



VNIVERSIDAD  
D SALAMANCA  
CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Facultad de Medicina  
Clínica Odontológica

TESIS DOCTORAL

Autora:

Gema Ruiz Morán

***“ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA  
SALUD BUCODENTAL EN LAS ISLAS CANARIAS 2015-2016”***

Directores:

Prof. Dr. Javier Montero Martín

Prof. Dr. Antonio Castaño Séiquer

Prof. Dra. María Elena Lucerón Díaz-Ropero

Departamento de Cirugía

Salamanca, 2017



DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA  
ÁREA DE ESTOMATOLOGÍA  
FACULTAD DE MEDICINA

**D. Javier Montero Martin**, Profesor Titular en Prótesis Estomatológica del Departamento de Cirugía de la Universidad de Salamanca.

**D. Antonio Castaño Séiquer**, Doctor en Medicina y Cirugía y Profesor Titular adscrito al Departamento de Estomatología de la Universidad de Sevilla.

**Dña. María Elena Lucerón Díaz-Ropero**, Profesora del Departamento de Odontología de Adultos y Postgrados de la Universidad Europea de Madrid.

CERTIFICAN:

Que el trabajo presentado por Gema Ruiz Morán ha sido realizado bajo nuestra dirección y reúne los requisitos necesarios para su presentación y defensa ante el Tribunal Calificador.

Y para que conste a los efectos oportunos firmamos el presente documento a 10 de Julio de 2017.

Prof. Dr. Javier Montero Martin

Prof. Dr. Antonio Castaño Séiquer

Prof. Dra. María Elena Lucerón Díaz-Ropero



El Profesor D. Francisco Lozano Sánchez, Director del Departamento de Cirugía de la Universidad de Salamanca

CERTIFICA:

Que la presente Memoria de Tesis Doctoral, elaborada por Dña. Gema Ruiz Morán para optar al Título de Doctora por la Universidad de Salamanca, con el título “ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD BUCODENTAL EN LAS ISLAS CANARIAS 2015-2016”, ha sido realizada en el Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, cumpliendo los requisitos necesarios para su presentación y defensa ante el tribunal evaluatorio.

Y para que así conste donde convenga y obren los efectos oportunos, expido el presente certificado en:

Salamanca a 10 de Julio de 2017

Fdo. D. Francisco Lozano Sánchez



Quisiera mostrar mi más profundo agradecimiento a mis profesores, el Dr. Antonio Castaño Séiquer, por haber confiado en mí y haberme animado a emprender este bonito proyecto, al Dr. Javier Montero Martín, por aceptar el reto de ser mi tutor y muy especialmente a la Dra. María Elena Lucerón Díaz-Roperó por su ayuda y apoyo, sin ella este proyecto no hubiese sido posible.

A tod@s aquell@s que me han ayudado, escuchado y apoyado en todo momento e incluso han pasado alguna noche sin dormir por ayudarme, Lucía, muchas gracias.

Especialmente dedicada a ti Miguel.

A mis padres y familia, siempre estáis ahí y no sabéis lo mucho que lo agradezco.





*“La vida no es fácil, para ninguno de nosotros. Pero... ¡qué importa! Hay que perseverar y, sobre todo, tener confianza en uno mismo. Hay que sentirse dotado para realizar alguna cosa y que esa cosa hay que alcanzarla, cueste lo que cueste.”*

- Marie Curie -



## ÍNDICE

---

Índice de figuras.....	19
Índice de tablas.....	21
Índice de gráficos.....	33
Acrónimos.....	37
1. Resumen.....	39
2. Introducción.....	43
2.1 Salud bucodental según la OMS.....	45
2.1.1 Afecciones bucodentales más frecuentes.....	46
2.1.2 Causas de las enfermedades bucodentales.....	47
2.1.3 Estrategia de la OMS para la prevenir las enfermedades bucodentales y promocionar la salud.....	48
2.1.4 Prevención o tratamiento, opinión de la OMS.....	49
2.2 Epidemiología de la salud bucodental según la FDI.....	51
2.2.1 Caries dental.....	52
2.2.2 Enfermedad periodontal.....	54
2.2.3 Cáncer oral.....	56
2.2.4 VIH/SIDA.....	59
2.2.5 Anomalías congénitas.....	61
2.2.6 Traumatismos orales.....	63
2.3 Profesionales de la salud bucodental.....	64
2.3.1 Profesionales de la salud bucodental históricamente..	70
2.3.2 La auxiliar de odontología.....	71
2.3.3 Protésico dental.....	73
2.3.4 Higienista dental.....	74
2.3.5 Enfermera de odontología escolar.....	75
2.3.6 Odontólogos.....	76
2.4 Profesionales de la salud bucodental en la actualidad.....	78
2.4.1 Profesionales de salud bucodental en Nueva Zelanda..	79
2.4.1. I. Odontólogos.....	80
2.4.1. I. a. Especialidades dentales reconocidas.....	81
2.4.1. I. b. Análisis de profesión de odontólogo....	84
2.4.1. II. Higienistas Dentales.....	86
2.4.1. III. Terapeutas Dentales.....	89
2.4.1. IV. Técnicos Dentales Clínicos y Técnicos.....	91
Dentales .....	91
2.4.1. V. Auxiliar de Ortodoncia.....	92

2.4.1. VI.	Asistente Dental.....	94
2.4.1. a .	Análisis de las profesiones de Higienista, Terapeuta, Técnicos, Asistente dental y Auxiliar de ortodoncia.....	95
2.4.2	Profesionales de la salud bucodental en Australia... ..	99
2.4.2. I.	Odontólogos.....	100
2.4.2. I.a.	Especialidades dentales reconocidas... ..	103
2.4.2. I.b.	Análisis de la profesión de odontólogo .....	107
2.4.2. II.	Higienistas dentales.....	110
2.4.2. III.	Terapeutas Dentales y Terapeutas de Salud . Oral.....	112
2.4.2. III.a.	Terapeutas Dentales.....	113
2.4.2. III.b.	Terapeutas de Salud Oral.....	115
2.4.2. IV.	Protésicos Dentales.....	115
2.4.2. V.	Técnico Dental .....	118
2.4.2.V.a.	Análisis de profesiones de higienista, técnico y terapeuta en Australia.	119
2.4.2. VI.	Asistentes Dentales.....	122
2.4.2.VI.a.	Análisis de la profesión de asistente dental en Australia.....	123
2.4.3	Profesionales de la salud bucodental en EEUU.....	127
2.4.3. I.	Odontólogos.....	128
2.4.3. I.a.	Especialidades dentales .....	130
2.4.3. I.b.	Perspectivas laborales de los..... odontólogos. ....	133
2.4.3. II.	Higienista dental.....	134
2.4.3. II.a.	Perspectivas laborales de los .....	138
2.4.3. III.	Técnico Laboratorio Dental.....	140
2.4.3. III.a.	Perspectivas laborales de los .....	142
2.4.3. IV.	Asistente Dental.....	144
2.4.3. IV. a.	Perspectivas laborales de los .....	147
2.4.3. V.	Coordinador de la Comunidad de Salud Dental .....	148
2.4.3. VI.	Asistente Preventivo Oral.....	150

2.4.3. VII.	Terapeuta Dental.....	151
2.4.4	Profesionales de la salud bucodental en Canadá.....	154
2.4.4. I.	Odontólogos.....	155
2.4.4. I.a.	Especialidades dentales reconocidas.	157
2.4.4. II.	Higienista dental.....	160
2.4.4. III.	Terapeuta dental.....	163
2.4.4. IV.	Denturistas.....	165
2.4.4. V.	Tecnólogos, técnicos y auxiliares de .....	
	laboratorios dentales.....	166
2.4.4. V.a.	Perspectivas laborales del grupo Técnicos Cuidado Dental.....	168
2.4.4. VI.	Asistente dental.....	169
2.4.5	Profesionales de la salud bucodental en Europa.....	171
2.4.5. I.	Grupo: 2261: Dentistas.....	173
2.4.5. I.a.	Especialidades dentales.....	177
A.	Personal Auxiliar.....	179
2.4.5. II.	Grupo: 3251 Asistentes y terapeutas dentales... dentales.....	181
2.4.5. II.a.	Higienistas Dentales.....	182
2.4.5. II.b.	Terapeutas Dentales.....	189
2.4.5. III.	Grupo: 3214 Técnicos Protésicos Médicos y.. Dentales.....	191
2.4.5. III.a.	Técnicos Dentales, Protésicos .....	192
2.4.5. III.b.	Técnicos D. Clínicos o Denturistas...194	
2.4.5. IV.	Grupo: 5329 Trabajadores de cuidado personal en servicios de salud no clasificados en otra .... parte .....	195
2.4.5. IV.a.	Asistentes D. o Auxiliares.....	196
2.4.5. IV.b.	Otros auxiliares.....	197
2.4.6	Profesionales de la salud bucodental en España.....	199
2.4.6. I.	Legislación Española salud.....	199
2.4.6. II.	Legislación Española profesionales de la salud bucodental.....	202
2.4.6. III.	Odontólogos.....	204
2.4.6. III.a.	Perspectivas laborales odontólogos en España.....	204
2.4.6. IV.	Protésico Dental.....	208
2.4.6. IV.a.	Perspectivas laborales protésicos . España.....	212
2.4.6. V.	Higienista Dental.....	214

2.4.6. V.a.	Perspectivas laborales de los higienistas en España.....	216
2.4.6. VI.	Auxiliares .....	218
2.4.6. VII.	Análisis de las funciones del personal auxiliar.....	219
2.4.6. VII.a.	Funciones no odontológicas .....	220
2.4.6. VII.b.	Funciones de apoyo.....	221
2.4.6. VII.c.	Funciones en la boca .....	222
	• Operatoria.....	223
	• Periodoncia.....	224
	• Prótesis.....	224
	• Prevención.....	225
	• Cirugía e Implantes.....	225
	• Ortodoncia.....	226
2.4.6. VIII.	Programas de salud bucodental y sistemas de atención en España.....	227
2.4.6. IX.	Asistencia Bucodental en las Comunidades Autónomas.....	229
	a. Andalucía.....	229
	b. Aragón.....	231
	c. Principado de Asturias.....	233
	d. Castilla - La Mancha .....	234
	e. Castilla León.....	237
	f. Cantabria.....	238
	g. Cataluña.....	240
	h. Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla ..	241
	i. Comunidad de Madrid.....	242
	j. Extremadura.....	243
	k. Galicia.....	244
	l. Islas Baleares .....	245
	m. Navarra.....	246
	n. País Vasco.....	248
	o. Comunidad Valenciana.....	249
	p. La Rioja.....	250
	q. Región de Murcia.....	251
	r. Islas Canarias .....	252
2.4.6. X.	Asistencia dental internacional.....	260
	a. Nueva Zelanda.....	261
	b. Australia.....	262
	c. Canadá.....	263
	d. Estados Unidos.....	265

	e. Europa.....	267
3.	Diseño de la investigación.....	273
	3.1 Justificación.....	275
	3.2 Planteamiento del problema y objetivos.....	276
	3.3 Enfoque metodológico.....	278
	3.4 Ámbito de la investigación y diseño muestral.....	278
	3.5 Recogida de datos.....	281
	3.6 Estructura del cuestionario y variables.....	281
	3.7 Procedimiento del análisis.....	285
4.	Resultados.....	289
	4.1 Primera parte: Descripción general de la muestra.....	291
	4.1.1 Participantes por lugar de residencia y por género....	291
	4.1.2 Edad.....	292
	4.1.3 Estado civil.....	293
	4.1.4 Número de hijos.....	294
	4.1.5 Nivel económico familiar.....	295
	4.1.6 Estudios generales.....	296
	4.1.7 Titulación.....	297
	4.1.8 Año de Graduación.....	299
	4.2 Segunda parte: Formación profesional.....	300
	4.2.1 Asistencia a cursos y congresos.....	300
	4.2.2 Suscripción a revistas científicas o membresía a .....	
	sociedades científicas.....	305
	4.2.3 Percepción sobre la formación.....	306
	4.2.4 Percepción planes de estudio respecto formación.....	
	teórico-práctica.....	308
	4.3 Tercera parte: Situación laboral.....	311
	4.3.1 Situación laboral.....	311
	4.3.2 Años trabajando.....	313
	4.3.3 Jornada laboral.....	315
	4.3.4 Horas semanales.....	317
	4.3.5 Contrato laboral.....	321
	4.3.6 Sector laboral.....	325
	4.3.7 Salario.....	330
	4.3.8 Ritmo de trabajo.....	334
	4.4 Cuarta parte: Consultas en las que trabajan.....	336
	4.4.1 Funciones odontológicas.....	336
	4.4.2 Número de profesionales por consulta.....	348
	4.5 Quinta parte - funciones en detalle Auxiliares e Higienistas .....	
	dentales.....	358

	4.5.1	Prótesis.....	358
	4.5.2	Odontología Preventiva.....	360
	4.5.3	Ortodoncia.....	362
	4.5.4	Terapéutica Dental.....	364
	4.5.5	Odontopediatría.....	366
	4.5.6	Delegación de tareas por parte de los odontólogos....	367
	4.5.7	Funciones según Legislación.....	372
	4.5.8	Funciones no odontológicas.....	374
4.6		Sexta parte: funcionamiento de la consulta.....	377
	4.6.1	Realización de las tareas. Sistematizada vs..... Planificada.....	377
	4.6.2	Toma de decisiones en la consulta.....	379
4.7		Séptima parte - valoración de la profesión.....	382
	4.7.1	Satisfacción con las funciones.....	382
	4.7.2	Percepción del futuro de la profesión.....	384
	4.7.3	Percepción sobre la consideración de la opinión..... pública.....	386
	4.7.4	Opinión sobre la relación paciente-profesional.....	387
	4.7.5	Valoración económica.....	389
	4.7.6	¿Volvería a elegir la profesión?.....	391
	4.7.7	Valoración de profesión económicamente comparación . con otros miembros de la consulta.....	393
	4.7.8	Gusto por el trabajo que realizan.....	394
	4.7.9	Gusto por la profesión independientemente del trabajo .... realizado.....	396
4.8		Octava parte: Ley.....	397
	4.8.1	¿Conoce la ley que regula los profesionales relacionados con la salud bucodental?.....	397
	4.8.2	¿Le parecen bien las atribuciones que por Ley tiene su... profesión?.....	399
	4.8.3	¿Sabía que la Ley contemplaba la homologación de los... profesionales que han realizado su formación en la propia consulta?.....	401
	4.8.4	¿Le parece bien la homologación?.....	403
5.		Discusión.....	407
	5.1	Consideraciones iniciales.....	409
	5.2	Primera Parte: Datos generales de la muestra.....	411
	5.3	Segunda Parte: Formación Profesional.....	414
	5.4	Tercera Parte: Situación laboral.....	420
	5.5	Cuarta Parte: Consultas en las que trabajan.....	427



5.6	Quinta parte: Funciones en detalle de Auxiliares e Higienistas..... dentales.....	431
	a.	Funciones en el área de Prótesis..... 431
	b.	Funciones en el área de Preventiva..... 432
	c.	Funciones en el área de Ortodoncia..... 432
	d.	Funciones en el área de Odontopediatría...433
	e.	Funciones en e área de Terapéutica Dental. 434
	f.	Funciones según la legislación..... 435
	g.	Funciones no odontológicas..... 439
	h.	Delegación de tareas por los odontólogos.. 439
5.7	Sexta Parte: funcionamiento de la consulta.....	441
5.8	Séptima parte: valoración de la profesión.....	443
5.9	Octava parte: La Ley.....	445
6.	Conclusiones.....	447
7.	Bibliografía.....	453
8.	Anexos.....	467
	• Anexo I.....	469
	• Anexo II.....	477
	• Anexo III .....	481
	• Anexo IV.....	483



## ÍNDICE DE FIGURAS

---

Figura 1. CAOD a los 12 años. 1973- 2014.....	53
Figura 2. La enfermedad periodontal. Prevalencia (%) de 35 - 44 años. 1982-2013.....	55
Figura 3. Edentulismo. Prevalencia (%) mayores de 45 años. 2003 2014.....	56
Figura 4. Incidencia de cáncer de labio y cavidad oral por cada 100.000 personas y año Estimación 2012 GLOBOCAN.....	58
Figura 5 Prevalencia geográfica de hendiduras orofaciales por 10.000 nacimientos y región. Estimación 2010.....	62
Figura 6. Disponibilidad global de personal dental. Número de dentistas y otro personal de salud bucodental por 1 millón habitantes últimos datos disponibles 2000–201.....	69
Figura 7. Representación de los 39 estados que permiten acceso directo a los higienistas dentales, en EEUU. Coloreados en rojo.....	137



## ÍNDICE DE TABLAS

---

Tabla 1. Número de profesionales registrados por ámbitos de práctica en Nueva Zelanda a 31 de marzo de 2016 .....	97
Tabla 2. Datos de especialidades odontológicas registradas en Australia en el periodo de: Abril 2016 – Junio 2016. ....	107
Tabla 3. Profesionales salud bucodental no odontólogos Australia 2016.....	117
Tabla 4. Datos Dentistas Estados Unidos. 2015.....	130
Tabla 5. Datos de especialistas odontología EEUU. ADA 2015. ....	132
Tabla 6. Datos estimados de empleados como Higienistas Dentales EEUU 2015.....	136
Tabla 7. Datos estimados de empleados como Técnicos Laboratorio Dental Estados Unidos 2015.....	142
Tabla 8. Datos estimados de empleados como Asistentes Dentales. Estados Unidos 2015 .....	146
Tabla 9. Número de dentistas con licencia Canadá 2013. ....	156
Tabla 10. Número de Higienistas y algunas de sus competencias según el estado en Canadá. ....	162
Tabla 11. Número de dentistas Europa 2015.....	174
Tabla 12. Resumen formación odontólogos en Europa. ....	176
Tabla 13. Tipos de especialistas y número en Europa.....	177
Tabla 14. Personal auxiliar en Europa. ....	180
Tabla 15. Distribución de los Higienistas dentales por sexo en Europa.....	183
Tabla 16. Países de Europa en los que se regula esta profesión de higienista, con el nombre de la profesión tal como se utiliza en el país.....	183
Tabla 17. Resumen Higienistas Dentales por país Europeo y número.....	187
Tabla 18. Resumen Higienistas Dentales por país Europeo y número.....	190
Tabla 19. Técnicos y protésicos dentales en Europa por país y número.....	193
Tabla 20. Técnicos Dentales Clínicos o Denturistas en Europa por país y número.....	194
Tabla 21. Asistentes Dentales o Auxiliares en Europa por país y número.....	197

Tabla 22. Resumen de relación población/dentistas en España entre 1987 y 2015.....	205
Tabla 23. Distribución de los Odontólogos en España.....	206
Tabla 24. Número Protésicos Dentales colegiados en España.....	209
Tabla 25. Número de Protésicos Dentales por Comunidad Colegiados en España a 31 de diciembre de 2015. ....	210
Tabla 26. Situación de determinados colectivos de protésicos de interés en España....	214
Tabla 27. Situación de determinados colectivos de interés de higienistas y auxiliares en España.....	218
Tabla 28. Red asistencial pública del SCS en 2015.....	255
Tabla 29. Contratos de trabajo que se han registrado oficialmente en Canarias en los años 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015 cuyas ocupaciones están directamente relacionadas con el título de Higienista Dental.....	256
Tabla 30. Contratos de trabajo que se han registrado oficialmente en Canarias en los años 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015 cuyas ocupaciones están directamente relacionadas con el título de Cuidados Auxiliares de Enfermería.....	257
Tabla 31. Número de profesionales de la salud bucodental que desarrollan su trabajo en la sanidad pública en todo el territorio español.....	259
Tabla 32. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de hombres y mujeres de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	291
Tabla 33. Media, desviación típica y tamaño de muestra por género y por lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	293
Tabla 34. Frecuencias y porcentajes en las categorías de estado civil de acuerdo al lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife). ....	294
Tabla 35. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) del número de hijos de acuerdo al lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	295

Tabla 36. Frecuencias y porcentajes de nivel económico familiar reportado según lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	296
Tabla 37. Frecuencias y porcentajes en las categorías de estudios generales por lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	297
Tabla 38. Frecuencias y porcentajes de titulación por lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	298
Tabla 39. Frecuencias y porcentajes por períodos de años de graduación por lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	299
Tabla 40. Frecuencias y porcentajes de las categorías de asistencias a congresos y cursos de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife) .....	301
Tabla 41. Frecuencias y porcentajes de las categorías de asistencia a congresos y cursos de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental) .....	302
Tabla 42. Frecuencia y porcentajes de las categorías de asistencia a cursos y congresos por número de años trabajados.....	304
Tabla 43. Frecuencias y porcentajes de las categorías de suscripción a revistas científicas y membresía a sociedades científicas por lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	305
Tabla 44. Frecuencias y porcentajes de las categorías de suscripción a revistas científicas y membresía a sociedades científicas de acuerdo a titulación (Auxiliares e Higienistas dentales).....	306
Tabla 45. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de percepción de la formación actual por lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	307
Tabla 46. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de percepción de la formación actual de acuerdo a titulación .....	308
Tabla 47. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de percepción de	

la formación teórico-práctica recibida de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	309
Tabla 48. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de percepción de la formación teórico – práctica recibida de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental) .....	310
Tabla 49. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de la situación laboral de acuerdo a residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	312
Tabla 50. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de situación laboral para Auxiliares e Higienistas dentales.....	313
Tabla 51. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de años que llevan trabajando de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	314
Tabla 52. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de años que llevan trabajando de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	315
Tabla 53. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de tipo jornada laboral según lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	316
Tabla 54. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de tipo jornada laboral de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	317
Tabla 55. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de las horas semanales trabajadas de acuerdo a su lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	318
Tabla 56. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de horas semanales trabajadas de acuerdo titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	319
Tabla 57. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de horas semanales trabajadas de acuerdo al tipo de jornada laboral reportada por los encuestados.....	320



Tabla 58. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de contratación laboral de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	321
Tabla 59. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de contratación laboral de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	322
Tabla 60. Frecuencias y porcentajes ( entre paréntesis ) en las categorías de tipo de contrato laboral de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	323
Tabla 61. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis ) en las categorías de tipo de contrato laboral de acuerdo a titulación (Auxiliares e Higienistas dentales).....	324
Tabla 62. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de sector labora. de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria vs Tenerife).....	325
Tabla 63. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de sector laboral de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	326
Tabla 64. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las respuestas a la pregunta: ¿ Trabajan en más de una consulta? de acuerdo a su lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	327
Tabla 65. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las respuestas a la pregunta: ¿ Trabajan en más de una consulta ? de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	328
Tabla 66. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las respuestas a la pregunta: ¿ Realiza otro trabajo además del odontológico? de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife). .....	329
Tabla 67. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las respuestas a la pregunta: ¿Realiza otro trabajo además del odontológico? de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	330

Tabla 68. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de cuantía de los ingresos de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife) .....	331
Tabla 69. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de cuantía de los ingresos de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	332
Tabla 70. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de valoración de los ingresos según lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	333
Tabla 71. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de valoración de los ingresos según titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	334
Tabla 72. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de valoración de los del ritmo de trabajo de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	335
Tabla 73. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de valoración de los del ritmo de trabajo de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	336
Tabla 74. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas afirmativas a las funciones odontológicas que se realizan en las consultas donde se desempeñan los profesionales encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	337
Tabla 75. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) del número de las funciones odontológicas que se realizan en las consultas donde realizan su trabajo los profesionales encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife) .....	338
Tabla 76. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) del número de funciones odontológicas que se realizan en las consultas donde realizan su trabajo los profesionales encuestados de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	339
Tabla 77. Frecuencia (porcentaje en paréntesis) de profesionales en las categorías de horas semanales que trabajan en relación con el número de funciones odontológicas que realizan.....	340
Tabla 78. Frecuencia (porcentaje en paréntesis) de profesionales en las categorías de	

ritmo de trabajo en relación al número de funciones odontológicas que realizan..	342
Tabla 79. Frecuencia (porcentaje entre paréntesis) de profesionales en las categorías de cuantía de los ingresos en relación al número de funciones odontológicas que realizan.....	344
Tabla 80. Frecuencia (porcentaje entre paréntesis) de profesionales en las categorías percepción de los ingresos en relación al número de funciones odontológicas que realizan.....	346
Tabla 81. Frecuencia (porcentaje entre paréntesis) de la opinión de los profesionales encuestados sobre el gusto por su trabajo en relación al número de funciones odontológicas que realizan.....	348
Tabla 82. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) del número de profesionales que trabajan en las consultas donde se desempeñan los profesionales encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	349
Tabla 83. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) del número de profesionales que trabajan en las consultas donde realizan sus trabajo los profesionales encuestados de acuerdo a titulación (Auxiliares e Higienistas dentales).....	350
Tabla 84 . Frecuencias de número de profesionales que trabajan en las consultas en relación al número de funciones que se realizan en las consultas.....	351
Tabla 85. Frecuencia (y porcentajes entre paréntesis) del número de odontólogos en las consultas donde realizan su trabajo los profesionales encuestados.....	353
Tabla 86. Frecuencia (porcentaje entre paréntesis) de consultas definidas por el número de odontólogos y el número total de auxiliares que trabajan.....	354
Tabla 87. Frecuencia (porcentaje en paréntesis) del número de funciones que realizan los auxiliares de acuerdo al número de odontólogos que trabajan en la consulta.....	356
Tabla 88. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas afirmativas a las funciones en el área de Prótesis que se realizan que realizan los encuestados en las consultas donde realizan su trabajo de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	359
Tabla 89. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuesta s afirmativas a las	

las tareas específicas en el área de Odontología Preventiva que realizan los encuestados en las consultas donde realizan su trabajo de acuerdo a lugar a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	361
Tabla 90. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas afirmativas a las tareas específicas en el área de Ortodoncia que se realizan los encuestados en las consultas donde de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	363
Tabla 91 . Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas afirmativas a las tareas específicas en el área de Terapéutica dental que se realizan los encuestados en las consultas donde se desempeñan de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	365
Tabla 92 . Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas afirmativas a las tareas específicas en el área de Odontopediatría que se realizan los encuestados en las consultas donde realizan su trabajo de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	366
Tabla 93. Frecuencia en que auxiliares clínicos e higienistas dentales realizan las tareas específicas de odontólogos en las funciones de Prótesis, Ortodoncia, Terapéutica dental y Odontopediatría. Para cada tarea se indica además el tipo: En boca o De apoyo.....	369
Tabla 94. Número y porcentaje (entre paréntesis) de Auxiliares (n = 26) que realizan Tareas de apoyo y Tareas en la boca en cada una de de las cinco funciones odontológicas estudiadas. Se indica con (+) las tareas conformes a lo establecido en la Ley y con (-) no especificadas en la ley como competencias de auxiliares.....	373
Tabla 95. Número y porcentaje (entre paréntesis) de Higienistas dentales que realizan Tareas de apoyo y Tareas en la boca en cada una de las cinco funciones odontológicas estudiadas. Se indica con (+) las tareas conformes a lo establecido en la Ley y con (-) no especificadas en la ley como competencias de higienistas dentales.....	374
Tabla 96 . Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas afirmativas en las funciones no odontológicas que realizan los encuestados en las consultas donde realizan su trabajo de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	375
Tabla 97. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas afirmativas en las	

funciones no odontológicas que realizan los encuestados en las consultas donde realizan su trabajo de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	376
Tabla 98. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la forma en que se organizan las tareas en las consultas donde realizan trabajo los profesionales encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	377
Tabla 99. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la forma en que se organizan las tareas en las consultas donde realizan trabajo los profesionales encuestados de acuerdo a titulación (Auxiliares e Higienistas dentales).....	378
Tabla 100. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la forma en que se toman las decisiones en las consultas donde realizan trabajo los profesionales encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	379
Tabla 101. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la forma en que se toman las decisiones en las consultas donde realizan trabajo los profesionales encuestados de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	380
Tabla 102 . Frecuencia (porcentaje entre paréntesis) de la forma en que se toman las Las decisiones en las consultas de acuerdo al número de odontólogos que trabajan en las consultas.....	381
Tabla 103. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis ) de las respuestas sobre la satisfacción con las funciones que realizan los profesionales encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	383
Tabla 104. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis ) de las respuestas sobre la satisfacción con las funciones que realizan los profesionales encuestados de acuerdo titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	384
Tabla 105. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis ) de las respuestas sobre la percepción del futuro de la profesión de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	385
Tabla 106. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis ) de las respuestas sobre la percepción del futuro de la profesión de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	385

Tabla 107. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la percepción que tienen la opinión pública sobre las funciones de la profesión de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	386
Tabla 108. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la percepción que tienen la opinión pública sobre las funciones de la profesión de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	387
Tabla 109. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la percepción de la relación paciente - profesional de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	388
Tabla 110. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la valoración económica de la profesión de los encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife). Percepción de la relación paciente - profesional de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental). ....	389
Tabla 111. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la valoración económica de la profesión de los encuestados de acuerdo a su lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	390
Tabla 112. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la valoración económica de la profesión de los encuestados de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	391
Tabla 113. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿ Volvería a elegir la profesión ? de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	392
Tabla 114. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿ Volvería a elegir la profesión ? de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental). ....	392
Tabla 115. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la valoración económica de la profesión en relación a otros trabajadores en los mismos centros donde realizan su trabajo los encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	393
Tabla 116. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la valoración	

Económica de la profesión en relación a otros trabajadores en los centros donde se desempeñan los encuestados de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	394
Tabla 117. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Le gusta su trabajo? de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	395
Tabla 118. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Le gusta su trabajo? de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	395
Tabla 119. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Le Gusta su profesión independientemente del trabajo que realiza? de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	396
Tabla 120. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Le gusta su profesión independientemente del trabajo que realiza? de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	397
Tabla 121. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿ Conoce la Ley que regula las profesiones del personal Auxiliar e Higienista dental ? de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	398
Tabla 122. Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Conoce la Ley que regula las profesiones del personal Auxiliar e Higienista dental? de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).....	399
Tabla 123 . Frecuencias y porcentajes (en paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Le Parecen bien las atribuciones que por Ley tiene la profesión ? de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife). ....	400
Tabla 124. Frecuencias y porcentajes (en paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Le parecen bien las atribuciones que por Ley tiene la profesión? De acuerdo a titulación (Auxiliar, Higienista dental y doble titulación: Auxiliar e Higienista dental).....	401
Tabla 125. Frecuencias y porcentajes (en paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿ Sabía que la Ley contemplaba la homologación de aquellos profesionales que han realizado su formación en su propia consulta? de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	402
Tabla 126. Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿ Sabía que la Ley contemplaba la homologación de aquellos profesionales que han	

realizado su formación en su propia consulta ? De acuerdo a titulación (Auxiliar Higienista dental y doble titulación: Auxiliar e Higienista dental).....	403
Tabla 127. Frecuencias y porcentajes (en paréntesis) de las respuestas a la pregunta sobre la opinión sobre la homologación (Pregunta: ¿Le parece bien?) según lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).....	404
Tabla 128. Frecuencias y porcentajes (en paréntesis) de las respuestas a la pregunta sobre la opinión sobre la homologación (Pregunta: ¿Le parece bien?) de acuerdo a la titulación de los encuestados (Auxiliar, Higienista dental y doble titulación: Auxiliar e Higienista dental).....	405



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

---

Gráfico 1. Enfermedades más prevalentes en 2010.....	49
Gráfico 2. Nuevas infecciones por VIH periodo 2000 - 2014.....	61
Gráfico 3. Dentistas licenciados entre 2006 y 2014 en Nueva Zelanda.....	84
Gráfico 4. Profesionales de la salud bucodental según profesión. Nueva Zelanda 2010. .....	96
Gráfico 5. Número de profesionales de la salud bucodental Nueva Zelanda año 2013/2014, 2014/2015 y 2015 / 2016.....	96
Gráfico 6. Niveles de empleo pasados y futuros hasta 2020 . Australia 2015.....	108
Gráfico 7. Proporción de empleo de hombres y mujeres, empleados a tiempo completo y tiempo parcial, en comparación con todas las ocupaciones. Australia 2015.....	109
Gráfico 8. Proporción de empleo por edad para los odontólogos, en comparación con todas las ocupaciones. Australia 2015.....	109
Gráfico 9. Nivel educativo más alto y el porcentaje de empleo para los odontólogos en comparación con todas las ocupaciones. Australia 2015.....	110
Gráfico 10. Niveles de empleo pasados y futuros en Australia hasta 2020.....	119
Gráfico 11. Proporción de empleo en hombres y mujeres, empleados a tiempo completo y tiempo parcial, en comparación con todas las ocupaciones. Australia 2015.....	120
Gráfico 12. Proporción de empleo por edad de higienistas, técnicos y terapistas en comparación con todas las ocupaciones. Australia 2105.....	121
Gráfico 13. Nivel educativo más alto y el porcentaje de empleo para higienistas, técnicos y terapistas en comparación con todas las ocupaciones. Australia 2015.....	121
Gráfico 14. Niveles de empleo pasados y proyectados hasta 2020 en Australia en miles.....	124
Gráfico 15. Proporción de empleo en hombres y mujeres, empleados a tiempo completo y tiempo parcial, en comparación con todas las ocupaciones Australia 2015.....	125
Gráfico 16. Proporción de empleo por edad de los asistentes dentales, en comparación con todas las ocupaciones. Australia.....	125

Gráfico 17. Nivel educativo más alto y el porcentaje de empleo para los asistentes dentales en comparación con todas las ocupaciones. Australia 2015.....	126
Gráfico 18. Proyección empleo dentistas EEUU. 2012 – 2022 con respecto a otras ocupaciones.....	133
Gráfico 19. Perspectivas de crecimiento del empleo de Higienista Dental respecto otras ocupaciones en el período 2014-2024 EEUU.....	139
Gráfico 20. Proyección del crecimiento de Técnicos de Laboratorio Dental con respecto a otras profesiones durante 2012-2022 en EEUU.....	143
Gráfico 21. Proyección de empleo de los Asistentes Dentales EEUU 2012-2022.....	147
Gráfico 22. Sexo de los odontólogos Canadienses por rango de edad.....	156
Gráfico 23. Representación número de odontólogos en España por CCAA.....	207
Gráfico 24. Distribución de los Odontólogos por sexo y Comunidad y Ciudad Autónoma en España.....	208
Gráfico 25. Número de Protésicos Dentales en España por Comunidades y Ciudades Autónomas.....	211
Gráfico 26. Porcentaje de Protésicos Dentales en España por Comunidades y Ciudades Autónomas y sexo.....	211
Gráfico 27. Evolución en España últimos diez años de los demandantes parados a 31 de Diciembre.....	212
Gráfico 28. Evolución últimos 10 años de contratos en España.....	213
Gráfico 29. Evolución en España últimos diez años de los demandantes parados a 31 de Diciembre.....	216
Gráfico 30. Evolución en España últimos 10 años de contratos.....	217
Gráfico 31. Número de dentistas por Provincia y sexo en Canarias.....	257
Gráfico 32. Porcentaje de Auxiliares de clínica, Higienistas dentales y profesionales con doble titulación en Gran Canaria y Tenerife.....	298
Gráfico 33. Porcentaje de individuos en las categorías de asistencia a congresos y cursos.....	302
Gráfico 34. Porcentajes de individuos en las categorías de precepción de los planes de estudio para Gran Canaria y Tenerife.....	309

Gráfico 35. Porcentaje de individuos en las categorías de situación laboral en Gran Canaria y Tenerife.....	312
Gráfico 36. Porcentajes de individuos en jornada laboral completa y parcial para las distintas categorías de número de horas semanales de trabajo.....	320
Gráfico 37. Porcentaje de individuos con y sin contrato laboral en Gran Canaria y Tenerife.....	322
Gráfico 38. Porcentaje de individuos según el tipo de contrato laboral en Gran Canaria y Tenerife.....	324
Gráfico 39. Porcentaje de individuos en las categorías de valoración de los ingresos en Gran Canaria y Tenerife.....	333
Gráfico 40. Porcentaje de individuos en las categorías de amplitud de actividades desarrolladas en los centros de trabajo para Gran Canaria y Tenerife.....	338
Gráfico 41 . Porcentaje de individuos en las categorías de amplitud de actividades desarrolladas en los centros de trabajo para Auxiliares e Higienistas dentales.....	339
Gráfico 42. Frecuencias del número de funciones en relación al número de horas de trabajo semanales.....	341
Gráfico 43. Frecuencia de las categorías de percepción del ritmo de trabajo de acuerdo al número de funciones que realizan los profesionales encuestados.....	343
Gráfico 44. Frecuencia de las categorías de cuantía de los ingresos de acuerdo al número de funciones que realizan los profesionales encuestados.....	345
Gráfico 45. Frecuencia de las categorías percepción de los ingresos de acuerdo al número de funciones que realizan los profesionales encuestados.....	347
Gráfico 46. Porcentaje de consultas de acuerdo al número de profesionales para Gran Canaria y Tenerife.....	349
Gráfico 47. Porcentaje de consultas de acuerdo al número de profesionales en las que se desempeñan Auxiliares e Higienistas dentales.....	351
Gráfico 48. Gráfico de dispersión número de profesionales que trabajan en las consultas en relación al número de funciones que se realizan en cada consulta.....	352
Gráfico 49. Diagrama de dispersión del número total de odontólogos con respecto al número total de auxiliares en las consultas.....	355

Gráfico 50. Porcentaje del número de individuos de acuerdo al número de funciones que realizan los auxiliares de acuerdo del número de odontólogos en la consulta.....	356
Gráfico 51. Diagrama de dispersión del número de funciones que realiza el personal auxiliar en las consultas con respecto al número de odontólogos.....	357
Gráfico 52. Porcentajes de Auxiliares e Higienistas dentales que llevan a cabo cada una de las tareas específicas de la función de Prótesis.....	360
Gráfico 53. Porcentajes de Auxiliares e Higienistas dentales que llevan a cabo cada una de las tareas específicas de la función Odontología preventiva.....	362
Gráfico 54. Porcentajes de Auxiliares y de Higienistas dentales que llevan a cabo cada una de las tareas específicas de la función Ortodoncia.....	364
Gráfico 55. Porcentajes de Auxiliares y de Higienistas dentales que llevan a cabo cada una de las tareas específicas de la función Terapéutica dental.....	365
Gráfico 56 . Porcentajes de Auxiliares y de Higienistas dentales que llevan a cabo cada una de las tareas específicas de la función Odontopediatría.....	367
Gráfico 57. Frecuencia de personal auxiliar encuestado que realiza cada una de las tareas específicas en cada una d las funciones de Prótesis , Ortodoncia , Terapéutica dental Odontopediatría.....	370
Gráfico 58. Frecuencia en que los auxiliares higienistas dentales que realizan cada una de las tareas específicas de los odontólogos en las funciones de Prótesis, de Ortodoncia, Terapéutica dental y de Odontopediatría.....	371
Gráfico 59. Frecuencias del modo en que se toman las decisiones de acuerdo al número de odontólogos.....	382

## ACRÓNIMOS

---

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**FDI:** Federación Dental Internacional.

**ENT:** Enfermedades No Transmisibles.

**CAOD:** Recoge el número de cariados (C), ausentes (A) y obturados (O) por diente (D).

**VIH:** Virus Inmunodeficiencia Humana.

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

**FDI:** Federación Dental Internacional.

**NZDA:** Asociación Dental de Nueva Zelanda.

**DCNZ:** Consejo Dental de Nueva Zelanda.

**NZAO:** Asociación de Ortodoncistas de Nueva Zelanda.

**AHPRA:** Agencia Australiana Regulatoria de los Practicantes de Salud.

**ADA:** Asociación Dental de Australia.

**ADOHTA:** Asociación Dental Australiana de Terapistas de Salud Oral.

**ADPA:** Asociación Australiana de Protésicos Dentales.

**OHPA:** Asociación Profesional de Salud Oral.

**DAPA:** Asociación Dental Asistentes de Australia.

**ADA:** Asociación Dental Americana.

**DANB:** Junta Nacional de Asistencia Dental.

**CDHC:** Coordinador de la Comunidad de Salud Dental.

**ASDA:** Asociación Americana de Estudiantes Dentales.

**IHS:** Servicio de Salud Indígena.

**ANTHC:** Consorcio de la Salud de los Tribus Nativos de Alaska.

**CODA:** Comisión de Acreditación Dental.

**ADHA:** Asociación de Higienistas Dentales Americana.

**CDAC:** Comisión de Acreditación Dental de Canadá.

**CDHA:** Asociación de Higienistas Dentales de Canadá.

**CDA:** Asociación de Asistentes Dentales Canadá.

**OIT:** Organización Internacional del Trabajo.

**CIUO:** Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones.

**CDG:** Consejo General Dental.

**PADI:** Programa de Asistencia Dental Infantil.

**OCU:** Organización de Consumidores y Usuarios.

**CNO:** Clasificación Nacional de Ocupaciones.

**INE:** Instituto Nacional de Empleo.

**USBD:** Unidad Salud Bucodental.

**SCS:** Servicio Canario de la Salud.

**OCDE:** Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.

**PDS:** Servicio Dental Público.

**PSDCP:** Public Service Dental Care Plan.

**PDSP:** Pensioners' Dental Services Plan.

**CHIP:** Children's Health Insurance Program. Seguro de Salud para Niños.

**EPSDT:** Early, Periodic Screening, Diagnostic and Treatment.

**NHS:** National Health Service.

# RESUMEN





## 1- RESUMEN

---

El objetivo del presente estudio fue analizar la situación de los profesionales de la salud bucodental en las Islas Canarias en 2015-2016, desde la perspectiva de los propios profesionales.

Para llevar a cabo esta tarea se realizaron encuestas en los cursos de formación gratuitos impartidos por el Aula Dentaaid en Gran Canaria y Tenerife desde Julio de 2015 hasta Julio de 2016. La muestra fueron la totalidad de los asistentes a estos cursos. En Tenerife se entregaron 116 encuestas, recuperándose 69 y en Gran Canaria de las 99 encuestas entregadas se recuperaron 61, lo que representa un 60,46% de participación total.

Se analizaron los datos obtenidos con el software SPSS versión 21.0. Para facilitar la interpretación de los datos, dado que los participantes pertenecen a dos Provincias diferentes y el origen geográfico podría condicionar los resultados, se analizaran los datos de manera independiente en Gran Canaria y en Tenerife para ver si existe o no relación entre ellos. Por otra parte, como los participantes en la encuesta pertenecen fundamentalmente a la profesión de higienista y de auxiliar, se analizaran también por separado las profesiones para posteriormente valorar si existe alguna diferencia.

El 93% son mujeres, de 34,36 años, más del 45% son solteras y sin hijos. El 77% poseen estudios de formación profesional de grado superior, lo que concuerda con que el 71% de las participantes sean higienistas, frente a un 20% de auxiliares. Estos datos concuerdan con los descritos por la literatura internacional y por los Doctores Ábalos y Torrejón.

Continúa existiendo gran discrepancia entre las atribuciones que tiene por ley la profesión de higienista y la delegación que existe por parte de los odontólogos en los higienistas y auxiliares, pese a que estos últimos no están legalmente habilitados para llevar a cabo funciones directamente sobre la boca del paciente. Este problema también se veía reflejado en los estudios predecesores, pero si se analiza más detalladamente esta situación parece existir una relación entre la delegación que se realiza en España con las atribuciones legales de estos profesionales en otros países de Europa, Canadá, Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda.

En los tres estudios se repite la situación, pese a que la mayoría de los auxiliares e higienistas no llegan a 1.000€ al mes, que trabajan a un ritmo alto y durante una jornada de más de 30 horas semanales, a estos profesionales les gusta su profesión y la volverían a elegir de forma mayoritaria.

# INTRODUCCIÓN



## 2- INTRODUCCIÓN

---

Obtener una visión global sobre la salud bucodental y su estado actual son dos puntos importantes para entender quiénes son y el trabajo que desempeñan los profesionales de la salud bucodental, para ello nos basaremos en las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los datos aportados por la Federación Dental Internacional (FDI).

### 2.1 Salud bucodental según la OMS.

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)

### **2.1.1 Afecciones bucodentales más frecuentes. Datos según la OMS (2007). (1)**

Las enfermedades bucodentales más frecuentes son la caries, las enfermedades periodontales, el cáncer oral, las enfermedades infecciosas bucodentales, los traumatismos físicos y las 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 acarrear con la pérdida de dientes, afectan a un 5%-20% de los adultos de edad media (35-44 años). Alrededor del 30% de la población mundial adulta, (65-74 años), no presentan 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.

### **2.1.2 Causas de las enfermedades bucodentales.**

La mala salud bucal puede ser resultado y causa de mala salud en general. La salud bucal comparte factores de riesgo comunes (por ejemplo, mala alimentación, tabaquismo, consumo de alcohol) con muchas enfermedades no transmisibles (ENT), que en la actualidad provocan más del 60% de los fallecimientos en todo el mundo, es decir, más de 36 millones de personas al año mueren por ENT (2). Por lo tanto, los profesionales de la salud oral deben tener los conocimientos y las competencias para abordar cuestiones en la atención de la salud bucal, incluida la acción sobre los determinantes sociales de la salud (3).

Las cuatro enfermedades crónicas más importantes que comparten factores de riesgo con las afecciones orales son: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. (1)

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. Se vio que la prevalencia de enfermedades bucodentales está aumentando en los países de ingresos bajos y medios. En todos los países, la carga de morbilidad por esta causa es considerablemente mayor en las poblaciones pobres y desfavorecidas. (1)

### **2.1.3 Estrategia de la OMS para la prevenir las enfermedades bucodentales y promocionar la salud.**

Las actividades de la OMS en materia de salud bucodental se integran en el marco general de prevención y control de las enfermedades crónicas del Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud de la OMS.

El Programa de Salud Oral de la OMS se centra en políticas de salud bucal para el control de los factores de riesgo. La atención se focaliza en comportamientos de riesgo modificables relacionados con la alimentación, el consumo de tabaco y alcohol, y la higiene. El programa estimula la implementación y el desarrollo de proyectos orientados a la comunidad para la promoción y prevención de la salud oral, con especial atención a los grupos de población desfavorecidos y pobres en los países desarrollados y en desarrollo. (4)

El Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, tiene un programa que implica poner mayor énfasis en el desarrollo de políticas mundiales basadas en factores de riesgo comunes y que se coordinen de manera eficaz con otros programas de salud pública. La política del Programa Global de Salud Oral de la OMS hace hincapié en que la salud oral es parte integral y esencial para la salud en general, y es un factor determinante para la calidad de vida. (5)

Para la OMS las áreas de acción prioritaria para la mejora de la salud oral en todo el mundo, son las siguientes (5):

- El uso eficaz de fluoruro.



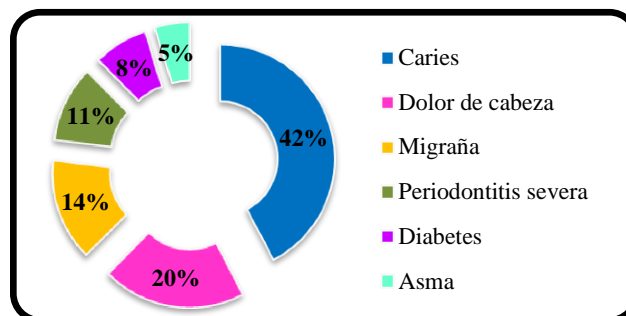
- Dieta sana y buena nutrición.
- Control del tabaco.
- Promoción de la salud en las escuelas.
- Mejora de la salud oral entre los ancianos.
- Sistemas de salud para mejora de la salud oral, general y calidad de vida.
- Control del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Los sistemas de información de salud oral.
- Investigación para la salud oral.

#### 2.1.4 Prevención o tratamiento, opinión de la OMS

Las enfermedades bucodentales, como la caries y la enfermedad periodontal se encuentran entre las ENT más comunes en el mundo tal como se muestra en el Gráfico 1 y, tradicionalmente, algunas de las más olvidadas.

**Gráfico 1:** Enfermedades más prevalentes en 2010. (6)

Fuente The Challenge of Oral Disease, A call for global action by FDI World Dental Federation 2015.



Las medidas de prevención como la fluoración del agua en los últimos 30 años ha mejorado la situación. En los países con altos ingresos se realizan tratamientos, cuyos costes recaen mayormente en los individuos, en los países de ingresos bajos y medios satisfacer la necesidad actual de tratamiento superaría la mayoría los presupuestos de salud, dejando la prevención como la única opción viable. (5)

La evidencia científica nos indica que la prevención es la estrategia viable y efectiva. Para ello es necesario que las autoridades, perciban la salud oral como una necesidad real no satisfecha de la población. Desgraciadamente, algunos han encuadrado la salud bucodental en un área más cercana a la cosmética y la estética, justificando de esta manera las limitaciones en algunos sistemas nacionales de salud. Actualmente la barrera económica sigue limitando el acceso a los servicios de salud bucodental a la mayor parte de la población. Para que se lleven a cabo estrategias comunitarias con una filosofía preventivista es necesaria la implicación de las autoridades políticas y sanitarias para iniciar proyectos. (7)

En 2003, la OMS destacó cuatro mensajes de salud bucal esenciales para los niños y las familias: cepillarse los dientes dos veces al día, usar pasta de dientes fluorada, consumir menos alimentos y bebidas azucaradas cada día y comer más frutas y verduras.

Pese a la existencia de abundante evidencia científica sobre que un cepillado regular con pasta de dientes con flúor ayuda a prevenir la caries dental, la mayoría de los países en desarrollo no proporcionan ni pastas dentales ni cepillos de dientes asequibles, por no hablar del agua fluorada, sal o leche.

La prevención de problemas de salud bucodental y otras ENT también requiere en muchos de los países de una política alimentaria más estricta, incluyendo alimentos,

etiquetado nutricional, educación del consumidor, reglamentos de comercialización y políticas fiscales de alimentos y bebidas no alcohólicas ricas en azúcares libres.

No hay evidencias de que los azúcares que se encuentran en las frutas y las verduras frescas tengan efectos adversos para la salud, por lo tanto, las recomendaciones de las directrices no se aplican a este tipo de azúcares llamados intrínsecos.

En 2003, una directriz de la OMS recomendó restringir el consumo de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta calórica diaria. Esta recomendación fue muy criticada por la industria alimentaria, pero tan sólo una década más tarde, la evidencia científica apoyó la reducción de azúcares libres a menos del 5% de la ingesta calórica diaria para obtener beneficios para la salud, incluyendo la reducción de la caries dental (5).

## **2.2 Epidemiología de la salud bucodental según la FDI**

Las enfermedades bucodentales son de las más prevalentes, y se encuentran entre las que más sufrimiento causan. A escala individual sus consecuencias pueden afectar a la vida de las personas, además representan una pesada carga social y económica para países y comunidades. Existen evidencias documentadas que relacionan la salud bucodental con la salud en general (8).

Las enfermedades bucodentales más frecuentes según la OMS son la caries dental, la enfermedad periodontal, el cáncer oral, las enfermedades infecciosas bucodentales VIH/SIDA, anomalías congénitas y los traumatismos orales. Veremos los datos aportados por la FDI sobre estas enfermedades.

### 2.2.1 Caries dental

La caries es la enfermedad más prevalente, afectando a casi la mitad de la población mundial (44%) en 2010, seguida de dolores de cabeza (21%), migrañas (15%), periodontitis severa (11%), diabetes (8%) y asma (5%). (6)

Es la enfermedad más frecuente de la infancia, aunque afecta a todas las edades a lo largo de la vida. Los datos actuales muestran que la caries no tratada en dientes permanentes tiene una prevalencia global del 40% y representa la condición más frecuente de los 291 procesos analizados en el Estudio Internacional sobre la carga de las enfermedades (6).

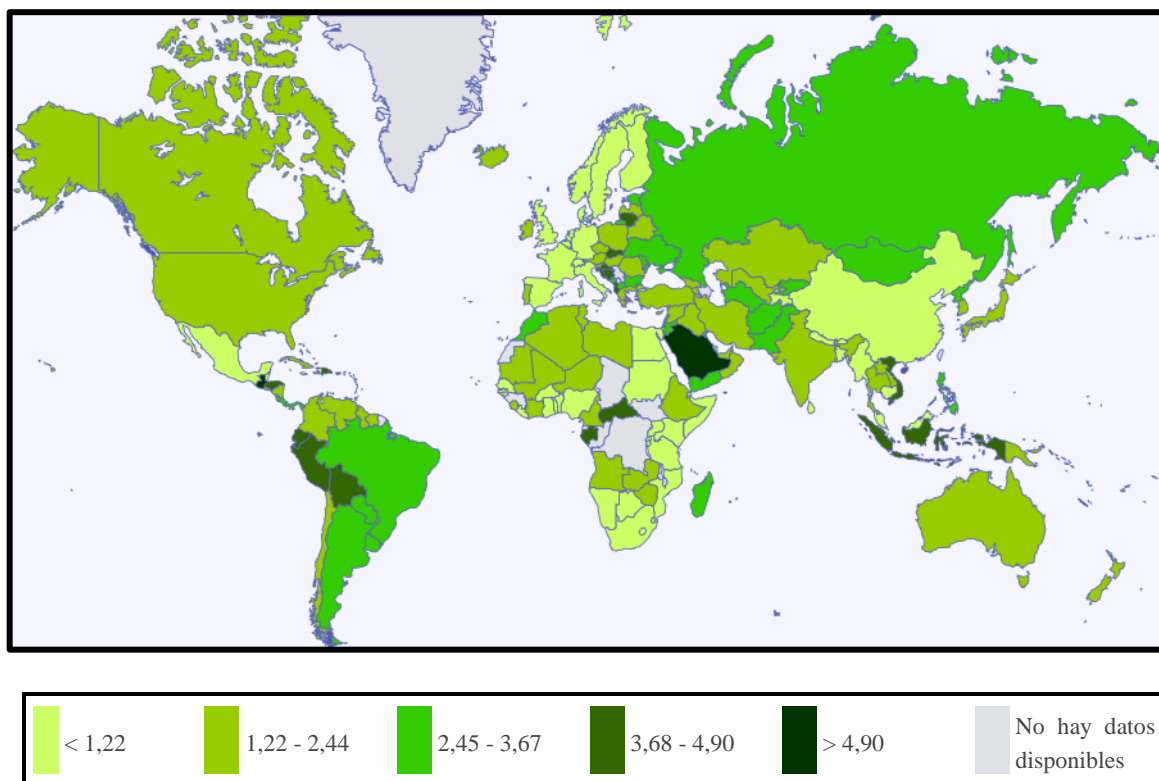
A pesar de la naturaleza extendida de la caries, los datos globales estandarizados y fiables son limitados, esto puede ser debido al hecho de que los datos sobre salud bucodental no están integrados en la vigilancia nacional de enfermedades, fundamentalmente en los países con ingresos bajos o moderados. Esta falta de información epidemiológica restringe el desarrollo de estrategias para reducir la carga de la enfermedad (6).

En la figura 1 se resume la situación mundial. Aparecen representados en el mapa los datos disponibles de CAOD a los 12 años entre 1973 y 2014.

El índice CAOD es habitualmente utilizado para describir la caries dental en estudios epidemiológicos, recoge el número de cariado (C), ausentes (A) y obturados (O) por diente (D). Un valor CAOD de 1.0 significa que 1 de los 32 dientes permanentes esta cariado, ausente u obturado. Los valores individuales son números enteros mientras que cuando se expresan para poblaciones pueden llevar decimales

**Figura 1.** CAOD a los 12 años. 1973- 2014.

Fuente: The Challenge of Oral Disease, A call for global action by FDI World Dental Federation 2015.



En esta figura 1 queda patente lo anteriormente relatado, los datos globales estandarizados y fiables son muy limitados, variando su fecha de publicación desde 2010 para España y Canadá, 2003 India y Brasil, 1990 Mauritania, 1987 Argentina, etc. Lo que hace imposible conocer de manera fiable la situación real mundial.

### **2.2.2 Enfermedad periodontal**

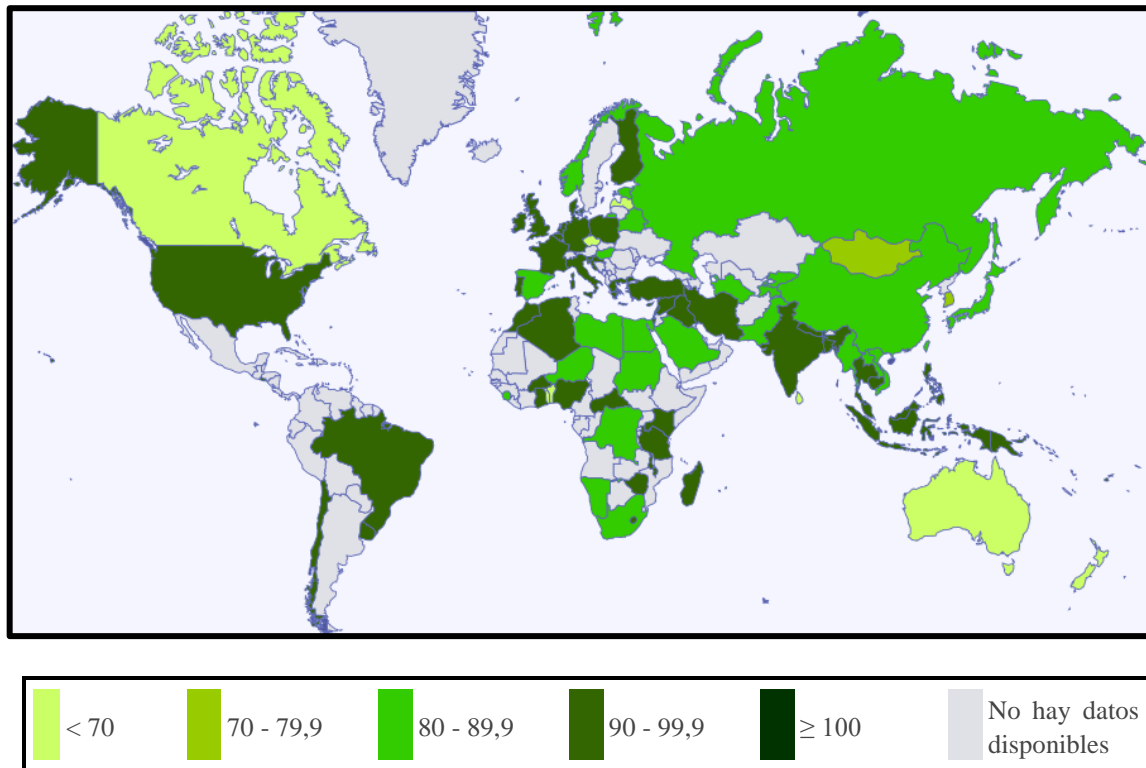
La enfermedad periodontal normalmente comienza con una gingivitis, la cual es común y reversible en la mayoría de los pacientes, si no se trata puede progresar hacia una periodontitis, una situación más seria en la que se produce una destrucción del hueso de soporte. En el 15% de la población la enfermedad puede progresar a una periodontitis severa que puede terminar con la pérdida dentaria. Los cuidados periodontales especializados no están disponibles de manera generalizada y tampoco son asequibles para muchas personas (6).

En la figura 2 aparece representado el porcentaje de una población que presenta cualquiera de las siguientes características: sangrado al sondaje, cálculo, bolsas periodontales profundas (4-5 mm). Para el examen correspondiente se utiliza la sonda periodontal de la OMS.

Los datos se proporcionan para las edades comprendidas entre los 35 y 44 años y el año de publicación de los datos es variable, al igual que sucedió con la caries dental, 2005 para España y Alemania, 2008 Rusia, 2010 Canadá, 1988 Brasil, 1989 India, etc. Lo que dificulta poder conocer exactamente la situación actual real.

**Figura 2.** La enfermedad periodontal. Prevalencia (%) de 35 - 44 años. 1982-2013

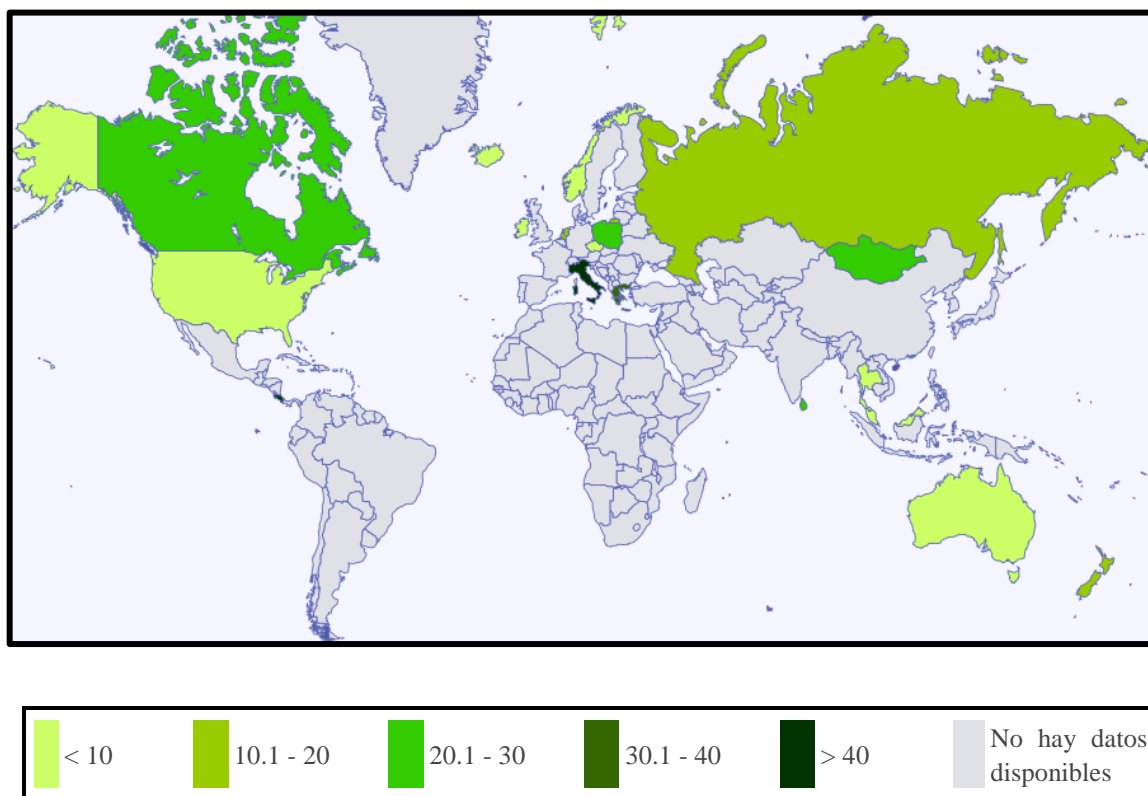
Fuente: The Challenge of Oral Disease, A call for global action by FDI World Dental Federation 2015.



Tanto la caries dental como las enfermedades periodontales pueden conllevar a la pérdida dental, así, en la figura 3, aparece representado el porcentaje de una población de 45 años o más, que presenta una pérdida completa o parcial de los dientes, con o sin prótesis entre los años 2003 y 2014.

**Figura 3.** Edentulismo. Prevalencia (%) mayores de 45 años. 2003-2014

Fuente: The Challenge of Oral Disease, A call for global action by FDI World Dental Federation 2015.



Al igual que sucedió anteriormente resulta imposible conocer la situación real, ya que los datos son del año 2003 para Irlanda, 2007 Italia, 2011 Noruega, 2014 Polonia, etc.

### 2.2.3 Cáncer oral

El cáncer oral es una enfermedad con alta mortalidad y se sitúa entre los 10 cánceres más frecuentes, dependiendo del país y región de mundo. Se estima que cada año se producen entre 300.000 y 700.000 nuevos casos pero no existen datos de



vigilancia fiables. Cerca del 95% de todos los cánceres orales ocurren por encima de los 40 años de edad.

Más del 70% de los cánceres orales se encuentran precedidos de lesiones orales precancerosas tales como manchas rojas o blancas persistentes en la boca. El cáncer puede pasar desapercibido durante sus estadios iniciales por lo que muchas veces se encuentra en un estadio avanzado cuando el paciente acude a realizar una consulta. Por ello la tasa de supervivencia a los 5 años es de tan solo el 50%. La media de edad en el momento del diagnóstico es de 60 años.

Las localizaciones más comunes son la lengua, el interior de las mejillas y el suelo de la boca y las causas principales del cáncer oral son el tabaco y el alcohol (90% de todas las causas de cáncer oral).

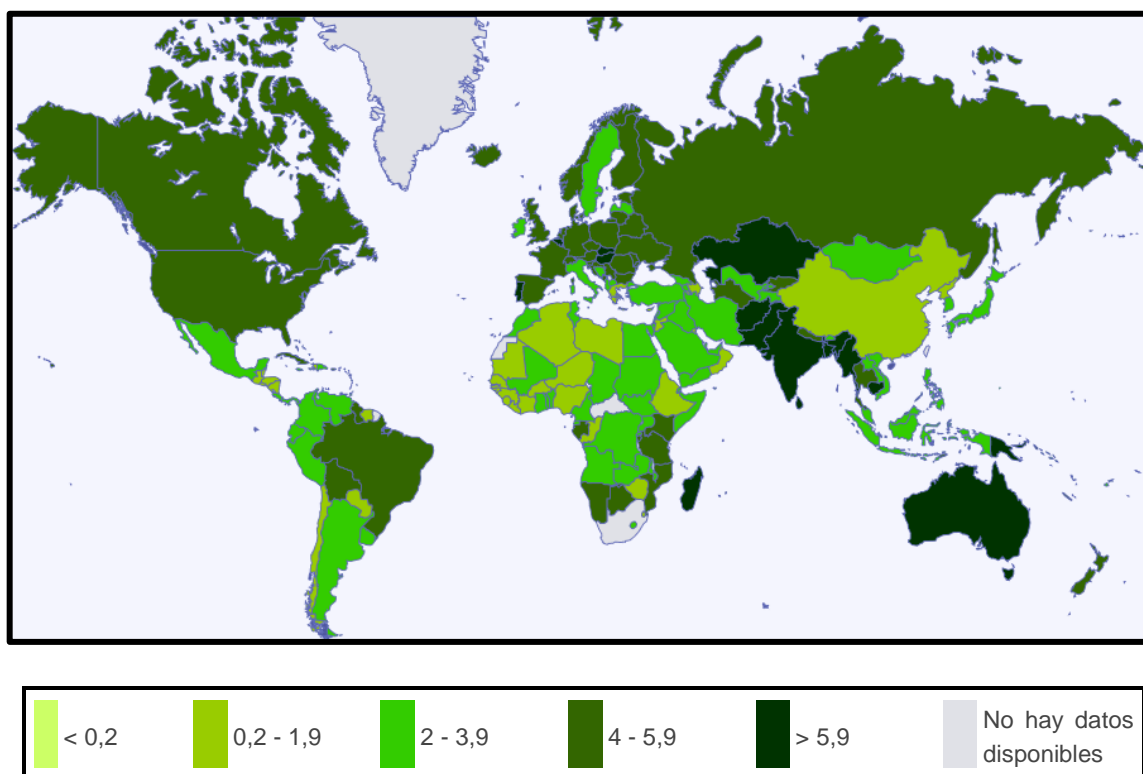
Los profesionales de la salud bucodental están en una posición privilegiada para poder detectar signos precoces del cáncer oral, pero sin embargo la posibilidad de realizar un simple examen oral no siempre es posible.

La ratio de cáncer oral hombre/mujer ha pasado de 6:1 en 1950 a una ratio de 2:1 en 2015, esto puede ser debido al aumento del consumo de alcohol y tabaco por parte de las mujeres.

En la figura 4 se muestra la incidencia de cáncer oral y de labio por cada 100.000 personas y año. Los datos se han obtenido del proyecto GLOBOCAN. El objetivo del proyecto es proporcionar estimaciones de los principales tipos de cáncer, a nivel nacional, para 184 países del mundo. Las estimaciones de GLOBOCAN se presentan para el año 2012 (9).

**Figura 4.** Incidencia de cáncer de labio y cavidad oral por cada 100.000 personas y año. Estimación 2012 GLOBOCAN.

Fuente: The Challenge of Oral Disease, A call for global action by FDI World Dental Federation 2015.



El sur y sudeste asiáticos son las regiones con mayores tasas de nuevos casos pero el este de Europa, Francia y algunas partes de África y de América Latina también tienen elevada carga de cáncer oral.

Normalmente las tasas de mortalidad para el cáncer oral excede la de la mayoría de los otros cánceres: 5 años después del diagnóstico sólo sobrevive el 50%. La detección precoz mejora los resultados del tratamiento. Si bien la revisión a la población general no

está recomendada, existe evidencia de su efectividad en pacientes con factores de riesgo como son tabaco y alcohol. El personal de atención primaria puede efectuar estas revisiones tras un entrenamiento mínimo (6).

#### **2.2.4 VIH/SIDA**

En 2014, 36,9 millones de personas vivían con VIH. Según datos de junio de 2015, había 15,8 millones de personas en tratamiento y pese a que las nuevas infecciones por el VIH han disminuido, todavía hay un número inaceptablemente elevado de nuevas infecciones por VIH y de muertes relacionadas con el SIDA cada año. En 2014, alrededor de 2 millones de personas se infectaron con VIH y 1,2 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA. (10)

Más de la mitad de las personas VIH (+) desarrollan síntomas y signos orales de manera precoz en el curso de la enfermedad, incluyendo infecciones fúngicas, bacterianas o virales, periodontitis severa, leucoplasia vellosa, boca seca, sarcoma de Kaposi y linfomas. Las lesiones orales relacionadas con el VIH pueden ser útiles para el diagnóstico de la infección, para evaluar su progresión, para predecir el estado inmunológico y para contribuir a suministrar a tiempo las intervenciones terapéuticas. El tratamiento y correcto manejo de las lesiones orales por VIH pueden incrementar considerablemente el bienestar y la calidad de vida de estos pacientes.

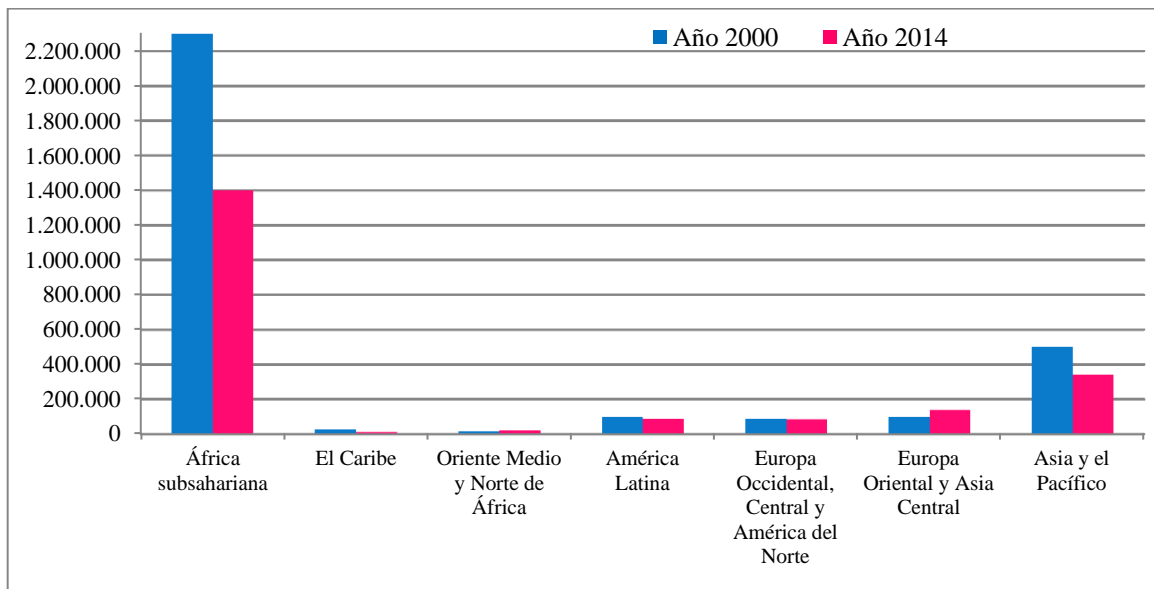
Los profesionales de la salud pueden mejorar la vigilancia de las lesiones orales asociadas a la infección por VIH realizando un sencillo, rápido y barato examen oral

como parte integral de los cuidados de estos pacientes. Este puede ser el primer paso para la detección, prevención y tratamiento de esta enfermedad potencialmente mortal. (6)

Se calcula que en el África subsahariana hubo 1,4 millones de nuevas infecciones por el VIH en 2014. Una caída del 41 % desde el año 2000. En el Caribe, el número de nuevas infecciones por el VIH se redujo a la mitad entre 2000 y 2014. En Oriente Medio y África del Norte, el número estimado de personas que contrajo el VIH aumentó en un 26 % entre 2000 y 2014. En América Latina, el número de nuevas infecciones por el VIH en 2014 fue un 17 % menor que en 2000. En Europa Occidental y Central y América del Norte el número de nuevas infecciones se ha mantenido muy estable desde 2000. En Europa Oriental y Asia Central, las nuevas infecciones se incrementaron en un 30 % entre 2000 y 2014. Las infecciones por el VIH se redujeron en un 31 % en Asia y el Pacífico. (10) Se puede ver la representación gráfica de estos datos en el gráfico 2.

**Gráfico 2.** Nuevas infecciones por VIH periodo 2000- 2014.

Datos disponibles en: AIDS by the numbers 2015.(10)

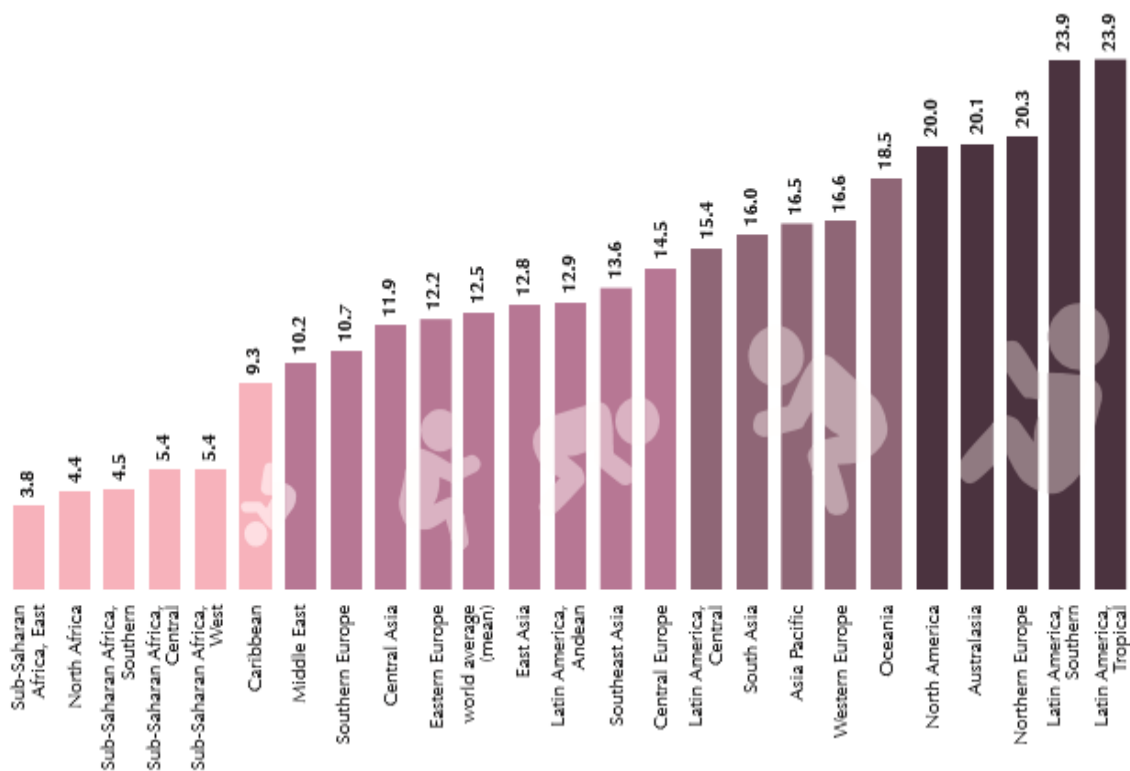


### 2.2.5 Anomalías congénitas

Las anomalías congénitas de cara y boca son frecuentes, representando el labio leporino/fisura palatina los dos tercios del total. Este proceso ocurre de manera aislada (70%) o formando parte de un síndrome, afectando a cerca de 12 de cada 10.000 nacidos en el mundo. Aunque la predisposición genética es un factor importante para las anomalías congénitas, otros factores de riesgo modificables también juegan un papel importante. La nutrición deficiente, el tabaco, el alcohol y la obesidad durante el embarazo están documentados como factores de riesgo adicionales. (6)

**Figura 5.** Prevalencia geográfica de hendiduras orofaciales por 10.000 nacimientos y región. Estimación 2010.

Fuente: The Challenge of Oral Disease, A call for global action by FDI World Dental Federation 2015.



La mayor prevalencia geográfica estimada de hendiduras orofaciales en 2010 se daba en América, Norte de Europa y Australia.

### 2.2.6 Traumatismos orales

Las lesiones orales representan el 5% de todas las lesiones y el traumatismo craneofacial es responsable de alrededor de la mitad del total de muertes estimadas (8,5 millones) debidas a traumatismos en todo el mundo. Incluyen las fracturas de los maxilares y otros huesos de la cara, así como fracturas, luxaciones y pérdida de dientes. Los factores de riesgo incluyen los accidentes de tráfico, de bicicleta, caídas, violencia física, deportes de contacto y los piercing en lengua y labios.

La mejora de la seguridad vial, y la introducción de cascos y protectores dentales son medidas importantes para reducir la frecuencia y severidad de los traumatismos, pero la violencia y el abuso infantil continúan siendo causas importantes de lesiones orales y tienen consecuencias graves para toda la vida. Por lo tanto, los profesionales de salud bucodental deben ser capaces de reconocer signos de abuso, que de una forma más común afectan a la cabeza, el cuello o la cara. (6)

Tras la realización de este análisis queda clara la asociación entre las enfermedades orales y las principales ENT, puesto que comparten factores de riesgo comunes y hay indicios que señalan que las enfermedades orales por si mismas representan un factor de riesgo para el desarrollo de ENT. Debido a los factores comunes de riesgo con otras ENT, el equipo de salud bucodental puede ostentar un papel central en prevención, contribuyendo a la detección, el diagnóstico precoz y el seguimiento de las ENT (2).

A través de un acceso periódico a pacientes sanos o, por lo menos, asintomáticos durante las revisiones rutinarias, los profesionales de la salud bucodental pueden contribuir a que los programas de prevención primaria y secundaria resulten eficaces, económicos y viables (2).

La composición de los equipos de salud bucodental cambia para abarcar a trabajadores de distintos conocimientos, capacidades y habilidades, como: asistentes dentales, higienistas dentales, terapeutas dentales, técnicos dentales y también trabajadores de atención primaria como enfermeras, educadores y docentes, por lo cual la profesión odontológica ha de asumir un liderazgo más amplio de los profesionales que trabajan en salud bucodental bajo su dirección y asesoramiento (2).

### **2.3 Profesionales de la salud bucodental**

Ya conocemos que es la salud bucodental según la OMS y la situación de la salud bucodental actual según la FDI, veamos quienes son y las funciones que desarrollan los profesionales de la salud bucodental históricamente y actualmente.

Aquellas actividades relacionadas con la salud bucodental son llevadas a cabo por una serie de profesionales, los profesionales de la salud bucodental, cada uno con una función determinada, pero que actúan en conjunto como un equipo. Estos profesionales son los que constituyen el equipo de salud bucodental.



La FDI, también reconoce la importancia de la colaboración interprofesional y el trabajo en equipo como medio para lograr una atención de mayor calidad y mejorar la eficacia y eficiencia de los servicios de salud. (3)

Como ya dijo el Dr. Ábalos en su tesis doctoral haciéndose eco del consultor de la OMS Héctor Silva (11), *“el ejercicio de la práctica odontoestomatológica en la actualidad es costosa, lenta y mala. Costosa porque la preparación del dentista es superior a muchas de las funciones que realiza. Lenta en la medida en que el odontólogo realiza una serie de funciones en varios niveles, de gran complejidad y en general, sin el apoyo suficiente de recursos humanos. Y mala desde dos puntos de vista; el primero, respecto al individuo que recibe la atención, la cual por exceso de demanda se limita a tareas repetitivas, curativas y técnicas, más que preventivas. El segundo, desde el punto de vista colectivo, no pudiendo llegar a las mayorías, por lo tanto una visión moderna de la odontología conlleva trabajo en equipo, rodeándose de personal colaborador cualificado para delegar funciones. Además, la enfermedad debe ser contemplada desde la prevención y la educación para la salud. Estos conceptos deben ser aplicados tanto en la práctica pública como en la privada.”*

La tendencia por lo tanto, es que los equipos actuales de salud bucodental estén estructurados de manera semijerárquica, con el odontólogo dirigiendo el equipo y asumiendo la responsabilidad final por la atención prestada y los resultados obtenidos. Sin embargo, el dentista debe ser capaz de delegar tareas al personal auxiliar que está específicamente capacitado para realizar dichas tareas.

Un estudio realizado en Reino Unido, (12) constató que el 35,3% de las visitas de los pacientes y el 43% del tiempo clínico están dedicados a deberes que pueden realizar los higienistas y terapeutas dentales. Esta práctica liberaría el tiempo de los dentistas para dedicarse a temas más complejos de la atención, aumentándose la eficiencia de los servicios.

Otro estudio realizado en Inglaterra y Gales demostró que el 40% de los odontólogos generales estarían dispuestos a contratar a un terapeuta dental y que los dentistas más jóvenes eran más propensos a delegar el trabajo a un terapeuta dental que los dentistas de mayor edad. (13)

En odontología, el trabajo en equipo es parte de la práctica diaria. Sin embargo, la composición del equipo dental varía entre los países y dentro de ellos, dependiendo de factores socioeconómicos, culturales, políticos y de la organización de los sistemas sanitarios, así como de las necesidades de la población.

Los términos utilizados para describir al personal auxiliar dentro del equipo dental tampoco son uniformes. Con mayor frecuencia se les conoce como profesionales de la salud aliados, trabajadores de nivel medio, personal auxiliar o auxiliares dentales. Los profesionales de la salud oral normalmente implicados en este grupo son los higienistas dentales, terapeutas dentales y / o enfermeras dentales, auxiliares odontológicos etc. Sus funciones en la práctica también varían de un país a otro, incluso dentro del mismo país.

Cada vez existe más literatura sobre la colaboración intraprofesional y el papel del personal auxiliar. Esta práctica está bien documentada en países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Nueva Zelanda, Australia, Malasia y Tanzania (14).

Los modelos de colaboración intraprofesional demuestran que los dentistas y los profesionales dentales auxiliares pueden trabajar juntos como un equipo, cada uno ofreciendo una experiencia profesional única para la atención óptima del paciente (15).

Castaño y cols. (7) abogan por posicionar al *“equipo odontológico comunitario compuesto por odontólogos, higienistas dentales y otros profesionales de la salud oral. Este equipo humano debe actuar encuadrado en los Equipos Básicos de Atención Primaria. Los profesionales de la salud oral comunitaria deben de tener una formación específica suficiente para afrontar la problemática bucal con criterios de equidad, eficacia y eficiencia. La evidencia científica nos indica que la prevención es la estrategia viable y efectiva, pero hace falta el diseño, planificación, participación activa de las comunidades, voluntad política de gobiernos, entidades locales y autoridades para conseguir que la caries y las periodontopatías dejen de constituir problemas de salud pública”*.

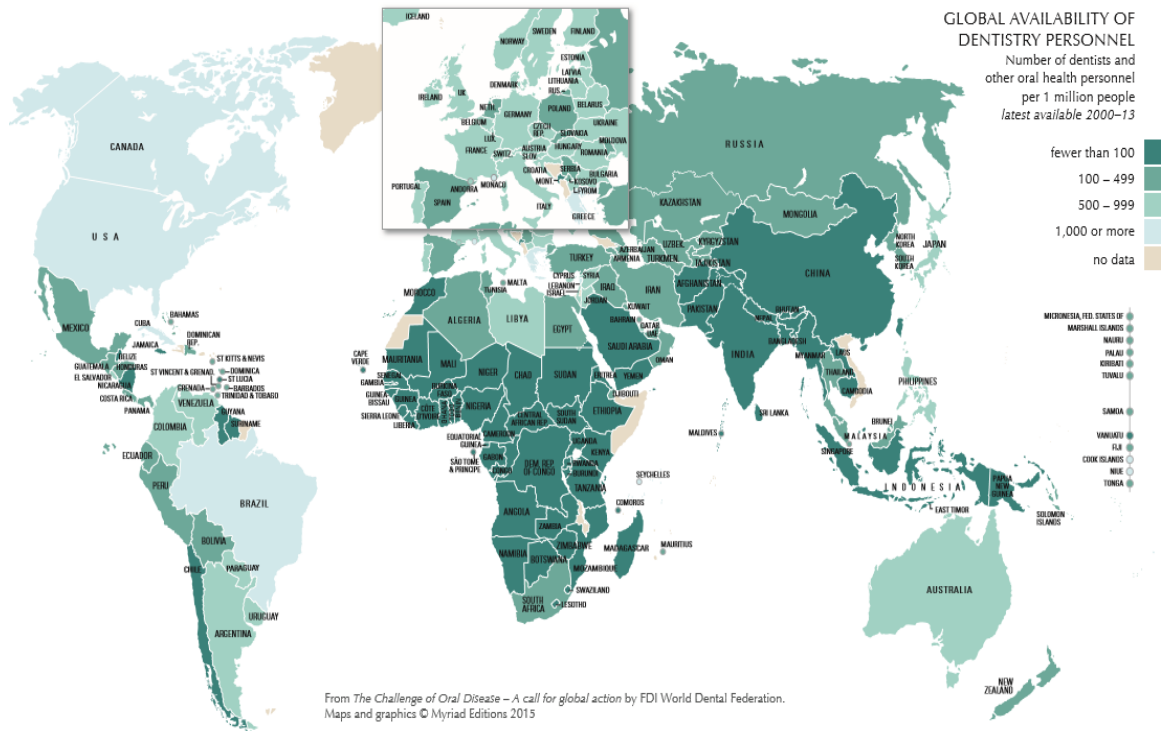
Podemos ver que existen diferentes perfiles de profesionales bucodentales, que además tienen asignadas diferentes funciones en los diferentes países, llegando incluso a no reconocerse legalmente determinados profesionales bucodentales en algunos de los países. En líneas generales, los dentistas lideran el equipo, son los responsables del diagnóstico, de la asistencia bucodental y prescripción, así como de la supervisión y la gestión. También aseguran la calidad y la seguridad de los cuidados conforme con la

legislación nacional. Otros profesionales de la salud bucodental, incluyendo asistentes dentales, enfermeras dentales y auxiliares de clínica, pueden ayudar a los dentistas con una serie de tareas clínicas. Los higienistas dentales trabajan en el campo de la prevención, la higiene oral y la promoción de hábitos saludables. Los protésicos dentales proporcionan servicios de laboratorio en estrecha colaboración con el dentista. Existen profesionales de nivel medio como los terapeutas dentales, que proporcionan servicios restauradores y quirúrgicos limitados, a veces para grupos de población específica como los niños. Los técnicos dentales o denturistas, pueden fabricar prótesis removibles ya sea con o sin receta de un dentista, y trabajar directamente con los pacientes en algunos países. (6)

Veremos la disponibilidad global de profesionales de la salud bucodental y cuáles son sus funciones.

**Figura 6.** Disponibilidad global de personal dental. Número de dentistas y otro personal de salud bucodental por 1 millón habitantes últimos datos disponibles 2000–2013.

Fuente: The Challenge of Oral Disease. A call for global action by FDI World Dental Federation. 2015.



La accesibilidad y la disponibilidad son las principales barreras para acceder a la atención. Los dentistas tienden a concentrarse en las zonas urbanas más ricas, dejando a las zonas rurales o poblaciones desfavorecidas relativamente desatendidas. La brecha entre la carga de la enfermedad y la disponibilidad de la atención puede abordarse mediante la creación de equipos supervisados por el dentista, que incluya una

combinación flexible de proveedores de nivel medio complementario y otros, en función de las necesidades locales (6).

Los sistemas que proporcionan cuidados de salud general y cuidados de salud bucodental han evolucionado de manera distinta en todo el mundo, durante los últimos 150 años. Los cuidados bucodentales normalmente sólo están parcialmente integrados en los sistemas públicos de salud o se encuentran totalmente ausentes. Como resultado de ello, el acceso a unos servicios de salud bucodental adecuados y asequibles, continúa siendo una aspiración para la mayoría de las poblaciones en el mundo.

Según la FDI *“Podemos pensar en un nuevo modelo de prestación de asistencia sanitaria bucodental que se base en un enfoque de colaboración en equipo, en el que dentistas bien formados supervisen el equipo, delegando tareas específicas... conservando la plena y total responsabilidad para el diagnóstico, planificación y tratamiento.”* (3).

### **2.3.1 Profesionales de la salud bucodental históricamente (16)**

En 1959 se reunió en Ginebra un comité de expertos en personal auxiliar de odontología con el objetivo de facilitar a los gobiernos y demás organismos encargados de los programas sanitarios información sobre las funciones que puede desarrollar del personal auxiliar de odontología.

Los países cuyos programas de higiene dental son relativamente adelantados han comprobado que la utilización de auxiliares les permite mejorar considerablemente los servicios de asistencia dental a la población.

El personal auxiliar trabaja bajo la supervisión de un dentista titulado al cual ayudan, el odontólogo inspecciona la labor del personal auxiliar y asumirá la responsabilidad del trabajo de su personal.

Las funciones del personal auxiliar son variadas. Hay, por ejemplo, algunos auxiliares a los que no se permite ningún contacto con los pacientes, otros, no sólo están en contacto con ellos, sino que pueden trabajar en la boca del paciente prestándole una parte de la asistencia dental.

Se recomienda el trabajo en un “equipo de higiene dental” tanto en los servicios públicos de odontología como en el ejercicio privado de la profesión.

Veamos según esta comisión de expertos las funciones que pueden confiarse al personal auxiliar, así como su formación.

### **2.3.2 La auxiliar de odontología**

Se recomienda que se considere indispensable el empleo de esta auxiliar en todos los servicios de odontología públicos y privados.

Funciones:

- Recibir al enfermo y prepararlo para el tratamiento.
- Preparar los accesorios necesarios (enjuagues, servilletas, recipientes, etc.).
- Esterilizar, cuidar y preparar los instrumentos.
- Preparar y mezclar los materiales de restauración.
- Ocuparse del paciente, una vez terminado en tratamiento, hasta que abandone el gabinete.
- Volver a preparar el gabinete para el paciente siguiente.
- Proporcionar las historias clínicas al dentista para que este inscriba los datos pertinentes, y archivarlas.
- Ayudar al dentista en los trabajos de radiología y en el revelado.
- Instruir al paciente sobre el debido empleo del cepillo de dientes.
- Dar asistencia postoperatoria a los pacientes sometidos a una anestesia general.

Formación:

En los cursos de formación de auxiliares debe tenerse presente que su misión consiste en ayudar al dentista en el gabinete y permitirle trabajar con más eficacia y rapidez. El grado de instrucción y las demás cualidades exigidas de las aspirantes, así como el contenido y la duración de los cursos, varían considerablemente.



### **2.3.3 Protésico dental.**

Su principal función es fabricar prótesis y demás dispositivos, trabajara según a las instrucciones del odontólogo.

Funciones:

- Vaciar los moldes de las impresiones tomadas en la boca de los pacientes y construir los dispositivos correspondientes, siguiendo las instrucciones del dentista.
- Trabajar los metales y materias plásticas utilizadas en la fabricación de esos dispositivos.
- Realizar las férulas que se utilizan en la cirugía maxilofacial.
- Construir dispositivos ortodónticos según las indicaciones del odontólogo.
- Conservar los depósitos de suministros dentales.

Formación:

Las personas que deseen recibir esta formación deberán tener un nivel formativo suficiente para seguir los estudios técnicos. El periodo de formación durará dos años como mínimo y a ser posible, tres.

#### 2.3.4 Higienista dental

Trabajaran bajo la supervisión del odontólogo, aunque pueden tener cierta libertad de acción, siempre que actúen como miembros del equipo sanitario. Este Comité reconoció que los higienistas dentales desempeñan una labor muy útil en odontología preventiva.

Funciones:

- Tartrectomías.
- Eliminación del sarro.
- La enseñanza individual y colectiva de la higiene oral.
- Aplicación tópica de fluoruros u otras soluciones profilácticas.
- Examen de escolares y otros grupos poblacionales con el fin de localizar los problemas orales y remitir al odontólogo los casos que requieran tratamiento. En el caso de los escolares, enlace con los servicios locales de enfermería para velar por la aplicación de las recomendaciones y/o tratamiento prescrito.

Formación:

En los países que utilizan desde hace varios años a estos profesionales el periodo de formación dura actualmente de 2 a 4 años, pero se estima que su duración podría ser de 12 meses como mínimo en los países que deseen emplear por primera vez higienistas en sus servicios sanitarios.

### 2.3.5 Enfermera de odontología escolar

Se emplean con éxito en Nueva Zelanda desde hace unos 30 años. Más recientemente ha empezado a utilizarse en la Federación Malaya, Ceilán y otros países.

Reciben formación para atender a niños de edad preescolar y escolar y forman parte del equipo de sanidad.

Funciones de tipo general:

- Mantener sin afecciones y el buen estado de higiene dental a un grupo aproximado de 500 niños, examinándolos y tratándolos cada 6 meses.
- Enseñar higiene oral mediante el empleo de métodos docentes y publicitarios y suscitar interés y cooperación de los niños y sus padres en esta materia.

Funciones especiales:

- Examinar a los pacientes y anotar el estado de su dentadura.
- Aplicar medidas profilácticas.
- Obturaciones en los dientes permanentes y temporales.
- Exodoncias con anestesia local.
- Aplicación tópica de medicamentos preventivos.

- Reconocer las maloclusiones y las lesiones que requieran una intervención y remitirlos al odontólogo.
- Examinar y tratar a los niños del grupo a su cargo periódicamente.
- Enseñanza de la higiene bucal y la prevención de enfermedades dentales, a los escolares y maestros, así como a las personas que forman parte de asociaciones de padres y de maestros, etc.

#### Formación:

Las enfermeras de odontología escolar trabajan bajo la supervisión de los odontólogos. Sus servicios se utilizan en bastantes países, y la experiencia ha demostrado que realizan una labor muy eficaz y ejercen una influencia considerable y beneficiosa sobre los niños y sus padres, al fomentar el conocimiento y la práctica de la higiene oral. Los cursos han de orientarse hacia este fin. Se recomienda que la formación sea al menos de 24 meses.

#### **2.3.6 Odontólogos**

El Comité, aconsejó a las naciones que han organizado programas de higiene dental la ampliación de los servicios, a base de utilizar personal auxiliar de odontología y de organizar el trabajo en equipos. Se insiste en el informe en la necesidad de que todas las

categorías de personal auxiliar de odontología trabajen bajo la supervisión de un odontólogo que a su vez, asumirá la entera responsabilidad del trabajo ejecutado por este personal. Se señala, la importancia de que todos los auxiliares conozcan perfectamente sus deberes y los límites de sus funciones.

Aunque el papel del odontólogo parece más claro y unánime para todos los países también fue motivo de estudio y análisis por el comité de expertos de la OMS en higiene dental, que se reunió en Ginebra en 1962 (17) y algunos de los temas tratados fueron los siguientes:

- El objetivo fundamental de la profesión odontológica en cualquier país consiste en poner la asistencia de higiene dental al alcance de todos los que deseen recibirla o la necesiten de la manera que mejor contribuya a la salud del individuo y al bienestar de la nación.
- La profesión asume, la responsabilidad de incorporar personas que sean competentes por su preparación y por la ley, en número bastante para cubrir las necesidades actuales y futuras en personal de odontología. Los factores que hacen posible la existencia de un personal en odontología suficiente varían según los países, por lo que debe organizarse cada programa en función de las tradiciones y de las costumbres nacionales que se relacionen con sus aspectos profesionales, legislativos, económicos, políticos, sociales y educativos.

- Los sistemas de enseñanza de odontología difieren considerablemente en los países, importa, establecer criterios que permitan evaluar los distintos grados de competencia odontológica.
- Los objetivos de la enseñanza odontológica, corresponden a los conocimientos, las técnicas y las actitudes que necesita el dentista para ejercer con eficacia su profesión.

En cuanto al tiempo de formación, el Comité recomienda que el período mínimo del plan de estudios de odontología sea de 4 años a tiempo completo, unas mil horas de clases teóricas y prácticas al año.

#### **2.4 Profesionales de la salud bucodental en la actualidad.**

Se analizó la composición y funciones del equipo de salud bucodental en las Islas Canarias y su situación respecto a España, Europa y otros países a nivel mundial, como Nueva Zelanda y Australia, Estados Unidos y Canadá.

### **2.4.1 Profesionales de la salud bucodental en Nueva Zelanda**

El Consejo Dental es una autoridad reguladora establecida por la Ley de Garantía de Competencia de Profesionales de la Salud de 2003 (18). Su propósito principal es proteger la salud y la seguridad del público, asegurándose de que los profesionales de la salud bucodental sean competentes y aptos para la práctica.

El Consejo Dental es responsable de:

- Establecimiento de normas para la inscripción en el Registro.
- Registro de profesionales de la salud oral.
- Establecimiento de normas de competencia clínica y conducta ética que deben cumplir todos los profesionales de la salud oral.
- Recertificar a todos los trabajadores de la salud bucal cada año.
- Revisar la competencia de los profesionales de la salud oral.
- Investigar la conducta o la salud de los profesionales de la salud bucodental donde haya quejas acerca de su trabajo y tomar las medidas apropiadas.

Los profesionales de la salud oral regulados por el Consejo Dental son los dentistas, especialistas dentales, terapeutas dentales, higienistas dentales, técnicos clínicos dentales, técnicos dentales y auxiliares de ortodoncia.

Las especialidades odontológicas reconocidas son: endodoncia, cirugía maxilofacial, medicina oral, patología oral, cirugía oral, ortodoncia, odontopediatría,

periodoncia, prostodoncia, salud pública, odontología restauradora y odontología para pacientes especiales.

#### **2.4.1.I Odontólogos (19) (18)**

La New Zealand Dental Association, (NZDA) es la asociación profesional para dentistas en Nueva Zelanda. Tiene más de 2500 miembros.

Formación y competencia:

- Diagnosticar los problemas orofaciales y proporcionar información apropiada a los pacientes sobre las opciones de diagnóstico, tratamiento y sus consecuencias.
- Retirar el tejido dental dañado y colocar materiales para la restauración, la sustitución de la estructura dental, o la rehabilitación de la dentición.
- Realizar tratamientos en el complejo orofacial, dientes, los tejidos duros y blandos que rodean o sostienen los dientes.
- Exodoncias dentales.
- Administrar anestesia local y/o sedantes.
- Prescribir medicamentos.
- Prescribir pruebas especiales durante el tratamiento dental.
- Utilizar radiaciones ionizantes, con fines de diagnóstico odontológico.
- Realizar procedimientos para preparar o llevar a cabo la construcción, ajuste, reparación o renovación de dentaduras y aparatos.



Los dentistas estudian durante cinco años. Los odontólogos especialistas tienen una formación adicional de 2 -3 años cursando master, doctorado clínico u otra formación superior en una rama de la odontología.

#### **2.4.1.I.a. Especialidades dentales reconocidas actuales:**

##### **1. Especialistas en endodoncia**

Los especialistas en endodoncia se ocupan de la morfología y patología del complejo pulpar y de los tejidos peri-radiculares. Su estudio y práctica abarca las ciencias clínicas básicas, incluyendo la biología de la pulpa normal, y la etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa y los tejidos peri-radiculares asociados.

##### **2. Especialistas en cirugía maxilofacial**

Los especialistas en cirugía oral y maxilofacial se ocupan del diagnóstico, tratamiento quirúrgico y auxiliar de enfermedades, lesiones y defectos de las mandíbulas y estructuras asociadas.

### **3. Especialistas en medicina oral**

Especialistas en medicina oral se ocupan de la atención bucal de pacientes con trastornos crónicos y médicamente relacionados de la región oral y maxilofacial y con su diagnóstico y manejo no quirúrgico.

### **4. Especialistas en patología oral**

Especialistas en patología se ocupan de la naturaleza de las enfermedades que afectan a las regiones orales, maxilofaciales y adyacentes.

### **5. Especialistas en cirugía oral**

Especialistas en cirugía oral practican la rama de la odontología encargada el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las afecciones que afectan a los tejidos orales y dentoalveolares.

### **6. Especialistas en ortodoncia**

Los especialistas en ortodoncia se ocupan de la supervisión, orientación y corrección de las estructuras dentofaciales e incluye el diagnóstico, prevención, interceptación y tratamiento de todas las formas de maloclusión de los dientes y alteraciones asociadas en sus estructuras circundantes.

## **7. Especialistas en odontología pediátrica**

Especialistas en odontología pediátrica se ocupan de la atención de la salud oral de los niños desde el nacimiento hasta la adolescencia. Incluye la gestión de problemas orofaciales relacionados con discapacidades médicas, conductuales, físicas o de desarrollo. Puede incluir el manejo de adultos con necesidades especiales.

## **8. Especialistas en periodoncia**

Los especialistas en periodoncia se ocupan de la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades o anomalías de los tejidos de soporte de los dientes.

## **9. Especialistas en prostodoncia**

Los especialistas en prostodoncia se ocupan del diagnóstico, la planificación del tratamiento, la rehabilitación y el mantenimiento de pacientes con dientes o tejidos craneofaciales desaparecidos o deficientes, utilizando sustitutos biocompatibles.

## **10. Especialistas en odontología de salud pública (odontología comunitaria)**

Especialistas en salud comunitaria se ocupan de la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad oral, promover la salud oral y mejorar la calidad de vida a través de los esfuerzos organizados de la sociedad.

## **11. Especialistas en odontología restauradora**

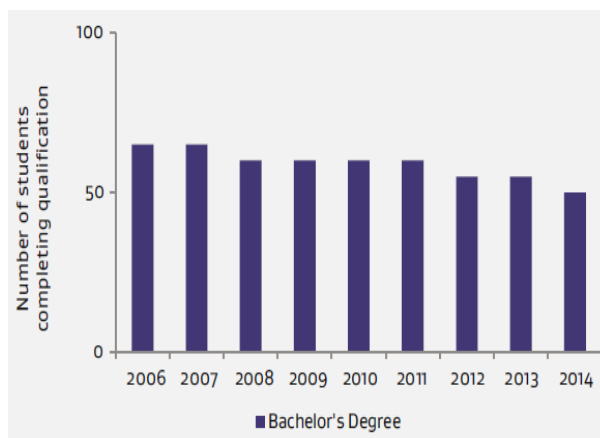
Los especialistas en odontología restauradora se ocupan de los procedimientos dentales en la boca dentada o parcialmente edéntula.

## **12. Especialistas en odontología para pacientes especiales**

Especialistas en odontología para pacientes especializada se ocupan de la atención de la salud oral de las personas afectadas por discapacidad intelectual, problemas médicos, físicos o psiquiátricos.

### **2.4.1.I.b. Análisis de la profesión de odontólogo en Nueva Zelanda**

El número de estudiantes que completaron una licenciatura en odontología ha disminuido de 65 en 2007 a 50 en 2014, tal como se ve en el gráfico 3.



**Gráfico 3:** Dentistas licenciados entre 2006 y 2014 en Nueva Zelanda.

Fuente Ministerio Educación. <http://www.education.govt.nz/>

## **Ingresos y perspectivas de empleo**

Los ingresos de los dentistas varían dependiendo de la experiencia, ubicación y especialidad. En 2015, el ingreso promedio de los dentistas se estimó en unos 86.755,46€. Los odontólogos especialistas tienen unos ingresos que oscilan entre unos 101.746,04€ y 143.801,08€.

En 2014 había 2.741 dentistas con certificado de práctica anual registrados en el Consejo Dental de Nueva Zelanda (DCNZ). El número de dentistas practicantes por 100.000 neozelandeses aumentó de 48,2 a 48,8 por 100.000 durante este período.

Más del 80% de los dentistas trabajan en la práctica privada. Hay un número suficiente de dentistas en Nueva Zelanda, pero sigue habiendo una mala distribución geográfica, especialmente afectando a las zonas rurales. La distribución varía de 134 dentistas por cada 100.000 personas en Otago y 101 por cada 100.000 en Auckland, a 30 por cada 100.000 en Tairāwhiti (20).

El aumento en el número de dentistas deriva tanto de los graduados de Nueva Zelanda como de los dentistas graduados en el extranjero, que acceden a través del proceso de examen de registro dental de Nueva Zelanda y a través del registro de reconocimiento recíproco individual, Trans-Tasman (20). Nueva Zelanda espera verse afectada por las cuatro nuevas escuelas de dentistas establecidas recientemente en Australia, lo que ha llevado a una sobreoferta de dentistas, ya que los graduados australianos tienen derecho automático al registro en Nueva Zelanda con el reconocimiento mutuo de Trans-Tasman. Se espera que tenga un impacto dentro de Nueva Zelanda en los próximos años (20).

Según el informe anual del Consejo Dental de Nueva Zelanda, incluyendo dentistas junior y senior en 2015, el número de dentistas practicantes aumentó constantemente entre 2014 y 2015, de 2.741 a 2.787, en un 1,7%. Se prevé que el número de dentistas crecerá alrededor de 2,6% por año hasta 2019. Hay una necesidad particular de dentistas en las áreas provinciales de Nueva Zelanda.

#### **2.4.1.II. Higienistas Dentales (18)(21)**

El papel principal de un higienista dental es proporcionar la educación de la salud oral y la prevención de la enfermedad oral, promover comportamientos orales saludables. La tarea principal del higienista dental es la prevención y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades periodontales.

Los higienistas dentales trabajan en equipo, bajo la orientación clínica proporcionada por un dentista o un especialista, aunque algunos tratamientos se proporcionan bajo supervisión clínica directa.

La práctica de la higiene dental incluye:

1- Tratamientos proporcionados bajo guía clínica, el odontólogo o el especialista pueden no estar presentes:

- Obtención y reevaluación de historias de salud.
- Examen de tejidos orales y reconocimiento de anormalidades.
- Evaluar los tejidos periodontales, y la derivación apropiada.

- Obtener consentimiento informado para los planes de cuidado de higiene dental.
- Proporcionar educación y asesoramiento en salud oral.
- Tartrectomías y raspados y alisados radiculares.
- Aplicación y dispensación de agentes preventivos sin receta.
- Selladores de fisuras.
- Aplicación y dispensación de agentes tópicos para el tratamiento de la sensibilidad y blanqueamiento dental.
- Administración de anestésico tópico local.
- Tomar impresiones, registrar relaciones oclusales y hacer modelos de estudio.
- Elaborar y ajustar protectores bucales y de blanqueamiento.
- Tomar fotografías intra y extra-orales.
- Realización de procedimientos postoperatorios como la remoción de suturas.
- Pulido de restauraciones.
- Tomar radiografías.
- Asistir al dentista o especialista en la implementación de planes de tratamiento ortodóntico, preparados por el dentista que será el responsable de los resultados clínicos del paciente, mediante realización de los siguientes procedimientos ortodónticos:
  - Trazado de radiografías cefalométricas.
  - Pulido supragingival de los dientes, antes de la colocación y después de la eliminación de los aparatos fijos.

- Proporcionar instrucción de higiene oral y asesoramiento sobre el cuidado y mantenimiento de aparatos ortodónticos.
- Hacer modelos de estudio, retenedores, y otros procedimientos de laboratorio simples de naturaleza ortodóntica.

2- Tratamientos proporcionados bajo la supervisión clínica directa de un dentista o especialista:

- Aplicación de agentes preventivos de prescripción.
- Administrar anestésico mediante técnicas de infiltración y bloqueo nervioso.
- Asistir al dentista o especialista en la implementación de planes de tratamiento ortodóntico, mediante la realización de procedimientos ortodónticos como:
  - Colocación de separadores.
  - Dimensionamiento de bandas metálicas y su cementación.
  - Colocar los arcos formados por el dentista y reemplazar las ligaduras o cerrar los brackets de auto-ligadura.

Para convertirse en un higienista dental se necesita tener un título de Bachiller en Salud Bucal de la Universidad de Otago o una licenciatura en Ciencias de la Salud en Salud Oral de la Universidad de Tecnología de Auckland.

Una vez obtenido el certificado, se tendrá que estar registrado en el Consejo Dental de Nueva Zelanda y poseer un Certificado de Práctica Anual.



### **2.4.1.III. Terapeutas Dentales (18) (22)**

También conocidos como Terapeuta Dental Comunitario, Enfermera Dental Escolar o Terapeuta Dental Escolar.

La primera escuela de servicio dental de Nueva Zelanda se fundó en 1921, tras la Primera Guerra Mundial, ya que se evidenció el mal estado de la salud bucodental de los soldados, esto alertó sobre la salud dental de los ciudadanos. Se creó un servicio dental para los niños de los colegios para que en un futuro se evitara esta situación, si bien ya en 1913, el Dr. K. Cox, presidente de la New Zealand Dental Association, ya había recomendado un plan similar a cargo del estado (23).

En colaboración con dentistas y otros profesionales de la salud, los terapeutas dentales ofrecen servicios de evaluación, tratamiento, gestión y prevención de la salud bucal para niños y adolescentes hasta los 18 años.

La práctica de la terapia dental implica:

- ✓ Obtener historiales médicos y consultar con otros profesionales de la salud.
- ✓ Examen de tejidos orales, diagnóstico de caries y anomalías orales.
- ✓ Preparación de un plan de atención oral.
- ✓ Procedimientos de consentimiento informado.
- ✓ Administración de anestésico local mediante infiltración dento-alveolar, bloqueo del nervio dental inferior y técnicas de anestesia tópica.
- ✓ Preparación de cavidades y restauración de dientes primarios y permanentes mediante colocación de materiales.

- ✓ Exodoncia de dientes deciduos.
- ✓ Recubrimiento pulpar en dientes primarios y permanentes.
- ✓ Odontología preventiva, tartrectomías, selladores y aplicaciones de flúor.
- ✓ Educación y promoción de la salud oral.
- ✓ Toma de impresiones para la construcción y ajuste de protectores bucales.
- ✓ Realizar pulpotomías.
- ✓ Toma e interpretación de radiografías periapicales y aletas de mordida.
- ✓ Preparar los dientes y colocar coronas metálicas en los dientes primarios.

La prestación de servicios de evaluación, tratamiento, gestión y prevención de la salud oral para pacientes adultos mayores de 18 años de edad, depende de las calificaciones del terapeuta dental que deben poseer cualificación para práctica avanzada registrado por el Consejo, y se puede proporcionar bajo supervisión clínica directa o bajo guía clínica de un dentista o un especialista.

Para convertirse en un terapeuta dental se necesita tener un título de licenciado en Salud Bucal de la Universidad de Otago o una licenciatura en Ciencias de la Salud en Salud Oral de Auckland University of Technology.

Una vez licenciado, se tendrá que registrar en el Consejo Dental de Nueva Zelanda y poseer un Certificado de Práctica Anual.

#### 2.4.1.IV. Técnicos Dentales Clínicos y Técnicos Dentales (18)(24)

Un técnico dental (también conocido como tecnólogo dental) es un profesional altamente cualificado que se especializa en el diseño, construcción, reparación y ajuste de una amplia gama de prótesis dentales.

Los tecnólogos dentales se centran en estas áreas clave:

- Fabricación de coronas, incrustaciones y carillas.
- Realización de puentes, prótesis dentales y prótesis sobre implantes.
- Aparatos de ortodoncia y protectores bucales.

Trabajan en estrecha colaboración con profesionales como odontólogos, especialistas y técnicos dentales clínicos, y aplican una amplia gama de técnicas que incluyen yeso, electro-soldadura por puntos, fundición y pulido de metales, modelado de cera, cerámica, doblado de alambres y chorro de arena.

Los Técnicos Dentales Clínicos suministran una gama de prótesis directamente al paciente como prótesis completas, parciales, sobre implantes y dispositivos de medicina del sueño, pero no pueden trabajar sobre los dientes naturales de los pacientes, no hacen obturaciones ni exodoncias y requieren un Certificado de Salud Oral de un dentista para realizar prótesis parciales, ya que esto garantiza que los dientes son aptos para usar una prótesis parcial.

Los técnicos dentales clínicos deben registrarse en el Consejo Dental de Nueva Zelanda y tener un Certificado de Práctica vigente.

Los técnicos dentales estudian un grado de tres años en Licenciatura de Tecnología Dental en la Universidad de Otago. Para obtener la titulación de técnico dental clínico, un técnico dental debe completar un programa de posgrado de un año acreditado en tecnología clínica dental.

#### **2.4.1.V. Auxiliar de Ortodoncia (18)(25)**

El Consejo Dental registra y recertifica cada año, a todos los auxiliares ortodónticos para asegurar que cumplen con los estándares mínimos para trabajar.

El alcance de la práctica para los auxiliares ortodónticos se establece en el "*alcance detallado de la práctica para la práctica auxiliar ortodóntica*" documentado producido y publicado por el consejo dental.

Los auxiliares ortodónticos llevan a cabo un plan de tratamiento preparado por un dentista u ortodoncista para el paciente. Los auxiliares ortodónticos practican bajo la supervisión directa de un dentista u ortodoncista que está presente en las instalaciones donde se realiza el trabajo, y es el responsable de los resultados clínicos generales del paciente.

Los auxiliares de ortodoncia ayudan al dentista u ortodoncista a implementar el tratamiento ortodóntico mediante la realización de procedimientos ortodónticos como la toma de impresiones y la realización de modelos de estudio, la inserción y extracción de

algunos aparatos ortodónticos, la preparación de los dientes para la colocación de aparatos y el cuidado y mantenimiento de aparatos ortodónticos.

La práctica del auxiliar de ortodoncia consiste en:

- Tomar fotografías para los registros.
- Tomar impresiones y obtención de un registro de las relaciones oclusales.
- Trazado de radiografías cefalométricas.
- Colocación de separadores.
- Dimensionamiento de bandas metálicas y su cementación.
- Pulido supragingival de los dientes antes del cementado y después de la eliminación de los accesorios fijos.
- Preparación de dientes para la fijación de retenedores fijos.
- Proporcionar instrucciones de higiene y asesoramiento en el cuidado y mantenimiento de aparatos ortodónticos.
- Colocación de los arcos formados por el ortodoncista y sustitución de las ligaduras / cierre de los brackets auto-ligados.
- Retirar los arcos después de retirar las ligaduras, o abrir los soportes de autoligado.
- Extracción de fijaciones ortodónticas fijas y retenedores.
- Eliminación de adhesivos después de descementar aparatología fija, utilizando fresas en piezas de mano de baja velocidad.
- Ensamble de prueba de los dispositivos removibles. No incluye la activación.

- Hacer modelos de estudio, fabricar retenedores, y realizar otros procedimientos de laboratorio simples de naturaleza ortodóntica.
- Tomar radiografías intra-orales y extra-orales.

Para obtener el Certificado de Posgrado de Asistencia de Ortodoncia, se debe completar un programa de la Academia de Ortodoncia y el Programa Clínico práctico de 2 días, proporcionado por la Asociación de Ortodoncistas de Nueva Zelanda, NZAO.

#### **2.4.1.VI. Asistente Dental (19)**

Los asistentes dentales trabajan junto a los dentistas, los terapeutas dentales y los higienistas dentales en las clínicas dentales.

Son responsables de varias tareas, incluyendo ayudar a los profesionales mezclando materiales, tomando notas y pasando los instrumentos durante los procedimientos de tratamiento. Ellos preparan a los pacientes y los instrumentos para el tratamiento, y también son responsables de la esterilización de los instrumentos dentales. En algunas consultas los asistentes dentales también son responsables de administrar las citas.

No tienen que estar registrados en el Consejo Dental de Nueva Zelanda para trabajar.

Los Asistentes dentales estudian un curso de un año, la Asociación Dental de Nueva Zelanda (NAZDA), imparte cursos anuales para los asistentes dentales, tanto a

través de cursos presenciales como a distancia. Los Asistentes dentales no están obligados a registrarse.

El certificado de la NZDA en Asistencia Dental proporcionará una oportunidad para trabajar como asistente de cirugía dental, asistir a un dentista, terapeuta dental o higienista dental durante los procedimientos orales.

Existen una serie de requisitos de admisión al Certificado Asistente Dental. Trabajar actualmente como asistente dental un mínimo de 20 horas por semana. El estudiante debe ser supervisado durante el curso por un dentista miembro de la NZDA, esto es para asegurar que el alumno se familiariza con los Códigos de Práctica según la NZDA y Dental Council New Zealand (DCNZ).

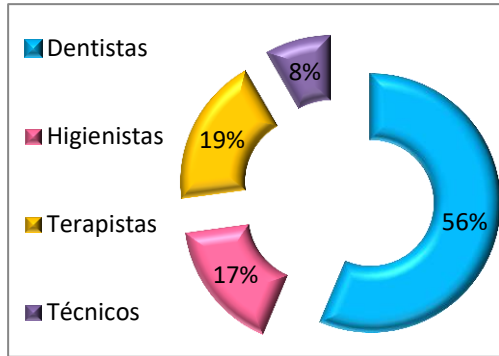
El curso dura un año académico.

#### **2.4.1.a. Análisis de las profesiones de Higienista, Terapeuta, Técnicos, Asistente dental y Auxiliar de ortodoncia. (26)(27)**

Con fecha 31 de Marzo de 2015, los profesionales de la salud bucodental registrados, por profesión son: 2.787 dentistas, 818 higienistas, 933 terapeutas y 410 técnicos (26). El año 2016 los datos son muy similares, 2.824 dentistas, 892 higienistas, 944 terapeutas y 407 técnicos (27).

**Grafico 4:** Profesionales de la salud bucodental según profesión. Nueva Zelanda 2016.

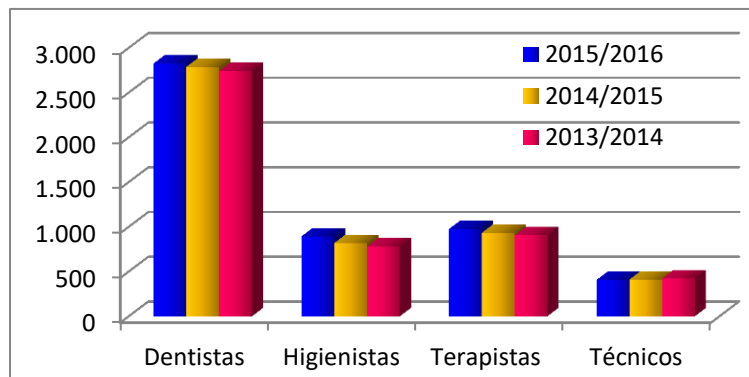
Grafico obtenido de Reporte anual 2016 del Consejo Dental (27).



En general, el aumento en los profesionales en 2016 se compone de aumentos netos de 9 por ciento más de higienistas dentales, 4,7 por ciento más de terapeutas dentales y 1,3 por ciento más de dentistas. El número de técnicos dentales disminuyó un 0,7 por ciento con respecto al año anterior. Esto continúa una declinación anual que comenzó en 2009 y ha visto una disminución total de 14.7 por ciento desde entonces.

**Gráfico 5:** Número de profesionales de la salud bucodental Nueva Zelanda año 2013/2014, 2014/2015 y 2015 / 2016.

Grafico realizado con los datos obtenidos del Reporte anual 2015 y 2016 del Consejo Dental (26)(27).





Los profesionales pueden estar registrados en más de un ámbito de práctica. El número de practicantes inscritos en los respectivos ámbitos de práctica al 31 de marzo de 2016 es el que se muestra en la Tabla 1.

**Tabla 1:** Número de profesionales registrados por ámbitos de práctica en Nueva Zelanda a 31 de marzo de 2016.

Datos obtenidos del Reporte anual 2016 del Consejo Dental (27).

	2015/2016	2015/2014
General	2.714	2.618
Ortodoncista	112	110
Endodoncista	36	35
Cirujano Maxilofacial	51	49
Medicina Oral	5	5
Patología Oral	8	8
Cirujano Oral	10	10
Odontopediatra	22	22
Periodoncista	40	37
Prostodoncista	35	37
Odontología Restauradora	10	11
Salud Pública	21	23
Odontología para Pacientes Especiales	10	8
Higienista Dental	784	714
Auxiliar de Ortodoncia	124	118
Terapista Dental	977	933
Terapista Dental Adultos	13	13
Técnico Dental	407	410
Técnico Dental Clínico	220	211
Técnico Dental Clínico Sobredentaduras	17	17

Según la Asociación Dental de Nueva Zelanda (19) hay una escasez de higienistas dentales, terapeutas dentales y asistentes dentales en Nueva Zelanda.

Los Asistentes dentales reciben la tasa más baja de salario en esta industria y en algunos trabajos pueden ofrecer la tasa de salario mínimo que actualmente es de unos 10.34 € la hora, aproximadamente unos 20.000€ al año.

Los higienistas dentales por lo general se pagan una tarifa por hora y esto puede variar de unos 20.35 a 40.7€ la hora dependiendo de la ubicación y la experiencia, aproximadamente entre 40.000 y 80.000€ al año.

Los Técnicos dentales suelen comenzar alrededor de 31.800€ aumentando a unos 40.700 a 47.500€ con cinco años de experiencia.

Los Terapeutas dentales experimentados pueden esperar ganar hasta unos 61.000€.

A modo de comparación, el salario promedio por hora en Nueva Zelanda para el trimestre que finalizó el 31 de diciembre de 2015 fue de unos 20€ según estadísticas de Nueva Zelanda. Esto daría un salario promedio anual de alrededor de unos 40.100€ el trabajo estándar a tiempo completo.

#### **2.4.2 Profesionales de la salud bucodental en Australia.**

La Agencia Australiana Regulatoria de los Practicantes de Salud, AHPRA (28), se rige por la Ley Nacional de Regulación de Profesionales de la Salud, vigente en cada estado y territorio, que entró en vigor el 1 de julio de 2010. AHPRA apoya las 14 Juntas Nacionales que son responsables de la regulación de las profesiones de la salud. La función principal de las Juntas Nacionales es proteger al público y establecer normas y políticas que todos los profesionales de la salud registrados deben cumplir.

Las funciones de la Junta Dental de Australia incluyen:

- Registro de dentistas, estudiantes, especialistas dentales, terapeutas dentales, higienistas dentales, terapeutas de salud bucal y protésicos dentales.
- Elaboración de normas, códigos y directrices para la profesión dental.
- Manejo de notificaciones, denuncias, investigaciones y audiencias disciplinarias.
- Supervisar la evaluación de los profesionales del extranjero que deseen trabajar en Australia.
- Aprobar las normas de acreditación y los cursos de estudios acreditados.

Tipos de registro de profesionales salud dental, bajo el Reglamento de Profesionales de la Salud de la Ley Nacional, en vigor en cada estado y territorio, existen

una serie de categorías de registro en virtud de la cual un profesional de la salud bucodental puede practicar en Australia.

Las diferentes categorías se aplican a diferentes tipos de registro:

- Registro general. Las divisiones incluyen: Odontólogos, Higienistas dentales, Protésicos dentales, Terapeutas dentales y Terapeutas de salud oral.
  
- Inscripción de especialistas. Hay trece especialidades dentales en Australia que han sido aprobados por el Consejo Ministerial Australiano de la Fuerza Laboral de Salud. Son las siguientes: Radiólogo dental y maxilofacial, Endodoncia, Cirugía Oral y Maxilofacial, Medicina Oral, Patología Oral, Cirugía Oral, Ortodoncia, Odontología Pediátrica, Periodoncia, Prostodoncia, Salud Pública, Odontología pacientes con necesidades especiales y Odontología forense.

Detalle de los profesionales de la salud bucodental en Australia:

#### **2.4.2.I. Odontólogos (29)**

Los objetivos principales de la Asociación Dental de Australia, (ADA), son fomentar la mejora de la salud oral, promover la ética y la ciencia de los miembros y proporcionar un cuidado bucal profesional de alta calidad.

El registro para trabajar de odontólogo en Australia requiere el título de odontólogo de una universidad acreditada. Las escuelas de odontología en las

universidades australianas otorgan licenciatura o doctorado. Hay 8 universidades de Australia que proporcionan capacitación a los dentistas.

Después de graduarse, los dentistas tienen que seguir actualizándose, ya que parte de los requisitos de registro, es que los dentistas completen al menos 60 horas de formación continua en un periodo de tres años. El proceso de registro representa una forma de protección de la población frente a personas no cualificadas. Es ilegal practicar la odontología sin registrarse en AHPRA. Una vez que se concede el registro, debe ser renovado anualmente. Son elementos importantes a la hora de considerar la solicitud de renovación de registro cada año los antecedentes penales, la salud y la educación.

La odontología es una profesión de ayuda y también ética, por lo que se espera, que los dentistas que ejercen restauren la salud y el bienestar de sus pacientes antes que cualquier otra consideración. Los dentistas también conducen al equipo de salud oral.

Como parte de los servicios dentales, un dentista puede:

- Realizar evaluaciones de salud oral, que incluyan un historial de salud, realización del odontograma, detección del cáncer oral y enfermedades periodontales, pruebas de saliva, análisis de manchas en los dientes y del color, toma de signos vitales, (tensión, pulso, glucemia), para determinar un diagnóstico y desarrollar un plan de tratamiento.
- Prescribir, realizar e interpretar los rayos X.
- Tomar impresiones para modelos de estudio y fabricación de aparatos bucales.
- Explicar al paciente verbalmente sus opciones de tratamiento y obtener el consentimiento para proceder al tratamiento dental.

- Educar a los pacientes sobre el cuidado y la prevención de la salud bucal.
- Aconsejar a los pacientes sobre el control de la placa, hábitos dietéticos saludables, y deshabituación tabáquica.
- Realizar tratamientos clínicos según lo acordado con el paciente para restaurar, eliminar, reparar, reemplazar, realinear y conservar los dientes, forma y función.
- Administrar y controlar los efectos de los anestésicos locales, la sedación consciente y la sedación óxido nitroso en la clínica dental.
- Prescribir medicamentos.
- Referir a los pacientes a los especialistas para su examen y tratamiento.
- Mantener la historia clínica completa y precisa.
- Proporcionar supervisión a los profesionales de la salud dental que trabajan en la clínica dental.
- Mantenerse al día a través de la formación continua.
- Promover servicios dentales y mensajes educativos de salud oral al público.

Los odontólogos especialistas:

Un dentista especialista es el que practica una especialidad reconocida, posee una titulación superior correspondiente a esta área de la odontología y cumple con los demás requisitos legales dentro del Estado o Territorio de la práctica.

#### **2.4.2.I.a. Especialidades dentales reconocidas actuales:**

##### **1. Radiólogo dental y maxilofacial**

Utiliza los procedimientos de diagnóstico por imágenes para identificar las condiciones de la cabeza y el cuello, con un enfoque particular en las mandíbulas y los dientes.

##### **2. Endodoncista**

La endodoncia se dedica a la morfología, fisiología y patología de los tejidos dentales y asociados, y en particular la pulpa dental, corona, raíz y tejidos periradiculares.

##### **3. Cirujano oral y maxilofacial**

Se ocupa de las condiciones que afectan a la boca, los dientes, las mandíbulas, y la cara, proporcionando una gama de procedimientos, incluyendo la exodoncia de los cordales, la realineación de la mandíbula, y la cirugía reconstructiva después de un traumatismo.

#### **4. Odontólogo forense**

Encargado de identificar los restos humanos a través de registros dentales, analizar la fuente de marcas de mordiscos y determinar la causa de un traumatismo en la cara y la boca.

#### **5. Cirujano oral**

Encargado del diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las enfermedades y las lesiones que afectan a la boca, dientes y ramas de la mandíbula.

#### **6. Medicina Oral**

Encargado del diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de la enfermedad y el dolor en los pacientes con enfermedades crónicas y relacionadas médicamente de la boca, los dientes, las mandíbulas y la cara.

#### **7. Patólogo oral**

Esa parte de la práctica dental que se ocupa de las enfermedades de los dientes, las mandíbulas, los tejidos blandos y las estructuras asociadas, estudia sus causas, patogenia y efectos, y con el uso de los datos clínicos, radiológicos, microscópicos y otros procedimientos establece diagnósticos diferenciales y proporciona evaluaciones.



## **8. Ortodoncista**

Esa parte de la práctica dental que se ocupa del estudio y supervisión del crecimiento y desarrollo de la dentición y sus estructuras anatómicas relacionadas, incluyendo tratamientos preventivos y correctivos de las irregularidades dentofaciales que requieren el cambio de posición de los dientes, las mandíbulas, y/o tejidos blandos por medios funcionales o mecánicos.

## **9. Odontopediatría**

Se centra en el cuidado dental preventivo y correctivo para los niños y adolescentes, también proporcionan educación en higiene oral para los padres.

## **10. Periodoncista**

Se ocupa de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y trastornos que afectan el tejido blando y el hueso que sostiene los dientes.

## **11. Prostodoncista**

Se especializa en la restauración y sustitución de los dientes mediante el uso de coronas, puentes, dentaduras y el uso de los implantes dentales.

## **12. Dentista Salud Pública**

Trabajan con las comunidades en un ambiente no clínico para mejorar su salud dental en general mediante la educación, la prevención y control de enfermedades orales, todo sobre una base comunitaria.

## **13. Odontología para pacientes con necesidades especiales**

Se centran en el cuidado de la salud oral de los pacientes con discapacidad intelectual, o aquellos con condiciones médicas, físicas o psiquiátricas comprometidas. Esta especialidad está especialmente adaptada al tratamiento dental preventivo y correctivo.

Hay un total de 1.714 dentistas especialistas en Australia. Se muestra su distribución.

**Tabla 2.** Datos de especialidades odontológicas registradas en Australia en el periodo de:

Abril 2016 – Junio 2016.(30) Fuente: Dental Board Australia.

	Capital Australiana	Nueva Gales del	Territorios del Norte	Queensland	Australia Meridional	Tasmania	Victoria	Australia Occidental	Sin Estado	Total
Radiologo Dento- maxilofacial				6			1	3		<b>10</b>
Endodoncista	7	49		28	15	3	39	16	6	<b>163</b>
Odontólogo Forense	2	6	1	2	3	2	5	5		<b>26</b>
Cirugía Oral y Maxilofacial	4	51	2	44	17	5	50	22	7	<b>202</b>
Medicina Oral		7		5			12	7	4	<b>35</b>
Patólogo Oral		7		4	3		4	3	3	<b>24</b>
Cirugía Oral		38		4			7	1	1	<b>51</b>
Ortodoncista	11	185	3	127	55	13	138	54	19	<b>605</b>
Odontopediatra	2	36		22	13		36	15	6	<b>130</b>
Periodoncista	8	59		42	16	2	57	32	7	<b>223</b>
Prostodoncista	5	65		42	22		54	21	4	<b>213</b>
Dentista de Salud Pública		3		1	2		8	1	1	<b>16</b>
Dentista Pacientes Necesidades Especiales		2		4	2		7		1	<b>16</b>
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>508</b>	<b>6</b>	<b>331</b>	<b>148</b>	<b>25</b>	<b>418</b>	<b>180</b>	<b>59</b>	<b>1,714</b>

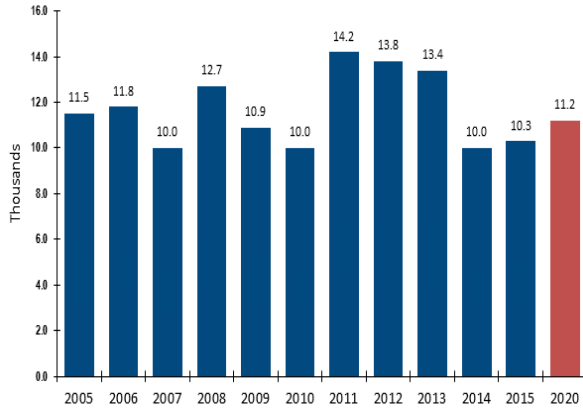
Existen grandes diferencias en la distribución de los especialistas, ya que en los Territorios del Norte hay tan sólo 6, mientras que en Nueva Gales del Sur hay 508, pero hay que tener en cuenta que también que se dan grandes diferencias poblacionales entre los dos lugares, apenas 200.000 habitantes en los Territorios del Norte, frente a los más de 7 millones de Nueva Gales del Sur.

#### **2.4.2.I.b. Análisis de la profesión de odontólogo (31)**

Durante los cinco próximos años, hasta noviembre de 2019, el número de empleos para los profesionales de la odontología se espera que sea baja (igual o inferior a 5.000), pero hacia noviembre de 2020 se espera que crezca fuertemente. Se trata de una profesión

pequeña (10.300 en noviembre de 2015), lo que sugiere que las oportunidades de empleo puedan ser muy limitadas en algunas regiones. En el gráfico 6 se representan los datos.

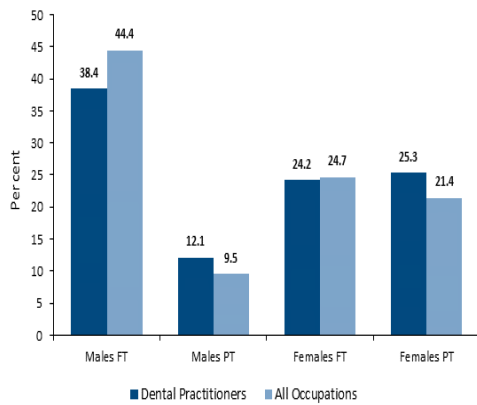
Empleo en miles en período 2005-2015 y estimación en 2020.



**Gráfico 6:** Niveles de empleo pasados y futuros hasta 2020. Australia 2015. Fuente: Encuesta de Fuerza Laboral del ABS, datos sobre tendencias del Departamento de Empleo hasta noviembre de 2015 y proyecciones del Departamento de Empleo hasta 2020.

Los odontólogos tienen una proporción inferior a la media de empleos de tiempo completo (62,6%). Para los odontólogos que trabajan a tiempo completo, las horas semanales promedio son 37,8 (comparado con 40,2 para todas las ocupaciones). El desempleo para odontólogos está por debajo del promedio. Si se tiene en cuenta además el sexo, existe un mayor número de odontólogos hombres que de mujeres trabajando a tiempo completo, pero estos datos se invierten cuando se trata de trabajo a tiempo parcial. Estos datos en cuanto a empleo por género y tiempo de trabajo completo o parcial son similares a los de otras profesiones tal y como se muestra en el gráfico 7.

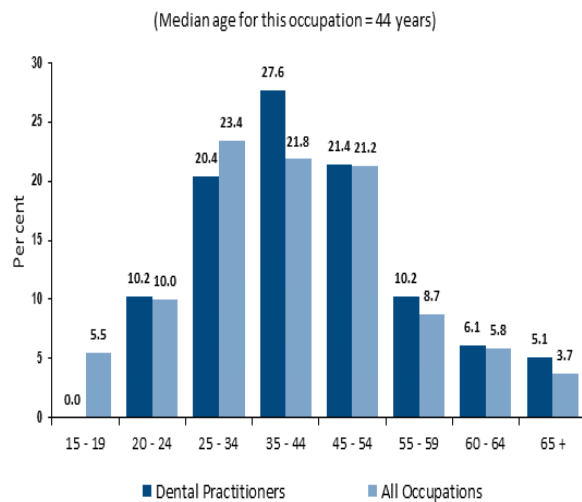
### Empleo por género



**Grafico 7:** Proporción de empleo de hombres y mujeres, empleados a tiempo completo y tiempo parcial, en comparación con todas las ocupaciones. Australia 2015. Fuente: Encuesta de Fuerza Laboral de ABS, promedio anual de 2015. Las estimaciones han sido redondeadas y, en consecuencia, pueden producirse discrepancias entre las sumas de los componentes y los totales.

Cuando tenemos en cuenta el perfil de edad, se observa que los datos para los odontólogos son similares a los de otras profesiones, excepto entre los 15-19 años donde no existen odontólogos ya que éstos se están formando y entre los 35-44 años que hay un número mayor de odontólogos frente a otras profesiones tal y como se muestra en el gráfico 8

### Perfil de edad y trabajo

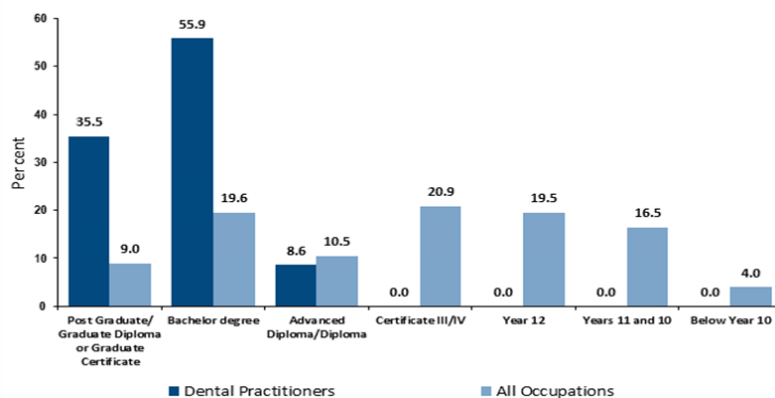


**Grafico 8:** Proporción de empleo por edad para los odontólogos, en comparación con todas las ocupaciones. Australia 2015. Fuente: Encuesta de Fuerza Laboral de ABS, promedio anual de 2015. Las estimaciones han sido redondeadas y, en consecuencia, pueden producirse discrepancias entre las sumas de los componentes y los totales.

El salario medio anual es de unos 67.108,78 € al año y el nivel educativo más común para los profesionales de la odontología es la licenciatura (55,9 por ciento), aunque también hay post graduados y con diploma avanzado tal y como se muestra en el gráfico 9.

**Gráfico 9:** Nivel educativo más alto y el porcentaje de empleo para los odontólogos en comparación con todas las ocupaciones. Australia 2015. Fuente: Encuesta ABS 2015 sobre Educación y Trabajo. Las estimaciones han sido redondeadas y, en consecuencia, pueden producirse algunas discrepancias entre las sumas de los componentes y los totales.

Nivel educativo y porcentaje de empleo



#### 2.4.2.II. Higienistas dentales (32)

Los higienistas dentales son profesionales de la salud oral inscritos en la Junta Dental de Australia. Trabajan como parte del equipo dental en el tratamiento de los pacientes. Utilizan métodos preventivos, educativos y terapéuticos para el control de las

enfermedades orales para ayudar a los pacientes con el mantenimiento de la salud oral. Están capacitados para realizar procedimientos clínicos específicos que tienen como objetivo prevenir las enfermedades dentales. La Ley dental en cada estado regula los procedimientos que un higienista dental puede realizar. Trabajan bajo la supervisión de un dentista.

Un higienista dental promueve una buena salud oral y trata las enfermedades periodontales utilizando las siguientes habilidades:

- ❖ Realizar evaluaciones de salud oral, incluyendo la realización de la historia clínica y el odontograma, detección del cáncer oral, pruebas de saliva y tomar los signos vitales, tensión, pulso, glucemia.
- ❖ Realizar e interpretar las radiografías dentales.
- ❖ Tomar impresiones para modelos de estudio y construcción de protectores bucales.
- ❖ Fotografías intra y extra orales durante las etapas de tratamiento y los resultados.
- ❖ Estabilizar los dientes afectados por la enfermedad periodontal.
- ❖ Administrar inyecciones de anestesia para anestesiarse los dientes y las encías.
- ❖ Eliminar la placa, cálculo y las manchas supra y subgingivales.
- ❖ Pulir los dientes y restauraciones dentales.
- ❖ Realizar el alisado radicular en la terapia periodontal no quirúrgica.
- ❖ Colocar y retirar un apósito post-quirúrgico y de retirar las suturas.
- ❖ Selección del tamaño y bandas de ortodoncia, preparar los dientes para la colocación de apoyos y retirar los arcos y dispositivos de ortodoncia.

- ❖ Aplicar agentes preventivos tales como fluoruros, barnices y selladores a los dientes.
- ❖ Enseñar técnicas de higiene oral para ayudar a mantener los dientes y encías sanos.
- ❖ Aconsejar a los pacientes sobre el control de placa, hábitos dietéticos saludables y deshabituación tabáquica.

Un higienista dental debe trabajar bajo las regulaciones legislativas como otros profesionales de la salud registrada como enfermeras, dentistas, médicos, etc.

Para registrarse en la Junta Dental de Australia y poder ejercer se requiere un diploma de higiene dental. Una vez concedido el registro deberá ser renovado anualmente. Algunos estados pueden solicitar a los higienistas participar en cursos de formación continua para la renovación de su registro. El proceso de registro representa la forma de protección de la población ante personas no cualificadas.

#### **2.4.2.III. Terapeutas Dentales y de Salud Oral (28)(33)**

La Asociación Dental Australiana de Terapeutas de Salud Oral, ADOHTA, se creó para proporcionar una vía para que los terapeutas dentales australianos pudieran comparar sus similitudes y diferencias en cuanto a los derechos y las oportunidades de empleo y así ofrecerse asesoramiento y apoyo los unos a los otros.



Actualmente más de 50 países utilizan terapeutas dentales (34). En Australia y Nueva Zelanda, los Terapeutas han sido responsables de examinar, diagnosticar y desarrollar planes para el tratamiento de salud oral a niños y adolescentes, y remitir a los que presentan necesidades de tratamiento más allá de su competencia a los especialistas.

Los terapeutas de la salud oral son una adición relativamente nueva al equipo dental. Ellos tienen la educación combinada, la formación de un terapeuta dental y un higienista dental.

Dentro de la terapia dental en Australia se establecieron escuelas en Tasmania y Australia del Sur en 1966 y 1967 respectivamente.

#### **2.4.2.III.a. Terapeutas Dentales**

Son profesionales de la salud oral inscritos en la Junta de Odontología de Australia, que proporcionan atención de salud dental siguiendo una filosofía preventiva.

Los terapeutas dentales examinan y tratan enfermedades de los dientes en preescolar, los niños de primaria y secundaria, bajo la supervisión general de un dentista, pudiendo aplicar tratamientos preventivos, realizar trabajos de restauración simple en dientes deciduos y permanentes y exodoncia de dientes con anestesia local.

Entre las funciones del Terapeuta dental:

- Exámenes orales a niños y adolescentes que incluyen la realización de la historia clínica, odontograma, detección de cáncer oral, pruebas de saliva.

- Diagnóstico de la enfermedad oral y la planificación del tratamiento.
- Tomar impresiones para modelos de estudio y fabricación de los protectores bucales.
- Rayos X dentales y otras pruebas de diagnóstico.
- Obturación dental.
- Exodoncias de dientes primarios y permanentes utilizando técnicas no quirúrgicas.
- Pulir los dientes, eliminar el sarro, cálculo y manchas.
- Pulpotomías para el tratamiento de infecciones o fracturas.
- Remitir a los pacientes con afecciones dentales complejas a un especialista apropiado.
- Educar y motivar a los niños para mantener buena salud oral.
- Tratamientos preventivos como selladores de fisuras y las aplicaciones de flúor.
- Administrar inyecciones de anestesia para adormecer dientes y encías.
- Consejos para el cuidado de la salud oral para los pacientes, sus familiares y promoción de la salud oral en la comunidad en general.

Los terapeutas orales son educados en las universidades y en las escuelas de odontología. Hay que tener estudios previos de biología y química, y los certificados en ayuda dental pueden resultar beneficiosos. Se recomienda contactar con el centro elegido para obtener más información ya que los requisitos pueden cambiar.

#### **2.4.2.III.b. Terapeutas de salud oral**

Los terapeutas de la salud oral tienen doble cualificación como terapeuta dental e higienista dental. Proporcionan servicios de evaluación, diagnóstico, tratamiento, manejo y prevención de la salud oral para niños y adolescentes y, si son educados y capacitados en un programa de estudio aprobado por la Junta Nacional también pueden proporcionar servicios a adultos de todas las edades.

Sus funciones incluyen tratamientos restauradores, obturaciones, exodoncias, promoción de la salud bucal, tratamiento periodontal y otros cuidados para promover comportamientos orales saludables.

Los terapeutas de salud oral trabajan bajo supervisión de un dentista.

Los requisitos de educación de un terapeuta de salud oral para poder registrarse son un mínimo de tres años a tiempo completo del programa de educación aprobado por la Junta Nacional.

#### **2.4.2.IV. Protésicos Dentales (35)**

La Asociación Australiana de Protésicos Dentales, ADPA, representa los intereses de los protésicos dentales australianos y sus pacientes.

Los Protésicos Dentales trabajan como profesionales independientes en la evaluación, tratamiento, gestión y suministro de prótesis dentales removibles y los protectores bucales utilizados para actividades deportivas.

Los protésicos dentales cualificados con un programa de estudio aprobado por la Junta Nacional, pueden proporcionar tratamiento a pacientes que requieren prótesis sobre implantes, pero deben trabajar entonces bajo supervisión de un dentista antes de proporcionar dicho tratamiento.

Los protésicos dentales están registrados a nivel nacional en la Junta Dental de Australia, la misma Junta que registra a los dentistas, higienistas dentales, terapeutas dentales, terapeutas de salud oral y especialistas dentales. Están sujetos a los mismos requisitos de registro, directrices y códigos de práctica que los demás miembros del equipo dental.

Los procedimientos que pueden llevar a cabo están regulados por ley y algunos son:

- Realizar evaluaciones de salud bucal, incluyendo la realización de la historia clínica, odontograma, detección de cáncer oral, pruebas de saliva, tomar signos vitales (tensión, pulso, glucemia).
- Realizar examen dental para desarrollar plan de tratamiento.
- Remitir a los pacientes con afecciones dentales complejas a un especialista apropiado.
- Tomar impresiones para fabricar prótesis y protectores bucales deportivos.
- Medir y registrar las relaciones mandibulares.
- Replicar las posiciones de la mandíbula utilizando modelos de yeso en articuladores.
- Seleccionar y organizar dientes artificiales para prótesis completas y parciales.

- Evaluar en boca la prueba de una prótesis dental.
- Realizar el mantenimiento y la reparación de prótesis.
- Enseñar técnicas de higiene oral para ayudar a mantener los dientes naturales.
- Aconsejar a los pacientes sobre el control de la placa, hábitos dietéticos saludables y deshabitación tabáquica.

Para trabajar como protésico dental, se requiere haber finalizado con éxito un curso de post grado acreditado en prótesis dental. Posteriormente ha de registrarse en la Agencia Australiana de Registro de Proveedores Sanitarios. Una vez concedido el registro tiene que renovarse anualmente. Trabajar sin registrar es un delito.

En el año 2016 había un total de 21.740 profesionales de la salud bucodental en Australia, los cuales se hallan distribuidos tal como se muestra en la tabla 3.

**Tabla 3:** Profesionales salud dental no odontólogos ni auxiliares Australia 2016. (30)

Fuente: Dental Board of Australia.

	Capital Australiana	Nueva Gales del Sur	Territorios del Norte	Queensland	Australia Meridional	Tasmania	Victoria	Australia Occidental	Sin	Total
									Estado	
Higienista Dental	42	424	12	138	262	18	219	271	28	<b>1,414</b>
Protésico	16	409	4	271	63	48	351	85	3	<b>1,25</b>
Terapeuta Dental	18	212	15	180	85	48	159	289	10	<b>1,016</b>
Terapeuta Salud Oral	21	327	9	361	153	11	299	105	5	<b>1,291</b>
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>6,58</b>	<b>153</b>	<b>4,326</b>	<b>1,8</b>	<b>356</b>	<b>4,972</b>	<b>2,548</b>	<b>604</b>	<b>21.740</b>

Al igual que sucedía con los odontólogos y especialistas, también existe una distribución desigual del resto de profesionales de la salud bucodental.

#### **2.4.2.V. Técnico Dental (36)**

La Asociación Profesional de Salud Oral, OHPA, es el guardián de la profesión de Técnico Dental en Australia.

Los técnicos dentales construyen y reparan dentaduras y otros aparatos dentales, incluyendo coronas y puentes. Son profesionales no registrados que trabajan en estrecha colaboración con los protésicos dentales y dentistas en la elaboración, modificación y reparación de prótesis y otros aparatos dentales.

Como parte de los servicios se pueden incluir:

- Recibir e interpretar las ordenes escritas de un protésico o u dentista.
- Hacer modelos de yeso a partir de los modelos del paciente.
- Fabricación de cubetas de impresión personalizadas.
- Construir réplicas de cera de una parte o la totalidad de la boca.
- Replicar las posiciones de la mandíbula en un articulador.
- Formar, cortar y modelar el plástico, los metales o el material cerámico para utilizar en aparatos de fundición, el CAD/CAM y equipos de termoformado.
- Registrar el color de los dientes y organizar dientes artificiales para prótesis.

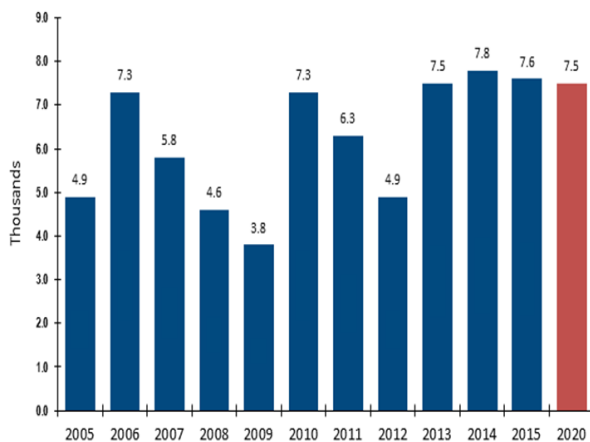
- Reparar o modificar dentaduras parciales o completas.
- Pulir y terminar las prótesis antes de colocarlas en la boca del paciente.

### 2.4.2.a. Análisis de las profesiones de higienista, técnico y terapeuta en Australia (31)

El empleo para estas ocupaciones aumentó moderadamente en los últimos cinco años, pero mirando hacia el futuro, el empleo para estos profesionales a noviembre de 2020 se espera que se mantenga relativamente constante.

Esta es una ocupación pequeña (7600 en noviembre de 2015), lo que sugiere que las oportunidades de empleo pueden ser bastante limitadas en algunas regiones. Los datos de empleo se muestran en el gráfico 10.

Empleo (miles)

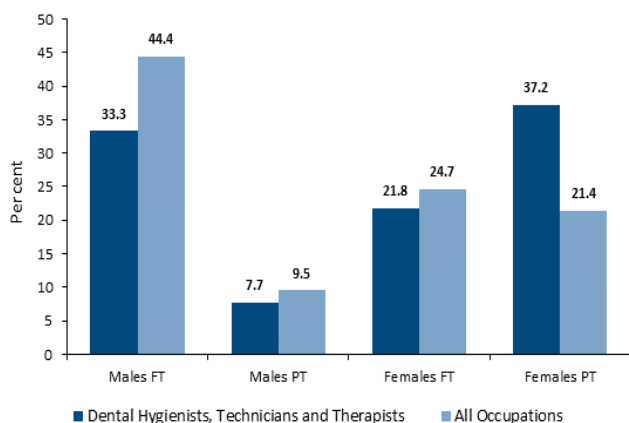


**Gráfico 10:** Niveles de empleo pasados y futuros en Australia hasta 2020.

Fuente: Encuesta de Fuerza Laboral del ABS, datos sobre tendencias del Departamento de Empleo hasta noviembre de 2015 y proyecciones del Departamento de Empleo hasta 2020.

Los higienistas, técnicos y terapeutas dentales tienen una proporción relativamente baja de empleos a tiempo completo. Para los higienistas dentales, los técnicos y los terapeutas que trabajan a tiempo completo, las horas semanales promedio son 35.5 (comparado a 40.2 para todas las ocupaciones). El desempleo para higienistas, técnicos y terapeutas dentales está por debajo del promedio. En el gráfico 11 se puede observar la proporción de empleo por género y tiempo completo o parcial con respecto a otras ocupaciones.

Proporción de empleo por género.



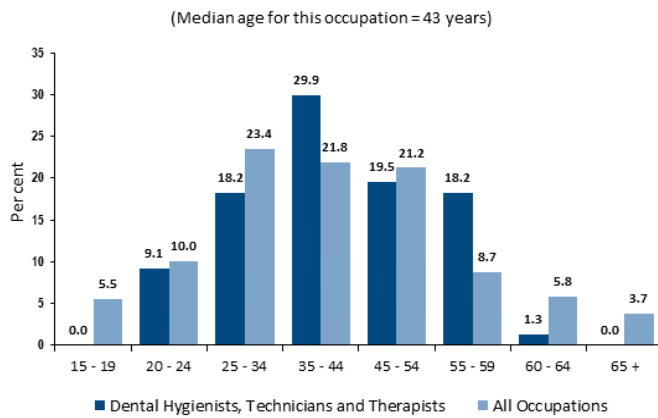
**Gráfico 11:** Proporción de empleo en hombres y mujeres, empleados a tiempo completo y tiempo parcial, en comparación con todas las ocupaciones. Australia 2015.

Fuente: Encuesta de Fuerza Laboral de ABS, promedio anual de 2015. Las estimaciones han sido redondeadas y, en consecuencia, pueden producirse discrepancias entre las sumas de los componentes y los totales.

Respecto al perfil de edad y otras ocupaciones, sucede al igual que con los odontólogos, que no existen trabajadores entre los 15-19 ya que se encuentran estudiando y posteriormente la evolución es similar a otras ocupaciones, produciéndose un mayor porcentaje entre los 35-44 años con respecto a otras ocupaciones, este dato se repite en el caso de los odontólogos. A partir de los 60 años prácticamente desaparecen los higienistas, terapeutas y técnicos, tal y como se muestra en el gráfico 12.



Perfil de edad (porcentaje) y ocupación.

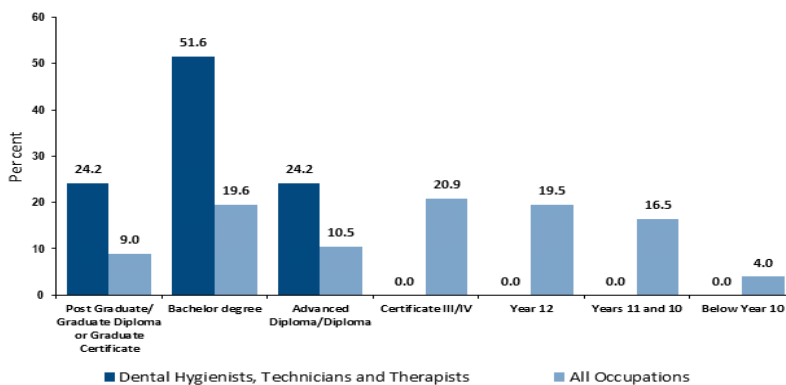


**Grafico 12:** Proporción de empleo por edad de higienistas, técnicos y terapeutas en comparación con todas las ocupaciones. Australia 2105. Fuente: Encuesta de Fuerza Laboral de ABS, promedio anual de 2015. Las estimaciones

han sido redondeadas y, en consecuencia, pueden producirse discrepancias entre las sumas de los componentes y los totales.

El salario medio por hora es de unos 30.88 € la hora y el nivel más común de educación para higienistas dentales, técnicos y terapeutas es la licenciatura (51,6 por ciento), aunque también hay post graduados y diploma avanzado como se muestra en el gráfico 13.

Nivel de estudios y porcentaje del empleo



**Grafico 13:** Nivel educativo más alto y el porcentaje de empleo para higienistas, técnicos y terapeutas en comparación con todas las ocupaciones. Australia 2015.

Fuente: Encuesta ABS 2015 sobre Educación y Trabajo (SEW). Las

estimaciones han sido redondeadas y, en consecuencia, pueden producirse algunas discrepancias entre las sumas de los componentes y los totales.

#### **2.4.2.VI. Asistentes Dentales (37)**

La Asociación Dental Asistentes, DAPA, se formó originalmente hace más de 50 años para promover el avance y el bienestar profesional y social de los asistentes dentales y recepcionistas.

Los asistentes dentales, también conocidos como enfermeras dentales o auxiliares de clínica dental, son miembros clave del equipo de atención de la salud dental. Ellos trabajan con los dentistas y otros miembros del equipo de salud oral para ofrecer una atención dental de alta calidad en los consultorios dentales.

Para convertirse en un asistente dental cualificado se necesita obtener un Certificado en ayuda dental.

Entre las muchas funciones de asistente dental se puede incluir:

- Saludar a los pacientes y ayudarles a sentirse cómodos.
- Llevar a cabo tareas de recepción, gestión de stocks y operaciones informáticas.
- Coordinar los pacientes para ayudarles a cumplir con los planes de tratamiento prescritos y programas de mantenimiento.
- Ayudar a los dentistas, higienistas y terapeutas durante los tratamientos.
- Preparar la cirugía dental, tanto antes como después de los tratamientos.
- Garantizar normas adecuadas de control de la infección.
- Actualizar los registros de pacientes, en papel o en archivos informáticos.
- Manejo y preparación de materiales dentales utilizados en los tratamientos.

- Organizar y transferir instrumentos durante procedimientos dentales complejos.
- Vaciar y recortar modelos de yeso.
- Fotografiar las estructuras intra y extraorales durante las etapas del tratamiento y los resultados.
- Enseñar técnicas de higiene oral para ayudar a mantener los dientes y encías sanos.
- Educar a los pacientes sobre los problemas de salud oral y sistémica.

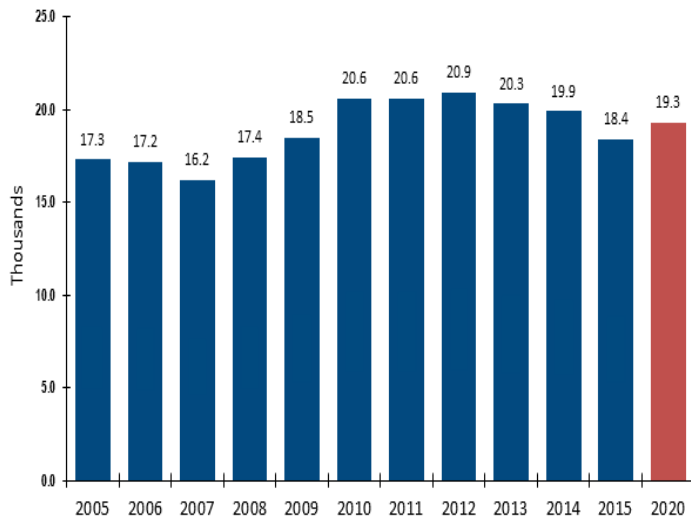
Los asistentes dentales son una parte vital del equipo de atención de la salud dental. La mayoría de los procedimientos de tratamiento dental requieren el apoyo de un asistente dental bien entrenado. Los asistentes dentales deben tener supervisión directa de un dentista para realizar alguna práctica con o junto a los pacientes. Las funciones sin contacto clínico con pacientes pueden llevarse a cabo cuando el dentista no está.

#### **2.4.2.VI.a. Análisis de la profesión de asistente dental en Australia (31)**

Hasta noviembre de 2019, se espera que el número de puestos de trabajo para asistentes dentales sea entre 10.000 y 25.000, mirando hacia el futuro, se espera que crezca moderadamente.

Se trata de una ocupación de tamaño medio (18.400 en noviembre de 2015), lo que sugiere que las oportunidades de empleo pueden ser limitadas en algunas regiones. Los datos de empleo se pueden observar en el gráfico 14.

Empleo (miles)

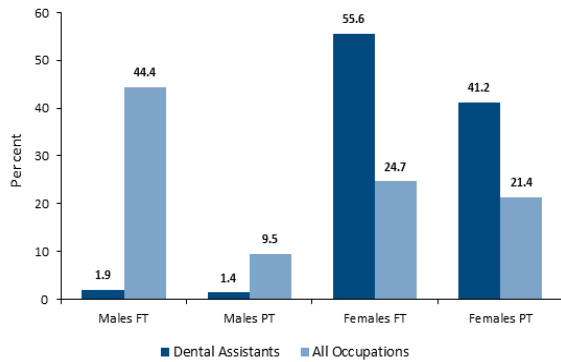


**Grafico 14:** Niveles de empleo pasados y proyectados hasta 2020 en Australia en miles.

Fuente: Encuesta de Fuerza Laboral del ABS, datos sobre tendencias del Departamento de Empleo hasta noviembre de 2015 y proyecciones del Departamento de Empleo hasta 2020.

Los asistentes dentales tienen una proporción relativamente baja de empleos a tiempo completo (57,4%). Para los asistentes dentales que trabajan a tiempo completo, las horas semanales promedio son 35.1 (comparado con 40.2 para todas las ocupaciones). Además se trata de una profesión mayoritariamente femenina tal como se muestra en el gráfico 15.

Porcentaje de empleo por género

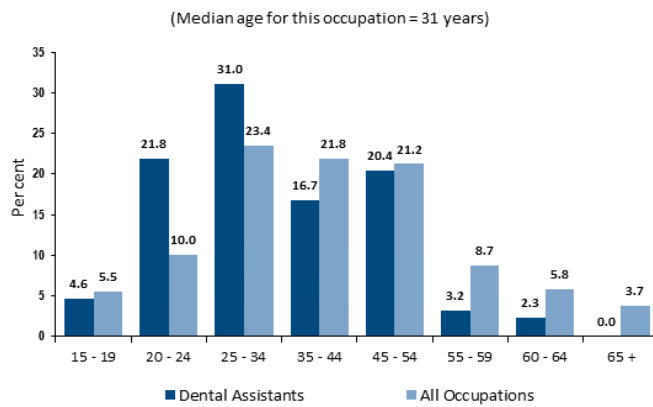


**Gráfico 15:** Proporción de empleo en hombres y mujeres, empleados a tiempo completo y tiempo parcial, en comparación con todas las ocupaciones Australia 2015.

Fuente: Encuesta de Fuerza Laboral de ABS, promedio anual de 2015. Las estimaciones han sido redondeadas y, en consecuencia, pueden producirse discrepancias entre las sumas de los componentes y los totales.

Con respecto a la edad se puede observar que en este caso si existen asistentes dentales entre 15-19 años, produciéndose un pico entre los 20-34 años con respecto a otras ocupaciones, tal como puede observarse en el gráfico 16

Perfil de edad



**Gráfico 16:** Proporción de empleo por edad de los asistentes dentales, en comparación con todas las ocupaciones Australia.

Fuente: Encuesta de Fuerza Laboral de ABS, promedio anual de 2015. Las estimaciones han sido redondeadas y, en consecuencia, pueden producirse

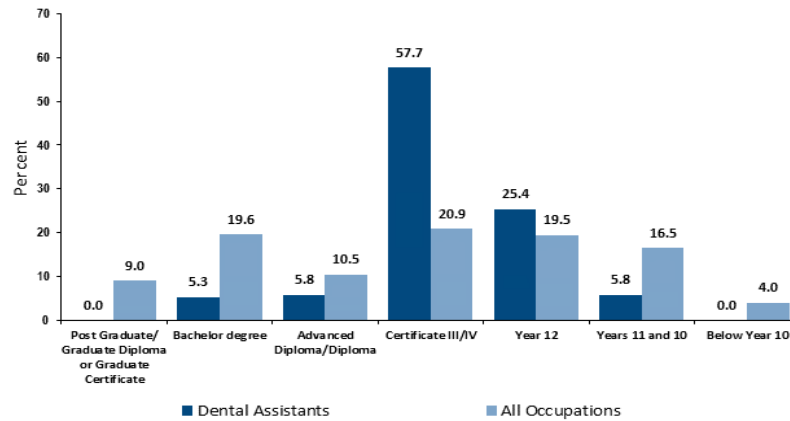
discrepancias entre las sumas de los componentes y los totales.

El salario medio es de unos 15.41 € la hora y el nivel más común de estudios para los Asistentes Dentales es el Certificado III / IV (57.7 por ciento), tal como puede verse en el gráfico 17.

Los certificados III y IV preparan a los estudiantes para entrar al mundo laboral y continuar estudiando en la industria elegida. El certificado III, tiene una duración de 6-9 meses y el certificado IV tiene una duración de 9-12 meses.

**Gráfico 17:** Nivel educativo más alto y el porcentaje de empleo para los asistentes dentales en comparación con todas las ocupaciones. Australia 2015. Fuente: Encuesta ABS 2015 sobre Educación y Trabajo (SEW). Las estimaciones han sido redondeadas y, en consecuencia, pueden producirse algunas discrepancias entre las sumas de los componentes y los totales.

Nivel educativo y porcentaje de empleo



### **2.4.3 Profesionales de la salud bucodental en Estados Unidos.**

En Estados Unidos hay 50 estados diferentes, en los cuales pueden existir normativas y legislaciones específicas, pero a grandes rasgos los profesionales de la salud bucodental miembros del equipo incluyen a los asistentes dentales, técnicos de laboratorio dental e higienistas dentales y al frente del equipo está el dentista.

El número y la combinación de estos individuos han cambiado drásticamente en los últimos sesenta años. En 1950, hubo alrededor de 157.000 personas que trabajaban en las clínicas dentales en los Estados Unidos. El 51%, eran dentistas, el 2% higienistas dentales, el 35% asistentes dentales, y el 11% eran otros miembros del personal. Desde 1950, el número de dentistas se incrementó un 118%, el número de asistentes dentales ha aumentado más de cuatro veces, 433%, otro personal dental ha pasado de unas 17.000 personas a alrededor de 181.000, y los higienistas dentales se incrementaron de unos 3.200 a casi 178.000. El total de personal de la consulta dental asciende en 2012, a unos 927.000 individuos. (38)

Fundada en 1859, la Asociación Dental Americana, ADA, es la asociación dental más grande del país, que representa a más de 159.000 miembros. La ADA reconoce como miembros del equipo dental además de los dentistas a (39), Higienistas, Técnicos de Laboratorio Dental y Asistentes dentales. Además la ADA ha propuesto la incorporación de dos nuevos miembros al equipo dental para ayudar a que los dentistas puedan atender a todos:

❖ **Coordinador de la Salud dental de la Comunidad**, para dar mayor acceso a la salud oral a las comunidades marginadas. El programa está siendo probado en varios lugares.

❖ **Asistente Preventivo Oral**, proporcionara una variedad de servicios de prevención, así como la educación del cuidado de la salud oral del paciente.

A la hora de describir los diferentes profesionales de la salud bucodental en Estados Unidos, se tomó como referencia aquellos reconocidos por la ADA, independientemente de que en algún estado en particular se reconozca a otro tipo de profesional.

#### **2.4.3.I. Odontólogos (40)**

Los odontólogos se especializan en la salud oral. Sus responsabilidades incluyen:

- El diagnóstico de las enfermedades orales.
- La promoción de la salud oral y la prevención de enfermedades.
- La creación de planes de tratamiento para mantener o restablecer la salud oral.
- Interpretación de radiografías y pruebas de diagnóstico.
- Garantizar la seguridad en la administración de anestésicos.
- El monitoreo del crecimiento y desarrollo de los dientes y las mandíbulas.



- La realización de tratamientos quirúrgicos en los dientes, los huesos y los tejidos blandos de la cavidad oral.
- Eliminación la caries de los dientes y obturación las cavidades.
- Reparar dientes fracturados y extraer dientes.
- Colocar selladores o agentes blanqueadores en los dientes.
- Suministrar anestesia a los pacientes.
- Supervisión del equipo.
- Los dentistas examinan los dientes, las encías, los músculos de la cabeza y cuello, la mandíbula, la lengua, glándulas salivales, el sistema nervioso de la cabeza y cuello.
- Podrán realizar biopsias, pruebas de diagnóstico de enfermedades crónicas o infecciosas, valoración de la función de las glándulas salivales, y pruebas de detección del cáncer oral.

Los planes de estudio, durante los dos primeros años en las escuelas dentales los estudiantes deben completar los cursos de ciencias biomédicas tales como la anatomía, bioquímica, fisiología, microbiología, inmunología y patología. Durante los siguientes dos años, los estudiantes se centran en la práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de enfermedades orales.

ESTADO	2015
Alabama	2.130
Alaska	597
Arizona	3.677
Arkansas	1.219
California	30.180
Colorado	3.801
Connecticut	2.723
Delaware	431
District Columbia	604
Florida	10.543
Georgia	4.805
Hawaii	1.083
Idaho	939
Illinois	8.697
Indiana	3.157
Iowa	1.652
Kansas	1.482
Kentucky	2.445
Louisiana	2.262
Maine	674
Maryland	4.322
Massachusetts	5.319
Michigan	6.056
Minnesota	3.312
Mississippi	1.284
Missouri	2.943
Montana	619
Nebraska	1.250
Nevada	1.525
New Hampshire	851
New Jersey	7.303
New Mexico	1.060
New York	14.560
North Carolina	5.038
North Dakota	419
Ohio	6.078
Oklahoma	1.966
Oregon	2.785
Pennsylvania	7.774
Rhode Island	572
South Carolina	2.350
South Dakota	460
Tennessee	3.273
Texas	14.268
Utah	1.885
Vermont	355
Virginia	5.329
Washington	5.219
West Virginia	897
Wisconsin	3.193
Wyoming	317
Missing	39
<b>Total U.S.</b>	<b>195.722</b>

En 2015 había 195.722 dentistas en Estados Unidos, que aparecen distribuidos por estados según se puede ver en la tabla 4.

**Tabla 4.** Datos Dentistas EEUU. 2015 (27)

#### 2.4.3.I.a. Especialidades dentales reconocidas.

Después de obtener su licenciatura muchos dentistas continúan su educación y formación para alcanzar la certificación en una de las nueve especialidades dentales reconocidas, la formación en la especialidad dental es un título universitario de mínimo 4 años más.

#### 1- Salud Pública Dental.

Prevención y control de enfermedades dentales de la comunidad.

## **2- Endodoncia.**

El diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa dental y los tejidos circundantes, realización de tratamientos de conductos.

## **3- Patología Oral y Maxilofacial.**

Investigación, identificación y diagnóstico de las enfermedades de la boca, los dientes y las regiones circundantes.

## **4- Radiología Oral y Maxilofacial.**

Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y trastornos orales utilizando rayos X.

## **5- Cirugía Oral y Maxilofacial.**

El diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de las enfermedades y lesiones de la boca y región maxilofacial.

## **6- Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial.**

El diagnóstico, interceptar y corregir las irregularidades dentales y faciales.

## **7- Odontología Pediátrica.**

Diagnosticar y tratar las necesidades de salud bucal de los bebés y los niños hasta la adolescencia.

## **8- Periodoncia.**

Diagnóstico y tratamiento de enfermedades del tejido de las encías y los huesos que sostienen los dientes.

## **9- Prostodoncia.**

La restauración de los dientes naturales o reemplazamiento los dientes perdidos con dispositivos artificiales, tales como dentaduras.

<b>ESPECIALIDAD ODONTOLÓGICA</b>	<b>ESPECIALISTAS 2015</b>
General	154.719
C. Oral y Maxilofacial	7.556
Endodoncista	5.469
Ortodoncista	10.539
Odontopediatra	7.163
Periodoncista	5.524
Prostodoncista	3.531
Patologo Oral	351
Salud Pública	753
Radiologo Oral	117
<b>Total U.S.</b>	<b>195.722</b>

**Tabla 5.** Datos de especialistas odontología EEUU. ADA 2015. (41)

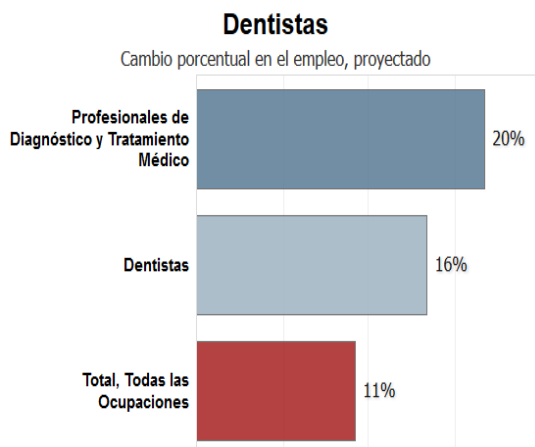
De los 195.722 dentistas de Estados Unidos, 41.003 son especialistas, en la Tabla 5 aparecen enumerados por especialidad.

Los dentistas deben contar con una licencia en todos los estados, los requisitos varían según el estado. En la mayoría, la licencia exige contar con un título de una escuela dental acreditada y aprobar un examen escrito y práctico. Además, el dentista que desee ejercer como especialista, debe tener una licencia en esa especialidad.

### 2.4.3.I.b. Perspectivas laborales de los odontólogos (42)

El empleo de los dentistas aumentará un 16% entre 2012 y 2022, más rápido que el promedio de todas las ocupaciones, tal como se ve en el gráfico 18.

Los servicios dentales cosméticos, tales como tratamientos blanqueadores, se volverán cada vez más populares. Además, se espera que muchos dentistas se jubilen en los próximos diez años y se necesitarán trabajadores de reemplazo para ocupar esos puestos.



**Gráfico 18:** Proyección empleo dentistas EEUU. 2012-2022 con respecto a otras ocupaciones.

La categoría “Todas las ocupaciones” incluye todos los empleos en la economía de EE:UU.

Fuente: Oficina de Estadísticas Laborales, Departamento de Trabajo de EE.UU., Occupational Outlook Handbook (OOH),

Edición 2014-15, Dentistas, en Internet <http://www.bls.gov/es/ooh/healthcare/dentists.htm>

Los dentistas ocuparon aproximadamente 146.800 empleos en 2012. Algunos dentistas son dueños de sus propias empresas y trabajan solos o con un reducido grupo de empleados. Otros dentistas tienen socios, y una pequeña minoría trabaja para dentistas establecidos como dentistas asociados.

La mayoría de los dentistas trabaja a tiempo completo. Algunos trabajan por las tardes y los fines de semana para satisfacer las necesidades de sus pacientes. La cantidad de horas trabajadas varía mucho entre los dentistas. Es común que los dentistas continúen en la práctica a tiempo parcial más allá de la edad de jubilación habitual. El salario es de unos 150.299,06 € al año o 72,25 € la hora.

Los dentistas ocupan el puesto número 1 en los mejores trabajos de atención sanitaria y el puesto número 1 en “The 100 Best Jobs”(43).

#### **2.4.3.II. Higienista dental (40)(44)**

En 1906 el Dr. Fones preparó a Irene Newman, su asistente, enseñándole conceptos de odontología básicos y técnicas de limpieza y pulido, asignándole la competencia de la limpieza de los dientes de los niños. Fones advertía constantemente, tanto a sus colegas como a sus pacientes, de la importancia de mantener sus bocas limpias, insistiendo que el 80% de todas las intervenciones dentales podrían evitarse y la práctica odontológica se ocuparía en lo sucesivo de la salud y no de la enfermedad. Planteaba que la ayuda de una mujer para estas tareas de limpieza sería de gran valor, surgiendo la necesidad de crear centros para su formación.

H.S. Seip, presidente de la Pennsylvania State Dental Society, recomendó un cambio en la legislación que permitiera la existencia de una enfermera dental para realizar la profilaxis de la superficie dental. Otros dentistas de Estados Unidos como Rhein, Wright, Hyatt y Low apoyaron la idea y el relevante papel de esta nueva profesión.

Fones consideraba inadecuada la denominación de “enfermera dental”, ya que estaba relacionada con la enfermedad, mientras que para él la higienista estaba dedicada a la salud y a la prevención de la enfermedad, de ahí que el término que propuso fuera el de “dental hygienist” que todavía subsiste (45).

Puesto que cada estado tiene sus propias normas específicas en relación con sus responsabilidades, la gama de servicios realizado por los higienistas varía de estado a estado. Algunos de los servicios prestados por los higienistas dentales pueden incluir:

- Evaluación de salud oral, revisión de la historia de la salud, detección del cáncer oral, inspección de la cabeza y el cuello, el odontograma y toma de tensión y pulso.
- Tomar y revelar radiografías dentales.
- Eliminación de cálculo y la placa de todas las superficies de los dientes.
- Aplicación de materiales preventivos, por ejemplo, selladores y fluoruros.

ESTADO	2015
Alabama	3040
Alaska	480
Arizona	3090
Arkansas	1400
California	20560
Colorado	4550
Connecticut	3850
Delaware	670
District of Columbia	440
Florida	10510
Georgia	5160
Guam	60
Hawaii	960
Idaho	1460
Illinois	7820
Indiana	5040
Iowa	2340
Kansas	1970
Kentucky	2060
Louisiana	1960
Maine	1260
Maryland	3390
Massachusetts	6250
Michigan	9870
Minnesota	4620
Mississippi	1080
Missouri	3140
Montana	780
Nebraska	1150
Nevada	1510
New Hampshire	1210
New Jersey	6420
New Mexico	1240
New York	10760
North Carolina	5670
North Dakota	640
Ohio	7510
Oklahoma	1790
Oregon	4030
Pennsylvania	9650
Rhode Island	1020
South Carolina	2680
South Dakota	530
Tennessee	3880
Texas	12980
Utah	2490
Vermont	620
Virginia	4480
Washington	6020
West Virginia	1030
Wisconsin	4980
Wyoming	510
<b>TOTAL</b>	<b>200610</b>

- Enseñar estrategias de higiene bucal apropiadas para mantener la salud bucal, por ejemplo, técnicas de cepillado, uso del hilo dental y asesoramiento dietético.
- Aconsejar sobre la buena nutrición y su impacto en la salud oral.
- Toma de impresiones de los dientes para los modelos de estudio.
- Realización de actividades de gestión de documentación y de oficina.

En 2015 había 200.610 Higienistas dentales y en la tabla 6 se puede ver como se distribuyen por los diferentes Estados.

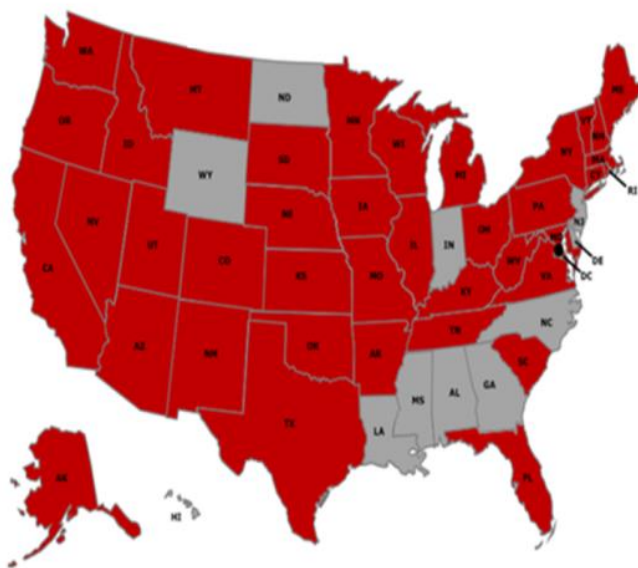
**Tabla 6.** Datos estimados de empleados como Higienistas Dentales EEUU. Mayo 2015.

Fuente U.S. Bureau of Labor Statistics. 'U.S. Bureau of Labor Statistics'



Inicialmente, los higienistas deben ser supervisados por un dentista para la realización de estas tareas, pero esto varía según el estado en el que trabaja el higienista dental. Algunos estados permiten que los higienistas diagnostiquen de forma independiente los problemas de salud y proporcionen algunos tratamientos, como la aplicación de fluoruros y selladores.

En 2016, 39 Estados permitían el acceso directo de los pacientes al higienista dental, éstos se representan en la figura 7. En estos Estados se permite que un higienista dental inicie el tratamiento basado en su evaluación de las necesidades de un paciente sin la autorización específica de un dentista, tratar al paciente sin la presencia de un dentista y mantener una relación proveedor-paciente. (46)



**Figura 7.** Representación de los 39 estados que permiten acceso directo a los higienistas dentales, en EEUU. Coloreados en rojo.

Fuente: adha. 2016.

Todos los estados requieren que los higienistas obtengan una licencia, pero los requisitos varían según el estado.

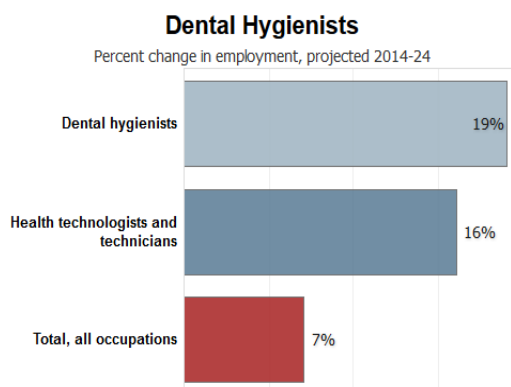
En 2015, la Comisión de Acreditación Dental, que forma parte de la ADA, acreditó más de 300 programas de higiene dental. Los programas suelen durar 3 años. Aproximadamente 6.700 higienistas dentales se gradúan anualmente en uno de los más de 300 programas de educación en higiene dental acreditados en la nación.

En enero de 2014, la Asociación Nacional de Gobernadores publicó un informe que dice: *"A medida que los estados se enfrentan a una mayor demanda de la salud oral, deben examinar el papel que los higienistas dentales pueden desempeñar en el aumento del acceso a la atención, ya que les permite practicar al máximo grado de su educación y formación."*

En febrero de 2015, el Departamento de Recursos y Servicios de la Administración de Salud emitió una predicción para el 2025. A nivel nacional, el número de dentistas no podrá satisfacer la demanda de los 50 estados y el Distrito de Columbia prevé experimentar una escasez de dentistas. Mientras tanto, una fuente abundante de higienistas en 2025 proporcionará una fuerza de trabajo preparada para satisfacer la demanda y para la administración de servicios de salud oral. (46)

#### **2.4.3.II.a. Perspectivas laborales de los Higienistas Dentales (42)**

Se prevé que el empleo de higienistas dentales crecerá un 19% entre 2014 y 2024, mucho más rápido que el promedio de otras ocupaciones, como se puede ver en el gráfico 19.



**Grafico 19:** Perspectivas de crecimiento del empleo de Higienista Dental respecto otras ocupaciones en el período 2014-2024 EEUU.

La categoría “Todas las ocupaciones” incluye todos los empleados en la economía de EEUU. Fuente: Oficina de Estadísticas Laborales, Departamento de Trabajo de EE.UU., Occupational Outlook Handbook (OOH), Edición 2016-17 Dental Hygienists.

La demanda de servicios dentales aumentará a medida que la población envejece, los servicios dentales cosméticos se vuelven cada vez más populares y las personas conservan más sus dientes originales que las generaciones anteriores, la necesidad de mantener y tratar estos dientes continuará impulsando la demanda de atención dental. Aunque la demanda de servicios dentales está creciendo, el número de nuevos graduados en los programas de higiene dental también ha aumentado, lo que se traduce en una mayor competencia por puestos de trabajo.

Los higienistas dentales tenían cerca de 200.500 empleos en 2014 y casi todos trabajaron en las consultas de los dentistas. Un número pequeño de higienistas trabajó en otros ambientes, incluyendo consultorios médicos, clínicas ambulatorias y escuelas.

Por género, el 98% de los higienistas dentales son mujeres frente a un 2% de hombres. Respecto a la edad media de los higienistas dentales es 42.4 años, y los empleados varones son generalmente 1.7 años más jóvenes que sus compañeras.

Una encuesta publicada por la revista RDH (47), encuestó a los higienistas dentales con el fin de crear un perfil actualizado de la profesión. La encuesta encontró que el 63% de los higienistas trabajo en una clínica, el 24% trabaja en dos clínicas, y un

7% de trabajo en tres o más clínicas. El 6% restante de los higienistas se encontraba desempleado o el empleo era en funciones distintas de la higiene dental en la clínica. Muchos higienistas dentales sólo trabajan a tiempo parcial y sólo el 47% de los higienistas dentales trabajan 30-40 horas semana, con un salario medio anual de unos 68.000 €.

Los higienistas dentales ocupan el puesto número 3 en los mejores trabajos de atención sanitaria y el puesto número 32 en “The 100 Best Jobs”(43).

#### **2.4.3.III. Técnico Laboratorio Dental (40)**

Dado que las necesidades de cada paciente dental son diferentes, los deberes de un técnico de laboratorio dental son amplias y variadas. Los técnicos dentales rara vez trabajan directamente con pacientes, si lo hacen con los dentistas, siguiendo sus instrucciones detalladas y usando las impresiones de la boca para crear:

- ✓ Dentaduras completas y prótesis parciales removibles.
- ✓ Coronas y puentes fijos.
- ✓ Carillas.
- ✓ Aparatos de ortodoncia y férulas.

Los técnicos dentales trabajan con una variedad de materiales, incluyendo ceras, plásticos, aleaciones de metales preciosos y no preciosos, acero inoxidable, una variedad de materiales compuestos de vidrio o combinaciones de polímeros.

Los técnicos de laboratorio dental pueden recibir su titulación a través de un programa de dos años en un colegio comunitario, escuela vocacional, universidad técnica o escuela dental acreditada por la ADA. Los graduados de estos programas reciben un título o un certificado. También hay formación que ofrece un programa de cuatro años de bachillerato en tecnología dental.

La agencia responsable de acreditar los programas de tecnología de laboratorio dental y decidir si cumplen o no las normas para la acreditación es la Comisión de Acreditación Dental de la ADA.

Hay aproximadamente 20 programas de tecnología dental aprobados por la Comisión en los Estados Unidos.

Los técnicos de laboratorio dental pueden obtener un certificado mediante la aprobación de un examen que evalúa sus habilidades técnicas y conocimientos.

El examen es administrado por la Junta Nacional de Certificación en Tecnología de Laboratorio Dental. Un técnico dental que aprueba el examen de certificación se convierte en un Técnico Dental Certificado y se puede especializar en: prótesis completas, prótesis parciales removibles, coronas y puentes de cerámica y ortodoncia.

En 2015 había 37.520 Técnicos dentales repartidos como se muestra en la tabla 7 por los diferentes Estados.

ESTADO	2015
Alabama	910
Alaska	60
Arizona	1240
Arkansas	400
California	4500
Colorado	530
Connecticut	570
Delaware	300
District of Columbia	30
Florida	2910
Georgia	1430
Guam	130
Hawaii	350
Idaho	1060
Illinois	990
Indiana	410
Iowa	540
Kansas	450
Kentucky	410
Louisiana	110
Maine	370
Maryland	850
Massachusetts	1380
Michigan	700
Minnesota	260
Mississippi	600
Missouri	130
Montana	230
Nebraska	240
Nevada	260
New Hampshire	730
New Jersey	70
New Mexico	2050
New York	1540
North Carolina	110
North Dakota	1120
Ohio	400
Oklahoma	650
Oregon	1200
Pennsylvania	-
Rhode Island	90
South Carolina	360
South Dakota	140
Tennessee	590
Texas	2400
Utah	450
Vermont	90
Virginia	1150
Washington	990
West Virginia	100
Wisconsin	900
Wyoming	-
<b>TOTAL</b>	<b>37520</b>

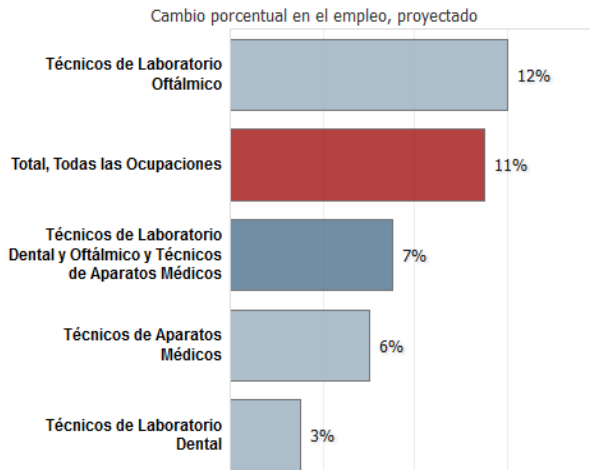
**Tabla 7.** Datos estimados de empleados como Técnicos Laboratorio. EEUU. 2015.

Fuente U.S. Bureau of Labor Statistics. (48).

### 2.4.3.III.a Perspectivas laborales de los Técnicos de Laboratorio (42)

El empleo de los técnicos de laboratorios dentales proyecta crecer un 3 por ciento entre 2012 y 2022, más lento que el promedio para todas las ocupaciones, como puede verse en el grafico 20.

### Técnicos de Laboratorios Dentales y Oftalmológicos y Técnicos de Aparatos Médicos



**Gráfico 20:** Proyección del crecimiento Técnicos de Laboratorio Dental con respecto a otras profesiones durante 2012-2022 en EEUU.

La categoría “Todas las ocupaciones” incluye todos los empleos en la economía de EE.UU. Fuente: Oficina de Estadísticas Laborales, Departamento de Trabajo de EE.UU., Occupational Outlook Handbook (OOH), Edición 2014-15, Técnicos de Laboratorios Dentales y Oftalmológicos y Técnicos de Aparatos Médicos.

Como las prótesis cosméticas, tales como carillas y coronas, se hacen menos costosas, debería haber un aumento de la demanda, además, los accidentes y la mala salud oral, que pueden causar daños y pérdida de los dientes, continuarán creando una necesidad de servicios dentales del técnico de laboratorio.

Hay que tener en cuenta que las nuevas generaciones tienen más probabilidades de conservar sus dientes que las generaciones anteriores. Esto se debe al aumento de las visitas a los dentistas, el mayor uso de fluoruro, y educación para más salud dental. Estos factores probablemente darán lugar a una disminución en el número de prótesis completas y parciales y otras prótesis utilizadas para reemplazar los dientes perdidos.

Los técnicos de laboratorios ocuparon aproximadamente 39.000 puestos de trabajo en el 2012, suelen trabajar en laboratorios a tiempo completo y su salario es aproximadamente de unos 68.669,89 € al año o 33,01 € la hora.

#### 2.4.3.IV. Asistente Dental (49)

Los asistentes dentales realizan su trabajo bajo la supervisión de los dentistas. Incluye una amplia variedad de tareas en la consulta dental.

La Junta Nacional de Asistencia Dental (DANB) (49), fue fundada en 1948 y es el Consejo Nacional de Certificación para asistentes dentales. Más de 37.000 asistentes dentales están actualmente certificadas DANB en todo el país. La certificación de DANB y los exámenes de competencia están reconocidos o son exigidos por 39 estados, el Distrito de Columbia, la Fuerza Aérea de Estados Unidos y el Departamento de Asuntos de Veteranos. La obtención de una certificación DANB puede puntuar para poder realizar funciones ampliadas y obtener derechos adicionales.

El asistente dental realiza muchas tareas, pero las regulaciones estatales varían, las responsabilidades pueden incluir:

- Ayudar al dentista durante los tratamientos.
- Tomar y revelar radiografías dentales.
- Preguntar acerca de la historia clínica y tomar la tensión arterial y el pulso.
- Desarrollo de protocolo de control de la infección y la preparación de los instrumentos y el equipo de esterilización.
- Ayudar a que los pacientes se sientan cómodos antes, durante y después del tratamiento dental.



- Proporcionar instrucciones para el cuidado oral después de una cirugía u otro tratamiento dental.
- Enseñar a los pacientes estrategias de higiene oral.
- Toma de impresiones de los dientes de los pacientes para los modelos de estudio.
- Realización de tareas de gestión de la consulta que a menudo requieren el uso de un ordenador.
- Comunicarse con los pacientes y proveedores, por ejemplo, la programación de citas, contestar el teléfono, la facturación y los pedidos de suministros.
- Ayudan a proporcionar atención directa al paciente en todas las especialidades dentales.

En 2015 había 37.520 Asistentes Dentales distribuidos por los diferentes Estados según se muestra en la tabla 8.

ESTADO	2015
Alabama	3410
Alaska	1260
Arizona	6820
Arkansas	2530
California	49210
Colorado	6080
Connecticut	3850
Delaware	810
District of Columbia	520
Florida	17350
Georgia	9770
Guam	140
Hawaii	1620
Idaho	1850
Illinois	13200
Indiana	5550
Iowa	3260
Kansas	2810
Kentucky	4410
Louisiana	4110
Maine	1160
Maryland	5500
Massachusetts	7370
Michigan	9160
Minnesota	5520
Mississippi	2170
Missouri	5250
Montana	1180
Nebraska	2000
Nevada	2820
New Hampshire	1360
New Jersey	9640
New Mexico	2430
New York	19580
North Carolina	8910
North Dakota	690
Ohio	10460
Oklahoma	4360
Oregon	4910
Pennsylvania	11640
Puerto Rico	2220
Rhode Island	900
South Carolina	3570
South Dakota	850
Tennessee	5720
Texas	26380
Utah	5030
Vermont	490
Virgin Islands	50
Virginia	8460
Washington	9870
West Virginia	1170
Wisconsin	5570
Wyoming	560
<b>TOTAL</b>	<b>323110</b>

**Tabla 8.** Datos estimados de empleados como Asistentes Dental. EEUU 2015.

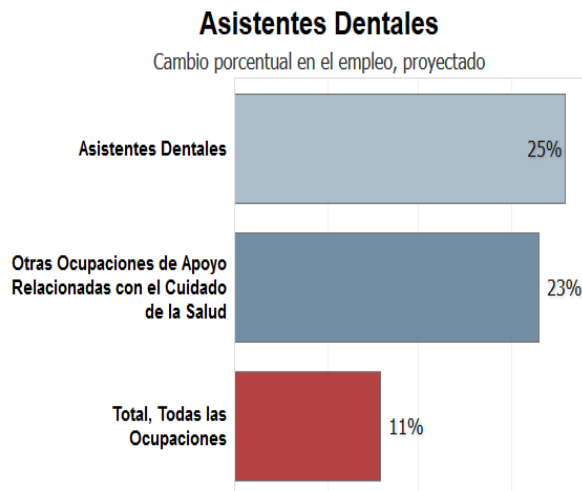
Fuente U.S. Bureau of Labor Statistics. (32).

Los estudiantes de secundaria interesados en una carrera como asistente dental deben cursar asignaturas de biología, química y anatomía. Algunos estados exigen que los asistentes se gradúen en un programa acreditado y aprueben un examen estatal.

La mayoría de los programas se completan en alrededor de 1 año, conducen a un certificado o diploma y son ofrecidos por los colegios postsecundarios. Los programas de dos años, también ofrecidos por colegios postsecundarios, son menos comunes y conducen a un grado. Hay aproximadamente 270 programas de educación de asistente dental acreditados por la ADA en Estados Unidos con un mínimo de un año académico de duración.

#### 2.4.3.IV.a. Perspectivas laborales de los Asistentes Dentales (42)

El empleo de los asistentes dentales aumentará un 25 por ciento entre 2012 y 2022, mucho más rápido que el promedio de todas las ocupaciones, como puede verse en el grafico 21.



**Grafico 21:** Proyección de empleo de los Asistentes Dentales EEUU 2012-2022.

La categoría “Todas las ocupaciones” incluye todos los empleos en la economía de EE.UU. Fuente: Oficina de Estadísticas Laborales, Departamento de Trabajo de EE.UU. Occupational Outlook Handbook (OOH), Edición 2014-15, Asistentes Dentales, en Internet <http://www.bls.gov/es/oooh/healthcare/dental-assistants.ht>

Las investigaciones que vinculan la salud oral con salud general probablemente continúen haciendo que aumente la demanda de servicios dentales preventivos. Los dentistas seguirán contratando a los asistentes dentales para completar sus tareas de rutina, a medida que las prácticas dentales crezcan, se necesitarán más asistentes dentales.

Los asistentes dentales ocuparon aproximadamente 303.200 empleos en 2012. Casi todos los asistentes dentales trabajan en consultorios de dentistas y bajo la supervisión de éstos, pueden trabajar en estrecha colaboración con los higienistas dentales en sus actividades diarias.

Los asistentes dentales son principalmente mujeres (95%) con una edad promedio de 35 años. Más del 20% de los asistentes dentales en los Estados Unidos se identifican como hispanas. Aproximadamente el 93% de los asistentes dentales trabajan en consultorios privados un promedio de 34 horas semanales. El salario aproximado es de unos 34.160 € anuales o 16.40 € la hora (50).

Los Asistentes Dentales ocuparon la posición número 25 mejores trabajos de atención sanitaria y el puesto número 100 en “The 100 Best Jobs”(43).

#### **2.4.3.V. Coordinador de la Comunidad de Salud Dental (40) (51)**

La ADA reconoce que las personas en comunidades desatendidas tienen dificultades para conectarse con recursos de salud pública y dentistas que pueden proporcionar el tratamiento necesario. Es por eso que la ADA ha creado un nuevo miembro del equipo dental, el Coordinador de la Comunidad de Salud Dental (CDHC).

El proyecto piloto inicial de ADA CDHC graduó 34 CDHC. Los graduados del proyecto piloto han desarrollado sus habilidades en comunidades desatendidas como ciudades interiores, áreas rurales remotas y comunidades indígenas en más de ocho estados.

Tres escuelas en Nuevo México, Arizona y Florida están ofreciendo el programa CDHC.

Los CDHC están capacitados para:

- Trabajar bajo la supervisión de un dentista en clínicas, escuelas y otros entornos.
- Recopilan información para ayudar a los dentistas en el triaje de los pacientes.
- Abordan temas de alfabetización social, ambiental y de salud.
- Proporcionan educación sobre salud dental y ayudan a las personas a desarrollar metas para mejorar su salud bucal.
- Coordinan la atención de acuerdo con las instrucciones de un dentista.
- Ayudan a los pacientes a moverse dentro del sistema de salud.
- Proporcionan servicios clínicos limitados, incluyendo: Screening, tratamientos de fluoruro, colocación de selladores, pulidos y radiografías.

Actualmente existe una gran polémica en torno a los proveedores de nivel medio, éstos, han sido definidos por la Asociación Americana de Estudiantes Dentales, (ASDA), (52) como individuos, que no son un dentista con cuatro años de educación post-colegial, que pueden realizar procedimientos irreversibles en el público.

La política de ASDA en proveedores de servicios dentales afirma que sólo un dentista cualificado debe realizar las siguientes funciones:

- Examen, diagnóstico y planificación del tratamiento.
- Prescripción de autorizaciones de trabajo.
- Realización de procedimientos dentales irreversibles.
- Prescribir medicamentos.

#### 2.4.3.VI. Asistente Preventivo Oral (40)

El asistente preventivo oral es una extensión de los deberes tradicionales del ayudante dental y no excluye al individuo de la realización de funciones como asistente dental. En lugares más remotos o rurales, este profesional con el conjunto de habilidades expandidas puede ser perfecto para la práctica, ya que proporciona servicios preventivos para pacientes que presentan gingivitis por placa, así los dentistas y los higienistas pueden centrarse en el tratamiento de pacientes más complejos.

La ADA cree que esto otorgara mayor acceso, eficiencia y una atención más rentable tanto para el paciente como para el profesional.

Los asistentes preventivos orales trabajarán tanto en clínicas privadas, donde proporcionarán servicios preventivos, como en las escuelas y centros de salud comunitarios proporcionando educación para la salud.

Funciones del asistente preventivo oral:

- ❖ Recolección de datos de diagnóstico tales como: historias clínicas, signos vitales, radiografías.
- ❖ Servicios preventivos para todo tipo de pacientes, incluyendo: instrucción de higiene oral, aplicación de fluoruro y selladores, pulidos, tartrectomía para pacientes con gingivitis inducida por placa.

Las funciones asignados a los asistentes preventivos orales pueden variar de un estado a otro. Los requisitos específicos de educación y acreditación están determinados por las juntas estatales de odontología y requiere el desarrollo de un nuevo programa educativo que abarque aproximadamente un período de tiempo de tres meses para completarse.

#### **2.4.3.VII. Terapeuta Dental**

Los Terapeutas Dentales son miembros del personal de cuidados de la salud oral en 54 países y territorios, incluyendo los países industrializados y los países en desarrollo. (53), Estados Unidos, todavía no es uno de ellos.

Con la publicación de la salud oral en América: Un Informe del Cirujano General de 2000 (54), que describe el problema significativo de acceso a la atención dental, volvió a surgir el problema de los terapeutas dentales. Tras el informe del Cirujano General, un pequeño grupo de individuos que consta de educadores dentales y odontólogos de salud pública, se reunió en el Instituto Forsyth para discutir el potencial de introducir los terapeutas dentales en los Estados Unidos. Al darse cuenta del impedimento creado por entre otras la Academia de Odontología General, la Academia Americana de Odontología Pediátrica, la Academia Americana de Periodontología, la Asociación Americana de Cirujanos Orales y Maxilofaciales, la Asociación Americana de Ortodoncistas, el Colegio Americano de Prostodoncistas, la ADA, la ASDA, etc. El grupo se acercó al Servicio de Salud Indígena (IHS), resultando en la formación de

terapeutas dentales para practicar en reservas federales fuera de la jurisdicción del estado. Bajo el liderazgo de la IHS en Alaska y el Consorcio de la Salud de los Tribus Nativos de Alaska (ANTHC), los estudiantes de Alaska han sido entrenados y desplegados como terapeutas dentales para brindar atención en las comunidades tribales.(54)

En abril de 2012, la Fundación Kellogg lanzó una monografía que revisó 1.100 documentos procedentes de 54 países en todo el mundo que utilizan los terapeutas dentales, (54). La monografía concluyó que mejoran el acceso a la atención de los niños y brindan atención de calidad con resultados efectivos. Una revisión sistemática de 23 artículos de seis naciones determinó que los terapeutas dentales realizan de forma segura y de manera competente el conjunto limitado de procedimientos irreversibles que caen dentro de su ámbito de acción.(55) .

La Comisión de Acreditación Dental, (CODA) es una entidad independiente reconocida por el Departamento de Educación de los Estados Unidos como la agencia nacional de acreditación para programas dentales y de odontología dental. En febrero, la CODA adoptó estándares por los cuales los programas que educan a los proveedores dentales de nivel medio, (no dentistas que realizan procedimientos quirúrgicos como extracción de dientes), pueden solicitar la acreditación.

Las decisiones de CODA se toman independientemente de la política de ADA. La ADA cree que es mejor para el público que sólo los dentistas diagnostiquen la enfermedad dental y realicen procedimientos quirúrgicos e irreversibles. (56)

A partir de 2013, la Asociación de Higienistas Dentales Americana, (ADHA) se unió a comunidades de interés que buscaban obtener acreditación para programas de



educación de terapia dental en los Estados Unidos. En ese momento, Minnesota era el único estado en el país que autorizaba la terapia dental. En agosto de 2015, se adoptaron normas nacionales que están siendo implementadas por la Comisión de Acreditación Dental para esta nueva profesión. (46)

#### **2.4.4 Profesionales de la salud bucodental en Canadá.**

La regulación de los profesionales de la salud en Canadá es de jurisdicción provincial, cada provincia tiene su propia legislación que afecta a los servicios dentales. El cuerpo que se encarga de la regulación se llama colegio y normalmente es independiente de las asociaciones profesionales, pero a veces se unen como en el caso de Alberta.

Las autoridades reguladoras de algunas provincias requieren que los solicitantes superen un examen que evalúa el conocimiento de la ley local, la ética y la regulación de la profesión en esa jurisdicción. En la provincia de Quebec, los organismos reguladores se denominan "Orden".

Cada jurisdicción también tiene una asociación dental. La membresía en las asociaciones dentales provinciales y nacionales es un componente necesario de la licencia en todas las provincias excepto Ontario y Quebec.

Debido a la naturaleza del sistema de salud canadiense, la regulación y los requisitos de formación de los profesionales de la salud bucodental pueden diferir según el territorio, por lo que las siguientes descripciones pretenden ser de carácter general.

Según la Asociación Dental Canadiense cada miembro del equipo de atención dental desempeña un papel importante, así se hablaremos entre otros de los siguientes profesionales: dentistas, terapeutas dentales, higienistas dentales, ayudantes de dentista.

#### **2.4.4.I. Odontólogos (57)**

Un dentista es un médico de la cavidad oral. Tiene la formación y el conocimiento en el tratamiento, diagnóstico y prevención de enfermedades y afecciones de la cavidad oral. Los dentistas tienen una amplia experiencia que incluye seis a ocho años de formación para detectar los primeros signos de caries y enfermedad periodontal, y a menudo también el cáncer de boca y garganta.

Es el líder de su equipo de salud oral. Sólo los dentistas pueden examinar los dientes, las encías y la boca, y reconocer los problemas que podrían afectar a la salud en general.

Los odontólogos tienen la formación y habilidades para:

- ✓ Examinar y diagnosticar el estado bucal.
- ✓ Recomendar y llevar a cabo el tratamiento.
- ✓ Buscar signos de cáncer oral, con frecuencia será el primero en descubrirlos.
- ✓ Ayudará a entender el cuidado de la salud oral y su importancia.
- ✓ Informará acerca de las opciones de cuidado postoperatorio.
- ✓ Realizará los procedimientos de emergencia o requeridos, ayudará a determinar un plan de tratamiento a largo plazo que se adapte a las necesidades.

Existen diferencias en cuanto al número de odontólogos en las diferentes provincias. En total hay más de 21.500 odontólogos en Canadá, tal como se muestra en la tabla 9.

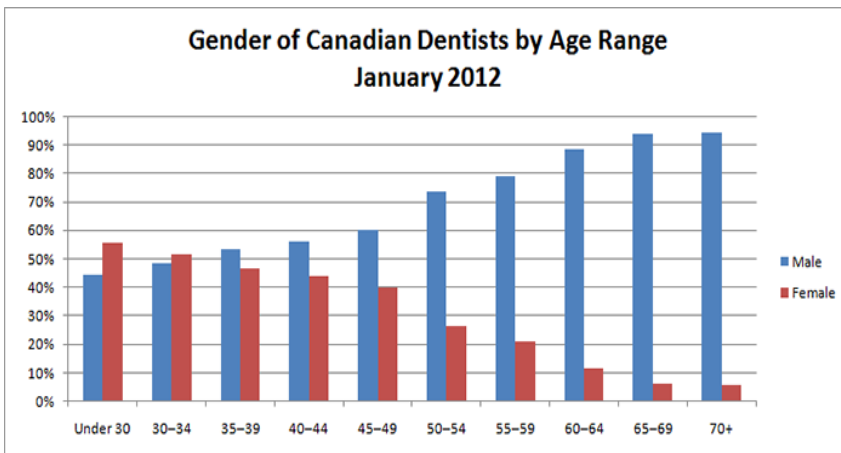
Dentistas Con Licencia en Canadá Por Provincia -2013	
Provincia	Número de dentistas con licencia
Newfoundland y Labrador	185
Isla del Príncipe Eduardo	75
Nueva Escocia	535
Nuevo Brunswick	324
Quebec	5.173 *
Ontario	8.912
Manitoba	635
Saskatchewan	407
Alberta	2.116
Colombia Británica	3,118
Territorios del Noroeste	34
Territorios del Yukón	26
Nunavut	12
<b>Total Canadá</b>	<b>21.552</b>

**Tabla 9.** Número de dentistas con licencia Canadá 2013.

Estadísticas preparadas por la Asociación Dental Canadiense. (58)

\* Ordre des dentistes du Québec. Número de dentistas al 27 de octubre 2016.

En cuanto a la distribución por edad y sexo resulta curiosa, ya que hasta los 34 años existe una ligera mayoría de odontólogas, pero de ahí en adelante aumentan las diferencias, siendo la proporción de odontólogos muy superior al de las odontólogas, tal como se ve en el grafico 22.



**Grafico 22:** Género de los odontólogos Canadienses por rango de edad.

Fuente Asociación Dental Canadiense (57).

El salario medio de los odontólogos es de unos 86.550,48 € al año para el periodo 2014-2015.(59)

#### **2.4.4.I.a      Especialidades dentales reconocidas**

Hay nueve especialidades dentales reconocidas a nivel nacional en Canadá. La Comisión de Acreditación Dental de Canadá (CDAC) reseña y acredita los programas de educación en las nueve especialidades dentales.

##### **1- Salud Pública Dental**

Es la rama que se ocupa del diagnóstico, la prevención y el control de las enfermedades dentales y la promoción de la salud oral a través de la comunidad. La Salud Pública está al servicio de la comunidad a través de la investigación, promoción de la salud y la educación.

##### **2- Endodoncia**

Trata con la morfología, la fisiología y la patología de la pulpa dental y los tejidos periapicales asociados.

### **3- Cirugía Oral y Maxilofacial**

Se ocupa del diagnóstico y tratamiento quirúrgico de trastornos, enfermedades, lesiones y defectos, que involucra los aspectos funcionales y estéticos de los tejidos duros y blandos de la cavidad oral y maxilofacial y las regiones y estructuras relacionadas.

### **4- Medicina y Patología Oral**

Encargada del diagnóstico y la gestión principalmente no quirúrgica de las enfermedades y trastornos orales, maxilofaciales y temporomandibulares, incluyendo el manejo odontológico de pacientes con complicaciones médicas.

### **5- Radiología oral y maxilofacial**

Trata con la prescripción, la producción e interpretación de imágenes para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y trastornos del complejo craneofacial.

### **6- Ortodoncia y Ortopedia dentofacial**

Se ocupa del diagnóstico, prevención y tratamiento de las anomalías asociadas con las estructuras dentofaciales.

## **7- Odontología Pediátrica**

Trata de proporcionar el diagnóstico de la salud oral preventiva y terapéutica primaria y global, el cuidado para bebés y niños hasta la adolescencia, también de todas las edades con necesidades de cuidados especiales.

## **8- Periodoncia**

Se ocupa del diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades y afecciones de los tejidos de soporte y circundantes de los dientes o sus sustitutos y el mantenimiento de la salud, función y estética de estas estructuras y tejidos.

## **9- Prostodoncia**

Encargados del diagnóstico, restauración y mantenimiento de la función oral, la comodidad, la apariencia y la salud del paciente mediante la restauración de los dientes naturales y/o la sustitución de los dientes perdidos y los tejidos orales y maxilofaciales contiguos con sustitutos artificiales.

#### **2.4.4.II. Higienista dental (60)**

La Asociación de Higienistas Dentales de Canadá, (CDHA), existe desde el año 1963, y es la voz nacional de más de 28.495 higienistas dentales que trabajan en Canadá.

En Canadá, los higienistas dentales deben finalizar un diploma de higiene o programa de licenciatura dental. Para poder ejercer, los higienistas dentales deben estar registrados o autorizados por la autoridad reguladora de higiene dental en su jurisdicción provincial. Los programas van desde dos a cuatro años a nivel universitario.

Los higienistas dentales independientes, con exclusión de la Isla del Príncipe Eduardo, Territorios del Norte y el Yukón, están autorizados por los gobiernos provinciales para evaluar los dientes del paciente y proporcionar cuidados de higiene dental sin la presencia de un dentista. Además de tartrectomías, los higienistas independientes pueden administrar flúor, anestesia local para la higiene o tratamiento dental y aplicar selladores de fosas y fisuras. En la actualidad, hay cerca de 900 higienistas dentales independientes en Canadá.

Algunas de las funciones del Higienista:

- Realizar el examen de higiene dental y diagnóstico, incluyendo la historia clínica, toma de presión arterial, el pulso, la temperatura.
- Examen extraoral de la cabeza y el cuello incluyendo la articulación temporomandibular, los ganglios linfáticos y lesiones en la piel.
- Examen intraoral incluye el examen de los labios, mucosa oral, flujo salival, etc.
- Evaluación del riesgo de desarrollo de caries, restauraciones existentes, diastemas, relaciones oclusales, vitalidad de la pulpa, la sensibilidad dental.



- Evaluación periodontal que incluye la evaluación del riesgo para esta enfermedad.
- Radiografías y fotografías.
- Impresiones para modelos de estudio y realización de protectores bucales deportivos.
- Tratamiento periodontal supra y subgingival y alisado radicular.
- Aplicación de selladores y flúor.
- Pulido de obturaciones.
- Blanqueamientos dentales clínicos y caseros.
- Aplicación de anestesia local para gestión del dolor.
- Sedación consciente con óxido nitroso.
- Consejos dietéticos saludables, deshabituación tabáquica, enseñar autoexploración oral.

Existen diferencias dependiendo del estado, en la tabla 10, se realizó un breve resumen del número de higienistas, 26.847 en total y algunas de las competencias en cada estado en el 2011. (61)

**Tabla 10.** Número de Higienistas y algunas de sus competencias según el estado en Canadá. \* Publicado por el Instituto Canadiense de Información en Salud (CIHI) Abril de 2013.

	C. Británica	Alberta	Saskatchewan	Manitoba	Ontario	Quebec	N. Brunswick	N. Escocia	I. P. Eduardo	Terranova /Labrador	Yukón	T. Noroeste	Nunavut
Higienistas registrados 2011*	3.296	2.736	550	676	12.721	5.457	433	664	91	173	23	22	5
Anestesia local	x	x	x	x			x	x		x	x		
Terapia miofuncional		x	x					x					
Óxido nítrico		x	x							x			
Procedimientos ortodoncia con dentista	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Colocación restauración permanente material Amalgama / resina compuesta		x	x	x	x	x		x		x			
adaptar y cementar la corona de acero inoxidable en conjunción con un dentista													
Colocación restauración temporal sin dentista	x	x	x							x			
Petición RX		x	x				x	x					
Autoridad prescripción		x	x										

La Asociación Canadiense de Higienistas Dentales (CDHA) llevo a cabo una encuesta entre sus miembros en todo Canadá, principalmente en octubre de 2015, con análisis e informes completados a principios de 2016, esta encuesta reunió datos para medir las tendencias del empleo y el mercado de trabajo para higienistas dentales en todo el país.

#### Curiosidades sobre los Higienistas Dentales en Canadá (62):

- Son la sexta profesión regulada de salud en Canadá con 28.495 profesionales.
- Experimentó un crecimiento de 30% en el número de empleados y un aumento de 12% en los salarios en los últimos seis años.
- Son una de las diez mejores profesiones de crecimiento proyectadas de Canadá para 2020.
- Proporcionan servicios y programas a personas de todas las edades, abordando temas relacionados con la salud oral.

- Practican en variedad de ambientes, incluyendo la salud pública, la práctica privada, hospitales, instituciones educativas, investigación y la industria dental.
- Practican interprofesionalmente con dentistas, denturistas, médicos, enfermeras, fisioterapeutas, quiroprácticos y masajistas.
- Espíritu empresarial, un 4% que estableció su propia práctica, fuera de la consulta de un dentista (principalmente en Alberta, Columbia Británica y Ontario).
- Tratan a los pacientes en sus propios hogares, centros de cuidado a largo plazo o residenciales, escuelas y centros de salud comunitarios usando prácticas móviles.
- Crean modelos innovadores de prestación de servicios para proporcionar más opciones y un mejor acceso.
- Se educan en cuatro universidades y treinta y tres colegios de todo Canadá.

Los higienistas dentales deben estar registrados o autorizados por las autoridades reguladoras de higiene dental territoriales correspondientes. Los requisitos para el registro o licencia varían según la provincia o el territorio, incluyendo las diferencias en la experiencia clínica, los exámenes requeridos y los requisitos de educación continua.

#### **2.4.4.III. Terapeuta dental (57)(63)**

El terapeuta dental a menudo trabaja en las zonas rurales, remotas y aisladas de Canadá y, a veces es el profesional de atención primaria de salud bucodental de la comunidad.

Es un graduado en un programa de terapia dental, reconocido por el organismo regulador. Los programas educativos son de un mínimo de 20 meses de duración e incluyen: anatomía y fisiología humana, anatomía oral y dental, radiología, odontología preventiva y restauradora, cirugía oral, anestesia local, control de infección, gestión de clientes, salud de la comunidad, ética y jurisprudencia.

En la actualidad hay cerca de 300 terapeutas dentales que ejercen en Canadá y tienen competencia para proporcionar una amplia gama de servicios profesionales, pero, su práctica puede variar dependiendo de la legislación de las diferentes jurisdicciones. Como norma general, los terapeutas dentales tienen competencia para:

- Evaluar al paciente y su historia clínica.
- Examen extraoral e intraoral.
- Diagnosticar al paciente, tratarlo y en su caso derivarlo al especialista.
- Radiografías dentales.
- Restaurar los dientes a la forma, la función y la estética adecuadas.
- Tomar impresiones y fabricar modelos de estudio.
- Realizar terapia de pulpa vital en los dientes primarios.
- Administrar anestesia local.
- Realizar exodoncia de dientes primarios y permanentes no complicadas.
- Realizar tratamientos periodontales y tartrectomías.

#### 2.4.4.IV. Denturistas (64)(57)

El primer acto legislativo para reconocer la profesión fue la Ley de Mecánica Dental de Alberta (1961). Las demás provincias canadienses siguieron rápidamente. En un principio, la legislación permitió a los mecánicos dentales proporcionar prótesis completas directamente al público. Finalmente, con el advenimiento de una educación y capacitación más formalizada, se reconoció a los denturistas como expertos en la provisión de prótesis completas y parciales directamente al público, y la legislación fue modificada. Dependiendo de la provincia, un denturista también puede incluir la provisión de prótesis dentales sobre implantes (64).

Por lo tanto los denturistas pueden fabricar aparatos de ortodoncia, dentaduras completas, dentaduras parciales, coronas, puentes, férulas y protectores bucales, así como prótesis sobre implantes, todo bajo la prescripción del dentista.

Todas las provincias tienen una asociación o sociedad de denturistas y cada provincia en Canadá tiene su propio órgano regulador denturista con jurisdicción sobre la admisión y la disciplina de Denturistas. La Asociación de Denturistas de Canadá fue fundada en 1971 como una "asociación de asociaciones canadienses."

Los Denturistas son profesionales independientes y pueden realizar de forma general las siguientes actividades:

- Producir, alterar y reparar las dentaduras completas, parciales removibles, prótesis fija, aparatos fijos y removibles de ortodoncia siguiendo las instrucciones del dentista.
- Seleccionar los materiales dentales para la fabricación de prótesis dentales.

- Control de la infección en la práctica de laboratorio dental.
- Control de calidad en la práctica de laboratorio dental.
- Mantener equipos e instrumentos de laboratorio.
- Valorar y reparar defectos mecánicos, desgaste, y realizar el diseño apropiado de prótesis dentales.
- Instruir y supervisar a los asistentes dentales registrados.
- Almacenar, manipular, y disponer de materiales peligrosos.
- Seleccionar, organizar y personalizar los dientes para obtener resultados estéticos.
- Llevar a cabo procedimientos no quirúrgicos intraorales incluyendo la toma de impresiones y registros oclusales que son necesarias, por prescripción para los rebases, reparaciones de prótesis.

Inicialmente los denturistas aprendieron sus habilidades a través de la práctica del trabajo, ahora hay 4 colegios, que ofrecen formación a denturistas. Los estudios se llevan a cabo durante un mínimo de tres años, centrándose en las habilidades clínicas y de laboratorio.

Actualmente, Canadá tiene aproximadamente 2.000 personas reconocidas como denturistas.

#### **2.4.4.V. Tecnólogos, técnicos y auxiliares de laboratorio dentales (65)**

Los tecnólogos y técnicos dentales diseñan, preparan y fabrican prótesis dentales y dispositivos dentales según lo prescrito por los dentistas y otros especialistas.

Los Asistentes de laboratorio dental ayudan a los técnicos en la preparación y fabricación de dentaduras removibles y otros dispositivos dentales.

Los tecnólogos y técnicos de odontología están obligados a completar un programa universitario en tecnología dental o cuatro o más años de capacitación en el trabajo bajo la supervisión de un técnico dental registrado. El registro en un organismo regulador es necesario para tecnólogos y técnicos dentales en todas las provincias excepto en Manitoba y los Territorios del Norte.

Los tecnólogos dentales, técnicos y asistentes de laboratorio desempeñan algunas de las siguientes funciones:

- Diseñar, fabricar o reparar dispositivos dentales incluyendo dentaduras completas o parciales, aparatos ortodónticos, coronas, puentes e implantes.
- Preparar modelos y moldes de yeso a partir de impresiones dentales.
- Preparar las cubetas de impresión.
- Aleaciones de oro fundido o de metales para puentes y bases para dentaduras.
- Manejo de material plástico para formar prótesis total o parcial.
- Encerados.
- Hacer bandas de ortodoncia de oro, plata, acero inoxidable u otros metales.
- Acabar la estructura metálica de dentaduras postizas y pulir dentaduras para obtener un acabado natural.
- Funciones administrativas para el laboratorio dental.

Los asistentes de laboratorio dental pueden progresar a posiciones de tecnólogo y técnico dental con titulación, experiencia y registro. Trabajan en laboratorios dentales.

#### **2.4.4.a. Perspectivas laborales del grupo Ocupaciones Técnicas en Cuidado Dental (59)**

Las ocupaciones incluidas en este grupo son: Denturistas, Higienistas dentales, Terapeutas dentales, Técnicos dentales, Técnicos y Auxiliares de Laboratorio.

El número de empleos en 2014 fue 33.000, la edad media de los trabajadores en 2014 fue 40 años y la edad promedio de jubilación en 2014 fueron 63 años.

Según la Encuesta de Población Activa (2015), en Canadá, el 61% de los trabajadores de esta ocupación trabajaban a tiempo completo, en comparación con el promedio del 81% para todas las ocupaciones.

Según la Encuesta Nacional de Hogares (2011), en Canadá, las mujeres representaban el 97% de los trabajadores en esta ocupación, en comparación con el promedio del 48% para todas las ocupaciones.

Según la Encuesta de Población Activa (2015), en Canadá, el 16% de los Higienistas dentales y los Terapeutas dentales eran trabajadores autónomos, mientras que el promedio para todas las ocupaciones era del 14%.

El salario hora medio es de unos 25.10 € la hora en el período 2014-2015.

En el período 2015-2024, se espera que las nuevas ofertas de empleo (derivadas de la demanda de expansión y la demanda de reemplazo) asciendan a 10.000, mientras



que se espera que 10.900 nuevos solicitantes de empleo (derivados de los nuevos graduados, inmigración y movilidad) estén disponibles para cubrirlos.

#### **2.4.4.VI. Asistente Dental (57)(66)**

Algunas provincias de Canadá no regulan la asistencia dental. Como resultado, en ciertas jurisdicciones también hay asistentes dentales no certificados. La Asociación de Asistentes Dentales Canadá, (CDAA), apoya la educación formal para los asistentes dentales, la acreditación de programas a través de la Comisión de Acreditación Dental en Canadá y la certificación nacional a través de la Junta Examinadora Asistencia Dental Nacional.

El asistente dental trabaja directamente con el dentista y proporciona asistencia y prepara al paciente para el tratamiento, esteriliza instrumentos, y ayuda a mantener seca la boca del paciente durante los procedimientos. En algunas jurisdicciones pueden tomar radiografías e impresiones dentales, aplicar flúor, colocar y retirar diques de goma, retirar bandas, matrices y cuñas, aplicar las bases de cavidad y revestimientos, proporcionar asesoramiento dietético, instrucciones de higiene oral y las instrucciones postoperatorias, colocar anestesia tópica, blanqueamientos, realizar selladores de fosas y fisuras y aplicar agentes desensibilizantes. Los asistentes dentales también pueden ser educadores, administradores, recepcionistas, gerentes de oficina y representantes de ventas.

Hay varios programas de formación acreditados para asistentes dentales a través de Canadá. Los requisitos educativos para entrar en estos programas incluyen la

finalización de la escuela secundaria en la rama de ciencias, algunos programas requieren que sus estudiantes obtengan un certificado de resucitación cardiopulmonar. Una vez aceptados, los programas de asistente dental proporcionan formación en áreas como la microbiología y control de infecciones, odontología preventiva, la radiografía dental, procedimientos de asistencia clínica y de la salud dental de la comunidad.

Se estima que hay aproximadamente 26.000 a 29.000 asistentes dentales en Canadá y cerca de 20.000 están registrados con una asociación de asistencia dental provincial. De esos 20.000 asistentes dentales aproximadamente el 74% están certificados con licencia, el 99% son mujeres y la edad media es de 38 años.

El salario medio es de unos 12.9 € la hora para el periodo de 2014-2015.

#### **2.4.5 Profesionales de la salud bucodental en Europa. (67)**

En Europa, el equipo de trabajo dental incluye dentistas, auxiliares clínicos y otros auxiliares, existen todavía algunos países donde coexisten odontólogos y estomatólogos, que son médicos especialistas en estomatología y son un legado histórico en Austria, Francia, Italia, España y Portugal.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), es la agencia 'tripartita' de la ONU, la OIT reúne a gobiernos, empleadores y trabajadores de 187 Estados con el fin de establecer las normas del trabajo, formular políticas y elaborar programas promoviendo el trabajo decente de todos, mujeres y hombres.

La Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) es una de las principales clasificaciones de las que la OIT es responsable. La estructura de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones, 2008 (CIUO-08) (68) , divide las profesiones en grandes grupos, los grupos principales se subdividen en subgrupos principales y estos en subgrupos, estos a su vez en grupos primarios, así encontramos:

2 Profesionales científicos e intelectuales

22 Profesionales de la salud

226 Otros profesionales de la salud

**2261 Dentistas**

3 Técnicos y profesionales de nivel medio

32 Profesionales de nivel medio de la salud

325 Otros profesionales de nivel medio de la salud

**3251 Asistentes y Terapistas Dentales**

3 Técnicos y profesionales de nivel medio

32 Profesionales de nivel medio de la salud

321 Técnicos médicos y farmacéuticos

**3214 Técnicos de prótesis médicas y dentales**

5 Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados

53 Trabajadores de los cuidados personales

532 Trabajadores de los cuidados personales en servicios de salud

**5329 Trabajadores de los cuidados personales en servicios de salud no clasificados bajo otros epígrafes.**

#### **2.4.5.I. Grupo 2261: Dentistas (67) (69)**

Los dentistas diagnostican, tratan y previenen enfermedades, lesiones y anomalías de los dientes, boca, mandíbulas y tejidos asociados aplicando los principios y procedimientos de la odontología. Utilizan una amplia gama de técnicas especializadas de diagnóstico, cirugía y otras técnicas para promover y restaurar la salud oral. Las tareas incluyen:

- Diagnosticar enfermedades, lesiones, irregularidades y malformaciones de los dientes y estructuras asociadas en la boca y la mandíbula mediante radiografías, pruebas salivales e historiales médicos.
- Proporcionar atención preventiva de salud oral, como tratamientos periodontales, aplicaciones de fluoruro y promoción de la salud oral.
- Administrar anestésicos.
- Prescribir medicamentos.
- Proporcionar tratamientos restauradores como implantes, coronas y puentes, ortodoncia, y obturación de dientes deteriorados.
- Proporcionar tratamientos quirúrgicos como exodoncias y biopsia de tejidos.
- Tomar impresiones para prótesis dentales, diseñar y prescribir instrucciones de fabricación de las prótesis.
- Ayudar a diagnosticar enfermedades con manifestaciones orales como diabetes, SIDA.

- Educar a los pacientes y sus familias sobre higiene dental, nutrición y otras medidas para cuidar la salud oral.
- Supervisar a higienistas dentales, asistentes dentales y otro personal.

En algunos países conocer el número de dentistas activos, es casi imposible, a pesar de que en todos los países de Europa se requiere registro ante una autoridad competente para ejercer. En la tabla 11 se muestran los odontólogos en Europa.

PAISES	AÑO	POBLACIÓN	REGISTRADOS	MUJERES
ALEMANIA	2012	80.523.746	88.882	42%
AUSTRIA	2013	8.489.482	4.820	42%
BELGICA	2011	11.153.405	8.879	48%
BULGARIA	2013	7.282.041	8.350	66%
CROACIA	2007	4.475.611	4.537	65%
CHIPRE	2013	865.878	1.073	65%
DINAMARCA	2013	5.605.836	7.989	83%
ESLOVAQUIA	2013	5.410.728	3.357	61%
ESLOVENIA	2013	2.060.253	1.762	63%
ESPAÑA	2012	47.059.533	31.261	52%
ESTONIA	2013	1.324.814	1.615	87%
FINLANDIA	2013	5.434.357	5.925	69%
FRANCIA	2012	65.657.000	41.515	40%
GRECIA	2013	10.772.967	14.125	47%
HUNGRIA	2013	9.906.000	5.500	57%
IRLANDA	2013	4.591.087	2.627	44%
ISLANDIA	2012	322.930	351	33%
ITALIA	2012	59.685.227	58.723	34%
LETONIA	2012	2.178.443	1.724	87%
LIECHTENSTEIN	2013	37.009	57	
LITUANIA	2013	2.962.000	3.660	83%
LUXEMBURGO	2008	537.000	512	40%
MALTA	2013	421.364	230	36%
NORUEGA	2013	5.063.709	5.350	47%
P. BAJOS	2013	16.789.800	10.780	35%
POLONIA	2012	38.533.299	33.633	78%
PORTUGAL	2012	10.487.289	9.097	57%
REINO UNIDO	2013	63.887.988	40.156	45%
R. CHECA	2012	10.516.125	9.354	65%
RUMANIA	2013	20.057.458	15.500	68%
SUECIA	2010	9.580.424	14.454	52%
SUIZA	2013	8.058.100	4.850	28%
<b>TOTAL EUROPA</b>		<b>519.730.903</b>	<b>440.648</b>	

**Tabla 11.** Número de dentistas Europa 2015.

Fuente: Manual of Dental Practice 2015 de la UE. (67)

Podemos ver que el número de dentistas en activo ha aumentado un 4,6%, se estima que en 2008 eran unos 345.000, mientras que en 2013 se estiman 361.000. Se puede decir que, en general, el número de dentistas ha aumentado a un ritmo mucho mayor que la población.

En cuanto al número de

dentistas activos, el porcentaje de incremento ha sido mayor en Austria, Irlanda, Luxemburgo, Portugal, Rumania y España (70), en los tres últimos, gran parte del aumento se puede explicar por la apertura de las escuelas dentales privadas. En cambio, en otros puntos de Europa, (República Checa, Dinamarca, Finlandia, Letonia, Lituania y Suecia) el número de dentistas activos parece haber disminuido. Esto podría ser debido a las decisiones políticas para formar menor cantidad de dentistas. Sin embargo, en todos estos países ha aumentado el número de higienistas dentales activos registrados.

Con respecto al género, cada vez hay más dentistas mujeres, en 2008 aproximadamente había un 46%, mientras que en 2013 se estimaba aproximadamente un 49%, llegando en algunos países hasta el 87% como es el caso de Estonia y Letonia. Los países con servicios dentales públicos fuertes (Europa del Este y los Países Nórdicos) tenían un mayor número de mujeres dentistas.

En cuanto a la formación de los odontólogos cabe destacar que existen países como Chipre, Liechtenstein y Luxemburgo que no tienen facultades de odontología. En 2013, había 200 escuelas de odontología en Europa, frente a 184 en 2003. En 2013, en las escuelas de odontología de Europa, había más de 70.000 estudiantes de odontología formándose. Aproximadamente salen de estas universidades 12.000 graduados cada año, de los que un 63% son mujeres frente al 53% en 2003.

La duración mínima de los estudios de odontología es de 5 años, pero hay países donde se supera esta duración, estos son: Austria, Alemania, Bulgaria, Países Bajos, Croacia Rumania, Estonia, Eslovaquia, Francia y Eslovenia. En muchos de los países se

requieren además estudios de post graduado que oscilan entre los 12 meses en países como Bélgica, Croacia, Reino Unido y los 24 meses en Alemania y Suiza por ejemplo.

En algunos países es obligatoria una formación continuada, en otros como España, Portugal, Malta, no es obligatoria.

Estos datos se resumen a continuación en la tabla 12.

**Tabla 12.** Resumen formación odontólogos en Europa.

Fuente: Manual of Dental Practice 2015 UE. (67)

PAISES	AÑO	Nº ESCUELAS	DURACIÓN CURSO	FORMACIÓN CONTINUADA
ALEMANIA	2012	30	5.5 años	
AUSTRIA	2103	4	6 años	
BELGICA	2012	5	5 años	Obligatorio
BULGARIA	2012	3	5.5 años	Obligatorio
CHIPRE	2013	0		Obligatorio
CROACIA	2013	3	6 años	
DINAMARCA	2012	2	5 años	
ESLOVAQUIA	2013	4	6 años	Obligatorio
ESLOVENIA	2012	1	6 años	Obligatorio
ESPAÑA	2012	17	5 años	
ESTONIA	2013	1	5.5 años	
FINLANDIA	2013	4	5 años	
FRANCIA	2011	16	6 años	Obligatorio
GRECIA	2012	2	5 años	
HUNGRIA	2013	4	5 años	Obligatorio
IRLANDA	2013	2	5 años	
ISLANDIA	2012	1	5 años	
ITALIA	2013	34	5 años	Obligatorio
LETONIA	2012	1	5 años	Obligatorio
LIECHTENSTEIN	2013	0		
LITUANIA	2013	2	5 años	Obligatorio
LUXEMBURGO	2013	0		
MALTA	2013	1	5 años	
NORUEGA	2013	3	5 años	
P. BAJOS	2013	3	6 años	
POLONIA	2013	10	5 años	Obligatorio
PORTUGAL	2012	7	5 años	
REINO UNIDO	2013	16	5 años	Obligatorio
R. CHECA	2012	5	5 años	Obligatorio
RUMANIA	2013	10	6 años	Obligatorio
SUECIA	2012	4	5 años	
SUIZA	2013	4	5 años	Obligatorio
<b>TOTAL EUROPA</b>		<b>199</b>		



### 2.4.5.I.a. Especialidades dentales reconocidas

**Tabla 13.** Tipos de especialistas y número en Europa.

Fuente: Manual of Dental Practice 2015 de la UE. (67) Orto: Ortodoncia; C. Oral: Cirugía Oral; Maxilo: Cirugía Maxilofacial; Endo: Endodoncia; Odonto Pe: Odonto pediátrica; Perio: periodoncia; Prosto: Prostodoncia y Salud P: Salud Pública

PAISES	AÑO	ORTO.	C. ORAL	MAXILO.	ENDO.	ODONTO PE	PERIO.	PROSTO.	SALUD P.
ALEMANIA	2012	3443	2552				0		460
AUSTRIA	2013	0		167					
BELGICA	2011	399		290			139		
BULGARIA	2013	45	226	45	417	580	36	115	17
CHIPRE	2013	46	12						
CROACIA	2013	184	98		97	130	74	156	
DINAMARCA	2013	290		98					
ESLOVAQUIA	2013	193	192	26		39	95	64	
ESLOVENIA	2013	84	24	34	24	36	16	24	
ESTONIA	2013	62		25					
FINLANDIA	2013	156		104					90
FRANCIA	2012	1981							
GRECIA	2013	476		174					
HUNGRIA	2013	379	139	157		254	65	924	
IRLANDA	2013	140	49	5					
ISLANDIA	2012	15	4		2	3	8	5	3
ITALIA	2013	1795		640					
LETONIA	2013	24	0	39	10	23	0	19	
LIECHTENSTEIN	2013	2	1				1		
LITUANIA	2013	93	92	23	44	56	57	270	
MALTA	2013	7		1	9	2	3	3	3
NORUEGA	2013	206	68	0	63	20	90	65	
P. BAJOS	2013	331		265	73	46	81		
POLONIA	2012	1115	805	227	1561	486	420	1453	71
PORTUGAL	2012	51	4	93					
REINO UNIDO	2013	1343	754		250	246	333	431	117
R. CHECA	2012	337		72					
RUMANIA	2008	412	157	234					
SUECIA	2010	265		145	47	83	101	134	
SUIZA	2013	370	185				112	72	
<b>TOTAL</b>		<b>14244</b>	<b>5362</b>	<b>2864</b>	<b>2597</b>	<b>2004</b>	<b>1631</b>	<b>3735</b>	<b>761</b>
<b>ESPAÑA Y LUXEMBURGO NO TIENEN RECONOCIDOS ESPECIALISTAS</b>									

Las ocupaciones incluidas en esta categoría normalmente requieren la culminación de la formación universitaria en odontología o en un campo relacionado. Aunque en algunos países las estomatologías y las cirugías dentales, orales y maxilofaciales pueden considerarse como especialidades médicas, las ocupaciones en estos campos deben ser siempre clasificadas aquí, como especialidades dentales. Ejemplos de las ocupaciones clasificadas aquí: Cirujano Dental, Endodontista, Cirujano oral y maxilofacial, Patólogo oral, Ortodoncista, Periodoncista, Prostodoncista, Estomatólogo.

A diferencia de Canadá y Estados Unidos, donde se reconocen 9 especialidades y de Australia y Nueva Zelanda donde son 13 y 12 respectivamente, en Europa se reconoce un máximo de 8 especialidades y no en todos los países, ya que en España y Luxemburgo no se reconozcan especialidades odontológicas.

La Ortodoncia y Cirugía Oral (o Cirugía Oral Maxilofacial), son las dos especialidades que generalmente están reconocidas, menos en Austria, Luxemburgo y España, donde, como ya se comentó, no hay reconocimiento de los especialistas. Sin embargo, en Austria, Bélgica, Francia y España, la Cirugía Maxilofacial está reconocida como una especialidad médica.

La formación especializada en odontología implica un curso de tiempo completo de un mínimo de tres años de duración supervisado y ha de llevarse a cabo en una universidad, hospital, centro de investigación o similar.

Muchas otras especialidades han convertido el reconocimiento de diversas maneras en diferentes países, por ejemplo, mediante programas de capacitación formal, pero estos no pueden ser reconocidos formalmente.

#### **2.4.5.A. Personal Auxiliar**

Con el grupo de los Auxiliares Odontológicos, pasa como con el grupo de los odontólogos especialistas, existe una amplia variación a lo largo de Europa en cuanto a reglamentos, ya que hay diferencias entre los distintos países relativas a:

- La capacidad del auxiliar para trabajar en la boca del paciente.
- El nivel de independencia y supervisión de un dentista.
- El nivel de formación requerido.
- La obligación de inscribirse en una asociación u otro órgano.

Teniendo en cuenta estas diferencias en Europa veremos entonces varios tipos de personal dental auxiliar, tendremos en cuenta que en los Países Bajos, los higienistas dentales no son legalmente auxiliares dentales, ya que forman una profesión independiente.

Continuando con la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones, 2008 (CIUO-08), analizaremos entonces al Grupo: 3251 Asistentes y terapeutas dentales, donde se encuentran ubicados los Higienistas y los Terapeutas Dentales, el Grupo: 3214 Técnicos Protésicos Médicos y Dentales, se encuentran los Técnicos y Protésicos Dentales y los Técnicos Dentales Clínicos o Denturistas y el Grupo: 5329 Trabajadores de cuidado personal en servicios de salud no clasificados en otra parte, aquí encontramos Asistentes Dentales o Auxiliares y Otros auxiliares.

En la tabla 14, se resume de la cantidad de personal auxiliar en Europa.

PAISES	AÑO	HIGIENISTAS	PROTESICO	ASISTENTE	TERAPISTA	DENTURISTA	OTROS
ALEMANIA	2011	550	58000	182000			
AUSTRIA	2013	0	620	10200			
BELGICA	2007	0	2250	1500			
BULGARIA	2013	0	1235	no data			
CHIPRE	2013	458	130	34			
CROACIA	2013	0	1691	631			
DINAMARCA	2008	800	1100	4400		565	
ESLOVAQUIA	2013	187	1392	3610			
ESLOVENIA	2011	15	251	870			
ESPAÑA	2013	13.200	11135	37000			
ESTONIA	2013	32	137	1540			
FINLANDIA	2013	1490	450	4800		400	
FRANCIA	2010	0	16500	15350			4786
GRECIA	2013	0	4500	2000			
HUNGRIA	2010	1.000	3000	4668			
IRLANDA	2013	458	350	1262	5	24	
ISLANDIA	2012	14	101	320		9	
ITALIA	2007	6.000	13023	95000			
LETONIA	2012	219	551	1360	87		
LIECHTENSTEIN	2013	8	27	105			
LITUANIA	2012	572	1114	1904			
LUXEMBURGO	2013	0	82	390			
MALTA	2013	21	53	100			
NORUEGA	2013	902	703	3671			
P. BAJOS	2013	3.200	5000	19000		370	
POLONIA	2000	2.500	7000	9725			
PORTUGAL	2012	520	546	no data			
R. CHECA	2012	800	4500	8000			
REINO UNIDO	2014	6.374	6323	48465	2257	251	322
RUMANIA	2008	100	4500	2000		8	
SUECIA	2010	3.749	1500	12000			360
SUIZA	2013	1.600	1800	6500	280	50	
<b>TOTAL UE</b>		<b>42.311</b>	<b>149564</b>	<b>478405</b>	<b>2629</b>	<b>1677</b>	<b>5468</b>

**Tabla 14:** Personal auxiliar en Europa.

Fuente: Manual of Dental Practice 2015 de la UE. (67)

#### **2.4.5.II. Grupo: 3251 Asistentes y Terapeutas Dentales (69)**

Asistentes y terapeutas dentales proporcionan servicios básicos de atención dental para la prevención y tratamiento de enfermedades y trastornos de dientes y boca, de acuerdo con los planes de atención y procedimientos establecidos por un dentista. Las tareas incluyen:

- Asesorar sobre higiene dental, dieta y otras medidas preventivas para reducir los riesgos potenciales para la salud bucal.
- Realizar exámenes de la boca, dientes y estructuras relacionadas.
- Identificar casos de pacientes con mala salud bucal o enfermedad oral que requieran derivación a un dentista u otro profesional.
- Ayudar a los dentistas durante procedimientos dentales complejos.
- Proporcionar tratamientos de fluoruro, tartrectomías, preparar cavidades y colocar rellenos, administrar anestesia local y realizar otros tipos de procedimientos clínicos básicos.
- Preparar, limpiar y esterilizar instrumentos, equipos y materiales dentales.
- Preparar a los pacientes para su examen o tratamiento, incluyendo procedimientos de explicación y posicionamiento correcto.
- Tomar impresiones y radiografías para el diagnóstico y colocación de prótesis dentales.

Ejemplos de las ocupaciones clasificadas aquí: Higienista dental y Terapeuta dental.

#### **2.4.5.II.a. Higienistas Dentales**

En Europa, más del 96,5% de los higienistas dentales son mujeres. En el norte, el mayor nivel educativo en el campo de la higiene dental, las responsabilidades profesionales más amplias y las mayores oportunidades de autoempleo en la práctica autónoma tienden a correlacionarse con una mayor igualdad en la fuerza de trabajo. En Europa oriental, las menores oportunidades educativas y profesionales en higiene dental se correlacionan con mayores disparidades de género. (71) Se ha producido un ligero aumento de la matriculación masculina en aquellos países donde se ha introducido la práctica independiente, o en aquellos en los que se ha introducido dentro del alcance de los higienistas algunos procedimientos restauradores. Los porcentajes de higienistas dentales hombres varían entre el 0% de Polonia y el 20% de Portugal o Rumanía, tal como se muestra en la tabla 15.

Country	Women (%)	Men (%)
Norway	99	1
UK	98.5	1.5
Netherlands	98	2
Sweden	98	2
Denmark	95	5
Switzerland	98	2
Poland	100	
Finland	99	1
Italy	90	10
Iceland	100	
Portugal	80	20
Spain	99	1
Rep. Ireland	100	
Slovakia	99	
Latvia	100	
Lithuania	Missing	Missing
Czech Rep.	99	1
Romania	80	20
Austria	100	
Belgium	Missing	Missing
Estonia	Missing	Missing
France	Missing	Missing
Germany	100	
Greece	Missing	Missing

**Tabla 15:** Distribución de los Higienistas dentales por sexo en Europa.

Tabla tomada del artículo de Luciak-Donsberger, C. The effects of gender disparities on dental hygiene education and practice in Europe. 2003. (71)

Hay higienistas dentales en la mayoría de los países europeos, no en todos está regulada la profesión, tal como se muestra en la tabla 16.

PAIS	NOMBRE DE LA PROFESIÓN
Republica Checa	Dentální hygienistka
Dinamarca	Tandplejer
Finlandia	Suuhygienisti/ Munhygienist
Hungría	Klinikai fogászati higiénikus
Islandia	Tannfræðingur
Irlanda	Dental Hygienist
Italia	Igienista dentale
Letonia	Zobu higienists
Liechtenstein	Mundhygienikerin
Lituania	Burnos higienistas
Malta	Dental hygienist
Países Bajos	Mondhygiënist
Noruega	Tannpleier
Polonia	Higienistka dentystyczna
Portugal	Higienista oral
Eslovaquia	Dentálna hygienička
Eslovenia	Ustni higienik
España	Técnico superior en higiene bucodental
Suecia	Tandhygienist
Suiza	Hygiéniste dentaire
Reino Unido	Dental hygienist

**Tabla 16.** Países de Europa en los que se regula esta profesión de higienista, con el nombre de la profesión tal como se utiliza en el país.

La profesión de higienista dental surge para abordar las necesidades de salud oral de la población. Por ello, su formación contempla la prevención y promoción de la

salud oral, incluyendo además ciertos tratamientos periodontales. Mientras que el papel

de los auxiliares dentales ha estado bien definido, tradicionalmente no ha ocurrido lo mismo con los higienistas dentales. A pesar de ser una profesión con larga tradición en los Estados Unidos, la formación en Europa no comenzaría hasta mucho más tarde. (70)

No es obligatorio el registro de estos profesionales en países como República Checa, Italia, Polonia, en el caso de países como España no en todas las Comunidades Autónomas existe colegio profesional por lo que en muchos casos resulta imposible la colegiación, en el otro extremo encontramos los Países Bajos, aquí no se registran como auxiliares sino como profesionales independientes.

En los últimos años está incrementando el número de países que permiten al higienista dental trabajar de manera autónoma en el sector público y en el privado. Resulta destacable que todos los países que permiten la práctica independiente del higienista dental cuentan con un sistema educativo tipo grado universitario. Existe, por tanto, una importante correlación entre la práctica autónoma y la enseñanza de la higiene oral como carrera universitaria. (72)

La obtención del diploma o título legal de higienista dental en la mayoría de los países con este tipo de formación es de 2 a 3 años, pero en Hungría solamente es necesario un año. Por el contrario, en los Países Bajos, Lituania y el Reino Unido puede ser de hasta 4 años.

Existen diferentes reglas dentro de los diferentes países en relación con el grado de supervisión de los higienistas, y las tareas que pueden realizar. Muchos países permiten que sus higienistas realicen el diagnóstico y plan de tratamiento, otros países ni



siquiera contemplan esta figura, como sucede en Francia, Bélgica, Luxemburgo, Bulgaria, Chipre, Croacia y Austria (67).

En general, en los estados miembros de la Unión Europea ha ido desapareciendo la regulación impuesta que limitaba la labor del higienista dental al control y supervisión de un odontólogo referidor (73), esto ocurre en países como Suecia, Suiza o Dinamarca. En otros países, como Reino Unido o Países Bajos, los higienistas dentales pueden llevar a cabo su propia práctica y proporcionar asistencia de forma autónoma, pero el tratamiento de los pacientes sólo es posible tras ser remitidos por un dentista referidor (70).

Siguen existiendo grandes variaciones entre países en cuanto a la disponibilidad de la asistencia proporcionada por los higienistas dentales. A pesar de las ventajas enunciadas anteriormente, hay países donde la profesión no está legalmente reconocida. En estos países existen serias dudas sobre la calidad de la atención preventiva y periodontal proporcionadas, así como las prioridades en materia de salud oral pública (74).

Para superar estas barreras y poder ofrecer a los ciudadanos europeos un acceso equitativo a la atención de la salud oral, es necesario que haya un reconocimiento formal de la Higiene Dental. Esto supone realizar un esfuerzo legislativo y alcanzar un acuerdo en cuanto a los planes de estudios y competencias profesionales definidas. Para conseguirlo es necesario que haya una mayor colaboración entre las autoridades responsables, incluyendo gobiernos, universidades y asociaciones de higienistas (75).

Los higienistas dentales han estado ejerciendo en los EE.UU. desde hace más de un siglo, convirtiéndose en los profesionales con los que la mayoría de los ciudadanos están familiarizados. En EE.UU. y otros países como Canadá, Japón y Corea del Sur, el número de higienistas dentales es casi el mismo que el de odontólogos. El número de higienistas dentales activos registrados en Europa era de aproximadamente 44.600, de los cuales más de la mitad procedían de Italia, España, Suecia y Reino Unido. Además existen países (entre ellos Francia, Bélgica y Grecia) que no tenían higienistas registrados. (76)

En la tabla 17 se presenta un resumen de los higienistas dentales por país, su número y el tipo de supervisión.

**Tabla 17.** Resumen Higienistas Dentales por país Europeo y número.

Fuente: Manual of Dental Practice 2015 de la UE. (67)

PAISES	AÑO	HIGIENISTAS	REGISTRO	REGULACION	P. INDEP.	P. REFERIDA	SUPERV. INDIRECTA	SUPERV. DIRECTA
ALEMANIA	2011	550	SI	No Regulado				SI
AUSTRIA	2013	0		No Regulado				SI
BELGICA	2007	0		No Regulado				SI
BULGARIA	2013	0						
CHIPRE	2013	458	NO					
CROACIA	2013	0						
DINAMARCA	2008	800	SI	1986	SI			
ESLOVAQUIA	2013	187	SI	1992			SI	
ESLOVENIA	2011	15	SI					
ESPAÑA	2013	13.200	NO	1986			SI	
ESTONIA	2013	32	NO	No Regulado				SI
FINLANDIA	2013	1.490	SI	1972		SI		
FRANCIA	2010	0		No Regulado				SI
GRECIA	2013	0		No Regulado				SI
HUNGRIA	2010	1.000	NO					
IRLANDA	2013	458	SI	1986			SI	
ISLANDIA	2012	14	SI	1987			SI	
ITALIA	2007	6.000	NO	1988		SI		
LETONIA	2012	219	SI	1996			SI	
LIECHTENSTEIN	2013	8	SI					
LITUANIA	2012	572	SI				SI	
LUXEMBURGO	2013	0						
MALTA	2013	21	SI					
NORUEGA	2013	902	SI	1979		SI		
P. BAJOS	2013	3.200	NO	1974		SI		
POLONIA	2000	2.500	NO	1973			SI	
PORTUGAL	2012	520	SI	1983			SI	
R. CHECA	2012	800	NO	1996			SI	
REINO UNIDO	2014	6.291	SI	1954	SI			
RUMANIA	2008	100	SI	2002				SI
SUECIA	2010	3.749	SI	1991	SI			
SUIZA	2013	1.600	SI	1991	SI	SI		
<b>TOTAL UE</b>		<b>44.686</b>						

La investigación clínica y de salud pública han demostrado que las medidas preventivas individuales y comunitarias son eficaces para prevenir la mayoría de las enfermedades bucodentales. Sin embargo, la intervención óptima en relación con la enfermedad oral no está universalmente disponible debido al incremento de costes y

recursos limitados. Esto, junto con un énfasis insuficiente en la prevención primaria de las enfermedades orales, plantea un desafío para muchos países, en particular los países en desarrollo y con economías y sistemas de salud en transición. La mayor parte de la evidencia se relaciona con la prevención y el control de las enfermedades periodontales y las caries dentales. La gingivitis puede prevenirse mediante prácticas de higiene bucal, incluyendo cepillado y uso del hilo dental, que son importantes también para el control de la enfermedad periodontal avanzada. (77)

Las competencias y aptitudes de los higienistas dentales están relacionadas con la mayoría de los objetivos establecidos por la OMS para la salud oral, con una mayor orientación hacia la Salud Pública, modificación de comportamientos de riesgo y reducción de las patologías periodontales.

La evolución de la higiene dental en los Países Bajos (78), comenzó en 1968 después de un largo debate, en los 45 años de su existencia, la profesión de higiene dental ha sufrido varios cambios. Inicialmente los higienistas dentales trabajaron bajo la supervisión de un dentista, en 1992 los higienistas trabajaban 'bajo remisión' de un dentista, y finalmente en 2006 los higienistas dentales se convirtieron en una profesión independiente. Un tercio de la fuerza de trabajo de aproximadamente 2700 higienistas dentales (2010) ahora está trabajando de forma independiente.

#### 2.4.5.II.b. Terapeutas Dentales

En algunos países europeos existe reconocimiento formal de otro tipo de personal auxiliar, los terapeutas dentales, que prestan servicios de conservación y exodoncia limitados en países como: Irlanda, Suiza y el Reino Unido y servicios auxiliares de ortodoncia en países como Irlanda, Reino Unido y Suecia.

Al igual que pasa con los higienistas, hay diferencias sobre de las tareas que puede realizar y el grado de supervisión que puedan necesitar.

En Reino Unido (79), el terapeuta dental es responsable de llevar a cabo una serie de procedimientos, incluyendo:

- ❖ Evaluación intra y extra oral.
- ❖ Tartrectomías y pulidos.
- ❖ Aplicar productos tales como fluoruros y selladores de fisuras.
- ❖ Tomar radiografías dentales.
- ❖ Impartir educación en salud.
- ❖ Realizar obturaciones tanto en dientes deciduos como en dientes permanentes.
- ❖ Exodoncia de dientes deciduos bajo anestesia de infiltración local.
- ❖ Siempre que hayan completado el entrenamiento apropiado, los terapeutas dentales pueden realizar tareas extendidas tales como:
  - ❖ Realizar tratamientos pulpares en dientes deciduos.

- ❖ Colocación de coronas preformadas en dientes deciduos.
- ❖ Administrar anestesia troncular bajo la supervisión de un dentista.
- ❖ Tomar impresiones.
- ❖ Tratar a los pacientes bajo sedación consciente siempre y cuando el dentista permanezca en la clínica durante el tratamiento.

Para practicar como terapeuta dental, se debe obtener un diploma o título en terapia dental que dura unos 27 meses, dependiendo del hospital dental en el que se estudie, y estar inscrito en el Consejo General Dental (CDG) como terapeuta dental.

En Letonia, los terapeutas fueron entrenados en la década de 1960, pero pocos permanecen en la práctica y la formación no ha tenido lugar durante muchos años.

En Suiza a los terapeutas dentales se les permite realizar tratamientos operativos simples bajo la supervisión de un dentista, pero el trabajo que suelen hacer es la eliminación de cálculo supragingival, por lo que su papel es muy similar a la de un higienista dental. Están registrados en la asociación. El autoempleo no está permitido.

En la tabla 18 se representa el número de terapeutas dentales por país.

PAISES	AÑO	TERAPEUTA DENTAL
IRLANDA	2013	5
LETONIA	2012	87
SUIZA	2013	280
REINO UNIDO	2014	2.194
<b>TOTAL EUROPA</b>		<b>2.566</b>

**Tabla 18.** Terapeutas Dentales por país europeo y número.

Fuente: Manual of Dental Practice 2015 de la UE.(67)

En este grupo se incluyen también los terapeutas de ortodoncia, reconocidos en algunos países como Suecia, Irlanda y Reino Unido. Se encargan de proporcionar al paciente el tratamiento que ha indicado el ortodontista.

#### **2.4.5.III. Grupo: 3214 Técnicos Protésicos Médicos y Dentales (69)**

Los técnicos de prótesis médica y dental diseñan, instalan y reparan aparatos médicos y dentales siguiendo las prescripciones establecidas por un profesional de la salud. Las tareas incluyen:

- Examinar y tomar medidas con el fin de determinar las necesidades e identificar los factores que podrían afectar la adaptación de la prótesis.
- Hablar con los odontólogos con el fin de formular las especificaciones para los dispositivos y aparatos.
- Interpretar prescripciones para determinar el tipo de dispositivo a fabricar y los materiales y herramientas que se requerirán.
- Tomar y recibir moldes o impresiones para su uso como patrones de fabricación.
- Diseñar y fabricar dispositivos protésicos utilizando materiales tales como materiales termoplásticos y aleaciones metálicas.
- Reparación, modificación y mantenimiento de dispositivos protésicos según especificaciones.

- Fabricar prótesis dentales completas y parciales y construir protectores bucales, coronas, incrustaciones, puentes etc.
- Instruir a los pacientes en el uso y cuidado de dispositivos protésicos.

Ejemplos de las ocupaciones clasificadas aquí: Mecánico dental, Técnico dental, Denturista.

#### **2.4.5.III.a. Técnicos Dentales, Protésicos Dentales (67)**

Prestan servicios de laboratorio, se reconocen en todos los países. La formación se ofrece en todos los países excepto, Luxemburgo y Chipre y se lleva a cabo en las escuelas especiales. La duración es variable, de 2 a 5 años.

En 22 países deben estar registrados para la prestación de servicios, tal como se muestra en la tabla 19.



**Tabla 19:** Técnicos y protésicos dentales en Europa por país y número.

Fuente: Manual of Dental Practice 2015 de la UE. (67)

PAISES	AÑO	PROTÉSICOS	REGISTRO
ALEMANIA	2011	58.000	SI
FRANCIA	2010	16.500	NO
ITALIA	2007	13.023	SI
ESPAÑA	2013	11.135	NO
POLONIA	2000	7.000	NO
REINO UNIDO	2014	6.283	SI
P. BAJOS	2013	5.000	NO
R. CHECA	2012	4.500	NO
GRECIA	2013	4.500	SI
RUMANIA	2008	4.500	SI
HUNGRIA	2010	3.000	SI
BELGICA	2007	2.250	SI
SUIZA	2013	1.800	SI
CROACIA	2013	1.691	NO
SUECIA	2010	1.500	SI
ESLOVAQUIA	2013	1.392	SI
BULGARIA	2013	1.235	SI
LITUANIA	2012	1.114	SI
DINAMARCA	2008	1.100	NO
NORUEGA	2013	703	SI
AUSTRIA	2013	620	SI
LETONIA	2012	551	SI
PORTUGAL	2012	546	SI
FINLANDIA	2013	450	SI
IRLANDA	2013	350	NO
ESLOVENIA	2011	251	SI
ESTONIA	2013	137	SI
CHIPRE	2013	130	SI
ISLANDIA	2012	101	SI
LUXEMBURGO	2013	82	NO
MALTA	2013	53	SI
LIECHTENSTEIN	2013	27	SI
<b>TOTAL EUROPA</b>		<b>149.524</b>	

Los técnicos dentales normalmente proporcionan servicios sólo a los dentistas, aunque en la mayoría de los países, se les permite reparar los aparatos dentales directamente a los pacientes, siempre que no necesiten tomar impresiones o trabajar en la boca.

### 2.4.5.III.b. Técnicos Dentales Clínicos o Denturistas (67)

Sólo 9 países, Dinamarca, Finlandia, Islandia, Irlanda, Países Bajos, Rumania, Reino Unido y Suiza, tienen técnicos dentales clínicos o Denturistas, en Rumania no hay datos sobre estudios, colegiación, etc. sólo se sabe que existen 8 denturistas. Tal como se ve en la Tabla 20.

PAISES	AÑO	DENTURISTAS
<b>TOTAL EUROPA</b>		<b>1.659</b>
DINAMARCA	2008	565
FINLANDIA	2013	400
P. BAJOS	2013	370
REINO UNIDO	2014	233
SUIZA	2013	50
IRLANDA	2013	24
ISLANDIA	2012	9
RUMANIA	2008	8

**Tabla 20.** Técnicos Dentales Clínicos o Denturistas en Europa por país y número.

Fuente: Manual of Dental Practice 2015 de la UE. (67)

Desde septiembre de 2016, el gobierno belga ha anunciado oficialmente que el denturismo está ahora reconocido como una profesión autónoma en el campo de la salud dental junto con la odontología y la higiene dental. (80)

Los denturistas pueden proporcionar servicios de salud oral, dentaduras completas o parciales, directamente al público. Esto significa que están capacitados para trabajar en el interior de la boca de los pacientes.

La formación tiene lugar generalmente en escuelas especiales, a veces, asociada con las facultades de odontología. La formación dura entre uno o dos años, a menudo después de una formación previa como asistente dental o técnico dental.

La situación de estos profesionales también es confusa, así en la mayor parte de Canadá, Nueva Zelanda y Dinamarca, los denturistas pueden suministrar dentaduras completas y parciales, y por ejemplo en algunos estados de los Estados Unidos, Finlandia y Holanda sólo pueden suministrar dentaduras completas.

Algunas legislaciones requieren que el paciente tenga una declaración de salud bucal de un dentista antes de que un denturista pueda hacer la dentadura removible. Sin embargo, en otros países los denturistas son libres de proporcionar prótesis dentales directamente a los pacientes, sin ninguna supervisión o participación de dentistas. (81)

**2.4.5.IV. Grupo: 5329 Trabajadores de cuidado personal en servicios de salud no clasificados en otra parte (69)**

Este grupo de unidades cubre a los proveedores de servicios de apoyo de salud y atención personal que no están clasificados en otras partes del Grupo 532: Trabajadores de Cuidado Personal en Servicios de Salud.

Por ejemplo, el grupo incluye ocupaciones tales como auxiliar dental, auxiliar de esterilización, auxiliar médico, y auxiliar de farmacia. Las tareas incluyen:

- ✓ Limpiar y esterilizar instrumentos quirúrgicos, dentales y otros equipos.
- ✓ Preparar a los pacientes para su examen o tratamiento.
- ✓ Preparación de materiales y la asistencia a dentistas durante los tratamientos.

Ejemplos de las ocupaciones clasificadas aquí: Auxiliar dental, auxiliar de esterilización.

**2.4.5.IV.a. Asistentes Dentales o Auxiliares (67).**

En todos los países, los dentistas han denominado a estos profesionales de diversas maneras, ayudantes de cirugía dental, enfermeras o asistentes dentales, auxiliares de silla, o recepcionistas dentales que pueden ayudar con las tareas de clínica. Aproximadamente en la mitad de los países hay un asistente o enfermera dental con cualificación, y en la mitad de éstos no es una calificación inscribible.

En algunos países como Bélgica, Grecia y Portugal, la mayoría de los dentistas trabajan sin la ayuda de auxiliar, en otros países como Chipre, Francia, Lituania y Polonia menos de la mitad de los dentistas trabajan con este tipo de ayuda. Existen más de 478.400 asistentes distribuidos tal y como se ve en la Tabla 21.

PAISES	AÑO	ASISTENTES	REGISTRO
AUSTRIA	2013	10.200	
BELGICA	2007	1.500	NO
BULGARIA			NO
CROACIA	2013	631	NO
CHIPRE	2013	34	NO
R. CHECA	2012	8.000	NO
DINAMARCA	2008	4.400	NO
ESTONIA	2013	1.540	SI
FINLANDIA	2013	4.800	SI
FRANCIA	2010	15.350	NO
ALEMANIA	2011	182.000	SI
GRECIA	2013	2.000	SI
HUNGRÍA	2010	4.668	SI
ISLANDIA	2012	320	SI
IRLANDA	2013	1.262	NO
ITALIA	2007	95.000	NO
LETONIA	2012	1.360	SI
LIECHTENSTEIN	2013	105	SI
LITUANIA	2012	1.904	SI
LUXEMBURGO	2013	390	NO
MALTA	2013	100	NO
P. BAJOS	2013	19.000	NO
NORUEGA	2013	3.671	SI
POLONIA	2000	9.725	NO
PORTUGAL			NO
RUMANIA	2008	2.000	SI
ESLOVAQUIA	2013	3.610	SI
ESLOVENIA	2011	870	NO
ESPAÑA	2013	37.000	NO
SUECIA	2010	12.000	NO
SUIZA	2013	6.500	NO
REINO UNIDO	2014	48.465	SI
<b>TOTAL EUROPA</b>		<b>478.405</b>	

**Tabla 21.** Asistentes Dentales o Auxiliares en Europa por país y número.

Fuente: Manual of Dental Practice 2015 de la UE. (67)

#### 2.4.5.IV.b. Otros auxiliares

Muchos países permiten que las enfermeras dentales proporcionen educación para la salud oral a los pacientes, como Reino Unido, o tienen una clase de auxiliar para proporcionar este servicio.

En Reino Unido, las enfermeras dentales tendrán que estudiar formación aprobada por el CDG y registrarse. Sus tareas cotidianas pueden incluir:

- ❖ Pasar los instrumentos al dentista o higienista.
- ❖ Aspirar el agua y la saliva de la boca del paciente durante el tratamiento.
- ❖ Preparación de materiales para hacer obturaciones.
- ❖ Asegurarse de que el paciente está relajado y cómodo en todo momento.
- ❖ Mantener el instrumental de cirugía ordenado y estéril.
- ❖ Esterilización.
- ❖ Ayudar a registrar información sobre cada paciente.
- ❖ Ayudar en el área de recepción, la reserva de citas, el cobro de tratamiento.

## **2.4.6 Profesionales de la salud bucodental en España.**

### **2.4.6.I. Legislación Española sobre salud.**

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 deberes 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. (82)

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. (83) 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, (84), 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, de acuerdo con la financiación y los programas especiales para la salud bucodental de cada año.
- Tratamiento de procesos agudos odontológicos, incluida la exodoncia.
- 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. (85)

Con la intención de universalizar las prestaciones en materia de salud bucodental y garantizar unas prestaciones mínimas, en especial para población infantil, 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. (86)

Se introduce el tratamiento de los traumatismos óseo-dentarios, heridas y lesiones de la mucosa oral, patología aguda de la articulación temporomandibular, tratamiento farmacológico de la patología oral, exodoncias, cirugía menor de la cavidad oral, detección precoz del cáncer oral y biopsia de las lesiones orales. Respecto a la atención a



la mujer embarazada, introduce la educación en materia de higiene, dieta y la aplicación de flúor tópico, y para la población infantil se incluyen las obturaciones.

A pesar de este intento por equiparar las prestaciones en las distintas Comunidades Autónomas, seguirán existiendo grandes diferencias especialmente en lo que respecta a la atención bucodental de la población infantil y colectivos específicos.

En la última década estas diferencias se han ido reduciendo con la implantación paulatina de los distintos programas de salud bucodental en las Comunidades Autónomas, en especial a partir del Real Decreto de 2006, que pretendía garantizar coberturas mínimas iguales a las desarrolladas por los sistemas de capitación en las comunidades del País Vasco y Navarra ya a principios de los años 90 con la implantación del Programa Atención Dental Infantil, PADI.

Un nuevo intento por disminuir estas desigualdades, el Real Decreto 111/2008, de 1 de Febrero, regula la concesión directa de subvenciones a las Comunidades Autónomas para la promoción para la salud bucodental infantil durante el año 2008, mientras que las prestaciones a población adulta continuaran limitadas a las exodoncias y tratamiento de procesos agudos. (87)

Como ya se sabe, las enfermedades orales son uno de los principales problemas de salud pública del País, debido a su alta prevalencia, además suponen una de las principales causas de dolor y absentismo laboral de la población. Sin embargo, el acceso de los pacientes a todos los servicios de atención bucodental es muy limitado, ya que la mayor parte de ellos no están incluidos en las prestaciones del sistema público y deben ser sufragados por el propio paciente.

La situación económica actual, y la crisis que ha sufrido el país, hacen que la asistencia bucodental está considerada como un servicio sanitario especial, porque los honorarios que el profesional cobra por su trabajo no están al alcance de todos los individuos. Según la OCU, Organización de consumidores y usuarios, en una encuesta realizada en Febrero del 2011 entre más de 1000 españoles para conocer la percepción del estado de su salud oral, los hábitos para el cuidado de sus dientes y encías y el esfuerzo económico que suponen las visitas al dentista, concluía en que el gasto medio en dentista por persona en el último año había sido de 289 euros, gasto muy superior al realizado por esos mismos pacientes en cualquier otro profesional sanitario privado. (88)

#### **2.4.6.II. Legislación Española sobre profesionales de la salud bucodental.**

En España está vigente la Ley 10/1986, de 17 de Marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental. (89) y el Real Decreto 1594/1994 Odontólogos, Protésicos e Higienistas dentales, (90) que desarrolla la Ley 10/1986, reguladora de la profesión de Odontólogo y las de otros profesionales relacionados con la salud dental.

La Ley 10/86 se dirige a la creación y estructuración de las profesiones sanitarias de Odontólogos, Protésicos e Higienistas dentales, con la finalidad de hacer posible y efectiva la atención en materia de salud dental a toda la población.

Las medidas preventivas de promoción de la salud y educación sanitaria de la población en esta materia determinan la conveniencia de contar con Higienistas dentales, que, con una Formación Profesional de Segundo Grado, puedan alcanzar de forma efectiva a toda la población y, especialmente, a la población infantil, escolar y de la tercera edad. Sus funciones preventivas y de examen de salud dental se completan con otras funciones asistenciales que puedan realizar como auxiliares, ayudantes y colaboradores de los Facultativos Médicos Estomatólogos y Odontólogos.

La profesión de Protésico dental, con una Formación Profesional de Segundo Grado y plenitud de funciones y responsabilidades en cuanto al material, elaboración, adaptación de prótesis dentales, de acuerdo con las indicaciones de los Estomatólogos u Odontólogos.

La profesión de Odontólogo responde a una necesidad sanitaria y social de hacer real y efectiva la prevención, atención y rehabilitación en materia de salud dental. Su titulación universitaria, con los cursos de formación general y las correspondientes prácticas, de acuerdo con los criterios vigentes en los países de la Comunidad Económica Europea, vendrá a completar el conjunto profesional en esta materia.

Las especialidades médicas en Estomatología y Cirugía Maxilofacial continuarán siendo el máximo nivel médico especializado en este campo de salud.

Cabe recordar que en muchos países muchas son titulaciones universitarias y que cada vez se tiende a una mayor especialización y excelencia de los profesionales de la salud bucodental.

### **2.4.6.III. Odontólogos**

Para ejercer de Odontólogo, se exigirá el título universitario de Licenciado. Está capacitado para realizar el conjunto de actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento relativas a las anomalías y enfermedades de la cavidad oral y de sus tejidos anejos, tanto sobre individuos aislados como de forma comunitaria. Asimismo estarán capacitados para prescribir medicamentos, prótesis y productos sanitarios correspondientes al ámbito de su ejercicio profesional. Es obligatorio estar colegiado para poder ejercer.

#### **2.4.6.III.a. Perspectivas laborales de los odontólogos en España**

El estudio realizado por Bravo, (91) demuestra que en el periodo 1987-1997 la población española creció un 2.5%, de 38.7 a 39.7 millones, mientras que el número de dentistas se incrementó un 136.1%, de 6.373 a 15.044. Este fenómeno originó un descenso del 42% en el número medio de visitas por dentista.

Según un estudio publicado por el Consejo de Dentistas de España, (92) en el periodo 1994-2009, se ha pasado de 13.242 a 26.725 dentistas, lo que supone un incremento del 102%, además, el porcentaje de mujeres también se vio incrementado, ya que se pasó de un 29,5% a un 44,37%.

La ratio dentista: población en 2009 era de 1:1.796, aunque existen grandes diferencias entre las diferentes Comunidades Autónomas, así en la Comunidad de Madrid es 1:1.171, mientras que en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla es de 1:4.022. Se resume en la Tabla 22.

**Tabla 22.** Resumen de relación población/dentistas en España entre 1987 y 2015.

<sup>^</sup> Datos del estudio de Llodra Calvo, "La Demografía de Los Dentistas En España. 1994-2020."

<sup>a</sup> Datos del estudio de Bravo "Private dental visits per dentist in Spain from 1987 to 1997."

\* Datos del Consejo de Dentistas. 2016.

<sup>o</sup> Datos del Instituto Nacional Estadística. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. Año 2015."

AÑO	POBLACIÓN	DENTISTAS	POBLACIÓN /DENTISTA
1987 <sup>a</sup>	38.679.000	6.373	1/6.069
1993 <sup>a</sup>	39.647.000	11.789	1/3.363
1994 <sup>^</sup>	39.295.902	13.242	1/2.957
1995 <sup>a</sup>	40.051.000	13.575	1/2.950
1997 <sup>a</sup>	39.662.000	15.044	1/2.636
2009 <sup>^</sup>	47.998.100	26.725	1/1.796
2011 <sup>o</sup>	46.667.175	29.070	1/1.605
2012 <sup>o</sup>	46.818.216	31.187	1/1.501
2013 <sup>o</sup>	46.727.890	32.445	1/1.440
2014 <sup>o</sup>	46.507.760	33.286	1/1.397
2015 <sup>*</sup>	45.500.000	35.000	1/1.300

Se observa un gran incremento en el número de dentistas desde el año 1987 hasta la actualidad, esto hace que la ratio habitante dentista se haya reducido de 1:6069 a 1:1300, cuando lo recomendado por la OMS es 1:3500, es decir casi el triple de lo que

tenemos en España. Esto se puede deber a que cada año se gradúan 1.600 nuevos dentistas en las 12 facultades públicas y 9 facultades privadas repartidas por el territorio nacional. (93)

Según el Instituto Nacional de Empleo (INE), en 2015 la distribución de los odontólogos por Comunidad Autónoma (CCAA), sería la que aparece representada en la Tabla 23.

**Tabla 23:** Distribución de los Odontólogos en España.

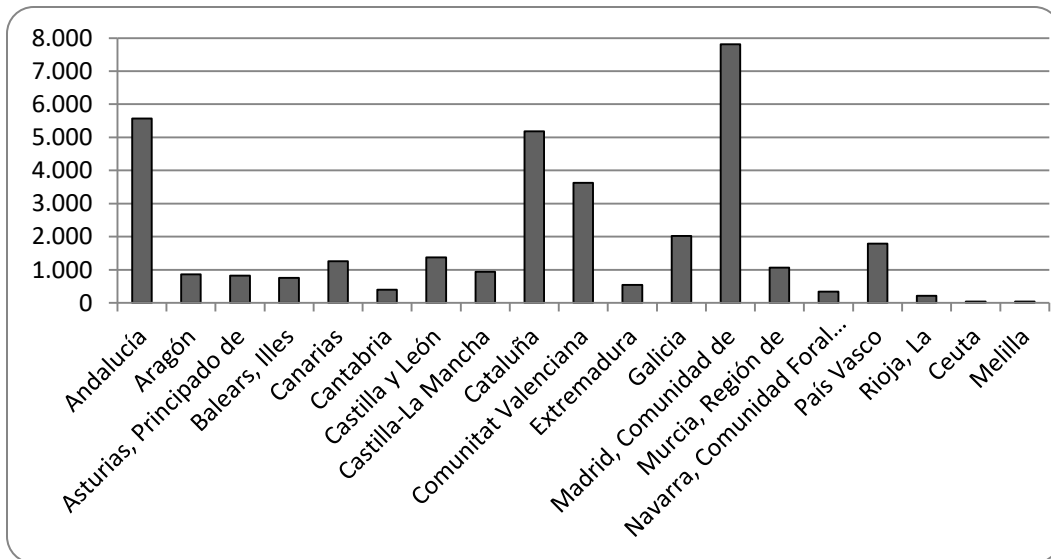
Fuente: INE 2015.

Andalucía	5.566
Aragón	865
Asturias, Principado de	822
Baleares, Illes	759
Canarias	1.259
Cantabria	398
Castilla y León	1.370
Castilla-La Mancha	936
Cataluña	5.186
Comunitat Valenciana	3.622
Extremadura	546
Galicia	2.020
Madrid, Comunidad de	7.812
Murcia, Región de	1.062
Navarra, Comunidad Foral de	341
País Vasco	1.786
Rioja, La	217
Ceuta	38
Melilla	36

Las CCAA con mayor número de dentistas son, la Comunidad de Madrid, Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana, tal como se representa en el gráfico 23.

**Grafico 23.** Representación número de odontólogos en España por CCAA.

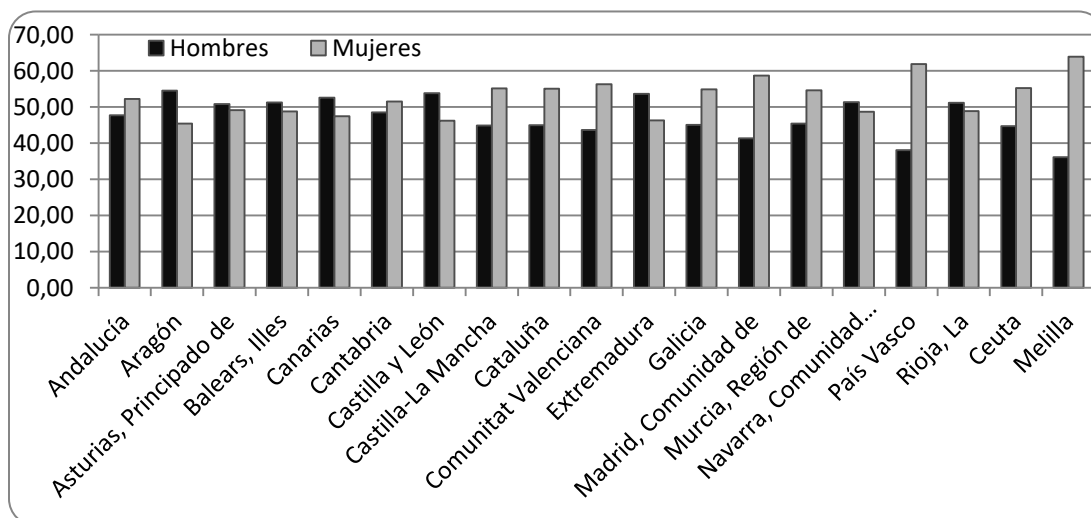
Fuente: INE 2015



Si visualizamos los datos atendiendo al sexo, las Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de Mujeres son, Melilla, País Vasco, Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana, mientras que las que presentan mayor proporción masculina son, la Comunidad Foral de Navarra, Castilla León, Canarias y Aragón tal como se muestra en el grafico 24.

**Gráfico 24:** Distribución de los Odontólogos por sexo y Comunidad y Ciudad Autónoma en España.

Fuente INE 2015.



#### 2.4.6.IV. Protésico Dental

Para ejercer la profesión de Protésico dental se requiere el título de Formación Profesional de Segundo Grado cuyo ámbito de actuación se extiende al diseño, preparación, elaboración, fabricación y reparación de prótesis dentales, mediante la utilización de los productos, materiales, técnicas y procedimientos conforme a las indicaciones y prescripciones de los Médicos Estomatólogos u Odontólogos.

El ejercicio de la actividad profesional del Protésico dental se desarrollará en el laboratorio de prótesis, que es un establecimiento ubicado en un espacio físico inmueble dedicado únicamente a este fin, en el que podrá diseñar, fabricar, modificar y reparar las



prótesis y aparatología mediante la utilización de los productos, materiales, técnicas y procedimientos adecuados.

Estarán facultados para desarrollar las siguientes funciones en el ámbito del laboratorio de prótesis:

- Positivado de las impresiones del paciente.
- Diseño, preparación, elaboración y fabricación de las prótesis dentales o maxilofaciales y de los aparatos de ortodoncia que sean solicitados por el Odontólogo, Estomatólogo o Cirujano Maxilofacial, conforme a sus prescripciones e indicaciones.
- Reparación de las prótesis, dispositivos y aparatos de ortodoncia prescritos por Odontólogos, Estomatólogos o Cirujanos maxilofaciales, según sus indicaciones.

Analizando los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (94), ya que no ha sido posible encontrar otros datos fiables, vemos que existe un incremento en el número de profesionales.

AÑO	PROTÉSICOS
2012	6.161
2013	6.232
2014	6.247
2015	6.672

**Tabla 24.** Número Protésicos Dentales colegiados en España.

Fuente INE 2015.

Se aprecia también un incremento en el número de protésicos colegiados desde el año 2012 hasta el año 2015. Su distribución por CCAA se detalla en la Tabla 25.

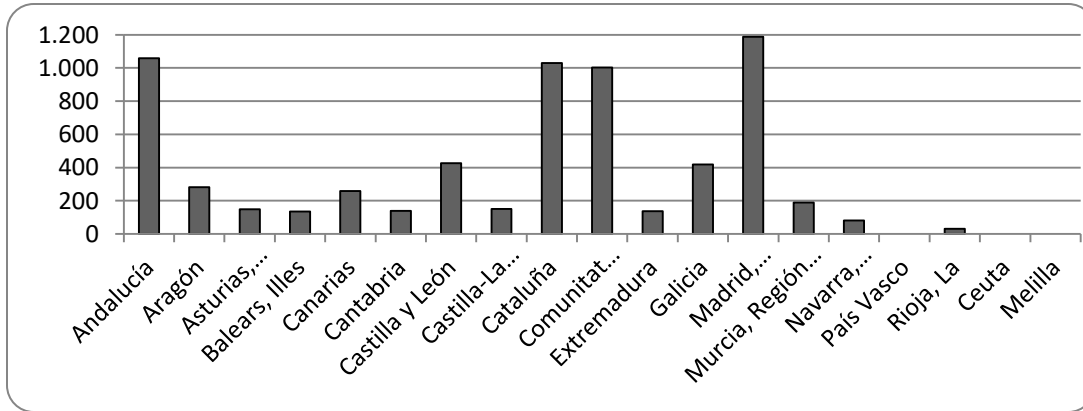
Andalucía	1.059
Aragón	281
Asturias, Principado de	148
Balears, Illes	135
Canarias	258
Cantabria	139
Castilla y León	426
Castilla-La Mancha	151
Cataluña	1.029
Comunidad Valenciana	1.003
Extremadura	136
Galicia	419
Madrid, Comunidad de	1.188
Murcia, Región de	189
Navarra, Comunidad Foral de	81
País Vasco	..
Rioja, La	30
Ceuta	0
Melilla	0

**Tabla 25:** Número de Protésicos Dentales por CCAA. Colegiados en España a 31 de diciembre de 2015.

Fuente INE 2015.

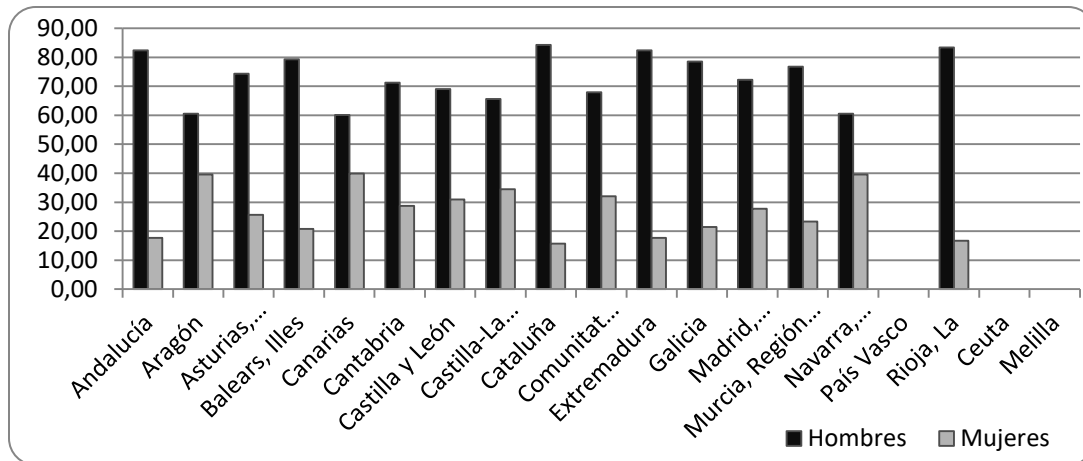
Como se puede ver en la tabla 25 y en el gráfico 25 el mayor número de protésicos colegiados se encuentra en la Comunidad de Madrid, seguido de Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana. No hay colegiados en el País Vasco porque no existe Colegio de Protésicos Dentales en dicha Comunidad Autónoma.

**Grafico 25:** Número de Protésicos Dentales en España por Comunidades y Ciudades Autónomas. Fuente INE 2105.



Atendiendo a la distribución por sexos, en el grafico 26 se puede ver que la mayor proporción de protésicas se encuentra en la Comunidad Autónoma de Canarias, Aragón, y Comunidad Foral de Navarra, aunque la profesión es mayoritariamente masculina.

**Grafico 26:** Porcentaje de Protésicos Dentales en España por Comunidades y Ciudades Autónomas y SEXO. Fuente INE.



#### 2.4.6.IV.a Perspectivas laborales de los Protésicos en España. (95)

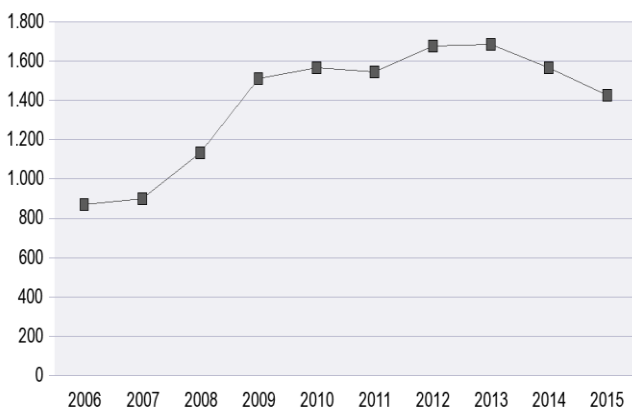
En este grupo Primario Ocupacional se enmarcan las siguientes Ocupaciones:

> Mecánicos de prótesis dentales

> Protésicos dentales

Según los datos de los Servicios Públicos de Empleo en 2015, la situación era la siguiente:

Se registraron 1.425 parados a 31 de Diciembre de 2015. Esta cifra supone, - 9,06% de variación sobre la misma fecha del año anterior.



**Gráfico 27:** Evolución en España últimos 10 años de los demandantes parados a 31 de Diciembre.

Grafico obtenido del estudio del INE sobre Ocupaciones

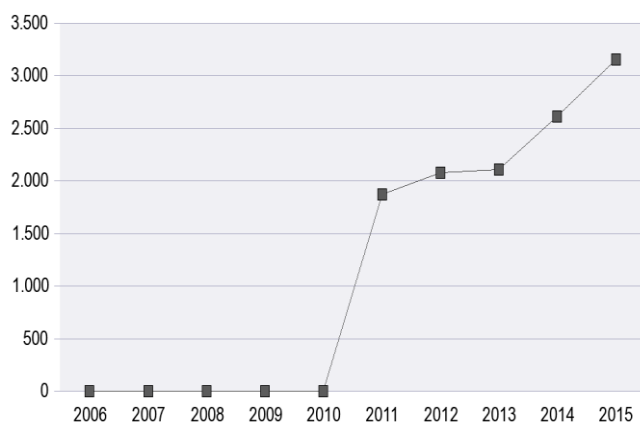
España 2015. (95)

Datos relevantes sobre los protésicos dentales:

- 4,19% buscan su primer empleo.
- 92,49% han tenido un empleo anterior.
- 555 llevan inscritos como demandantes de empleo más de 12 meses.

- Tienen nivel formativo grado superior FP.
- 1.063 contratos realizados de duración indefinida.
- 2.094 contratos realizados de duración temporal.
- 2.226 contratos realizados de jornada completa.
- 930 contratos realizados de jornada parcial.

Se registraron 3.157 contratos a lo largo del 2015. Esta cifra supone un incremento del 20,68% sobre el año anterior



**Gráfico 28:** Evolución últimos 10 años de contratos en España.

Sólo se muestran datos de los últimos años ya que con la implantación de la Clasificación Nacional de Ocupaciones en 2011 (C.N.O.-11) se incorporaron nuevas ocupaciones. Gráfico obtenido del estudio

del INE sobre Ocupaciones España 2015. (95)

Atendiendo a determinados colectivos de interés encontramos que el mayor porcentaje de protésicos demandantes de empleo son mujeres y demandantes de larga duración y el mayor número de contratos se realiza a mujeres y jóvenes, tal como se ve en la tabla 26.

**Tabla 26:** Situación de determinados colectivos de interés de protésicos en España. Datos

obtenidos del estudio del INE sobre Ocupaciones España 2015. (95)

<b>Demandantes</b>	<b>Parados</b>	<b>Contratos</b>
19,02 %	Jóvenes	49,03 %
52,70 %	Mujeres	52,01 %
6,32 %	Extranjeros	9,25 %
37,47 %	Mayores 45 años	12,23 %
4,63 %	Con Discapacidad	0,95 %
38,95 %	Demandantes larga duración	4,72 %

#### **2.4.6.V. Higienista Dental**

Para ejercer la profesión de Higienista dental es necesario obtener el correspondiente título de Formación Profesional de Segundo Grado, tendrá como atribuciones la promoción de la salud y la educación sanitaria bucodental, la recogida de datos, la realización de exámenes de salud y el consejo de medidas higiénicas y preventivas, individuales o colectivas. Colaborarán también en estudios epidemiológicos. Podrán, asimismo, realizar determinadas funciones técnico-asistenciales como ayudantes y colaboradores de los facultativos médicos y odontólogos.

1. En materia de Salud Pública, los Higienistas dentales podrán desarrollar las siguientes funciones:

- Recoger datos acerca del estado de la cavidad oral para su utilización clínica o epidemiológica.
- 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.
- Controlar las medidas de prevención que los pacientes realicen.
- Realizar exámenes de salud buco-dental de la comunidad.

2. En materia técnico-asistencial, los Higienistas dentales podrán desarrollar las siguientes funciones:

- Aplicar fluoruros tópicos en sus distintas formas.
- Colocar y retirar hilos retractores.
- Colocar selladores de fisuras con técnicas no invasivas.
- Realizar el pulido de obturaciones eliminando los eventuales excesos.
- Colocar y retirar el dique de goma.
- Eliminar cálculos y tinciones dentales y realizar detartrajes y pulidos.

3. Los Higienistas dentales desarrollarán las funciones señaladas en el número anterior como ayudantes y colaboradores de los facultativos médicos y odontólogos, excluyendo de sus funciones la prescripción de prótesis o tratamientos, la dosificación de medicamentos, la extensión de recetas, la aplicación de anestésicos y la realización de procedimientos operatorios o restauradores.

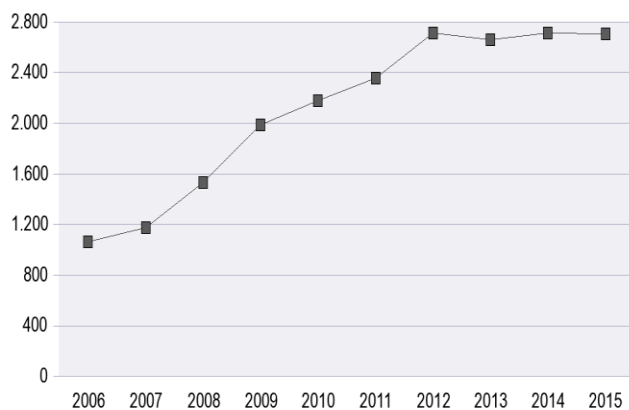
#### 2.4.6.V.a. Perspectivas laborales de los Higienistas Dentales en España 2015.

(95)

En este grupo Primario Ocupacional se enmarcan las siguientes Ocupaciones:

- Auxiliares de odontología
- Higienistas dentales

Se registraron 2.705 parados a 31 de Diciembre de 2015. Esta cifra supone, -0,33% de variación sobre la misma fecha del año anterior. En el gráfico 29 se ve la evolución.



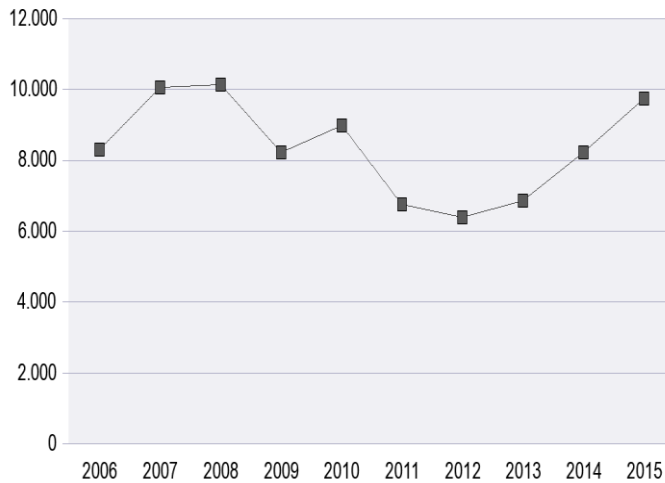
**Gráfico 29:** Evolución en España últimos 10 años de los demandantes parados a 31 de Diciembre. Grafico obtenido del estudio del INE sobre Ocupaciones España 2015. (95)



Información relevante:

- ✓ 3,61% buscan su primer empleo.
- ✓ 93,72% han tenido un empleo anterior.
- ✓ 1.021 llevan inscritos como demandantes de empleo más de 12 meses.
- ✓ 3.892 tienen nivel formativo grado superior FP.
- ✓ 2.783 contratos realizados de duración indefinida.
- ✓ 6.960 contratos realizados de duración temporal.
- ✓ 4.696 contratos realizados de jornada completa.
- ✓ 5.044 contratos realizados de jornada parcial.

Se registraron 9.743 contratos a lo largo del año 2015. Esta cifra supone, un 18,44% de variación sobre el año anterior.



**Gráfico 30:** Evolución en España últimos 10 años de contratos.

Sólo se muestran datos de los últimos años ya que con la implantación de la Clasificación Nacional de Ocupaciones en 2011 (C.N.O.-11) se incorporaron nuevas ocupaciones.

Gráfico obtenido del estudio del INE sobre

Atendiendo a colectivos de interés la situación es la siguiente, el mayor porcentaje de demandantes son mujeres, seguidas de parados de larga duración y mayores de 45 años, el mayor número de contratos también se corresponde con las mujeres seguidas de los jóvenes, tal como se refleja en la tabla 27.

**Tabla 27:** Situación de determinados colectivos de interés de higienistas y auxiliares en España.

Datos obtenidos del estudio del INE sobre Ocupaciones España 2015. (95)

<b>Demandantes</b>	<b>Parados</b>	<b>Contratos</b>
23,44 %	Jóvenes	53,97 %
94,23 %	Mujeres	92,22 %
7,87 %	Extranjeros	5,98 %
32,83 %	Mayores 45 años	7,47 %
1,70 %	Con Discapacidad	0,43 %
37,74%	Demandantes larga duración	4,07%

#### **2.4.6.VI. Auxiliares**

Esta profesión carece de regulación, como ya decía el Dr. Castaño, “*la no definición de la figura del auxiliar dental es una carencia manifiesta en la estructuración de las profesiones que forman el equipo de Salud Bucodental*”. (96)

En muchas ocasiones se confunde al higienista con el auxiliar, pero el trabajo y las tareas que ejercen los higienistas dentales están reconocidos legalmente. La identidad de estas tareas las diferencia de las que pueden ejercer otro personal auxiliar. (97)

El Consejo Andaluz de Dentistas, realizó un informe describiendo las competencias profesionales de los Higienistas dentales y de los Auxiliares de clínica (98). El objetivo, era informar a los colegiados de las competencias profesionales de estos profesionales y de informar también de que se podría incurrir en un delito de intrusismo profesional, si dichos profesionales realizaban en las clínicas funciones que no fueran de su competencia. Esas responsabilidades penales y profesionales pueden ser también del dentista que permita esas actuaciones.

En el punto cuarto del documento se hace referencia expresa al personal auxiliar de la clínica dental *“...el personal auxiliar, sea o no higienista dental, no tiene capacidad ni competencia para realizar todo o parte de cualquier tratamiento en la boca del paciente, sin perjuicio de las ya citadas competencias de los higienistas...”*

#### **2.4.6.VII. Análisis detallado de las funciones del personal auxiliar odontológico.**

Puesto que es un hecho confirmado por diferentes estudios (17) que el empleo de personal auxiliar complementario permite al odontólogo acrecentar la asistencia dental en el gabinete, en la clínica o en el hospital, es un extremo conveniente confiar la

prestación de esta asistencia a un equipo de higiene dental. Además, existe una correlación entre el empleo de personal auxiliar y la bajada del costo en la atención (99).

El trabajo en equipo se recomienda tanto en la asistencia privada como pública. Corresponde al odontólogo no sólo la formación de este personal, sino utilizar sus servicios con la mayor eficacia y provecho. (17)

Para analizar de una forma más detallada las funciones del personal auxiliar, las dividiremos en tres grupos: funciones no odontológicas, funciones de apoyo y funciones en boca.

#### **2.4.6.VII.a. Funciones no odontológicas (100) (101)**

Son aquellas funciones que desempeña el personal auxiliar, que puede ser o no sanitario, normalmente lo lleva a cabo el personal de recepción. Dentro de este grupo se incluye:

- Recepción del paciente, gestión de las citas y atención telefónica.
- Gestionar los ficheros de los pacientes.
- Gestionar la adquisición, reposición y almacenamiento de materiales fungibles, recambios, equipos e instrumental.
- Gestión de presupuesto y cobro de los servicios.
- Limpieza de las instalaciones.

#### **2.4.6.V.II.b. Funciones de apoyo (100) (101)**

Son aquellas funciones que clásicamente desempeña el personal auxiliar, en las que éste interactúa con el paciente pero no interviene en la boca ni directa ni indirectamente, incluiríamos en este grupo:

- Preparar los materiales y procesar la información de la consulta. Mantenimiento del área de trabajo despejada, limpieza del mobiliario, etc.
- La acomodación del paciente en el sillón dental.
- Cuidar las condiciones sanitarias del entorno del paciente y del material sanitario utilizado en las distintas consultas. Preparación de bandejas con el instrumental. Selección, limpieza, desinfección y esterilización del mismo. Preparación, recogida y limpieza del material de impresiones, pastas, batido de cementos, etc.
- Colaborar en la prestación de cuidados psíquicos al paciente realizando, la aplicación de técnicas de apoyo psicológico y de educación sanitaria. La labor en el control de la ansiedad de los pacientes es muy importante (74).
- Asegurar la operatividad de las instalaciones y equipos del gabinete, aplicando procedimientos y protocolos de calidad establecidos.
- Colaborar en la obtención de radiografías dentales y técnicas radiológicas cumpliendo las normas y criterios de radioprotección.
- Planificar y desarrollar las actuaciones necesarias para aplicar un programa de seguimiento epidemiológico a grupos de población.

- Diseñar e implementar actividades de educación sanitaria para fomentar la salud bucodental de las personas y de la comunidad

Esta labor es la que más se acerca a la de los Auxiliares Odontológicos. Sin embargo, no debemos confundir estas funciones, ni sobreponer a las del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, que dispone de titulación de primer grado de formación profesional, pero con funciones distintas. (102)

#### **2.4.6.VII.c. Funciones en la boca.**

Esta es la parte más delicada, ya que el higienista puede intervenir directamente en la boca del paciente, aunque bajo la supervisión del dentista, pero el auxilia no lo puede hacer ni siquiera bajo supervisión.

A continuación, describiremos las actividades ordenándolas en grupos. Destacamos aquellas actividades que se encuentran claramente recogidas en nuestra legislación vigente. Así como las que no lo están claramente, este último grupo requerirá mayor claridad por parte de las autoridades para indicar la aprobación o no de las mismas, así como sus posibles limitaciones, ya que existe gran controversia en algunas funciones, donde pese a no aparecer expresamente en la legislación si lo hacen en algunos libros y publicaciones.

## **1. Operatoria:**

Colocar y retirar el dique de goma y las matrices de obturación, pulido de obturaciones. Estas funciones están claramente recogidas en la legislación. (90).

La colocación y condensación de amalgama de plata, así como la colocación y remoción de obturaciones provisionales, la legislación española no las recoge expresamente. Aunque se podrían amparar en el ambiguo artículo 3º, punto dos o en el perfil profesional del higienista dental. (89).

Chequeo de la oclusión, esta función no está expuesta claramente en nuestra legislación.

Colaborar en la obtención de radiografías dentales y técnicas radiológicas cumpliendo las normas y criterios de radioprotección. En España existe normativa específica que regula la instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico, cabe destacar el Real Decreto 1891/1991 y, fundamentalmente, la Resolución de 5 de noviembre de 1992 del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN), publicada en el Boletín Oficial del Estado el 14 de noviembre de 1992. En la citada normativa se expone claramente que el personal que opere los aparatos de rayos X debe poseer los conocimientos y experiencia precisos en materia de protección radiológica, y desempeñar su trabajo radiodiagnóstico bajo la supervisión de un Odontólogo o Estomatólogo “Director”. Para ser operador es suficiente FPII o equivalente. (104). En otros países no sólo toman radiografías, sino también las interpretan. (101).

## **2. Periodoncia:**

Eliminar cálculos y tinciones dentales y realizar detartrajes y pulidos. Estas funciones están claramente recogidas en la legislación (90). Es fundamental que el higienista tenga conocimientos de anatomía y del periodonto, de la génesis de la placa bacteriana, de su acción patógena. El higienista debe saber diferenciar una gingivitis de una periodontitis, saber sondear y buscar la profundidad de bolsas, si hay pérdida o no de soporte óseo e interpretar las radiografías para saber el grado de pérdida ósea.

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. Esta función está claramente recogida en la legislación (90).

## **3. Prótesis:**

La toma de impresiones no la recoge expresamente nuestra legislación, igual que la remoción del exceso de cemento en las prótesis fijas, toma de registros oclusales, colocación de coronas provisionales, tampoco están claramente expuestas en la legislación.

En general todo aquello relacionado con prótesis dentales es un trabajo desarrollado por los protésicos dentales, aunque el personal auxiliar puede realizar vaciado o positivado de los modelos y el zocalado de los mismos para el posterior envío al laboratorio protésico.



#### 4. **Prevención:** (90)

Educación dental, control de placa y dieta, colocación de selladores y aplicación tópica de fluoruros, son funciones que contempla la legislación y que son desarrolladas por los Higienistas dentales.

#### 5. **Cirugía e Implantes:**

El papel de cualquier ayudante quirúrgico es facilitar al cirujano el instrumental que precisa y debe separar los tejidos adyacentes y aspirar los elementos líquidos que dificultan la visión. Es importante conocer entonces el trabajo a cuatro manos.

El término a cuatro manos fue introducido por primera vez en odontología en las actas de las sesiones de la conferencia " training student to use chairside assistant's", en 1.960 (75). Este concepto implica que las dos manos del auxiliar dental (cuarta mano), trabajan en la boca del paciente directa o indirectamente y ayudan al dentista (segunda mano). Esquemáticamente las funciones de la cuarta mano serían:

- Manejo de la aspiración y el irrigador de suero.
- Retracción de los tejidos blandos con el espejo o la cánula de aspiración, para lograr un área de trabajo segura, seca y con buena visión.
- Intercambio de instrumentos entre el dentista y el auxiliar.
- Presentación de medicamentos, pastas de impresión, etc. en las proximidades de la boca del paciente y al alcance de la mano del dentista.

- Facilitar el trabajo de visión indirecta del dentista, manteniendo el espejo clínico seco con el chorro de aire de la jeringa de triple uso, durante el empleo de instrumentos rotatorios con "spray" refrigerador.

Una variante es el trabajo a seis manos. Consiste en una segunda auxiliar para descargar el trabajo de la primera. Esta sexta mano se encargaría de preparar cementos, pastas de impresión, etc.

Respecto a la remoción de suturas quirúrgicas y la aplicación tópica de anestesia local, estas dos funciones no están expresamente en la legislación española.(90).

## **6. Ortodoncia:**

Se han concentrado en el ortodoncista una multitud de tareas y como consecuencia se produce sobrecargo de trabajo, lo que conduce al cansancio y a la disminución de la calidad de producción, además encarece los tratamientos, ya que el alto grado de especialización aumenta el costo de la hora laboral. Es aconsejable que se deleguen ciertas intervenciones clínicas, que por su naturaleza, pueden ser realizadas por el personal auxiliar, pero hay que tener en cuenta que delegar no implica sustituir al ortodontista. (105) Tanto higienistas como auxiliares, no podrán colocar y quitar brackets, activar aparatos y dar instrucciones sobre estos a pacientes.

#### **2.4.6.VIII. Programas de salud bucodental y sistemas de atención en España.**

En España, el pago de los servicios dentales constituye el primer capítulo del gasto sanitario de las familias, por encima incluso de los copagos de farmacia o de las consultas médicas en seguros privados, teniendo la financiación pública un carácter residual. (106)

- En la actualidad, en nuestro país, coexisten tres modelos asistenciales de salud bucodental dependientes de la administración (107): el modelo público (provisión pública con dentistas asalariados), modelo mixto (provisión mixta con dentistas públicos asalariados y privados con pago por acto médico) y el modelo PADI (provisión mixta con dentistas públicos asalariados y privados, con pago por capitación y por acto médico).
  
- Modelo público: es el modelo clásico de atención en el centro de salud. Las prestaciones que se cubren son variables en cada Comunidad Autónoma. Su estructura son profesionales asalariados integrados en la atención primaria. Asturias, Cantabria, Cataluña, Ciudades de Ceuta y Melilla, Galicia, Madrid, La Rioja y Comunidad Valenciana.
  
- Modelo mixto (público y privado). La prestación es tanto pública como privada, en la primera se prestan los servicios básicos y en la segunda los tratamientos especiales se realizan a través de dentistas concertados con el Servicio de Salud de

la Comunidad Autónoma que reciben pago por acto médico. Castilla La-Mancha y en Castilla y León.

- Modelo PADI (Programa de Atención Dental Infantil): cuya base económica y de organización es la financiación pública, provisión mixta (pública y privada), libre elección y pago por capitación, a excepción de los tratamientos “especiales” que se hacen por acto médico. La filosofía del programa es la provisión privada, pero la pública permite garantizar la accesibilidad geográfica en zonas donde no hay cobertura privada del servicio. Se basa en la financiación pública mediante póliza anual y libre elección de profesional. Desde 1990 se desarrolló en el País Vasco y en el año 1991 se implantó en Navarra este modelo de capitación denominado PADI. Más de una década después y a partir de 2002 asistimos en España a una generalización progresiva de este modelo (108). Este modelo de financiación y organización de las prestaciones, sigue siendo uno de los principales temas de debate cuando se analiza la asistencia en la Odontología pública de nuestro País. Junto al País Vasco y Navarra, las comunidades con programas PADI son: Andalucía (2002), Aragón (2005), Baleares (2005), Extremadura (2005), Murcia (2003) e Islas Canarias (2009).

## **2.4.6. IX. Asistencia Bucodental en las Comunidades Autónomas**

Iremos analizando las diferencias existentes entre las distintas Comunidades Autónomas tanto en lo referente a tipo de financiación, como en la cobertura y organización de la asistencia.

### **1. Andalucía (109)**

Modelo PADI. El PADA cubre la asistencia dental a los niños y niñas de entre 6 y 15 años de edad residentes en Andalucía, en funcionamiento desde el año 2002. (Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regula la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía) (110).

Incluye prestaciones de ortodoncia en casos de fisura palatina, labio leporino y malformaciones esqueléticas. Contempla también la asistencia dental para personas cuya discapacidad física o psíquica aconseje la sedación o anestesia para realizar una exploración o un tratamiento dental, sin límite de edad.

Las embarazadas que lo necesiten tienen derecho a una exploración bucodental preventiva en el primer trimestre de gestación, uso de flúor y de clorhexidina en sus distintas formas y presentaciones, exodoncias y tartrectomías.

Los niños entre 6 y 15 años disfrutan de atención bucodental que incluye una asistencia dental básica y algunos tratamientos especiales. Se realiza una revisión anual a

la población infantil, que incluirá instrucciones sobre normas de higiene bucodental, dietas, exploración de la cavidad oral y reconocimiento de la dentición permanente. En caso de duda se realizará una exploración radiológica intraoral.

Se podrá realizar:

- El sellado de fisuras o fosas en las piezas permanentes sanas.
- La obturación en las piezas permanentes.
- El tratamiento de las lesiones pulpares.
- La extracción de piezas dentarias temporales y permanentes, siempre que no tenga otro tratamiento más conservador.
- La tartrectomía, cuando se detecte cálculo y/o pigmentaciones extrínsecas en dentición permanente.
- Cubrirá también, aunque con ciertos requisitos formales, ciertos tratamientos especiales por traumatismos o malformaciones de los dientes incisivos caninos.

Programas especiales:

- ❖ Programa escolar “sonrisitas” de promoción de la salud bucodental de 0 a 3 años. Incluye talleres de cepillado para niños y educación dirigidos a padres y tutores.
- ❖ Programa escolar “aprende a sonreír”, desarrolla hábitos saludables de higiene bucodental y alimentación sana, destinado a alumnos de 3 a 12 años.
- ❖ Programa de atención al discapacitado para el tratamiento con sedación profunda o anestesia general de estos pacientes sin límite de edad.

En Andalucía se pasó de unos 183 dentistas públicos en 2005 a unos 222 en 2013, no existe la figura del Higienista en la Salud Pública. (111)

## 2. Aragón (112)

Modelo PADI. El PABIJ es un programa del Departamento de Sanidad para la atención bucodental a niños de entre 6 y 13 años. Se inició en el año 2005. (Orden de 28 de marzo de 2005, el Departamento de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de Aragón.) (113), a finales de 2012, se produjo una reducción en la cobertura, inicialmente en la Orden de 2005 era la población de 6 a 16 años, actualmente, por la Orden de 21 de diciembre de 2012 (114), esta cobertura es de 6 a 13 años, excepto para los niños de 14 años que hubiesen iniciado tratamiento durante este año que podrán terminarlo y para los discapacitados que se mantiene hasta los 16 años, en caso necesario, a éstos pacientes se les podrá realizar la atención bucodental con sedación o anestesia general en centros hospitalarios propios o concertados.

Programa escolar “dientes sanos” para alumnos de tercero de educación primaria cuya finalidad es potenciar la higiene bucodental a través de actividades educativas de promoción de la salud bucodental.

### 1- Atención dental básica:

- Revisión del estado de salud bucodental, instrucciones sobre higiene y dieta.

- Sellado de fisuras de molares y premolares permanentes.
- Aplicación de flúor tópico
- Tratamiento preventivo periodontal en dentición permanente: tartrectomía.
- Exodoncia de piezas temporales y permanentes.
- Obturaciones de piezas permanentes y reconstrucciones.
- Recubrimiento pulpar directo.
- Pulpotomía y endodoncia
- Radiografía periapical diagnóstica.
- Tratamiento de urgencias bucodentales.

## 2- Asistencia dental especial:

- Tratamientos por malformación o traumatismos en dientes permanentes.
- Tratamientos protésicos por caries de piezas permanentes en niños con enfermedades sistémicas que afecten gravemente al estado de salud.

En Aragón se pasó de unos 19 dentistas públicos en 2005 a unos 26 en 2013, no existen datos sobre el personal auxiliar en la Salud Pública. (111)

Tras contactar, con el Coordinador del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil del Departamento de Sanidad, se nos confirma que existen en 2017, 25 Unidades de Salud Bucodental (USBD), con 24 odontólogos, 20 higienistas y 4 auxiliares.



### 3- Asturias (115)

El modelo es público. El Programa de Promoción de las Salud Bucodental Infantil del Principado de Asturias se aplica desde 1997, actualizado en el año 2010 (116). Está dirigido a niños de 5 a 14 años residentes en esta Comunidad Autónoma. Se denomina PSBD.

Ofrece prestaciones para la población con discapacidad intelectual reconocida superior al 33% y talleres escolares integrados en el proyecto de apoyo a la acción educativa “La Conquista de la Boca Sana”. De 5 a 12 años.

#### 1- Atención para cohortes de los 5 y 6 años:

- Exodoncia de dientes deciduos y definitivos.
- Los casos considerados como “de riesgo” por el/la pediatra de Atención Primaria si fuera necesario, se le facilitarán las actuaciones incluidas en el Programa para las cohortes superiores.

2- Atención para cohortes comprendidas entre los 7 y los 10 años, ambas inclusive:

- ✓ Exploración clínica anual con exploración radiográfica si procede.
- ✓ Instrucciones en materia de higiene oral y dieta saludable.
- ✓ Fluoraciones tópicas y sellados de fisuras en la dentición definitiva.
- ✓ Obturaciones en la dentición definitiva.
- ✓ Exodoncia de dientes deciduos y definitivos.

- ✓ Tartrectomías para eliminar cálculo o pigmentación extrínseca dentición definitiva.
- ✓ Tratamientos pulpares en la dentición definitiva.
- ✓ Reconstrucción no protésica de incisivos y caninos definitivos que han sufrido caries, malformación o traumatismo.

3- Atención para la cohorte de 12 y 14 años, se excluyen los tratamientos pulpares en dentición definitiva y las reconstrucciones no protésicas de incisivos y caninos.

Se incluyen revisiones, tartrectomías y fluoraciones a embarazadas.

En el Principado de Asturias se pasó de unos 33 dentistas públicos en 2005 a unos 35 en 2013, existen 25 Higienistas y 11 auxiliares en la Salud Pública. (111)

#### 4- **Castilla - La Mancha** (117)

Se trata de un modelo mixto. Se inició en el año 2005 (Decreto 273/2004, de 9 de noviembre, sobre la prestación de atención dental a la población de Castilla-La Mancha con edades comprendidas entre 6 y 15 años y a las personas con discapacidad que presenten determinadas condiciones clínicas) (118).

Está dirigido a la población con edades comprendidas entre 6 y 15 años y a las personas con discapacidad que, sin límite de edad, reúnan alguna de las condiciones clínicas previstas.

Las Unidades de Salud Bucodental se encargan de la ejecución del programa incluyendo la exploración anual, tratamientos dentales básicos y los de urgencia, realizándose la indicación y derivación de los tratamientos dentales especiales a clínicas concertadas.

#### 1- Tratamientos Básicos y de Urgencia:

- Exploración de la cavidad bucal y diagnóstico del estado de salud bucal.
- Sellado de fosas y fisuras de primeros y segundos molares permanentes.
- Fluoración tópica y educación para la salud.
- Obturación de molares permanentes.
- Extracción de piezas temporales y/o permanentes.
- Tartrectomías en dentición permanente.
- Tratamiento paliativo con terapia farmacológica o extracción de la pieza afectada.

#### 2- Prestaciones especiales:

- Tratamiento de trastornos del grupo incisivo-canino, tanto por malformación como por lesión traumática, ferulización del grupo anterior y reconstrucción.
- Tratamiento pulpar de piezas permanentes, endodoncias y/o apicoformaciones

- Tratamientos específicos de patologías bucodentales, para niños con discapacidades físicas o psíquicas que incidan en la extensión o gravedad de su patología bucal.
- Métodos diagnósticos como la ortopantomografía.
- Exodocia de un supernumerario no erupcionado.
- Gran reconstrucción entendiéndose como tal los siguientes tratamientos:

-Por traumatismo: la reconstrucción de una fractura de más de 1/3 de corona que ha requerido tratamiento endodóntico.

-Por malformación: la reconstrucción completa de la corona con material estético.

- Perno prefabricado intrarradicular.
- Recubrimiento pulpar directo.
- Reimplante dentario.
- Sutura de tejidos blandos.

Ofrece las mismas prestaciones para personas con discapacidad, sin límite de edad, y tratamiento de ortodoncia para niños/as con discapacidad que incidan en la extensión o gravedad de su patología oral y para casos de fisura palatina, labio leporino o malformación esquelética grave.

Otros programas:

- ❖ Exploración preventiva a embarazadas y tartalectomías si proceden.

- ❖ “Dentobus” para la atención odontológica en zonas que carecen de unidades odontológicas para alumnos de 1ª y 5ª de Primaria y 2ª de ESO.

Casilla La-Mancha pasó de unos 43 dentistas públicos en 2005 a unos 78 en 2013, existen 78 Higienistas en la Salud Pública (111).

## **5- Castilla León (119)**

El programa de atención bucodental dirigido a escolares de 6 a 14 años sigue un modelo mixto desde el año 2004. (Decreto 142/2003, de 18 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones de salud bucodental del Sistema de Salud de Castilla y León.) (120).

Los tratamientos se realizan en colaboración con Odontólogos privados habilitados previa indicación del Odontólogo de la unidad de salud bucodental.

En mujeres embarazadas se realizarán, actividades de prevención y educación en salud bucodental, exploración preventiva, aplicación de flúor y tartrectomías. Para mayores de 75 años se establecerán fórmulas de coordinación con los centros residenciales para mejorar la accesibilidad. Sólo en personas con discapacidad se contempla el tratamiento bajo sedación.

1- Tratamientos básicos: sellado de fosas y fisuras, obturación de molares permanentes, revisión anual, extracciones y tartrectomías.

2- Tratamientos odontológicos especiales: ferulización dientes anteriores, reconstrucciones, pernos, reimplante dentario, sutura de tejidos blandos, apicoformación, y tratamiento pulpar.

Programa escolar “cuida tus dientes” dirigido a escolares de entre 6 y 12 años con actividades de educación para la salud y enjuagues fluorados.

La Comunidad de Castilla León pasó de unos 62 dentistas públicos en 2005 a unos 76 en 2013, existen 60 higienistas, 16 auxiliares y 5 DUE en la Salud Pública (111). El SACYL confirma que en 2017 cuentan con 75 odontólogos y 65 higienistas que prestan servicio en 96 USBD, también confirman la existencia de auxiliares de enfermería y DUE en las USBD pero no facilitan su número.

## **6- Cantabria (121)**

Esta Comunidad ofrecía prestaciones de ortodoncia desde 1989 cuyas condiciones fueron establecidas en la orden de 3 de octubre de 2001 de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria. (122) y la Resolución de 1 de agosto de 2002, por la que se aprueba la Carta de Servicios del Centro de Salud Bucodental. (123). En el año 2008 se suma a las actuaciones y objetivos previstos por el Ministerio de Sanidad, ya que la asistencia dental se presta bajo un

modelo exclusivamente público, por consiguiente sus prestaciones son las amparadas por el RD 1030/2006 de 15 de septiembre, común a todo el Estado (86). Dirigido a niños de 6 a 15 años.

Las actividades se dirigen preferentemente a la población infantil, siendo la “población diana” los escolares de 1º, 2º, 3º y 4º de educación primaria, que acceden al programa de Salud Bucodental a través de las revisiones realizadas por las Unidades Móviles en todos los colegios de Cantabria.

La cartera de servicios:

- Educativos: Promoción de la salud bucodental, enseñanza de higiene bucodental y promoción de hábitos saludables.

- Preventivos: Reconocimiento de los cursos 1º, 2º, 3º y 4º de Primaria de todos los colegios públicos y privados de Cantabria para la detección precoz de la patología bucodental de los escolares mediante las Unidades Móviles. Aplicación de tratamientos preventivos: geles fluorados, selladores, etc.

- Asistenciales:

- Tratamientos odontológicos generales: empastes de piezas dentales definitivas, reconstrucción de dientes fracturados, etc.,
- Tratamiento de las mal oclusiones de conformidad con los criterios clínica y socialmente prioritarios establecidos en la normativa aplicable (Orden de 3 de Octubre de 2001). Tratamiento de ortopedia y ortodoncia interceptiva con aparatos móviles, expansores, activadores, placas, etc. y de ortodoncia fija (brackets, etc.). Estos tratamientos se dispensarán a precios públicos.

- Tratamiento odontológico, bajo anestesia general, a pacientes que por su disminución física y/o síquica, sea imposible tratarlos de otra manera.

- Otros programas:

- Atención gratuita a menores tutelados por el Gobierno de Cantabria.
- Programas de atención odontológica dirigidos a centros de educación especial, campamentos de verano y otros grupos sociales.

La Comunidad de Cantabria pasó de unos 17 dentistas públicos en 2005 a unos 14 en 2013, existen 12 higienistas y 5 auxiliares en la Salud Pública (111).

## 7- Cataluña (65)

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público. No tiene legislación propia por lo que sus prestaciones quedan amparadas por el RD 1030/2006, común a todo el Estado.

La atención bucodental en atención primaria tiene el siguiente contenido:

- Información, educación para la salud y adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental.



- Exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas. Incluye instrucción en materia de dieta y salud bucodental, acompañada de adiestramiento en higiene bucodental, y aplicación de flúor tópico.
- Medidas preventivas y asistenciales para la población infantil, aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellados de fisuras u otras.
- Tratamiento sedativo para personas con discapacidad que, a causa de su deficiencia, no son capaces de mantener el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, para facilitarles los anteriores servicios serán remitidas a centros asistenciales donde se les pueda garantizar su correcta realización.

No ha sido posible conseguir datos sobre los recursos humanos que realizan la atención bucodental en la sanidad pública (111).

## **8- Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla**

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público y está amparada por el RD 1030/2006, común a todo el Estado (65). La asistencia sanitaria en estas ciudades está gestionada por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Los servicios efectivos que se prestan comprenden revisiones escolares, fluorizaciones, sellados de fisuras de 7 a 14 años y obturaciones clase I para niños de 7 años.

Ceuta: 2 dentistas y 3 higienistas que prestan servicio en 3 consultas (124).

Melilla: 2 dentistas y 2 higienistas que prestan servicio en 1 consulta (124).

## **9- Comunidad de Madrid (125)**

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público. No dispone de legislación propia. Sus prestaciones son, por tanto, las comunes amparadas por el RD 1030/2006 común a todo el estado (65). Su cobertura es de 6 a 15 años. Tiene prestaciones ampliadas como la tartrectomía y, sin embargo, otras reducidas en tratamiento de caries ya que solo se obtura el primer molar permanente.

Ofrece prestaciones para las personas discapacitadas que no son capaces de mantener el necesario autocontrol para una adecuada atención, sin límite de edad, que incluye: exploración, obturaciones (no de dientes temporales), exodoncias, eliminación de focos sépticos, tartrectomías, gingivectomías y regularización ósea.

La Comunidad de Madrid pasó de unos 103 dentistas públicos en 2005 a unos 122 en 2013, según los datos publicados (111) existen 92 higienistas, 26 auxiliares y 7 DUE, pero tras contactar con el SERMAS confirman la existencia en 2017 de 118 odontólogos, 87 higienistas y 30 enfermeros prestando servicio en 78 puntos de atención bucodental.

## **10- Extremadura (126)**

La asistencia dental se presta bajo un modelo PADI, implantado en el año 2005 por el Decreto 195/2004, de 29 de diciembre, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma de Extremadura. (127). Estarán incluidos en el Programa desde que cumplan 6 años hasta el año en que cumplan 15. Se denomina PADIEx.

1- Prestaciones básicas, incluyen revisiones anuales, urgencias, sellado de fisuras, extracción de piezas temporales y definitivas y tarsectomía en dentición permanente.

2- Tratamientos especiales, comprende la ferulización del grupo anterior, reconstrucción, perno, reimplante dentario, sutura de tejidos blandos, apicoformación y tratamiento pulpar.

En el ámbito de la promoción de la salud se realizan actividades desde los centros de salud, fundamentalmente a través de los higienistas dentales y dirigidas a la población escolar.

El sistema sanitario público de Extremadura cuenta como prestaciones adicionales, además de la atención a personas discapacitadas, la atención a pacientes médicamente comprometidos y radiados de cabeza y cuello.

Extremadura pasó de unos 28 dentistas públicos en 2005 a unos 38 en 2013, existen 27 higienistas y 5 auxiliares en la Salud Pública (111).

## **11- Galicia (128)**

En el año 2002 se pone en marcha el Programa de Salud Bucodental en Atención Primaria La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público.

Las actividades asistenciales que se realizan son:

- Población de 0 a 14 años: información y educación en materia de higiene y salud bucodental, revisiones de la cavidad oral, aplicación profesional de flúor tópico, sellado de molares definitivos y obturación de caries simple en molares permanentes, así como la exodoncia de molares deciduos cuando esté indicada. Quedan excluidas las grandes reconstrucciones ocluso-mesiales, tratamiento reparador en casos de traumatismos dentales, tratamiento en casos de afectación pulpar y tratamiento conservador de piezas temporales.

- En gestantes: exploración preventiva de la cavidad oral, educación para la salud bucodental y tartrectomía.

- Programa de asistencia odontológica a menores en situación de tutela por la Consellería de Familia e Promoción do Emprego, Muller e Xuventude mediante convenio de esta Consellería con los Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de

Galicia por una parte y con la Universidad de Santiago de Compostela para el desarrollo de un programa de asistencia odontológica completa a estos niños

- Convenio entre la Consellería de Sanidad, Servicio Galego de Saúde y Universidad de Santiago de Compostela para el desarrollo de un programa de atención odontológica completa a pacientes que presenten retraso mental y/o discapacidad física importante a través de los especialistas de la facultad de odontología y medicina de dicha universidad.

- Programa gallego de saúde bucodental na escola. Sencarie es una aplicación multimedia de juegos educativos adaptados a los diferentes niveles de educación infantil y primaria, donde se repasan, de una manera divertida y amena, los principales conceptos en materia de salud bucodental.

Galicia pasó de unos 73 dentistas públicos en 2005 a unos 105 en 2015 y 103 Higienistas dentales. Datos obtenidos a través de trabajadora SERGAS.

## **12- Islas Baleares (129)**

Modelo PADI implantado en el año 2005 mediante el Decreto 87/2005 de 29 de julio de la Consejería de Salud y Consumo de Illes Balears (130).

Se denomina PADI. Su cobertura es de 6 a 15 años.

El sistema sanitario público de Illes Balears presta atención a discapacitados que precisan quirófano, teniendo las mismas prestaciones que el resto del colectivo 6-15 años.

Incluye una revisión anual, consejos preventivos y tratamientos en dentición permanente: sellado de fisuras, obturaciones, endodoncias, tratamientos bucales de urgencia, traumatismo de incisivos y caninos.

En el ámbito de la promoción de la salud dental, se realizan actividades de educación para la salud en escolares de 6-7 años, en los colegios de todas las islas.

Baleares pasó de unos 14 dentistas públicos en 2005 a 23 en 2013, existen 17 higienistas y 5 auxiliares en la Salud Pública (111). Estos datos han sido confirmados en 2017 por el Servicio Balear de Salud.

### **13- Navarra (131)**

En 1991 se desarrolla en Navarra el programa de Atención Dental Infantil para niños de entre 6 y 15 años, mediante el Decreto Foral 58/1991, de 7 de febrero. Con posterioridad, y mediante el Decreto Foral 69/2003, de 7 de abril, por el que se modifica el Programa de Atención Dental a la población infantil y juvenil, se extendió la edad a la que afectaba el Programa, incluyendo la edad juvenil hasta los 18 años. Mediante la Orden Foral 77/2003, de 1 de julio, del Consejero de Salud, se desarrolla el Programa de Atención Dental Infantil y Juvenil. Finalmente Decreto Foral 249/2011, de 28 de

diciembre, garantiza de forma gratuita atención dental básica a todos los niños residentes en Navarra, de 6 a 15 años de edad (132).

Las prestaciones se llevarán a cabo por odontólogos y estomatólogos del Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea y del sector privado concertados.

El sistema sanitario público de Navarra contempla la atención dental a personas con una discapacidad superior al 75% y que posean la calificación de “alto riesgo de caries”. Sus prestaciones son las del régimen general de adultos más tratamiento de caries (incluida la endodoncia) y los detartrajes.

Prestaciones incluidas en el Servicio Navarro de Salud:

- ❖ Revisión diagnóstica del estado de salud oral.
- ❖ Instrucciones sanitarias sobre higiene y dieta.
- ❖ Sellado de fisuras de molares permanentes.
- ❖ Obturación de piezas permanentes.
- ❖ Tratamiento pulpar de piezas permanentes.
- ❖ Extracción de piezas temporales y permanentes.
- ❖ Tratamiento periodontal en dentición permanente.
- ❖ Tratamiento de urgencias bucodentales.
- ❖ Tratamiento de malformaciones y traumatismos de incisivos y caninos permanentes.
- ❖ Aplicación profesional de flúor tópico.
- ❖ Tratamientos protésicos y de cirugía bucal.

La Comunidad Foral de Navarra pasó de unos 5 dentistas públicos en 2005 a 4 en 2013, existen 1 higienista y 5 auxiliares en la Salud Pública (111). Datos confirmados por Osasunbidea en 2017.

#### **14- País Vasco (133)**

El programa de Atención Dental Infantil fue sistematizado en 1990 por el Decreto 118/1990, de 24 de abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco (134). Se denomina PADI e incluye a niños de entre 7 y 15 años.

El sistema sanitario público del País Vasco contempla también la atención dental a personas con discapacidad intelectual. Las prestaciones aseguradas a los niños con discapacidad intelectual son las preventivas y reparadoras del PADI; para el resto de edades se garantiza las médico-quirúrgicas de la población general con las adaptaciones necesarias a su condición.

1- Asistencia dental básica: Incluye revisión anual y la atención a cualquier urgencia dental y recibir el cuidado y tratamiento precisos en toda la dentición permanente, mediante la realización de los procedimientos diagnósticos, preventivos y terapéuticos que se estimen necesarios.



3- Tratamientos especiales: a causa de malformaciones, traumatismos del grupo incisivo-canino y de patologías en la dentición temporal con repercusión severa en la dentición permanente. Atención dental para casos especiales de niños cuyas discapacidades físicas o psíquicas, u otras causas, tengan incidencia en la extensión, gravedad o dificultad de su patología oral y/o su tratamiento

En el País Vasco se pasó de unos 19 dentistas públicos en 2005 a unos 41 en 2013, existen 41 auxiliares en la Salud Pública (111), no existe la figura del higienista dental en la sanidad pública.

#### **15- Comunidad Valenciana (135)**

La asistencia dental se presta bajo un modelo exclusivamente público implantado en el año 2008 y por tanto sus prestaciones son las amparadas por el Real Decreto 1030/2006 común a todo el Estado (86).

Su denomina PSBDI. El programa de salud buco dental está dirigido a niños 0 a 14 años.

El sistema sanitario público de la Comunidad Valenciana ofrece atención dental a personas con discapacidad física y psíquica severa.

A todos los niños y niñas se les ofrecen, revisiones, enseñanza sobre salud e higiene dental, fluorizaciones, sellados de fosas y fisuras en dentición permanente, exodoncias, tartrectomías, detección de mal oclusiones y atención de traumatismos.

A todos los niños y niñas con dentición permanente se les ofrecen los siguientes servicios, revisión anual, obturación de dientes permanentes y tratamientos pulpares, tratamientos de incisivos y caninos permanentes en caso de enfermedad, malformaciones y traumatismos.

En los centros escolares se da educación sanitaria, enjuagues de flúor semanales en niños de 1º a 6º de educación primaria y examen oral a niños de 1º de primaria, remitiendo a las unidades de odontología preventiva a los niños en que se detectan alteraciones.

La Comunidad Valenciana pasó de unos 32 dentistas públicos en 2005 a unos 60 en 2013, existen 80 higienistas en la Salud Pública. (111)

## **16- La Rioja (136)**

En 1991 se puso en marcha el Programa de Salud Bucodental, la cobertura es de 6 a 15 años. La asistencia dental se presta bajo un modelo público. No tiene legislación propia y por tanto sus prestaciones son las amparadas por el RD 1030/2006 como en el resto del Estado (86).

Los tratamiento que se realizan en las unidades son: aplicación de flúor tópico, obturaciones y sellado de molares definitivos y diagnóstico de maloclusiones. Las unidades de Salud Bucodental se desplazan anualmente a los centros escolares para realizar la exploración bucodental a los alumnos de 1º, 3º y 5º de Educación Primaria y

1º y 3º de E.S.O. Al alumnado de 1º a 6º de Educación Primaria se le proporciona para el curso escolar 2016-2017, 19.650 neceseres para la salud bucodental que incluyen: dos cepillos de dientes; un tubo de pasta dentífrica fluorada; solución de flúor para enjuague bucal; un reloj de arena de dos minutos, díptico con información del uso de contenido del neceser y pasatiempos adaptados a la edad junto a un lápiz de color para realizarlos.

Atención a la embarazada, en funcionamiento desde 2007 realizándose exploraciones preventivas durante el primer trimestre y posteriormente si la gestante lo precisa, tartectomía y aplicación de flúor tópico.

Atención a disminuidos psíquicos y físicos.

La Rioja pasó de unos 5 dentistas públicos en 2005 a 6 en 2013, existen 6 higienistas en la Salud Pública (111). Estos datos han sido confirmados en 2017 por el Servicio Riojano de Salud.

### **17- Región de Murcia (137)**

La asistencia dental se presta bajo un modelo PADI, Su cobertura era inicialmente de 6 a 14 años, según la Orden de 27 de diciembre de 2002 de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia (138), pero a partir del año 2013 se ha visto reducida a los niños/as de 6 a 8 años, manteniendo la cobertura de 6 a 14 años solo para discapacitados, según la Orden de 6 de julio de 2012 (139). Se denomina PSBI.

Incluye las siguientes prestaciones, educación para la salud, instrucciones de higiene oral, alimentación saludable, revisiones, aplicación tópica de flúor, selladores de fosas y fisuras en molares permanentes, obturaciones de molares permanentes, tartrectomías, radiología simple, extracción de las piezas de temporales o de las permanentes, endodoncia de molares posteriores, reconstrucción de incisivos y caninos por traumatismo y malformación, ferulización, perno prefabricado intrarradicular, apicoformación, reimplante dentario y sutura de tejidos blandos.

Los pacientes disminuidos psíquicos, físicos, o con alguna enfermedad que implique poca colaboración por parte del paciente, podrán beneficiarse de tratamientos bucodentales mediante sedación o anestesia hasta los 14 años.

La Región de Murcia pasó de unos 27 dentistas públicos en 2005 a unos 28 en 2013, existen 39 higienistas en la Salud Pública (111).

## **18- Islas Canarias (140)**

La asistencia dental se presta bajo un modelo PADI iniciado en el año 2009. Se denomina PADICAN. Su cobertura es de 6 a 15 años. Se contempla la atención de pacientes especiales bajo anestesia general.

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) (141).

El Servicio Canario de la Salud, SCS, consideró necesario ampliar las prestaciones básicas iniciadas en 1995, e introducir prestaciones especiales dirigidas a la población infantil y juvenil y se aprueba la Resolución de 11 de Febrero de 2008, que establece el programa de atención sanitaria bucodental a la población infantil de Canarias (142). 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 (USBBD) 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 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 de Atención Dental Infantil de Canarias (PADICAN) (143). Realizarán las actividades del PADICAN, los profesionales de las USBBD 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.

Las prestaciones de atención bucodental que se incluyen en el programa son:

1- Prestaciones Básicas:

- Revisión anual del estado de salud de la cavidad oral.
- Sellados de fisuras o fosas en las piezas permanentes.
- Obturaciones en piezas permanentes.

- Exodoncias de piezas dentarias temporales y permanentes.
- Tartrectomías.
- Educación para la salud individual.
- Aplicación tópica de flúor.
- Ortopantomografía.
- Urgencias.

2- Prestaciones Especiales:

- Tratamientos pulpares de las piezas dentarias permanentes.
- Tratamientos de incisivos y caninos permanentes.
- Exodoncia de supernumerario.
- Gran reconstrucción.
- Reconstrucción simple del grupo incisivo canino y ferulización en su caso.
- Apicoformación.
- Reimplante dentario.
- Sutura de tejidos blandos.
- Muñón metálico colado en los dientes permanentes.
- Perno prefabricado de cualquier diente.
- Corona provisional de resina.

Otros programas:

- Los niños de 3 a 5 años tienen derecho a revisiones anuales, aplicación de barniz de flúor, exodoncia de dientes temporales y urgencias.

- Talleres orientados a la educación en salud oral dirigidos a escolares, padres y profesores, tales como el “Cepillín-Cepillán” o “Salud bucodental en el medio escolar”.

- Las mujeres gestantes tienen derecho a revisiones, aplicación de flúor, atención de urgencias y tartrectomías.

La red asistencial pública del SCS dispone en la actualidad de 49 odontólogos, 37 higienistas, 1DUE y 13 auxiliares de enfermería, distribuidos según la tabla 28.

**Tabla 28.** Red asistencial pública del SCS en 2015.

Datos demográficos. Instituto Canario de Estadística (144) y datos recursos humanos facilitados por SCS.

ÁREA SALUD 2015	POBLACIÓN	Nº USBD	ODONTOLOGOS	HIGIENTISTAS	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
<b>TOTAL</b>	<b>2.100.306</b>	<b>48</b>	<b>49</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>13</b>

Con respecto a la sanidad privada ha resultado imposible obtener datos fiables sobre la cantidad de profesionales que se hallan trabajando actualmente y las funciones que desarrollan, ya que en Canarias no existe actualmente colegio profesional de

higienistas dentales. Los datos más aproximados para los higienistas dentales son los contratos de trabajo registrados, los cuales aparecen en la Tabla 29 y para los auxiliares de enfermería en la Tabla 30.

**Tabla 29:** Contratos de trabajo que se han registrado oficialmente en Canarias en los años 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015 cuyas ocupaciones están directamente relacionadas con el título de Higienista Dental.

Disponible en: [http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/web/formacion\\_profesional/enseanzas/titulos.html](http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/web/formacion_profesional/enseanzas/titulos.html)

<b>Contratos Registrados en Canarias Relacionados con el Título de Técnico Superior en HIGIENE BUCODENTAL por Ocupación (CNO-2011) y Año</b>						
<b>Ocupación</b>	<b>Código</b>	<b>Contratos Registrados</b>				
		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Técnicos superiores en higiene bucodental	3321	618	632	730	1.022	1.288
<b>Total General</b>		<b>618</b>	<b>632</b>	<b>730</b>	<b>1.022</b>	<b>1.288</b>

En cada contrato de trabajo se consigna la ocupación que va a desempeñar la persona que lo suscribe y que está extraída del Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (CNO-11). La tabla indica las ocupaciones del catálogo de la CNO-11 que están ligadas a esta especialidad de Higienista Dental.

Estos datos son un indicador de las oportunidades de empleo que el mercado laboral ha ofrecido a los titulados de esta especialidad pero no deber ser contemplados, en ningún caso, como un indicador de su inserción laboral.



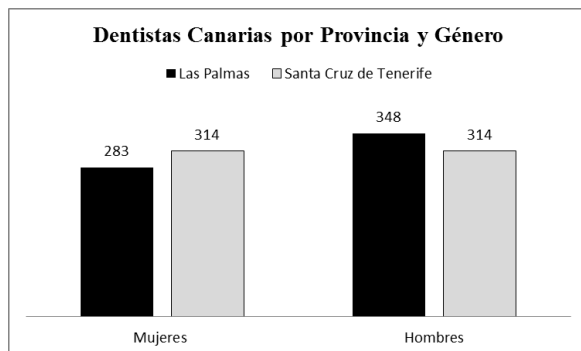
**Tabla 30:** Contratos de trabajo que se han registrado oficialmente en Canarias en los años 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015 cuyas ocupaciones están directamente relacionadas con el título de Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Disponible en: [http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/web/formacion\\_profesional/enseanzas/titulos.html](http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/web/formacion_profesional/enseanzas/titulos.html)

<b>Contratos Registrados en Canarias Relacionados con el Título de Técnico en CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA por Ocupación (CNO-2011) y Año</b>						
Ocupación	Código	Contratos Registrados				
		2011	2012	2013	2014	2015
Auxiliares de enfermería de atención primaria	5612	842	708	462	648	565
Auxiliares de enfermería hospitalaria	5611	8.343	6.590	6.445	7.111	7.538
Trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud no clasificados bajo otros epígrafe	5629	2.318	2.163	2.477	2.291	2.629
Trabajadores de los cuidados personales a domicilio	5710	3.189	1.803	1.859	2.525	3.594
<b>Total General</b>		<b>14.692</b>	<b>11.264</b>	<b>11.243</b>	<b>12.575</b>	<b>14.326</b>

Destacar que en ningún momento se hace referencia a Auxiliar de odontología, dado que es una formación no reglada, además no es necesario ostentar ningún tipo de titulación para poder trabajar como Auxiliar de odontología, por lo que es prácticamente imposible obtener datos fiables.

En el Grafico 31 aparecen representados el número de dentistas por provincia según sexo.



**Grafico 31:** Número de dentistas por Provincia y Género en Canarias.

Fuente INE 2015.

Hay 631 dentistas en Gran Canaria y 628 en Tenerife, se podría decir que existe un número ligeramente superior de hombres que de mujeres, siendo más abundantes estas en Tenerife. De los 1259 dentistas registrados, tan solo 49 trabajan en la sanidad pública.

Algo similar pasa con los Higienistas, ya que de los 1288 contratos realizados, sólo 37 trabajan en la sanidad pública.

Con respecto a los Auxiliares resulta imposible discriminar aquellos que desempeñan sus funciones en el sector odontológico de los que desempeñan sus funciones en otro sector sanitario ya que la formación de auxiliar de odontología no está reglada actualmente.

Como resumen veremos en la Tabla 31 el número de profesionales de la salud bucodental en que desarrollan sus funciones el sistema sanitario público según Comunidad Autónoma en la que se encuentran.

**Tabla 31:** Número de profesionales de la salud bucodental que desarrollan su trabajo en la sanidad pública en todo el territorio español y modelo asistencial infantil y edad.

^ los datos pertenecen al año 2016 facilitados por trabajadores del sistema sanitario. \* los datos han sido facilitados por el propio servicio como últimos datos publicados. El resto de los datos obtenidos del Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013 (111).

CCAA	M. ASISTENCIA	EDAD	HIGIENISTAS	ODONTOLOGOS	OTROS
ANDALUCIA	PADI, PADA	6 a 15	0	222	222
ARAGON*	PADI, PABIJ	6 a 13	20	24	4
P. ASTURIAS	Público, PSBD	6 a 14	25	35	11
I. BALEARES*	PADI, PADI	6 a 15	17	23	5
I. CANARIAS*	PADI, PADICAN	6 a 15	37	49	14
CANTABRIA ^	Público	6 a 15	12	20	4
C. LEÓN*	Mixto	6 a 14	65	75	nc
C. LA MANCHA	Mixto	6 a 15	78	78	
CATALUÑA	Público		0	250	nc
C. VALENCIANA	Público, PSBDI	7 a 14	80	60	
EXTREMADURA	PADI, PADIEx	6 a 15	27	38	5
GALICIA ^	Público	6 a 14	103	105	
MADRID*	Público	6 a 15	87	118	30
R. MURCIA	PADI, PSBI	6 a 8	39	28	
C. F. NAVARRA	PADI	6 a 15	1	4	5
PAIS VASCO	PADI	7 a 15	0	41	41
LA RIOJA*	Público	6 a 15	6	6	
CEUTA y MELILLA*	Público	7 a 14	5	4	
<b>TOTAL</b>			602	1180	341

Resultan reseñables varios hechos:

- 1- Imposibilidad de obtener datos de Asturias, Extremadura, Murcia, Valencia, Castilla la Mancha, Cataluña, País Vasco y Andalucía. En las tres últimas Comunidades además no contemplan la existencia de la figura del Higienista en la sanidad pública. Esta circunstancia parece que tiende a su fin, ya que existe ya una sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco (Recurso de apelación nº

71/2014. Sentencia nº 216/2015), donde se confirma lo ya citado anteriormente con respecto al trabajo de los Higienistas dentales. *“En el contexto de Osakidetza, la ausencia de Higienistas Dentales deriva en la realización efectiva de las funciones de menor nivel de complejidad y responsabilidad por el personal Facultativo Técnico Odontólogo (licenciado universitario), resultando de lo anterior una gestión ineficaz de los recursos humanos de Osakidetza. A mayor abundamiento, estas tareas son desarrolladas en todos los Servicios de Salud Autonómicos, y en el sector privado de la CAPV, con notable eficiencia por Higienistas Dentales integrados en las Unidades de Salud Dental.”*

*“Por tanto, los Diplomados Sanitarios en Enfermería no están capacitados para desarrollar las funciones que son propias de los Higienistas Dentales, unos y otros profesionales están llamados a ocupar puestos funcionales de contenido diverso, acorde a su titulación...”*

2- Respecto a la atención, la Región de Murcia es la que menor rango de edad cubre, tan solo desde los 6 a los 8 años. Existen en general grandes diferencias entre las CCAA, produciendo situaciones de inequidad en la población infantil.

#### **2.4.6.X. Asistencia bucodental internacional**

Tras conocer las prestaciones odontológicas públicas en España y de forma concreta en cada CCAA, se expone un breve resumen de la cobertura dental a nivel de los países estudiados.

## **1. Nueva Zelanda**

En Nueva Zelanda (145), La atención de salud oral financiada con fondos públicos está disponible para 4 grupos, niños desde el nacimiento hasta ocho años, adolescentes desde los nueve hasta los 18 años, adultos de bajos ingresos y pacientes médicamente comprometidos y con necesidades especiales.

Los niños que reúnen los criterios de elegibilidad para atención con fondos públicos tienen derecho a servicios gratuitos de salud oral básica desde el nacimiento hasta cumplir 18 años.

Los tratamientos estándar son gratuitos e incluyen: examen de rutina, rayos X, fluorizaciones, selladores de fisuras, tartrectomías, obturaciones y exodoncias.

Si se necesitan tratamientos adicionales, serán referidos a otro proveedor de servicios de salud bucal. Muchos tratamientos seguirán siendo gratuitos, pero tendrán que pagar por otros como la ortodoncia. El servicio local de salud oral informa sobre los costos y las opciones de pago.

Los niños y adultos con necesidades médicas especiales (como el paladar hendido) o discapacidades que les impiden acceder a los servicios dentales normales o que requieren tratamiento dental como parte de otro tratamiento (como el cáncer de cabeza o cuello) pueden recibir servicios dentales gratuitos.

Los adultos tienen que pagar por la mayoría de los servicios dentales. No hay una tarifa fija para los dentistas privados, ellos fijan sus tarifas.

Existe una gama limitada de servicios dentales que se financian a algunos adultos y a las personas con discapacidades o afecciones médicas como cáncer de boca, éstos pueden ser

remitidos a un hospital para su tratamiento. Las personas de bajos ingresos que tienen una Tarjeta de Servicios Comunitarios pueden recibir atención dental de emergencia, como tratamiento del dolor o exodoncias.

Si se necesita tratamiento dental debido a un accidente la corporación de compensación de accidentes ayudará con el coste, el dentista facilitará un formulario de reclamación.

## **2. Australia**

En Australia (146) Medicare sólo provee cobertura limitada para niños de familias desfavorecidas incluidos en el “Child Dental Benefits Schedule” que proporciona servicios dentales a niños entre 2 y 17 años de edad, se otorgan unos 680 € por cada niño durante 2 años consecutivos. El período comienza cuando un niño tiene su primer servicio dental.

Los servicios incluyen: revisiones, rayos x, selladores, tartrectomías, obturaciones, endodoncias y exodoncias. No incluye tratamientos ortodónticos ni estéticos.

Varía de un estado a otro, pero generalmente los niños antes de cumplir dieciocho años son susceptibles de recibir atención médica si encajan dentro de un cierto beneficio fiscal familiar. Algunos estados, como Queensland, requieren un historial médico completo y la firma de un consentimiento antes del tratamiento de los niños y jóvenes.

Cada estado tiene criterios ligeramente diferentes, pero generalmente si se tiene una Tarjeta de Cuidado Médico, una Tarjeta de Concesión de Pensiones emitida por Centrelink o la Tarjeta de Salud para Personas Mayores de la Commonwealth, (similar a una tarjeta de pensionista), una Tarjeta de Concesión para Jubilados emitida por el

Departamento de Asuntos de Veteranos, se es candidato para recibir atención dental financiada con fondos públicos. Por ejemplo, en Victoria los refugiados y los solicitantes de asilo también recibirán atención gratuita.

Cuando se trata de pagar por los servicios dentales, las tarifas varían mucho dependiendo del dentista y de donde se vive. Un buen seguro de salud puede reducir la factura, pero rara vez cubre el coste total.

### **3. Canadá**

En Canadá (147), la mayoría de las iniciativas de salud bucodental a nivel territorial desde 2005 continúan centrándose en los niños, principalmente aquellos que están socialmente desfavorecidos.

En 2010, sólo el 6% de los gastos de atención odontológica en Canadá fueron financiados con fondos públicos, lo que colocó a Canadá entre los países más bajos de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en términos de gastos medios per cápita para atención dental.

Esto contrasta con otros países de la OCDE, como Japón (77%), Finlandia (44%) y Suecia (41%), cuya contribución per cápita a la atención odontológica supera con creces a la de Canadá. Sólo España (1,5%) ocupó un lugar más bajo que Canadá.

El programa de asistencia “Childrens Dental Health Program”, da cobertura a niños menores de 12 años, el acceso es universal. A partir de los 12 años sólo para familias con ingresos bajos, en estos casos la cobertura se amplía hasta los 17 años.

El programa incluye hasta los 12 años: revisiones cada 6 meses, tartrectomías cada 12 meses, fluorizaciones de los 6 a los 12 años cada 12 meses, radiografías, obturaciones, extracciones y sellados de fosas y fisuras.

Entre los 13 y los 17 años cubre, revisiones cada 24 meses, radiografías, obturaciones, extracciones y revisiones de urgencia.

Pueden existir diferencias entre los distintos territorios.

El Plan de Atención Odontológica del Servicio Público (PSDCP) proporcionado a empleados activos elegibles del servicio público (incluyendo la Real Policía Montada de Canadá y las Fuerzas Canadienses) y los empleadores participantes y miembros de ciertos grupos designados, está diseñado para cubrir servicios y suministros dentales específicos que no están cubiertos por el plan provincial o territorial de atención médica o dental. El Plan cubre solamente el tratamiento dental razonable y habitual, necesario para prevenir o corregir la enfermedad o defecto dental. El Plan reembolsará a los miembros los gastos elegibles incurridos por servicios dentales realizados por dentistas, higienistas y denturistas.

Existe un deducible anual que debe satisfacer cada año antes de recibir el reembolso en su primera reclamación. El monto deducible anual es de unos 17€ por persona cubierta y unos 35€ por una familia. El porcentaje de reembolso (después del deducible) es, servicios básicos, (revisión, tartrectomía, fluorización, obturación, endodoncia, periodoncia, rebases y ajustes) 90% y servicios principales (coronas, puentes, prótesis totales y parciales) y ortodoncia: 50%. Los implantes dentales no están cubiertos por el Plan.



El Plan reembolsará una cantidad máxima anual de 1.125€ por cada persona cubierta. Esto excluye los servicios de ortodoncia, que tiene un límite máximo vitalicio de unos 1.700€ por persona cubierta.

En general, los gastos de atención odontológica pública federal han experimentado ligeros cambios desde 2005. En los últimos nueve años, Veterans Affairs Canada ha experimentado una reducción de 5 millones de dólares en el gasto en atención dental. Esto podría atribuirse a la disminución general de la población de veteranos. Los gastos en atención dental para la Real Policía Montada de Canadá se han mantenido relativamente constantes en los últimos años.

Existe también un Plan de Servicios Dentales para Jubilados (PDSP) ofrecido a los miembros jubilados elegibles del servicio público o de una agencia o entidad participante. Está diseñado para cubrir servicios y suministros dentales específicos que no están cubiertos por el plan de salud provincial/territorial o plan de atención dental. Las cantidades son similares a las del PSDCP.

#### **4. Estados Unidos**

En Estados Unidos (148), la salud dental es considerada una parte importante de la salud general de las personas. Los estados están obligados a proporcionar beneficios dentales a los niños cubiertos por Medicaid y el Programa de Seguro de Salud de los Niños (CHIP), pero los estados eligen si proporcionan beneficios dentales para los adultos.

Medicaid cubre los servicios dentales para todos los niños matriculados hasta los 21 años como parte de un conjunto completo de beneficios, conocido como el Early, Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) .Como mínimo, los servicios dentales incluyen el tratamiento del dolor y las infecciones, la restauración de los dientes y el mantenimiento de la salud dental. Los servicios dentales no pueden limitarse a los servicios de emergencia. Cada estado está obligado a desarrollar un calendario de periodicidad dental en consulta con organizaciones dentales reconocidas que participan en la salud infantil. Los estados que proporcionan cobertura de CHIP a los niños a través de un programa de expansión de Medicaid están obligados a proporcionar el beneficio EPSDT.

Entre los niños de 1 a 20 años inscritos en los programas Medicaid y CHIP Medicaid Expansion (aquellos elegibles para EPSDT), una media del 48 por ciento recibió un servicio dental preventivo (como tartrectomías, fluorización o selladores) en 2014. Una media del 22 por ciento de los niños recibió un tratamiento dental (como las obturaciones) en 2014.

Aunque Medicare cubra los servicios dentales que son una parte esencial de un procedimiento médico como la cirugía de mandíbula, los servicios dentales de rutina que incluyen revisiones y limpiezas, no están cubiertos por Medicare. Los beneficiarios deben pagar estos servicios de rutina directamente de su bolsillo, o a través de seguros privados. Esta falta de cobertura dental puede ser una barrera para buscar atención dental. Entre 2002 y 2012 la mayoría de los costes dentales fueron pagados directamente por el beneficiario, alrededor del 75%. El seguro patrocinado por el empleador fue el siguiente pagador más grande, con un 12%.

## 5. Europa

En Europa existe gran diversidad entre países por lo que autores como Widström y Eaton (149) trataron de establecer una clasificación y propusieron 6 modelos diferentes de atención dental en Europa:

- a. Sistema o modelo nórdico (Dinamarca, Finlandia, Noruega, Suecia y en algunos aspectos Islandia).

En estos países existe gran implicación gubernamental en la salud de los ciudadanos por lo que se ofertan un gran número de tratamientos odontológicos públicos, que son financiados por impuestos locales o generales. Existe un acceso público y universal a los tratamientos dentales, que son gratuitos para los niños hasta 18 años y algunos adultos, el resto, tiene acceso con facilidades al tratamiento privado, ya que reciben copagos del Estado.

Presentan un equipo odontológico bien desarrollado con amplio uso de higienistas dentales, enfermeras dentales, asistentes etc.

En algunos países existen técnicos dentales clínicos, que proporcionan prótesis removibles directamente a los pacientes, se encuentran en Dinamarca y Finlandia.

Más del 90% de los menores de 18 años y del 60% al 90% de los adultos asisten regularmente a la atención bucodental.

b. Sistema Bismarkian (Alemania, Francia, Austria, Luxemburgo y Bélgica).

Basado en el principio de obligatoriedad de seguros sociales, para trabajadores y empresarios, que reembolsa a través de las compañías aseguradoras parte o la totalidad de los costes del cuidado bucodental. Algunos países están teniendo problemas debido al elevado coste. Los honorarios son negociados entre agencias de seguros y asociaciones dentales, hay muy poca participación del gobierno y el servicio dental público es muy pequeño.

Aparte de Alemania, hay poco uso del equipo de odontología, ya que no hay higienistas dentales en Austria, Bélgica, Francia y Luxemburgo y las enfermeras dentales y las auxiliares son relativamente poco frecuentes en Bélgica, Francia y Luxemburgo.

c. Sistema Británico (Reino Unido)(150).

La atención dental es proporcionada en su mayoría por dentistas independientes contratados por el National Health Service (NHS), por lo que hay una gran implicación gubernamental. Existe atención gratuita a los niños y cuidado subvencionado directamente por el gobierno para los adultos.

El equipo de atención dental es diverso, comprende: dentistas, terapeutas, higienistas, técnicos y técnicos clínicos dentales y enfermeras dentales.

Todo tratamiento que es, en opinión de su dentista, clínicamente necesario para proteger y mantener una buena salud oral está disponible en el NHS, incluyendo las

prótesis fijas y removibles. Los implantes dentales y los tratamientos de ortodoncia, están disponibles pero sólo si hay una necesidad médica para el tratamiento.

Las mujeres embarazadas tienen derecho a tratamiento gratuito dental en el NHS y también durante 12 meses después del nacimiento del bebé.

El dentista decidirá con qué frecuencia necesita ver a los pacientes en base a la condición de la boca, los dientes y las encías. Sin embargo, los niños menores de 18 años deben ser vistos por un dentista al menos una vez al año.

d. Sistema Europa del sur (Chipre, España, Italia, Grecia, Portugal y Malta).

Predominantemente privado, los servicios sanitarios públicos pueden estar disponibles para proporcionar tratamiento de urgencias dentales, extracciones o cirugías orales. Se prestan ciertos servicios públicos más amplios a los niños y grupos con necesidades especiales.

Prestación mayoritariamente privada de atención sanitaria oral, con mínima participación del Gobierno. El número de clínicas públicas es muy limitado, al igual que la provisión de tratamiento gratuito para menores de 18 años.

Existe trabajo de odontología de equipo, pese a que no hay higienistas dentales y hay un uso limitado de enfermeras dentales en Grecia.

Existe una baja tasa de asistencia regular a la atención de salud bucodental en Portugal y España (30-40% al año).

e. Sistema Híbrido (Holanda, Irlanda, Malta).

Es una mezcla del sistema Bismarkian y el Británico.

Holanda ha privatizado la atención a los adultos y presta un modelo nórdico para los niños (privado subvencionado).

Irlanda como consecuencia del recorte del gasto público resultante de la recesión económica de 2008 y la imposición de recortes sustanciales en el gasto público, desde 2010, la cobertura proporcionada por los planes financiados con fondos públicos se ha reducido sustancialmente, aumentando la carga de costos para los pacientes.

f. Sistema Transicional – Europa del Este (Eslovenia, Eslovaquia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, República Checa). Incluiremos aquí también a Rumanía, Bulgaria, Rusia y Ucrania.

Antiguamente, el régimen comunista era un sistema libre público, al adherirse a la unión Europea estos países están desarrollando sistemas de seguros para cubrir los costes de los servicios bucodentales, esto parece haber sido perjudicial para la salud oral de las personas más pobres. Muchos de los países han sufrido la crisis económica de los últimos 6 años, esto ha influido negativamente en la provisión de atención de salud oral.

La mayoría de los países no tenían programas preventivos a nivel nacional. Rumania y Bulgaria fomentan los programas de fluoración de la leche en algunas partes de sus países.

Letonia, presentó un programa nacional de prevención que consistió en varios componentes incluyendo la educación, el sellado de fisuras y el uso del barniz del fluoruro.

En muchos de los países, los dentistas trabajan en solitario y sin ayuda. Sólo la República Checa, Hungría, Letonia, Rusia, Eslovaquia y Ucrania forman y emplean a higienistas dentales.

Se puede observar que el sistema nórdico, el británico, el de Europa del Sur (en el que se engloba a España) y el sistema híbrido, dan una cobertura gratuita a los niños. En el sistema transicional de Europa del Este se da tratamiento gratuito a niños, con excepción de Rumania, que no lo cubre. El Sistema Bismarkian da facilidades para la atención de los niños reembolsando parte del tratamiento.





# DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



### 3- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

---

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

El grupo de los profesionales dedicado a la salud bucodental es heterogéneo y no siempre tienen bien definidas sus competencias. Además alguna de estas profesiones ni siquiera está reconocida legalmente en algunos países y en otros, aunque reconocidos, no existe control alguno de los profesionales. Teniendo esto en cuenta, es prácticamente imposible conocer su situación y mucho menos hacerlo desde el punto de vista de los propios profesionales.

En el caso de los odontólogos, al existir regulación legal y obligación de colegiación, hay mayor control de su situación, además, al ser una profesión más homogénea a nivel mundial, resulta más sencillo hacer comparaciones, esto no pasa con los Higienistas dentales, Auxiliares, Protésicos, etc.

En España, existen escasos trabajos de investigación dedicados a conocer la situación profesional de estos profesionales.

Tomando como referencia la tesis doctoral realizada en 1995 por el Doctor Ábalos en el sur de España (11), y la tesis doctoral realizada en 2013 por el Doctor Torrejón en Sevilla, Ciudad Real y Bilbao (151), consideramos pertinente un nuevo estudio, ya que en ninguna de las dos ocasiones anteriores se incluyó a las Islas Canarias, y teniendo en cuenta las peculiaridades del archipiélago, resulta interesante analizar las profesiones y a los profesionales.

### **3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS**

Con la presente investigación pretendemos conocer cuál es la situación laboral y social de los profesionales de la salud bucodental en las Islas Canarias, pero desde la perspectiva de los propios profesionales. Teniendo en cuenta estas pretensiones, se han planteado una serie de temas sobre los que se centrará la descripción de la situación social y laboral de estos colectivos profesionales. Estos aspectos serán, formación, funciones desempeñadas, trabajo en equipo, consideración y satisfacción profesional, condiciones laborales y legislación reguladora de la profesión.

Se ha realizado una descripción de la situación de los profesionales de la salud bucodental, tanto en España como en otros países, escogidos por pertenecer al entorno o por contar con una amplia tradición en el desarrollo e implantación de las profesiones. Nos basaremos en nuestros previos y artículos publicados sobre la materia en revistas nacionales e internacionales de reconocido prestigio así como en datos obtenidos directamente de organismos reguladores y asociaciones profesionales.

De acuerdo con estas cuestiones, podemos definir propósito general del estudio:

“Analizar la situación de los profesionales de la salud bucodental en las Islas Canarias desde la perspectiva de los propios profesionales, durante los años 2015 y 2016”.

## OBJETIVOS

- ✦ Determinar la situación laboral y social de los profesionales de la salud bucodental en las Islas Canarias a partir de los datos recabados durante los años 2015 y 2016 en las aulas formativas DENTAID.
  
- ✦ Determinar la evolución de los profesionales de la salud bucodental en España a partir de los datos aportados en estudios previos.

### **3.3 ENFOQUE METODOLÓGICO**

En este trabajo se ha empleado el método de encuesta, que implica el planteamiento de una serie de cuestiones a un colectivo amplio de sujetos, cuyas opiniones, puntos de vista o experiencias interesa conocer (152). En concreto se ha empleado un cuestionario administrado a profesionales de la salud bucodental en Gran Canaria y en Tenerife. (Anexo I).

La metodología empleada en esta investigación, será similar a la empleada por el Dr. Ábalos en 1995 (11), y el Dr. Torrejón en 2013 (151), en sus Tesis Doctorales, ambas Tesis calificadas Cum Laude.

La repetición de la metodología, asegura la calidad del método científico y proporciona una comparación adecuada de los resultados obtenidos con los alcanzados en 1995 (11) y en 2013 (151). Se presenta un resumen de las conclusiones más relevantes de estos estudios en los Anexos II y III.

### **3.4 AMBITO DE LA INVESTIGACIÓN Y DISEÑO MUESTRAL**

Dadas las peculiaridades del Archipiélago, resultaría un trabajo titánico poder realizar las encuestas en cada una de las 7 islas, ya que debido a su orografía existe gran dispersión, además no existe registro de todos los profesionales dedicados a la salud bucodental y su lugar de trabajo .

El hándicap fue por lo tanto tratar de reunir al mayor número de profesionales en un lugar, para ello elegimos los cursos gratuitos del Aula Dentaaid, ya que congregan gran número de profesionales.

La investigación se dirigió por lo tanto, al conjunto de participantes en los cursos gratuitos de formación en salud bucal del Aula Dentaaid, organizados por los Laboratorios Dentaaid durante los años 2015-2016. Estas ediciones se impartieron en distintas localidades del territorio insular, concretamente en Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas de Gran Canaria.

Santa Cruz de Tenerife, 14 de Noviembre de 2015. “Claves en el manejo de los pacientes especiales en la clínica dental”. 116 encuestas entregadas, 69 encuestas recuperadas.

Las Palmas de Gran Canaria, 04 de Junio de 2016. “Diabetes y enfermedad periodontal: una relación bidireccional”. 99 encuestas entregadas, 61 encuestas recuperadas.

La muestra elegida fue la totalidad de los asistentes. Es un tipo de muestreo no probabilístico conocido como muestro intencional. Tiene la ventaja de una alta tasa de respuesta con un cuestionario extenso, frente a los inconvenientes de la encuesta telefónica que debe ser breve y la encuesta por correo ordinario o electrónico, que tiene un nivel más bajo de respuesta.

Se consideró que cumplían criterios de inclusión todos aquellos asistentes a los cursos del Aula Dentaaid, estudiantes o titulados, que trabajen o hayan trabajado en el sector dental, tanto en la empresa pública como privada.

Criterios de exclusión, personas ajenas al mundo de la odontología, ya sea por falta de formación odontológica o por no haber desarrollado nunca funciones en una consulta dental.

De los 215 cuestionarios repartidos se recuperaron 130, por lo que se obtuvo una tasa de respuesta del 60,46%.

En el ítem de la encuesta que recaba información sobre titulación odontológica o formación que posee, se presentan tres opciones: Auxiliar, Higienista dental y Odontólogo. Dos personas marcaron la opción Odontólogo, como ambos pertenecen a Tenerife y dado que no se podrá realizar ningún tipo de comparación se descartaron esas dos encuestas del análisis. Además, 11 encuestados marcaron tanto auxiliar como higienista dental. Estos individuos se compilan en una nueva categoría para la variable: Doble titulación. Para los análisis donde se contrastan auxiliares e higienistas dentales, los que están en la categoría Doble titulación se agregaron a la categoría higienista dental, dado que la formación recibida por higienistas es superior a la de auxiliares.

Por lo tanto para la primera parte del análisis (descripción general de la muestra) se incluyeron 128 encuestas.

Entre estas 128 encuestas, hubo tres casos de higienistas dentales (dos en Gran Canaria y uno en Tenerife) en la que los individuos indicaron estar en condición de desempleo y sin embargo respondieron preguntas relacionadas con diferentes aspectos de la situación laboral. Dada esta incongruencia, se optó por descartar estas tres encuestas de los análisis relacionados con los aspectos de la situación laboral. Por lo tanto, a partir de la segunda parte del análisis se incluyeron 125 encuestas. Dado que los encuestados dejaron algunas preguntas sin responder, el número total de individuos varía entre las tablas de frecuencia en las que se resumen los datos.



### **3.5 RECOGIDA DE DATOS**

El período de tiempo en el que se realizó la recogida de la información fue de Julio de 2015 a Julio de 2016. Un único entrevistador repartió las encuestas entre los asistentes antes del comienzo de cada curso, previa exposición de las normas de cumplimentación y aclaración de dudas sobre las preguntas del cuestionario. A los participantes se les expusieron de forma verbal los motivos de esta investigación y los objetivos que se pretendían analizar.

### **3.6 ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO Y VARIABLES**

Como instrumento de medida se utilizó un cuestionario de 67 preguntas (Anexo

I). Las preguntas incluidas en el cuestionario cubren las siguientes áreas:

- Datos sociodemográficos
- Formación
- Funciones desempeñadas
- Condiciones laborales
- Trabajo en equipo
- Consideración profesional
- Satisfacción profesional
- Legislación reguladora de la profesión

De las 67 variables, 12 fueron de tipo ordinal, 6 de tipo cuantitativo discreto, tres de respuesta abierta y el resto, 46 preguntas, fueron de tipo nominal. Las respuestas del cuestionario fueron codificadas numéricamente para su tratamiento estadístico. Las codificaciones se detallan el Anexo IV.

La pregunta de la encuesta: “¿Cuántos profesionales trabajan en su consulta?” incluye cuatro variables cuantitativas discretas (número de odontólogos, número de auxiliares, número de higienistas dentales y número de otros). Estas cuatro variables fueron codificadas en la nueva variable “Número de profesionales en la consulta”. Los valores de la nueva variable fueron agrupados cuatro intervalos con una amplitud de intervalo de 4, a fin de facilitar el tratamiento de los datos.

Siete variables de tipo nominal dicotómica recaban información sobre las funciones odontológicas (Prótesis, Periodoncia, Odontopediatría, Preventiva, Ortodoncia, Cirugía y Terapéutica dental) que se realizan en las consultas donde trabajan los profesionales encuestados. Para estas variables se compiló la frecuencia en que los encuestados responden afirmativamente discriminando por lugar de residencia (Gran Canaria vs Tenerife) y por titulación de los encuestados (auxiliar vs higienista). Además se calculó una nueva variable “Número de funciones odontológicas que realiza” que refleja el número de respuestas afirmativas de cada individuo encuestado a estas siete variables originales. Esta nueva variable tiene un rango de 1 a 7. Para esta nueva variable, dado que las frecuencias en las categorías 1, 2, 3 y 4 funciones fueron muy bajas, se agruparon en una sola categoría (menos de 4 funciones).

Siete preguntas en la encuesta recaban información acerca de otras tareas que realizan los profesionales en las consultas en las que se desempeñan su trabajo, (Recepción, Administración, Presupuestos, Control de citas, Compras, Cobro del paciente y Limpieza y Desinfección de la consulta). Para estas variables se compiló la frecuencia en que los encuestados responden afirmativamente discriminando por lugar de residencia (Gran Canaria vs Tenerife) y por titulación de los encuestados (Auxiliar vs Higienista). Además se calculó una nueva variable “Número de funciones no odontológicas que realiza” que refleja el número de respuestas afirmativas de cada individuo encuestado a estas siete variables originales. Esta nueva variable tiene un rango de 1 a 7.

En el ítem de la encuesta que recaba información sobre titulación odontológica o formación que posee, se presentan tres opciones: Auxiliar, Higienista Dental y Odontólogo.

Once encuestados marcaron formación tanto Auxiliar como Higienista dental. Estos individuos se compilan en una nueva categoría para la variable: Doble titulación. Para los análisis donde se contrastan Auxiliares e Higienistas dentales, los que están en la categoría Doble titulación se agregaron a la categoría Higienista dental, dado que la formación recibida por Higienistas es superior a la de Auxiliares.

Según la ley 10/1986, de 17 de marzo reguladora de la profesión de Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental, y posteriormente el Real Decreto 1594/1994 Odontólogos, Protésicos e Higienistas Dentales, que desarrolla la anteriormente citada Ley 10/1986, se crean y estructuran las profesiones sanitarias de

Odontólogo, Protésico dental e Higienista dental, a este fin la Ley 10/1986, regula dichas profesiones, así como sus cometidos principales, capacidades y responsabilidades.

Ateniéndonos a lo dispuesto en la citada legislación, para facilitar la clasificación y análisis de los datos para su posterior interpretación, las funciones desarrolladas por los profesionales, las diferenciaremos entre tareas de apoyo y tareas en boca. Las tareas de apoyo son aquellas en las que el profesional interactúa con el paciente, pero no realiza ningún tipo de actuación dentro de su boca, mientras que las tareas en boca son aquellas en las el profesional interviene directamente en la boca del paciente. Si nos ajustamos a la legislación vigente, los auxiliares de clínica sólo pueden realizar tareas de apoyo mientras que los higienistas dentales realizan ciertas funciones de apoyo y están capacitados para realizar ciertas funciones en boca

Para cada una de las funciones estudiadas en detalle en la encuesta (Prótesis, Preventiva, Ortodoncia, Terapéutica dental y Odontopediatría) se clasificaron las tareas específicas en cada una de ellas como tareas de apoyo y en boca. Luego a estas, siguiendo lo dispuesto en la legislación, se las subdivide según sean tareas que corresponden a cada profesional, Odontólogo, Protésico, Higienista y Auxiliar.

### 3.7 PROCEDIMIENTO DEL ANÁLISIS

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistiscs 21 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Versión 21.0. Armonk, NY: IBM Corp).

Para facilitar la interpretación de los datos, dado que los participantes pertenecen a dos Provincias diferentes y el origen geográfico podría condicionar los resultados, se analizaran los datos de manera independiente en Gran Canaria y en Tenerife para ver si existe o no relación entre ellos.

Por otra parte, como los participantes en la encuesta pertenecen fundamentalmente a la profesión de Higienista dental y de Auxiliar, se analizaran también por separado las profesiones para posteriormente valorar si existe alguna diferencia.

Para el análisis se calcularon tablas de frecuencias para cada una de las variables de tipo ordinal y nominal. En este trabajo se contrastan las frecuencias en las diferentes opciones de respuestas a las preguntas de la encuesta entre los grupos determinados por lugar de residencia (Gran Canaria vs Tenerife) o por titulación (Auxiliares vs Higienistas dentales). Se utilizó el test de Chi Cuadrado cuando al menos 80% de las celdas tienen frecuencias esperadas mayor o igual a 5. En los casos en los que los datos no cumplen con esta condición se utilizó el test de Probabilidad Exacta de Fisher (Test Exacto de Fisher). Para el test de Chi cuadrado se reporta el valor del estadístico, los grados de libertad y el valor de la probabilidad asociada al estadístico. Para el Test Exacto de Fisher

se reporta la probabilidad, ya que este test no tiene un estadístico asociado. Como medida de asociación entre las variables incluidas en las tablas de frecuencias (Tablas de contingencia) se utilizó el coeficiente V de Cramer. Este coeficiente tiene un rango de valores entre 0 y 1. Para la interpretación de la asociación se consideraron los siguientes rangos: 0 – 0.1 = asociación muy débil, 0.1 – 0.19: asociación débil, 0.20 a 0.29, asociación moderada y  $> 0.30$  asociación fuerte.

Para la variable edad, se calculó la media y la desviación típica para hombres y mujeres agrupados por lugar de residencia (Gran Canaria vs Tenerife) y por titulación (Auxiliares vs Higienistas dentales). Para las comparaciones de medias, se utilizó el test t de Student cuando los datos cumplían con el supuesto de normalidad, estudiada con el test de Kolmogorv-Sminov, y el tamaño muestra es mayor que  $n = 50$ . De acuerdo al resultado del test de Levene de homogeneidad de varianzas, se reporta el valor del estadístico para variables homogéneas o para variables no homogéneas respectivamente. Para los casos en las que el tamaño muestra no permite la aplicación de un test paramétrico de comparación de medias, si bien se reportan las medias y desviaciones típicas en las tablas con fines informativos, para la comparación estadística se utilizó el test de Mann-Whitney (la versión no paramétrica del test t de Student), En el caso del test Mann-Whitney se reporta el valor del estadístico U, la probabilidad asociada, los tamaños muestrales y las medianas de los grupos que se comparan. Para investigar la relación entre variables se usó el coeficiente de correlación de Spearman (correlación no paramétrica), dado que los datos no cumplen con los supuestos necesarios para un test

paramétrico. En todos los casos de los análisis de datos se utilizó un nivel de significación de  $p < 0.05$ .





# RESULTADOS



## 4- RESULTADOS

---

### 1.1 Primera parte: Descripción general de la muestra

#### 4.1.1 Participantes por lugar de residencia y por género

De las 128 encuestas recuperadas, 61 corresponden a profesionales de Gran Canaria y 67 a profesionales de Tenerife. En la Provincia de Gran Canaria, el 89% de los participantes fueron mujeres, mientras que en Tenerife, el 97% fueron mujeres.

Las proporciones de hombres y mujeres fueron similares en Gran Canaria y Tenerife (Test Exacto de Fisher  $p = 0.0849$ ).

**Tabla 32:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de hombres y mujeres de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Género	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Hombres	7 (11%)	2 (3%)	9 (7%)
Mujeres	54 (89%)	65 (97%)	119 (93%)
Total	61	67	128

#### 4.1.2 Edad

La edad promedio de los participantes fue de 34.36 años con un rango de 19 a 58 años.

Las edades promedio de los participantes de Gran Canaria y Tenerife no mostraron diferencias significativas ( $t = 0.813$ ,  $p = 0.418$ ). En este caso se aplica una prueba t de Student para varianzas homogéneas para la comparación de medias porque los datos presentan una distribución normal, (Test de Kolmogorov-Smirnov,  $Z = 0.874$ ,  $p = 0.440$ ) y las varianzas son homogéneas (Test de Levene,  $F = 3.675$ ,  $p = 0.058$ ).

Para la comparación de las medias de edad en mujeres entre Gran Canaria y Tenerife, se utilizó el test t de Student para muestras de varianzas no homogéneas dado que los datos cumplen con el supuesto de normalidad (Test de Kolmogorov-Smirnov,  $Z = 0.865$ ,  $p = 0.443$ ) pero no con el de homogeneidad de varianzas (Test de Levene,  $F = 4.068$ ,  $p = 0.046$ ).

No hay diferencias significativas en la edad promedio de mujeres entre Gran Canaria y Tenerife ( $t = 0.849$ ,  $p = 0.398$ ).

En el caso de las edades de hombres, dado que los tamaños muestrales son pequeños (7 hombres en la muestra de Gran Canaria y 2 en la muestra de Tenerife), en la tabla se reportan las medias y desviaciones típicas a fines informativos pero la comparación estadística se realizó utilizando el test de Mann-Whitney.

El test de Mann-Whitney indica que no hay diferencias significativas ( $U = 5.0$ ,  $p = 0.557$ ) entre las edades de hombres en Gran Canaria (Mediana = 37 años,  $n = 7$ ) y Tenerife (Mediana = 39.5,  $n = 2$ ).

**Tabla 33:** Media, desviación típica y tamaño de muestra por género y por lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Género	Lugar de Residencia	
	Gran Canaria	Tenerife
Hombres	35.71 ± 10.47 (n = 7)	39.5 ± 6.36 (n = 2)
Mujeres	35.26 ± 8.50 (n = 54)	33.51 ± 10.35 (n = 64)
Total	35.32 ± 8.65 (n = 61)	33.69 ± 10.28 (n = 66)

#### 4.2.3 Estado civil

De los 126 participantes que completaron este ítem de la encuesta, el 47% corresponde a personas solteras y el 40% a casadas.

Estos porcentajes son similares cuando se examina el estado civil en cada provincia, en torno al 40% casados y aproximadamente el 47% solteros, reportando cerca de un 13 % otra estado civil.

No hay diferencias significativas en la distribución de frecuencias de las tres categorías entre Gran Canaria y Tenerife ( $\chi^2 = 0.23$ , gl = 2, p = 0.8914).

**Tabla 34:** Frecuencias y porcentajes en las categorías de estado civil de acuerdo al lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Estado Civil	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Casada/o	25 (42%)	25 (38%)	50 (40%)
Soltera/o	28 (46%)	32 (48%)	60 (47%)
Otro	7 (12%)	9 (14%)	16 (13%)
Total	60	66	126

#### 4.1.4 Número de hijos

En cuanto al número de hijos, el 49% de los participantes no tienen hijos. El 30% tiene un solo hijo y alrededor del 20% tiene dos o más hijos.

No hay diferencias significativas en la distribución de frecuencias de número de hijos entre Gran Canaria y Tenerife (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.3357$ ).

**Tabla 35:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) del número de hijos de acuerdo al lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Número de hijos	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Sin hijos	30 (48%)	33 (50%)	63 (49%)
1 hijo	18 (30%)	20 (30%)	38 (30%)
2 hijos	6 (10%)	11 (17%)	17 (13%)
3 hijos	6 (10%)	2 (3%)	8 (6%)
4 hijos	1 (2%)		1 (1%)
Total	61	66	127

#### 4.1.5 Nivel económico familiar

El 73% de los participantes reportaron un nivel económico familiar medio y un 25% reportaron un nivel bajo. Estos porcentajes se mantienen cuando se examinan las frecuencias en las categorías de nivel económico tanto en Gran Canaria como en Tenerife.

No hay diferencias significativas en las distribuciones de frecuencias en las categorías consideradas entre Gran Canaria y Tenerife (Test Exacto de Fisher  $p = 0.9999$ ).

**Tabla 36:** Frecuencias y porcentajes de nivel económico familiar reportado según lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife)

Nivel económico familiar	Lugar de Residencia				Total
	Gran Canaria		Tenerife		
Bajo	15	(25%)	17	(25%)	32 (25%)
Medio	45	(73%)	49	(73%)	94 (73%)
Alto	1	(2%)	1	(2%)	2 (2%)
Total	61		67		128

#### 4.1.6 Estudios generales

De las 127 personas que respondieron a este ítem de la encuesta, el 67% completó la formación profesional de grado superior, mientras que un 17% completo el bachillerato. Estos porcentajes son similares tanto en Gran Canaria como en Tenerife.

No hay diferencias significativas en la distribución de frecuencias entre Gran Canaria y Tenerife (Test Exacto de Fisher  $p = 0.7694$ ).



**Tabla 37:** Frecuencias y porcentajes en las categorías de estudios generales por lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife)

Estudios generales	Lugar de Residencia				Total
	Gran Canaria		Tenerife		
EGB/LOGSE	4	(7%)	4	(6%)	8 (6%)
Bachillerato/ESO	9	(15%)	12	(18%)	21 (17%)
Formación profesional de grado Superior	40	(66%)	46	(69%)	86 (67%)
Diplomatura	2	(3%)	3	(4%)	5 (4%)
Licenciatura	5	(8%)	2	(3%)	7 (6%)
<b>Total</b>	<b>60</b>		<b>67</b>		<b>127</b>

#### 4.1.7 Titulación

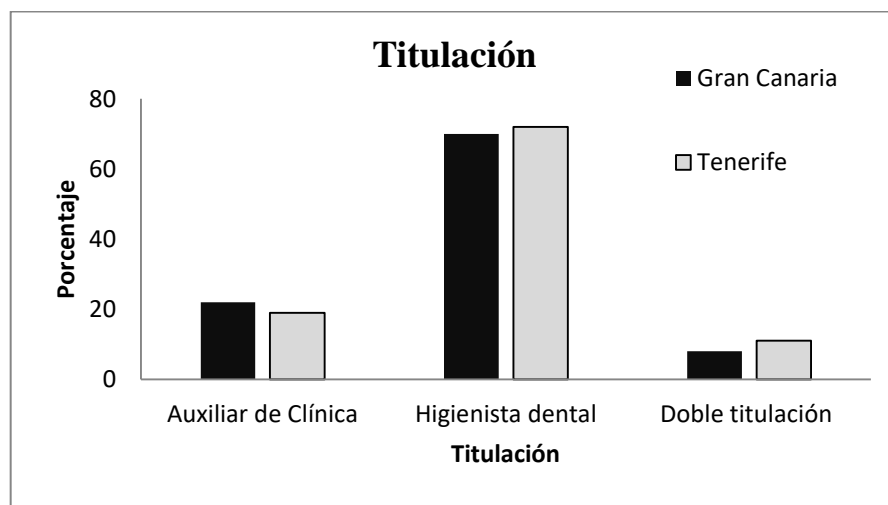
De las 128 personas encuestadas el 71% son Higienistas dentales y el 20% son Auxiliares de clínica. Un 9% indicó tener doble titulación.

No hay diferencias significativas en las distribuciones de frecuencias en estas tres categorías entre Gran Canaria y Tenerife ( $\chi^2 = 0.08$ , gl = 2, p = 0.9608).

**Tabla 38:** Frecuencias y porcentajes de titulación por lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife)

Titulación	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Auxiliar de Clínica	13 (22%)	13 (19%)	26 (20%)
Higienista dental	43 (70%)	48 (72%)	91 (71%)
Doble titulación	5 (8%)	6 (11%)	11 (9%)
Total	61	67	128

**Gráfico 32:** Porcentaje de Auxiliares de clínica, Higienistas dentales y profesionales con doble titulación en Gran Canaria y Tenerife.



#### 4.1.8 Año de Graduación

De los 120 encuestados que respondieron a este ítem, el 43% se graduó entre 2010 y 2015, un 26% entre 2001 y 2010, un 24% entre 1991 y 2000, y un 8% se graduó antes de 1990.

Cuando se comparan las distribuciones de frecuencias en estas cuatro categorías entre Gran Canaria y Tenerife, hay diferencias significativas (Test Exacto de Fisher  $p = 0.0083$ ) y una fuerte asociación entre las variables (V de Cramer = 0.326,  $p = 0.005$ ).

En Tenerife hubo un mayor número de graduados que en Gran Canaria en el período 1991-2000 y después del 2010, mientras que en Canarias hubo un mayor número de graduados en el período 2001-2010.

**Tabla 39:** Frecuencias y porcentajes por períodos de años de graduación por lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife)

Año de graduación	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
< 1990	2 (4%)	7 (11%)	9 (8%)
1991 - 2000	10 (19%)	18 (28%)	28 (24%)
2001-2010	22 (41%)	9 (14%)	31 (26%)
> 2010	21 (37%)	31 (48%)	52 (43%)
Total	55	65	120

## **4.2 Segunda parte: Formación profesional**

### **4.2.1 Asistencia a cursos y congresos**

En cuanto a la asistencia a congresos y cursos, se observa una alta participación en este tipo de actividades de formación. El 67% asiste a congresos dos o más veces al año y solo el 3% no asiste a cursos y congresos.

Cuando se comparan las distribuciones de frecuencias de las cuatro categorías se observan diferencias significativas entre Gran Canaria y Tenerife (Test Exacto de Fisher  $p = 0.00297$  y V de Cramer = 0.316,  $p = 0.005$ ).

Un mayor porcentaje de los profesionales de Gran Canaria asisten a cursos o congresos dos o más veces al año (82%), mientras que un 41% de los profesionales de Tenerife asiste solo una vez al año.

**Tabla 40:** Frecuencias y porcentajes de las categorías de asistencia a congresos y cursos de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife)

Asistencia a congresos y cursos	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
No asiste	0	4 (6%)	4 (3%)
Una vez al año	11 (18%)	26 (41%)	37 (30%)
Dos veces al año	25 (42%)	18 (29%)	43 (35%)
3 o más veces al año	24 (40%)	15 (24%)	39 (32%)
Total	60	63	123

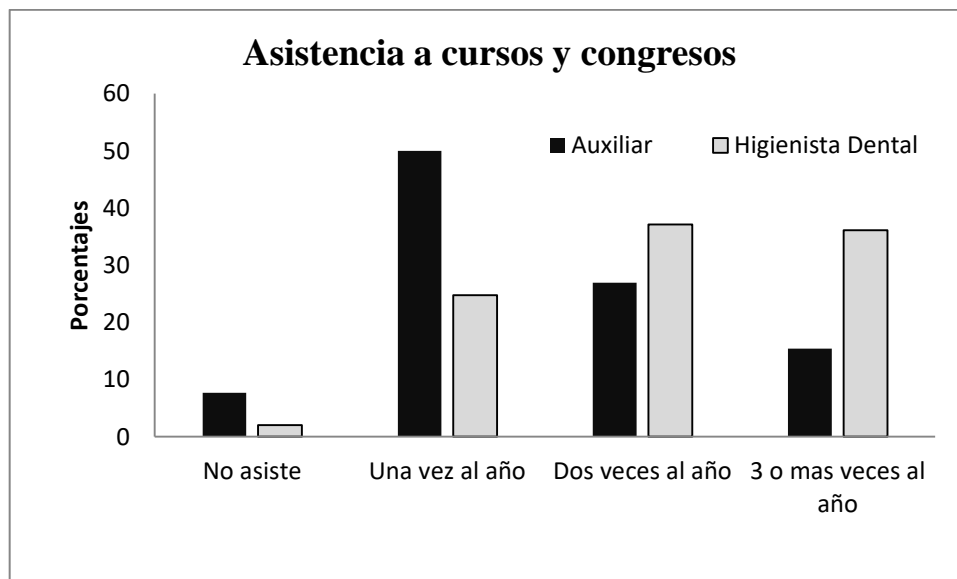
Cuando se compara la asistencia a congresos y cursos de acuerdo a la titulación, los higienistas dentales asisten más frecuentemente a actividades de formación (congresos y cursos) que los auxiliares (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.01717$ ). Hay una moderada asociación entre estas variables (V de Cramer = 0.273,  $p = 0.029$ ).

El 50% de los auxiliares asiste al menos una vez al año a actividades de formación, mientras que el 73% de los higienistas dentales asiste dos a más veces al año.

**Tabla 41:** Frecuencias y porcentajes de las categorías de asistencia a congresos y cursos de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Asistencia a congresos y cursos	Titulación			
	Auxiliar		Higienista Dental	
No asiste	2	(8%)	2	(2%)
Una vez al año	13	(50%)	24	(25%)
Dos veces al año	7	(27%)	36	(37%)
3 o más veces al año	4	(15%)	35	(36%)
Total	26		97	

**Gráfico 33:** Porcentaje de individuos en las categorías de asistencia a congresos y cursos.



De las 125 personas que respondieron a la pregunta acerca de suscripciones a revistas científicas y membresía a sociedades técnico-especialistas, el 78% no está suscrito a ninguna revista científica ni sociedad científica.

No hay diferencias significativas entre Gran Canaria y Tenerife en las proporciones de personas suscritas o no a sociedades y revistas científicas ( $\chi^2 = 0.73$ , gl = 1, p = 0.394)

Cuando se examina la asistencia a cursos y congresos de acuerdo a la cantidad de años que llevan trabajando los profesionales encuestados, se observa en todas las categorías de años de trabajo, más del 56% asiste dos o más veces al año a cursos o a congresos. No hay diferencia significativa en la asistencia a cursos y congresos según los años de trabajo (Text Exacto de Fisher, p = 0.834).

**Tabla 42:** Frecuencia y porcentajes de las categorías de asistencia a cursos y congresos por número de años trabajados.

Asistencia cursos y congresos	Años Trabajando				Total
	< 1 año	1 a 3 años	3 a 10 años	>10 años	
No asiste		1 (3%)	1 (6%)	1 (2%)	3 (3%)
1 vez al año	5 (38%)	9 (31%)	3 (18%)	13 (29%)	30 (29%)
2 veces al año	5 (38%)	12 (41%)	5 (29%)	16 (36%)	38 (37%)
3 o más veces al año	3 (23%)	7 (24%)	8 (47%)	15 (33%)	33 (32%)
Total	13	29	17	45	104



**Tabla 43:** Frecuencias y porcentajes de las categorías de suscripción a revistas científicas y membresía a sociedades científicas por lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife)

Suscripción a revistas y sociedades científicas	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
No	49 (82%)	49 (78%)	98 (78%)
Si	11 (18%)	16 (16%)	27 (22%)
Total	60	65	125

#### 4.2.2 Suscripción a revistas científicas o membresía a sociedades científicas

Cuando se compara la suscripción a revistas científicas o membresía a sociedades científicas de acuerdo a la titulación, la diferencia entre profesionales es significativa (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.0013$ ). Existe una moderada asociación entre las variables (V de Cramer = 0.271,  $p = 0.002$ )

El 27% de los higienistas dentales está suscrito a publicaciones o es miembro de alguna sociedad, mientras que ninguno de los auxiliares lo hace.

**Tabla 44:** Frecuencias y porcentajes de las categorías de suscripción a revistas científicas y membresía a sociedades científicas de acuerdo a titulación (Auxiliares e Higienistas dentales).

Suscripción a revistas y sociedades científicas	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
No	25 (100%)	73 (73%)
Si		27 (27%)
Total	25	100

#### 4.2.3 Percepción sobre la formación

Con respecto a la percepción de los encuestados sobre su formación actual en cuanto a las funciones que realiza, el 43% considera que la formación es mejorable y el 54% que es buena o muy buena.

No hay diferencias significativas (Test Exacto de Fisher  $p = 0.635$ ) cuando se compara la percepción de profesionales de Gran Canaria y Tenerife.

**Tabla 45:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de percepción de la formación actual por lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Percepción de la formación actual	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Deficiente	3 (5%)	2 (3%)	5 (4%)
Mejorable	23 (38%)	32 (48%)	55 (43%)
Buena	32 (52%)	29 (44%)	61 (48%)
Muy buena	3 (5%)	3 (5%)	6 (6%)
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>66</b>	<b>127</b>

No hay diferencias significativas en la percepción de la formación actual entre auxiliares e higienistas dentales (Text Exacto de Fisher,  $p = 0.7798$ ).

Entre 50% y 42% de los profesionales consideran la formación mejorable y entre el 46% y el 49% la consideran buena. Sólo un 6% de los higienistas dentales valoraron la formación como muy buena.

**Tabla 46:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de percepción de la formación actual de acuerdo a titulación.

Percepción de la formación actual	Titulación			
	Auxiliar		Higienista Dental	
Deficiente	1	(4%)	4	(4%)
Mejorable	13	(50%)	42	(42%)
Buena	12	(46%)	49	(49%)
Muy buena			6	(6%)
Total	26		101	

#### 4.2.4 Percepción planes de estudio respecto formación teórico-práctica

En cuanto a la percepción de los planes de estudio respecto a la formación teórico-práctica recibida, un 57% de los encuestados considera que es mejorable, mientras que un 39% considera que es buena o muy buena.

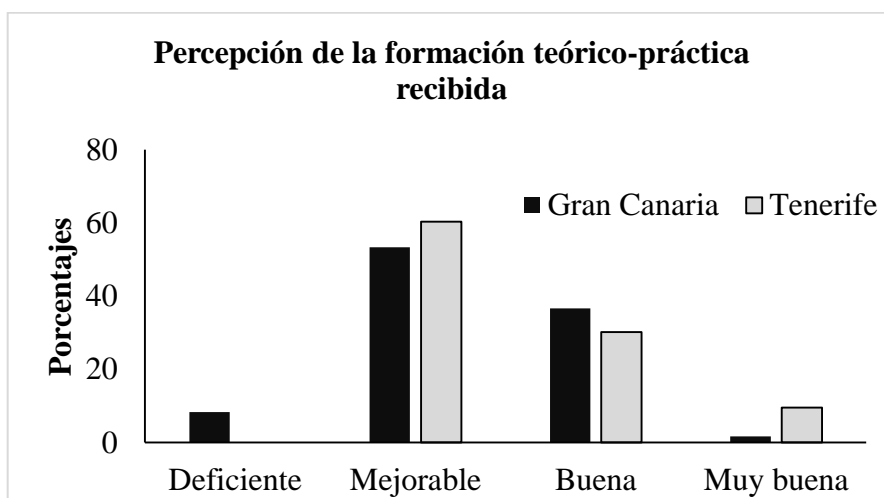
Cuando se compara Gran Canaria con Tenerife, hay diferencias significativas en la percepción de los participantes (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.0237$ ) y una débil asociación entre las variables, (V de Cramer = 0.274,  $p = 0.021$ ).

En Gran Canaria, un 8% considera que los planes de estudios son deficientes, mientras que en Tenerife, un 10% los considera muy buenos.

**Tabla 47:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de percepción de la formación teórico-práctica recibida de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Percepción de los planes de estudio	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Deficiente	5 (8%)		5 (4%)
Mejorable	32 (53%)	38 (60%)	70 (57%)
Buena	22 (37%)	19 (30%)	41 (33%)
Muy buena	1 (2%)	6 (10%)	7 (6%)
Total	60	63	123

**Gráfico 34:** Porcentajes de individuos en las categorías de percepción de los planes de estudio para Gran Canaria y Tenerife.



No hay diferencias significativas en la percepción de los planes de estudio con respecto a la formación teórico-práctica entre auxiliares e higienistas dentales (Text Exacto de Fisher,  $p = 0.4471$ ).

Entre 48% y 59% de los profesionales consideran los planes de estudio como mejorables y el 37% la consideran buena o muy buena.

**Tabla 48:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de percepción de la formación teórico-práctica recibida de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Percepción de la formación actual	Titulación			
	Auxiliar		Higienista Dental	
Deficiente	1	(4%)	4	(4%)
Mejorable	11	(48%)	59	(59%)
Buena	10	(31%)	31	(31%)
Muy buena	1	(6%)	6	(6%)
Total	23		100	

### **4.3 Tercera parte: Situación laboral**

#### **4.3.1 Situación laboral**

De los 128 encuestados, el 87% se encuentra trabajando y el 11% en formación, solo un 2% reportó estar desempleado.

El porcentaje de personas trabajando fue mayor en Gran Canaria que en Tenerife, mientras que profesionales en situación de formación sólo se reportaron en Tenerife. Únicamente tres profesionales de Gran Canaria indicaron estar en condición de desempleo.

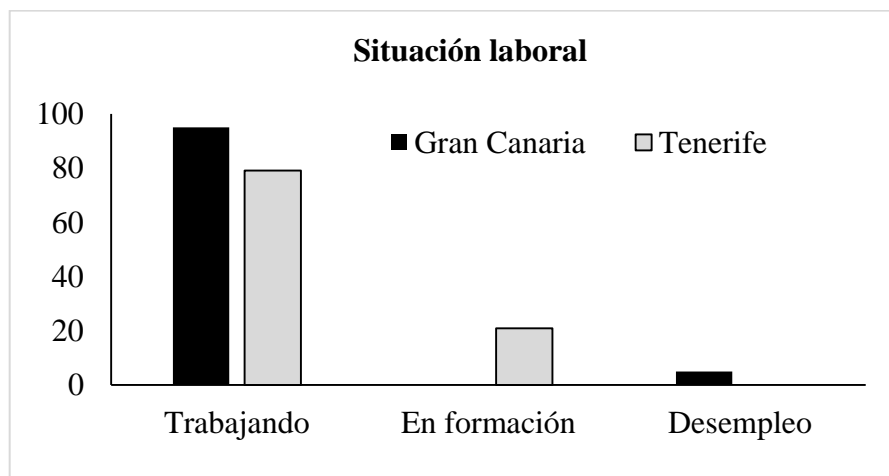
Las diferencias entre Gran Canaria y Tenerife con respecto la situación laboral son significativas (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.0000$ ), con una fuerte asociación entre estas variables (V de Cramer = 0.330,  $p = 0.000$ ).

Hay un mayor porcentaje de profesionales trabajando en Gran Canaria.

**Tabla 49:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de la situación laboral de acuerdo a residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Situación laboral	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Trabajando	58 (95%)	53 (79%)	111 (87%)
En formación		14 (21%)	14 (11%)
Desempleo	3 (5%)		3 (2%)
Total	61	67	128

**Gráfico 35:** Porcentaje de individuos en las categorías de situación laboral en Gran Canaria y Tenerife.





Cuando se compara la situación laboral de auxiliares e higienistas dentales, no hay diferencia significativa, (Test Exacto de Fisher,  $p > 0.999$ ), en las proporciones de profesionales en las categorías consideradas.

Más del 86% de los profesionales se encuentran trabajando.

**Tabla 50:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de situación laboral para Auxiliares e Higienistas dentales.

Situación laboral	Titulación			
	Auxiliar		Higienista Dental	
Trabajando	23	(88%)	88	(86%)
En formación	3	(12%)	11	(11%)
Desempleo			3	(3%)
Total	26		102	

#### 4.3.2 Años trabajando

Un 14% de los encuestados lleva trabajando menos de un año, mientras que un 45% trabaja hace más de 10 años. El 61% trabaja hace más de tres años.

Los profesionales de Gran Canaria y Tenerife no presentan diferencias significativas en la distribución de frecuencias en las categorías de años trabajando consideradas ( $\chi^2 = 2.56$  gl = 3,  $p = 0.4645$ ).

**Tabla 51:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de años que llevan trabajando de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Años trabajando	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Menos de un año	5 (9%)	10 (19%)	15 (14%)
De 1 a 3 años	16 (28%)	12 (23%)	28 (25%)
De 3 a 10 años	10 (17%)	8 (15%)	18 (16%)
Más de 10 años	27 (47%)	23 (43%)	50 (45%)
Total	58	53	111

El 72% de los auxiliares y el 56% de los higienistas dentales están trabajando hace más de 3 años.

Cuando se comparan los años trabajando entre Auxiliares e Higienistas dentales se observa que no hay diferencias en la distribución de frecuencias entre las categorías consideradas (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.2648$ ).

**Tabla 52:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de años que llevan trabajando de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Años trabajando	Titulación	
	Auxiliar	Higienista
menos de un año	2 (8%)	14 (16%)
de 1 a 3 años	5 (20%)	25 (28%)
de 3 a 10 años	7 (28%)	11 (12%)
más de 10 años	11 (44%)	39 (44%)
Total	25	89

### 4.3.3 Jornada laboral

En cuanto al tipo de jornada laboral, el 78% de los encuestados trabaja a jornada laboral completa.

No hay diferencias significativas entre Gran Canaria y Tenerife en las proporciones de profesionales en estas dos categorías ( $\chi^2 = 0.01$ , gl = 1, p = 0.9203).

**Tabla 53:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de tipo jornada laboral según lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Jornada laboral	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Completa	45 (79%)	46 (78%)	91 (78%)
Parcial	12 (21%)	13 (22%)	25 (22%)
Total	57	59	116

Cuando se comparan Auxiliares e Higienistas dentales en cuanto al tipo de jornada laboral, un 77% de los auxiliares trabaja a jornada completa mientras que un 79% de los higienistas se encuentra en esta categoría.

No hay diferencias significativas entre Auxiliares e Higienistas dentales en las proporciones en estas dos categorías ( $\chi^2 = 0.046$ , gl = 1, p = 0.830)

**Tabla 54:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de tipo jornada laboral de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Jornada laboral	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
Completa	20 (77%)	71 (79%)
Parcial	6 (23%)	19 (21%)
Total	26	90

#### 4.3.4 Horas semanales

El 85% de los profesionales trabaja más de 30 horas semanales y un 15% trabaja menos de 30 horas semanales. No hay diferencias significativas en las frecuencias de las categorías de horas semanales consideradas entre Gran Canaria y Tenerife (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.5279$ ).

**Tabla 55:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de horas semanales trabajadas de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife)

Horas semanales	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
de 11 a 20 horas	1 (2%)	2 (3%)	3 (3%)
de 21 a 30 horas	6 (10%)	8 (13%)	14 (12%)
de 31 a 40 horas	22 (38%)	28 (47%)	50 (42%)
más de 40 horas	29 (50%)	22 (37%)	51 (43%)
Total	58	60	118

El 80% de los auxiliares y el 86% de los higienistas dentales trabajan más de 30 horas semanales.

No hay diferencias significativas en las frecuencias de las categorías de horas semanales consideradas entre Auxiliares e Higienistas dentales (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.7196$ ).

**Tabla 56:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de horas semanales trabajadas de acuerdo titulación (Auxiliar e Higienista dental).

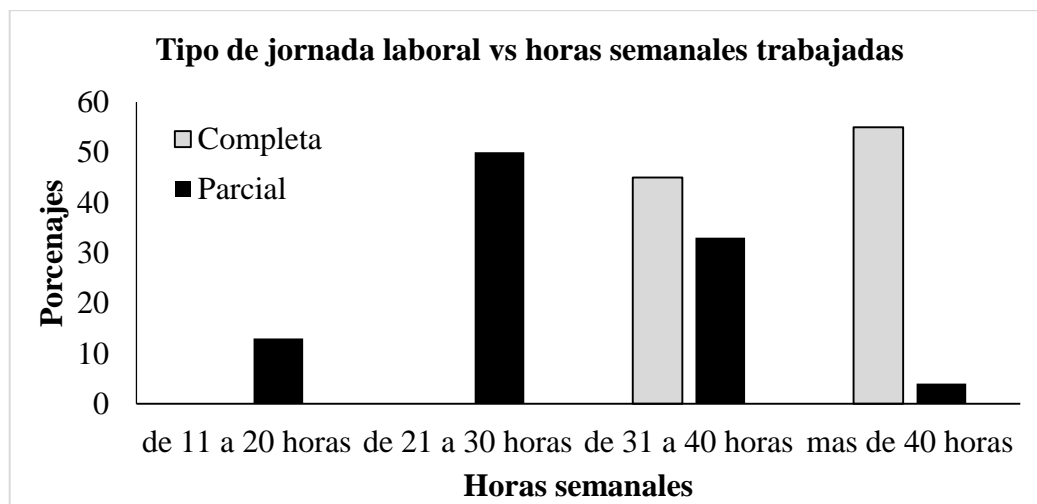
Horas semanales	Titulación	
	Auxiliar	Higienista
de 11 a 20 horas	1 (4%)	2 (2%)
de 21 a 30 horas	4 (15%)	10 (11%)
de 31 a 40 horas	10 (38%)	40 (43%)
más de 40 horas	11 (42%)	40 (43%)
Total	26	92

Cuando se considera el tipo de jornada laboral reportada por los encuestados y el número de horas trabajadas, se observa que el 37% de los participantes, que reportaron jornada parcial y trabajan más de 30 horas semanales.

**Tabla 57:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las categorías de horas semanales trabajadas de acuerdo al tipo de jornada laboral reportada por los encuestados.

Horas semanales	Jornada laboral	
	Completa	Parcial
de 11 a 20 horas		3 (13%)
de 21 a 30 horas		12 (50%)
de 31 a 40 horas	41(45%)	8 (33%)
más de 40 horas	50 (55%)	1 (4%)
Total	91	24

**Gráfico 36:** Porcentajes de individuos en jornada laboral completa y parcial para las distintas categorías de número de horas semanales de trabajo.





### 4.3.5 Contrato laboral

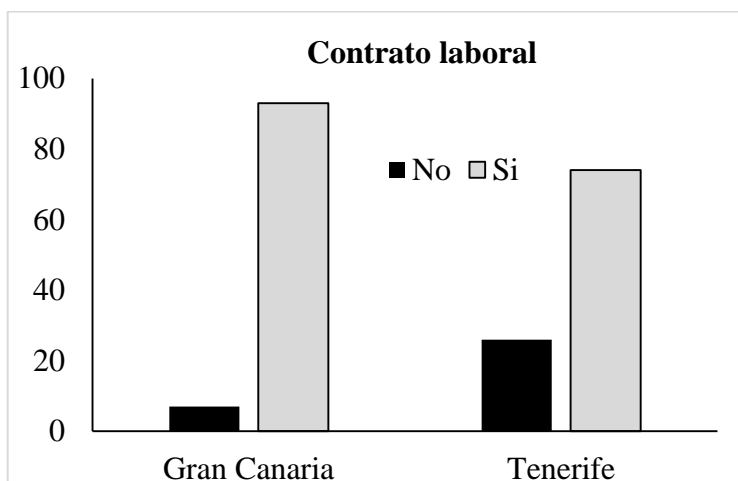
El 83% de las personas encuestadas tiene contrato laboral, mientras que un 17% no tiene contrato.

Cuando se comparan los profesionales de Gran Canaria con los de Tenerife, hay una mayor proporción de personas sin contrato laboral en Tenerife (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.0073$  y  $V$  de Cramer = 0.253,  $p = 0.007$ ). La asociación entre estas variables es moderada.

**Tabla 58:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de contratación laboral de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Contrato Laboral	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
No	4 (7%)	17 (26%)	21 (17%)
Si	53 (93%)	48 (74%)	101 (83%)
Total	57	65	122

**Gráfico 37:** Porcentaje de individuos con y sin contrato laboral en Gran Canaria y Tenerife.



Las proporciones de Auxiliares e Higienistas dentales con y sin contrato laboral son similares (Test Exacto de Fisher,  $p > 0.999$ ).

El 85% de los auxiliares y el 82% de los higienistas dentales tienen contrato laboral.

**Tabla 59:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de contratación laboral de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Contrato Laboral	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
No	4 (15%)	17 (18%)
Si	22 (85%)	79 (82%)
Total	26	96

El 75% de los encuestados tiene contrato laboral fijo mientras que un 26% tiene algún otro tipo de contrato (temporal, en formación u otro).

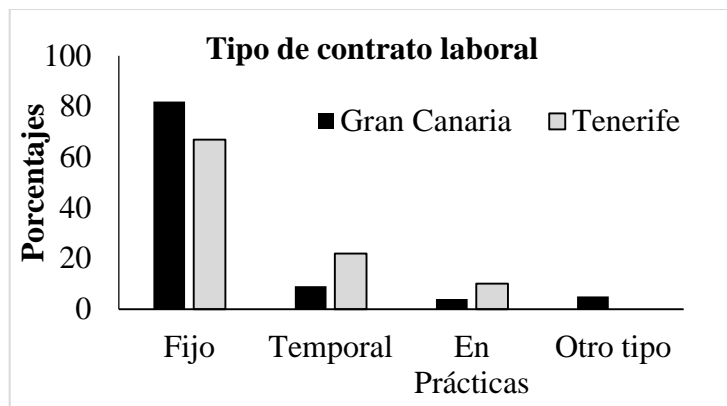
Cuando se compara Gran Canaria con Tenerife hay diferencias significativas en las distribuciones de frecuencias por lugar de residencia (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.0225$ ), con una moderada asociación entre el lugar de residencia y el tipo de contrato laboral (V de Cramer = 0.283,  $p = 0.02$ )

Se observa que en Gran Canaria hay una mayor proporción de profesionales con contrato laboral fijo (82% vs 67%), mientras que en Tenerife hay una mayor proporción de profesionales con contrato temporal y en prácticas.

**Tabla 60:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de tipo de contrato laboral de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Tipo de contrato laboral	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Fijo	46 (82%)	39 (67%)	85 (75%)
Temporal	5 (9%)	13 (22%)	18 (16%)
En Prácticas	2 (4%)	6 (10%)	8 (7%)
Otro tipo	3 (5%)		3 (3%)
	56	58	114

**Gráfico 38:** Porcentaje de individuos según el tipo de contrato laboral en Gran Canaria y Tenerife.



El 75% de los Auxiliares y el 74% de los Higienistas dentales tienen contrato fijo, mientras que el 17% de los Auxiliares y el 16% de los Higienistas dentales tienen contrato temporal. Las proporciones de profesionales con los distintos tipos de contrato fue similar entre Auxiliares e Higienistas dentales (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.9623$ ).

**Tabla 61:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de tipo de contrato laboral de acuerdo a titulación (Auxiliares e Higienistas dentales).

Tipo de contrato laboral	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
Fijo	18 (75%)	67 (74%)
Temporal	4 (17%)	14 (16%)
En Prácticas	2 (8%)	6 (7%)
Otro tipo		3 (3%)
Total	24	90

### 4.3.6 Sector laboral

El 91% de los entrevistados trabaja en el sector privado mientras que el 6% trabaja en el sector público.

No hay diferencias significativas entre Gran Canaria y Tenerife en las proporciones de profesiones trabajando en los distintos sectores (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.5511$ ).

**Tabla 62:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de sector laboral de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria vs Tenerife).

Sector	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Privado	53 (95%)	59 (88%)	112 (91%)
Publico	2 (4%)	5 (8%)	7 (6%)
Ambos	1 (1%)	3 (4%)	5(3%)
Total	56	67	123

El 96% de los auxiliares y 90% de los higienistas dentales incluidos en la encuesta trabajan en el sector privado. Un 4% de los higienistas dentales trabajan tanto en el sector público como en el sector privado.

No hay diferencias significativas entre los sectores de trabajo entre auxiliares e higienistas dentales (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.8466$ ).

**Tabla 63:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de sector laboral de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Sector	Titulación	
	Auxiliar	Higienista dental
Privado	25 (96%)	87 (90%)
Publico	1 (4%)	6 (6%)
Ambos		4 (4%)
Total	26	97

Sólo el 13% de los encuestados trabaja en más de una consulta, mientras que el 87% desempeña funciones en solo una consulta.

No hay diferencias significativas entre Gran Canaria y Tenerife en las proporciones de las categorías consideradas ( $\chi^2 = 0.33$ , gl = 1, p = 0.5657).

**Tabla 64:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las respuestas a la pregunta: ¿Trabaja en más de una consulta? de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Más de una consulta	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
No	49 (85%)	60 (90%)	109 (87%)
Si	9 (15%)	7 (10%)	16 (13%)
Total	58	67	125

De los 26 auxiliares encuestados, sólo uno indico trabajar en más de una consulta, mientras que el 15% de los Higienistas dentales se desempeña sus funciones en más de una consulta.

No hay diferencia entre Auxiliares e Higienistas dentales (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.2993$ )

**Tabla 65:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las respuestas a la pregunta: ¿Trabaja en más de una consulta? de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Más de una consulta	Titulación	
	Auxiliar	Higienista
No	25 (96%)	84 (85%)
Si	1 (4%)	15 (15%)
Total	26	99

El 26% de los encuestados en Tenerife y el 28% de Gran Canaria tienen otro trabajo además del odontológico.

No hay diferencia significativa entre Gran Canaria y Tenerife ( $\chi^2 = 0.057$ , gl = 1, p = 0.812).



**Tabla 66:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las respuestas a la pregunta: ¿Realiza otro trabajo además del odontológico? de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife)

Otro trabajo	Lugar de Residencia	
	Gran Canaria	Tenerife
No	41 (72%)	48 (74%)
Si	16 (28%)	17 (26%)
Total	57	65

De los 26 auxiliares, sólo 5 tienen otro trabajo además del odontológico, mientras que el 29% de los higienistas dentales trabaja en otra cosa.

No hay diferencia significativa entre Auxiliares e higienistas dentales ( $\chi^2 = 0.58$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.4463$ ).

**Tabla 67:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las respuestas a la pregunta: ¿Realiza otro trabajo además del odontológico? de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Otro trabajo	Titulación	
	Auxiliar	Higienista
No	21 (83%)	68 (71%)
Si	5 (17%)	28 (29%)
Total	26	96

#### 4.3.7 Salario

El 76% de los encuestados gana menos de 1.000€, mientras que el 24% gana por encima de los 1.000€.

No hay diferencia significativa en la distribución de frecuencias en las categorías de cuantía de ingresos entre Gran Canaria y Tenerife (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.0781$ ).

**Tabla 68:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de cuantía de los ingresos de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife)

Cuantía de ingresos	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Entre 200 y 500 €	4 (7%)	10 (17%)	14 (12%)
Entre 500 y 1000 €	42 (72%)	33 (56%)	75 (64%)
Entre 1000 y 2000 €	12 (21%)	13 (22%)	25 (21%)
Más de 2000 €		3 (5%)	3 (3%)
	58	59	117

Cuando se analiza la cuantía de los ingresos, únicamente 2 de los 25 auxiliares encuestados, un (8%) reporta un salario mayor a 1.000€, mientras que un 28% de los higienistas dentales tienen un salario superior a 1.000€.

No hay diferencias significativas en las categorías de cuantía de ingresos entre auxiliares e higienistas dentales (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.118$ )

**Tabla 69:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de cuantía de los ingresos de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Cuantía de ingresos	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
Entre 200 y 500 €	2 (8%)	10 (13%)
Entre 500 y 1000 €	21 (84%)	54 (59%)
Entre 1000 y 2000 €	2 (8%)	23 (25%)
Más de 2000 €		3 (3%)
	25	92

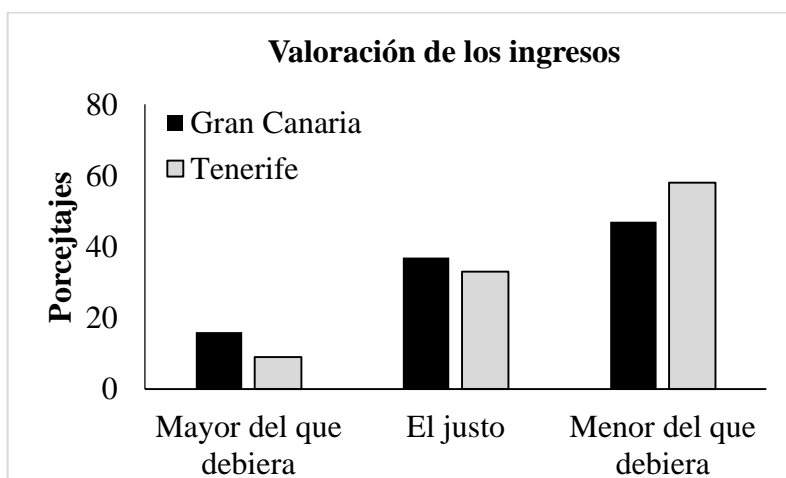
Cuando se consulta sobre la percepción de los ingresos, el 71% de los profesionales de Gran Canaria considera que sus ingresos son menores de lo que debiera mientras que el 16% de los profesionales de Tenerife considera que sus ingresos son mayores del que debiera.

Hay diferencia significativa entre Gran Canaria y Tenerife (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.0007$  y  $V$  de Cramer = 0.327). Existe una asociación moderada entre la percepción de los ingresos y el lugar de residencia.

**Tabla 70:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de valoración de los ingresos según lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Valoración de los ingresos	Lugar de Residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Mayor del que debiera		10 (16%)	10(9%)
El justo	17 (29%)	23 (37%)	40 (33%)
Menor del que debiera	41 (71%)	29 (47%)	70 (58%)
	58	62	120

**Gráfico 39:** Porcentaje de individuos en las categorías de valoración de los ingresos en Gran Canaria y Tenerife.



En la percepción de sus ingresos el 54% de los auxiliares y el 60% de los higienistas dentales consideran sus ingresos menores de lo que debiera mientras que un

11% de los auxiliares y un 7% de los higienistas considera los ingresos mayores de lo que debiera.

No hay diferencia entre auxiliares e higienistas dentales (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.7058$ ) en las categorías consideradas para este ítem de la encuesta.

**Tabla 71:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de valoración de los ingresos según titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Valoración de los ingresos	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
Mayor del que debiera	3 (11%)	7 (7%)
El justo	9 (35%)	31 (33%)
Menor del que debiera	14 (54%)	56 (60%)
	26	94

#### 4.3.8 Ritmo de trabajo

Un 80% de los profesionales considera el ritmo de trabajo alto o agobiado mientras sólo un 5% lo percibe como bajo o relajado.

Estas proporciones son similares en Gran Canaria y Tenerife (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.212$ ).

**Tabla 72:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de valoración de los del ritmo de trabajo de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife)

Ritmo de trabajo	Lugar de Residencia		
	Gran Canaria	Tenerife	Total
Relajado		3 (5%)	3 (2%)
Bajo	2 (3%)	2 (3%)	2 (3%)
Medio	10 (17%)	8 (12%)	18 (15%)
Alto	21 (36%)	33 (50%)	54 (44%)
Agobiado	25 (43%)	20 (30%)	45 (36%)
	58	66	124

El 92% de los auxiliares y el 77% de los higienistas perciben el ritmo de trabajo como alto o agobiado.

No hay diferencia significativa entre Auxiliares e Higienistas dentales (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.303$ ).

**Tabla 73:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) en las categorías de valoración de los del ritmo de trabajo de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Ritmo de trabajo	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
Relajado	1 (4%)	2 (2%)
Bajo		4 (4%)
Medio	1 (4%)	17 (17%)
Alto	13 (50%)	41 (42%)
Agobiado	11 (42%)	34 (35%)
	26	98

#### **4.4 Cuarta parte: Consultas en las que trabajan**

##### **4.4.1 Funciones odontológicas.**

Las funciones que registraron menores frecuencias son las de Odontopediatría y Terapéutica dental (78% y 71% respectivamente).

No hay diferencias significativas en las proporciones de las funciones entre Gran Canaria y Tenerife ( $\chi^2 = 0.15$ , gl = 6, p = 0.999).



**Tabla 74:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas afirmativas a las funciones odontológicas que se realizan en las consultas donde se desempeñan los profesionales encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Funciones en las consultas	Lugar de residencia		Total (n = 125)
	Gran Canaria (n = 58)	Tenerife (n = 67)	
Prótesis	53 (91%)	56 (84%)	109 (87%)
Periodoncia	54 (93%)	57 (85%)	111 (89%)
Odontopediatría	49 (84%)	49 (73%)	98 (78%)
Preventiva	55 (95%)	58 (87%)	113 (90%)
Ortodoncia	52 (90%)	53 (79%)	105 (84%)
Cirugía	54 (83%)	57 (85%)	111 (89%)
Terapéutica Dental	45 (78%)	44 (66%)	89 (71%)

Para cada individuo de la muestra se calculó la amplitud de las funciones odontológicas que realizan en las consultas donde trabajan, como la suma de las respuestas afirmativas en cada función. El rango de esta nueva variable es de 1 a 7. Dado que las frecuencias en las primeras cuatro categorías fueron muy bajas, se agrupan en una sola categoría ( $\leq 4$  funciones).

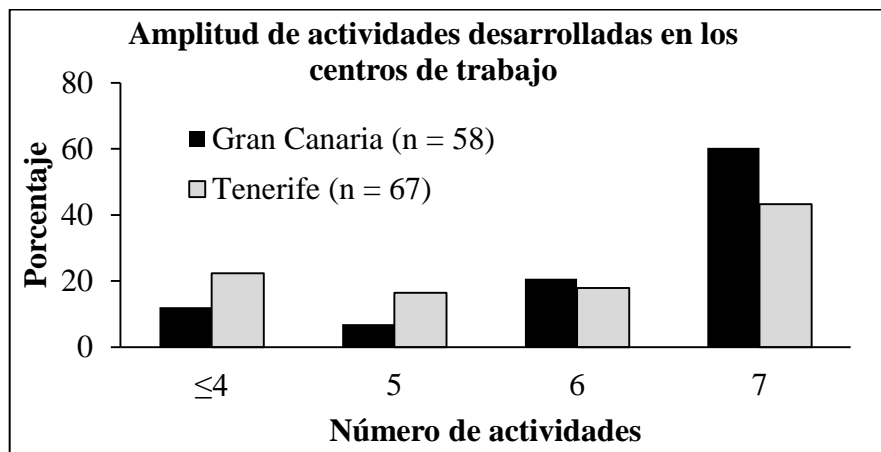
En cuanto a la amplitud de funciones que se desarrollan en las consultas donde trabajan los profesionales entrevistados, en un 81% de los casos en Gran Canaria se realizan 6 o más de las funciones consideradas, mientras que en Tenerife el 61% de las consultas realizan 6 o más de las funciones.

No hay diferencias significativas entre Gran Canaria y Tenerife ( $\chi^2 = 6.12$ . gl = 3, p = 0.1059) en cuanto a la proporción de consultas en las distintas categorías consideradas.

**Tabla 75:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) del número de funciones odontológicas que se realizan en las consultas donde realizan su trabajo los profesionales encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Numero de funciones	Lugar de residencia	
	Gran Canaria (n = 58)	Tenerife (n = 67)
≤4	7 (12%)	15 (22%)
5	4 (7%)	11 (16%)
6	12 (21%)	12 (18%)
7	35 (60%)	29 (43%)

**Gráfico 40:** Porcentaje de individuos en las categorías de amplitud de actividades desarrolladas en los centros de trabajo para Gran Canaria y Tenerife.

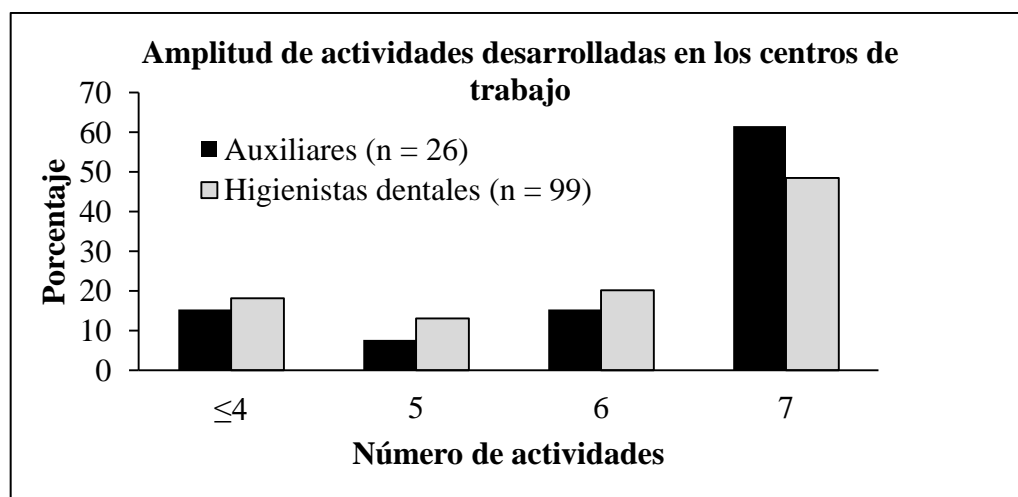


Cuando se comparan las consultas en las que trabajan los auxiliares y los higienistas, se observa que no hay diferencias significativas (Test Exacto de Fisher,  $p = 07718$ ). En el 77% de las consultas donde trabajan los auxiliares encuestados se realizan 6 o más de las funciones mientras que en el 68% de las consultas donde trabajan los higienistas se desarrollan 6 o más funciones.

**Tabla 76:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) del número de funciones odontológicas que se realizan en las consultas donde realizan su trabajo los profesionales encuestados de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Número de funciones	Titulación	
	Auxiliares (n = 26)	Higienistas dentales (n = 99)
≤4	4 (15%)	18 (18%)
5	2 (8%)	13 (13%)
6	4 (15%)	20 (20%)
7	1 (62%)	48 (48%)

**Gráfico 41:** Porcentaje de individuos en las categorías de amplitud de actividades desarrolladas en los centros de trabajo para Auxiliares e Higienistas dentales.

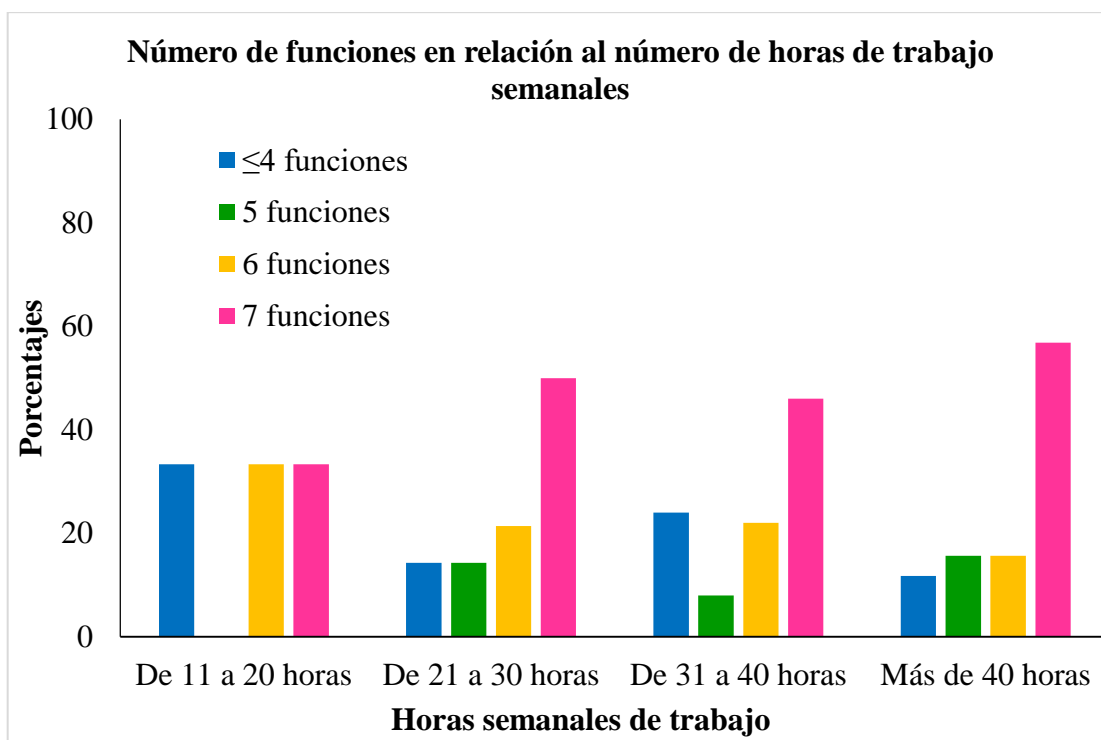


Cuando se compara el número de funciones odontológicas que realizan auxiliares e higienistas dentales en función del número de horas semanales que trabajan, se observa que las mayores frecuencias se encuentran en la categoría de 7 funciones. Un 54% de los que trabajan entre 21 y 30 horas semanales, un 45% de los que trabajan de 31 a 40 horas y un 57% de los que trabajan más de 40 horas, realizan 7 funciones. No hay diferencia significativa en las frecuencias del número de funciones que realizan los profesionales de acuerdo al número de horas semanales que trabajan (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.455$ ).

**Tabla 77:** Frecuencia (porcentaje en paréntesis) de profesionales en las categorías de horas semanales que trabajan en relación al número de funciones odontológicas que realizan.

Horas semanales que trabaja					
Número de funciones	de 11 a 20 horas	de 21 a 30 horas	de 31 a 40 horas	más de 40 horas	Total
≤4	1 (33%)	2 (15%)	12 (26%)	6 (12%)	20
5		2 (15%)	4 (8%)	8 (16%)	14
6	1 (33%)	2 (15%)	10 (21%)	7 (14%)	20
7	1 (33%)	7 (54%)	21 (45%)	28 (57%)	57
<b>Total</b>	3	13	47	49	111

**Gráfico 42:** Frecuencias del número de funciones en relación al número de horas de trabajo semanales.

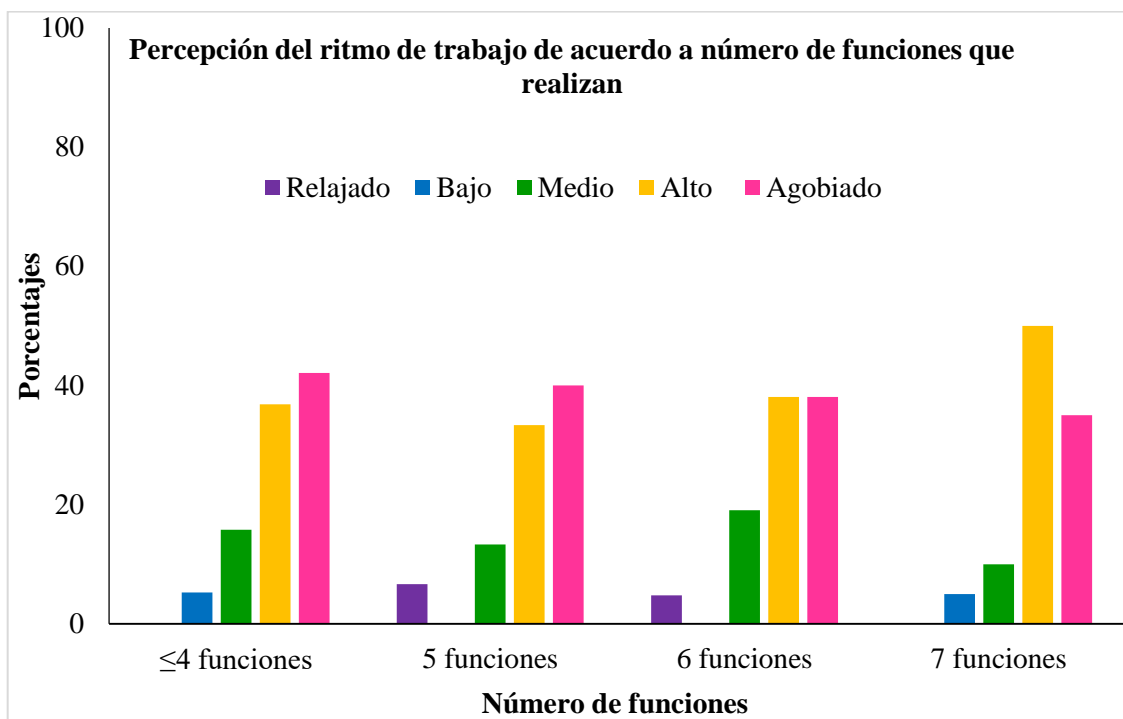


Cuando se examina el número de funciones odontológicas que realizan auxiliares e higienistas dentales en función del ritmo de trabajo, se observa que entre el 76 y el 85% considera el ritmo de trabajo alto o agobiado. No hay diferencias significativas en la percepción del ritmo de trabajo de acuerdo al número de funciones que realizan (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.661$ ).

**Tabla 78:** Frecuencia (porcentaje en paréntesis) de profesionales en las categorías de ritmo de trabajo en relación al número de funciones odontológicas que realizan.

Ritmo de trabajo	Número de funciones				Total
	≤4 funciones	5 funciones	6 funciones	7 funciones	
Relajado		1 (7%)	1 (5%)		2
Bajo	1 (5%)			3 (5%)	4
Medio	3 (16%)	2 (13%)	4 (19%)	6 (10%)	15
Alto	7 (37%)	5 (33%)	8 (38%)	30 (50%)	50
Agobiado	8 (42%)	6 (44%)	8 (38%)	21 (35%)	43
Total	19	15	21	60	115

**Gráfico 43:** Frecuencia de las categorías de percepción del ritmo de trabajo de acuerdo al número de funciones que realizan los profesionales encuestados.



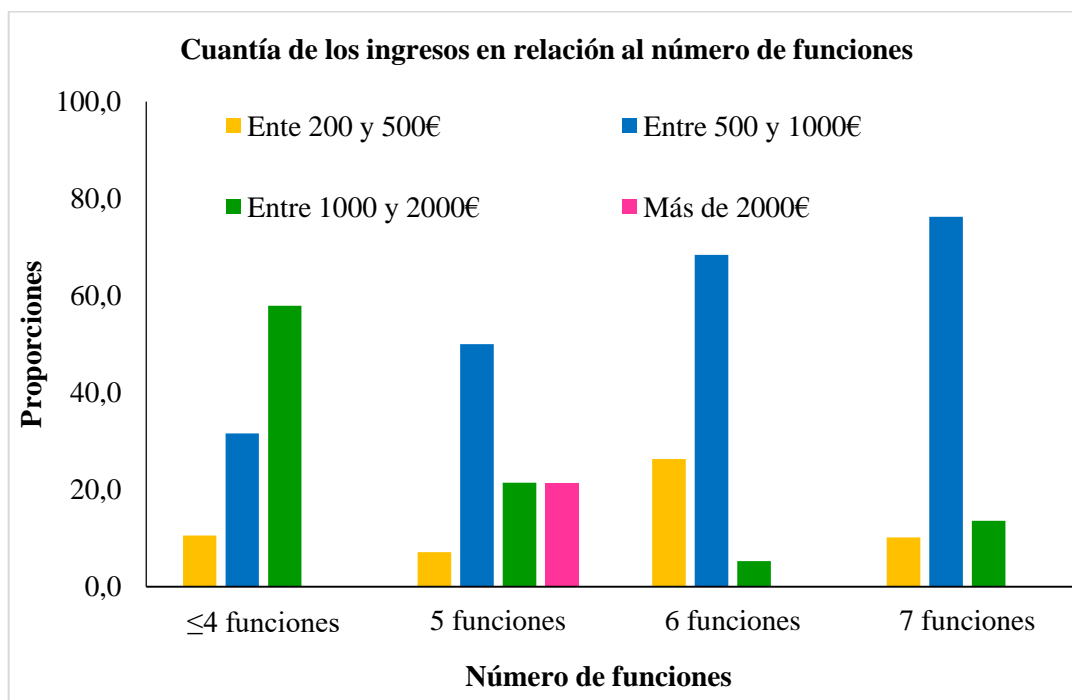
Cuando se examina la cuantía de los ingresos en relación al número de funciones odontológicas que realizan los profesionales en las consultas se observa que 42% de los profesionales que realizan 4 funciones o menos, el 57% de los que realizan 5 funciones, el 95% de los que realizan 6 funciones y el 86% de los que realizan 7 funciones recibe un salario menor a 1000€. Hay diferencias significativas en la cuantía de los ingresos con respecto al número de funciones que realizan los profesionales en las consultas (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.0000$ ).

**Tabla 79:** Frecuencia (porcentaje en paréntesis) de profesionales en las categorías de cuantía de los ingresos en relación al número de funciones odontológicas que realizan.

Cuantía de los ingresos	Número de funciones				Total
	≤4 funciones	5 funciones	6 funciones	7 funciones	
Ente 200 y 500€	2 (10%)	1 (7%)	5 (26%)	6 (10%)	14
Entre 500 y 1000€	6 (32%)	7 (50%)	13 (68%)	45 (76%)	75
Entre 1000 y 2000€	11 (58%)	3 (21%)	1 (5%)	8 (14%)	25
Más de 2000€		3 (21%)			3
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>62</b>	<b>117</b>



**Gráfico 44:** Frecuencia de las categorías de cuantía de los ingresos de acuerdo al número de funciones que realizan los profesionales encuestados.



**a) Numero de funciones vs percepción de los ingresos**

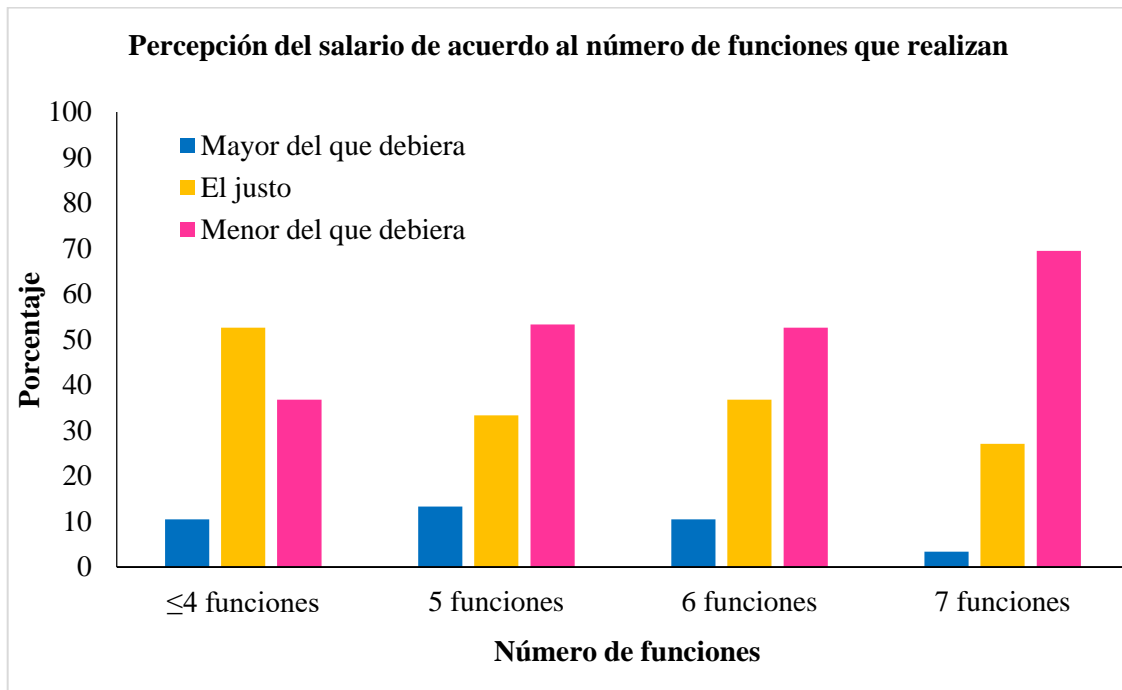
Cuando se examina la percepción que los encuestados tienen de sus ingresos en relación al número de funciones odontológicas que realizan los profesionales en las consultas se observa entre los profesionales que realizan 5 o más funciones, entre el 53% y el 69% consideran que su salario es menor que del que debiera, mientras que un 53% de los que realizan 4 funciones o menos consideran que su salario es el justo. No hay

diferencias significativas en la percepción de los ingresos de acuerdo al número de funciones que realizan (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.132$ ).

**Tabla 80:** Frecuencia (porcentaje en paréntesis) de profesionales en las categorías percepción de los ingresos en relación al número de funciones odontológicas que realizan.

Percepción del salario	Número de funciones				Total
	≤4 funciones	5 funciones	6 funciones	7 funciones	
Mayor del que debiera	2 (11%)	2 (13%)	2 (11%)	2 (3%)	8
El justo	10 (53%)	5 (33%)	7 (37%)	16 (27%)	38
Menor del que debiera	7 (37%)	8 (53%)	10 (53%)	41 (69%)	66
Total	19	15	19	59	112

**Gráfico 45:** Frecuencia de las categorías percepción de los ingresos de acuerdo al número de funciones que realizan los profesionales encuestados.



**b) Numero de funciones vs satisfacción con el trabajo**

Cuando se compara la respuesta a la pregunta “Le gusta el trabajo que realiza?” considerando el número de funciones que realizan los profesionales encuestados en las consultas, no hay diferencia significativa en entre funciones en las frecuencias de las respuestas (Test Exacto de Fisher,  $p= 0.385$ ).

Entre el 86% y el 100% indicaron que les gusta su trabajo.

**Tabla 81:** Frecuencia (porcentaje en paréntesis) de la opinión de los profesionales encuestados sobre el gusto por su trabajo en relación al número de funciones odontológicas que realizan

Le gusta su trabajo	Número de funciones				Total
	≤4 funciones	5 funciones	6 funciones	7 funciones	
No	2 (10%)		3 (14%)	4 (7%)	9
Si	18 (90%)	15 (100%)	18 (86%)	54 (93%)	105
Total	20	15	21	58	114

#### 4.4.2 Número de profesionales por consulta

En número de profesionales (odontólogos, auxiliares, higienistas y otros), trabajando en las consultas tuvo un rango de 1 a 21 profesionales.

Para esta variable se agruparon los datos en cuatro categorías, (1-4 profesionales, 5-8 profesionales, 9-12 profesionales y más de 12 profesionales), para facilitar el tratamiento de los datos.

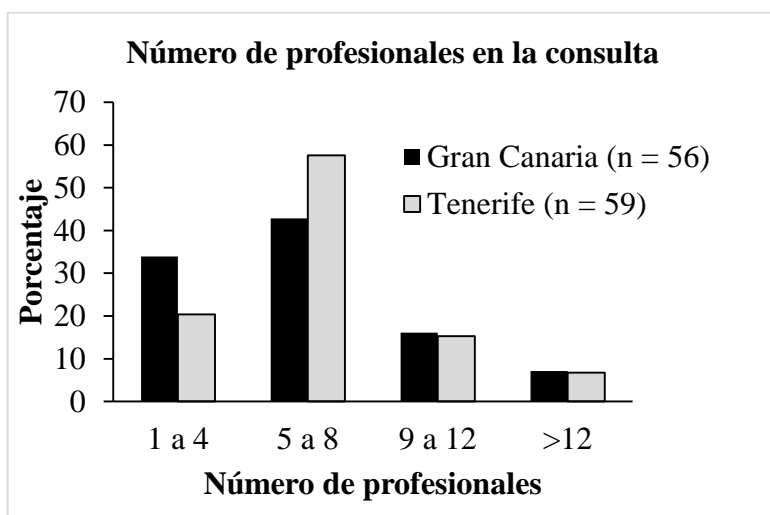
En 27% de las consultas trabajan de 1 a 4 profesionales, en el 50% trabajan de 5 a 8 y en el 23 % trabajan 9 o más.

Las frecuencias entre los tipos de consulta de acuerdo a número de profesionales son similares en Gran Canaria y en Tenerife (Text Exacto de Fisher,  $p = 0.3387$ )

**Tabla 82:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) del número de profesionales que trabajan en las consultas donde realizan su trabajo los profesionales encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Número de profesionales	Lugar de residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
1 a 4	19 (34%)	12 (20%)	31 (27%)
5 a 8	24 (43%)	34 (58%)	58 (50%)
9 a 12	9 (16%)	9 (15%)	18 (16%)
>12	4 (7%)	4 (7%)	8 (7%)
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>59</b>	<b>125</b>

**Gráfico 46:** Porcentaje de consultas de acuerdo al número de profesionales para Gran Canaria y Tenerife.



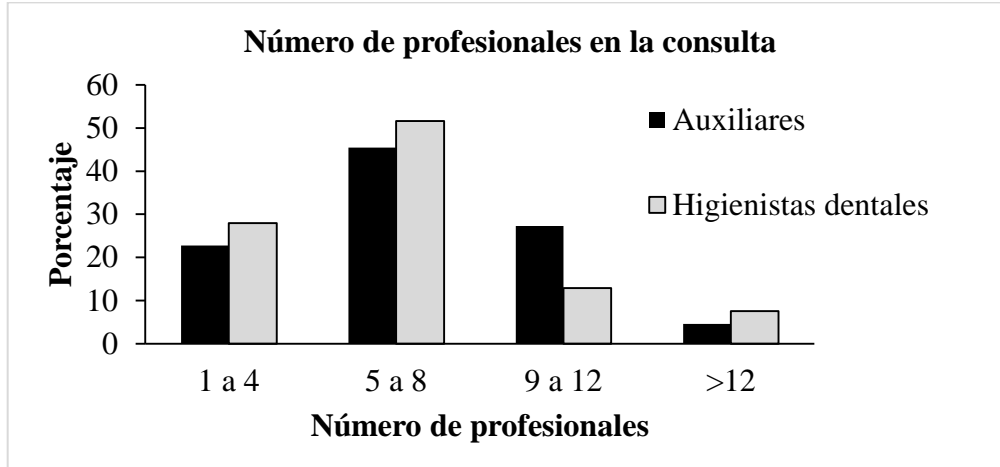
Cuando se analizan las consultas en las que desarrollan su trabajo Auxiliares e Higienistas dentales con respecto a número de profesionales, el 68% de los auxiliares y el 80% de los higienistas trabajan en consultas con hasta 8 profesionales.

No se encontraron diferencias significativas en las proporciones de auxiliares e higienistas en los diferentes tamaños de consultas (Test Exacto de Fisher 0.4815).

**Tabla 83:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) del número de profesionales que trabajan en las consultas donde realizan su trabajo los profesionales encuestados de acuerdo a titulación (Auxiliares e Higienistas dentales).

Número de profesionales	Titulación	
	Auxiliares	Higienistas
1 a 4	5 (23%)	26 (28%)
5 a 8	10 (45%)	48 (52%)
9 a 12	6 (27%)	12 (13%)
>12	1 (5%)	7 (8%)
Total	22	93

**Gráfico 47:** Porcentaje de consultas de acuerdo al número de profesionales en las que se desempeñan Auxiliares e Higienistas dentales.

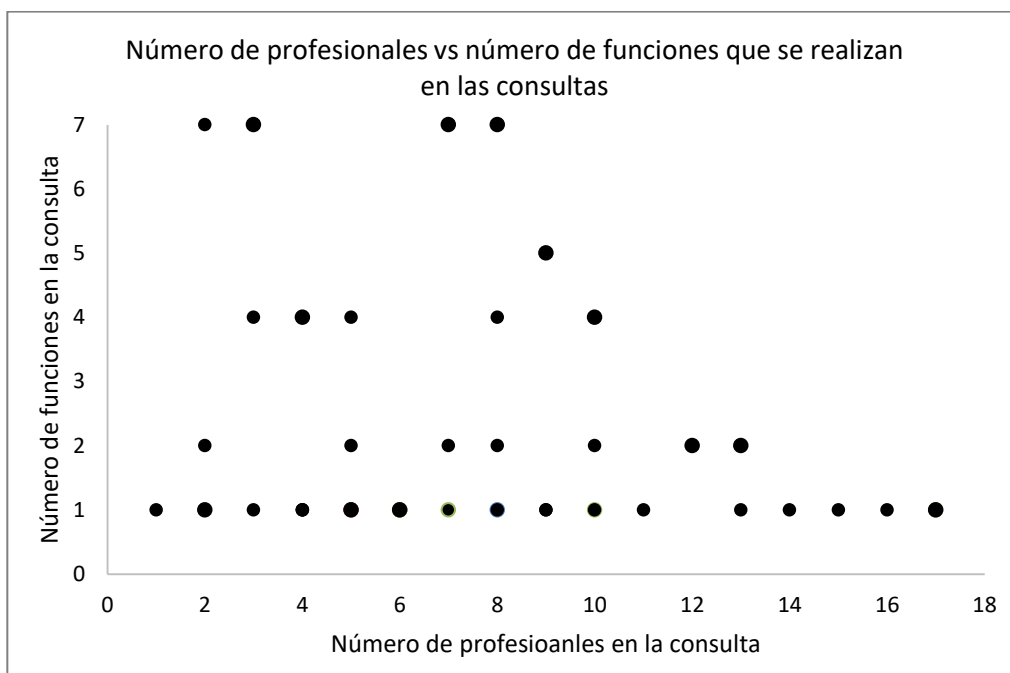


Cuando se analiza el número de profesionales que trabajan en las consultas en relación al número de funciones que se realizan en cada consulta, no se encontró una correlación entre tamaño de la consulta (número de profesionales) y la amplitud de funciones (Correlación por rangos de Spearman  $\rho = 0.138$ ,  $p = 0.140$ )

**Tabla 84:** Frecuencias de número de profesionales que trabajan en las consultas en relación al número de funciones que se realizan en las consultas.

	Número de profesionales	Número de funciones				Total
		≤4	5	6	7	
	1 a 4	8	4	7	12	31
	5 a 8	8	9	7	34	58
	9 a 12	2	1	4	11	18
	>12	1	1	3	3	8
	Total	19	15	21	60	115

**Gráfico 48:** Gráfico de dispersión número de profesionales que trabajan en las consultas en relación al número de funciones que se realizan en cada consulta.



Número de odontólogos que trabajan en las consultas de los encuestados.

En las consultas donde trabajan los profesionales encuestados, trabajan entre 1 y 9 odontólogos. En dos casos, los encuestados indicaron que no trabaja ningún odontólogo, por lo que estos se excluyeron por considerar que fue un error al responder la encuesta.

Lo más frecuente, en el 76% de las consultas es que haya entre 1 y 4 odontólogos.



**Tabla 85:** Frecuencia (y porcentajes en paréntesis) del número de odontólogos en las consultas donde realizan su trabajo los profesionales encuestados.

Número de Odontólogos	Frecuencia (%)
0	2 (2%)
1	26 (22%)
2	20 (17%)
3	23 (19%)
4	21 (18%)
5	10 (8%)
6	10 (8%)
7	3 (3%)
8	1 (1%)
9	2 (2%)
Total	118

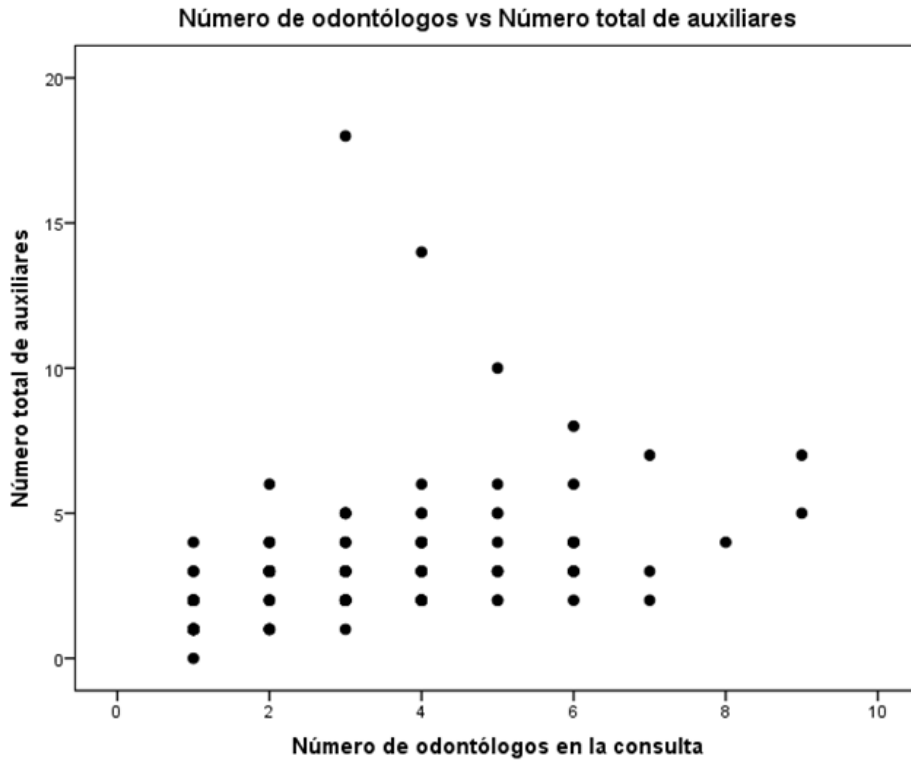
Se analizó el número de odontólogos vs número personal auxiliar. En esta sección el número total de personal auxiliar se corresponde a la suma de auxiliares de clínica e higienistas dentales. Para analizar la relación entre número de odontólogos y número de personal auxiliar se usó el índice de correlación no paramétrica de Spearman ya que ambas variables no cumplen con el supuesto de normalidad para test paramétricos (Test de Kolmogorov-Smirnov para odontólogos:  $Z = 1.524$ ,  $p = 0.019$  y Test de Kolmogorov-Smirnov para total de auxiliares:  $Z = 2.256$ ,  $p = 0.000$ ). Hay una correlación significativa entre el número de odontólogos y el número de

personal auxiliar (Correlación por rangos de Spearman  $\rho = 0.555$ ,  $p = 0.000$ ). Para valores mayores en número de odontólogos corresponden valores mayores en total de auxiliares. Aunque esta correlación es significativa, debido al valor del estadístico, la relación entre las variables es moderada. Se consideran correlaciones fuertes o muy fuertes cuando el coeficiente de correlación es mayor que 0.6.

**Tabla 86:** Frecuencia (porcentaje en paréntesis) de consultas definidas por el número de odontólogos y el número total de auxiliares que trabajan.

Número de Personal auxiliar	Número de Odontólogos			Total
	1 a 3	4 a 6	7a 9	
0	1 (2%)		2 (33%)	1 (1%)
1 a 3	52 (79%)	20 (49%)	2 (33%)	74 (68%)
4 a 6	12 (18%)	18 (44%)	2 (33%)	32 (28%)
Más de 7	1 (2%)	3 (7%)	2 (33%)	6 (5%)
Total	66	41	6	113

**Gráfico 49:** Diagrama de dispersión del número total de odontólogos con respecto al número total de auxiliares en las consultas.

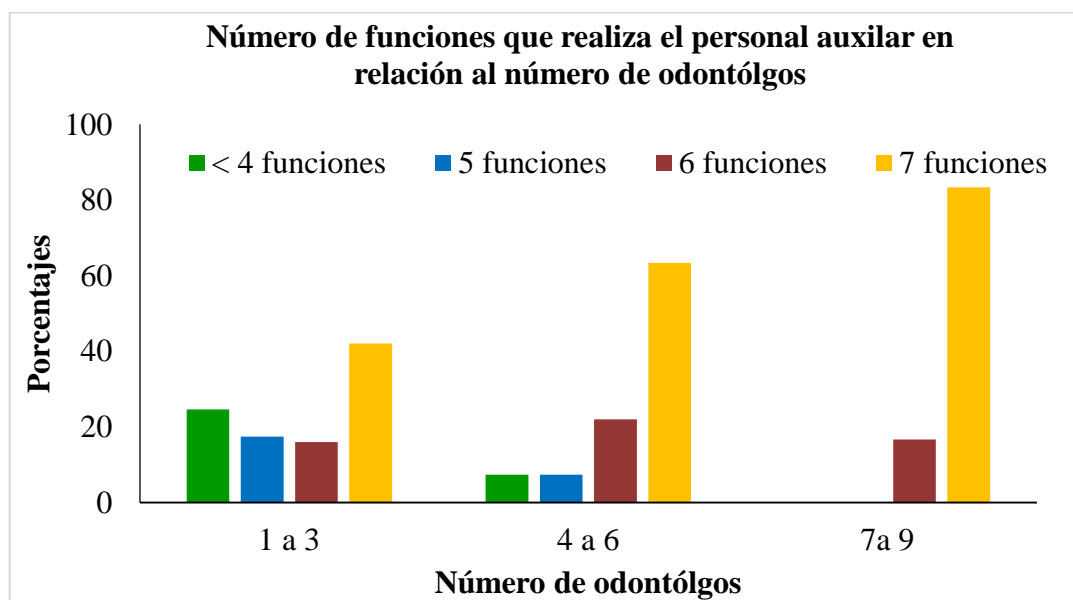


Análisis del número de odontólogos vs número de funciones odontológicas llevadas a cabo por el personal auxiliar. Cuando se considera el número de funciones que realiza el personal auxiliar en relación al número de odontólogos en la consulta, se observa que donde trabajan entre 1 a 3 odontólogos, en el 75% del personal auxiliar realiza 5 o más funciones. En el 63% las consultas donde trabajan 4 a 6 odontólogos el personal auxiliar realiza las 7 funciones, mientras que en las consultas con 7 a 9 odontólogos, el 83% realiza las 7 funciones. No hay diferencias significativas en las distribuciones de frecuencias del número de funciones que realizan el personal auxiliar con respecto al número de odontólogos (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.055$ ).

**Tabla 87:** Frecuencia (porcentaje en paréntesis) del número de funciones que realizan los auxiliares de acuerdo al número de odontólogos que trabajan en la consulta.

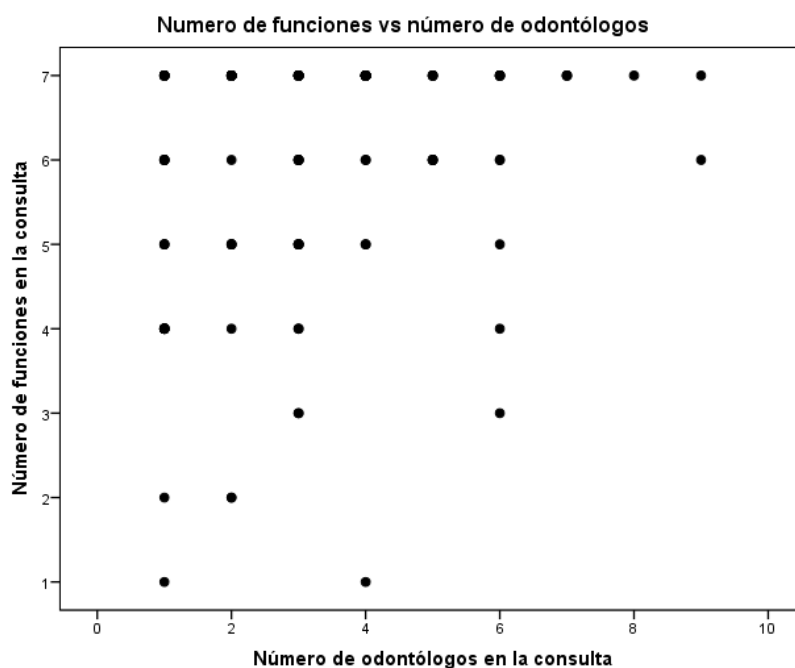
Número de funciones	Número de Odontólogos			Total
	1 a 3	4 a 6	7 a 9	
< 4 funciones	17 (25%)	3 (7%)		20 (17%)
5 funciones	12 (17%)	3 (7%)		15 (13%)
6 funciones	11 (16%)	9 (22%)	1 (17%)	21 (18%)
7 funciones	29 (42%)	26 (63%)	5 (83%)	60 (52%)
Total	69	41	6	116

**Gráfico 50:** Porcentaje de número de individuos de acuerdo al número de funciones que realizan los auxiliares de acuerdo del número de odontólogos en la consulta.



Para analizar la relación entre número de odontólogos y número de funciones que realiza el personal auxiliar se usó el índice de correlación no paramétrica de Spearman ya que ambas variables no cumplen con el supuesto de normalidad para test paramétricos (Test de Kolmogorov-Smirnov para odontólogos:  $Z = 1.524$ ,  $p = 0.019$  y Test de Kolmogorov-Smirnov, para funciones:  $Z = 3.101$ ,  $p = 0.000$ ). Hay una correlación significativa entre el número de odontólogos y el número de funciones que realizan los auxiliares (Correlación por rangos de Spearman  $\rho = 0.272$ ,  $p = 0.003$ ). Si bien la correlación es significativa, debido al valor del estadístico, la relación entre las variables es débil. Se consideran correlaciones fuertes o muy fuertes cuando el coeficiente de correlación es mayor que 0.6.

**Gráfico 51:** Diagrama de dispersión del número de funciones que realiza el personal auxiliar en las consultas con respecto al número de odontólogos.



#### **4.5 Quinta parte - funciones en detalle Auxiliares e Higienistas dentales**

Para los ítems de la encuesta en donde se recaba información sobre las tareas específicas que realizan los encuestados en cada una de las cinco funciones consideradas (Prótesis, Odontología preventiva, Ortodoncia, Terapéutica dental y Odontopediatría), se calcularon las frecuencias y porcentajes de las respuestas afirmativas.

##### **4.5.1 Prótesis**

De las 8 funciones en el área Prótesis consideradas en la encuesta, la función de Impresiones es realizada por el 87% de los profesionales, y en mayor medida por los auxiliares, 92% de los Auxiliares encuestados realizan impresiones frente a un 86% de Higienistas dentales.

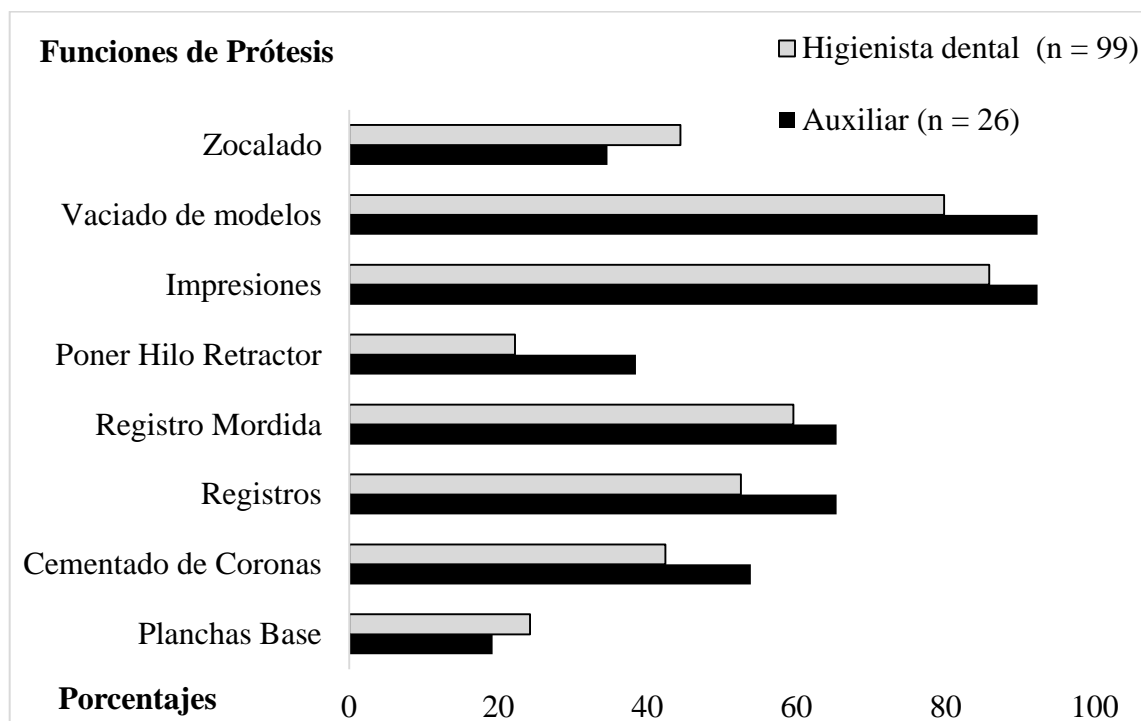
La función Planchas base fue la que presento menor frecuencia tanto en auxiliares (19%) como en higienistas (24%).

No hay diferencias significativas entre auxiliares e higienista en la distribución de frecuencias en las 8 funciones de prótesis consideradas ( $\chi^2 = 3.176$ . gl = 7, p = 0.8682).

**Tabla 88:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas afirmativas a las funciones en el área de Prótesis que se realizan que realizan los encuestados en las consultas donde realizan su trabajo de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Función específica	Titulación		Total (n = 125)
	Auxiliar (n = 26)	Higienista dental (n = 99)	
Vaciado de modelos	24 (92%)	79 (80%)	103 (82%)
Zocalado	9 (35%)	44 (44%)	53 (42%)
Poner Hilo Retractor	10 (38%)	22 (22%)	32 (26%)
Impresiones	24 (92%)	85 (86%)	109 (87%)
Planchas Base	5 (19%)	24 (24%)	29 (23%)
Registro Mordida	17 (65%)	59 (50%)	76 (61%)
Registros	17 (65%)	52 (53%)	69 (55%)
Cementado de Coronas	14 (54%)	42 (42%)	56 (45%)

**Gráfico 52:** Porcentajes de Auxiliares e Higienistas dentales que llevan a cabo cada una de las tareas específicas de la función de Prótesis.



#### 4.5.7 Odontología Preventiva

En la función Odontología preventiva se incluyen 8 tareas específicas.

Las tareas de esterilización y enseñanza de la higiene oral son las que se realizan con mayor frecuencia (96% y 90% respectivamente). El análisis de dieta fue la tarea con menor frecuencia (29%).

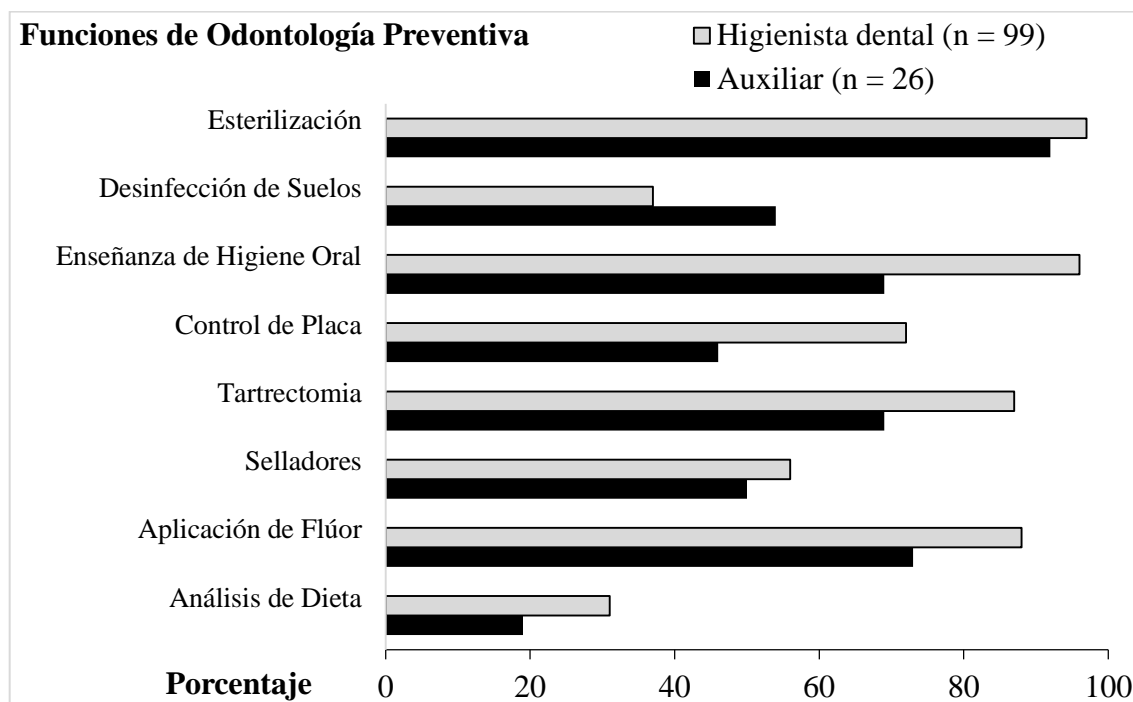


No hay diferencias significativas entre auxiliares e higienista en la distribución de frecuencias en las 8 funciones de preventiva consideradas ( $\chi^2 = 4.934$ . gl = 7, p = 0.6680).

**Tabla 89:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas afirmativas a las tareas específicas en el área de Odontología preventiva que se realizan que realizan los encuestados en las consultas donde realizan su trabajo de acuerdo a lugar a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Función/Tarea	Titulación		Total (n = 125)
	Auxiliar (n = 26)	Higienista dental (n = 99)	
Esterilización	24 (92%)	96 (97%)	120 (96%)
Desinfección de Suelos	14 (54%)	37 (37%)	51 (41%)
Enseñanza de Higiene Oral	18 (69%)	95 (96%)	113 (90%)
Control de Placa	12 (46%)	71 (72%)	83 (66%)
Tartrectomías	18 (69%)	86 (87%)	104 (83%)
Selladores	13 (50%)	55 (56%)	68 (54%)
Aplicación de Flúor	19 (73%)	87 (88%)	106 (85%)
Análisis de Dieta	5 (19%)	31 (31%)	36 (29%)

**Gráfico 53:** Porcentajes de Auxiliares e Higienistas dentales que llevan a cabo cada una de las tareas específicas de la función Odontología preventiva.



### 4.5.3 Ortodoncia

En Ortodoncia se estudiaron 8 funciones específicas.

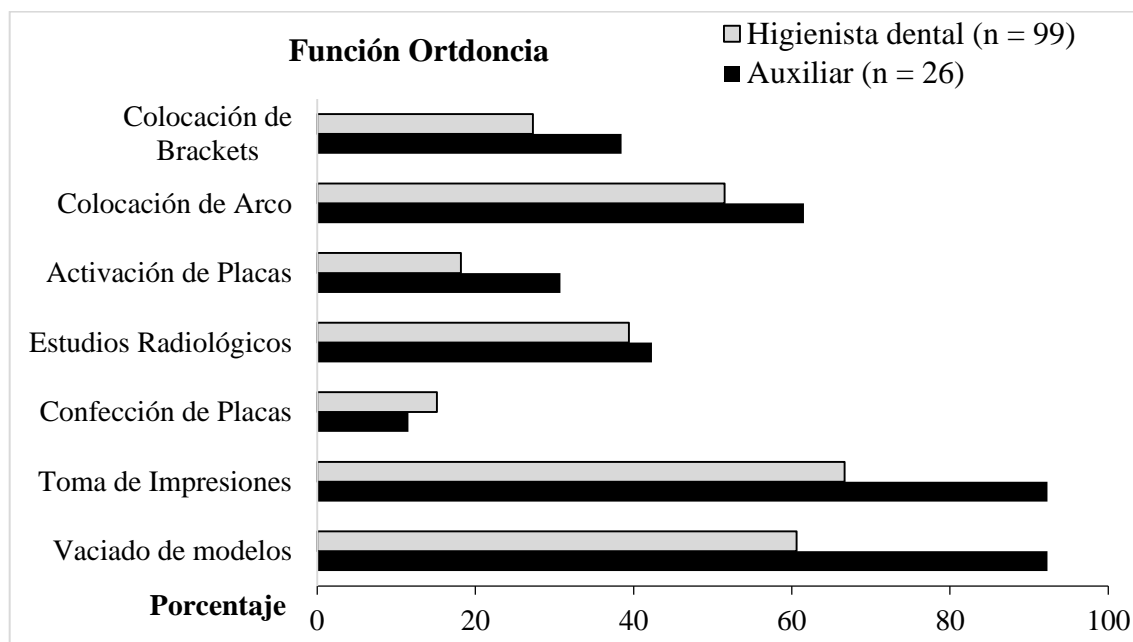
La toma de impresiones y el vaciado de modelos fueron las funciones que realizan más frecuentemente, tanto auxiliares como higienistas dentales.

No hay diferencias significativas entre auxiliares e higienista en la distribución de frecuencias en las 8 funciones de ortodoncia consideradas ( $\chi^2 = 2.58$ . gl = 7, p = 0.9208).

**Tabla 90:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas afirmativas a las tareas específicas en el área de Ortodoncia que realizan los encuestados en las consultas donde realizan su trabajo de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Tarea específica	Titulación		Total (n = 125)
	Auxiliar (n = 26)	Higienista dental (n = 99)	
Colocación de Brackets	10 (38%)	27 (27%)	37 (30%)
Colocación de Arco	16 (62%)	51 (52%)	67 (54%)
Activación de Placas	8 (31%)	18 (18%)	26 (21%)
Estudios Radiológicos	11 (42%)	39 (39%)	50 (40%)
Confección de Placas	3 (12%)	15 (15%)	18 (14%)
Toma de Impresiones	24 (92%)	66 (67%)	90 (72%)
Vaciado de modelos	24 (92%)	60 (61%)	84 (67%)
Otros	11 (42%)	41 (41%)	52(42%)

**Gráfico 54:** Porcentajes de Auxiliares e Higienistas dentales que llevan a cabo cada una de las tareas específicas de la función Ortodoncia



#### 4.5.4 Terapéutica Dental

En Terapéutica dental se consideraron 6 funciones específicas.

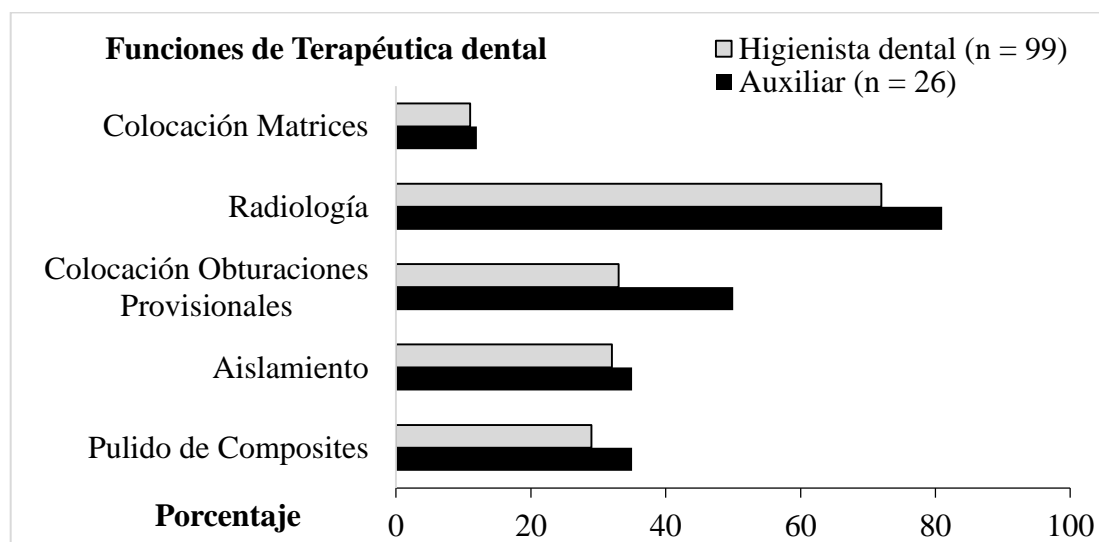
La función realizada más frecuentemente tanto por Auxiliares como por Higienistas fue la de Radiología (81% y 72% respectivamente). La colocación de obturaciones es realizada por el 50% de los auxiliares y por el 33% de los higienistas.

No hay diferencias significativas entre auxiliares e higienista en la distribución de frecuencias en las 6 funciones de ortodoncia consideradas ( $\chi^2 = 0.681$ . gl = 5, p = 0.9839).

**Tabla 91:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas afirmativas a las tareas específicas en el área de Terapéutica dental que realizan los encuestados en las consultas donde realizan su trabajo de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Tarea específica	Auxiliar (n = 26)	Higienista dental (n = 99)	Total (n = 125)
Pulido de Composites	9 (35%)	29 (29%)	38 (30%)
Aislamiento	9 (35%)	32 (32%)	41 (33%)
Colocación Obturaciones provisionales	13 (50%)	33 (33%)	46 (37%)
Radiología	21 (81%)	71 (72%)	92 (74%)
Colocación Matrices	3 (12%)	11 (11%)	14 (11%)
Otros	10 (38%)	33 (33%)	43 (34%)

**Gráfico 55:** Porcentajes de Auxiliares e Higienistas dentales que llevan a cabo cada una de las tareas específicas de la función Terapéutica dental.



#### 4.5.5 Odontopediatría

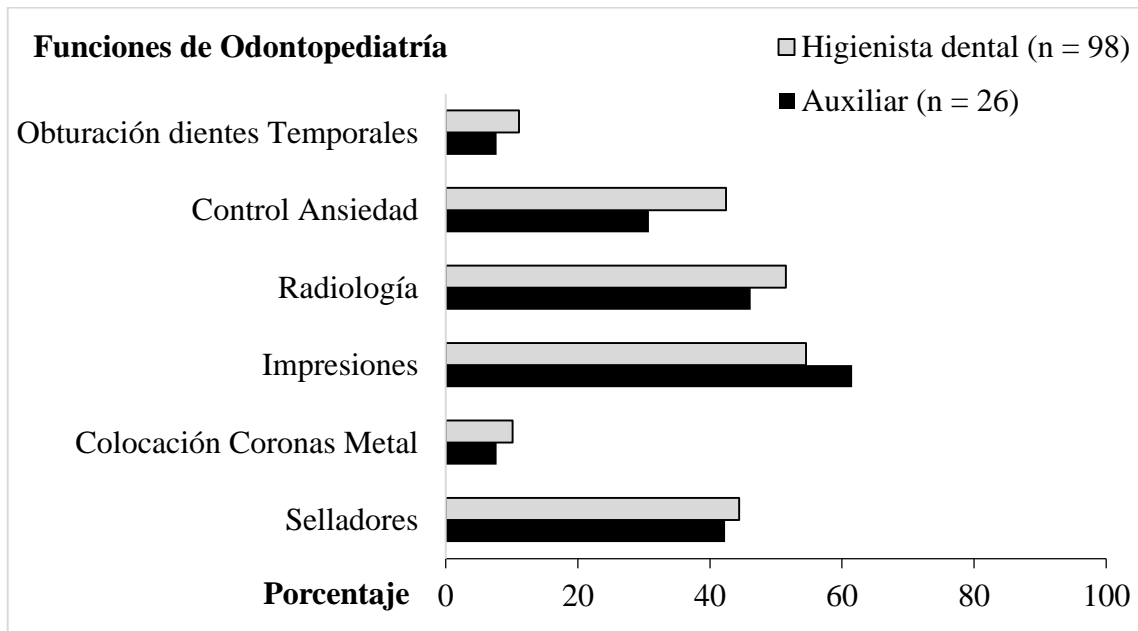
En Odontopediatría se consideraron 6 funciones específicas. Las funciones de colocación de coronas de metal y obturación de dientes temporales fueron las que realizan con menor frecuencia tanto auxiliares como higienistas dentales, (10% para cada una). Mientras que la realizada con mayor frecuencia tanto por Auxiliares como por Higienistas dentales fue la de toma de impresiones (62% y 55% respectivamente).

No hay diferencias significativas entre auxiliares e higienista en la distribución de frecuencias en las 6 funciones de ortodoncia consideradas ( $\chi^2 = 1.114$ . gl = 5, p = 0.9528).

**Tabla 92:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas afirmativas a las tareas específicas en el área de Odontopediatría que realizan los encuestados en las consultas donde realizan su trabajo de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Tarea específica	Titulación		Total (n = 125)
	Auxiliar (n = 26)	Higienista dental (n = 98)	
Selladores	11 (42%)	44 (44%)	55 (44%)
Colocación Coronas Metal	2 (8%)	10 (10%)	12 (10%)
Impresiones	16 (62%)	54 (55%)	70 (56%)
Radiología	12 (46%)	51 (52%)	63 (50%)
Control Ansiedad	8 (31%)	42 (42%)	50(40%)
Obturación dientes Temporales	2 (8%)	11 (11%)	13 (10%)

**Gráfico 56:** Porcentajes de Auxiliares e Higienistas dentales que llevan a cabo cada una de las tareas específicas de la función Odontopediatría.



#### 4.5.6 Delegación de tareas por parte de los odontólogos

Tareas que debería hacer el odontólogo, ya que el personal auxiliar no se encuentra capacitado legalmente para su realización.

De las 26 tareas específicas incluidas en las funciones de Prótesis, Ortodoncia, Terapéutica dental y Odontopediatría, 14 son competencia exclusiva de los odontólogos, sin embargo todas estas tareas son realizadas en mayor o menor medida por auxiliares e higienistas dentales. De las 14 funciones que corresponden a dentistas, 13 son tareas que se realizan sobre el paciente (funciones en boca) y una es función de apoyo.

Las funciones y tareas específicas realizadas con mayor frecuencia por los profesionales encuestados (>50%) fueron: Prótesis (Impresiones, registro de mordidas, registros), Ortodoncia (Impresiones y Colocación de arco) y en Odontopediatría (impresiones).

Más del 50% de los auxiliares realizan todas las tareas específicas en la función Prótesis, colocación de arco y toma de impresiones en Ortodoncia, colocación de obturaciones provisionales en Terapéutica dental e impresiones en Odontopediatría. Todas estas tareas específicas se realizan directamente sobre el paciente (En boca). Un 42% de los auxiliares realizan estudios radiológicos en Ortodoncia, que corresponde a una tarea de apoyo.

Las tareas específicas que son competencia de odontólogos que realizan más del 50% de los higienistas dentales son Impresiones, registro de mordida y registros en Prótesis, toma de impresiones y colocación de arco en Ortodoncia, e impresiones en Odontopediatría, Todas estas tareas específicas se realizan directamente sobre el paciente (En boca). El 39% de los higienistas dentales realiza la tarea de apoyo de estudios radiológicos en Ortodoncia (39%).

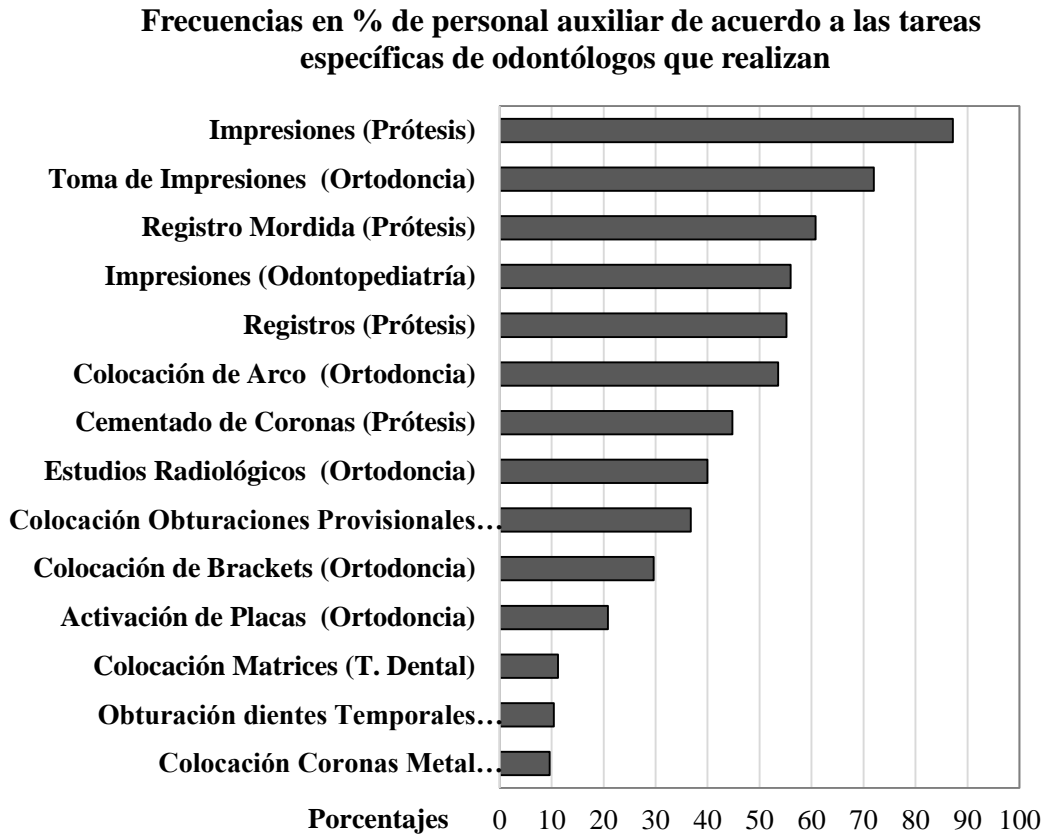
11 de las 14 tareas específicas son realizadas con mayor frecuencia por auxiliares que por higienistas dentales. Si bien el tamaño muestral para higienistas dentales es pequeño, se podría considerar esto como una tendencia en las consultas odontológicas.



**Tabla 93:** Frecuencia en que auxiliares e higienistas dentales realizan las tareas específicas de odontólogos en las funciones de Prótesis, Ortodoncia, Terapéutica dental y Odontopediatría. Para cada tarea se indica además el tipo: En boca o De apoyo.

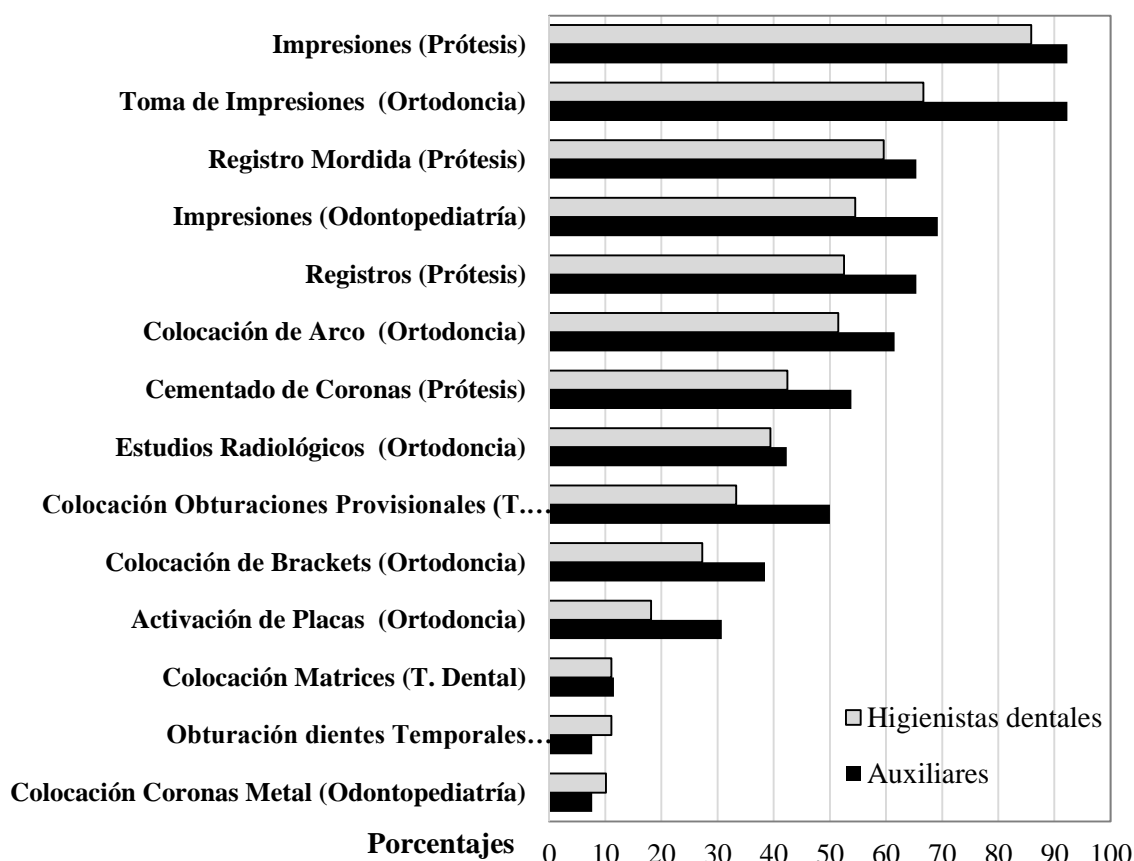
Función	Tarea específica	Tipo de tarea	Auxiliar (n = 26)	Higienista dental (n = 99)	Total (n = 125)
Prótesis	Registro Mordida	En boca	17 (65%)	59 (60%)	76 (61%)
	Registros	En boca	17 (65%)	52 (53%)	69 (55%)
	Cementado de Coronas	En boca	14 (54%)	42 (42%)	56 (45%)
	Impresiones	En boca	24 (92%)	85 (86%)	109 (87%)
Ortodoncia	Colocación de Brackets	En Boca	10 (38%)	27 (27%)	37 (30%)
	Colocación de Arco	En boca	16 (62%)	51 (52%)	67 (54%)
	Activación de Placas	En boca	8 (31%)	18 (18%)	26 (21%)
	Toma de Impresiones	En boca	24 (92%)	66 (67%)	90 (72%)
	Estudios Radiológicos	Apoyo	11 (42%)	39 (39%)	50 (40%)
Terapéutica Dental	Colocación Obturaciones Provisionales	En boca	13 (50%)	33 (33%)	46 (37%)
	Colocación Matrices	En boca	3 (11%)	11 (11%)	14 (11%)
Odontopediatría	Impresiones	En boca	18 (69%)	54 (55%)	70 (56%)
	Colocación Coronas Metal	En boca	2 (8%)	10 (10%)	12 (10%)
	Obturación dientes Temporales	En boca	2 (8%)	11 (11%)	13 (10%)

**Gráfico 57:** Frecuencia de personal auxiliar encuestado que realiza cada una de las tareas específicas en las funciones de Prótesis, Ortodoncia, Terapéutica dental y Odontopediatría.



**Gráfico 58:** Frecuencia en que auxiliares e higienistas dentales que realizan cada una de las tareas específicas de odontólogos en las funciones de Prótesis, Ortodoncia, Terapéutica dental y Odontopediatría.

**Frecuencias en % de personal auxiliar de acuerdo a las tareas específicas de odontólogos que realizan**



#### **4.5.7 Funciones según Legislación**

La ley10/1986 de 17 de Marzo y el RD 1594/1994, determinan las funciones de higienistas dentales, protésicos y odontólogos, sin embargo, no hace mención de las funciones de auxiliares.

Las tareas específicas pueden ser clasificadas como de apoyo y en boca. Las tareas de apoyo son aquellas en las que el profesional interactúa con el paciente, pero no interviene en su boca, mientras que las tareas en boca son aquellas en las el profesional interviene directamente en la boca del paciente.

Si nos ceñimos a la Ley vigente, los auxiliares de clínica sólo podrían realizar tareas de apoyo mientras que los higienistas dentales podrían realizar funciones de apoyo y ciertas funciones en boca.

Entre el 81% y el 96% de los Auxiliares encuestados realizan tareas en boca, a pesar de no ser este tipo de tareas competencia de la profesión y entre el 19% y el 31% realizan tareas de apoyo que no son competencia de su profesión.

**Tabla 94:** Número y porcentaje (entre paréntesis) de Auxiliares (n = 26) que realizan Tareas de apoyo y Tareas en boca en cada una de las cinco funciones odontológicas estudiadas. Se indica con (+) las tareas conforme a lo establecido en la Ley y con (-) no especificadas en la ley como competencias de auxiliares.

Funciones	Tareas de apoyo		Tareas en boca	
	(+)	(-)	(+)	(-)
Prótesis	24 (92%)	5 (19%)	24 (92%)	
Preventiva	26 (100%)	5 (19%)	22 (85%)	
Ortodoncia	24 (92%)		25 (96%)	
Terapéutica dental			24 (92%)	
Odontopediatría		8 (31%)	21 (81%)	

Entre un 36% y un 87% de los higienistas dentales lleva a cabo tareas en boca que no están contempladas como competencias de esta profesión según la legislación. Un 24% realiza tareas de apoyo en Prótesis y un 42% realiza tareas de apoyo en Odontopediatría que no están descritas en la Ley como competencias propias de la profesión.

**Tabla 95:** Número y porcentaje (entre paréntesis) de Higienistas dentales que realizan Tareas de apoyo y Tareas en boca en cada una de las cinco funciones odontológicas estudiadas. Se indica con (+) las tareas conforme a lo establecido en la Ley y con (-) no especificadas en la ley como competencias de higienistas dentales.

Funciones	Tareas de apoyo		Tareas en boca	
	(+)	(-)	(+)	(-)
Prótesis	80 (81%)	24 (24%)	22 (22%)	86 (87%)
Preventiva	99 (100%)		95 (96%)	
Ortodoncia	60 (61%)		39 (39%)	69 (70%)
Terapéutica dental			79 (80%)	36 (36%)
Odontopediatría		42 (42%)	64 (65%)	59 (60%)

#### 4.5.8 Funciones no odontológicas

Para los ítems de la encuesta en donde se recaba información sobre las funciones no odontológicas que realizan los encuestados en las consultas donde se desempeñan, se calcularon las frecuencias y porcentajes de las respuestas afirmativas.

Entre el 61% y el 81% de los profesionales realizan tareas no odontológicas en las consultas.

No hay diferencia en las proporciones entre Gran Canaria y Tenerife ( $\chi^2 = 4.405$ , gl = 6, p = 0.62204).

**Tabla 96:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas afirmativas en las funciones no odontológicas que realizan los encuestados en las consultas donde realizan su trabajo de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Tareas no odontológicas	Lugar de residencia		Total
	Gran Canaria (n = 57)	Tenerife (n =67)	
Recepción	45 (79%)	53 (79%)	98 (79%)
Administración	39 (68%)	37 (55%)	76 (61%)
Presupuestos	39 (68%)	43 (64%)	82 (66%)
Control de citas	44 (77%)	56 (84%)	100 (81%)
Compras	46 (81%)	39 (58%)	85 (69%)
Cobro al paciente	39 (68%)	38 (57%)	77 (62%)
Limpieza y Desinfección	45 (79%)	54 (81%)	99 (80%)

Una alta proporción de los auxiliares e higienistas dentales realizan otras tareas en las consultas en las que trabajan.

No hay diferencia en las proporciones entre auxiliares e higienistas dentales ( $\chi^2 = 0.204$ , gl = 6, p = 0.9998).

Cuando se considera el número de funciones no odontológicas que realizan los Auxiliares ( $\bar{x} \pm dt = 5.96 \pm 1.7$ ,  $n = 26$ ) e Higienistas dentales ( $\bar{x} \pm dt = 5.86 \pm 1.45$ ,  $n = 98$ ), no hay diferencias significativas en el número medio de funciones ( $t = 0.277$ ,  $p = 0.999$ )

**Tabla 97:** Frecuencias y porcentajes (entre paréntesis) de las respuestas afirmativas en las funciones no odontológicas que realizan los encuestados en las consultas realizan su trabajo de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Tareas no odontológicas	Titulación		Total
	Auxiliar (n = 26)	Higienista Dental (n = 98)	
Recepción	23 (88%)	75 (77%)	98 (79%)
Administración	17 (65%)	59 (60%)	76 (61%)
Presupuestos	20 (77%)	62 (63%)	82 (66%)
Control de citas	22 (85%)	78 (80%)	100 (81%)
Compras	19 (73%)	66 (67%)	85 (82%)
Cobro al paciente	18 (69%)	59 (60%)	77 (62%)
Limpieza y Desinfección	23 (88%)	76 /78%)	99 (80%)



## 4.6 Sexta parte: funcionamiento de la consulta

### 4.6.1 Realización de las tareas. Sistematizada vs Planificada

En el 61% de las consultas se realizan las tareas en forma sistematizada mientras que en el 32% se hacen sin planificación previa.

No hay diferencia entre Gran Canaria y Tenerife (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.2906$ ) en el modo en que se realizan las funciones en las consultas.

**Tabla 98:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la forma en que se organizan las tareas en las consultas donde realizan su trabajo los profesionales encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Funciones	Lugar de residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Sistematizadas	39 (68%)	36 (55%)	75 (61%)
Sobre la marcha	15 (26%)	24 (36%)	39 (32%)
Ambas	3 (5%)	6 (9%)	9 (7%)
Total	57	66	123

El 46% de los Auxiliares y el 65% de los Higienistas trabajan en consultas donde las tareas se realizan de manera sistemática.

No hay diferencia entre auxiliares e higienista dentales de acuerdo a la organización de las tareas en las consultas donde se desempeñan (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.0814$ ).

**Tabla 99:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la forma en que se organizan las tareas en las consultas donde realizan su trabajo los profesionales encuestados de acuerdo a titulación (Auxiliares e Higienistas dentales).

Funciones	Titulación	
	Auxiliares	Higienistas dentales
Sistematizadas	12 (46%)	63 (65%)
Sobre la marcha	13 (50%)	26 (26%)
Ambas	1 (4%)	8 (8%)
Total	26	97

#### 4.6.2 Toma de decisiones en la consulta

En cuanto a cómo se toman las decisiones en las consultas, en el 49% de los casos la decisión la toma el dentista.

En Gran Canaria en el 46% de las consultas las decisiones la toma el dentista, mientras que en Tenerife, en el 34% se decide en equipo y un 31% los profesionales organizan su trabajo.

Esta diferencia en la forma en que se toman las decisiones en Gran Canaria y Tenerife es significativa (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.0342$ ), con una moderada asociación entre estas variables (V de Cramer = 0.264,  $p = 0.034$ ).

**Tabla 100:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la forma en que se toman las decisiones en las consultas donde realizan su trabajo los profesionales encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Modo de toma de decisiones	Lugar de residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Se decidió en equipo	14 (25%)	22 (34%)	36 (30%)
Organiza su trabajo	12 (21%)	20 (31%)	32 (26%)
Lo decide el dentista	26 (46%)	23 (35%)	49 (49%)
Otro	5 (9%)		5 (4%)
Total	57	65	122

Cuando se analiza el modo en que se toman las decisiones en las consultas en que trabajan los Auxiliares y los Higienistas dentales, hay diferencia significativas en las consultas (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.0015$ ). Existe una fuerte asociación entre las variables (V de Cramer = 0.328,  $p = 0.005$ ).

En el caso de los auxiliares, el 69% trabaja en consultas donde las decisiones las toma el dentista, mientras que los higienistas dentales trabajan en consultas con mayor diversidad en cuanto a toma de decisiones. El 31% trabaja en consultas donde se decide en equipo, el 31% organiza su propio trabajo y en el 33% de los casos las decisiones la toma el dentista.

**Tabla 101:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la forma en que se toman las decisiones en las consultas donde realizan su trabajo los profesionales encuestados de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

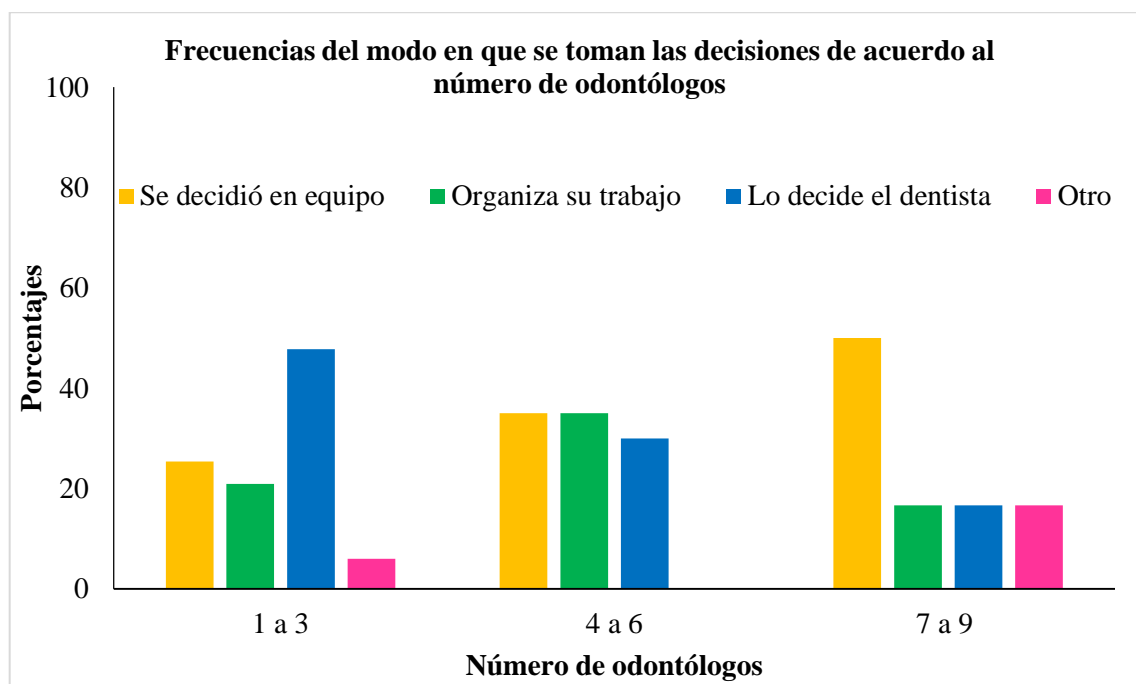
Modo de toma de decisiones	Titulación	
	Auxiliar	Higienista dental
Se decidió en equipo	6 (26%)	30 (31%)
Organiza su trabajo	2 (8%)	30 (31%)
Lo decide el dentista	18 (69%)	31 (33%)
Otro		5 (5%)
Total	26	96

Para describir la relación entre el número de odontólogos que trabajan en las consultas y la forma en que se toman las decisiones, se presentan las frecuencias del número de consultas de acuerdo a estas dos variables. Entre las 67 las consultas con 1 a 3 odontólogos, en el 48% las decisiones las toma el odontólogo, mientras que en las consultas con 7 a 9 odontólogos, en el 50% las decisiones se toman en equipo. En las consultas con 4 a 6 odontólogos hay una mayor diversidad en la forma en las que se toman las decisiones. No hay diferencias significativas en la distribución de frecuencias entre las consultas descritas por el número de odontólogos y la forma en que se toman las decisiones en las consultas (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.066$ ).

**Tabla 102:** Frecuencia (porcentaje en paréntesis) de la forma en que se toman las decisiones en las consultas de acuerdo al número de odontólogos que trabajan en la consulta.

La actividad concreta que realiza dentro de sus funciones	Número de Odontólogos			Total
	1 a 3	4 a 6	7 a 9	
Se decidió en equipo	17 (25%)	14 (35%)	3 (50%)	34
Organiza su trabajo	14 (21%)	14 (35%)	1 (17%)	30
Lo decide el dentista	32 (48%)	12 (30%)	1 (17%)	46
Otro	4 (6%)		1 (17%)	5
Total	67	40	6	115

**Gráfico 59:** Frecuencias del modo en que se toman las decisiones de acuerdo al número de odontólogos.



#### **4.7 Séptima parte - valoración de la profesión**

##### **4.7.1 Satisfacción con las funciones**

Cuando se consulta sobre la satisfacción con las funciones que realiza en la consulta, el 67% de los encuestados indica estar satisfecho.

Esta opinión es similar para los encuestados de Gran Canaria y Tenerife. ( $\chi^2 = 0.019$ , gl = 1, p = 0.889).

**Tabla 103:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la satisfacción con las funciones que realizan los profesionales encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Satisfacción con las funciones	Lugar de residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
No	18 (32%)	22 (33%)	40 (33%)
Si	38 (68%)	44 (67%)	82 (67%)
Total	56	66	122

Cuando se considera la satisfacción con las funciones que realizan en la consulta en Auxiliares e Higienistas dentales, el 69% de los auxiliares y el 67% de los higienistas indicaron estar satisfechos.

No hay diferencias entre Auxiliares e Higienistas dentales en su opinión sobre la satisfacción con las funciones ( $\chi^2 = 0.061$ , gl = 1, p = 0.804).

**Tabla 104:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la satisfacción con las funciones que realizan los profesionales encuestados de acuerdo titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Satisfacción con las funciones	Titulación		Total
	Auxiliar	Higienista Dental	
No	8 (31%)	33 (33%)	41 (32%)
Si	18 (69%)	66 (67%)	84 (67%)
Total	26	99	125

#### 4.7.2 Percepción del futuro de la profesión

Un 53% de los encuestados considera que la profesión tiene un buen futuro, mientras que un 37% considera el futuro incierto o malo. Hay una asociación moderada entre las variables lugar de residencia y percepción del futuro de la profesión (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.0387$ , V de Cramer = 0.260,  $p = 0.036$ ).

En Gran Canaria hay una percepción más pesimista de la profesión (51% seleccionaron las categorías negativas: no lo sé, malo o incierto), mientras que en Tenerife un 57% indica que la profesión tienen un buen futuro.



**Tabla 105:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la percepción del futuro de la profesión de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Futuro	Lugar de residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
No lo se	3(5%)	9 (14%)	12 (10%)
Malo	4 (7%)		5 (3%)
Incierto	22 (39%)	19 (29%)	41 (34%)
Bueno	27 (48%)	37 (57%)	64 (53%)
Total	56	65	121

El 58% de los auxiliares y el 51% de los higienistas dentales consideran que la profesión tiene un buen futuro.

No hay diferencias significativas entre profesiones en la percepción del futuro (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.2086$ ).

**Tabla 106:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la percepción del futuro de la profesión de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Futuro	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
No lo se	5 (19%)	8 (8%)
Malo		5 (5%)
Incierto	6 (23%)	35 (36%)
Bueno	15 (58%)	50 (51%)
Total	26	98

### 4.7.3 Percepción sobre la consideración de la opinión pública

El 70% de los profesionales de Gran Canaria y el 75% de Tenerife indicaron que la opinión pública considera su profesión como la de un ayudante en las consultas.

No hay diferencia entre Gran Canaria y Tenerife en las percepciones de la opinión pública reportadas por los encuestados (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.5596$ ).

**Tabla 107:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la percepción que tienen la opinión pública sobre las funciones de la profesión de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Opinión pública	Lugar de residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
Tiene funciones propias	15 (28%)	17 (25%)	32 (26%)
Las de un ayudante	38 (70%)	50 (75%)	88 (73%)
Ambas	1 (2%)		1 (1%)
Total	54	67	121

El 63% de los auxiliares y el 76% de los higienistas dentales indicaron que la opinión pública considera sus funciones como las de un ayudante. No hay diferencias entre Auxiliares e Higienistas dentales (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.3505$ ).

**Tabla 108:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la percepción que tienen la opinión pública sobre las funciones de la profesión de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Opinión Pública	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
Tiene funciones propias	9 (38%)	23 (23%)
Las de un ayudante	15 (63%)	76 (76%)
Ambas		1 (1%)
Total	24	100

#### 4.7.4 Opinión sobre la relación paciente-profesional

Cuando se recaba información sobre la relación paciente – profesional, algunos encuestados señalaron las dos opciones que ofrecía este ítem, por lo tanto se creó una categoría adicional (Ambos).

El 75% de los encuestados reportan que la relación paciente-profesional es mejor con el personal auxiliar que con el dentista.

Hay diferencia significativa entre Gran Canaria y Tenerife (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.0087$ ) y una moderada asociación entre lugar de residencia y la variable relación paciente – profesional ( $V$  de Cramer = 0.266,  $p = 0.014$ ).

En Tenerife, un 14% de los encuestados considera que la relación paciente-profesional es buena tanto con auxiliares como con dentistas.

**Tabla 109:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la percepción de la relación paciente- profesional de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Relation paciente-profesional	Lugar de residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
El personal auxiliar	44 (80%)	45 (70%)	89 (75%)
El dentista	11 (20%)	10 (16%)	21 (18%)
Ambos		9 (14%)	9 (8%)
Total	55	64	119

Un alta proporción de auxiliares (75%) como higienistas dentales (73%) consideraron que la relación paciente – profesional es mejor con el personal auxiliar que con el dentista.

No hay diferencias entre Auxiliares e Higienistas dentales (Test Exacto de Fisher,  $p > 0.999$ ).

**Tabla 110:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la percepción de la relación paciente- profesional de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Relación paciente-profesional	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
El personal auxiliar	18 (75%)	72 (73%)
El dentista	4 (17%)	19 (19%)
Ambos	2 (8%)	7 (7%)
Total	24	98

#### 4.7.5 Valoración económica

Cuando se consulta sobre la valoración económica de la profesión, los profesionales de Gran Canaria y Tenerife indicaron que consideran la profesión mal pagada (63% en Gran Canaria y 54% en Tenerife).

No hay diferencia significativa entre Gran Canaria y Tenerife (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.5976$ ).

**Tabla 111:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la valoración económica de la profesión de los encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Valoración económica de la profesión	Lugar de residencia		
	Gran Canaria	Tenerife	Total
Mal pagada	34 (63%)	35 (54%)	69 (58%)
En su justa medida	17 (31%)	26 (40%)	43 (36%)
Bien pagada	3 (6%)	4 (6%)	7 (6%)
Total	54	65	119

La percepción de la valoración económica de la profesión es similar entre auxiliares e higienistas dentales (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.1542$ ).

El 50% de los auxiliares y el 61% de los higienistas consideran la profesión mal pagada.

**Tabla 112:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la valoración económica de la profesión de los encuestados de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Valoración económica de la profesión	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
Mal pagada	12 (50%)	60 (61%)
En su justa medida	12 (50%)	31 (32%)
Bien pagada		7 (7%)
Total	24	98

#### 4.7.6 ¿Volvería a elegir la profesión?

Cuando se consulta los profesionales si volverían a elegir la profesión, hay una moderada asociación entre esta variable y el lugar de residencia ( $\chi^2 = 5.31$ ,  $gl = 1$ ,  $p = 0.0212$ ,  $V$  de Cramer = 0.229,  $p = 0.013$ ).

Una mayor proporción de los encuestados de Tenerife (92%) indica que la volvería a elegir, mientras que el 24% de los residentes en Gran Canaria no lo harían.

**Tabla 113:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Volvería a elegir la profesión? de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Volvería a elegir la profesión	Lugar de residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
No	14 (24%)	5 (8%)	19 (15%)
Si	44 (76%)	61 (92%)	105 (85%)
Total	58	66	124

El 85% de los auxiliares y el 84% de los higienistas dentales indicaron que volverían a elegir la profesión.

No hay diferencias entre Auxiliares e Higienistas dentales (Test Exacto de Fisher,  $p > 0.999$ ).

**Tabla 114:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Volvería a elegir la profesión? de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Volvería a elegir la profesión	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
No	4 (15%)	16 (16%)
Si	22 (85%)	85 (84%)
Total	26	101



#### 4.7.7 Valoración de la profesión económicamente en comparación con otros miembros de la consulta

Al consultar sobre la valoración de la profesión en términos económicos en relación a los otros componentes de la consulta, el 53% de los encuestados en Gran Canaria y el 59% de los de Tenerife indicaron que consideran la valoración económica comparativa como normal.

No hay diferencia significativa entre Gran Canaria y Tenerife (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.8195$ ).

**Tabla 115:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la valoración económica de la profesión en relación a otros trabajadores en los centros donde se desempeñan los encuestados de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Valoración económica comparativa	Lugar de residencia		
	Gran Canaria	Tenerife	Total
Mal pagada	23 (42%)	23 (36%)	46 (39%)
Normal	29 (53%)	38 (59%)	67 (56%)
Bien pagado	3 (5%)	3 (5%)	6 (5%)
Total	55	64	119

El 54% de los auxiliares y el 57% de los higienistas dentales indicaron que consideran la valoración económica comparativa como normal. No hay diferencias entre Auxiliares e Higienistas dentales en cuanto a la valoración de la profesión en términos económicos en relación a los otros componentes de la consulta (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.9963$ )

**Tabla 116:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas sobre la valoración económica de la profesión en relación a otros trabajadores en los centros donde se desempeñan los encuestados de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Valoración económica comparativa	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
Mal pagada	10 (42%)	37 (38%)
Normal	13 (54%)	56 (57%)
Bien pagado	1 (4%)	5 (5%)
Total	24	98

#### 4.7.8 Gusto por el trabajo que realizan

Al consultar a los encuestados si les gusta el trabajo que realizan, el 90% de Gran Canaria y el 95% de Tenerife indicaron estar satisfechos con su trabajo.

No hay diferencias entre Gran Canaria y Tenerife (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.304$ ).

**Tabla 117:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Le gusta su trabajo? de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Gusto por el trabajo	Lugar de residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
No	6 (10%)	3 (5%)	9 (7%)
Si	52 (90%)	62 (95%)	114 (91%)
Total	58	65	123

El 92% de los Auxiliares y el 92% de los Higienistas indicaron que les gusta el trabajo que realizan. No hay diferencias entre Auxiliares e Higienistas dentales (Test Exacto de Fisher,  $p > 0.999$ ).

**Tabla 118:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Le gusta su trabajo? de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Gusto por el trabajo	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
No	2 (8%)	8 (8%)
Si	24 (92%)	92 (92%)
Total	26	100

#### 4.7.9 Gusto por la profesión independientemente del trabajo realizado

Cuando se pregunta si les gusta su profesión independientemente del trabajo que realizan, todos los encuestados de Gran Canaria y el 95% de los de Tenerife indicaron que les gusta su profesión.

No hay diferencia entre Gran Canaria y Tenerife (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.247$ )

**Tabla 119:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Le gusta su profesión independientemente del trabajo que realiza? de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Gusto por la profesión independientemente del trabajo que realiza.

Gusto por la profesión	Lugar de residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
No		3 (5%)	3 (2%)
Si	58 (100%)	63 (95%)	121 (98%)
Total	58	66	124

Cuando se pregunta si les gusta su profesión independientemente del trabajo que realizan, todos los Auxiliares, 100% y el 97% de los Higienistas dentales indicaron que les gusta su profesión.

No hay diferencias entre Auxiliares e Higienistas dentales (Test Exacto de Fisher,  $p > 0.999$ )

**Tabla 120:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Le gusta su profesión independientemente del trabajo que realiza? de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Gusto por la profesión	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
No		3 (3%)
Si	26 (100%)	98 (97%)
Total	26	101

#### **4.8 Octava parte: Ley**

##### **4.8.1 ¿Conoce la ley que regula los profesionales relacionados con la salud bucodental?**

Cuando se pregunta a los encuestados si conocen la Ley que regula los profesionales relacionados con la salud bucodental, el 59% de los participantes tanto de Gran Canaria como de Tenerife indicó no conocer dicha ley.

No hay diferencia significativa entre Gran Canaria y Tenerife ( $\chi^2 = 0.02$ , gl = 1, p = 0.8875).

**Tabla 121:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Conoce la Ley que regula las profesiones del personal Auxiliar e Higienista dental? de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Conoce la ley	Lugar de residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
No	35 (59%)	39 (59%)	74 (59%)
Si	24 (41%)	27 (41%)	51 (41%)
Total	59	66	125

El 81% de los auxiliares entrevistados no conoce la ley que regula la profesión mientras que 46% de los higienistas la conoce.

Hay diferencia significativas entre Auxiliares e Higienistas ( $\chi^2 = 5.25$ , gl = 1, p = 0.00219). Existe una moderada asociación entre titulación y conocimiento de la ley que regula al personal auxiliar. V de Cramer = 0.230, p = 0.013.

**Tabla 122:** Frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Conoce la Ley que regula las profesiones del personal Auxiliar e Higienista dental? de acuerdo a titulación (Auxiliar e Higienista dental).

Conoce la ley	Titulación	
	Auxiliar	Higienista Dental
No	21 (81%)	53 (54%)
Si	5 (19%)	46 (46%)
Total	26	99

#### 4.8.2 ¿Le parecen bien las atribuciones que por Ley tiene su profesión?

Para los que contestaron que si conocen la ley, se analiza la siguiente pregunta de la encuesta: ¿Le parecen bien las atribuciones que por Ley tiene su profesión?

El 45% de los profesionales indicaron que no les parecen bien las atribuciones y el 55% indicaron que les parecen bien.

No hay diferencia significativa entre Gran Canaria y Tenerife ( $\chi^2 = 0.01$ , gl = 1, p = 0.9203).

**Tabla 123:** Frecuencias y porcentajes (en paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Le parecen bien las atribuciones que por Ley tiene la profesión? de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Atribuciones por Ley que tiene la profesión	Lugar de residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
No	10 (43%)	12 (46%)	22 (45%)
Si	13 (57%)	14 (54%)	27 (55%)
Total	23	26	49

Cuando se analizan las respuestas a esta pregunta con respecto a la titulación, no hay diferencias entre Auxiliares e Higienistas dentales (Test Exacto de Fisher,  $p > 0.999$ ).

De los profesionales que conocen la ley, entre el 40% (Auxiliares) y el 50% (Profesionales con doble titulación) no están de acuerdo con las atribuciones que por Ley tiene la profesión.



**Tabla 124:** Frecuencias y porcentajes (en paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Le parecen bien las atribuciones que por Ley tiene la profesión? de acuerdo a titulación (Auxiliar, Higienista dental y doble titulación: Auxiliar e Higienista dental).

Atribuciones por Ley que tiene la profesión	Titulación		
	Auxiliar	Higienista Dental	Doble titulación
No	2 (40%)	17 (45%)	3 (50%)
Si	3 (60%)	21(55%)	3 (50%)
Total	5	38	6

#### **4.8.3 ¿Sabía que la Ley contemplaba la homologación de aquellos profesionales que han realizado su formación en la propia consulta?**

Para la pregunta de la encuesta: ¿Sabía que la Ley contemplaba la homologación de aquellos profesionales que han realizado su formación en la propia consulta?

El 69% de los encuestados tenía conocimiento de esta atribución de la Ley.

No hay diferencia significativa entre Gran Canaria y Tenerife ( $\chi^2 = 0.34$ , gl = 1, p = 0.5598).

**Tabla 125:** Frecuencias y porcentajes (en paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Sabía que la Ley contemplaba la homologación de aquellos profesionales que han realizado su formación en su propia consulta? de acuerdo a lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Homologación	Lugar de residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
No	9 (37%)	7 (26%)	16 (31%)
Si	15 (63%)	20 (74%)	35 (69%)
Total	24	27	51

Al examinar las respuestas a esta pregunta de acuerdo a la titulación de los encuestados, el 80% de los Auxiliares y de los profesionales con doble titulación y el 65% de los Higienistas dentales tienen conocimiento sobre la homologación contemplada por la Ley.

No hay diferencia significativa con respecto a la titulación en la distribución de las respuestas (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.5568$ ).

**Tabla 126:** Frecuencias y porcentajes (en paréntesis) de las respuestas a la pregunta ¿Sabía que la Ley contemplaba la homologación de aquellos profesionales que han realizado su formación en su propia consulta? de acuerdo a titulación (Auxiliar, Higienista dental y doble titulación: Auxiliar e Higienista dental).

Homologación	Titulación		
	Auxiliar	Higienista Dental	Doble titulación
No	1 (20%)	14 (35%)	1 (20%)
Si	4 (80%)	26 (65%)	5 (80%)
Total	5	40	6

#### 4.8.4 ¿Le parece bien la homologación?

Al preguntar a los encuestados la opinión acerca de la homologación contemplada por la Ley (Pregunta: ¿Le parece bien?), los porcentajes de encuestados que opinan a favor y en contra de esta homologación son similares.

Al 51% no le parece bien y al 49% le parece bien.

No hay diferencia significativa en las proporciones de las respuestas entre Gran Canaria y Tenerife ( $\chi^2 = 0.95$ , gl = 1, p = 0.3297).

**Tabla 127:** Frecuencias y porcentajes (en paréntesis) de las respuestas a la pregunta sobre la opinión sobre la homologación (Pregunta: ¿Le parece bien?) según lugar de residencia (Gran Canaria y Tenerife).

Opinion sobre homologación	Lugar de residencia		Total
	Gran Canaria	Tenerife	
No	10 (42%)	16 (59%)	26 (51%)
Si	14 (58%)	11 (41%)	25 (49%)
Total	24	27	51

Al 80% de los Auxiliares le parece bien la homologación contemplada por la Ley, mientras que al 67% de los profesionales con doble titulación no les parece bien la homologación. Entre los Higienistas dentales, las proporciones en las respuestas a favor y en contra son muy similares.

No hay diferencia significativa entre auxiliares e Higienistas (Test Exacto de Fisher,  $p = 0.3317$ ).

**Tabla 128:** Frecuencias y porcentajes (en paréntesis) de las respuestas a la pregunta sobre la opinión sobre la homologación (Pregunta: ¿Le parece bien?) de acuerdo a la titulación de los encuestados (Auxiliar, Higienista dental y doble titulación: Auxiliar e Higienista dental).

Opinion sobre homologación	Titulación		
	Auxiliar	Higienista Dental	Doble titulación
No	1 (20%)	21 (53%)	4 (67%)
Si	4 (80%)	19 (47%)	2 (33%)
Total	5	40	6



# DISCUSIÓN





## 5- DISCUSIÓN

---

### 5.1 Consideraciones iniciales

La cuestión inicial que se plantea en este estudio es, conocer la situación de los profesionales de la salud bucodental en las Islas Canarias durante los años 2015- 2016, para posteriormente valorar la evolución de éstos profesionales en comparación con los residentes en la Península, estudiados en los años 1995 y 2013. También se valorará la situación de los profesionales de la salud bucodental a nivel internacional, para ver qué situación se ocupa respecto a ellos.

Con el fin de facilitar la comparación de los datos entre los tres períodos, se empleó el mismo cuestionario del estudio inicial realizado por el Dr. Ábalos (11) y utilizado posteriormente por el Dr. Torrejón (151), donde se planteaban una serie de cuestiones para conocer la situación general del personal auxiliar en odontología. Se recogían datos sociodemográficos, de la formación recibida, de las funciones desempeñadas en el trabajo, así como aspectos relacionados con el trabajo en equipo. También fue objeto de comparación la consideración profesional dentro del contexto legal que regula la profesión, así como las condiciones laborales y el grado de satisfacción en cuanto al ejercicio profesional.

Dada la importancia que tienen los trabajos previos del Dr. Ábalos (11) y del Dr. Torrejón (151) para nuestro estudio, se adjuntan las principales conclusiones de ambas tesis doctorales en los anexos II y III.

En el estudio del Dr. Ábalos de 1995, participaron tanto higienistas como auxiliares de odontología, aproximadamente un tercio de los encuestados era higienista. En el presente estudio, tres cuartas partes de los participantes son higienistas. Este aumento en el número de higienistas es compatible con que en 1986 se produjo el desarrollo de las estructuras docentes que permitieron la formación de los higienistas y la incorporación al mercado de trabajo. Durante el estudio pionero del Dr. Ábalos, estas estructuras se encontraban en fase inicial y como consecuencia el mercado laboral estaba copado mayoritariamente por auxiliares, algunos higienistas dentales homologados e incluso personal empírico formado de manera artesanal por los propios dentistas (153), de ahí la alta participación de auxiliares en el primer estudio realizado por el Dr. Ábalos.

Con respecto al estudio del Dr. Torrejón, debemos tener presente que la totalidad de los participantes eran higienistas dentales, ya que la investigación se dirigió al conjunto de participantes en los cursos de Formación Especializada para higienistas dentales, ediciones IV, IX y X, organizados por el Centro de Formación Permanente de la Universidad de Sevilla durante el curso académico 2012-2013 (151).

Para facilitar la interpretación de los datos, dado que los participantes pertenecen a dos Provincias diferentes y el origen geográfico podría condicionar los resultados, se analizarán los datos de manera independiente en Gran Canaria y en Tenerife para ver si existe o no relación entre ellos.

Por otra parte, como los participantes en la encuesta ejercen la profesión de higienista dental y de auxiliar de odontología, se analizarán también por separado las profesiones para posteriormente valorar si existe alguna diferencia.

Cuando exista en alguna de las categorías (residencia, profesión) diferencias estadísticamente significativas se hará mención expresa de tal situación.

### **5.1 Primera Parte: Datos generales de la muestra**

Los profesionales que han participado en el estudio, se encuentran distribuidos de la siguiente manera, 61 pertenecen a la isla de Gran Canaria y 67 a la isla de Tenerife. Son profesionales jóvenes, con un promedio de edad de 34,36 años y además mayoritariamente mujeres, un 93%.

Estos datos concuerdan con la mayoría de publicaciones, donde se describe una profesión formada por profesionales jóvenes y mayoritariamente mujeres (11)(151). Internacionalmente, los porcentajes varían desde el 70% de higienistas mujeres en Australia al 98% en Estados Unidos, situándose Canarias con un 93% por debajo del 96,5% de Europa.

El Dr. Castaño describe a las higienistas dentales como mujeres jóvenes con filosofía preventivista, desde la misma creación de la profesión *“Esta profesión ya centenaria, nace en los Estados Unidos de América y ve la luz de una manera modesta pero tremendamente visionaria y con un enfoque social evidente. El Dr. Fones decide instalar un gabinete dedicado a la higiene oral en el garaje de su hogar. Allí, las*

*primeras higienistas, eran todas mujeres, recibían formación y, de forma simultánea llevaban a cabo estrategias preventivas bajo la supervisión del fundador de la profesión”(154).*

Este sesgo de género evolucionó porque inicialmente la profesión de higiene dental fue creada por dentistas hombres, con el objetivo de delegar el tiempo de los procedimientos preventivos y no quirúrgicos periodontales a los auxiliares. Esta falta de diversidad representa una amenaza para el desarrollo profesional según la mayoría de autores.

Con respecto a los países estudiados Australia, es el país con más higienistas varones trabajando a tiempo completo, un 33%. En Europa, la mayor proporción de higienistas hombres la encontramos en Portugal, con un 20%, esto puede ser debido a que el acceso a la profesión es a través de la universidad y no vía auxiliar clínico. Rumanía, presenta un 20% de higienistas hombres, esto puede ser debido a la escasez de oportunidades económicas para ambos sexos, lo que puede llevar a que los hombres se dediquen a campos de estudio en los que puedan encontrar trabajo.(71)

El estado civil más frecuente es soltera, un 47%, y sin hijos, un 49%. Esta circunstancia es la misma que se observa en los estudios predecesores, (11)(151) y puede deberse a que la media de edad de este colectivo es baja, 34 años. Hay que tener presente que en Australia la edad media es 43 años, en Estados Unidos 42,5, en Canadá 40 y 31 en el estudio del Dr. Torrejón.

En cuanto al nivel económico familiar de las encuestadas, un 73% reportaron un nivel económico medio, lo cual sigue la línea de los estudios predecesores (11)(151).

De este hecho se puede hacer una valoración positiva, ya que nos encontramos saliendo de una crisis económica, que ha hecho que la profesión pasara una mala situación, haciendo que los profesionales tuviesen una visión pesimista (155).

Respecto a los estudios generales de las encuestadas, un 77% posee como mínimo formación profesional de grado superior, mientras que un 17% completo los estudios de bachillerato/ESO y tan solo un 6% afirma tener estudios básicos EGB/LOGSE. Estos datos concuerdan con la titulación de las participantes, ya que un 71% son higienistas dentales, un 20% Auxiliares y un 9% poseen ambas titulaciones. Esta situación contrasta con los anteriores estudios, en el caso del Dr. Ábalos, el 95% posee estudios medios, este dato concuerda con que participó una mayoría de auxiliares respecto al número de higienistas (11). En el trabajo del Dr. Torrejón se puede observar que el 70% cuenta como mínimo con estudios de formación profesional de grado superior, dato esperado ya que la totalidad de las participantes en el citado estudio eran higienistas dentales.(151)

En la actualidad los niveles de estudios son superiores en comparación con el estudio del Dr. Ábalos (11), ya que en su estudio existía un gran número de profesionales que no habían recibido formación, o bien esta había sido de tipo artesanal (153).

Con el paso del tiempo el personal auxiliar tiende a una mayor formación, incrementándose cada vez más el número de profesionales con formación de Técnico Superior en Higiene Dental, aunque todavía nos encontramos lejos de países como Australia, donde el 51,6% de los integrantes del grupo de higienistas, técnicos y

terapeutas son licenciados y en muchos de los países europeos la formación del higienista también es universitaria como en Reino Unido, Suecia, Portugal, Italia, etc.

Analizando el año de graduación en este estudio se ve que existen diferencias significativas entre Gran Canaria y Tenerife.

En Tenerife hubo mayor número de graduados en los períodos 1991-2000 y después del 2010, mientras que en Gran Canaria el mayor número de graduados se dio en el periodo 2001-2010.

Tenerife cuenta con dos centros privados, Dental Trainer que imparte la formación de Técnico Superior en Higiene Dental desde 2008 y Dentazul que lo hace desde 2010. El Instituto “Los Gladiolos” también imparte esta formación de forma pública desde 1998.

Gran Canaria cuenta con dos centros privados, Higident, que imparte la formación de Técnico Superior en Higiene Dental desde 2010 y La Escuela Dental Canarias desde 1989. El Instituto “1º de Mayo” lo hace de forma pública desde 1998.

### **5.3 Segunda Parte: Formación Profesional**

Un profesional del área de la salud debe tener por vocación la formación continua, ya que las competencias y conocimientos deben estar siempre actualizados. Debe estar al tanto de las novedades y formarse en las habilidades necesarias, esto le permitirá ascender profesionalmente y facilitara buen posicionamiento como profesional (156).

Dado que se trata de una profesión con constantes innovaciones (nuevos materiales, nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, nuevas tecnologías, etc.), una formación continuada es clave para ofrecer una odontología de calidad (157).

Entre los participantes en el estudio, la asistencia a cursos y congresos es elevada, un 97% de los participantes afirman asistir al menos una vez al año a cursos y congresos. Observamos diferencias significativas entre las islas, ya que un 82% de los profesionales de Gran Canaria asisten dos o más veces al año a cursos o congresos frente a un 41% de los profesionales de Tenerife que afirman asistir únicamente en una sola ocasión. Además existe una asociación fuerte entre las variables lugar de residencia y asistencia a cursos y congresos.

Se observan también estas diferencias significativas si se realiza el análisis atendiendo a la profesión, ya que el 50% de los auxiliares afirma asistir en una ocasión, frente al 73% de los higienistas que asisten dos o más veces al año a cursos y congresos. La asociación entre estas variables es moderada.

Se analizó también la posible relación entre asistencia a cursos y congresos frente al número de años trabajados. Podría esperarse que al llevar más años trabajando, sugieran nuevas inquietudes y con ellas la necesidad de adquirir nuevos y mayores conocimientos, además, la situación económica es más estable, por lo que se podría invertir en formación, que en ocasiones resulta costosa, pero se ha visto que no hay diferencias significativas.

El Dr. Torrejón, detectó una escasa asistencia a cursos y congresos entre sus participantes, y eso que la totalidad de participantes eran higienistas dentales (151), el Dr.

Ábalos, también refleja una escasa asistencia a cursos y congresos, achacada en su caso a la juventud de la profesión y a la formación artesanal de muchos de los participantes (11).

En 2005, el Dr. Castaño también señalaba la necesidad de la formación continuada: *“Pensamos que este colectivo, como cualquier grupo profesional, necesita recibir formación continuada. Esta formación continuada debería estar coordinada desde y por las asociaciones profesionales (odontológicas y de higienistas), los centros educativos y las administraciones correspondientes. La suma de universidad, administración y asociaciones profesionales puede producir resultados muy positivos en cuanto a rigor científico, especificidad y coherencia de la formación y utilidad de lo transmitido. Además, al trabajar conjuntamente las distintas instituciones, debe de existir mayor sensibilidad hacia la problemática específica del colectivo y su carrera profesional”* (153). Estas no fueron sólo palabras para el Dr. Castaño y sus colaboradores, ya que ellos y el grupo de docentes de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Universidad de Sevilla, pasaron a la acción e iniciaron en el año 2009 un proyecto de formación continuada para higienistas dentales con el modelo de Experto Universitario (158). En las 15 ediciones realizadas ya se han formado más de 500 higienistas.

Respecto al número de profesionales suscritos a revistas y a asociaciones profesionales es muy bajo, ya que tan solo un 22% afirman estarlo. Si se analiza esta situación en base a la formación, se observan diferencias significativas y una moderada asociación entre las variables, ya que todos los profesionales suscritos y/o asociados son higienistas dentales, esto puede deberse a que los higienistas dentales pueden estar formando parte de algún Colegio o Asociación profesional.



Cabe señalar que actualmente en Canarias no existe ni Colegio ni Asociación profesional, por lo tanto serán Colegios o Asociaciones de otras Comunidades Autónomas. Esta situación resultaría impensable en Nueva Zelanda, donde además de estar registrados, necesitan un certificado de práctica anual. En Australia, además de registro renovado anualmente, en algunos territorios se exige formación continuada. En Estados Unidos donde se requiere una licencia. En Canadá se requiere registro y autorización. En la mayoría de los países Europeos como Dinamarca, Reino Unido, Finlandia, Suecia, Irlanda, etc., donde la profesión se encuentra reconocida, es imprescindible la colegiación, el registro o la licencia para poder trabajar. De esta manera, en estos países se garantiza al paciente la calidad del servicio y que está siendo atendido por un profesional competente en la materia.

Estos bajos datos de suscripción se asemejan a los obtenidos por el Dr. Torrejón, que refería que la posibilidad para tan baja suscripción podía residir en la no obligatoriedad de colegiación para el colectivo de higienistas dentales en España (151). El hecho de que no sea obligatorio colegiarse en España merma la capacidad del colectivo para guiar la higiene dental hacia los estándares europeos en cuanto a formación y ejercicio profesional (73).

En relación con el estudio del Dr. Ábalos, las suscripciones a revistas científicas y a asociaciones profesionales prácticamente se han duplicado (11), aunque actualmente continúan siendo muy bajas.

Atendiendo a la formación, el 54% de los encuestados tienen una percepción buena o muy buena de su formación, frente a un 47% que piensa que es mejorable o

deficiente, si este mismo análisis se realiza teniendo en cuenta la formación de base de las encuestadas, se aprecia que se siguen repitiéndose las cifras, ya que un 46% de las higienistas y un 54% de las auxiliares la considera deficiente o mejorable, frente a un 55% de las higienistas y un 46% de las auxiliares que la considera buena o muy buena. Existe por lo tanto discrepancia en cuanto a la percepción de la formación.

Estos datos contrastan con los obtenidos por el Dr. Torrejón, donde un 70,5% de las participantes tenían una percepción buena o muy buena de su formación (151) y en la misma línea se encuentra la población encuestada por el Dr. Ábalos en 1995 (11).

Empieza a reinar cierta disconformidad en relación a la formación, esto concuerda con la percepción de los planes de estudio respecto a la formación teórico-práctica, donde un 52% de los auxiliares y un 63% de los higienistas la consideran deficiente o mejorable, si estos datos se analizan en función de la procedencia de las encuestadas resulta que existen diferencias significativas y una asociación débil entre las variables, ya que en Gran Canaria un 8% consideran los planes de estudio deficientes, frente a un 10% de los participantes de Tenerife que los consideran muy buenos.

Estos datos difieren de los obtenidos por el Dr. Ábalos (11), pero resulta más sorprendente la diferencia existente con el estudio del Dr. Torrejón, donde un 87% de los encuestados tenía una percepción buena o muy buena de los planes de estudio respecto a la formación teórico-práctica (151).

Parece que se ha producido un cambio, se pasa de profesionales con una percepción buena de los planes de estudio, a profesionales con una visión mejorable de estos. Esta tendencia concuerda con lo que está sucediendo en los países en los que se imparte la formación de los higienistas a nivel universitario, con una duración superior de

los planes de estudio (73). En España, se han producido cambios en el campo educativo, ya que en 2014 entró en vigor el Real Decreto 769/2014 que establece el título de Técnico Superior en Higiene Bucodental (159), este Real Decreto fija el perfil profesional del título y los aspectos básicos del currículo, que posteriormente se determinan y desarrollan en la Orden ECD/1539/2015 de 21 de julio, por la que se establece el currículo del ciclo formativo de grado superior correspondiente al título de Técnico Superior en Higiene Bucodental. Lo dispuesto en este Real Decreto sustituye a la regulación del título de Técnico Superior en Higiene Bucodental, contenida en el Real Decreto 537/1995 de 7 de abril (160), que queda derogado, como consecuencia, se incrementa la carga lectiva que pasa de 1.400 a 2.000 horas lectivas, además se incorpora la lengua inglesa en al menos dos módulos formativos y a efectos de convalidaciones, el Título equivaldrá a 120 European Credit Transfer System, (ECTS). La higiene dental se ubica dentro de la rama sanitaria de la Formación Profesional de Grado Superior (con referente en la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación CINE-5b). Esto supone un avance en la formación y una aproximación a la situación europea, en lo que a formación se refiere.

Hubiese sido ideal integrar la formación, es decir, que el equipo de salud bucodental se formase conjuntamente, ya que se ha visto que se mejora la comunicación, la empatía, el trabajo en equipo y la atención al paciente (161). En 2005 el Dr. Castaño ya ponía en tela de juicio el hecho de que la formación de los higienistas no se realizara en la Facultad de Odontología, y se planteaba: *“¿Por qué los higienistas dentales se forman ajenos a la Facultad de Odontología? No entramos en la discusión de formación universitaria o no, sino que defendemos la necesidad de que ambos trayectos*

*curriculares tengan momentos de encuentro, como puede ser la realización de prácticas clínicas conjuntas, desarrollando cada uno de los colectivos sus funciones específicas”* (153). Actualmente, la formación de dentistas, higienistas, auxiliares y demás profesionales de la salud bucodental continúan por caminos sincrónicos pero no llegan a confluir.

Es importante destacar que no debe confundirse “currículo formativo” con “capacidades profesionales”; es decir, que el título establecido en el RD 769/2014, no constituye una regulación del ejercicio de la profesión, ni una enumeración de las funciones profesionales del higienista, ya que esto se halla dispuesto en el artículo tercero de la Ley 10/1986 de 17 marzo.

Resulta peculiar el hecho de que se aumente y mejore la formación de los higienistas dentales en 2014 y no sus funciones, reguladas por una Ley de 1986, pese a que esta situación se lleva denunciando y se ha puesto en conocimiento del Ministerio desde hace años. (162)

Es necesario que los higienistas dentales conozcan el marco legal de su profesión, su dominio profesional y su currículum académico, para no confundirlo con los auxiliares de clínica, llamados Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (103).

#### **5.4 Tercera Parte: Situación laboral**

En general se trata de profesiones con alta empleabilidad, de los encuestados en este estudio, el 87% se encuentra trabajando, el 11% en formación y tan sólo un 2%

desempleado. Existen diferencias significativas y fuerte asociación entre las variables situación laboral y lugar de residencia. Esto es debido a que en Tenerife el 11% de los participantes se encuentran en formación y en Gran Canaria no hay ningún participante en formación, pero si hay un 2% de desempleados.

Si se compara la situación laboral de auxiliares e higienistas no hay diferencias significativas, más del 86% de los profesionales se encuentran trabajando.

Los datos de empleabilidad son mejores que los obtenidos en estudios anteriores, ya que el Dr. Torrejón reportó un 85% de empleados y un 11% de parados (151). El Dr. Ábalos registró una ocupación del 62% y un 30% de formación (11).

Queda patente que la higiene dental es una profesión demanda, con crecimiento como se ha visto en Australia y Canadá y que tiene un bajo nivel de desempleo, incluso según la Asociación Dental de Nueva Zelanda (19) hay una escasez de higienistas dentales, terapeutas dentales y asistentes dentales en Nueva Zelanda. Estos van acorde con los de otros autores que reportan una alta ocupación tanto en Europa (71), como en Estados Unidos (38). En España los datos también siguen la misma línea, ya que se registraron 9.743 contratos en 2015, lo que supone un incremento del 18,44% con respecto a 2014. (95)

Si se evalúan los años que llevan trabajando los profesionales, se aprecia que un 61% trabaja desde hace más de 3 años. No existen diferencias entre las categorías de auxiliar e higienista, donde el 44% reporta llevar trabajando más de 10 años. Se puede apreciar que ha aumentado el número de años trabajados entre los profesionales con respecto a los datos aportados por el Dr. Torrejón en 2013 (151), donde el 35.7% llevaba

empleado más de 10 años y el Dr. Ábalos en 1995 (11), donde la mayoría llevaban trabajando de 1 a 5 años. Vemos pues, que se trata de profesiones consolidadas.

El tipo de jornada laboral más frecuente (78%) es la completa, y la mayoría de los profesionales tanto higienistas (86%) como auxiliares (80%) trabajan más de 30 horas semanales.

Estos datos concuerdan con los reportados por el Dr. Torrejón (151) y el Dr. Ábalos (11), donde aproximadamente el 40% de los encuestados trabajaban a jornada completa 40 horas semanales.

La consideración de jornada completa varía desde las 30 horas semanales de Canadá, 38 en Australia, 40 en Estados Unidos y Nueva Zelanda, en todos estos lugares más del 50% de los higienistas, asistentes, terapeutas etc., trabaja a tiempo completo. Hay países como Corea donde la jornada laboral son 50 horas semanales (76).

En este estudio, cuando se compara la jornada laboral reportada por los encuestados y el número de horas trabajadas, el dato obtenido resulta impactante, ya que un 37% reportaron jornada laboral parcial, pero trabajan más de 30 horas.

Si se evalúa el contrato laboral, vemos que existe una diferencia significativa y asociación moderada entre las variables. En Gran Canaria hay un 85% de contratados y en Tenerife, un 17% sin contrato, esto puede ser debido a que en Tenerife hay un 11% de los encuestados que se encuentran en formación.

Si el análisis se realiza atendiendo a la titulación, no existen diferencias entre auxiliares e higienistas ya que más del 82% de los participantes se encuentran

contratados, de estos el 75% tienen un contrato fijo. Se observa una mejoría en los contratos laborales, actualmente el 75% son fijos y un 16% temporales, en 1995 el Dr. Ábalos (11) reportó un 30% de contratos temporales, y el Dr. Torrejón en 2013 (151), ya hablaba de más de un 74% de contratos fijos.

Atendiendo al sector laboral donde desempeñan sus funciones los encuestados, un 90% de los higienistas trabaja en el sector privado, frente a tan sólo el 6% que trabaja en el sector público. En el caso de los auxiliares, el 96% trabaja en la empresa privada y únicamente un 4% lo hace en la pública.

Teniendo en cuenta el número total de higienistas que hay en España, 13.200 en el año 2013 (67) y los datos publicados por el Consejo de Dentistas (111), 446 higienistas en el sector público en 2013, se puede estimar que tan sólo un 3,37% de los higienistas trabajan en la sanidad pública. Si realizamos la misma operación con los auxiliares, este dato es menor, un 0,97%.

Si analizamos la legislación:

1- RD 1030/2006 de 15 de septiembre (86), Anexo II. Cartera de servicios comunes de atención primaria, en el apartado 9 se habla de 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 a la salud bucodental.”*

2- La Ley 10/1986 de 17 Marzo sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental (89), Artículo tercero:

*“Se crea la profesión de Higienista dental que, con el correspondiente título de Formación Profesional de Segundo Grado, tendrá como atribuciones, en el campo de la promoción de la salud y la educación sanitaria bucodental, la recogida de datos, la realización de exámenes de salud y el consejo de medidas higiénicas y preventivas, individuales o colectivas. Colaborarán también en estudios epidemiológicos.*

*Podrán, asimismo, realizar determinadas funciones técnico-asistenciales como Ayudantes y Colaboradores de los Facultativos Médicos y Odontólogos.”*

Resulta paradójico, que una profesión que nace con vocación comunitaria y preventiva y dado que la cartera de servicios del sistema nacional de salud está básicamente enfocada a los mismos menesteres, haya muy pocos higienistas en servicios públicos.

El bajo número de profesionales que realizan su trabajo en el sector público puede deberse a dos circunstancias:

- ✦ En algunos servicios públicos de salud no se contratan higienistas dentales como es el caso de Andalucía, País Vasco y Cataluña. En otros, aunque si se contratan siguen existiendo plazas ocupadas por auxiliares de enfermería y enfermeras, es el caso de Canarias, Aragón, Castilla León, Cantabria, Asturias, Baleares, Extremadura, Navarra y Madrid.



- ✦ Las atribuciones que tiene el higienista dental son escasas, pero sus funciones principales, la prevención, la salud pública y la epidemiología, están siendo mínimamente explotadas, ya que tendría que haber higienistas dentales en todos los centros de Atención Primaria donde haya un servicio de salud bucodental, en hospitales en los servicios de maxilofacial, en los geriátricos, en los colegios y en especial en centros de disminuidos y/o dependientes, entre otros. Esto es importante para disminuir el gasto de la Administración, ya que si se incrementa el número de higienistas dedicados a la prevención se disminuirán los costes en tratamientos y se incrementará la calidad de vida de los pacientes.

La mayor presencia de higienistas dentales en el sector público es una de las reivindicaciones que viene formulando el Dr. Castaño para mejorar la Salud Pública Oral en España (96). Por otra parte, el hecho de que no haya higienistas dentales en muchos servicios nacionales de salud resulta incongruente, ya que la cartera de servicios del sistema nacional de salud está básicamente enfocada a tareas comunitarias y preventivas. Esta situación puede dar lugar a una gestión ineficaz de los recursos humanos, empleándose a odontólogos, capacitados para desarrollar trabajos que requieren una mayor y más costosa formación, en funciones que son llevadas a cabo por higienistas de forma rutinaria en las clínicas privadas y algunos servicios de salud.

El 87% de los encuestados trabaja en una única consulta y más del 26% lo hace en otro sector además del odontológico. Estos datos son similares a los reportados por el Dr.

Torrejón en 2013 (151). Estos porcentajes son menores si se comparan con otros estudios realizados en Reino Unido e Israel, donde un tercio de los higienistas tienen otro trabajo no relacionado con la odontología. (163) (164). En Canadá un 16% son autónomos y en Estados Unidos lo habitual es trabajar en más de una consulta.

Respecto al salario, un 76% gana menos de 1.000 €, únicamente el 8% de los auxiliares y el 25% de los higienistas gana más de 1.000 €, es decir, estaríamos hablando de menos de 7€ la hora. Estos datos son similares a los obtenidos por el Dr. Torrejón en 2013 (151), y si se comparan con los del Dr. Ábalos en 1995 (11), se puede apreciar que algo se ha mejorado el sueldo, ya que la mayoría ganaba entre 40.000 y 100.000 pesetas (240 – 600 €). Para hacernos una idea, en Reino Unido, dependiendo de si se tiene o no experiencia, el sueldo de un higienista oscila entre unos 14 y 28€/hora (165), en Australia un higienista y un auxiliar cobran unos 30.88 y 15.41€/hora respectivamente, en Canadá los higienistas y auxiliares ganan respectivamente 33.01 y 12.9 €/hora y en Estados Unidos llegan a alcanzar salarios de 34.77 €/hora los higienistas y 16.40 €/hora los auxiliares, por su parte en Nueva Zelanda los auxiliares cobran unos 10.34 €/hora y los higienistas oscilan entre 20.35 y 40,7 €/hora. Reflejándose así la gran brecha salarial, ya que en Canarias, al igual que en el resto de la península, teniendo en cuenta el trabajo del Dr. Torrejón se cobra entre 2 y 5 veces menos que en Reino Unido y Estados Unidos.

Hay diferencias significativas entre Gran Canaria y Tenerife respecto a la percepción de los ingresos y la asociación entre estas variables es fuerte, ya que el 71%

de los encuestados de Gran Canaria considera que sus ingresos son menores de lo que debiera, mientras que en Tenerife el 16% opina que son mayores de lo que debiera.

Si el análisis se realiza atendiendo a su formación, se ve el 54% de los auxiliares y el 60% de los higienistas consideran que sus ingresos son menores de lo que se debiera.

Estos datos concuerdan con los obtenidos por el Dr. Torrejón en 2013 (151) y un estudio realizado en Brasil con auxiliares (166), donde se relaciona directamente la satisfacción en el trabajo con el salario y el lugar de empleo. Entre los no satisfechos, el salario bajo (63,2%) fue la razón más frecuente. Resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado en Arabia Saudita (167), donde casi un tercio de los asistentes dentales (31%) estaban insatisfechos con su percepción de los ingresos.

No se aprecia variación en el ritmo de trabajo, que continúa siendo alto o agobiado para el 80% de los encuestados, estos resultados concuerdan con los del Dr. Torrejón (151) y con lo descrito en otros estudios internacionales, donde hay también una percepción de un ritmo de trabajo alto entre la mayoría de los higienistas. (168)

## **5.5 Cuarta Parte: Consultas en las que trabajan**

En las consultas donde trabajan los encuestados se realizan todas las funciones odontológicas, pero las funciones que registraron mayores frecuencias fueron, en primer lugar preventivas (90%), empatadas en segundo lugar periodoncia y cirugía (89%) y en tercer lugar prótesis (87%).

Para cada participante en la encuesta se calculó la amplitud de funciones odontológicas que se realizaban en la consulta donde trabajaban. El resultado fue que en Gran Canaria el 81% de los encuestados realizan 6 o más funciones odontológicas en sus consultas y en Tenerife un 61%.

Cuando se comparan las consultas en las que trabajan los auxiliares y los higienistas se observa que no existen diferencias significativas, en el 78% de las consultas donde trabajan auxiliares y en el 68% de donde trabajan higienistas, se desarrollan 6 o más funciones odontológicas.

Estos datos concuerdan con los obtenidos por el Dr. Torrejón (151), en la mayoría de las consultas donde trabajaban sus encuestados se realizaban casi todas las especialidades odontológicas. Esto es así debido a que el modelo de atención en las clínicas dentales ha variado en los últimos años. Se ha pasado de un modelo en el que el dentista general, dedicado a terapéutica dental y prótesis, derivaba a los pacientes de otras especialidades, a otro modelo, en el que en la misma clínica se realizan la mayoría de los tratamientos. Así, en la actualidad la tendencia es minimizar las derivaciones de pacientes a otras clínicas, probablemente debido al aumento de la competencia y otros factores como la crisis económica (155).

Se estudió si existía relación entre el número de funciones desempeñadas y las horas semanales que trabajaban los encuestados, se vio que las mayores frecuencias se daban en la categoría de 7 funciones independientemente del número de horas semanales de trabajo.

En cuanto a la relación entre el número de funciones desempeñadas y el ritmo de trabajo se vio que entre el 76 y el 85% de los participantes considero el ritmo de trabajo alto o agobiado con independencia del número de funciones que realizaba.

Existe relación sin embargo entre el número de funciones que se realizan y la cuantía de los ingresos, siendo esta aparentemente inversamente proporcional, ya que la mayor proporción de los profesionales que realizan 4 o menos funciones reciben un salario de entre 1.000 y 2.000€, mientras que la mayor proporción de los que realizan 5 o más funciones reciben un salario de entre 500 y 1.000€. Pese a que no hay diferencias entre el número de funciones desempeñadas y la percepción de los ingresos, sí que aprecia una ligera tendencia a menor número de funciones más justa es la percepción del salario recibido y a mayor número de funciones mayor es la percepción de que el salario es menor de lo que debiera.

Se realizó un análisis de la plantilla profesional, el número de odontólogos, auxiliares, higienistas y otros profesionales que trabajan en las clínicas dentales de Gran Canaria y Tenerife, en el 58% de las consultas de Tenerife y en 43% de las consultas de Gran Canaria trabajan entre 5 y 8 profesionales.

El mismo análisis se realizó atendiendo a la titulación de los encuestados y se vio que el 68 % de los auxiliares y el 80% de los higienistas trabajan en consultas con hasta 8 profesionales. Podría pensarse que existe una relación entre el número de profesionales que trabajaban en las consultas y el número de funciones odontológicas que se desempeñaban en ellas, pero el análisis de correlación resultó negativo, ya que la tendencia parece ser consultas de tamaño mediano, con 5 a 8 profesionales que desarrollan 6 o más funciones odontológicas.

Al analizar el número de odontólogos que hay en las consultas, se vio que en el 76% de las clínicas trabajan entre 1 y 4 odontólogos.

El siguiente paso fue valorar si existía relación entre el número de odontólogos y la cantidad de personal auxiliar que trabaja en las consultas. Se vio que existía una correlación significativa, es decir a mayor número de odontólogos, mayor cantidad de personal auxiliar. Se analizó entonces si existía también relación entre el número de odontólogos y la cantidad de funciones odontológicas llevadas a cabo en las consultas, se vio que existía una correlación significativa entre el número de odontólogos y el número de funciones llevadas a cabo por el personal auxiliar.

Podemos constatar un incremento en la plantilla desde el año 1995 (11), esto permite la delegación de tareas al odontólogo y se puede practicar la odontología a cuatro manos(169). Todos estos datos son totalmente coherentes con la evolución que ha tenido la odontología en España. (96)(154). Quedando refutada la teoría del Dr. Castaño que afirmaba: *“el modelo de atención en las clínicas ha pasado del dentista general dedicado a la terapéutica, a la clínica dental donde se realizan la casi totalidad de los tratamientos dentales, minimizándose de esta manera las derivaciones de pacientes”* (155).

## 5.6 Quinta parte: Funciones en detalle de Auxiliares e Higienistas dentales

### a) Funciones en el área de prótesis

En el área de prótesis la función más realizada tanto por higienistas como por auxiliares es la toma de impresiones (87%), este dato concuerda con el obtenido por el Dr. Torrejón (151), donde un 90% de los encuestados tomaba impresiones, resulta curioso, ya que es una función para la cual la legislación Española no habilita a los higienistas dentales y mucho menos a los auxiliares. (90). La toma de impresiones si puede ser realizada por los higienistas en Nueva Zelanda, Australia, Estados Unidos, Portugal, Suiza, Reino Unido, incluso en Canadá los asistentes dentales pueden realizarlas (170).

Aproximadamente un tercio de los encuestados confecciona planchas base, esta tarea no clínica se podría considerar competencia de los protésicos dentales (171). Estos mismos datos se repiten en el estudio del Dr. Torrejón en 2013 (151).

Resulta reseñable el hecho de que todas las funciones que se han considerado de prótesis (vaciado de modelos, zocalado, poner hilo retractor, impresiones, planchas base, registro de mordida, otros registros, y cementado de coronas) son realizadas todas ellas por una proporción superior de auxiliares que de higienistas.

### **b) Funciones en el área de la odontología preventiva.**

Las funciones que se realizan con una mayor frecuencia son la esterilización y la enseñanza de la higiene oral (96 y 90% respectivamente).

El 85% de los higienistas realiza tartrectomías, el 88% aplica flúor, pero tan sólo el 56% coloca selladores. Estos datos son acodes a los obtenidos por el Dr. Torrejón en 2013 (151). En ambos estudios, apenas un porcentaje ligeramente superior de higienistas coloca selladores, cuando se ha demostrado que son una de las medidas individuales más eficaces para la prevención de la caries en molares (172). Esto puede ser debido a lo que ya se demostró en un estudio realizado en Andalucía, los odontólogos españoles tienen dudas sobre el uso de selladores (173).

Resulta reseñable el hecho de que los auxiliares realicen aplicaciones de flúor (73%), tartrectomías (69%) y selladores (50%), pese a no estar habilitados legalmente para hacerlo. (90)

### **c) Funciones en el área de la ortodoncia**

Pese a que la legislación española no habilita a los higienistas ni a los auxiliares para realizar ninguna de las funciones incluidas en este grupo, cabe señalar que estas se vienen realizando desde los comienzos de la profesión de la higiene dental en España según constató en 1995 el Dr. Ábalos (11).



En este estudio más del 50% de los higienistas colocan arcos de ortodoncia y el 27% cementa brackets entre otras funciones. Estos datos concuerdan con los reportados por el Dr. Torrejón (151) y demuestran la alta delegación de funciones en el personal auxiliar de ortodoncia, influenciados posiblemente por la alta organización de esta especialidad en otros países como Nueva Zelanda, Dinamarca, Eslovaquia (170), Reino Unido y Estados Unidos (174).

Nuevamente cabe señalar que en el caso de los auxiliares, el 62% colocan arcos, el 38% pegan brackets, incluso el 42% realizan estudios radiológicos.

#### **d) Funciones en el área de Odontopediatría.**

Un porcentaje considerable de higienistas realiza obturación de dientes temporales (11%) y colocación de coronas de metal (10%). Resulta curioso ya que se vuelven a repetir los porcentajes del estudio realizado por el Dr. Torrejón en 2013 (151). Es importante aclarar que los higienistas no están capacitados legalmente para la realización de estas funciones. Estas funciones están relacionadas con el perfil del terapeuta dental, el cual dispone de competencias restauradoras más amplias. Los terapeutas dentales se encuentran reconocidos en países como Suiza, Reino Unido, Nueva Zelanda, Canadá y Australia. (175)(176).

Reiterar nuevamente el hecho de la actuación de los auxiliares, ya que también realizan obturaciones de dientes temporales y colocan coronas de metal (8%), pese a no estar tampoco facultados legalmente para ello.

**e) Funciones en el área de la terapéutica dental.**

La función realizada más frecuentemente por los higienistas es la radiología (72%), seguida de la colocación de obturaciones provisionales (33%). Estos datos son muy similares a los obtenidos por el Dr. Torrejón (151), que encontró que un 83% de los higienistas realizaban radiografías y un 57% colocaban obturaciones provisionales.

En España para poder realizar el manejo de aparatos de radio diagnóstico con fines médicos se ha de estar capacitado, es decir, es necesario superar un curso de operador de rayos X (177), esto no ocurre en Nueva Zelanda, Australia, Canadá y Estados Unidos, donde los higienistas si están capacitados para la realización de radiografías, al igual que en Dinamarca, Lituania, Países Bajos, Noruega, Portugal, Suecia, Suiza y Reino Unido (170). Incluso en Canadá y Estados Unidos están capacitados para realizar Rx.

La realización de obturaciones, está ligada a los terapistas dentales en Nueva Zelanda, Australia, Canadá, Suiza, Suecia y Reino Unido.

Nuevamente resalta el hecho de que los auxiliares realizan todas las funciones agrupadas dentro de la terapéutica dental (pulido de composites, aislamiento, colocación de obturaciones provisionales, radiología, colocación de matrices) en mayores proporciones que los higienistas, y por supuesto sin estar capacitados legalmente para ello.

#### **f) Funciones según legislación**

Nos basaremos en lo dispuesto en la Ley 10/1986 de 17 de Marzo sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental y el RD 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 y determina entre otras, las funciones de higienistas dentales, protésicos y odontólogos.

Las tareas específicas se han clasificado como de apoyo y en boca. Las tareas de apoyo son aquellas en las que el profesional interactúa con el paciente, pero no interviene en su boca, mientras que las tareas en boca son aquellas en las que el profesional interviene directamente en la boca del paciente.

Ciñiéndonos a la Ley vigente, los auxiliares de clínica sólo podrían realizar tareas de apoyo mientras que los higienistas dentales podrían realizar funciones de apoyo y determinadas funciones en boca.

Más del 80% de los auxiliares encuestados realizan tareas en boca, a pesar de no ser este tipo de tareas competencia de la profesión y entre el 19% y el 31% realizan tareas de apoyo. Entre un 36% y un 87% de los higienistas dentales lleva a cabo tareas en boca que no están contempladas como competencias de esta profesión según la legislación. Un 24% realiza tareas de apoyo en prótesis y un 42% realiza tareas de apoyo en odontopediatría que no están descritas en la Ley como competencias propias de la profesión.

Las competencias clínicas permitidas por ley en España son mucho más restrictivas que las recomendadas por la Federación Europea de Periodoncia para la

creación de nuevos planes de estudio universitarios de higiene dental (178), que además de las anteriores incluye:

- ✓ Realización de obturaciones y coronas temporales que vayan a ser descementadas durante el tratamiento realizado por el higienista.
- ✓ Aplicación de anestesia local.
- ✓ Toma de impresiones.
- ✓ Realización de tareas relacionadas con la ortodoncia como colocación y remoción de bandas y brackets y toma de fotografías y registros diagnósticos.

La recomendación de la federación Europea de Periodoncia es más acorde con el Informe de los estados miembros sobre higiene dental en Abril de 2015 (170). Se resumen las funciones de los higienistas en algunos de los Estados, basándose en la información proporcionada por los propios Estados miembros.

Las actividades de los higienistas dentales pueden distinguirse de las actividades de otras profesiones dentales, centrándose principalmente en la atención odontológica preventiva. Las principales actividades realizadas por los higienistas dentales en los Estados miembros reguladores incluyen:

- ❖ Actividades educativas y promocionales relacionadas con la prevención de la salud oral (por ejemplo, consejo a los pacientes y dar instrucciones para la profilaxis, enfermedades periodontales e infección en las mucosas).

- ❖ Examinar a los pacientes, diagnóstico y provisión de tratamientos dentales preventivos y de higiene dental (tartrectomía y eliminación de depósitos blandos y duros, pulido de dientes, aplicación de fluoruros tópicos, etc.).
- ❖ Pulir restauraciones dentales (Dinamarca, Noruega, Portugal, Eslovaquia, España, Suiza, Reino Unido).
- ❖ Administración de anestesia local (Dinamarca, Irlanda, Lituania, Malta, Países Bajos, Noruega, Eslovaquia, Reino Unido, Suiza después de un aprendizaje).
- ❖ Colocación y extracción de aparatos ortodónticos (Dinamarca, Eslovaquia).
- ❖ Colocación y retirada de hilos de retracción (España).
- ❖ Colocación de selladores de fosas y fisuras (Dinamarca, Irlanda, Lituania, Malta, Noruega, Portugal, Eslovaquia, España, Suiza, Reino Unido).
- ❖ Aplicación de agentes desensibilizantes para la dentina (Suiza).
- ❖ Colocación y eliminación de dique de goma (España, Suiza, Reino Unido).
- ❖ Colocaciones de apósitos provisionales y recementar coronas con cemento temporal (Reino Unido), reparación de emergencia de coronas (Irlanda, Suiza).
- ❖ Tomar impresiones (Portugal, Suiza, Reino Unido).
- ❖ Detección de cáncer oral (Reino Unido).
- ❖ Cuidado de implantes y tratamiento de tejidos peri-implantarios (Malta, Noruega, Eslovaquia, Suiza, Reino Unido).
- ❖ Trabajar con radiaciones ionizantes (Dinamarca, Lituania, Países Bajos, Noruega, Portugal, Suecia, Suiza, Reino Unido).
- ❖ Prescripción de radiografías (Dinamarca, Noruega, Reino Unido).
- ❖ Tratamiento de caries primarias (Lituania, Países Bajos),

- ❖ Prescripción de determinados medicamentos (Suecia),
- ❖ Preparación y administración de determinados medicamentos en relación con el cuidado dental (Noruega, Suecia, Suiza).
- ❖ Aplicar medicación en las bolsas periodontales (Eslovaquia, Suiza).
- ❖ Tratamiento de bolsas periodontales, prescrito por dentistas (España).
- ❖ Tratamiento periodontitis, diagnóstico periodontal, alisado radicular (Dinamarca).
- ❖ Blanqueamiento dental (Suiza) con la prescripción de un dentista (Lituania, Noruega, Eslovaquia, Reino Unido).
- ❖ Administración de sedación por inhalación (Reino Unido).
- ❖ Eliminación de las suturas después de que la herida haya sido verificada por un dentista (Dinamarca, Noruega, Portugal, Reino Unido).
- ❖ Administración de inyecciones subcutáneas e intramusculares (Lituania).
- ❖ Otras tareas también pueden incluir mantener el consultorio dental listo para trabajar, el mantenimiento del equipo, realizar tareas administrativas y/o mantener la documentación (Polonia, Hungría, Eslovaquia y Suiza).

En Nueva Zelanda, Australia, Estados Unidos y Canadá, los higienistas pueden obtener la historia clínica del paciente, examinar los tejidos, realizar tartrectomías, raspados y alisados radiculares, tomar impresiones, realizar radiografías, retirar suturas entre otras funciones.

Resulta destacable como en España, a pesar de que la Ley no habilita a los higienistas y por supuesto tampoco a los auxiliares a realizar algunas de las funciones clínicas anteriormente citadas, estas son ejecutadas por el personal

auxiliar debido a la tradición en la delegación de funciones por parte de los dentistas (70). Así, la realidad profesional en cuanto a funciones desempeñadas por los higienistas es más cercana a las recomendaciones de asociaciones dentales europeas e internacionales que a la propia ley reguladora (96)(154). Este hecho también se ha visto reflejado en este estudio.

#### **g) Funciones no odontológicas**

Entre el 61% y el 81% del personal auxiliar realiza tareas no odontológicas en las consultas, realizan control de citas, labores de recepción y otras actividades no odontológicas. No hay diferencias estadísticamente significativas en las proporciones entre auxiliares e higienistas.

Teniendo en cuenta que el higienista dental es un personal cualificado en el campo de la odontología, sigue siendo muy alto el porcentaje de tareas no clínicas que realizan dentro del funcionamiento de la consulta. Estos porcentajes de tareas no clínicas son similares a los registrados por el Dr. Ábalos en el estudio de 1995 (11) y a los registrados por el Dr. Torrejón en 2013 (151).

#### **h) Delegación de tareas por parte de los odontólogos**

De las 26 tareas específicas incluidas en las funciones de prótesis, ortodoncia, terapéutica dental y odontopediatría, 14 son competencia exclusiva de los odontólogos.

Más del 50% de los auxiliares realizan todas las tareas específicas en la función prótesis, colocación de arco y toma de impresiones en ortodoncia, colocación de obturaciones provisionales en terapéutica dental e impresiones en odontopediatría. Todas estas tareas específicas se realizan directamente sobre el paciente (en boca).

Un 42% de los auxiliares realizan estudios radiológicos en ortodoncia, que corresponde a una tarea de apoyo.

Las tareas específicas que son competencia de odontólogos que realizan más del 50% de los higienistas dentales son impresiones, registro de mordida y registros en prótesis, toma de impresiones y colocación de arco en ortodoncia, e impresiones en odontopediatría, Todas estas tareas específicas se realizan directamente sobre el paciente (En boca). El 39% de los higienistas dentales realiza la tarea de apoyo de estudios radiológicos en ortodoncia.

Si tenemos en cuenta las distintas disciplinas en odontología, es en el campo de la odontología preventiva, seguido de la prótesis y la ortodoncia dónde se produce un mayor nivel de delegación de tareas que se realizan en boca. Estos resultados están en consonancia con las perspectivas de la OMS (14) que anuncia como la prevención irá tomando protagonismo y por tanto se incrementará la necesidad de delegación en funciones como profilaxis, aplicación de selladores, etc.

Es importante que se deleguen en el personal auxiliar sólo aquellas funciones para las que se hallan legalmente capacitados, ya que de otra forma se estaría cometiendo un delito de intrusismo profesional, tipificado en el artículo 403 del Código Penal.

El artículo 403 del Código Penal establece: *“El que ejerciere actos propios de una profesión sin poseer el correspondiente título académico expedido o reconocido en*



*España de acuerdo con la legislación vigente, incurrirá en la pena de multa de seis a doce meses. Si la actividad profesional desarrollada exigiere un título oficial que acredite la capacitación necesaria y habilite legalmente para su ejercicio, y no se estuviere en posesión de dicho título, se impondrá la pena de multa de seis a doce meses.”(179).*

Dicho delito se puede cometer tanto por una actividad de ejercicio continuado, como por la realización de un exclusivo acto momentáneo y aislado, siempre que sea peculiar de la profesión usurpada. (180).

El dentista o el titular de la clínica deben garantizar que los tratamientos ofertados son realizados por profesionales titulados y habilitados para ello. Cuando éstos permitan la intervención total o parcial de personas no tituladas podrían incurrir en responsabilidad penal y profesional. Podrán ser considerados cooperadores del delito de intrusismo (181).

## **5.7 Sexta Parte: funcionamiento de la consulta**

En el 61% de las consultas se realizan las tareas de forma sistematizada, mientras que en el 32% se hacen sin planificación previa, no existiendo diferencias entre las dos islas.

Se ha observado que en el 65% de las consultas donde trabajan higienistas y en el 45% de las consultas donde trabajan auxiliares las tareas se realizan de forma sistematizada.

Estos datos concuerdan con los obtenidos por el Dr. Torrejón (151), que en su estudio reportó que más de un 70% de los encuestados realiza funciones de forma sistematizada, mientras un tercio lo hace sin planificación.

En cuanto a cómo se toman las decisiones, en la mayoría de las consultas, un 49% lo decide el odontólogo, pero existe un número importante de consultas, un 30% donde las decisiones se toman en equipo, incluso en un 26% existe autonomía a la hora de organizar el trabajo.

Hay diferencias significativas y una asociación moderada entre las variables, en la forma en la que se toman las decisiones en Gran Canaria y Tenerife, ya que en el 46% de las consultas de Gran Canaria las decisiones las toma el odontólogo, frente al 65% de las consultas de Tenerife donde las decisiones son autónomas o se toman en equipo.

Existe también diferencia significativa y fuerte asociación de las variables entre las consultas donde trabajan auxiliares, donde en el 69% las decisiones las toma el odontólogo, frente a las consultas donde trabajan higienistas, aquí el 62% toman decisiones en equipo y de forma autónoma y en el 33% restante las decisiones las toma el odontólogo.

En el caso del estudio del Dr. Torrejón (151), para casi la mitad de los encuestados las decisiones las toma el odontólogo, mientras que el resto organizan su trabajo o lo deciden en equipo, prácticamente en igual medida.

Dado que no existe demasiada uniformidad a la hora de tomar decisiones, se analizó la relación entre el número de odontólogos que trabajan en las consultas y la forma en que se toman las decisiones, pero no se encontraron diferencias significativas,

aunque parece existir una ligera tendencia a que si se incrementa el número de odontólogos existe más “democratización” en la toma de decisiones.

Con la incorporación del personal auxiliar y su formación específica, y especialmente con la participación del higienista dental, la odontología cobra un carácter más “liberal”, y las decisiones pueden ser tomadas por todos los miembros del equipo, los cuales se encuentran igualados en cuanto a aportaciones pero con diferentes funciones, para conseguir un objetivo común (182).

#### **5.8 Séptima parte: valoración de la profesión**

En este punto existen algunas diferencias significativas y asociación moderada entre las variables lugar de residencia y lo referente a la percepción del futuro de la profesión. Gran Canaria es más pesimista que Tenerife. Las diferencias y la asociación moderada de variables, también están presentes cuando se recaba información sobre la relación paciente-profesional, en Gran Canaria piensan que es mejor con el personal auxiliar, pero en Tenerife algo más de una décima parte piensan que es mejor con el odontólogo o con ambos.

Cuando se consulta sobre la satisfacción con las funciones que realiza en la consulta, la mayoría de los encuestados (67%) están satisfechos con su trabajo, ya que muchos de ellos (53%) tienen la sensación de que esta profesión tiene un buen futuro.

A pesar de que piensan (76% higienistas, 63% auxiliares) que la opinión pública cree que son ayudantes del odontólogo, la mayoría (70%) opinan que la relación entre paciente y auxiliar es mejor que con el odontólogo. Cabe señalar que el elevado porcentaje de higienistas (76%) que opinan que los pacientes consideran que son los ayudantes del dentista, se repite, como el resto de los resultados en los estudios del Dr. Torrejón (151) y del Dr. Ábalos (11), por lo tanto sería importante continuar con las labores de concienciación de los pacientes sobre quiénes son los profesionales de la salud bucodental y cuáles son sus funciones, en este terreno es importante la divulgación de la información por parte de las asociaciones profesionales relacionadas con la odontología.

Pese a sentirse mal pagados (58%), incluso con respecto a otros componentes del equipo (39%), elegirían nuevamente esta profesión (84%), porque les gusta su profesión (91%), con independencia del trabajo que realizan. Estos datos concuerdan con un estudio reciente entre asistentes dentales en Brasil, el 81,5% expresó que estaban satisfechos con su trabajo (166), en la misma línea se encuentra otro estudio realizado en Arabia Saudita, donde el 76,5% de los asistentes dentales estaban satisfechos con las perspectivas generales del trabajo (167) y un estudio realizado en Canadá se reveló que las principales fuentes de insatisfacción para los asistentes dentales eran los bajos ingresos, la falta de oportunidades para desarrollarse profesionalmente y la falta de reconocimiento (183).

## 5.9 Octava parte: La Ley

El conocimiento de la legislación que regula las profesiones relacionadas con la salud bucodental, la Ley 10/1986 (89) y el Real Decreto 1594/1994 que la desarrolla (90) es fundamental para que el colectivo tome conciencia de las atribuciones profesionales.

En este estudio, existen diferencias significativas y una moderada asociación entre titulación y conocimiento de la ley que regula al personal auxiliar, ya que el 81% de los auxiliares desconocía la ley, frente al 46% de los higienistas que si la conocían.

El 55% de los encuestados está de acuerdo con las funciones que esta ley les otorga y el 80% de los auxiliares y el 65% de los higienistas sabía que esta ley contemplaba la homologación, cosa que parece bien al 80% de auxiliares y mal al 53% de higienistas. Estos datos no concuerdan con los obtenidos por los Doctores Torrejón (151) y Ábalos (11). Pese a que el porcentaje de conocimiento de la legislación y el tema de la homologación es similar en los tres estudios, en el estudio del Dr. Torrejón un 69% de las encuestadas no están de acuerdo con las funciones que la Ley les atribuye, y en este estudio, el 55% si están de acuerdo, aunque si tenemos en cuenta los datos anteriormente analizados, muy pocos profesionales se limitan a realizar las funciones que la Ley que dicen conocer, les atribuye.



# CONCLUSIONES





## 6- CONCLUSIONES

---

A partir de los datos obtenidos en este estudio se obtienen las siguientes conclusiones:

- 1- Los profesionales de la salud bucodental participantes en el presente estudio son higienistas y auxiliares. El 93% mujeres, de 34 años y más del 47% son solteras, sin hijos. Esta descripción coincide con la descrita en estudios previos.
- 2- La realidad profesional de los profesionales de la salud bucodental de las Islas Canarias no ha variado significativamente con respecto a los estudios previos.
- 3- Las profesionales de la salud bucodental participantes en el presente estudio volverían a elegir su profesión pese a no sentirse bien remuneradas. En este punto no se ha evolucionado respecto a estudios previos.
- 4- Las suscripciones a revistas científicas y a asociaciones profesionales se han mantenido en los niveles de 2013, y pese a que duplican las de los años 90 continúan siendo muy bajas.
- 5- La percepción de los planes de estudio ha pasado de ser buena a mejorable. Aunque se han producido avances en educación de los higienistas con la

publicación de un nuevo Real Decreto en 2014, no se aumentan sus funciones, reguladas por una Ley de 1986.

- 6- Los profesionales de la salud bucodental de Canarias presentan bajos niveles de paro y lo habitual es que trabajen en una consulta a jornada completa y más de 30 horas semanales, al igual que se describe en los estudios predecesores.
- 7- Los profesionales de la salud bucodental que desarrollan su labor en el sector público no superan el 6%, a pesar de que la cartera de servicios del sistema nacional de salud está básicamente enfocada a tareas comunitarias y preventivas, pudiendo dar lugar esta situación a una gestión ineficaz de los recursos humanos.
- 8- Respecto a los estudios anteriores, se observa que sigue existiendo un desconocimiento de la Ley que regula las profesiones relacionadas con la salud bucodental, pero se ha incrementado el porcentaje de encuestadas que están conformes con las funciones atribuidas por dicha Ley.
- 9- Más del 80% de los auxiliares y el 50% de los higienistas, realizan tareas en la boca de los pacientes para las que no están habilitadas. Esta distorsión en cuanto a las funciones realizadas también se da en estudios anteriores.
- 10- La realidad profesional refleja, al igual que en estudios predecesores, que las funciones desempeñadas por los higienistas y auxiliares, es más cercana a las

recomendaciones de las asociaciones dentales europeas e internacionales que a la legislación estatal.



# BIBLIOGRAFÍA



## 7- BIBLIOGRAFÍA

---

1. Organización Mundial Salud .Salud bucodental. WHO Media Cent. 2007.
2. Alexander DC. Leading the world to optimal oral health: The FDI World Dental Federation. Dent Abstr. 2009;54(4):172–3.
3. World Dental Federation. FDI. Leading the World to Optimal Oral Health Optimal Oral Health through Inter-Professional Education and Collaborative Practice. 2015;1–56.
4. World Health Organization. Future Use of Materials for Dental Restoration. 2009;1-65.
5. World Health Organisation. Prevention is better than treatment. Bull World Health Organ. 2015;9(93):594–6.
6. World Dental Federation. FDI. The Challenge of Oral Disease. A call for global action. The Oral Health Atlas. 2015;(2):1-63.
7. Castaño A, Archanco S, Castro A, Herrera C y Ábalos C. Higienistas dentales. Un elemento clave para la universalización de la odontología. En: Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Fundación Odontología Social; 2012:609-12.
8. Cuenca E, Baca P. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Masson. Barcelona. 2013;1-312.
9. Ferlay, J ,Soerjomataram, I, Ervik, M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBas. International Agency for Research on Cancer. 2013;11.
10. UNAIDS. AIDS by the numbers 2015. AIDS by Numbers 2015. 2015;1–11.
11. Ábalos Labruzzo C. Pasado, presente y futuro del personal auxiliar en Odontoestomatología. [tesis doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1995.
12. Evans C, Chestnutt IG, Chadwick BL. The potential for delegation of clinical care in general dental practice. Br Dent J. 2007;203(12):695–9.
13. Hay IS, Batchelor PA. The future role of dental therapists in the UK: a survey of District Dental Officers and General Practitioners in England and Wales. Br Dent J. 1993;175(2):61–6.
14. Nash D, Ruotoistenmäki J, Argentieri A, Barna S, Behbehani J, Berthold P, et al. Profile of the oral healthcare team in countries with emerging economies. Eur J Dent Educ. 2008;12:111–9.
15. Swanson Jaecks KM. Current perceptions of the role of dental hygienists in interdisciplinary collaboration. J Dent Hyg JDH. 2009;83(2):84–91.
16. Organización Mundial de la Salud Informe Técnico 163. Comité de expertos en personal

auxiliar de odontología. Ginebra; 1968;32:1-28.

**17.** Organización Mundial de la Salud. La enseñanza de la odontología. Informe de un Comité de expertos en Higiene Dental. . Serie de informes técnicos n° 244. 1962;244:1-32.

**18.** Dental Council New Zealand. Available from: <http://www.dcnz.org.nz/>

**19.** New Zealand Dental Association. Available from: <https://www.nzda.org.nz/pub/>

**20.** Ministry of Health. Health of the Health Workforce. A report by Health Workforce New Zealand. 2015;1-38.

**21.** The New Zealand Dental Hygienist's Association. NZDHA. Available from: <http://nzdha.co.nz/>

**22.** Dental and Oral Health Therapists. Available from: <http://www.nzoral.org.nz/>

**23.** Coates DE, Kardos TB, Moffat SM, Kardos RL. Dental Therapists and Dental Hygienists Educated for the New Zealand Environment. J Dent Educ. 2009;73(8):1001–8.

**24.** New Zealand Institute of Dental Technologists. NZIDT. Available from: <https://www.nzidt.org.nz/>

**25.** New Zealand Association of Orthodontists. NZAO. Available from: <http://www.orthodontists.org.nz/>

**26.** Dental Council. Annual Report 2015. 2015;15:1–76.

**27.** Dental Council. Annual Report 2016. Min Co. 2016;1–88.

**28.** Australian Health Practitioner Regulation Agency. Home. Available from: <https://www.ahpra.gov.au/>

**29.** Australian Dental Association. Available from: <http://www.ada.org.au/Home>.

**30.** Dental Board of Australia. Statistics 2016. Available from: <http://www.dentalboard.gov.au/About-the-Board/Statistics.aspx>

**31.** Gobierno de Australia. Departamento de Empleo Australia. Estadísticas ocupación 2016.

**32.** Dental Hygienists Association of Australia. Available from: <http://dhaa.info/>

**33.** Australian Dental and Oral Health Therapists Association. ADOHTA. Available from: <http://www.adohta.net.au/>

**34.** Kawashima N, Wadachi R, Suda H. Dental therapists: a global perspective. Int Dent J. 2009;59:5–11.

**35.** Australian Dental Prosthetists Association. Available from: <https://www.adpa.com.au/>

**36.** About Dental Technicians Australia. OHPA. Available from: <http://www.ohpa.org.au/about-ohpa.html>

**37.** The Dental Assistants Professional Association. Available from:



<http://www.dapa.asn.au/home/>

38. Solomon ES. The past and future evolution of the dental workforce team. *J Dent Educ.* 2012;76(8):1028–35.
39. Australian Dental Association. Available from: <http://www.ada.org.au/Home>
40. American Dental Association. Available from: <http://www.ada.org/en>
41. American Dental Association. Supply of Dentists in the U.S.: 2001 - 2016.
42. United States Department of Labor. U.S. Bureau of Labor Statistics. Available from: <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/dentists.htm>
43. U.S. News & World Report. The 100 Best Jobs. U.S. News & World Report. 2017.
44. American Dental Hygienists Association. Available from: <http://www.adha.org/>
45. Sanz Serrulla J, Alfred C, Fones (1869-1938). *Maxilaris.* 2005;4:100-102.
46. Battrell A, Lynch A, Steinbach P. The American Dental Hygienists' Association Leads the Profession into 21st Century Workforce Opportunities. *J Evid Based Dent Pract.* 2016;16:4–10.
47. A profile of the RDH: Dental hygienists. *RHD.* 2015.
48. U.S. Bureau of Labor Statistics. Available from: <http://www.bls.gov/home.htm>
49. Dental Assisting National Board. Available from: <http://www.danb.org/>
50. Baker B, Langelier M, Moore J DS. The Dental Assistant Workforce in the United States, 2015. *Oral Health Workforce Studies.* 2015;1-35.
51. Molina T, Yaqui P. Community Dental Health Coordinator: Empowering Communities through Education and Prevention. ADA. 2014.
52. American Student Dental Association. Available from: <http://www.asdanet.org/midlevel-providers.aspx>
53. Thompson D. National Institute of Dental and Craniofacial Research. NIDCR. El Primer Informe Del Cirujano General Sobre Salud Oral Encuentra Disparidades Profundas Entre La Poblacion A Nivel Nacional. USA Mayo 2000.
54. Mathu-Muju KR, Friedman JW, Nash DA. Current Status of Adding Dental Therapists to the Oral Health Workforce in the United States. *Curr Oral Heal Reports [Internet].* 2016;3(3):147–54.
55. Phillips E, Shaefer HL. Dental therapists: Evidence of technical competence. *J Dent Res.* 2013;92(7 Suppl 1):11–15.
56. American Dental Association. American Dental Association Statement on Accrediting Dental Therapy Education Programs. 2015.
57. Canadian Dental Association. Available from: <https://www.cda-adc.ca/en/index.asp>
58. Canadian Dental Association: The Dental Profession. 2016.

59. Gobierno de Canada. Ocupación Canada 2015-2024. Jobbank. 2016
60. The Canadian Dental Hygienists Association. Available from: <http://www.cdha.ca/>
61. Canadian Dental Hygienist Association.CDHA. Dental Hygiene Profession in Canada. 2016.
62. Canadian Dental Hygienist Association. CDHA. Dental Hygiene Facts. 2016.
63. Canadian Dental Therapists Association. Available from: <https://dental-therapists.com/>
64. Denturist Association of Canada. Available from: <http://www.denturist.org/>
65. Statistics Canada. Dental technologists, technicians and laboratory assistants. 2016.
66. Canadian Dental Assistants Association. 2016. Available from: <http://www.cdaa.ca/>
67. Kravitz A, Treasure ET, Cowpe J. Council of European Dentists: Manual of Dental Practice. 2015;1:1–420.
68. Organizacion Internacional del Trabajo. Datos 2017.
69. International Laboue Office. International Standard Classification of Occupations Structure, group definitions and correspondence tables. Vol. I. Geneva; 2012.
70. Luciak-Donsberger C. Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe. *Int J Dent Hyg* [Internet]. 2003 Feb [cited 2017 May 21];1(1):29–42.
71. Luciak-Donsberger C. The effects of gender disparities on dental hygiene education and practice in Europe. *Int J Dent Hyg*. 2003;1(4):195–212.
72. Gatermann-Strobel B, Perno Goldie M. Independent dental hygiene practice worldwide: a report of two meetings. *Int J Dent Hyg*. 2005;3(3):145–154.
73. Luciak-Donsberger C, Eaton K. Dental hygienists in Europe: trends towards harmonization of education and practice since 2003. *Int J Dent Hyg*. 2009;7(4):273–84.
74. Johnson P. Dental hygiene regulation: a global perspective. *Int J Dent Hyg*. 2008;6(3):221–8.
75. Blitz P, Hovius M. Towards international curriculum standards. *Int J Dent Hyg*. 2003;1(1):57–61.
76. Johnson PM. International profiles of dental hygiene 1987 to 2006: a 21-nation comparative study. *Int Dent J*. 2009;59(2):63–77.
77. World Health Organisation .Strategies for oral disease prevention and health promotion. WHO. 2015.
78. Jongbloed-Zoet C, Bol-van den Hil EM, La Rivière-Ilsen J, van der Sanden-Stoelinga MSE. Dental hygienists in The Netherlands: the past, present and future. *Int J Dent Hyg*. 2012;10(3):148–54.
79. British Association of Dental Therapists. Available from: <https://www.badt.org.uk/>
80. International Federation Of Denturists. Denturism: an overview. 2016

- 81.** Tuominen R. Cooperation and competition between dentists and denturists in Finland. *Acta Odontol Scand.* 2002;60(2):98–102.
- 82.** Constitución española 1978. BOE. 1978;311:29313-29424.
- 83.** Ley 14/1986, de 25 de abril, General Sanidad. BOE. 1986;102:15207-15224.
- 84.** Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE. 1995;35: 4538- 4543.
- 85.** Ley 16/2003, de 28 de mayo, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE. 2003;128:20567-20588.
- 86.** 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. BOE. 2006; 222: 32650-32679.
- 87.** Real Decreto 111/2008, de 1 de febrero, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas para la promoción de actividades para la salud bucodental infantil durante el año 2008. BOE. 2008;31: 6265- 6267.
- 88.** OCU. La salud bucodental en España 2011.
- 89.** Ley 10/1986, de 17 de Marzo, sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental. BOE. 1986;68:10562-10563.
- 90.** 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. BOE. 1994;215: 28045-28047.
- 91.** Bravo M. Private dental visits per dentist in Spain from 1987 to 1997: an analysis from the Spanish National Health Interview Surveys. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(5):321–8.
- 92.** Llodra Calvo J. La Demografía de los Dentistas en España. 1994-2020. *Cons Dent.* 2010;1-42.
- 93.** Consejo Dentistas. Datos Ciudadanos. 2016
- 94.** Instituto Nacional Estadística. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados Año 2015. 2016;1–9.
- 95.** Instituto Nacional Empleo. Estudio Ocupaciones España 2015.
- 96.** Castaño Seiquer A, Fernández Ollero A. Higienistas dentales: su realidad en España. *Dent. Econ.* 1997;24–9.
- 97.** Herrera Menchén MC. La profesionalidad del higienista dental. *Gaceta Dental.* 2009;1:12-165.
- 98.** Consejo Andaluz de los Colegios Oficiales de Dentistas. Competencias profesionales de los

- Higienistas dentales y de los Auxiliares de clínica. Cadiz. 2012;1-3.
- 99.** Utriainen P, Widström E. Economic aspects of dental care in Finnish health centers. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1990;18(5):235–8.
- 100.** Ministerio de Educación y Ciencia. Familias Sanidad. FP Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. 2016. Available from: <http://todofp.es/todofp/que-como-y-dondeestudiar/queestudiar/familias/sanidad/auxiliarenfermeria.html>
- 101.** Ministerio de Educación y Ciencia. Familias Sanidad. FP Técnico Superior en Higiene Bucodental (LOE). 2016. Available from: <http://todofp.es/todofp/que-como-y-donde-estudiar/que-estudiar/familias/sanidad/higiene-bucodental-loe.html>
- 102.** Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas. *BOE.* 1995;133:16503-16526.
- 103.** Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas. *BOE.* 1995;133:16503-16531.
- 104.** Moro Diez J. El profesional higienista dental y los rayos X. Necesidad de acreditarse en protección radiológica. *Revista Higienistas.* 2004
- 105.** Canut J. El personal auxiliar de ortodoncia . Competencias y restricciones. *Rev Española Ortod.* 2003;66–7.
- 106.** Domínguez JP. La economía de atención bucodental en España. *Cuadernos económicos de I.C.E.* 2004;67:1-26.
- 107.** Cortes Martinicorana F, Cerviño Ferradanes S, Casals Peidró E. *Servicios Públicos Salud España* 2005. 2005;1-32.
- 108.** Cortés-Martinicorena FJ, Simón-Salazar F. El PADI a examen de sus profesionales: La opinión de los dentistas concertados del País Vasco y Navarra. *RCOE.* 2004;9(3):289–96.
- 109.** Servicio Andaluz Salud. Junta de Andalucía. *Derechos: Salud bucodental.*
- 110.** Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, por el que se regula la prestación asistencial dental a la población de 6 a 15 años de la Comunidad Autónoma de Andalucía. *BOJA.* 2001;150:20885-20886.
- 111.** Especial SESPO 2014. *RCOE.* 2014;19(1):4-42.
- 112.** Servicio Aragonés Salud. *Salud Informa. La salud bucodental: etapas vida.* 2016.
- 113.** Orden de 28 de marzo de 2005, el Departamento de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de Aragón por la que se regula la prestación de la atención sanitaria bucodental a la

- población infantil y juvenil de la Comunidad Autónoma de Aragón. BOA. 2005;43:4339-4365.
- 114.** Orden de 21 de diciembre de 2012, del Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se actualiza la cartera de servicios sanitarios del Sistema Aragonés de Salud en materia de atención bucodental a la población infantil y juvenil de la Comunidad Autónoma de Aragón. BOA. 2012;252: 28759-28760.
- 115.** Servicio Salud Principado Asturias. Astur Salud. Guía para la atención a la Salud Bucodental en Atención Primaria en Asturias. 2015.
- 116.** Astur Salud. Programa de Salud bucodental Astur Salud.
- 117.** Servicio de Salud de Castilla-La Mancha SESCAM. Salud bucodental.
- 118.** Decreto 273/2004, de 9 de noviembre, sobre la prestación de atención dental a la población de Castilla-La Mancha con edades comprendidas entre 6 y 15 años y a las personas con discapacidad que presenten determinadas condiciones clínicas. DOCM. 2007;98:11639-11640.
- 119.** Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. Cuida tus dientes 2017.
- 120.** Decreto 142/2003, de 18 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones de salud bucodental del Sistema de Salud de Castilla y León. BOCyL. 2003;249: 17051- 17053.
- 121.** Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad de Cantabria. Plan de salud bucodental.
- 122.** Orden de 3 de octubre de 2001, reguladora del acceso al tratamiento de ortodoncia del Centro de Salud Bucodental Infantil de Cantabria. BOC. 2001;200:12318-12321.
- 123.** Resolución de 1 de agosto de 2002, por la que se aprueba la Carta de Servicios del Centro de Salud Bucodental. BOC. 2002;153: 7086-7089.
- 124.** Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. INGRESA. 2015;2-70.
- 125.** Salud Madrid. La atención a la salud bucodental en la Comunidad de Madrid. SESMAD.
- 126.** Salud Extremadura. PADIEX. Plan de asistencia bucodental.
- 127.** Decreto 195/2004, de 29 de diciembre, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma de Extremadura. D.O.E. 2005;2:183-186.
- 128.** Xunta de Galicia. Salud Bucodental. Consellería de Sanidade. Govern Illes Balears. Programa de Atención Infantil.
- 130.** Decreto 87/2005 de 29 de julio de 29 de julio, de gestión de la prestación sanitaria en materia de salud bucodental para la población de entre 6 y 15 años de las Illes Balears. BOIB. 2005;117:60-63.
- 131.** Gobierno de Navarra. Programa Salud Bucodental.
- 132.** Decreto Foral 249/2011, de 28 de diciembre, por el que se regula el programa de Atención Dental Infantil de Navarra. BON. 2011;256:4228-4229.

133. Osakidetza. Programa Dental Infantil. País Vasco.
134. Decreto 118/1990, de 24 de abril, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOPV. 1990;1990089.
135. Generalitat Valenciana. Salud bucodental. Cuidate CV.
136. Gobierno de La Rioja. Programa de Salud Bucodental para La Rioja.
137. Servicio Murciano Salud. Programa de Salud Bucodental Infantil 2017.
138. Orden de 27 de diciembre de 2002 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se determinan los criterios de gestión de la prestación sanitaria buco-dental destinada la población infantil de la Región de Murcia. BORM. 2003;13:819-823.
139. Orden de 6 de julio de 2012 de la Consejería de Sanidad y Política Social, por la que se modifica la Orden de 27 de diciembre de 2002 de la Consejería de Sanidad y Consumo, que determina los criterios de gestión de la prestación sanitaria buco-dental destinada la población infantil de la Región de Murcia. BORM. 2012;160: 29889-29890.
140. Servicio Canario de la Salud. Programa de atención dental infantil de Canarias: PADICAN 2016
141. Ley 11/1994 de 26 Julio de Ordenación Sanitaria de Canarias. BOC. 1994;96:5501- 5504.
142. Resolución de 11 de febrero de 2008, por la que se establece el programa de atención sanitaria bucodental a la población infantil de la Comunidad Autónoma de Canarias. BOC 2008; 45:3325-3342.
143. Servicio Canario de la Salud. Programa de atención dental infantil de Canarias. 2006; 1–13.
144. Instituto Canario de Estadística. ISTAC. Estadísticas.
145. New Zealand Ministry of Health. Publicly funded dental care in New Zealand. 2017.
146. Child Dental Benefits Schedule. Australian Government Department of Human Services. Child cares.
147. Canadian Association of Public Health Dentistry. Government Dental Programs.
148. A federal government managed website by the Centers for Medicare & Medicaid Services. Dental Care America. Benefict Dental.
149. Widström E, Eaton KA. Oral healthcare systems in the extended European union. Oral Health Prev Dent. 2004;2(3):155–94.
150. NHS England. NSH. Dental health. Department of Health. 2012.
151. Torrejon martinez J. Estudio comparativo de las competencias profesionales del Higienista dental en España entre 1995 y 2013. Tesis doctoral. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2015
152. Anguita JC, Labrador JRR, Campos JD, Casas Anguita J, Repullo Labrador J, Donado

Campos J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Atención Primaria*. 2003;31(8):527–38.

**153.** Castaño Séiquer A, Doldán Lema J. Manual de introducción a la odontología. Ripano; 2005: 307-28.

**154.** Castaño A, Archanco S, Castro A, Herrera M del C. Higienistas dentales. Un elemento clave para la universalización de la odontología. *Fund Odontol Soc*. 2012.

**155.** Bravo Perez M, Barrios Rodriguez R, San Martin Galindo L, Anaya Aguilar R. Crisis económica y odontología en España. *Fund Odontol Soc*. 2012.

**156.** Castillo C. La educación continua en odontología. *Rev Nac Odontol*. 2014; 2;10(18):5.

**157.** Román T. Una formación continuada es clave para ofrecer una Odontología de calidad. *Gaceta Dental*. *Gac Dent*. 2015; (13).

**158.** Experto Higienistas Dentales (XV Edición). Universidad de Sevilla: Centro de Formación Permanente. 2016

**159.** Real Decreto 769/2014, de 12 de septiembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Higiene Bucodental y se fijan sus enseñanzas mínimas. *BOE*. 2014;241: 64710-64755.

**160.** Real Decreto 537/1995 de 7 de Abril per el que se establece el ttulo de Techico superior en Higiene Bucodental y las correspondientes ensenanzas minimas. *BOE*. 1995;131: 16142- 16164.

**161.** Brame JL, Mitchell SH, Wilder RS, Sams LD. Dental and allied dental students' attitudes towards and perceptions of intraprofessional education. *J Dent Educ*. 2015;79(6):616–25.

**162.** Redacción Médica, una publicación de Sanitaria 2000. 2012: 270.

**163.** Gibbons DE, Corrigan M, Newton JT. A national survey of dental hygienists: working patterns and job satisfaction. *Br Dent J*. 2001;190(4):207–10.

**164.** Yavnai N, Bilder L, Sgan-Cohen H, Zini A. Dental hygienists in Israel: employment evaluation, job satisfaction, and training implications. *J Dent Educ*. 2012;76(10):1371–6.

**165.** National Careers Service. Dental hygienist. 2016;5.

**166.** Loretto NRM, Caldas A de F, Coelho Junior LGT de M. Job satisfaction among dental assistants in Brazil. *Braz Dent J*. 2013;24(1):53–8.

**167.** Al Jazairy YH, Halawany HS, Al Hussainan N, Al Maflehi N, Abraham NB, Jacob V. Factors affecting job satisfaction and their correlation with educational standards among dental assistants. *Ind Health*. 2014;52(4):324–33.

**168.** Gorter RC. Work stress and burnout among dental hygienists. *IntJDentHyg*. 2005;3:88–92.

**169.** Carrillo Carmena P, Casado Gomez I. Posiciones y posturas de trabajo del odontólogo y del

auxiliar. Gaceta Dental. 2009;8.

**170.** European Parliament. Overview of the regulatory framework in the health services sector – dental hygienists and related professions. 2016;1:1-31.

**171.** Real Decreto 1687/2011, de 18 de noviembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Prótesis Dentales y se fijan sus enseñanzas mínimas. BOE. 2011;302: 8626-8666.

**172.** Ahovuo-Saloranta A, Forss H, Walsh T, Hiiiri A, Nordblad A, Mäkelä M, Worth ington HV. Sealants for preventing dental decay in the permanent teeth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;3:1-127.

**173.** San Martin L, Castaño A, Bravo M, Tavares M, Niederman R, Ogunbodede EO. Dental sealant knowledge, opinion, values and practice of Spanish dentists. BMC Oral Health. 2013;13:12.

**174.** I de M, Scanlan PJ. The role of professionals complementary to dentistry in orthodontic practice as seen by United Kingdom orthodontists. Br Dent J. 2003;194(12):677–81.

**175.** Edelstein BL. Examining whether dental therapists constitute a disruptive innovation in US dentistry. Am J Public Health. 2011;101(10):1831–5.

**176.** Satur J, Gussy M, Mariño R, Martini T. Patterns of dental therapists' scope of practice and employment in Victoria, Australia. J Dent Educ. 2009;73(3):416–25.

**177.** Real Decreto 1085 / 2009, de 3 de julio , por el que se aprueba el Reglamento sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico. BOE 2009;173: 60188- 60204.

**178.** European Federation of Periodontology. Guidelines for Denatal Hygiene Education. 1997;1-16.

**179.** Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE. 1995;281:34032.

**180.** Gómez Gómez JL. El intrusismo profesional. Gaceta Dental. 2009; 8:24-27.

**181.** Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Dentistas. Competencias profesionales de higienistas dentales y auxiliares de clínica. 2012;1-3.

**182.** General Dental Council. Principles of dental team working. 2006;1–12.

**183.** Locker D. Work stress, job satisfaction and emotional well-being among Canadian dental assistants. Community Dent Oral Epidemiol. 1996;24(12):133–7.







# ANEXOS



## 8- ANEXOS

---

### **Anexo I: Encuesta**

#### **1.- ¿Asiste a cursos o congresos?**

3 o más veces al año

2 veces al año

1 vez al año

No asiste

#### **2.- ¿Está suscrito a alguna revista científica o es miembro de alguna sociedad técnico-especialista?**

Sí

No

#### **3.- Considera su formación actual respecto a las funciones profesionales que desarrolla...**

Muy buena

Buena

Mejorable

Deficiente

#### **4.- Considera los planes de estudio respecto a la formación teórico-práctica...**

Muy buena

Buena

Mejorable

Deficiente

**5.-En su consulta se desarrolla actividad de Prótesis**

**6.-En su consulta se desarrolla actividad de Periodoncia**

**7.-En su consulta se desarrolla actividad de Odontopediatría**

**8.-En su consulta se desarrolla actividad de Preventiva**

**9.-En su consulta se desarrolla actividad de Ortodoncia**

**10.-En su consulta se desarrolla actividad de Cirugía**

**11.-En su consulta se desarrolla actividad de Terapéutica dental**

**12.- Señale si realiza Vd. alguna de estas funciones en prótesis**

Poner hilo retractor

Impresiones

Vaciado de modelos

Registro de mordida

Registros

Cementado de coronas

Zocalado

Planchas base

**13.- Señale Vd. si realiza alguna de estas funciones en odontología preventiva**

Tartrectomía

Selladores

Aplicación fluor

Control placa

Enseñanza higiene oral

Análisis de dieta

Esterilización

Desinfección suelos

**14.- En general, las funciones que realiza son...**

Sistematizadas

Sobre la marcha

**15.- La actividad concreta que realiza dentro de sus funciones...**

Se decidió en equipo

Organiza su trabajo

Lo decide el dentista

**16.- Señale cuáles son las funciones que realiza en ortodoncia**

Colocación de brackets

Colocación de arcos

Activación de placas

Estudios radiológicos

Confección de placas

Toma de impresiones

Vaciado de modelos

Otros

**17.- Señale sus funciones en terapéutica dental**

Pulido de composites

Aislamiento

Colocación de obturaciones provisionales

Radiología

Colocación de matrices

Otros

**18.- Señale las funciones que realiza en Odontopediatría**

Selladores

Colocación de coronas de metal

Impresiones

Radiología

Control ansiedad

Obturación de dientes temporales

**19.- Además en la consulta realiza las funciones de Recepción**

**20.- Además en la consulta realiza las funciones de Administración**

**21.- Además en la consulta realiza las funciones de Presupuestos**

**22.- Además en la consulta realiza las funciones de Control de citas**

**23.- Además en la consulta realiza las funciones de Compras**

**24.- Además en la consulta realiza las funciones de Cobro al paciente**

**25.- Además en la consulta realiza las funciones de Limpieza y desinfección de la consulta**

**26.- ¿En general está satisfecho con las funciones que realiza?**

Sí  No

**27.- Su profesión tiene un futuro...**

Bueno  Incierto  Malo  No lo sé

**28.- La opinión pública considera que su profesión...**

Tiene funciones propias  Es la de un ayudante

**29.- La relación paciente-profesional es mejor con...**

El personal auxiliar  El dentista

**30.- En términos generales considera su profesión...**

Bien pagada  En su justa medida  Mal pagada

**31.- ¿Conoce la Ley que regula las profesiones de personal Auxiliar e Higienista Dental?**

Sí  No

**32.- En caso de que las conozca, ¿le parecen bien las atribuciones que por Ley tiene su profesión?**

Sí  No



**33.- ¿Sabía que la Ley contemplaba la homologación de aquellos profesionales que han realizado su formación en la propia consulta?**

Sí  No

**34.- ¿Le parece bien?**

Sí  No

**35.- ¿Volvería Vd. a elegir esta profesión?**

Sí  No

**36.- En relación a los otros componentes de su trabajo, se considera... (trabajadores de su centro)**

Bien pagado  Normal  Mal pagado

**37.- ¿Trabaja en más de una consulta?**

Sí  No

**38.- ¿Realiza otro trabajo además del odontológico?**

Sí  No

**39.- Los ingresos que obtiene por su profesión odontológica son...**

Los únicos ingresos  Los fundamentales  Los complementarios

**¿Cuántos profesionales trabajan en su consulta? (indique el número)**

**40.-** Odontólogos \_\_\_\_

**42.-** Higienistas dentales \_\_\_\_

**41.-** Auxiliares \_\_\_\_

**43.-** Otros \_\_\_\_

**44.- ¿Le gusta el trabajo que realiza?**

Sí  No

**45.- ¿En qué sector desarrolla su trabajo?**

Sector privado                       Sector público

**46.- ¿Le gusta su profesión independientemente del trabajo que realiza?**

Sí                       No

**47.- Actualmente está en situación de...**

Trabajando                       En formación                       Desempleo

**48.- Si está trabajando, ¿cuántos años lleva?**

Más de 10                       De 6 a 10

De 1 a 5                       Menos de 1 año

**49.- Su jornada laboral es...**

Completa                       Parcial

**50.- Las horas semanales que trabaja son...**

Más de 40 horas                       De 31 a 40 horas                       De 21 a 30 horas

De 11 a 20 horas                       Menos de 10 horas

**51.- ¿Tiene contrato laboral?**

Sí                       No

**52.- Su contrato laboral es...**

Fijo                       Temporal                       En prácticas                       Otro tipo

**53.- El dinero que gana es...**

Mayor del que debiera                       El justo                       Menor del que debiera

**54.- El ritmo de su trabajo es...**

Agobiado

Alto

Medio

Bajo

Relajado

**55.- La cuantía de ingresos mensuales por su trabajo odontológico es...**

Menos de 200 €

Entre 200 y 500 €

Entre 500 y 1000 €

Entre 1000 y 2000 €

Más de 2000 €

**56.- Edad \_\_**

**57.- Sexo:** Hombre

Mujer

**58.- Estado civil**

Casado

Soltero

Otro

**59.- Número de hijos \_\_**

**60.- Nivel económico familiar**

Alto

Medio

Bajo

**61.- Profesión del padre** \_\_\_\_\_

**62.- Profesión de la madre** \_\_\_\_\_

**63.- Lugar de residencia** \_\_\_\_\_

**64.- Estudios generales que posee (indicar sólo el de más rango)**

EGB/LOGSE

Bachillerato/ESO

Formación profesional grado superior

Diplomatura

Licenciatura

**65.- Titulación Odontológica o formación que posee**

Auxiliar de clínica

Higienista dental

Odontólogo

**66.- Recibida en \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_**

**67.- Opinión personal de la encuesta**

*Muchas gracias por su colaboración.*

**Anexo II: Resumen de la tesis doctoral “Pasado, presente y futuro del personal auxiliar en odontología” (11)**

En 1995, el Profesor Ábalos, realizó una tesis doctoral que trataba de analizar la situación del personal auxiliar de odontología en España. Se analizó la formación, funciones que desempeñaban, tipo de actividad en la consulta, el trabajo en equipo, la consideración y satisfacción profesional, opinión sobre la legislación reguladora de la profesión, condiciones laborales y las diferencias entre los colectivos de auxiliares e higienistas dentales.

En general existían pocas diferencias entre higienistas y auxiliares de clínica en 1995, ya que había una gran confusión entre los consumidores e incluso entre los mismos profesionales. Uno de los aspectos en los que se encontraron diferencias fue respecto a los datos sociodemográficos, ya que los higienistas eran más jóvenes, y tenían menos hijos que los auxiliares de clínica.

En cuanto a la formación, los auxiliares dentales acudían normalmente a menos cursos y se suscribían con menor frecuencia a revistas científicas. Los higienistas eran más críticos respecto a los planes de estudio. El nivel de estudios generales era similar para ambos grupos, pero la formación específica odontológica era superior para el grupo de higienistas, ya que la mayoría la había recibido hasta entonces en la propia consulta, por lo que no contaban con una formación reglada en Higiene Dental, de hecho la mayoría de los participantes eran auxiliares. No obstante, los que sí habían cursado los estudios, tenían buena opinión de la formación teórico-práctica. La mayoría no formaban parte de asociaciones o sociedades científicas y tampoco estaban suscritos a revistas

especializadas.

No se encontró influencia significativa con respecto a la formación general en una mayor delegación de funciones en las diferentes especialidades ni en las labores de recepción, administración, cobro o limpieza de la consulta. Una mayor formación no afectaba a la opinión sobre el futuro o la consideración sobre la profesión ni aseguraba un mayor nivel de satisfacción con la profesión y sus funciones, tampoco influía positivamente para obtener un empleo más estable. El ritmo de trabajo, el salario y la jornada laboral no se veían afectados por esta variable.

El ser auxiliar o higienista no implicaba una mayor delegación de funciones, excepto en odontología preventiva que era mayor para los higienistas. En otras especialidades, como prótesis, preventiva, terapéutica dental y odontopediatría, existía una proporción de funciones que el personal auxiliar realizaba en la boca, esta situación se contrapone a una de las principales diferencias entre auxiliar e higienista dental, que es el trabajar o no en la boca del paciente, según establece la ley 10/86.

Los auxiliares dentales realizaban más funciones de recepción y administración, pero la limpieza de la consulta se repartía por igual para ambas categorías. El hecho de realizar más funciones clínicas hacía que el personal auxiliar asistiese más frecuentemente a cursos o congresos y formasen parte de sociedades científicas en mayor proporción que el personal que se dedica a labores administrativas. Para ambos grupos no existían diferencias respecto a su satisfacción profesional y su ámbito laboral. El grupo clínico trabajaba a un ritmo más alto y estaba más descontento con el salario que los del grupo administrativo.

El trabajo en equipo y la delegación de funciones era un motivador positivo para

el personal auxiliar. Existía una correlación entre el trabajo en equipo y la delegación de funciones, aunque solo se encontró en aquellas especialidades que más delegaban, como en odontología preventiva y prótesis. Sin embargo el trabajo en equipo no cambiaba la opinión respecto a las perspectivas de futuro, consideración profesional, opinión sobre la profesión, opinión sobre las retribuciones, condiciones de trabajo y ámbito laboral aunque se encontró que los profesionales que no trabajaban en equipo tenían un nivel económico familiar más bajo.

El conocimiento de la ley era mayor para los higienistas, aunque la mayoría del personal auxiliar no conocían la ley, pero sí la posibilidad de homologación de aquellos profesionales que estaban trabajando y no poseían la titulación de higienista dental. La opinión sobre las atribuciones que otorga la legislación no era favorable, pero si estaban de acuerdo con la posibilidad de homologación.

Tanto a los higienistas como a los auxiliares les gustaba por igual su profesión, su trabajo y sus funciones, aunque el grupo de higienistas se sentía peor pagado en términos absolutos y en relación a otros miembros del equipo, ya que no había diferencias en cuanto a los salarios de los higienista y auxiliares.

La opinión sobre el futuro de la profesión era peor entre los higienistas probablemente porque el número de desempleados era superior, un mayor número de trabajadores de nueva incorporación y unos contratos laborales en peores condiciones que para el grupo de auxiliares, que tienen mayor estabilidad en el empleo. Además el colectivo de higienistas en formación pensaba que era la administración del estado les proporcionaría empleo en la sanidad pública.

Atendiendo a la jornada laboral se vio que para los auxiliares era de tipo

completo, con más horas semanales y con un trabajo a ritmo más alto.



**Anexo III: Resumen de la tesis doctoral “Estudio comparativo de las competencias profesionales del higienista dental en España entre 1995 y 2013” (151)**

En 2015, el Profesor Torrejón, presento una tesis doctoral que describía la situación de la higiene dental en España desde la perspectiva de los profesionales comparándola con la situación en 1995.

Se realizó un análisis para conocer las diferencias entre grupos según las distintas áreas de análisis, datos sociodemográficos, formación, funciones desempeñadas, trabajo en equipo, consideración profesional, legislación reguladora de la profesión, satisfacción profesional y condiciones laborales.

Los resultados muestran un colectivo profesional mayoritariamente femenino, joven y con una percepción global positiva de la profesión.

La formación continuada del colectivo es escasa. Es significativo que la suscripción a revistas científicas y la incorporación a asociaciones profesionales se ha duplicado en 2013 respecto a la encuesta de 1995.

Se detecta una distorsión en cuanto a las funciones realizadas en la actividad clínica. Un alto porcentaje de encuestados realiza funciones que no corresponden a su perfil profesional (toma de impresiones y cementado de brackets) y, a su vez, un número importante de profesionales no realiza funciones para las que están capacitados, fundamentalmente en el área de odontología preventiva (selladores de fosas y fisuras).

Una pequeña parte de los encuestados desarrollan su profesión dentro de la filosofía de trabajo en equipo. El resto tiene un rol de empleado sin capacidad decisoria en la planificación de la actividad laboral.

El colectivo se considera satisfecho con su ejercicio laboral de forma mayoritaria.

Las plantillas laborales de las clínicas dentales actuales han aumentado respecto al estudio de 1995. Ambos estudios muestran un perfil similar en cuanto al número de dentistas que trabajan en cada centro dental (un único dentista).

La mayoría de los higienistas dentales no están de acuerdo con las atribuciones profesionales que le otorga la ley.

El ejercicio profesional es casi exclusivo en clínicas privadas y la jornada laboral es completa en la mayoría de los encuestados.

La mayoría de los encuestados considera que percibe un salario inferior al que le correspondería por el desarrollo de su profesión.

#### **Anexo IV: Libro de códigos**

Variable: Número de la variable según la encuesta entregada a los participantes.

Tipo de variable: Nominal, Ordinal, Cuantitativa, Texto.

Contenido: Enunciado del ítem según la encuesta entregada a los participantes.

Codificación: Respuestas en cada ítem de la encuesta y en paréntesis la codificación numérica que se utilizó para tabular los datos.

Variable	Tipo de variable	Contenido	Codificación	
1	Ordinal	¿Asiste a cursos o congresos?	(1) 3 o más veces al año, (2) Dos veces al año, (3) Una vez al año, (4) No asiste	
2	Nominal	¿Está suscrito a alguna revista científica o es miembro de alguna sociedad técnico-especialista?	(1) No, (2) Si	
3	Ordinal	Considera su formación actual respecto a las funciones profesionales que desarrolla	(1) Muy buena, (2) Buena, (3) Mejorable, (4) Deficiente	
4	Ordinal	Considera los planes de estudio respecto a la formación teórico- práctica...	(1) Muy bueno, (2) Bueno, (3) Mejorable, (4) Deficiente	
5	Nominal	En su consulta desarrolla actividad de Prótesis	(1) No, (2) Si	
6	Nominal	En su consulta desarrolla actividad de Periodoncia	(1) No, (2) Si	
7	Nominal	En su consulta desarrolla actividad de Odontopediatría	(1) No, (2) Si	
8	Nominal	En su consulta desarrolla actividad de Preventiva	(1) No, (2) Si	
9	Nominal	En su consulta desarrolla actividad de Ortodoncia	(1) No, (2) Si	
10	Nominal	En su consulta desarrolla actividad de Cirugía	(1) No, (2) Si	
11	Nominal	En su consulta desarrolla actividad de Terapéutica dental	(1) No, (2) Si	
12	Nominal	Señale si realiza Ud. Alguna de estas funciones en Prótesis	Poner Hilo Retractor	(1) No, (2) Si
			Impresiones	(1) No, (2) Si
			Vaciado de modelos	(1) No, (2) Si
			Registro Mordida	(1) No, (2) Si
			Registros	(1) No, (2) Si
			Cementado de Coronas	(1) No, (2) Si
			Zocalado	(1) No, (2) Si
			Planchas Base	(1) No, (2) Si

Variable	Tipo de variable	Contenido	Codificación	
13	Nominal	Señale si realiza Ud. Algunas de estas funciones en Odontología Preventiva	Tartrectomía	(1) No, (2) Si
			Aplicación de Flúor	(1) No, (2) Si
			Enseñanza de Higiene Oral	(1) No, (2) Si
			Esterilización	(1) No, (2) Si
			Selladores	(1) No, (2) Si
			Control de Placa	(1) No, (2) Si
			Análisis de Dieta	(1) No, (2) Si
			Desinfección de Suelos	(1) No, (2) Si
14	Nominal	En general, las funciones que realiza son...	(1) Sistematizadas, (2) Sobre la marcha, (3) Ambas	
15	Nominal	La actividad concreta que realiza dentro de sus funciones...	(1) Se decidió en equipo, (2) Organiza su trabajo. (3) Lo decide el dentista	
16	Nominal	Señale si realiza Ud. Algunas de estas funciones en Ortodoncia	Colocación de Brackets	(1) No, (2) Si
			Activación de Placas	(1) No, (2) Si
			Confección de Placas	(1) No, (2) Si
			Vaciado de modelos	(1) No, (2) Si
			Colocación de arcos	(1) No, (2) Si
			Estudios radiológicos	(1) No, (2) Si
			Toma de impresiones	(1) No, (2) Si
			Otros	(1) No, (2) Si
17	Nominal	Señale si realiza Ud. Algunas de estas funciones en Terapéutica dental	Pulido de Composites	(1) No, (2) Si
			Colocación Obturaciones Provisionales	(1) No, (2) Si
			Colocación Matrices	(1) No, (2) Si
			Aislamiento	(1) No, (2) Si
			Radiología	(1) No, (2) Si
			Otros	(1) No, (2) Si

Variable	Tipo variable	de	Contenido	Codificación
18	Nominal	Señale si realiza Ud. Algunas de estas funciones en Terapéutica dental	Selladores	(1) No, (2) Si
			Impresiones	(1) No, (2) Si
			Control Ansiedad	(1) No, (2) Si
			Colocación de coronas de metal	(1) No, (2) Si
			Radiología	(1) No, (2) Si
			Obturación dientes temporales	(1) No, (2) Si
19	Nominal		Además en la consulta realiza las funciones de Recepción	(1) No, (2) Si
20	Nominal		Además en la consulta realiza las funciones de Administración	(1) No, (2) Si
21	Nominal		Además en la consulta realiza las funciones de Presupuesto	(1) No, (2) Si
22	Nominal		Además en la consulta realiza las funciones de Control de Citas	(1) No, (2) Si
23	Nominal		Además en la consulta realiza las funciones de Compras	(1) No, (2) Si
24	Nominal		Además en la consulta realiza las funciones de Cobro del paciente	(1) No, (2) Si
25	Nominal		Además en la consulta realiza las funciones de Limpieza y desinfección de la consulta	(1) No, (2) Si
26	Nominal		¿En general, está satisfecho con las funciones que realiza?	(1) No, (2) Si
27	Nominal		Su profesión tiene un futuro...	(1) No lo sé, (2) Malo, (3) Incierto, (4) Bueno
28	Nominal		La opinión pública considera que su profesión...	(1) Tiene funciones propias, (2) Es la de un ayudante
29	Nominal		La relación paciente - profesional es mejor con...	(1) El personal auxiliar, (2) el dentista, (3) Ambos
30	Ordinal		En términos generales considera su profesión	(1) Mal pagada, (2) En su justa medida, (3) Bien pagada

Variable	Tipo de variable	Contenido	Codificación
31	Nominal	¿Conoce la Ley que regula las profesiones de personal Auxiliar e Higienista dental?	(1) No, (2) Si
32	Nominal	En caso de que la conozca, ¿Le parecen bien las atribuciones que por Ley tiene su profesión?	(1) No, (2) Si
33	Nominal	¿Sabía que la Ley contempla la homologación de aquellos profesionales que han realizado su formación en la propia consulta?	(1) No, (2) Si
34	Nominal	¿Le parece bien?	(1) No, (2) Si
35	Nominal	¿Volvería Vd. A elegir esta profesión?	(1) No, (2) Si
36	Ordinal	En relación a los otros componentes de su trabajo, se considera....(trabajadores de su centro)	(1) Mal pagado, (2) Normal, (3) Bien pagado
37	Nominal	¿Trabaja en más de una consulta?	(1) No, (2) Si
38	Nominal	¿Realiza otro trabajo además del odontológico?	(1) No, (2) Si
39	Nominal	Los ingresos que obtiene por su profesión odontológica son...	(1) Los únicos ingresos, (2) Los fundamentales, (3) Los complementarios
40	Numérica	¿Cuántos profesionales trabajan en su consulta? (indique el número) Odontólogos	
41	Numérica	¿Cuántos profesionales trabajan en su consulta? (indique el número) Auxiliares	
42	Numérica	¿Cuántos profesionales trabajan en su consulta? (indique el número) Higienistas dentales	
43	Numérica	¿Cuántos profesionales trabajan en su consulta? (indique el número ) Otros	
44	Nominal	¿Le gusta el trabajo que realiza?	(1) No, (2) Si
45	Nominal	¿En qué sector desarrolla su trabajo?	(1) Sector privado, (2) Sector público, (3) Ambos

46	Nominal	¿Le gusta su profesión independientemente del trabajo que realiza?	(1) No, (2) Si
----	---------	--	----------------

Variable	Tipo de variable	Contenido	Codificación
47	Nominal	Actualmente está en situación de...	(1) Trabajando, (2) En formación, (3) Desempleo
48	Ordinal	Si está trabajando, ¿Cuántos años lleva?	(1) Menos de un año, (2) De 1 a 5 años, (3) De 6 a 10 años, (4) Más de 10
49	Nominal	Su jornada laboral es...	(1) Completa, (2) Parcial
50	Ordinal	Las horas semanales que trabaja son...	(1) Menos de 10 horas, (2) de 11 a 20 horas, (3) de 21 a 30 horas, (4) de 31 a 40 horas, (5) Más de 40 horas
51	Nominal	¿Tiene contrato laboral?	(1) No, (2) Si
52	Nominal	Su contrato laboral es...	(1) Fijo, (2) Temporal, (3) En prácticas, (4) Otro tipo
53	Ordinal	El dinero que gana es	(1) Mayor del que debiera, (2) El justo, (3) Menor del que debiera
54	Ordinal	El ritmo de su trabajo es...	(1) Relajado, (2) Bajo, (3) Medio, (4) Alto, (5) Agobiado
55	Ordinal	La cuantía de ingresos mensuales por su trabajo odontológico es...	(1) Menos de 200€, (2) Entre 200 y 500€, (3) Entre 500 y 1000€, (4) Entre 1000 y 2000€, (5) Más de 2000€
56	Numérica	Edad	
57	Nominal	Sexo	(1) Hombre, (2) Mujer
58	Nominal	Estado civil	(1) Casado, (2) Soltero, (3) Otro
59	Numérica	Número de hijos	
60	Ordinal	Nivel económico familiar	(1) Bajo, (2) Medio, (3) Alto
61	Texto	Profesión del padre	
62	Texto	Profesión de la madre	



63	Nominal	Lugar de residencia	(1) Tenerife, (2) Gran Canaria
----	---------	---------------------	--------------------------------

Variable	Tipo de variable	Contenido	Codificación
64	Ordinal	Estudios generales que posee (indicar solo el de más rango)	(1) EGB/LOGSE, (2) Bachillerato/ESO, (3) Formación profesional de grado, (4), Licenciatura, (5) Diplomatura
65	Nominal	Titulación odontológica o formación que posee	(1) Auxiliar de clínica, (2) Higienista dental, (3) Odontólogo, (4) Doble titulación (Auxiliar e Higienista dental)
66	Numérica	Año finalización estudios	
67	Texto	Opinión personal de la encuesta	

