediatría, comenta por su parte que “se podría hacer mucho más sobre este tipo de pacientes. Nosotras estamos realizando esta actividad gracias al apoyo de la Universidad Europea de Madrid. No obstante, necesitaríamos ayuda para poder financiar más tratamientos.”

Pero, según Beltri, ésta “es una experiencia súper gratificante, todas las voluntarias creen que hemos conseguido muchas cosas y están encantadas de poder participar en esta iniciativa. La intención es continuar el año que viene con este programa. Personal humano no nos falta, y en cuanto a los recursos, tendremos que buscarlos” ●

Paola Beltri, coordinadora del Máster de Odontopediatría de la Universidad Europea de Madrid, con su equipo de voluntarias en Araya.



ORALTHBCN

FÓRUM DENTAL Y SALUD ORAL

REPORTAJE
Fira Barcelona

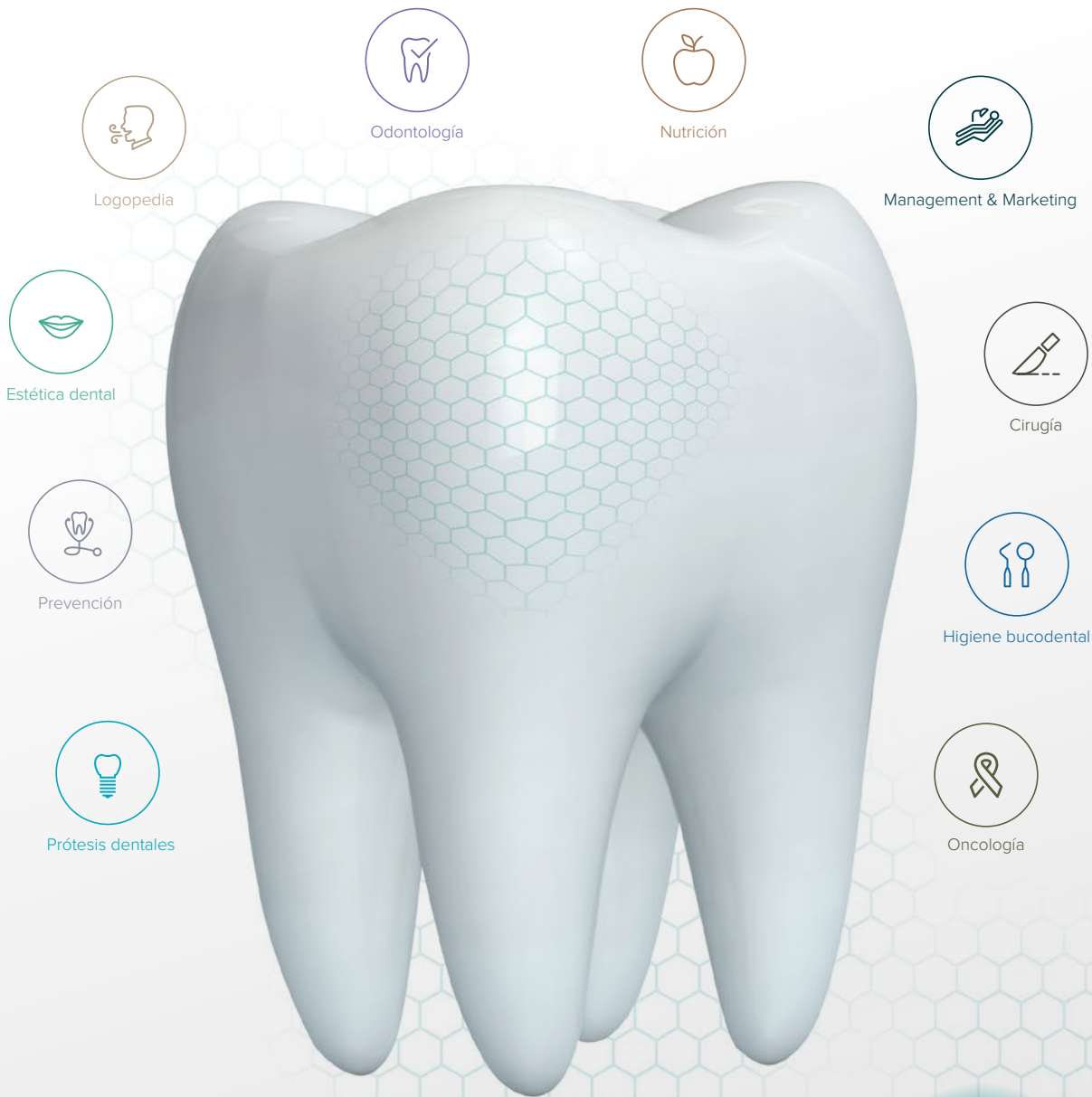
11-13 MAYO 2017

RECINTO GRAN VIA

WWW.ORALTHBCN.COM



LA RED MÁS COMPLETA DE EXPERTOS EN SALUD ORAL



FDM FORUM DENTAL Internacional

EVOLUCIONA Y SE TRANSFORMA EN **ORALTHBCN**

FÓRUM DENTAL Y SALUD ORAL

SOL ARCHANCO

“El Colegio Profesional debe ser un referente para la profesión y prestar servicios al higienista”

Sol Archanco preside el Colegio de Higienistas de Madrid, el más numeroso a nivel nacional con cerca de 2.000 colegiados. Y, debido a su crecimiento, ha cambiado su sede social recientemente. Su presidenta nos cuenta en esta entrevista sus impresiones sobre la situación de la profesión y los servicios que el Colegio de Madrid ofrece a sus colegiados.

MARÍA JOSÉ GARCÍA



Higienistas de hoy: *El Colegio de Higienistas de Madrid es el más numeroso de España con 1.800 colegiados, siendo la institución de referencia de la profesión en nuestro país. ¿Qué significa para usted presidir este colectivo profesional?*

Sol Archanco: Efectivamente, el Colegio de Higienistas de Madrid, en su corta existencia, (2002) se ha convertido en la Institución de referencia de esta profesión sanitaria, esperando alcanzar en breve la cifra de los 2.000 colegiados, lo cual me produce un doble sentimiento. Por una parte, un sentimiento de responsabilidad por gestionar de la forma más profesional posible el Colegio y los intereses de los higienistas dentales que lo componen, y por otra, un sentimiento de orgullo por haber liderado, junto a ellos, los avances de la profesión en los últi-

mos años, consiguiendo la presencia institucional y el reconocimiento que esta profesión merece.

HDH: *Como Presidenta del Colegio, ¿de qué proyectos se siente más orgullosa desde que ocupa este cargo?*

SA: Desde sus comienzos nos fijamos dos metas: una, que el Colegio Profesional debía ser un referente en la profesión, y otra, convertirlo en un “Colegio de Servicios” para el higienista; y a partir de esa filosofía, nos planteamos objetivos en distintas áreas. En el área institucional, queríamos que la Administración reconociera y contara con el higienista para los proyectos y planes de salud de la población, y lo hemos logrado. En el área de desarrollo profesional, las principales sociedades científicas y los laborato-

rios, tienen clara la importancia de la figura del higienista en la salud dental y prueba de ello es que ya, de forma habitual, cuentan con nosotros en la elaboración de proyectos conjuntos y en la incorporación de nuestros profesionales a sus paneles de expertos. En el área social, hemos logrado sensibilizar a la Administración de la importancia que tiene para los pacientes el hecho de que los higienistas que les atiendan sean profesionales sanitarios debidamente titulados, y consecuencia de ello son las acciones de inspección de la Consejería de Sanidad, así como las sentencias condenatorias por intrusismo que está consiguiendo el Colegio. Y, a nivel de “servicios” específicos prestados al colegiado, podríamos destacar, en primer lugar, la formación continua, con una oferta formativa de más de 70 cursos anuales, ya sean



presenciales o e-learning, la cobertura gratuita de la póliza de responsabilidad civil que establece la Ley 44/2003, el asesoramiento jurídico a los colegiados, la bolsa de empleo, la revista digital, etc., y todo ello con una cuota mensual que es la más baja de cualquier otro Colegio Profesional.

Y todo ello hace que te sientas orgulloso de la profesión que presides.

HDH: *Han pasado treinta años desde que la Ley 10/86 reconociese el papel de la higienista como profesión sanitaria titulada. ¿Cómo ha sido el camino recorrido hasta hoy?*

SA: La sociedad española ha sufrido una profunda transformación. Atrás quedó la imagen del dentista individual haciendo su trabajo de forma aislada con la ayuda de una auxiliar. En la actualidad, en el sector dental son los equipos multidisciplinares quienes marcan el modelo a seguir; la colaboración entre profesionales (dentistas e higienistas) es el modelo que la sociedad moderna exige. Además, los avances técnicos y científicos han cambiado el perfil de las profesiones en general, creándose nuevas áreas y actuaciones que hace años no podían pensarse, y esto es de aplicación, también, al sector dental.

Esa nueva forma de entender el trabajo, mediante equipos de profesionales, ha hecho que en los últi-

“
Atrás quedó la imagen del dentista individual haciendo su trabajo de forma aislada. Actualmente el modelo lo marcan equipos multidisciplinares.
”

mos 30 años, la figura del higienista se haya transformado radicalmente adquiriendo unos niveles de preparación y capacitación para las nuevas técnicas y habilidades que les lleva a ser imprescindibles colaboradores en las nuevas áreas y especialidades que han surgido.

HDH: *El intrusismo es un problema que afecta en mayor o menor medida a todas las profesiones. ¿Cuál es la situación de la profesión de higienista?*

SA: El intrusismo es una lacra en todas las profesiones. Y es verdad que existe intrusismo en esta profesión, pero también es cierto que el Colegio de Higienistas de Madrid ha sabido concienciar a la Administración de ese grave problema para el ciudadano, y ha encontrado la colaboración de los Servicios de Inspección de la Consejería de Sanidad de Madrid, para vigilar la

presencia de falsos higienistas en las clínicas dentales, que actúan sin la titulación académica o la colegiación obligatoria. Un modelo de colaboración que está funcionando magníficamente y está sirviendo para corregir numerosas irregularidades, en las clínicas dentales.

Por otra parte, el Colegio no ha dudado en interponer las oportunas querrelas criminales, cuando ha tenido conocimiento de situaciones explícitas de intrusismo; y un ejemplo es que, desde el año 2007 a hoy, se han tramitado y finalizado, con sentencia firme, cinco querrelas, terminando todas ellas con condena penal para el intruso, la última el pasado mes de julio. Además de estas actuaciones, nuestros servicios jurídicos, analizan e investigan cualquier denuncia recibida, por si pudiera ser constitutiva de delito.

HDH: *El paro es un mal que afecta a todos. ¿Cómo incide específicamente en su colectivo?*

SA: Nuestro deseo es que ninguno de nuestros colegiados sufra la situación de desempleo. Estadísticamente, y por los datos que nos facilitan, el desempleo entre nuestros colegiados se sitúa en el 1%. Para alcanzar esto trabajamos para dotarlos de una alta cualificación profesional, mediante la formación continuada y el reciclaje, lo cual les permite alcanzar un alto valor profesional que les ayuda a mantener su trabajo y a acceder a oportunida-

“

Contamos con una plataforma digital abierta a todos los profesionales que ya ha formado a más de 1.700 higienistas.

”



des laborales. Igualmente, tenemos cursos de orientación laboral y una bolsa de trabajo, a través de la plataforma digital propia www.empleodental.es

También hemos creado la figura del “Precolegiado”, con el fin de ayudar a los estudiantes a incorporarse a la vida laboral, facilitándole el acceso a los servicios del Colegio y en especial a su formación especializada, y mejora de su curriculum, que les facilite el acceso al mercado laboral.

HDH: *La formación es una de las grandes apuestas de los Colegios de higienistas dentales. ¿Qué oferta de cursos propone el Colegio de Madrid a sus colegiados?*

SA: El compromiso del Colegio de Madrid es con todos los higienistas de España por lo que, conocedores de las dificultades que, a veces, existen para acudir presencialmente a los cursos, creamos “e-higiene”. Una plataforma digital abierta a todos los profesionales y que desde su creación, en 2010, ha formado ya a más de 1.700 higienistas. Por otra parte, la constante demanda de formación de nuestros colegiados ha hecho que, prácticamente, durante todos los fines de semana del próximo curso exista actividad docente en el Colegio y, además, diversificada en todas las áreas: odontología tradicional, holística, nuevas tecnologías, gestión de clínicas, habilidades profesionales, etc.. Esta actividad, tanto por su volumen como por la calidad de sus cursos y docentes, ha hecho que se sigan incorporando a este programa formativo nuevos laboratorios, como colaboradores y patrocinadores.

HDH: *¿Qué relación mantienen con el resto de Colegios y Asociaciones de higienistas?*

SA: Mantenemos unas relaciones especialmente cordiales con todos los Colegios de España. Igualmente mantenemos buenas relaciones profesionales con las asociaciones de aquellas comunidades autónomas, cuyas asambleas regionales no han tenido la voluntad política de crear los correspondientes Colegios oficiales de higienistas en sus autonomías.

Igualmente, hemos asesorado a grupos de higienistas de otras regiones que han sentido la inquietud política de crear los Colegios oficiales en sus comunidades al comprender que, como Corporación de Derecho Público, el Colegio es el interlocutor idóneo ante la Administración.

HDH: *¿Cómo es su relación con los Colegios Profesionales de Odontólogos? ¿Y con el resto de instituciones sanitarias, universidades, etc.?*

SA: El espíritu del Colegio de Madrid es ser una institución abierta y colaborativa; en su filosofía está trabajar para mejorar la calidad de la sanidad dental y la protección de los pacientes y consumidores, por lo cual nuestras relaciones con las instituciones implicadas en el mismo objetivo son excelentes, y con ello nos referimos no solo a los Colegios profesionales de odontólogos, sino también a las principales sociedades científicas, centros de formación reglada, universidades y departamentos sanitarios de la Comunidad de Madrid.

HDH: *Acaban de inaugurar nueva sede. ¿Qué novedades aporta este nuevo emplazamiento?*

SA: Mucho han cambiado las necesidades del Colegio desde su creación, en 2002, hasta hoy. De los 79 colegiados iniciales, hemos pasado a casi 2.000 en la actualidad. La nueva sede, en Paseo de la Castellana 143, está bien comunicada por transporte público y dispone de una estructura y dimensiones, que hace cómodas y sencillas las gestiones profesionales que realizan los colegiados. La nueva sede dispone, además del área administrativa, de un área específica de biblioteca para el estudio y consulta, un área de atención al colegiado y, sobre todo, ofrece unas magníficas instalaciones para los cursos de formación.

HDH: *¿Considera que son un colectivo profesional reconocido por pacientes y otros profesionales sanitarios?*

SA: Sin duda se está produciendo un reconocimiento, cada vez mayor, por parte de pacientes y personal sanitario. La necesidad de trabajar mediante equipos disciplinares ha hecho que se aumente el reconocimiento de la figura y competencias del higienista para la salud de la población, tanto por parte de las autoridades sanitarias, como por los propios dentistas, — que cada vez se apoyan más en el higienista—, como por parte de las Sociedades Científicas y Laboratorios que, conscientes de la creciente importancia de esta profesión, incorporan al higienista a sus foros y paneles de expertos ●

PIDE TODO
LO QUE QUIERAS



TODAS LAS VECES
QUE QUIERAS



antón^{s.l.}
asistencia
técnica

Y recibe asistencia todas las veces que lo necesites



Servicio Integral de
Suministros Dentales
Antón, s.l.

+34 944 53 06 22
www.antonsl.es

MANUEL CAMPO VIDAL

"La capacidad de escucha es fundamental para ser un buen comunicador"

Manuel Campo Vidal es un polifacético profesional con una larga trayectoria en los medios de comunicación de nuestro país desde hace más de tres décadas. Periodista, escritor, presentador de televisión, sociólogo, presidente de la Academia de las Ciencias y las Artes de Televisión de España y del Instituto de la Comunicación Empresarial es muy conocido por el gran público por su faceta como moderador de los debates políticos entre los candidatos a la Presidencia del Gobierno de las últimas convocatorias electorales. Como experto en Comunicación es un apasionado de la formación en esa área dirigida a directivos del mundo empresarial.

MARÍA JOSÉ GARCÍA



Odontólogos de hoy: *Usted desarrolla parte de su actividad dando conferencias sobre comunicación a empresas. ¿Cómo valora el nivel que tiene la empresa española a la hora de afrontar sus planes de comunicación?*

Manuel Campo Vidal: Creo que durante años la empresa española no se tomó demasiado en serio la comunicación. Ahora esa situación ha cambiado porque todo el mundo ha visto que la comunicación es básica, los profesionales cada vez acuden más a cursos de comunicación porque saben que no solamente tienen que ser excelentes en su trabajo, sino que también tie-

nen que saber contar bien, se trata de un proceso de aceptación de la comunicación y aprendizaje.

“

Durante años la empresa española no se tomó demasiado en serio la comunicación. Ahora todo el mundo ha visto que es básica.

”

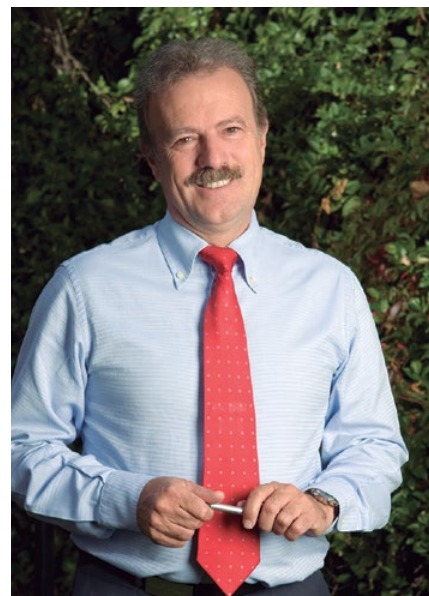
Si tú no cuentas bien lo que ocurre en tu empresa no se va a tener

la percepción de que es una empresa que vale la pena. Una mala "puesta en escena" de tu empresa puede ser aprovechada por la competencia, con lo cual este tema se convierte en vital, estratégico.

ODH: *Usted es un profesional polifacético: periodista, docente, escritor,... ¿con cuál de esas actividades disfruta más?*

MCV: Me gusta la comunicación en todos sus ámbitos, dar conferencias, hacer programas de televisión, de radio, y todos los fines de semana escribo una crónica.

Me gustan todas las formas de comunicación. También me gus-



ta mucho organizar, planificar, ver cómo se pasa de la idea a una realidad. En nuestro Instituto de Comunicación Empresarial ofrecemos formación a profesionales de todo tipo: directivos, emprendedores, gente joven que empieza su carrera, etc., y disfruto mucho organizando los cursos que luego impartimos.

ODH: *¿Cómo se comunica en España? ¿Cómo se aprende a comunicar?*

MCV: Todo el mundo cree que en España los políticos no comunican bien, pero si los ponemos en relación a cómo se comunica en Europa creo que están en la media. En nuestro país hay comunicadores francamente buenos porque se han preocupado de progresar en comunicación o porque han tenido un microclima familiar en el que la comunicación era importante.

Por ejemplo, Gabriel García Márquez siempre ha contado que su madre siempre le relataba historias a la hora de comer y él, posteriormente, a la hora de escribir sus novelas bebió de esa capacidad narrativa de su madre. Por eso, personajes que han crecido con familiares con una buena capacidad narrativa, han tenido ventaja y seguro que eso les habrá servido mucho en su desarrollo posterior y se habrán convertido en buenos comunicadores.

Creo que Felipe González o Adolfo Suárez tenían una inteligencia comunicativa alta, pero por poner otro ejemplo, José María Aznar en sus inicios no era un buen comunicador al principio, pero años más tarde colocaba magníficamente sus mensajes. Detrás de ello había una gran preocupación por la comunicación, una perseverancia por aprenderla y muchos cursos de comunicación que formaban parte de la convicción de que para su trabajo era fundamental.

Hay que prepararse, asistir a cursos, porque la técnica para estar más cómodo comunicando se puede practicar y es fundamental para que el orador se encuentre más tranquilo y confiado.

ODH: *¿Qué cualidades debe tener un buen comunicador? Muchos de nuestros lectores son profesionales de la odontología que, a menudo, participan en congresos, seminarios, jornadas científicas, etc., ¿Qué consejos puede ofrecer a nuestros lectores para "hablar en público" de forma eficaz?*

MCV: La pasión es fundamental en el mundo profesional y apasionarse por la comunicación es tan importante como por cualquier otra disciplina. Si uno es una persona atenta que sigue los telediaros, observa las conferencias que se dan en los congresos o eventos a los que asiste, esa persona tiene

“

Hay que prepararse, asistir a cursos, porque la técnica para estar más cómodo y confiado comunicando se puede practicar.

”

mucho ganado. Esto, unido al entrenamiento y a una importante capacidad de escucha, es vital para la formación de un buen comunicador. Vivimos en una sociedad que escucha poco, aquí hay mucha gente que viene a "hablar de su libro" y no se para a escuchar a los demás. Seguramente, los odontólogos tendrán que escuchar más a sus pacientes, los periodistas a los que nos leen o nos siguen a través de la televisión, los políticos a quienes les votan y a los que no les votan y, en el caso de las empresas, deben escuchar mucho más a los clientes. Allí donde la escucha se emplea como "bandera" se comunica mucho mejor, es clave.

ODH: *¿Qué consejos le darías a los odontólogos para convertirse en buenos comunicadores?*

MCV: Creo que hay muchos cursos de formación en las empresas, en



todos los ámbitos, pero pocos en comunicación. Me parece importante que haya formación de seguridad en el trabajo, informática, pero creo que la comunicación hay que normalizarla, hay que enseñar a comunicar y enseñar a escuchar. En el área de los lectores de vuestra revista, los odontólogos, y para todos los profesionales de la sanidad en general es clave saber escuchar al paciente.

ODH: *En los últimos años España ha atravesado una gravísima crisis económica de la que aún nos estamos recuperando. Muchas empresas han prescindido de sus profesionales de comunicación y marketing para ajustar sus costes. ¿Qué opinión le merece esta estrategia empresarial?*

MCV: La crisis nos ha traído demasiados recortes que han incidido mucho más en nuestras insuficiencias. Como se da la circunstancia de que la comunicación era importante para muchas empresas pero no era algo asignado, no se promovía desde el convencimiento, ha sido fácil suprimirla y ahí han encontrado muchos problemas algunas empresas.

ODH: *¿Qué recomendaciones daría para superar el miedo escénico?*

MCV: Lo ideal hubiera sido que el sistema educativo español hubiera

“

Lo ideal sería que el sistema educativo español contara con actividades obligatorias como teatro o debate, y así tener herramientas para superar el "miedo escénico" desde pequeños.

”

contado con actividades obligatorias como el teatro o el debate para poder tener suficientes herramientas desde pequeños para superar ese "miedo escénico", pero al igual que se supera el miedo a volar, ese cosquilleo que sentimos al hablar en público también se puede "trabajar", se puede vencer con una relativa facilidad. No comunicar bien dentro de las empresas, aunque sean muy pequeñas, limita a todos los efectos las posibilidades empresariales.

ODH: *¿Qué proyectos está desarrollando en estos momentos?*

MCV: Estoy impulsando una escuela de negocios que se llama Next, la estamos desarrollando en el Instituto de Comunicación

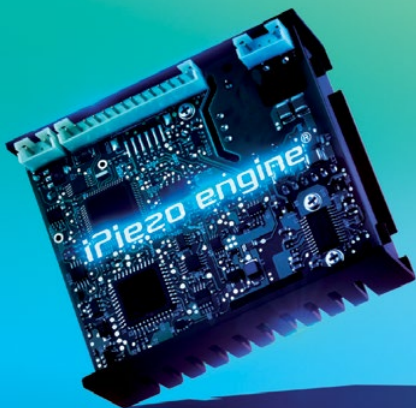
Empresarial y estamos muy contentos, ya que ya tenemos 200 matrículas de personas que vienen de 10 países diferentes, para hacer cosas diferentes. Por supuesto, haremos comunicación, *Big Data*, ciberseguridad, estudios que nos conducen a las profesiones del futuro. Estoy apasionado con esto. Vamos a cumplir 10 años en el Instituto por el que han pasado 10.000 personas •



HIGIENE BUCAL AMPLIA VERSATILIDAD

Ultrasonido multifuncional para higienistas y dentistas
Desde la escarificación hasta la endodoncia gracias a su extensa gama de puntas

Varios 970 iPiezo engine®



1.599 €*
2.721 €*

MODELO **Varios 970 LED**
CÓD. DE PEDIDO **Y1001168**
• Con Luz LED



NSK

CREATE IT.

NSK Dental Spain SA
www.nsk-spain.es

Módena, 43 · El Soho-Európolis · 28232 Las Rozas de Madrid · tel: +34 91 626 61 28 · fax: +34 91 626 61 32 · e-mail: info@nsk-spain.es

* Los precios no incluyen IVA • Oferta válida hasta el 31 de julio de 2016

JOSÉ LUIS SAMBEAT

“Los trastornos alimenticios tienen un trasfondo mental mucho más importante que el endocrino o metabólico”

José Luis Sambeat Vicien es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza, Experto universitario en Diagnóstico y tratamiento de la obesidad por la UNED y Experto universitario en Coaching personal ejecutivo por la Universidad de Salamanca. Desde el año 1989 ha tratado a más de 9.000 pacientes en temas de nutrición y sobrepeso. Se ha dedicado a este campo de la medicina porque desde siempre se ha considerado un comedor compulsivo, y ha querido investigar todas las posibilidades para afrontar su propio problema.

MARÍA JOSÉ GARCÍA



Odontólogos de hoy: *Tras licenciarse en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza decidió especializarse en temas de nutrición y sobrepeso. ¿Por qué eligió dedicar su actividad profesional a estas disciplinas?*

José Luis Sambeat: Realmente fueron las circunstancias personales las que me fueron llevando a ello. Cuando abrí mi consulta, ésta estaba orientada hacia la medicina General, pero el hecho de convertirme en emprendedor me sometió a una ansiedad que derivó en un aumento de mis ingestas. Siempre he sido un comedor compulsivo que he calmado mis

momentos de intranquilidad comiendo. En aquellos años, el uso de la comida como un ansiolítico me provocó un aumento importante en el peso. Aquello trajo como consecuencia que me dedicase a estudiar más profundamente el metabolismo, para intentar encontrar una solución a mí, por aquel entonces, acuciante problema de sobrepeso. En la carrera de medicina, durante los seis años que duran los estudios generales, recibimos muy poca información sobre nutrición y alimentación. Básicamente ésta se limita a mostrarnos que para perder peso tiene que haber un balance negativo entre las calorías que se ingieren

y las calorías que se queman. En la mayor parte de los casos esto se traduce en tener que pasar ham-

“ *Hemos ido progresivamente abandonando la alimentación tradicional y sana por la prefabricada.* ”

bre. Yo, como comedor compulsivo, me veía incapaz de solucio-



nar mi problema con las teorías clásicas, por lo que decidí buscar alguna alternativa menos “dura” para perder los kilos que había incorporado a mi cuerpo. Fue esta circunstancia la que me hizo dedicarme de lleno al estudio del metabolismo y la nutrición.

ODH: *¿Cuál es la raíz del sobrepeso y la obesidad?*

JLS: Evidentemente el problema, mejor dicho el origen del problema, está en un mal balance energético dentro del organismo. Si consideramos al cuerpo humano como un sistema únicamente metabólico, la raíz del problema es clara: comemos más calorías de las que quemamos. Pero quizás el principal error de la medicina, por lo menos hasta ahora, es que ha considerado, en este aspecto, al ser humano como una máquina energética; desdeñando la vertiente emocional. En una gran parte de los casos el trasfondo mental es mucho más importante que el trasfondo endocrino o metabólico. Si a eso le unimos el progresivo deterioro en los hábitos y costumbres de alimentación que en estas últimas generaciones estamos adquiriendo tendremos como resultado un desgraciado aumento de sobrepeso y de la obesidad.

ODH: *¿Cómo valora los hábitos alimenticios de los españoles?*

JLS: Yo tengo ahora 55 años. En mi infancia mis meriendas habituales eran bocadillos de queso, de chorizo, de jamón, y alguna vez de chocolate. Si me quedaba

con hambre comía alguna pieza de fruta. Hoy en día es rara la madre que cuando acude a la consulta y le pregunto qué le da de merendar a sus hijos me responde con alguno de esos alimentos. Lo general es que les den bollería industrial o galletas. Cuando no algunas golosinas o chucherías. Por otro lado, el aumento del nivel de vida en todos estos años en la sociedad española, junto con la menor disponibilidad de tiempo de los padres y de las madres para dedicarse a planificar y preparar las comidas, ha traído como consecuencia, en la alimentación, el acceso a comidas más caras, pero no por ello más sanas. Es raro que se sigan comiendo de forma habitual legumbres y verduras en las familias. Estos alimentos han sido relegados por la pasta y las comidas pre-cocinadas, mucho más cómodas y rápidas. Hemos ido progresivamente abandonando la alimentación tradicional y sana, por otra más prefabricada y generalmente más insana.

ODH: *¿Es la famosa “dieta mediterránea” tan equilibrada como pretoman en todos los medios?*

JLS: Cuando me hablan de la dieta mediterránea me rebelo. Francia es un país mediterráneo y cocina con grasas animales como la mantequilla, Italia es un país mediterráneo y su alimentación está sobresaturada de hidratos de carbono de absorción rápida como son la pasta y las pizzas. La dieta española, rica en aceite de oliva y pescados no tiene que ver nada con la de estos países ribereños de

la cuenca mediterránea. Por eso, yo reivindico llamar a nuestra alimentación “Dieta española”, que es mucho más sana y natural que la de cualquiera de estos países mencionados. Hay que recordar también que los países del norte de África están bañados por este mar y en ellos, por cuestiones religiosas, no se utiliza el cerdo y sí el cordero que es una carne con grasas diferentes. Hablemos pues mejor de la “Dieta española”. Vamos a propagar al mundo realmente las

“

La alimentación entre los países de la cuenca mediterránea es diferente. Por eso deberíamos llamar a nuestra alimentación "Dieta española", que es mucho más sana que la de estos países.

”

bondades y beneficios de nuestros productos y de la forma de elaborarlos. Y ya, aclarado esto, tengo que manifestar que efectivamente sí, la dieta española tradicional, es una dieta muy equilibrada, muy saludable y muy adecuada. Pero también, desgraciadamente, he de decir que está en claro retroceso.

ODH: *¿Cree que los desajustes alimenticios están vinculados con problemas psicológicos? ¿Cómo deben tratarse?*

JLS: En la mayoría de los casos, sí. Aunque sean problemas psicológicos muy leves como el estrés de la vida diaria o la ansiedad del trabajo, la mente es un gran inductor de nuestra alimentación. Al margen de los tan conocidos y publicita-

dos casos de bulimia y anorexia, que serían los problemas psicológicos llevados a su máxima expresión, nos encontramos en el día a día situaciones que acaban condicionando un comportamiento alimenticio incorrecto. Utilizamos los alimentos como un ansiolítico de fácil consecución. Muchos de los malos hábitos de alimentación ocurren por la noche, o por la tarde cuando llegamos a casa después de una jornada de estrés y de duro trabajo. Necesitamos darnos una satisfacción que compense todos los sinsabores del día que hemos vivido, y qué mejor recompensa que una comida que nos gratifique en el paladar. Es el momento en el que nos dirigimos a la nevera y elegimos los productos generalmente menos adecuados para una buena alimentación. Una cervecita, un bocadillo de queso, una rajas de chorizo, una tableta de chocolate... Todos estos alimentos nos hacen sentir mejor desde el punto de vista emocional, calman nuestra ansiedad, nos recompensan, nos hacen olvidar, aunque solo sea por un instante, lo duro de la jornada. La forma en que deberíamos tratar estas crisis de ansiedad, o estos malos hábitos, es ahondando en las causas que las han generado y buscando alternativas, psicológicas, mentales o emocionales, que nos ayuden a derivar ese deseo de gratificación a otras vertientes o actividades que nos alejen de la comida. El *Coaching* nutricional es una técnica altamente indicada para la corrección de estas situaciones.

ODH: *Además de nutricionista es Experto en Coaching personal ejecutivo por la Universidad de Salamanca, ¿de qué manera vincula su actividad como nutricionista con la de Coach?*

JLS: La relación entre ambas vertientes, la metabólica y la mental es vital para mí. Durante mucho tiempo estuve tratando a mis pacientes de sobrepeso solo con dietas. Conseguí desarrollar un sistema realmente cómodo. Es fácil de seguir porque en ellas se puede comer toda la cantidad que se quiera de la comida que indicamos

en ella, con lo que huimos de pasar hambre. También se puede cocinar como se quiera –menos rebozado–, intentamos evitar de esta forma el aburrimiento y la monotonía de comer siempre a la plancha. Pero a pesar de ser un método muy, muy asequible y muy fácil de llevar, muchos pacientes no eran capaces de concluirlo al cien por cien. A mi método le faltaba algo, y ese algo no era otra cosa que brindar un recurso mental y de motivación que ayudase a vencer los impedimentos psicológicos que a mis pacientes le bloqueaba. Tenía que encontrar alguna técnica po-

“

En el día a día encontramos situaciones que condicionan un mal comportamiento alimenticio. Usamos los alimentos como un ansiolítico de fácil consecución.

”

tente que terminase de dar redondez a mi sistema. Y es ahí cuando descubrí el *Coaching*. La verdad es que fue toda una revelación, y tras realizar el posgrado universitario en esta disciplina, la estoy incorporando con gran éxito y con unos resultados, que yo a veces califico de mágicos, en mis programas de pérdida de peso.

ODH: *Lleva más de 20 años al frente de la Clínica San Pablo, donde a través de su método de nutrición consiguen mejorías en pacientes con patologías médicas previas. ¿Cuáles son los principales problemas de salud que presentan esos pacientes?*

JLS: Al margen de los problemas de sobrepeso, las principales patologías que encontramos en los pacientes que acuden a nuestra clínica son las de tipo metabólico, como hipercolesterolemias, diabetes e hiperuricemias. En segundo

COACHING NUTRICIONAL

PARA TENER
EXITO EN
TU DIETA

«¿Siempre hambriento?»
Pierde peso de una vez por todas

Dr. José Luis Sambeat Vicien

lugar, es muy acusado el índice de hipertensión arterial que vemos; además en este caso es tremendamente gratificante objetivar cómo los niveles de tensión arterial disminuyen significativamente una vez que se ha conseguido una importante pérdida de peso. Y, por último, también aparecen muchos problemas del aparato digestivo: hernias de hiato, reflujo gastroesofágico, meteorismo y flatulencia, y alteraciones en los hábitos intestinales, sobre todo el estreñimiento.

ODH: *¿Cuáles son las bases del Método San Pablo de Nutrición?*

JLS: El método San Pablo de nutrición descansa sobre tres pilares fundamentales e innegociables: El primero es el de que todas las dietas que pongamos tienen que ser nutricionalmente equilibradas y sanas. Debemos comer todo tipo de alimentos. El cuerpo necesita todos los nutrientes para poder desarrollar una actividad vital y orgánica sana. Huimos de las dietas que privan de comer frutas, o lácteos, o carne, o verduras, o pescados, o pastas... Durante nuestro método nuestros pacientes comerán en sus momentos adecuados todos estos alimentos.

El segundo es el que ya he comentado antes, que podamos comer toda la cantidad que queramos de los alimentos que están marcados en la dieta; que no tengamos que pesar y medir lo que vamos a ingerir. Esto significa que si, por ejemplo, pone verdura podamos comer toda la que queramos; los días que nos toque pasta ingeriremos la ne-

cesaria para quedarnos satisfechos; de la misma forma que la carne, el pescado, la fruta, etc.

Y la tercera es que una vez concluido el periodo de adelgazamiento, el paciente pueda volver a comer todo tipo de alimentos, como cerveza, chocolate, pan, pizzas, dulces; y además que se lleve de nuestra clínica las enseñanzas de cómo tiene que hacerlo para que no recupere el peso que ha perdido. Básicamente nuestro mantenimiento no es nada más –y nada menos– que una reeducación alimentaria con la que brindamos a nuestros clientes los recursos para que ellos mismos sepan ya cómo organizar y controlar su metabolismo según las circunstancias de su vida.

Cuando un paciente se pone a dieta, o cuando una clínica de adelgazamiento se publicita como método de pérdida de peso, en la mayoría de las ocasiones su preocupación fundamental es ésa, perder peso; pero uno no debe ponerse a dieta para perder los kilos; debe ponerse a dieta para perder-

los, pero sobre todo para no volver a recuperarlos.

ODH: *¿Tratan casos de obesidad infantil? ¿Qué tipo de tratamientos prescriben para los niños?*

JLS: Sí, tratamos a niños desde los siete años. Las dietas que ponemos a los niños son básicamente las mismas que a los mayores. Hay que recordar que nuestras dietas son completamente equilibradas. En cualquier caso siempre hacemos más hincapié en que coman más elementos que aporten nutrientes estructurales como calcio y proteínas.

ODH: *Publica un nuevo libro titulado “Coaching Nutricional Para tener éxito en tu dieta”, ¿qué valor añadido aporta este nuevo título a un tema de tanta actualidad como es el de la alimentación?*

JLS: En este libro he querido plasmar toda mi experiencia de más de 25 años en el campo de la nu-

trición, primero como sufridor del problema y comedor compulsivo que soy, y segundo como médico que ha tratado a más de 9.000 pacientes con problemas de obesidad. Éste no es un libro de dietas; no incluyo pautas de alimentación, es más bien un libro de ejercicios; no de ejercicios físicos. Cuando comento a mis pacientes que he escrito un libro de ejercicios para adelgazar, todos se echan un poco hacia atrás y muchos me dicen que no les gusta el deporte. ¡Ojo!, no es un libro de ejercicios físicos, es un libro de ejercicios mentales, de motivación. Sirve para realizar con él cualquier dieta, porque realmente lo que hace es forzarte a tener éxito en ella, elijas la que elijas. Está estructurado en dos partes, una primera introductoria en la que te hace ser consciente de cuál es y cuál ha sido tu situación hasta ahora en tu determinación de perder peso. Y una segunda en la que a través de unas dinámicas específicas te guía y te obliga a que consigas tu objetivo •

TRAS UNA FRUCTÍFERA REUNIÓN

Alianza HIDES Asturias y AproMap para tratar la salud bucodental

La presidenta de la HIDES Asturias, Mar González, mantuvo un encuentro con la presidenta de la Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias, Salomé Álvarez, para tratar temas de interés común. Uno de ellos fue la firma de un convenio de colaboración entre ambas asociaciones, para la defensa de la profesión y la formación continuada de sus colectivos.

Una agradable y fructífera reunión en la que se trataron muchos otros aspectos, porque tanto para la mujer embarazada como para los bebés, la salud bucodental es fundamental.

Además, HIDES Asturias está preparando un evento formativo mul-

tidisciplinar para el próximo 25 de marzo, con motivo de la finalización de su 25^a Aniversario. En él se analizarán diferentes patologías con un tronco común: la atención bucodental es imprescindible para la prevención, mantenimiento y tratamiento de diversas enfermedades (vasculares, periodontales, demencias, patologías del ATM, discapacidades mentales y físicas...), siendo el Higienista Bucodental un profesional sanitario que puede aportar mucho dada su formación y, en especial, su formación continuada. De hecho, cada vez son más las sociedades científicas y los doctores que reconocen su papel preponderante como profesional más cercano al paciente •



De izquierda a derecha: Salomé Álvarez, presidenta de la Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias, Isabel Martínez, Miembro de la Junta directiva de la Asociación Profesional de Higienistas Bucodentales del Principado de Asturias, y Mar González, presidenta de HIDES Asturias.

GEMA RUIZ MORÁN.
BIOLOGA. TÉCNICO SUPERIOR EN HIGIENE BUCODENTAL. SERVICIO CANARIO DE SALUD.

ELENA LUCERÓN DÍAZ-ROPERO.
ODONTÓLOGA. HIGIENISTA DENTAL. COORDINADORA CURSO DE EXPERTO PARA HIGIENISTAS DENTALES. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

Servicio canario de la salud 2004–2015

Evolución de la situación de los profesionales de la salud bucodental

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), pone de relevancia la importancia de la salud bucodental. En España existen múltiples leyes a nivel estatal donde se trata la salud bucodental, pero como las competencias de sanidad están transferidas a las Comunidades Autónomas, son estas las que complementan la legislación estatal con legislación autonómica.

Repasaremos estas leyes centrándonos en la Comunidad Autónoma de Canarias y analizaremos posteriormente cómo el Servicio Canario de la Salud (SCS) ha ido adaptando los recursos humanos para garantizar la asistencia bucodental de la población desde el año 2004 hasta el 2015.

INTRODUCCIÓN

La salud bucodental es fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, y se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial ⁽¹⁾.

Según la OMS ⁽²⁾, las afecciones bucodentales más frecuentes son las caries, enfermedades periodontales, cáncer de boca, enfermedades infecciosas bucodentales, traumatismos físicos y lesiones congénitas.

- El 60%-90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental y cerca del 100% de los adultos.
- Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 5%-20% de los adultos de edad media (entre 35 y 44 años). Alrededor del 30% de la población mundial adulta (65-74 años), no presenta dientes naturales.
- La incidencia de cáncer bucodental es de entre 1 y 10 casos por 100.000 habitantes en la mayoría de los países.
- Un 40%-50% de las personas VIH-positivas sufren infecciones fúngicas, bacterianas o víricas, que suelen aparecer al principio de la infección por VIH.
- A nivel mundial, entre el 16%-40% de los niños entre 6 y 12 años padecen traumatismos bucodentales por diversas causas.
- Los defectos congénitos, como el labio leporino y el paladar hendido, se dan en uno de cada 500-700 nacimientos;

la prevalencia de nacimiento varía sustancialmente entre los distintos grupos étnicos y zonas geográficas.

Las afecciones bucodentales a menudo están asociadas a otras enfermedades crónicas y comparten factores de riesgo con las cuatro más importantes: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes ⁽³⁾.

Todas estas patologías se ven favorecidas por hábitos nocivos como el tabaquismo y el consumo de alcohol, dietas poco saludables, y en el caso de las enfermedades bucodentales, otro factor de riesgo es una higiene bucodental deficiente.

Existen determinantes sociales que también afectan, ya que la prevalencia de estas enfermedades varía dependiendo de la región geográfica de que se trate y de la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud bucodental ⁽⁴⁾.

En España, el derecho a la protección de la salud está referido en la Constitución Española, principalmente en el artículo 43, el cual reconoce el derecho a la protección de la salud y la competencia de los Poderes Públicos para organizar y tutelar la Salud Pública a través de medidas preventivas y las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y de-

beres de todos al respecto. Además los Poderes Públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio ⁽²⁾.

En el año 1986 se aprueba la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, que constituye un paso decisivo para desarrollar el Sistema Sanitario a nivel nacional, ya que en él, y de acuerdo con la Constitución Española, la protección a la salud es un derecho para todos los ciudadanos ⁽³⁾.

Dicha Ley constituye legislación básica por disponerlo así su artículo 2, por lo que será de aplicación en todo el Estado, con independencia de las diferentes competencias que hayan asumido las distintas Comunidades Autónomas en materia de sanidad, las cuales tan sólo podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la Ley General de Sanidad.

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero sobre ordenación de las prestaciones sanitarias ⁽⁴⁾, incluyó dentro de la atención primaria, la atención a la salud bucodental, con las siguientes prestaciones:

- Información y educación en materia de higiene y salud bucodental.

- Medidas preventivas y asistenciales: aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellado de fisuras para la población infantil, de acuerdo con la financiación y los programas especiales para la salud bucodental de cada año.
- Tratamiento de procesos agudos odontológicos, incluida la extracción de piezas dentarias.
- La exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 12.2i señala la atención a la salud oral como una de las actividades básicas garantizadas por la atención primaria ⁽⁵⁾.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. El apartado 9 de su Anexo II regula la atención a la salud bucodental. Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención de la salud bucodental ⁽⁶⁾.

En Canarias, La Ley de Ordenación Sanitaria, Ley 11/1994 de

26 de Julio, incluye dentro de las funciones de la estructura sanitaria pública la atención bucodental, con especial atención a la prevención (art. 23) ⁽⁷⁾.

El SCS, considera que es necesario desarrollar y ampliar la aplicación de las prestaciones básicas, iniciadas en 1995, e introducir prestaciones especiales dirigidas a la población infantil y juvenil, para ello, se aprueba la Resolución de 11 de Febrero de 2008, que establece el programa de atención sanitaria bucodental a la población infantil de Canarias ⁽⁸⁾. Se incluye a la población infantil y juvenil de Canarias comprendida entre 6 y 15 años y se dan dos tipos de prestaciones, básicas y especiales, que serán ofertadas por las Unidades de Salud Bucodental (USBD) del SCS.

El 27 de noviembre de 2008 se suscribió convenio de colaboración entre el SCS, el Colegio Oficial de dentistas de Las Palmas y el Colegio Oficial de dentistas de Santa Cruz de Tenerife para la ejecución del programa de salud bucodental.

En 2009 se publica la instrucción número 6/09 del director del SCS por la que se regula el acceso y funcionamiento del Programa

ÁREA SALUD 2004	POBLACIÓN	Nº USBD	ODONTÓLOGOS	HIGIENISTAS	DUE	AUX. ENF.
Gran Canaria	789.908	21	21	11	2	8
Lanzarote	114.715	3	3	1	0	3
Fuerteventura	74.983	2	2	0	0	2
Tenerife	799.889	14	14	5	5	4
La Palma	85.631	2	2	0	0	2
La Gomera	19.580	1	1	0	1	0
El Hierro	10.162	1	1	0	0	1
Total	1.894.868	44	44	17	8	20

Tabla 1. Situación en 2004.
Datos del Sistema de Información de Atención Primaria Sistema Nacional de Salud Año 2007 ⁽¹⁰⁾.

ÁREA SALUD 2004	POBLACIÓN	Nº USBD	ODONTÓLOGOS	HIGIENISTAS	DUE	AUX. ENF.
Gran Canaria	847.830	22	22	19	0	4
Lanzarote	143.209	3	3	0	0	4
Fuerteventura	107.367	2	3	2	0	1
Tenerife	888.184	17	17	16	1	0
La Palma	82.346	2	2	0	0	2
La Gomera	20.783	1	1	0	0	1
El Hierro	10.587	1	1	0	0	1
Total	2.100.306	48	49	37	1	13

Tabla 2. Situación en 2015.
Datos demográficos. Instituto Canario de Estadística ⁽¹¹⁾ y datos personal SCS.

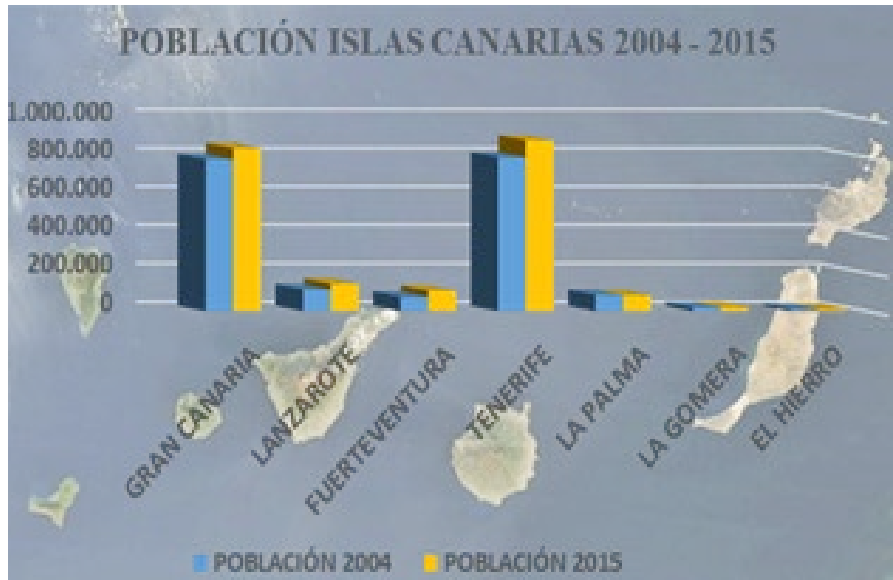


Gráfico 1. Población en las Islas Canarias 2004 - 2015.

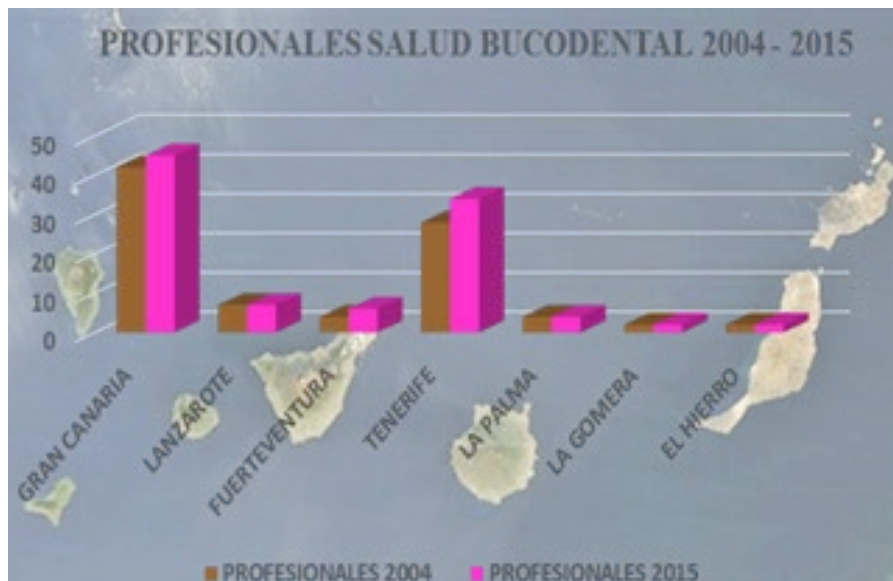


Gráfico 2. Profesionales dedicados a la salud bucodental en el SCS 2004 - 2015.



Gráfico 3. Profesionales relacionados con la salud bucodental por categoría e Isla el año 2004.

de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN) (9).

Realizarán las actividades del PADICAN, los profesionales de las USBD del SCS y aquellos profesionales del sector privado que se sumen al convenio firmado entre el SCS y los dos Colegios Oficiales de Dentistas de Canarias.

ANÁLISIS DE DATOS

Analizaremos la evolución que ha sufrido la población canaria, las USBD y profesionales relacionados con la salud bucodental en el SCS. En 6 de las 7 islas se ha producido un incremento poblacional, el cual varía desde 88.295 habitantes en Tenerife, 57.922 en Gran Canaria, 32.383 en Fuerteventura, 28.494 en Lanzarote, 1.203 en La Gomera y 426 en el Hierro. En la isla de La Palma se produjo una reducción de 3.285 habitantes.

Viendo que se ha producido un incremento en la población en un 10,84%, analizaremos si ha sucedido lo mismo con los profesionales relacionados con la salud bucodental.

Los profesionales relacionados con la salud bucodental que se han tenido en cuenta son aquellos que conforman las unidades de salud bucodental, los estomatólogos y odontólogos, higienistas dentales, enfermeros y auxiliares de enfermería.

Se ha producido un aumento en el número total de estos profesionales, ya que en 2004 eran 89 y en 2015 sumamos 100, esto supone un incremento del 11%.

Si analizamos estos datos a nivel de islas vemos diferencias, ya que tan solo 3 islas han visto incrementado el total de los profesionales relacionados con la salud bucodental, son Gran Canaria, que pasó de 42 a 45 profesionales; Fuerteventura, que pasó de 4 a 6; y Tenerife, que pasó de 28 a 34. El resto de islas quedan en las mismas condiciones que en 2004, Lanzarote con 7, La Gomera con 2, El Hierro con 2, y La Palma con 2.

Analicemos entonces por año e isla quiénes son estos profesionales relacionados con la salud bucodental.

Los estomatólogos/odontólogos son la categoría profesional más



DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**

PENSADAS
PARA USTED
Y SU HOGAR

Hasta un

25%*
dto.

en su **Seguro de Hogar**

LA LLAVE DE LA SEGURIDAD DE SU CASA

- ✓ MANITAS DEL HOGAR
- ✓ MANITAS DE ASISTENCIA
- ✓ MANITAS TECNOLÓGICO
- ✓ ASISTENCIA INFORMÁTICA



www.amaseguros.com

902 30 30 10

A.M.A. MADRID (Central)

Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A Tel. 913 43 47 00 madrid@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)

Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 villanueva@amaseguros.com

A.M.A. MADRID

Hilarión Eslava, 50 Tel. 910 50 57 01 hilarion@amaseguros.com

Síguenos en     

[*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 31 de diciembre de 2016. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

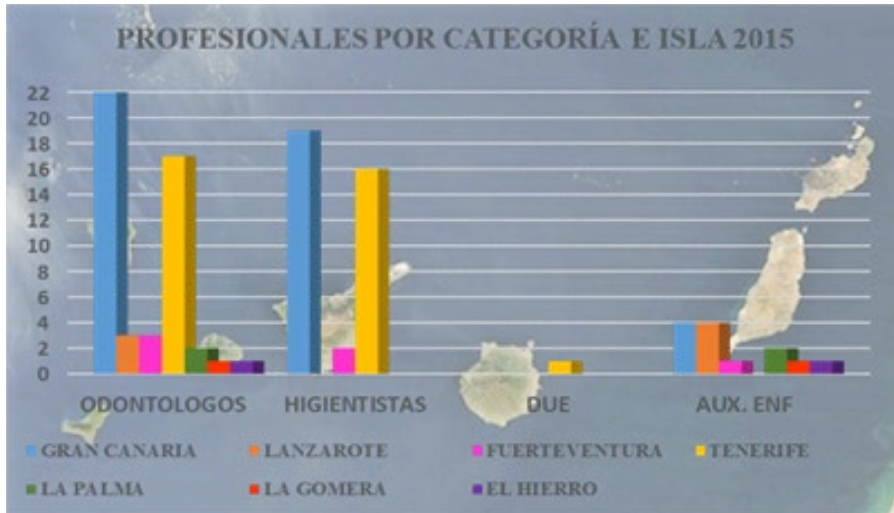


Gráfico 4. Profesionales relacionados con la salud bucodental por categoría e Isla el año 2015

numerosa, y han pasado de ser 44 en 2004, a 49 en 2015, lo que supone un incremento del 13,63%. La isla que más beneficiada se ha visto de este incremento ha sido Tenerife, con 3 profesionales más, seguida de Gran Canaria y Fuerteventura, con 1 profesional más en cada isla.

Vemos que los auxiliares de enfermería han descendido de 20 a 13 y los DUE de 8 a 1, lo que supone un descenso del 35% y el 87,5% respectivamente. Estos descensos de personal se han visto compensados por el incremento en el número de higienistas bucodentales, que pasaron de 17 a 38, lo que supone un incremento del 317,64%. Aunque es un gran aumento en el número de higienistas bucodentales, siguen quedando unidades de salud bucodental con 1 DUE, como es el caso de Tenerife, y varias unidades con auxiliares de enfermería, como en Gran Canaria y Lanzarote, con 4 cada isla, La Palma con 2 y El Hierro, La Gomera y Fuerteventura con 1 cada una.

Esta heterogeneidad en la constitución de las unidades de salud bucodental es debida a que la dirección general de salud pública del SCS considera que las unidades de salud bucodental, que se llamarán ahora unidades de salud oral, estarán formadas por un médico especialista en estomatología o un odontólogo y por un ayudan-

te, que puede ser, según el caso, un diplomado en enfermería, un higienista dental o un auxiliar de clínica ⁽¹²⁾.

Llegados a este punto, cabe señalar que la Ley 10/1986 de 17 de Marzo sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental (13), expone en su Artículo Tercero que:

1. Se crea la profesión de Higienista Bucodental.
2. Podrán, asimismo, realizar determinadas funciones técnico-asistenciales como Ayudantes y Colaboradores de los Facultativos Médicos y Odontólogos.

Posteriormente, el Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, por el que se desarrolla lo previsto en la Ley 10/1986, que regula la profesión de Odontólogo, Protésico e Higienista dental, (14), en su Artículo 11, expone las funciones que pueden desarrollar los Higienistas Bucodentales:

1. En materia de Salud Pública, los Higienistas dentales podrán desarrollar las siguientes funciones:
 - a) Recoger datos acerca del estado de la cavidad oral para su utilización clínica o epidemiológica.
 - b) Practicar la educación sanitaria de forma individual o colectiva, instruyendo sobre la higiene buco-dental y las medidas de control dietético

necesarias para la prevención de procesos patológicos buco-dentales.

- c) Controlar las medidas de prevención que los pacientes realicen.
 - d) Realizar exámenes de salud buco-dental de la Comunidad.
2. En materia técnico-asistencial, los Higienistas dentales podrán desarrollar las siguientes funciones:
- a) Aplicar fluoruros tópicos en sus distintas formas.
 - b) Colocar y retirar hilos retractores.
 - c) Colocar selladores de fisuras con técnicas no invasivas.
 - d) Realizar el pulido de obturaciones eliminando los eventuales excesos en las mismas.
 - e) Colocar y retirar el dique de goma.
 - f) Eliminar cálculos y tinciones dentales y realizar detartrajes y pulidos.

Por todo esto, cabe pensar que el Higienista Bucodental es el profesional idóneo para, junto con los odontólogos y estomatólogos, formar las Unidades de Salud Oral.

CONCLUSIONES

Se ha producido un incremento del 10,84% en la población de las Islas Canarias respecto al 2004, la única isla que ha perdido población es La Palma, con un descenso del 3,83%. El número de los profesionales de

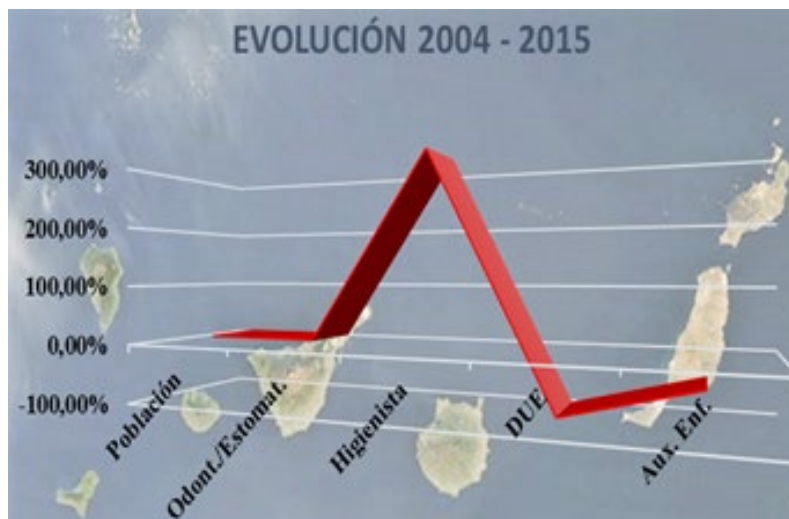


Gráfico 5. Evolución de la Población y los profesionales de 2004 a 2015.

“
 Los Higienistas
 Bucodentales son los
 profesionales que más
 se han incrementado,
 aunque siguen existiendo
 islas donde su trabajo
 se lleva a cabo por
 auxiliares de enfermería.
 ”

la salud bucodental se ha visto incrementado en un 11%, pero este incremento total no es homogéneo, por lo que analizaremos de manera individual las distintas categorías profesionales.

Los odontólogos/estomatólogos se han incrementado un 13,63%, aunque este incremento sólo se ha dado en Gran Canaria, Fuerteventura y Tenerife, manteniéndose el resto de las islas con el mismo número de profesionales que en 2004.

Los Auxiliares de enfermería se han reducido un 35%, siendo actualmente Tenerife, la única isla que no presenta auxiliares en las unidades de salud oral, mientras que en otras islas como Lanzarote, La Gomera, La Palma y El Hierro, éstos son los únicos integrantes, junto con los odontólogos/estomatólogos, de las unidades de salud oral.

Los DUE son los profesionales que más se han visto mermados,

un 87,5%, hasta tal punto que sólo existe 1 DUE formando parte de las unidades de salud oral en la isla de Tenerife.

Los Higienistas Bucodentales son los profesionales que más se han incrementado, un 317,64%, aunque siguen existiendo islas, donde estos profesionales no están presentes y su trabajo está siendo llevado a cabo por auxiliares de enfermería, es el caso de Lanzarote, La Gomera, La Palma y El Hierro ●

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. WHO Media Centre [en línea]. 2007 febrero. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Constitución Española 1978. <https://www.boe.es/legislacion/constitucion.php>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero sobre ordenación de las prestaciones sanitarias. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-3554
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. <https://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>
- Ley 11/1994 de 26 Julio de Ordenación Sanitaria de Canarias. <http://www.gobcan.es/boc/1994/096/001.html>
- Resolución de 11 de Febrero de 2008, que establece el programa de atención sanitaria bucodental a la población infantil de Canarias. <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2008/045/012.html>
- Instrucción 6/09 del director del Servicio Canario de la Salud que se regula el acceso y funcionamiento del Programa de Atención Dental Infantil de Canarias. http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/30fddd8c-fe06-11e4-9e16-d107cd1682ec/Instruccion_6_09.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de In-
- formación de Atención Primaria. Sistema Nacional de Salud Año 2007. http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/ATENCION_A_LA_SALUD_BUCODENTAL.pdf
- Instituto Canario de Estadística. <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/>
- Servicio Canario de la Salud. <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1b4867de-23a9-11e0-9151-6b8fe63b66f3/launidaddesaludoral.pdf>
- Ley 10/1986 de 17 de Marzo sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-7436>
- Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, por el que se desarrolla lo previsto en la Ley 10/1986, que regula la profesión de Odontólogo, Protésico e Higienista dental. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1994-20039



Falso Valor Añadido, ¿lo estás usando tú también?

DR. ALBERTO MANZANO
CEO DE PLAN SYNERGIA. CONSULTORÍA DENTAL ÉTICA.
alberto@plansynergia.com

Parece que todo el mundo está de acuerdo en que hay que aportar un valor añadido a sus pacientes para así conseguir diferenciarse del resto y que lo acaben eligiendo como su dentista. Sirve también para tomar distancia con ese otro tipo de clínicas que buscan captar a su público con precios bajos. Y es que, aunque la batalla de precios es una estrategia perfectamente válida en el mundo de los negocios, es muy complicada de llevar a cabo en clínicas privadas.

Lo que está claro es que *todas las clínicas que no se diferencien por un valor añadido están condenadas a competir por precio*. Y aún si elegimos la opción de la guerra de precios como estrategia, no estaría mal desarrollar alguna otra ventaja competitiva para estar preparado para cuando una clínica entre en nuestra zona de influencia con precios más económicos, ya que tarde o temprano, pasará.

Pese a la concienciación en mostrar ese valor añadido en nuestro trabajo diario, nos encontramos constantemente con clínicas que confunden lo que es un valor añadido real, publicitando por ejemplo una nueva lámpara para hacer blanqueamientos, un nuevo implante dental, o un mejor ajuste de las prótesis al usar tecnología CAD-CAM. Todo esto son cosas que mejoran la calidad del tratamiento, pero no son valores añadidos para nuestros pacientes. Resumiendo mucho podríamos decir que *un valor añadido real serían todas aquellas mejoras que se agregan a la consulta sin que tengan que ver con la Odontología*. Y la suma de valores añadidos percibidos constituye lo que llamamos la “experiencia de usuario” de nuestros pacientes.

Debemos saber que todo producto o servicio tiene dos dimensiones bien diferenciadas: la dimensión nuclear y la dimensión ampliada. En el caso de una clínica dental, la dimensión nuclear sería el diagnóstico, el tratamiento, el ajuste marginal de nuestras prótesis, la estabilidad primaria del implante, etc.. La mayoría de los pacientes no lo pueden valorar suficientemente porque no tienen la formación específica que lo permi-

te, y cuando decimos “suficientemente” nos referimos a “suficientemente como para pagar más por ello”. La dimensión ampliada sería el cómo le reciben, el tiempo de espera, la amabilidad del personal, la claridad de las explicaciones, la sensación de higiene, tener prensa diaria en la sala de espera, una sala de relax tras la cirugía, etc.. Éstas son las cosas que el paciente sabe y puede valorar, tanto positiva como negativamente si no se cumplen, y cuantos más valores añadidos percibidos, más fácil será que el paciente se quede con nosotros, ya que relativizará mucho más el precio.

“

Un valor añadido real serían todas aquellas mejoras que se agregan a la consulta sin que tengan que ver con la odontología.

”

Toda la dimensión nuclear de nuestros servicios es importante, es sumamente importante para la satisfacción final de los tratamientos, pero no sirve tanto para la toma de decisión del paciente. Además, el paciente, cada vez más exigente, da por supuesto que usamos los mejores implantes, la última tecnología, y el mejor ajuste de nuestras prótesis. Tenemos que entender de una vez que *el mercado no premia el esfuerzo, premia el valor añadido*, y además, únicamente el valor añadido que percibe el usuario, y ahí es de vital importancia que nuestro equipo esté bien formado en temas de comunicación efectiva con nuestros pacientes. Debemos tener presente también que la calidad en la atención dental no debe limitarse únicamente al nivel de ejecución técnica de nuestros tratamientos sino también complementarlo con una atención personal adecuada según la tipología de paciente •



Una realidad que puede cambiar

Esteban es un exitoso emprendedor que ha luchado durante muchos años contra el reflujo gastroesofágico, lo cual le ha llevado a tener dentina expuesta. Ahora siente que no puede beber y comer lo que quiere debido a su sensibilidad dental.[^]

Con los colaboradores académicos¹⁻⁴, Sensodyne ha descubierto que el 70,4% de las personas que sufren Sensibilidad dental dicen que tienen restricciones diarias similares a las de Esteban.⁵ Ayude a pacientes como Esteban recomendándoles el Nuevo Sensodyne Repair & Protect con NovaMin(R) y 1450 ppm de Fluoruro sódico, creando sobre la dentina expuesta⁶⁻¹² una capa reparadora† similar a la hidroxiapatita aun más dura*.

El alivio de la sensibilidad dental puede comenzar desde la primera semana¹³ y la mejora continúa tras 6 meses de uso diario.^{**14}



Ayude a sus pacientes a reducir el impacto de la Sensibilidad dental en su vida diaria recomendándoles el Nuevo Sensodyne Repair & Protect.**

[^]La historia de este paciente es únicamente ilustrativa. †Forma una capa protectora sobre la zona sensible del diente. Cepílese los dientes dos veces al día para obtener una protección duradera contra la sensibilidad. **frente a la formulación previamente comercializada. **Con el cepillado dos veces al día. Referencias: 1. Gibson B et al. Soc Sci Dent 2010; 1: 11-21. 2. Boiko OV et al. J Clin Periodontol 2010; 37: 973-980. 3. Baker SR et al. J Clin Periodontol 2014; 41: 60-69. 4. Machuca C et al. J Clin Periodontol 2014; 41: 46-51. 5. GSK Data on File, RH02026. 6. Greenspan DC et al. J Clin Dent 2010; 21: 61-65. 7. La Torre G and Greenspan DC. J Clin Dent; 21(3): 72-76. 8. Earl JS et al. J Clin Dent 2011; 22(3): 62-67(A). 9. Parkinson CR et al. J Clin Dent 2011; 22(3): 74-81. 10. GSK Data on File, ML498. 11. GSK Data on File, ML584. 12. GSK Data on File, ML589. 13. GSK Data on File, RH01422. 14. GSK Data on File, RH01897. Elaborado en Octubre de 2015. CHESP/CHSEN/0008/16.



La reducción de jornada por cuidado de menores: claves para entenderla

MARTA DOMÍNGUEZ DE BUZÓN BENITO.
ABOGADA. SOCIA EN GALENDE&DEBUZÓN.

La conciliación de la vida personal, familiar y laboral es un tema que desde hace años se trata frecuentemente y que habitualmente genera debates y diversidad de opiniones. Y con razón. Aceptar la responsabilidad que supone el nacimiento de un hijo y formar una familia y conjugar esto, a su vez, con el sentido de la responsabilidad laboral y el compromiso profesional en una empresa no siempre es fácil.

Por ello, el Estatuto de los Trabajadores reconoce en su artículo 37 el derecho de todos los trabajadores a solicitar la reducción de jornada para el cuidado de hijos menores hasta 12 años (edad límite ampliada recientemente, puesto que en su redacción original se contemplaba la edad de 8 años), derecho que la práctica totalidad de los convenios colectivos reconocen y regulan.

En líneas generales, el derecho a la reducción de jornada por cuidado de menores permite al trabajador reducir su jornada entre un octavo y la mitad de la jornada desempeñada, con la consiguiente reducción del salario, pudiendo así destinar ese tiempo al cuidado del menor. Esto es, lógicamente, un punto a favor de la conciliación familiar, pero en la mayoría de las ocasiones supone un perjuicio para las empresas, que ven

“*La concesión del derecho a la reducción de jornada es obligatoria para la empresa. Sin embargo, no es oro todo lo que reluce y suelen existir diferencias entre empresa y trabajador.*”

como la jornada del trabajador se reduce, con los consiguientes perjuicios organizativos y productivos.

El dato que la mayoría de las empresas y de los trabajadores desconocen es que la concesión de este derecho es obligatoria, es decir, la empresa no puede, bajo ningún concepto, denegar esta reducción de jornada.

Partiendo de esta evidencia, las discrepancias surgen a la hora de articular el derecho, principalmente en la determinación del horario.

Como punto de partida debe tenerse en cuenta la redacción del artículo 37.6 ET que establece que “la concreción horaria y la determinación del periodo de disfrute del permiso de lactancia y de la reducción de jornada (...) corresponderán al trabajador, dentro de su jornada ordinaria”.

Sin embargo, no es oro todo lo que reluce y en la mayoría de los casos existen diferencias entre empresa y trabajador en el momento de negociar cómo se llevará a cabo la reducción de jornada y qué horario será el que disfrute el trabajador una vez concedida la reducción de jornada. Y ello es así puesto que este derecho no es absoluto, sino que deberá ejercitarse teniendo presente las necesidades de la organización empresarial.

Lo más adecuado para no minar la relación “empresa – trabajador” es que ambas partes se sienten a negociar qué horario será el que mejor compagine el interés productivo y organizativo de la empresa y la necesidad de conciliación del trabajador. Gráficamente podemos entender esta situación si pensamos en una balanza: ésta tiene que equilibrarse sin perjudicar los intereses de ninguna de las partes y sin beneficiar a ninguna de ellas sobre la otra.

Para ello es importante que la dirección de la empresa y el trabajador valoren la situación teniendo en cuenta no sólo sus intereses, sino también los de la otra parte. Por ejemplo, sobre la base de que la elección de horario corresponde, a priori, al trabajador, éste deberá, en la medida de sus posibilidades, elegir un horario que sin descuidar el cuidado del menor perjudique lo menos posible a la empresa teniendo en cuenta factores como las funciones realizadas, la categoría o la afluencia de público en el horario solicitado.

Los tribunales se han pronunciado en multitud de ocasiones acerca de la problemática que supone el ejercicio de este derecho y de tales pronunciamientos pueden obtenerse determinados criterios generales que servirán como orientación.

En primer lugar, el trabajador debe tener en cuenta que la solicitud de este derecho deberá hacerse en cualquier caso conforme a las exigencias derivadas del principio de buena fe. Ello supone valorar, como decimos, las necesidades organizativas de la empresa, y no solicitar un horario que de forma clara e inequívoca ponga en riesgo la viabilidad de la empresa, afecte a la producción gravemente o exista la posibilidad de satisfacer el derecho del trabajador en otro horario compatible con el proceso productivo. Este es el punto de partida que determinará la intención del trabajador para con la empresa y, por lo tanto, la posibilidad de alcanzar una solución favorable para ambas partes.

Ante una situación de bloqueo, donde la empresa no puede contemplar la opción planteada por el trabajador por cuestiones organizativas, y el trabajador no puede ofrecer otra alternativa que le permita conciliar la vida personal y familiar, ambas partes pueden estudiar la posibilidad de llevar a cabo un cambio del centro de trabajo y trasladar al trabajador a un centro donde sí pueda trabajar en el horario propuesto. Lógicamente, esta opción no puede suponer un perjuicio al trabajador y, por ello, el cambio deberá ser a un centro de trabajo equidistante del centro de trabajo donde el trabajador realice su actividad hasta el momento.

“

Los casos más problemáticos son aquellos en los que el trabajador tiene un régimen a turnos y solicita la reducción con un horario fijo.

”

Los casos más problemáticos son aquellos en los que el trabajador tiene un régimen de trabajo a turnos que incluye el fin de semana y solicita la reducción de jornada con un horario fijo (y compatible, por otra parte, con las necesidades de los centros educativos). En estos casos, la empresa concede la reducción de la jornada, pero deniega el horario propuesto, por entender que se ha modificado la jornada pasando de un régimen de trabajo a turnos a un turno fijo.

Es en estas situaciones cuando ambas partes tienen que demostrar por todos los medios admitidos en derecho sus pretensiones: la empresa, que las necesidades organizativas impiden ofrecer al trabajador el horario solicitado y, el trabajador, por su parte, que sus circunstancias requieren ese horario para atender al menor.

Será, por lo tanto, en vía judicial donde ambas partes en caso de no haber llegado a un acuerdo previamente, situarán, de nuevo, sus pretensiones en la balanza. Así, por parte del trabajador se examinarán, entre otros extremos, la edad de los hijos, el horario del centro es-

colar, la distancia del hogar al centro de trabajo y la situación familiar (principalmente la situación laboral del otro cónyuge, en caso de que exista). En relación con las circunstancias de la empresa se examinarán la necesidad de contratar a otra persona, el posible perjuicio causado a otros trabajadores, o el hecho de que el horario que pretende el trabajador sea el que más afluencia de clientes recibe.

La decisión judicial será estimatoria para aquella parte que haya conseguido probar sus necesidades. De esta forma, si el trabajador no consigue acreditar que el horario solicitado es el único viable para llevar a cabo la conciliación y, en su defecto, la empresa sí consigue acreditar las dificultades organizativas o productivas en tal horario, la sentencia será, con toda seguridad, desestimatoria.

Por otra parte, es necesario tener en cuenta que a pesar de que tradicionalmente los tribunales han declarado la primacía del derecho a la conciliación familiar sobre las necesidades organizativas de la empresa, cuando se trata de negociar un cambio del régimen de trabajo a turnos a un turno fijo solicitado por el trabajador, son numerosos los pronunciamientos en contra de admitir que sea éste quien modifique unilateralmente su sistema de trabajo, e instando al trabajador a reducir tanto el turno de la mañana como el turno de la tarde, pero manteniendo el sistema de trabajo a turnos originario.

En otro orden de cosas, no se ha previsto la posibilidad de modificar el horario establecido sin reducir la jornada. Es decir, salvo acuerdo con la empresa, no se reconoce el derecho del trabajador a cambiar su horario si éste no va acompañado de trabajar menos horas. En nuestra opinión, esto se opone al espíritu de todas y cada una de las leyes que fomentan la conciliación familiar, entre otras, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, que buscan favorecer la igualdad y la conciliación familiar y laboral por encima de requisitos formales que carezcan de toda lógica: si existe el derecho a la reducción de jornada por cuidado de menores y, en consecuencia, el horario puede modificarse disminuyendo la jornada ¿por qué el derecho al cuidado de menores no abarca la modificación del horario sin reducirla?

En cualquier caso, la piedra angular del ejercicio del derecho a la reducción de jornada es, para ambas partes, como decimos, justificar sus posturas. Por ello, habrá que atender al caso concreto, ya que no existe una única solución correcta.

Para solventar las posibles discrepancias existentes, la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social habilita un procedimiento especial preferente y urgente, lo que supone como resultado que la sentencia recaída deviene firme, amén de los plazos, que son notablemente inferiores a los existentes en otros tipos de procedimientos •



Fuerte corrección en el mercado global de deuda. ¿Y ahora qué?

ALEX FUSTÉ

**CHIEF GLOBAL ECONOMIST
ANDBANK**

alex.fuste@andbank.com

[@AlexfusteAlex](https://twitter.com/AlexfusteAlex)

El nuevo liderazgo en los EUA ha provocado una fuerte corrección en el mercado global de deuda, resultando en fuertes pérdidas en todas las carteras conservadoras. Me inclino a pensar que el complejo análisis del resultado electoral, así como sus posibles implicaciones, han estado muy cargados de emociones, y podría darse el caso, tal y como ha ocurrido en la mayoría de los episodios electorales en el pasado, que la reacción inmediata del mercado se demuestre, una vez más, equivocada con el paso del tiempo.

Veamos. El pensar general descansa hoy en un razonamiento convincente: La aplastante victoria republicana en las elecciones de los EUA acrecienta el aumento en las expectativas de inflación, de ahí la fuerte corrección del mercado de deuda. Debo admitir que las intenciones programáticas del Sr. Trump destilan un cierto aroma inflacionista. Veamos: estímulo fiscal con gasto en infraestructura, salarios más altos, proteccionismo, menores impuestos, etc. No hace falta ser Hércules Poirot para intuir que todas estas ideas sugieren presiones alcistas en precios.

Sobre los aumentos salariales, ciertamente Trump tiene que entregar lo que prometió, especialmente después de lograr la hegemonía absoluta del partido republicano en ambas cámaras, lo que de facto le deja sin ninguna excusa para no cumplir las promesas. En cuanto al proteccionismo, una vez consultados algunos colegas más veteranos en estos asuntos, parece poco creíble (según me dicen) que Trump imponga una tarifa del 45% a las importaciones chinas, o un 35% a las importaciones de coches desde México, así como el requerimiento de componentes nacionales en los productos de electrónica y tecnología. Sin embargo, la retórica observada y el hecho de que la estructura de tarifas es una prerrogativa presidencial que no requiere de aprobación del congreso, me hace pensar que la política de tarifas comerciales sí sufrirá algún cambio. Hasta aquí, todo normal y, por lo tanto, se justifica una corrección del mercado de deuda. Sin embargo, permítanme hacerles una observación.

El aumento en las TIRs globales (y especialmente en los EUA), es en sí un riesgo de tal magnitud que me permite afirmar lo siguiente: cuanto más suban las TIRs, más intensamente bajarán después. De la misma manera, me atrevería a decir que, cuanto más suban las TIRs, más bajarán las bolsas después. ¿Por qué alguien puede pensar en estos términos?

“

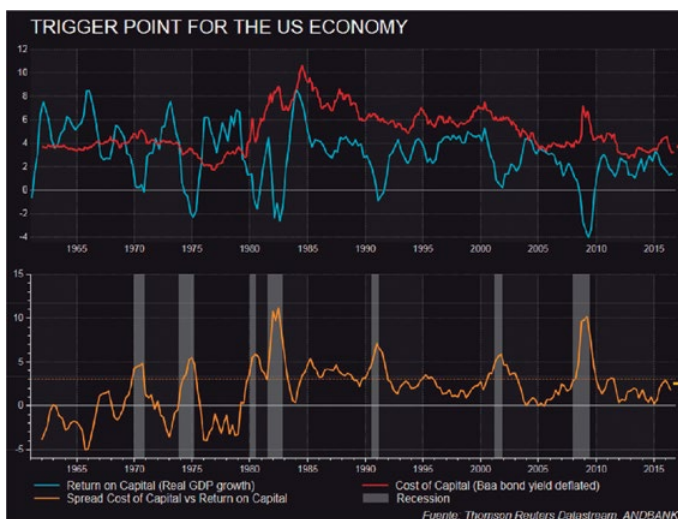
*Cuanto más suban las TIRs,
más intensamente bajarán después.*

”

Cuando trato de analizar la salud de una economía, y su probable desarrollo, lo que hago es mirar la relación entre Coste del Capital (CC) y Retorno del Capital (ROIC). Cuando esta relación se deteriora de manera que el CC aumenta hasta alcanzar el ROIC, entonces los emprendedores dejarán de hacer uso del capital (dejarán de invertir), haciendo que la economía entre en recesión. La pregunta incómoda de hoy es simple: ¿representa la fuerte subida de TIRs un aumento en el coste del capital? La respuesta obvia es que sí.

En el gráfico adjunto encontrarán la relación histórica entre estas dos variables (CC y ROIC), así como el spread entre ambas variables –parte inferior del gráfico–. La línea roja representa el coste del capital (uso como proxy el índice Corporate bond Yield Moody's BBB), y la marca roja el nivel actual de ese coste del capital una vez incluido el fuerte aumento de las TIRs. La línea azul representa el retorno del capital, que viene bajando desde 2015. En la parte inferior del gráfico, la línea naranja representa el diferencial entre ambas magnitudes. Se puede observar como este diferencial se ha ampliado (deteriorado), lo que apunta a que el coste del capital de las empresas BBB ha subido

mucho en relación al retorno del capital a nivel nacional. La marca naranja define el nivel actual de ese diferencial (una vez recogido el aumento en las TIRs). La lectura es simple. Cada vez que esta línea naranja (diferencial entre Coste de Capital y Retorno de Capital) se sitúa cerca del 3 (o 300 pbs), la economía entra en recesión. Es por ello que el nivel actual, cercano a 3, me invita a pensar que si las TIRs siguen subiendo (50 p.b más desde los niveles actuales), la economía USA entrará en recesión, y las TIRs empezarán a bajar de forma pronunciada.



Visión Renta Fija USD: A corto plazo pueden subir algo más las TIRs en dólares. A largo plazo, la visión es mucho más tranquilizadora. Cuanto más suban las TIRs, más intensamente bajarán después.

US Dólar: El billete verde puede entrar en un nuevo ciclo alcista si Trump experimenta con el proteccionismo (algo que resultaría en una mejoría de la balanza por cuenta corriente y, de facto, en una mayor escasez de dólares en el mundo). Eso sin mencionar que la Fed se desplaza hacia políticas de normalización en respuesta a las expectativas inflacionistas por las políticas de Trump. En los primeros cuatro años de Reagan, la combinación de un repunte en los ritmos de actividad en USA, la escasez de dólares, y problemas en algunas economías emergentes, originó un fortalecimiento del dólar que acabó derivando en una tendencia que se auto-alimentaba.

Mercados Emergentes: En el mundo emergente los bonos hubieran sido el activo estrella de 2017 con una victoria de Hillary Clinton (y políticas monetarias globales continuistas). Ahora la visión es diferente. Recomendaría mantener sólo aquellos bonos de países emergentes fiscalmente responsables (y que lo señalicen muy claramente con hechos y reformas. No bastan las palabras). Aquellos que tengan un problema de elevado endeudamiento en dólares sufrirán con un dólar

“

El billete verde puede entrar en un nuevo ciclo alcista si Trump experimenta con el proteccionismo.

”

alto (debido a la escasez del billete verde). Si a esto añadimos el nuevo paradigma de proteccionismo, el resultado es una visión negativa para estas economías y sus mercados financieros. Los mejores posicionados son aquellos con economías cerradas o mercados domésticos suficientemente grandes y que no sufren una gran dependencia de financiación en dólares (India, Rusia y Brasil). No obstante, y siendo honesto con ustedes, dada la estrecha correlación entre todos los mercados emergentes se me hace difícil ver que puedan escapar a las correcciones iniciales.

Europa: El viejo continente no tiene un problema de endeudamiento en dólares, más bien, los problemas en esta región son “made in Europe”, y valga decir que son significativos. Tengo la desagradable impresión de que, de igual modo que el Brexit resultó ser un elemento asombrosamente predictivo en la disruptiva victoria de Trump, ésta pueda ser el anuncio de algún shock político en Europa. Al fin y al cabo el Brexit legitimó a los políticos europeos que proponen la desintegración de la UE; y no nos engañemos, la victoria de Trump fortalece a estos mismos políticos rupturistas, que sin duda van a esgrimir el argumento de que la realidad está de su lado. Sin pretender ser derrotista (pero piénsenlo bien), tenemos a la vista en Europa cuatro pruebas de fuego: referéndum en Italia el 4 de diciembre, elecciones en Holanda en marzo, elecciones en Francia en mayo y elecciones en Alemania en septiembre. Un susto en uno sólo de estos eventos puede resultar letal para el proyecto de la UE y del Euro, y mucho me temo que sus efectos no puedan ser compensados por el BCE. En resumen, es muy probable que la UE se convierta en el próximo foco de tensiones políticas. Tensiones que pudieran ser críticas para el propio proyecto de la UE, o de la euro área.

Mercados de Renta Variable: Parece que la mejor opción a corto plazo es USA. Valores apalancados al crecimiento doméstico. Sin embargo, con los índices en máximos, márgenes en máximos, ciclo en su séptimo año, salarios arriba (menos márgenes), costes de funding al alza (menos márgenes), las multinacionales sin poner en precio la amenaza del proteccionismo, etc. tengo la impresión de que Wall Street está poniendo en precio la perfección. A medio y largo plazo, la visión no es tan buena •

Las Meninas

Extracto del libro *El Rostro Enfermo*,
de Florencio Monje Gil



RESEÑA ARTÍSTICA

Enfrentarse a *Las meninas* constituye todo un desafío para quienes creen dominar la totalidad de los adjetivos que definen la admiración ante una magna obra de arte. Compleja, creíble, real, son algunos de estos interminables calificativos. Se pintó en el Cuarto del Príncipe del Alcázar de Madrid. Doña María Agustina Sarmiento y doña Isabel de Velasco, meninas de la reina, atienden a la infanta Margarita, a la que entretienen los enanos Mari Bárbola y Nicolasito Pertusato, que azuza a un mastín, mientras la dama de honor doña Marcela de Ulloa, junto a un guardadamas, y José Nieto, el aposentador, al fondo, contemplan la escena. En el espejo se ven reflejados los rostros de Felipe IV y Mariana de Austria, padres de la

infanta, pintados por el último de los protagonistas, Diego Velázquez (1599-1660). La perspectiva se despliega mediante la multiplicación de fuentes de luz, creando un ilusionismo característico de los artistas de la época, introduciendo al espectador no solo en lo que se aprecia de la escena, sino en lo que no, pero se sugiere.

La interpretación más común sostiene que los reyes, que están siendo retratados por Velázquez y se reflejan en un espejo en segundo plano, ocuparían el lugar del espectador, mientras que el pintor, la infanta Margarita y sus asistentes componen la escena que el artista nos presenta. El maestro le ha dado la vuelta a la pintura, también en sentido literal, pues el hecho pictórico en sí se convierte

en motivo principal, en consonancia con las aspiraciones de arte liberal que los pintores reclamaron durante el siglo XVII.

Pero la excepcionalidad de *Las meninas* no se agota en este original planteamiento compositivo. Las generosas dimensiones del cuadro, que dependen de una ejecución necesariamente ajustada a la mano del artista, nos permiten reconstruir pincelada a pincelada la gestación visual de los detalles, el pelo, las vestiduras y las impresiones de color. Esta conciencia del arte de la pintura como tema y como acto, no estorba sino que acompaña la verosímil sugerencia de las más mínimas cualidades creadas por un pincel, como la luz que rompe la escena e, incluso, el aire que se interpone ante el espectador.

RESEÑA PATOLÓGICA

Margarita de Austria muestra un síndrome de Albright al concurrir pubertad precoz, palidez por posible anemia ferropénica por las menstruaciones y telarquía (desarrollo precoz de las mamas). Las lesiones óseas (displasia fibrosa poliostótica) no se pueden determinar en la historia pictórica. Falleció en 1673, a los veintidós años de edad, posiblemente por una malignización del bocio hipertiroideo. Sin embargo, la opinión más difundida hasta hoy es que fue a consecuencia del difícil parto de su cuarta hija.

La enfermedad de Albright se caracteriza por manchas de color café en la piel y pubertad prematura (menarquía en la niñez y desarrollo prematuro de los caracteres sexuales secundarios). Además, en raras ocasiones este síndrome se puede asociar a una forma de gigantismo.

También es característica una alteración ósea denominada displasia fibrosa poliostótica, que incrementa el riesgo de fracturas. *Las meninas* serían asimismo imágenes especulares (se cree que Velázquez

pintó el cuadro mirando a un supuesto espejo que abarcara toda la escena). Por fortuna, el rostro mismo de la infanta Margarita presenta un rasgo asimétrico. Se trata de una mancha muy característica, con una parte de forma alargada, como de bumerán, y más oscura, dispuesta sobre otra parte más irregular, de tono menos oscuro, que se extiende por la sien, la cual aparece a la izquierda (en la parte derecha del rostro) en *Las meninas* y a la derecha (en la parte izquierda del rostro) en otros retratos de la infanta. Estas manchas no pudieron interpretarse de manera correcta hasta época reciente, después de la limpieza del cuadro. El doctor Vito Franco afirma que el tipo de mancha que la infanta presenta podría ser un café au lait spot, un tipo de mancha con una morfología diferente de otras manchas comunes, característica del síndrome de McCune-Albright (displasia fibrosa del esqueleto, pseudopubertad precoz, manchas “café con leche” de la piel), que algunos especialistas en pediatría han diag-

nosticado para la infanta. Normalmente, en esta enfermedad, dichas manchas aparecen solo en una mitad del cuerpo, no atravesando la línea media. Por tanto, si se acepta la hipótesis de que la infanta hubiera padecido realmente la enfermedad referida, la mancha aparecería solo en un lado de su cuerpo, es decir, la mancha no podría haber sido simétrica. Las manchas se distinguen al menos en otro de los retratos en el lado opuesto al de *Las meninas*; aparecen en la sien izquierda de la infanta en el retrato con traje blanco del Kunsthistorisches Museum (1656) y en el de 1659, también del mismo museo. Igualmente, en la obra del Prado, vestida de rojo y en el de luto de Martínez del Mazo encontramos de nuevo la mancha completa, con la misma forma, en la parte izquierda de la cara, con la ventaja de que en este caso se trata de un retrato prácticamente frontal, lo que permite comprobar que por lo menos la mancha en forma de bumerán aparecía solo en la parte izquierda de la cara de la infanta ●



MOZGRAU[®]

20 años han sido solo el principio.

La historia continúa...



ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

www.mozo-grau.com  www.ticareimplants.com