ODONTOLOGOS de hoy
PUBLICACIÓN BIMESTRAL
Nº 09 SEP/OCT 2013

"El sistema sanitario en el que se apoya la ONT se está manteniendo, pero a costa de un esfuerzo importante"

Rafael Matesanz

Jose María Martínez
Presidente del BOARD

Eyitope O. Ogunbodede
Profesor de Odontología Preventiva en la OUA (Nigeria)

La tecnología del composite del futuro

Disponible ahora!

El composite posterior rápido

- **Obturación monolítica** de hasta 4 mm gracias al Ivocerin®, el nuevo foto-iniciador
- **Baja contracción** y bajo estres de contracción para los margenes superiores
- **Consistencia modelable,** tiempo de trabajo bajo luz operatoria extendido

PATENTED Ivocerin® LIGHT INITIATOR

Tetric EvoCeram® Bulk Fill

El composite modelable para obturación monolítica

Experimente el futuro de los composites con Ivocerin:
www.ivoclarvivadent.com/bulkfill_en

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent SLU
C/ Ribera del Loira 46, 5º Planta | 28024–Madrid | Tel.: 91 375 7820 | Fax: 91 375 7838

SUMARIO

09 · SEP/OCT '13

6 Actualidad

6 **NOTICIAS**
Los españoles otorgan una buena calificación a la sanidad · Ana Mato preside la entrega de los IX Premios a la Administración Sanitaria · Acuerdo entre Casa América y FENIN.

14 **REPORTAJE:**
La Biblioteca Universitaria, un servicio muy valorado por el estudiante y el docente

24 **EMPRESAS**

26 Entrevista

26 **RAFAEL MATESANZ**
Presidente de la ONT

36 **JOSE MARÍA MARTÍNEZ**
Presidente del BOARD

40 **MARIANA SEGURA**
Fundadora de la 1ª Asociación Española de Terapia del Comportamiento

22 **EYITOPE O. OGUNBODEDE**
Profesor de Odontología Preventiva en la OUA (Nigeria)

48 Ciencia y salud

48 **El tabaco y los dentistas**
Francisco Rodríguez Lozano

52 **Vacunas para el personal de clínicas dentales**
Francisco Cardona Tortajada

54 **Bernardino Landete**
Javier Sanz Serrulla

56 **El futuro de las vacunas y la caries dental**
Ángel Gil de Miguel

58 Mejora tu gestión

58 **El consentimiento informado en odontología (II): Su forma y Contenido**
Javier Relinque, Abogado

62 **Jornadas de puertas abiertas: muestre a sus clientes lo que puede hacer**
Javier Lozano Zafra

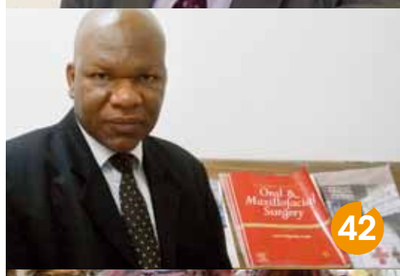
66 Ocio

66 **DESTINOS: Chipre, un puente de unión entre Europa, África y Asia**

80 Agenda cultural

Vuelve "Hoy no me puedo levantar", el Musical

82 Formación



ODONTÓLOGOS DE HOY

EDITOR:
Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR CIENTÍFICO:
Francisco Antonio García Gómez
d.cientifica@odontologosdehoy.com

REDACTORA JEFE:
María José García
redaccion@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL BARCELONA:
Juan José Guarro Miquel
delegación.bcn@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:
Antonio Castaño Seiquer
social@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENT IN UNITED STATES OF AMERICA (USA)
Laura San Martín Galindo. Universidad de Harvard
correspondent.usa@odontologosdehoy.com

Isabel Moreno Hay. University of Kentucky
correspondent2.usa@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL EN MÉXICO
Rolando Peniche Marcín
corresponsal.mexico@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENTE EM PORTUGAL
Irene María Ventura de Carvalho Ramos
correspondente.portugal@odontologosdehoy.com

FOTOGRAFÍA
Helena Galo

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:
Oklok
maquetacion@odontologosdehoy.com

IMPRESIÓN:
MSH Impresores

COMITÉ CIENTÍFICO:

José Manuel Aguirre Urizar. Catedrático de Medicina Bucal. Universidad del País Vasco. Vizcaya.

Jesus Albiol Monné. Presidente Junta Provincial de Tarragona del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña.

Ángel Álvarez Arenal. Catedrático Prótesis Bucofacial y Oclusión. Universidad de Oviedo.

Carlos Araujo. Profesor de prótesis de la Facultad de Odontología de Bauru (Univ. de Sao Paulo, Brasil).

Joan Birbe Foraster. Presidente de la Soc. Catalana – Balear de Cirugía Oral y Maxilofacial. Barcelona.

Andrés Blanco Carrión. Profesor Titular de Medicina Oral. Santiago de Compostela.

Francisco Cardona Tortajada. Jefe Sección Salud Bucodental. Sist. Navarro de Salud. Pamplona.

Peter Carlsson. Profesor de Cariología (Universidad de Malmö, Suecia). Director del CAPP (Country Area Profile Project), centro colaborador de la OMS para la salud oral. Suecia.

Josep María Casanellas Bassols. Profesor Asociado. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

Antonio Castaño Seiquer. Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria. Universidad de Sevilla.

Ramón del Castillo Salmerón. Profesor Titular de Prótesis Bucal. Univ. de Granada.

Laura Ceballos García. Profesora Titular de P.T.D y Endodoncia. U.R.J.C. Madrid.

Miguel Cortada Colomer. Catedrático de Prótesis Dental. Universidad Internacional de Cataluña. Barcelona.

Joaquín Estévez Lucas. Presidente Asociación de Directivos de la Salud. Madrid.

Antonio Fons Font. Profesor Titular de Prostodoncia y Oclusión. Universidad de Valencia.

Cristina García Durán. Protésico Dental. Madrid.

Ángel Gil de Miguel. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Decano Facultad de Ciencias de la Salud. U.R.J.C. Madrid.

Jaime Gil Lozano. Catedrático de Prótesis Dental y Maxilofacial. U.P.V. Bilbao.

Luis Giner Tarrida. Decano Facultad de Odontología, Universidad Internacional de Cataluña. Barcelona.

Ángel González Sanz. Profesor Titular U.R.J.C. Madrid.

Juan José Guarro Miquel. Presidente Asociación Empresarial de Centros de Asistencia Dental de Cataluña. Barcelona.

Luis Antonio Hernández Martín. Profesor de Prótesis Dental y Maxilofacial. Clínica Odontológica. Universidad de Salamanca.

Emilio Jiménez - Castellanos Ballesteros. Catedrático de Prótesis Estomatológica Universidad de Sevilla.

José Francisco López Lozano. Catedrático de Prótesis Buco facial U. C. M. Madrid.

José María Martínez González. Profesor Titular de Cirugía Oral y Maxilofacial. U.C.M. Madrid.

Florencio Monje Gil. Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz.

María Jesús Mora Bermúdez. Profesora Titular de Prótesis. Universidad de Santiago de Compostela.

Bernardino Navarro Guillén. Jefe de Sección de Anestesia, Reanimación y Terapia del dolor. Hospital General Universitario de Alicante.

Joaquín de Nova García. Profesor Titular de Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia, U.C.M. Madrid.

María Angustias Palomar Gallego. Catedrática de Anatomía. U.R.J.C. Madrid.

Rolando Peniche Marcín. Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac Mayab. Mérida, Yucatán, México.

Carlos Perezagua Clamagirand. Catedrático de Medicina Bucal, U.C.M. Madrid.

Paloma Planells del Pozo. Profesora Titular de Odontopediatría. U.C.M. Madrid

Juan Carlos Prados Frutos. Profesor Titular de cirugía. Director Dto. de Estomatología. U.R.J.C. Madrid.

David Ribas. Profesor Asociado de Odontopediatría. Universidad de Sevilla.

Jaime del Río Highsmith. Catedrático de Prótesis Dental y Maxilofacial. U.C.M. Madrid.

Javier Relinque. Socio IVB Abogados y Economistas. Sevilla.

Martín Romero Maroto. Profesor Titular Ortodoncia U.R.J.C. Madrid

Manuel María Romero Ruiz. Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz.

José Ignacio Salmerón. Jefe de Sección de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Juan Salsench Cabré. Catedrático prótesis dental, Universidad de Barcelona.

Francisco Javier Sanz Serrulla Profesor de la Unidad de Historia de la Medicina. U.C.M. Madrid.

Francisco Javier Silvestre Donat. Jefe de Estomatología del Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

María Jesús Suárez García. Profesora Titular de Prótesis Bucofacial U.C.M. Madrid.

Brian J. Swann. Clinical Instructor in Oral Health Policy & Epidemiology. Harvard School of Dental Medicine. USA.

Jacques-Henri Torres. Profesor Faculté d'Odontologie, Universidad de Montpellier 1. Francia.

Irene María Ventura de Carvalho Ramos. Profesora asociada de Odontopediatría en la Facultad Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz del Campus Universitário Monte de Caparica. Setúbal, Portugal.

Esteban Zubiría Ibarzabal. Evaluador externo de la Comisión de Acreditación de Formación Continuada del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Gipuzkoa.

SUSCRIPCIONES:

Si usted no tiene acceso a la revista y desea recibirla, por favor, envíenos un mail a **distribucion@odontologosdehoy.com** indicando los siguientes datos:

- Nombre
- Dirección Postal Completa
- N° de Colegiado Médico u Odontólogo
- Correo Electrónico
- Indíquenos si desea recibirlo en formato digital (pdf) o en papel

© Publicaciones Siglo XXI, S.L.
C/ Mártires Concepcionistas 7, 5° Izq.
28006 Madrid.
Telf: 911 93 59 59
D.L.: M-648-2013
ISSN: 2255-582X

ODONTOLOGOS

SEP/OCT 2013

[EN PORTADA]
26 · Rafael Matesanz

Entrevistamos al fundador y máximo responsable de la Organización Nacional de Transplantes (ONT).

12 · Fernández-Lasquetty inaugura la nueva clínica odontológica de la UE

20 · Odontología social en varios poblados de México

[ENTREVISTA]
36 · Hablamos con Jose María Martínez

Presidente del BOARD y Profesor Titular de Cirugía Maxilofacial en la UCM.

[BOI RUIZ, DISTINGUIDO COMO CONSEJERO DE SANIDAD MÁS RELEVANTE DEL CURSO]

Ana Mato preside la entrega de los IX Premios a la Administración Sanitaria

ARRIBA IZQUIERDA: AUTORIDADES, DE IZQ. A DCHA. FRANCESCO MAIONE (DE CARBUROS), LOS CONSEJEROS FERNÁNDEZ LASQUETTY, HERNÁNDEZ CARRÓN Y ECHÁNIZ, LA MINISTRA, JOSÉ MARÍA PINO, Y LOS TAMBIÉN CONSEJEROS RUIZ Y NIETO.

ARRIBA DERECHA: BOI RUIZ, CONSELLER DE CATALUÑA

IZQUIERDA: BUELA Y HERRERA FLANQUEAN AL PRESIDENTE DIEGO MURILLO, DE AMA

El jueves 11 de julio se celebró en el Museo del Traje de Madrid la duodécima edición de la Cena de Verano de la Sanidad Española, una cita organizada por Sanitaria 2000, que contó con la colaboración de Carburos Médica. La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, presidió el acto de entrega de los IX Premios a la Administración Sanitaria Española, entregados en el marco de esta cena. La ministra reconoció "el compromiso personal y profesional" del grupo editorial de Redacción Médica con el Sistema Nacional de Salud.

En el evento se entregaron los IX Premios a la Administración Sanitaria, que han reconocido la labor del consejero de Salud de Cataluña, Boi Ruiz, entre otros destacados premiados.

La ministra se dirigió a los protagonistas galardonados asegurando que "tomar decisiones en política sanitaria es uno de los retos más difíciles de un servidor público" ya que implica, en su opinión, "un extra de responsabilidad".

Dedicó unas especiales palabras de enhorabuena al consejero catalán Boi Ruiz, distinguido como consejero más relevante del último año. Ana Mato explicó que aunque "pertenecemos a formaciones políticas distintas y administraciones diferentes, eso no ha sido obstáculo para tu leal colaboración, ánimo constructivo y una firme voluntad de diálogo".

Recuperar la sostenibilidad del SNS

En la última parte de su intervención, la ministra dibujó la situación del Sistema Nacional Sanitario, desde su llegada al Paseo del Prado a la actualidad. Su reto fundamental en estos primeros dieciocho meses ha sido "volver a la senda del crecimiento y el bienestar", dado que la sanidad se encontraba en 2011 "en una situación límite (16.000 millones de euros de deuda; aumento del gasto farmacéutico; 500 días de demora en pago a proveedores), que exigía actuar con urgencia". En este punto, la ministra recordó las palabras del presidente de Sanitaria 2000, José María Pino, en el reciente "Encuentro de Parlamentarios de la Sanidad", celebrado en Córdoba, cuando aseguró que "el SNS había estado literalmente al borde de la quiebra". "Esa misma percepción -señaló Ana Mato-, la tuvimos nosotros al entrar en el Gobierno, por eso emprendimos la reforma sanitaria más importante de la democracia, cuyo logro más destacable ha sido la sostenibilidad" •

SANITARIA 2000

Seguro **Multirriesgo de Hogar**

La llave de la seguridad de su casa

Ahora, con **SERVICIOS EXCLUSIVOS** pensados para su casa y para usted

- Manitas del Hogar
- Manitas Tecnológico
- Ayuda Personal en el Hogar
- Y disfrute también de nuestro servicio de Asistencia Informática Remota: A.I.R.

A.M.A. MADRID Villanueva, 24 Tel. **914 31 06 43** villanueva@amaseguros.com

LA CONFIANZA ES **MUTUAL**

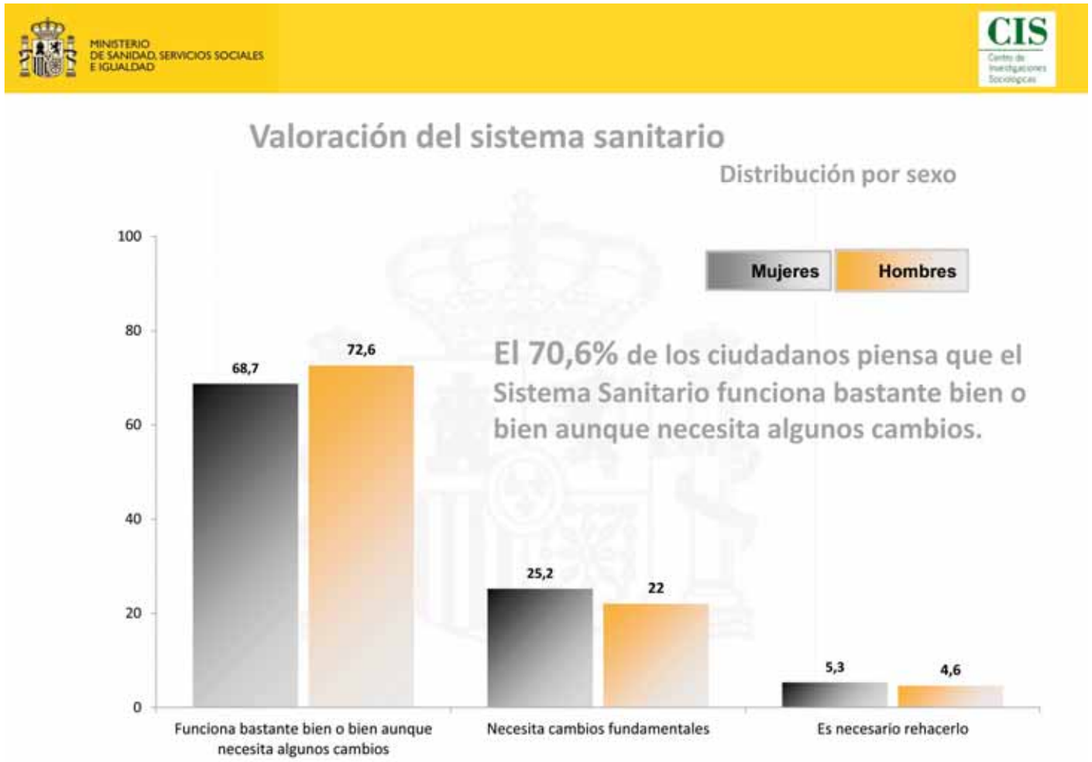
www.amaseguros.com 902 30 30 10

A.M.A. agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación realizados hasta el 31 de diciembre de 2013. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial **A.M.A.**

[MINISTERIO DE SANIDAD]

Los españoles otorgan una buena calificación a la sanidad



El Barómetro Sanitario 2012, publicado recientemente por el Ministerio de Sanidad, ofrece unos datos que permiten afirmar que el 70,6% de los españoles opina que la sanidad funciona bien o muy bien.

En una escala de 1 a 10, la satisfacción general de los ciudadanos con el sistema sanitario público se sitúa en 6,57 puntos.

La mayoría de los encuestados considera más satisfactorio emplear el sistema público que el privado. Esa preferencia se justifica por la tecnología y los medios disponibles que tienen los centros públicos y la capacitación de sus profesionales.

De los centros privados destacan su rapidez en la atención y la comodidad de sus instalaciones.

En este estudio se recogen, además, otras cuestiones de relevancia, como es la opinión sobre la compra de medicamentos por internet, que en el 78,8% de los casos es considerada insegura, y la receta electrónica, que es conocida por más de la mitad de los encuestados, aunque tan sólo 3 de cada 10 la hayan usado.

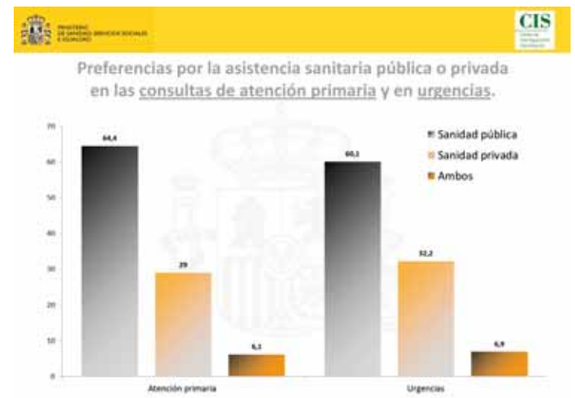
Sobre la influencia del tabaco en la salud, el 11,7% de los encuestados fumadores, afirman que han dejado de fumar o lo hacen menos que antes.

Sostenibilidad del sistema

El 42,5% de las personas entrevistadas en 2012 estaban de acuerdo con que todos los pacientes paguen sus recetas en función de su nivel de renta.

El 81,3% están en desacuerdo con el hecho de que las visitas al médico de cabecera o a urgencias puedan tener algún tipo de coste.

En cuanto a la atención recibida, en una escala de 1 a 10 en cuanto a la atención recibida, los aspectos más destacados de los servicios sanitarios son: cercanía de los centros, confianza y seguridad que transmite el médico, y el trato recibido por el personal sanitario, en el caso de la atención primaria. En cuanto a la especializa-



da, los valores más destacados son: el amplio número de especialidades a las que se tiene acceso, el equipamiento y los medios tecnológicos, y el trato recibido por los profesionales. La valoración de los hospitales y los servicios de urgencia destacan casi los mismos aspectos antes mencionados.

Ingresos, consultas y pruebas diagnósticas, valores a mejorar

Entre los aspectos mejorables destacan el tiempo de ingreso de los pacientes no urgentes, el tiempo que tardan los especialistas en ver a los pacientes que piden cita, y el tiempo que se tarda en hacer las pruebas diagnósticas en la atención especializada.

Los entrevistados afirman que la repercusión que puede tener el problema de salud sobre la autonomía del paciente para su propio cuidado es lo que debe ser el principal criterio para establecer el orden de las listas de espera para intervenciones quirúrgicas.

Además, el Barómetro Sanitario de 2012 muestra que los ciudadanos consideran que la sanidad pública mantiene la equidad entre las comunidades autónomas, aunque el 82,5% reclama un mismo criterio de todas ellas a la hora de ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos ●

[UNIÓN DE ESFUERZOS ENTRE AMBAS INSTITUCIONES]

Acuerdo entre Casa América y FENIN
para el impulso del sector español de Tecnología Sanitaria

DE IZQUIERDA A DERECHA, POR PARTE DE CASA AMÉRICA: OSCAR DÁVILA (DIRECTOR GERENTE) Y TOMÁS POVEDA (DIRECTOR GENERAL); POR PARTE DE FENIN: MARGARITA ALFONSEL (SECRETARIA GENERAL), DANIEL CARREÑO (PRESIDENTE) Y ANA ARCE (DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO INTERNACIONAL & INNOVACIÓN)

La Casa América y la Fundación Fenin han firmado recientemente un convenio de colaboración que tiene como objetivo potenciar la proyección del sector español de tecnología sanitaria en el continente americano.

Este acuerdo marca el inicio de una colaboración que se desarrollará a través de un programa de ponencias, talleres y mesas redondas, dirigidas a promocionar la industria española de tecnología sanitaria.

Daniel Carreño, presidente de Fenin, valora muy positivamente el acuerdo y destaca que "es necesario poner en marcha nuevas acciones de colaboración, transferencia tecnológica y promoción que nos permitan ayudar a nuestras empresas a aportar soluciones de alto valor añadido e importante contenido tecnológico, no sólo al sistema sanitario español, sino a los de otros países".

> *"Fenin tiene como objetivo impulsar la actividad de las empresas de tecnología sanitaria españolas en Sudamérica"*

Mientras tanto, Tomás Poveda, Director General de Casa América, señaló que "este acuerdo se enmarca dentro de la estrategia de asociación con organizaciones empresariales que Casa América ha estado desarrollando en el último año con el ánimo de servir de foro de debate que favorezca los intercambios económico-empresariales entre España y América" •

[FENIN]

Premios Voluntades de Responsabilidad Social Corporativa

Philips Ibérica, Roche Diagnostics, Boston Scientific Ibérica y Laboratorios Macrimasa-Pharma son las empresas galardonas con los Premios Voluntades RSE 2013 de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin), en reconocimiento a su esfuerzo, compromiso y desarrollo de políticas de responsabilidad social encaminadas a mejorar la salud, la calidad de vida, el bienestar de la población y el impacto de su actividad en el entorno.

La entrega de los premios se realizará el próximo 7 de noviembre en Madrid, durante la celebración del XIX Encuentro del Sector de la Tecnología Sanitaria que Fenin celebra anualmente con ESADE.

El jurado de los Premios ha estado formado por personalidades relevantes relacionadas con la Responsabilidad Social Empresarial (RSE), y con el sector sanitario: Miguel Ángel García, Director General del Trabajo Autónomo de la Economía Social y de la Responsabilidad Social de las Empresas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social; Daniel Carreño, Presidente de Fenin; Antonio Argandoña, miembro de la Comisión Deontológica de Fenin; Eduard Punset, abogado, economista y comunicador científico; Manel Peiró, Vicedecano académico de ESADE; Julio Ancochea, miembro de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); Antonio Álvarez, Presidente de la Federación Española de Enfermedades Neuromusculares (ASEM); Alberto Urtiaga, Presidente de honor de Forética; Jesús Terciado, Presidente de la Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa (CEPYME); y José Luis de la Serna, Subdirector de El Mundo y Responsable del Área de Salud.

Reconocimiento a iniciativas más innovadoras

En esta segunda edición de los Premios Voluntades RSE 2013, la categoría a los Avances Laborales y Sociales ha recaído en Philips Ibérica; el Premio Voluntades en la categoría Gestión Ambiental y Seguridad ha sido para Roche Diagnostics; Boston Scientific Iberica ha recibido el Premio Voluntades a la mejor Innovación Sostenible, y los Laboratorios Macrimasa-Pharma han inaugurado la categoría Premio Voluntades PYMES.

II Edición Premios Voluntades RSE

Mediante la concesión de estos galardones, la Federación pretende reconocer las iniciativas más innovadoras y favorecer el conocimiento de las buenas prácticas desarrolladas por las empresas del sector, en varios ámbitos de la RSE, además de difundir a la sociedad las iniciativas y el esfuerzo de la industria de la tecnología sanitaria para contribuir al desarrollo del entorno en el que opera •

federación española de empresas de TECNOLOGÍA SANITARIA

[ACADEMIA NACIONAL DE ODONTOLOGÍA DE ARGENTINA]

Reconocimiento Académico tras más de 30 años de profesión

El Prof. Cosme Gay Escoda ha sido elegido Académico Correspondiente de la Academia Nacional de Odontología de la República Argentina.

La Asamblea General Extraordinaria de la Academia Nacional de Odontología celebrada en Buenos Aires (Argentina), el día 13 de junio de 2013 designó al Prof. Dr. Cosme Gay Escoda, Académico Correspondiente extranjero, en mérito a sus relevantes antecedentes profesionales y docentes.

Esta distinción le ha sido ortogada al Doctor Gay Escoda como reconocimiento a la labor docente e investigadora realizada durante más de 30 años de dedicación al desarrollo de la Odontología y la Cirugía Bucal y Maxilofacial.

En estos momentos el Prof. Dr. Cosme Gay Escoda ejerce de Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Es, además, el director del grupo de investigación "Patología y Terapéutica Odontológica y Maxilofacial" del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge, director del Master de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial de la EFHRE International University (UIE)/ Universidad Católica San Antonio (UCAM) / Fundació Catalana per a la Salut Oral (FUCSO), y responsable del Departamento de Odontología, Cirugía Bucal, Implantología Bucofacial y Cirugía Maxilofacial del Centro Médico Teknon de Barcelona •

[UNIVERSIDAD EUROPEA]

Fernandez-Lasquetty inaugura la nueva clínica odontológica de la Universidad Europea

Javier Fernández-Lasquetty, Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, y Ramón Soto-Yarritu Quintana, Presidente del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región de Madrid han participado en la inauguración de la nueva Clínica Odontológica de la Universidad Europea, junto con Otilia de la Fuente, CEO de la institución educativa, y Elena Gazapo, Decana de la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad.

La Clínica, que tiene una superficie de cerca de 2.000 m², será atendida por un equipo de cerca de 53 profesionales de la odontología y tendrá capacidad para asistir a 400 pacientes diarios. Se prestarán servicios de odontología preventiva, odontología integral en adultos, odontopediatría, odontología estética y reparadora, prótesis, endodoncia y cirugía entre otros.

La nueva clínica estará dotada con la última tecnología en equipamiento, que permite realizar las técnicas y tratamientos odontológicos más avanzados. Cabe destacar también el laboratorio de simulación en el que los alumnos de los últimos cursos del Grado en Odontología podrán aplicar los conocimientos adquiridos y aplicarlos en la práctica clínica de la mano de los más de 40 profesores que formarán parte del equipo docente de la clínica.

La nueva Clínica Universitaria Odontológica pretende convertirse en un centro sanitario de referencia para los ciudadanos de Madrid. Además, más de 150 estudiantes de los diferentes programas de postgrado del área de odontología de la Escuela de Postgrado de la Universidad Europea como el Máster Universitario Endodoncia Avanzada, en Implantología Oral Avanzada, Prótesis, Implantoprótesis y Estética Dental, Ortodoncia Avanzada, Periodoncia Avanzada y Odontopediatría, realizarán sus prácticas en la nueva Clínica Odontológica.

Por otro lado, la Universidad cuenta con otras dos clínicas universitarias: la Clínica Universitaria Policlínica y la Clínica Universitaria Odontológica de Valencia. En ellas se imparte, casi en su totalidad, la docencia teórica, práctica, clínica, competencial y asistencial a pacientes en las áreas de Odontología, Podología, Óptica y Optometría y Fisioterapia, además de diferentes Másteres y cursos de postgrado relacionados con estas titulaciones •

antón S.L. suministros dentales

20 años a tu lado

¡¡ VISÍTANOS, queremos conocerte, y que nos cuentes tus necesidades !!

¡¡ Emociónate con la última tecnología, con las MEJORES MARCAS del mercado, y por supuesto, con todo el CONSUMIBLE a los mejores precios !!

www.antonsl.es
antonsl@antonsl.es
94 453 06 22

antón S.L. asistencia técnica
Servicio Técnico propio
tecnico@antonsl.es

P. I. Sangróniz · Iberre Kalea, 3, Mód. 6
48150 Sondika (Bizkaia)

La Biblioteca Universitaria, uno de los servicios más valorados por el estudiante y el docente

El papel de la biblioteca universitaria es primordial como elemento de apoyo para el estudiante y para el docente. La adopción de nuevos modelos de aprendizaje en la educación superior obliga a las bibliotecas universitarias a transformar sus estructuras, abandonando su rol pasivo y asumiendo uno más activo centrado en las necesidades actuales y futuras de los usuarios. En este artículo queremos mostrar las características de una moderna y joven Biblioteca, la situada en el Campus de Alcorcón. Rafaela González, su directora, nos ha dado todos los detalles relativos a su funcionamiento · **REDACCIÓN**

Origen y características de las instalaciones

La Biblioteca del Campus de Alcorcón comienza su andadura durante el curso académico 97/98 con la finalidad de proporcionar la bibliografía necesaria para las materias que se impartían en la Facultad de Ciencias de la Salud. Durante dicho curso ocupó uno de los locales del edificio que el Ayuntamiento de Alcorcón poseía en el Polígono Industrial Urtinsa. Al comienzo del siguiente curso, se trasladó a otro emplazamiento provisional ya en el Campus, en la planta Sótano del Edificio de Gestión mientras se construía el nuevo edificio destinado a albergarla, espacio que fue ya su definitivo emplazamiento a principios del año 2001. La superficie total del edificio que acoge la biblioteca asciende a 4.869,43 m2.

DISTRIBUCIÓN DE LA BIBLIOTECA UNIVERSITARIA DE LA URJC

PUESTOS DE LECTURA: 551

328 en Sala de Lectura
119 en Salas de Estudio
80 en Hemeroteca
24 en Docimoteca

PUESTOS INFORMÁTICOS: 112

40 en Consulta de Opac's Planta Baja
2 Opac's en Colección Bibliográfica
24 en Aula de Formación de Usuarios
4 en Docimoteca
16 en Aula de Estudio nº 7
6 en resto de Aulas de Estudio
12 en Área de Gestión

COLECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

Libros: 32.127
Revistas impresas: 277
Revistas electrónicas: 20.122 (3.600 del área de Ciencias de la Salud)
Bases de datos en Ciencias de la Salud: 8

HORARIO: La Biblioteca permanece abierta de lunes a viernes en horario ininterrumpido de 9'00 a 20'30 horas. Dicho horario puede verse ampliado en época de exámenes.

Espacios y usos de la biblioteca

Tal y como queda recogido en su Reglamento, la principal finalidad de la Biblioteca es la de poner a disposición de los usuarios todos los recursos bibliográficos y documentales de la Universidad. Su misión primordial, pues, es la de asegurar el acceso a toda esta información necesaria para el desarrollo de las actividades docentes e investigadoras de la propia institución, cumpliendo, de esta forma, las funciones definidas en dicha normativa. Los servicios más destacados son los enumerados a continuación: préstamo domiciliario de fondos propios; préstamo interbibliotecario de fondos que no se hallan en nuestra colección; salas de trabajo en grupo repartidas en 7 Aulas de Estudio. La Biblioteca cuenta con 91 puestos de lectura para realizar trabajos y prácticas en equipo; cursos de formación con el objetivo de mejorar entre sus usuarios la utilización de la Biblioteca y de los recursos de información que ésta puede ofrecerles; consultas tuteladas de recursos electrónicos, previa petición de hora. Cualquier usuario puede solicitar una consulta tutelada para las bases de datos u otros recursos electrónicos. Los ordenadores que posee la Biblioteca son destinados a consultas de los recursos electrónicos que sirven también para realizar trabajos. Además, hay también una pequeña Biblioteca de Ocio con novelas y películas para el esparcimiento de los usuarios, así como una pequeña sala de descanso.

El personal

El personal adscrito a la plantilla de la Biblioteca está compuesto actualmente por nueve personas, y son el elemento crucial del que depende que la biblioteca cumpla sus fines.

Siendo una plantilla escasa, atiende a los 7 Grados que actualmente se imparten en este Campus, su profesionalidad hace que se cumpla la máxima que se le exige en la actualidad al perfil de esta profesión, en el que las TIC han cambiado, tanto el concepto de los usuarios hacia los bibliotecarios como el de los bibliotecarios hacia los usuarios, ya que estos profesionales han tenido que adquirir ciertas habilidades y competencias sin las cuales no es posible competir en un ambiente tan convulso en esta nueva Sociedad del Conocimiento. Ha habido que redimensionar todos los procesos, servicios y gestión, para apoyar la investigación y la innovación tecnológica; confeccionar e impartir programas de alfabetización informacional dirigidos tanto a su claustro docente como estudiantil; hay que mantenerse constantemente al tanto de los últimos avances tecnológicos para el uso y procesamiento de la información, mantener una posición ética en el manejo y protección de la información, los derechos de autor y la propiedad intelectual; potenciar las bibliotecas virtuales; evaluar el impacto de los servicios y productos ofertados a la comunidad de usuarios que atiende, y así intentar servir a la comunidad en la que prestan sus servicios.

Los estudiantes

Los estudiantes tienen dos perfiles muy diferenciados, ya que sus necesidades son distintas a medida que avanzan en sus estudios. En primer lugar, tenemos a los alumnos de Grado, y dentro de este grupo habrá que diferenciar a aquellos que empiezan de los que ya están en cursos superiores. A los primeros, y debido

ossean® SURFACE

Éxito a la vista

¿Conoce una razón mejor para elegir un sistema de implantes?

*P. G. Coelho, R. Granato, C. Marin, et al: Biomechanical Evaluation of Endosseous Implants at Early Implantation Times: A Study in Dogs. J Oral Maxillofac Surg 68:1667-1675, 2010.

Más información en:

www.intra-lockiberia.com
info@intra-lockiberia.com
900 10 16 34

INTRA-LOCK IBERIA

a que muchos de ellos cuando llegan a la Universidad pocas veces han necesitado acudir a una Biblioteca, hay que orientarles en los servicios más básicos que ésta les ofrece: horario de la biblioteca, duración y extensión del préstamo domiciliario, búsqueda por la CDU del material impreso que necesitan, manejo de la maquina autopréstamo, desideratas tanto impresas como digitales, y uso de su cuenta con un carné de la Biblioteca. A medida que sus estudios avanzan, y sus habilidades para encontrar información impresa también están resueltas, necesitarán para sus trabajos y formación, bibliografía más actual y de probado valor científico, y es el momento de prepárales y ofrecerles los cursos de formación sobre los recursos electrónicos que la Biblioteca posee, con el fin de hacer usuarios autónomos que puedan, por medio de la vpn, acceder a la Biblioteca los 7 días de la semana los 365 días del año.

En segundo lugar, tenemos los alumnos de tercer ciclo: Máster, títulos Propios, Doctorados, etc. Sus necesidades están dirigidas hacia la investigación y, por lo tanto, necesitan consultar las últimas novedades con valor científico acerca de las materias en las que trabajan. La Biblioteca, desde el momento de su ingreso ha de proporcionarles esta información y prepararles también con cursos de formación para hacer usuarios autónomos, que puedan trabajar con sus fondos los 7 días de la semana los 365 días del año. Si alguna de la información que necesitan no se encontrara a texto completo en la Biblioteca, se les indica cómo pueden solicitarla a través del Servicio de Préstamo Interbibliotecario. Muy importante para este grupo de estudiantes es prepararles también para que sepan emplear los gestores Bibliográficos que la Biblioteca ofrece.

Los nuevos medios

La Biblioteca tiene su espacio en las redes sociales, así como también dispone de un blog y correo electrónico para que sus usuarios se comuniquen con ella. Muchos de los servicios ofertados por la Biblioteca pueden y deben realizarse online, hablamos del Préstamo Intercampus, Préstamo Interbibliotecario, Consulta del Catálogo, Consulta del carné de la Biblioteca, Renovación de préstamos (PDI, PAS), y cómo no, la consulta de todos los recursos electrónicos (base de datos, revistas electrónicas, libros electrónicos) que la Biblioteca posee. Todos los usuarios de la BRUJ pueden trabajar con estos recursos desde un lugar remoto, los 365 días del año, sin tener que personarse en la Biblioteca.

Es importante que los estudiantes tengan un lugar físico donde acudir, no hay que olvidar que las Bibliotecas Universitarias son todavía unos servicios híbridos, combinan lo digital con lo impreso, y si no se acude a sus instalaciones estos últimos documentos no se pueden consultar. Por otra parte, las instalaciones de la Biblioteca del Campus de Alcorcón son, por su reciente construcción, unas muy cuidadas instalaciones, donde la comodidad, la iluminación y, en definitiva, toda la ergonomía se ha cuidado al máximo, dando como resultado un edificio moderno y adecuado para el fin que se construyó. También dispone de salas de trabajo en grupo, muy demandadas por los estudiantes para realizar sus trabajos. Aparte del edificio está el personal de la Biblioteca que, en todo momento, intenta solucionar las diversas cuestiones que plantean los diferentes tipos de usuarios y ayudarles en todo lo que demanden.

Un papel fundamental en la Universidad

La Biblioteca es uno de los servicios mejor valorados de la Universidad, y viene demostrado por los resultados de las encuestas que, periódicamente, se realizan. En este sentido, sobresale la concesión del certificado de calidad ANECA que, otorgado hace unos años, reconocía entonces la eficacia y eficiencia de los servicios que presta a los usuarios.

Siendo este hecho muy alentador para el Servicio, la Biblioteca es consciente de los retos a los que se enfrenta, ya que las TIC y la nueva Sociedad de la Información plantea, cada vez más, unos nuevos escenarios a los que no sólo esta Biblioteca, sino todas, están obligadas a responder. Por eso, es muy importante la opinión de todos sus usuarios y, gracias al desarrollo de las redes sociales y otras aplicaciones informáticas, se permite un diálogo más fluido con los mismos, sabiendo en un corto espacio de tiempo la opinión y necesidades del Servicio ●

NSK
NOVEDAD
iPexII
Localizador de Ápice Avanzado para Endodoncia
CONTROL CONSTANTE DEL PROGRESO DE LA INSERCIÓN DE LA LIMA
825 €*
1.061 €
OFERTA DE LANZAMIENTO
Inicio de la medición
Zona del ápice radicular
Llegada al ápice
Superación del ápice
• Controlador SmartLogic de Nueva Generación
• Medición instantánea del conducto radicular de gran precisión
• Detección automática del ápice con exactitud
• Tres señales acústicas de aviso según la ubicación de la punta de la lima
• Gran pantalla LCD tricolor
• Diseño compacto que ocupa muy poco espacio
ø 60 mm
* IVA no incluido • Oferta válida hasta el 31 de julio de 2013 • Efectúe su pedido a través de su distribuidor habitual
www.nsk-spain.es
NSK Dental Spain SA
Módena, 43 · El Soho-Europólis · 28232 Las Rozas de Madrid
tel: +34 91 626 61 28 · fax: +34 91 626 61 32
e-mail: info@nsk-spain.es
Powerful Partners®

REPORTAJE

[ODONTOLOGÍA SOCIAL]

"Una gran experiencia trabajando en varios poblados de México"

JENNIFER LANDER Y ANDREA DORIA

LAS AUTORAS DEL REPORTAJE EN DIFERENTES MOMENTOS DE SU ESTANCIA PROFESIONAL EN VARIOS POBLADOS MEJICANOS

Todo empezó un domingo 21 de agosto, diez jóvenes rumbo a México, dispuestos a trabajar, aprender y ayudar. Diez estudiantes de odontología con ganas, muchas ganas, de vivir una experiencia que muchos decían que sería inolvidable y que, sin duda alguna, así fue.

Una vez allí, y tras una noche que a todos se nos hizo corta, pero nos supo a gloria en el hotel Ibis de Mérida, empezamos la primera semana. Aquella mañana pudimos conocer las tres organizaciones que habían unido su labor para hacer posibles estas jornadas odontológicas: la Fundación Odontología Social Luis Seiquer (FOS), que era la organización con la que veníamos desde España; la Universidad Anahuac Mayab de Mérida (Yucatán), que colabora con la FOS desde hace varios años; y la Secretaría de Salud de la provincia de Yucatán.

Previo a nuestra llegada, estos tres organismos habían trabajado conjuntamente en cada poblado para que todo estuviese listo y solamente tuviésemos que poner de nuestra parte las ganas para poder atender a 120 pacientes diarios.

Ese mismo día nos llevaron al centro de salud de Mérida y tuvimos nuestro primer contacto con los pacientes de allá. Pudimos comprobar que eran amables, dispuestos, y tremendamente agradecidos, tal y como lo fueron todas las personas que atendimos en las dos semanas siguientes.

Y así, fueron pasando los días, despertándonos a las 6 de la mañana y, aunque con sueño, íbamos con ganas a trabajar. Fuimos conociendo diferentes poblados: Dztyá, Yaxkukul, Progreso, Ticul, Uayma, Colonia Yucatán y Río Lagartos. Para trabajar contábamos con cuatro motores y una unidad móvil provista de dos sillones dentales, que instalábamos en las comisarías, palacios municipales o, si había suerte, en el centro de salud del poblado. Junto a cada motor se colocaba una silla, donde atendíamos al paciente proporcionando los tratamientos necesarios: obturaciones, extracciones, selladores, limpiezas... La jornada laboral, en ocasiones, resultaba agotadora. El cansancio de trabajar de pie, el calor y la cantidad de horas al día pasaban factura, pero al final todo se veía recompensado. Siempre obtuvimos a cambio sonrisas y mucho agradecimiento, que nos mostraban preparándonos comidas a base de alimentos típicos de la zona, cocinadas allí mismo por la gente del lugar. Incluso, en ocasiones, el alcalde del pueblo

> *"La amabilidad de los pacientes tratados facilitó mucho nuestro trabajo"*

nos llevaba a ver pirámides y cenotes cercanos al terminar la jornada.

En definitiva, nos llevamos de allá una gran experiencia, en la que hemos aprendido, tanto en lo profesional como en lo personal. Siempre tuvimos a mucha gente pendiente de nosotros, tanto estudiantes de la universidad o aquellos que colaboraban con los Servicios de Salud, como odontólogos y otros profesionales que nos prestaban su ayuda y consejo en todo momento. Todos fueron acogedores, atentos, agradables y, como dicen allá, *muy buena onda!* A todos ellos y al Colegio de Dentistas de Navarra que patrocinó nuestra integración en el grupo, muchísimas gracias, y ojalá vuelva a repetirse ●

Oklok
DALE AL PLAY

Bienvenido a las
nuevas formas
de comunicación

Tu vídeo corporativo desde 300€*

*Contacta con nosotros y te daremos una solución a tu medida

Si necesitas un vídeo creativo para exponer y difundir tu negocio, o mejorar el posicionamiento de tu web, **necesitas Oklok.**

Tu agencia de **diseño y publicidad**

¡Síguenos!

www.oklok.es marketing@oklok.es +34 **91 366 55 24**

ZIMMER FORMACIÓN

Zimmer Dental está comprometida con la formación de los profesionales dentales, desarrollando y dando soporte a programas educacionales para la mejora de la calidad de vida de sus pacientes.

PRÓXIMOS CURSOS

STAGE ZIMMER INSTITUTE -DR. MAURICE A. SALAMA
Taller práctico de alto nivel sobre cadáver:
técnicas críticas de regeneración ósea y tisular
28 y 29 de Octubre 2013
ó 31 de Octubre y 1 de Noviembre 2013
Parsippany - New York

Últimas Plazas

II CURSO DE CIRUGÍA PRE-IMPLANTOLÓGICA BÁSICA Y AVANZADA
Dres. Artiles, Gras y Mirapeix
Noviembre 2013 - Febrero 2014
Hospital San Pau - Universitat Autónoma de Barcelona
opción estancia clínica en Clínica Dental Sant Pau

VISITING CENTERS

CURSO BÁSICO DE IMPLANTES
Dr. Jesús Machuca
Del 7 al 11 de Octubre 2013
Málaga

CURSO PRÁCTICO DE IMPLANTOLOGÍA AVANZADA EN CADÁVER
Dres. Pedro J. Monlleó y José Dalmau
29 y 30 de Noviembre 2013
Moncada (Valencia)

ZIMMER REGENERACIÓN

Zimmer Informa Clínico de Regeneración
Dr. Daniel Capitán
8 de Noviembre - Madrid - Hotel Abba Castilla Plaza

Solicite información:
93 846 05 43 (Sra. Jéssica Díaz)
formacion.continuada.zdi@zimmer.com
www.zimmerdental.es

GUÍA CLÍNICA DE IPS E.MAX

APP "SELECCIÓN DE COLOR"

VIII CONGRESO DE ACTUALIZACIÓN EN IMPLANTOLOGÍA

[IVOCLAR VIVADENT]

Guía clínica de IPS e.max®

El sistema cerámico sin metal al detalle

La nueva Guía clínica de IPS e.max ilustra los principios básicos del sistema IPS e.max y sus materiales. Las indicaciones del sistema cerámico, sin metal IPS e.max, y sus etapas de procesamiento se explican en ejemplos prácticos. Por otra parte, los dentistas reciben información útil para su trabajo diario con IPS e.max, que va desde la preparación del diente y la selección del color del diente y del muñón, a la colocación de las restauraciones.

Ocho casos clínicos abarcan un amplio campo temático: desde carillas hasta puentes de múltiples unidades. Estos casos muestran cómo se colocan y se cementan paso a paso las restauraciones utilizando IPS e.max. La nueva Guía clínica de IPS e.max ofrece instrucciones concisas para el uso satisfactorio de los productos en el consultorio odontológico ●

App de La Rueda de Selección de color e.max

Un aspecto natural y estético es el objetivo de cualquier restauración cerámica sin metal. Un requisito previo para lograr tales resultados es la selección de los bloques/pastillas más adecuados .

La popular rueda de selección de color manual para la determinación del bloque/pastilla apropiado, ya está disponible también en versión digital. Con el fin de obtener restauraciones cerámicas sin metal estéticas, el dentista selecciona el color deseado del diente y determina la tonalidad del muñón por medio de la guía de colores IPS Natural Die Material. Después de haber introducido los datos individuales de los pacientes en la nueva aplicación, "Selector de Color" de IPS e.max®, se informa de inmediato al dentista de la pastilla de disilicato de litio IPS e.max más adecuada (de inyección o CAD) en términos de color y translucidez.

La aplicación "Selector de Color" puede utilizarse en cualquier momento e, incluso, sin conexión. La aplicación gratuita ya puede descargarse en el iPad desde la iTunes App Store ●

[MOZO-GRAU]

Mozo-Grau celebrará en Madrid su próximo congreso

Mozo-Grau ya está inmerso en la preparación de su próximo Congreso de "Actualización en Implantología". La octava edición de esta cita se desarrollará los días 7 y 8 de febrero de 2014, en el Auditorio Norte del Recinto Ferial de Madrid (Ifema).

En su anterior edición, este evento de intercambio científico, que Mozo-Grau lleva organizando desde 1998, atrajo a más de 1.800 personas.

Actualmente se está ultimando el elenco de ponentes, que ya cuenta con nombres de la talla de los doctores: Alberto Fernández Sánchez; Pedro Bullón Fernández; Marco Espósito; Jordi Gargallo Albiol; Juan Antonio Hueto Madrid; Ignacio de Lucas González; Santiago Ochandiano; Pablo Galindo Moreno; Maurizio Piatelli; Antonio Bujaldón Daza; Arturo Sánchez Pérez; Pablo Domínguez Cardoso; Juan Carlos de Vicente Rodríguez; Carlos Navarro Vila; José Luis Cebrián Carretero y Carlos Martínez Martínez, entre otros ●

[MOZO-GRAU]

Mozo-Grau Puertas Abiertas

El pasado 13 de Septiembre Mozo-Grau ha recibido en su sede a un grupo de 16 doctores procedentes de toda la geografía nacional. Todos ellos han tenido la oportunidad de conocer las investigaciones que se están llevando a cabo, el área de producción, los exhaustivos controles de calidad a los que se someten el 100% de los productos Mozo-Grau, el Departamento de Logística y la última tecnología en prótesis personalizadas como es MG Bio-Cam® ●

[KLOCKNER]

Primer Bone and Tissue Day en España

KLOCKNER, distribuidor en exclusiva de BOTISS Biomaterials en España y Portugal, organizó el pasado 14 de septiembre en el Ilustre Colegio de Médicos de Madrid la primera edición del Bone and Tissue Day en España. El evento en el que participaron más de 550 personas constó de un programa de conferencias liderado por el Dr. Raúl G. Caffesse y de un taller teórico-práctico.

El Dr. Raúl G. Caffesse, abrió el programa científico con la conferencia "Visitemos la cirugía periodontal regenerativa. Del tratamiento de defectos óseos a las innovaciones en cirugía plástica periodontal".

El programa de la tarde contó con dos pesos pesados de la odontología en España, el Dr. Lázaro y el Dr. Machín, y dos profesores universitarios de gran potencial como son el Dr. Gómez y Dr. Brizuela (US y UPV respectivamente).

El Dr. Norberto Manzanares, miembro del Comité Científico de Klockner Implant System, fue el encargado de abrir el evento y moderar la mesa redonda final.

Paralelamente, tuvo lugar un taller dirigido por el Dr. Claudio Gioia con la colaboración de los Dres. Alfredo Aragüés y Gorka Iza, director y colaboradores del Dr. Caffesse en el máster de periodoncia que imparte en Elche.

La jornada entusiasmó a todos siendo un día ideal para compartir ciencia y ocio, afianzando así los lazos entre los miembros de la gran familia KLOCKNER – BOTISS Biomaterials ●

[RAFAEL MATESANZ]

"El sistema sanitario en el que se apoya la ONT se está manteniendo, pero a costa de un esfuerzo importante"

Fundador y máximo responsable de la Organización Nacional de Trasplantes, Rafael Matesanz es el artífice y responsable del llamado modelo español de trasplantes que ha llevado a España hasta los máximos niveles en donación, hasta situarse en el primer lugar del mundo desde 1992, con tasas de donación y trasplante que doblan la media de la Unión Europea.

Matesanz, nefrólogo y doctor en Medicina y Cirugía, es el redactor principal de la Directiva Europea de Trasplantes, aprobada en 2010, y ese mismo año, y como reconocimiento a su labor al frente de la ONT, logró el Premio Príncipe de Asturias de Cooperación Internacional.

Su trabajo al frente de la ONT es un reto diario, que dadas las dificultades del momento, implica un gran esfuerzo para lograr la sostenibilidad de un modelo que se ha convertido en referente internacional · **María José García**

"Odontólogos de Hoy":
Usted fue el fundador de la ONT y ha estado dos etapas al frente del organismo. ¿De qué logros se siente más orgulloso?

Dr. Rafael Matesanz:
La ONT se creó hace 24 años, en concreto en 1989, porque había una necesidad de crearla, en aquel momento había habido un descenso en la donación de órganos, los pacientes renales estaban muy afectados por la situación, e incluso estaban planteando sus quejas ante el entonces ministro de Sanidad, Julián García Vargas. Entonces no existía ningún tipo de estructura para este tipo de trasplantes de riñón, de corazón o hígado. Los pacientes tenían que "buscarse la vida" para poder localizar un órgano y ser trasplantados. En definitiva, la situación era bastante desastrosa. Esto originó el nacimiento de la ONT, y este organismo funcionó desde el primer momento, porque había una necesidad importante que cubrir. Ésta fue la clave que nos hizo pasar de la cola de Europa en materia de trasplantes a ser los primeros del mundo desde hace 21 años, ya que hemos multiplicado por 3 el número de trasplantes que se realizan.

ODH: *Usted fue el creador del "modelo español" de trasplantes, que se ha convertido en un referente fuera de nuestro país, ¿nos puede comentar cómo está articulado este procedimiento?*

Dr. RM: La ONT fue el primer ejemplo del mundo de organización que se encarga de la donación y trasplantes de órganos, tejidos y células, integrada dentro de un Ministerio, algo que ahora es normal en muchos países, pero en los ochenta no era así. Eran, en general, organizaciones privadas, como por ejemplo, las que existían en Francia, Centroeuropa, Inglaterra, Estados Unidos... Nosotros fuimos el primer país que organizamos este sistema de forma estructurada, es decir, abarcando órganos, tejidos y células, donación y trasplante. Esto es muy importante, porque al final se trata de productos humanos y se deben tratar con unas garantías en cuanto a seguridad, seguimiento y condiciones éticas, teniendo en cuenta que proceden de la donación de otro ser humano. Lo que diferencia al modelo español de otros, es la existencia de personas muy bien entrenadas, los coordinadores de trasplantes, que están en todos los hospitales, donde se pueden producir las donaciones, que saben detectar ese donante, hablar con las familias, solicitar los órganos y desarrollar todo el proceso de una forma muy profesional. Este modelo se apoya en tres patas: un buen sistema nacional de salud, una población solidaria y un sistema organizativo.

ODH: *¿Qué medios ha empleado la ONT para llegar a la población y lograr esas espectaculares cifras en donación y trasplante de órganos?*

Dr. RM: Hay algo claro, cuando iniciamos nuestra labor en la ONT España estaba en la parte media-baja de la donación de órganos y en la parte media baja de donación de sangre. Actualmente, llevamos 21 años siendo los primeros en la donación de órganos, pero en cambio, en el tema de la donación de sangre seguimos en cifras bajas. Esto muestra que no es un problema de generosidad espontánea de la población, sino que es un problema de gestión. Nosotros llegamos a la conclusión de que es necesario llegar a la población, pero no a través de campañas, sino a través de una presencia muy constante en los medios, mostrando las bondades del sistema. La repetición de ese mensaje a través de los medios es lo que se ha transmitido a la población. Por ejemplo, nosotros tenemos encuestas del Eurostat realizadas a la población europea, en todos los países miembros de la Unión. Hay una pregunta hecha a pie de calle que es, ¿usted donaría sus órganos después de su muerte? Y en el resultado de esa encuesta España está en la parte media, con un porcentaje más bajo que otros países como Finlandia o Suecia que, luego en la realidad, tienen la mitad de donantes reales que nosotros.

ODH: *Aunque las donaciones se producen en momentos muy duros para las familias de los fallecidos ¿usted piensa que los españoles han crecido "emocionalmente" y están cada día más concienciados con la donación?*

Dr. RM: Me gustaría decir que sí, pero eso científicamente no se corresponde con la realidad. Volviendo al tema de la encuesta que mencionamos antes, nosotros tuvimos la precaución de hacerla a principios de los 90, volvimos a hacerla en el año 99 y luego en 2007. Prácticamente habían pasado 15 años desde la primera y habíamos pasado de 500 a 1.500 donantes, de ser los últimos de Europa a ser los primeros, pero el porcentaje de españoles que se manifiesta a favor de la donación ha permanecido invariable a lo largo de los años, en el 57%. En España, de cada 100 familias a las que se les solicita la donación de órganos tras un fallecimiento, dicen que no un 16-17%. Por ejemplo, en Inglaterra es de un cuarenta y tantos por ciento. Pero, nosotros tenemos el conocimiento, a lo largo de los años, de que en nuestro país fallecen bastantes británicos que se han trasladado tras su jubilación a España y, aquí, cuando se les piden los órganos, el porcentaje de los que dicen que no es tan sólo de un 9%. Ocurre lo mismo con los latinoamericanos. En sus países de origen, la negativa familiar a la donación se sitúa en torno a un 60-64% y, sin embargo, aquí están en los mismos porcentajes de donación de los españoles. ¿Cuál es la explicación? Pues se trata de que la negativa a la donación no es un problema de creencias ancestrales o mitos sobre la muerte, sino de cómo en una situación tan dura como un fallecimiento, aparece alguien preparado que te explica, de una forma razonable, lo que debes saber sobre el tema.

ODH: *Según ha mencionado, la figura clave para que el modelo español funcione es el coordinador, la persona que hace la entrevista a los familiares del fallecido para la donación de órganos. ¿Nos puede describir al profesional que hace esta labor?*

Dr. RM: Esta figura se había desarrollado en Europa y América a mediados de los 80, era una persona de perfil medio, solía ser alguien que se ocupaba de la burocracia de la donación. En España, la donación la empezamos a desarrollar los nefrólogos, que tuvimos que buscar la posibilidad de tener órganos para trasplantar a nuestros pacientes. El primer trasplante que se hizo en España (y en todos los países) fue de riñón, y en aquel momento era el órgano que se solicitaba específicamente. Yo observé que, dependiendo de quién estuviera de guardia, había donación o no, me di cuenta de que era un tema muy persona-dependiente, no del donante, sino de quién hacia la entrevista para esa donación. Esto, unido a que surgió la necesidad de otros trasplantes, de hígado, corazón, etc..., que necesitaban una estructura superior y muy distinta, hizo que llegáramos a la conclusión de que necesitábamos una persona que estuviera muy bien formada, y entrenada, que fuera médico, y tuviera una relevancia dentro del hospital. Aquello funcionó. En eso consistió el desarrollo de nuestro modelo. Esta persona, además, debía ubicarse en el lugar donde surgen los donantes, en las unidades de vigilancia intensiva, ya que es ahí donde se producen las muertes cerebrales, donde los enfermos están conectados a un ventilador, que permite que cuando esa persona fallezca sea un potencial donante. Nuestro coordinador es un intensivista, muy bien formado. Nosotros definimos que en cada hospital debe existir como figura de coordinación un médico, que está ayudado por personal de enfermería que, en algunos casos, también se ocupa de hacer la entrevista a la familia del donante.

> *"La ONT es un modelo de organización que hemos exportado a otros países"*

Como anécdota hay que mencionar que la persona que hace mejor estas entrevistas en España es la enfermera del equipo de Alicante, en el que tan sólo hay

un 5% de negación a la donación, frente al 16% de la media nacional.

ODH: *En este momento se están potenciando las donaciones inter vivos, ¿en qué consiste este proyecto?*

Dr. RM: En este momento el concepto de los trasplantes es muy amplio, los más comunes son los de riñón, corazón, e hígado, pero hay otros trasplantes que también han elevado mucho sus cifras, como los de tejidos, huesos, piel, ligamentos, células (médula ósea, cordón umbilical...)...

La donación inter vivos se ha desarrollado mucho. Los primeros trasplantes que se realizaron fueron los de vivos genéticamente relacionados, porque no se disponía de medicamentos contra el rechazo. En el mundo, en 1954 se realizó con éxito el primer trasplante de riñón, y se produjo entre dos hermanos gemelos, lo que impedía cualquier tipo de rechazo. En España, la mayoría de los primeros trasplantes realizados con éxito eran de vivo. Luego llegó un momento en el que se produjo un boom de trasplantes de personas fallecidas algo que, por otro lado, tenía todo el sentido. De forma que, durante los 90 en España, se hacían pocos trasplantes entre vivos, de 30 a 40, es decir, unas cifras muy bajas. Hoy sabemos que las dos cosas son complementarias. Ahora, nuestros donantes son diferentes a los de hace 20 años, la gente todavía tiene la idea de que un donante es un chaval joven que iba en moto sin casco, pero eso dejó de ser cierto hace más de 20 años. Hoy por hoy, el donante estándar es una persona de 60 años en adelante, que muere de una hemorragia cerebral. Más de la mitad tienen más de 60 años, ya que España (y toda Europa Occidental) es una sociedad muy envejecida, y la donación es un reflejo de lo que pasa en la sociedad. Nosotros tenemos donantes muy mayores, para enfermos muy mayores. Eso ha supuesto otro cambio brutal en el área de los trasplantes. Cuando yo hice mi formación como médico nefrólogo en los años 70, un paciente de más de 50 años era considerado "mayor" para ser trasplantado, porque el riesgo de complicaciones era muy alto, sin embargo, hoy se están trasplantando a gente de más de 80 años, que a la semana están en su casa. ¿Qué ocurre entonces cuándo tenemos un chico joven que necesita trasplantarse? Pues que no tenemos riñones (o el órgano que necesite) jóvenes para trasplantarle, ya que, afortunadamente, no hay tantos accidentes de tráfico como antes. Una sociedad desarrollada como la española ha eliminado en gran número ese tipo de muertes evitables y las donaciones procedentes de accidentes de tráfico han caído en picado. El número total se mantiene o incluso aumenta porque ha aumentado el número de donantes de personas mayores, pero lo que ocurre es que cuando la persona con una insuficiencia renal es un niño o una persona de 20 años, una de dos, o buscamos un donante vivo para que le de un riñón joven, o tendría que trasplantarse con

DONACIÓN Y TRASPLANTE EN ESPAÑA	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Donantes de órganos	**1502**	**1667**	**1643**
Trasplantes Renales	2225	2498	2551
Trasplantes Hepáticos	971	1137	1084
Trasplantes Pulmonares	235	230	238
Trasplantes Cardiacos	243	237	247
Trasplantes de Páncreas	94	111	83
Trasplantes de Intestino	5	9	8
TOTAL TRASPLANTES	**3773**	**4222**	**4211**

Evolución de la Actividad de Donación en España

Donantes de órganos

	Año 2010		Año 2011		Año 2012	
Población en millones	**47,02**		**47,19**		**47,26**	
CC.AA	Total	pmp	Total	pmp	Total	pmp
ANDALUCÍA	261	**31,2**	308	**36,6**	305	**36,1**
ARAGON	40	**29,6**	48	**35,6**	34	**25,2**
ASTURIAS	40	**37,0**	50	**46,3**	48	**44,6**
BALEARES	34	**30,6**	37	**33,3**	42	**37,5**
CANARIAS	75	**35,4**	73	**34,3**	56	**26,4**
CANTABRIA	26	**44,1**	40	**67,8**	27	**45,5**
CASTILLA LA MANCHA	58	**27,6**	60	**28,3**	58	**27,3**
CASTILLA y LEON	103	**40,2**	106	**41,4**	130	**51,1**
CATALUÑA	201	**26,8**	238	**31,6**	228	**30,1**
COM. VALENCIANA	154	**30,1**	166	**32,4**	178	**34,7**
EXTREMADURA	22	**19,8**	38	**34,2**	31	**28,0**
GALICIA	85	**30,4**	87	**31,2**	100	**36,0**
LA RIOJA	14	**43,8**	20	**62,5**	13	**40,2**
MADRID	231	**35,8**	215	**33,1**	236	**36,3**
MURCIA	45	**30,8**	57	**38,8**	54	**36,6**
NAVARRA	18	**28,1**	21	**32,8**	12	**18,6**
PAIS VASCO	92	**42,2**	100	**45,9**	89	**40,6**
Ciudad A.de Ceuta	0	**0,0**	1	**12,5**	1	**11,9**
Ciudad A.de Melilla	3	**37,5**	2	**25,0**	1	**12,4**
TOTAL DEL ESTADO	1502	**32,0**	1667	**35,3**	1643	**34,8**

un órgano muy mayor, lo cual no es muy operativo, ya que los órganos van perdiendo su funcionalidad con la edad. En consecuencia, hay que fomentar la donación de órganos entre vivos. Afortunadamente ha habido también un boom en este tipo de donación, el año pasado, por ejemplo, salíamos a uno al día, hicimos más de 300 trasplantes entre vivos. Y es una tendencia en alza, va a seguir creciendo.

ODH: *Se habla mucho de las "células madre", ¿es el futuro?*

Dr. RM: Es un aspecto tremendamente prometedor en la medicina, pero yo creo que se ha exagerado mucho sobre el asunto. Es un tema joven, en el que hay que seguir investigando. Cuando se habla de células madre hay que tener en cuenta una cosa, hoy por hoy es una espléndida realidad el trasplante de células madre sanguíneas, es decir, el trasplante de médula ósea, que viene funcionando desde los años 70 y salva todos los años a miles de personas, de leucemia, de cáncer, y lo mismo ocurre con el trasplante de cordón. Pero lo que la gente entiende por trasplante de células madre, que es la posibilidad de regenerar órganos o de tratar la diabetes, por poner algunos ejemplos, eso está en fase de desarrollo, todavía le falta bastante para ser una realidad clínica. Ha habido mucha palabrería sobre este tema y lo que hay que hacer es dejar trabajar a los investigadores y, seguramente, en el futuro se vayan a conseguir grandes cosas en este terreno, pero tendrán que pasar 10 ó 20 años antes de que se consoliden esos avances. Hay que tener mucha precaución, sobre todo, para no generar falsas esperanzas.

ODH: *Los bancos de cordón umbilical se han convertido en un tema mediático, ¿son una solución a futuro?*

Dr. RM: Aunque hoy por hoy no está probada la efectividad de conservarlo para uno mismo, guardar el cordón umbilical en bancos públicos para terceras personas es utilísimo, y de hecho en el mundo hay ahora mismo cerca de 600.000 cordones, de los cuales, el 10% están en España, donde tenemos los bancos públicos con mayor número de cordones almacenados. Sólo nos sobrepasa Estados Unidos. España ha hecho un gran trabajo y se trata con éxito a muchas personas de linfoma, o leucemia, casos en los que se ha guardado el cordón para otra persona. Pero guardarlo para uno mismo, hoy por hoy no está demostrado que tenga una utilidad clara, porque cuando uno de esos niños en edad infantil desarrolla alguna de las enfermedades más frecuentes como las leucemias o enfermedades congénitas, la enfermedad también está en las células del cordón, con lo cual no sirve ni para él ni para otro paciente. En teoría, podría valer para afecciones de la edad adulta, pero debería estar guardado muchos años (40 o más), y no sabemos si en el momento en el que se vayan a utilizar las células habrán aguantado esa cantidad de tiempo. No podemos decir tajantemente que esto no servirá para nada en un futuro, pero está claro que la relación coste-beneficio es enorme, y si uno de esos niños de los que se ha guardado el cordón desarrolla una leucemia, por ejemplo, va a tener que ir a un banco público a solicitar otro cordón, porque el suyo no vale. En realidad, hoy en día esto es sobre todo un negocio, y hay que tenerlo muy claro.

ODH: *¿En España se respeta el tema de la confidencialidad del nombre del donante?*

Dr. RM: Se respeta siempre, porque lo exige nuestra legislación, pero no es universal. Hay países en los que no funciona así, por ejemplo, en Estados Unidos. En Europa se estableció que el receptor no tenía que conocer al donante del órgano. Creo que es bueno que sea así, sobre todo desde el punto de vista psicológico. Bien es cierto que cumplirlo al 100% es complicado, ya que, a veces, conviven en el mismo hospital donante y receptor, con lo que es factible que lleguen a conocerse. Yo he visto algún caso, y en un primer momento a los familiares del receptor les hace mucha ilusión, pero a veces se pueden crear situaciones muy enfermizas. Creo que por higiene mental es mejor que no se conozcan donante y receptor.

ODH: *La ONT está integrada en el Ministerio de Sanidad, ¿se sienten apoyados desde el punto de vista institucional?*

Dr. RM: Somos parte del Ministerio, con lo cual es intrínseco a nuestra actividad ese apoyo. A lo largo de todo el tiempo de vida de la ONT hemos tenido temporadas en las que hemos estado mejor y otras peor. La situación en la que nos encontremos es muy persona-dependiente. Dentro de mi gestión he tratado ya con 12 ministros y he llegado a la conclusión de que ni siquiera es partido-dependiente. En este momento, la verdad es que estamos bien, dentro de la situación complicada del país sí encontramos en el Ministerio una sensibilidad importante, y esto hay que conservarlo y destacarlo.

ODH: *¿Cómo ha afectado a la ONT la grave situación de crisis económica que vive nuestro país?*

Dr. RM: La crisis no ha afectado significativamente al día a día de la ONT, pero sí a la situación de los trasplantes en sí.

Pensemos que el sistema nacional de trasplantes funciona porque forma parte del sistema nacional de salud, ya que los médicos que hacen trasplantes son los mismos que operan normalmente en los hospitales públicos, al igual que las enfermeras y los auxiliares. Respondiendo a la pregunta, si todo el país vive una crisis, está claro que el sistema también, sería ilusorio pensar lo contrario. Los profesionales que realizan trasplantes son los mismos funcionarios en los que se ha reducido el poder adquisitivo, entre un 25-30% en los últimos años, con lo que eso representa, los hospitales tienen menos camas, menos personal de enfermería, ya que se han llevado a cabo muchas jubilaciones..., en resumidas cuentas, hay menos medios. Todo esto pone en tensión al sistema, con lo cual la ONT también vive momentos complicados. No obstante, el sistema aguanta porque es muy sólido, de hecho la actividad ha seguido subiendo, ya que es un modelo que se creó hace un cuarto de siglo, que funciona con gente muy profesional y la población, aunque afectada por la situación económica, sigue donando sus órganos y sigue habiendo pacientes que no tienen la culpa de la situación. En consecuencia, el sistema se está manteniendo, pero a costa de una tensión y un esfuerzo importante. La incógnita es saber cuánto vamos a aguantar, dependerá de lo que aún vaya a durar la crisis, ya que no es un problema de solidaridad de la gente, sino que es un problema de medios.

> *"El tema de las células madre aún tiene que evolucionar, hay que seguir investigando"*

ODH: *¿La reforma de la sanidad erradicará el llamado "turismo sanitario" que se ha vivido en nuestro país en los últimos años?*

Dr. RM: Tuvimos un momento de gran peligro de "turismo de trasplantes", que fue la aprobación de la directiva de atención transfronteriza. España la bloqueó durante bastante tiempo por muchos motivos, ya que tal y como estaba planteada nos suponía un desastre económico. Siempre nos opusimos a incluir el tema de trasplantes en la directiva, y gracias a la presión del Ministerio se consiguió excluir el tema de trasplantes. Si a la libre circulación de pacientes en la Unión Europea le hubiéramos unido el tema del acceso a trasplantes, la invasión habría sido total. Nosotros podemos ofrecer todo tipo de colaboración a otros países para que desarrollen sus modelos, pero lo que no podemos hacer es trasplantar a sus enfermos. Extranjero que se trasplante es español que deja de trasplantarse, así de claro. Una de las cosas buenas de las reformas que se están haciendo es que el acceso a la tarjeta sanitaria sea más limitado, es decir, que no se logre tan sólo con el empadronamiento, ya que eso permitía que se produjeran esas situaciones de turismo sanitario. Había y hay verdaderas mafias que se ocupan de mover a personas de otros países para lograrles un trasplante. Nosotros no admitimos el turismo de trasplantes, pero las mafias encontraban la forma de traer personas, que se inscribieran como residentes y gracias a su tarjeta sanitaria algunos llegaban a lograr su trasplante. Por eso, esa medida de control del acceso a la tarjeta sanitaria nos ha ayudado mucho, aunque también hay que decir que este tipo de casos en España no han sido masivos. Hay otros países donde sí han recibido una afluencia más masiva de pacientes en busca de trasplantes. España siempre ha mantenido una actitud muy defensiva en este tema. Esto no quiere decir que no nos hayan colado alguna, pero dentro de un orden.

ODH: *¿Nos puede contar los momentos más duros y más emocionantes que ha vivido en su trayectoria al frente de la ONT?*

Dr. RM: Ha habido un poco de todo, buenos y malos momentos...

El más duro que me viene a la mente fue cuando me fui la primera vez de la ONT, ya que cuando te implicas tanto en un proyecto tan grande como éste lo llegas a considerar como algo tuyo. Y el momento quizá más emocionante fue el regreso, aunque no es fácil volver a un sitio del que te has ido. Otra de las situaciones más importantes de mi trayectoria al frente de la ONT fue la aprobación de la directiva europea, en 2010, ya que fue la única que se aprobó durante el periodo de Presidencia Española. Me costó 17 viajes a Bruselas en cuatro meses y discutir con media Europa. Sin embargo, tras la aprobación casi por unanimidad de todos los parlamentarios europeos sentí una gran emoción cuando escuché que el portavoz alemán decía que que España no sólo era la mejor en fútbol sino también en trasplantes. Y tras esto, vino la concesión del Premio Príncipe de Asturias, otro gran momento.

ODH: *¿Cuál es su proyecto más inmediato?*

Dr. RM: Mi reto y desafío es la sostenibilidad del sistema, superar las dificultades originadas por el complicado momento que vivimos y mantener este modelo. Cualquier otra cosa, en estos momentos, sería una frivolidad. Trabajamos con vidas humanas y no nos podemos permitir trivialidades.

En estos momentos de depresión la ONT representa una de las pocas cosas en las que la sociedad española sigue creyendo, y esto es una gran responsabilidad, no nos podemos permitir el mínimo resbalón.

ODH: *¿Cuál es el mensaje que transmitiría a los odontólogos?*

Dr. RM: Los trasplantes se han adentrado en todas las ramas de la medicina, y los odontólogos tienen también implicación en este tema, las células madres están presentes en esta especialidad por su presencia en la pulpa dental y también tienen un papel creciente, los trasplantes de hueso liofilizado, a veces de origen animal, a veces humano. Mi mensaje es que ellos también se deben sentir parte de esta filosofía de la donación y el trasplante, porque ya forman parte de este mundo. Una de las cosas en las que estamos trabajando es en el desarrollo de una acreditación muy simple para los odontólogos y las clínicas, para la utilización de hueso, ya que según nuestra legislación, cualquier institución en la que se utilice tejido o hueso para trasplante tiene que tener unos requisitos y estar acreditado. En el caso de los odontólogos, para no complicarles la vida, estamos haciendo un protocolo muy sencillito para que se cumpla esta legislación. Lo publicaremos en los próximos meses y más de uno se va a sorprender de verse implicado en este tema. No obstante, desde el punto de vista técnico, en el tema de los huesos molidos y tejidos es más correcto llamarlo implante, que trasplante. El trasplante es cuando hay una arteria y una vena y cuando se trata de poner piel, córnea, hueso, es más adecuado llamarlo implante.

ODH: *¿Cuáles son las aficiones que ocupan su tiempo libre?*

Dr. RM: Me gusta viajar, aunque no a demasiados sitios, mis lugares predilectos son París, Florencia y, sobre todo, mi casa de la Costa Brava. Me gusta mucho leer, escuchar música, y "perder" el tiempo en Internet, que es lo que hace la mitad de la humanidad. Ah, y en vacaciones intento hacer el ejercicio que no hago durante el invierno ●

Tarifas reducidas hasta el 30 de septiembre

Nuevo horario viernes 11.
Consúltalo en la web

SEPES OVIEDO 2013
43 Reunión Anual
11-13 octubre

REHABILITACIÓN ORAL MÍNIMAMENTE INVASIVA

Palacio de Congresos-Auditorio "Príncipe Felipe"

Descuento adicional para socios:
te descontamos 100 € en tu inscripción.

CONTAREMOS CON LA PRESENCIA DE...

DR. PASCAL MAGNE
Rehabilitación mínimamente invasiva de los sectores posteriores basada en la evidencia. Cerámica vs. composite indirecto.

DRA. FRANCESCA VAILATI
Rehabilitación oral mínimamente invasiva de los pacientes con erosión. Técnica de los tres pasos. Resultados a los 5 años.

DR. RICARDO MITRANI
Interrelación entre ortodoncia, implantes y prótesis en rehabilitación oral para preservar al máximo la estructura dentaria remanente.

DR. ARIEL RAIGRODSKI
Tecnología CAD-CAM y utilización del zirconio en prostodoncia.

DRA. IRENA SAILER
Impresiones digitales.

DR. BERNARD DAHAN
Tratamientos mínimamente invasivos. Enfoque interdisciplinar en Odontología estética.

DR. IAN BUCKLE
Principios oclusales básicos en rehabilitación oclusal mínimamente invasiva.

DR. XAVI VELA
DR. ION ZABALEGUI
DR. JAIME ALCARAZ
DR. CARLOS OTEO
SR. DANIEL BLANCO
DR. CARLOS FDEZ. VILLARES
SR. AUGUST BRUGUERA
SR. JUSTO RUBIO
DR. ARITZA BRIZUELA
DR. RAFAEL PLÁ
DRA. MARTA ROMEO
DR. JOSÉ VALLEJO
DR. LUCIANO BADANELLI
DR. JUAN ARIAS
DRA. CLAUDIA MAZZITELLI
DR. VICENTE BERBIS
DR. ÁNGEL FDEZ. BUSTILLO
DR. ANTONIO FONS
DR. CARLOS APARICIO
DR. MANUEL CUETO
DR. LUIS JANÉ
SR. PERE COLOMINA

Apúntate en: www.sepesoviedo2013.sepes.org
Secretaría tecnica: Grupo Pacífico 93 238 87 77

Empresas presentes en ExpoSEPES

Empresas colaboradoras:

PROGRAMA SOCIAL: CENA DE GALA - HOTEL DE LA RECONQUISTA
FIESTA DE BIENVENIDA - SALA BAOBAB

[JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ]

"El objetivo fundamental de la SECIB es el reconocimiento de la cirugía bucal como especialidad odontológica"

El inicio del nuevo curso escolar trae novedades en los organismos nacionales e internacionales de la profesión. Tras su reciente nombramiento como Presidente del Board Internacional de las Sociedades de Cirugía Bucal, hemos mantenido una interesante charla con José María Martínez, que compatibilizará este cargo con sus puestos como Profesor Titular de Cirugía Maxilofacial en la Universidad Complutense de Madrid, y Director del Máster de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma.
MARÍA JOSÉ GARCÍA

"Odontólogos de Hoy": *¿Qué ha significado para usted pertenecer a una saga familiar de odontólogos?*

Jose María Martínez: La saga se inició con mi padre, y tanto mi hermano como yo iniciamos los estudios de medicina, pero se produjo la desgracia del fallecimiento de mi hermano, cuando estaba estudiando la carrera. Él era el que tenía muy claro su camino, quería ser estomatólogo, mientras yo quería ser cirujano. Una vez fallecido mi hermano, percibí el sufrimiento de mis padres y decidí darles esa satisfacción a mis padres. Por ello acabé mis estudios de estomatología en el año 78, y de esa manera continué la trayectoria profesional de mi padre. Como yo era un apasionado de la cirugía, decidí optar por ese perfil quirúrgico, donde tuve un gran maestro de cirugía maxilofacial, el Doctor Victor Sada Tejero, con el que trabajé durante 15 años. También tuve como profesor a Manuel Donado Rodríguez, recientemente fallecido, que fue la persona que me inculcó el amor por la docencia. Paralelamente, en mi vida privada, he tenido tres hijos y, a pesar de que yo nunca he querido influir en sus decisiones, no cabe duda de que el ambiente familiar suele condicionarlas. En ese sentido, mi hija mayor, Natalia, es odontóloga por la Universidad Europea de Madrid. También ha optado por el perfil que yo desarrollo, con lo cual ella terminó su formación quirúrgica, y también se ha formado en el campo de la prótesis. Con 27 años tiene su título de doctor, ha defendido su tesis y es profesora en la Universidad Rey Juan Carlos, lo cual me llena de orgullo. Mi segundo hijo, César, también está cursando el 4º curso de Odontología en la Universidad , y el tercero, José María, está pensando en estudiar Medicina u Odontología. Por otro lado, mis hermanas también forman parte de esta profesión. Sí, somos una gran familia consagrada a la profesión.

ODH: *Usted fue Presidente de SECIB (Sociedad Española de Cirugía Bucal), que celebrará su Congreso el próximo mes de noviembre en Madrid. Cuéntenos cómo fue su experiencia en la sociedad.*

J.M.M: Si me remonto a los inicios de la SECIB, la sociedad se creó en 1998, y su mayor impulsor en aquel momento fue el profesor Manuel Donado que, por otro lado, era una persona con una gran visión de futuro. Él era consciente de que al seguir las directrices europeas y crear la titulación de Odontología teníamos que desarrollar las especialidades odontológicas que exigía la Unión Europea. Por eso, el profesor Donado unió esfuerzos con el profesor Cosme Gay Escoda, y empezaron a elaborar documentos con la intención de crear la sociedad de cirugía bucal. De esa forma, se constituyó la SECIB, teniendo como primer Presidente al profesor Donado Rodríguez, que consideró oportuno que yo fuera el secretario de aquella sociedad. Cuando él cesó, el siguiente presidente fue el profesor Gay Escoda, y en mi caso pasé de Secretario a Vicepresidente. El siguiente Presidente fue el profesor José Luis Gutiérrez de la Universidad de Sevilla, y tras él fui yo. Llegué al cargo habiendo estado en todas las juntas directivas, desde la constitución de la sociedad. Actualmente, el cargo lo ocupa David Gallego, de la Universidad de Sevilla, que presidirá el próximo Congreso de la SECIB que, por primera vez, se celebrará en Madrid y tendrá como Presidente del Comité organizador al doctor López-Quiles. La evolución de la Sociedad ha sido muy positiva, ha tenido un crecimiento exponencial hasta tal extremo que, hasta aquel momento siempre estaban consolidadas las sociedades que siempre han sido las más fuertes dentro de la odontología, como pueden ser, sin orden de preferencia, SEPA, a periodoncia, SEPES a prótesis, SEO, ortodoncia y la SEI, sociedad española de implantología. En muy pocos años SECIB se ha convertido en una sociedad pionera y de gran relevancia dentro del Consejo General de Odontólogos. La finalidad de SECIB ha sido, como cualquier sociedad, divulgar conocimientos, y la difusión de las tecnologías de la cirugía bucal entre nuestros socios. Siempre ha sido incuestionable que hay un objetivo fundamental, que es el reconocimiento de la cirugía bucal como especialidad odontológica, que es así como está reconocido por la Unión Europea.

A fecha de hoy, aún no se ha conseguido este reconocimiento, aunque es verdad que el año pasado hubo una serie de aproximaciones de instituciones correspondientes, como el Consejo, las Universidades y las Sociedades Científicas, pero aunque en principio parecía que iba a concluir con un entendimiento absoluto, la situación está congelada ya que hay diferentes pareceres.

ODH: *En pleno debate sobre las especialidades, ¿cuál es su opinión al respecto?*

J.M.M: Sobre este tema creo que hay una falta de información total, porque en muchas ocasiones, y por intereses que son difíciles de etiquetar (políticos, personales...), todos concluyen en una falta de conocimiento. Se ha tratado de transmitir que la creación de especialidades en odontología iba a suponer una situación excluyente para el odontólogo general. Y eso no es cierto. Que un odontólogo sea especialista en cirugía bucal y que quiera hacer una extracción quirúrgica de un cordal no supone que el odontólogo general que sepa hacerlo no pueda hacerlo. Pero sí es verdad que la tendencia social desde hace muchos años, es que nuestros pacientes tengan una atención mucho más especializada. A nadie se nos escapa que todas las profesiones sanitarias tienen sus especialidades, hasta tal extremo que puede resultar paradójico que, por ejemplo, la titulación de enfermería, ahora con el decreto de Bolonia, pasa a ser grado en enfermería, con sus especialidades. Es incongruente que en España se sigan sin reconocer dichas especialidades. El boletín oficial europeo contempla sólo dos especialidades, la ortodoncia y la cirugía bucal, y en concreto, en mi campo, que es este último, deja muy claro que para ser especialista en cirugía bucal al menos hay que tener una formación de tres años y, preferentemente, que en algún momento haya formación bajo régimen hospitalario. Quizá ahí está el punto más conflictivo. Sobre si es necesaria o no la formación hospitalaria, yo considero que es conveniente, pero eso no significa que excluya a las universidades, y quizá ahí está un punto de desencuentro de las tres entidades mencionadas: Consejo, Universidades y Sociedades Científicas. No han llegado al consenso de que una institución determinada sea la única que pueda impartir la formación de especialista. En resumen, puedo decir que como todas las negociaciones existe un problema de voluntad, si hay voluntad hay puntos de encuentro, si no, prevalecen los desencuentros, y ese es el momento en el que nos encontramos.

ODH: *Ahora nos centramos en la situación del sistema nacional sanitario, de la sostenibilidad del mismo.*

J.M.M: Puedo dar una opinión como profesional médico. Por razones más que evidentes no daré nombres, pero conozco personas implicadas en la gestión e incluso afiliados al partido del gobierno que se llevan las manos a la cabeza porque consideran que todos los hospitales que se han creado son totalmente viables. Nos encontramos en una situación muy enigmática, de la que se me escapa saber cuáles son los motivos por los que se pretende privatizar estos centros hospitalarios. Lo que es incuestionable es que la demanda asistencial en sanidad crece también de manera exponencial. Esos centros, independientemente de que sean gestionados pública o privadamente, son necesarios. ¿Cómo van a ser gestionados? Ahí es donde surgen las interrogantes. Todo esto repercute en la sociedad, y el primer objetivo de cualquier profesión sanitaria es atender a la población. Si esto a su vez lo traslado al sector odontológico, aquí te diría que estamos muchísimo peor. Primero, nuestras propias instituciones no han velado jamás por nuestros

intereses, como por ejemplo, adecuar el ratio que debe haber entre odontólogo y número de pacientes, porque es más que evidente que hemos superado excesivamente el número. Las instituciones no son capaces de hacer un estudio de mercado, en el cual sean conscientes de que estamos desbordados de odontólogos. Por razones que no alcanzo a comprender, se siguen autorizando la apertura de nuevas universidades que, a fin de cuentas, está generando una plétora de profesionales odontológicos que, desgraciadamente, llegan al mercado laboral es unas condiciones muy precarias. La odontología no está en manos del profesional, está en manos de empresarios, que no sólo piensan en sus ingresos, sino que se olvidan absolutamente de que estamos atendiendo a una población sanitaria. Hasta tal extremo que, cada vez son mayores las cantidades de fracasos en tratamientos, diagnósticos incorrectos, que a todas luces persiguen fines económicos. Velar por el número de profesionales, por la formación y por nuestros pacientes, ésas deberían ser las preocupaciones fundamentales de las instituciones.

ODH: *Cuéntenos cómo es su cargo de Presidente del Board de las Sociedades de Cirugía Bucal.*

J.M.M: Es un cargo vinculado a la Efos (Federación Europea de Sociedades de Cirugía Oral). Cuando se creó la SECIB, se intentó seguir la experiencia de otras sociedades de cirugía bucal europeas. La organización que representa a las mismas, que tiene la denominación EFOS, está integrada por las sociedades de Alemania, Francia, Inglaterra, Italia, Portugal y España. Como federación europea, su ámbito de trabajo es la difusión de la cirugía bucal, de todos sus avances, conocimientos y tecnologías, y para ello busca como punto de encuentro su Congreso, que se celebra cada dos años. En el transcurso del mismo se convocan los exámenes del Board o de Fellow, que suponen un reconocimiento de excelencia. Aquellos que superan dicho examen obtienen una titulación Board o Fellow, que es la excelencia en el campo de la cirugía bucal. Gracias al apoyo institucional de los organismos europeos, desde hace 6 años ocupo de forma ininterrumpida este cargo de Presidente del Board. Los exámenes son de cierta exigencia, ante tribunales integrados por miembros de estas sociedades. Este año el Congreso se celebrará en la ciudad de Berlin, y tengo el orgullo de poder decir que la mayoría de los candidatos que se presentan a ese examen son españoles. Obviamente, no quiere decir que nuestros candidatos sean los mejores, pero el porcentaje de españoles que alcanzan esta titulación es bastante alto. Para garantizar la imparcialidad, yo jamás figuro como integrante de ese tribunal, para que nadie pueda hablar de que tengo más interés que en los alemanes.

ODH: *¿Qué nos puede contar de sus nuevos proyectos?*

J.M.M: Al profesor Donado, al dejar la Universidad tras su jubilación le propusieron reeditar el libro de "Cirugía Bucal", que es conocido en todas las universidades españolas, y me llenó de orgullo cuando me preguntó si tenía inconveniente en que figuráramos como co-autores. Para mí aparecer en ese libro al lado de un gran maestro como él es gran un honor. Lamentablemente, algo más tarde le descubrieron una enfermedad, que demoró la salida al mercado del libro y se llevó su vida. Dentro de la tristeza profunda que me causó este hecho, puedo decir que terminamos el libro y será presentado en el próximo Congreso de la SECIB. Más que hablar de proyectos debo decir que tengo varias obligaciones. Soy profesor de la Universidad Complutense, donde llevo más de 28 años. La docencia es una de las facetas que más me llena. Desde un punto de vista de cargo de gestión, ser Presidente del Board también me ocupa mucho tiempo y, por otro lado, pertenecer a la dirección del Máster de Hospital supone para mí otra obligación, que es trabajar y lograr que todas aquellas personas que van a tener responsabilidad sobre la población sanitaria tengan el mayor nivel en el desempeño de su tarea. También me he aficionado a la redacción de nuevos libros, y el año que viene tengo la intención de presentar un nuevo libro.

ODH: *¿Qué ha significado para usted su profesión?*

J.M.M: A nivel personal ha significado dar una satisfacción a mis padres, y continuar la trayectoria profesional de mi padre. También me complace enormemente trabajar con una gran cantidad de compañeros, a los que hoy me une una gran amistad. También ha habido cosas negativas, ya que he sido una persona completamente volcada en mi profesión, pero la vida es así. Pero debo decir que me llena de orgullo el hecho de que mis tres hijos continúan de una manera u otra vinculados a esta profesión ●

XI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

28, 29 y 30 de Noviembre 2013

Madrid. Centro de Convenciones Norte
IFEMA (Feria de Madrid)

CONFERENCIANTES

TALLERES > JUEVES 28 POR LA MAÑANA

CONFERENCIAS

> jueves 28 por la tarde
- Dental pulp stem cells in alveolar bone regeneration and sinus augmentation procedures. Antonio Graziano
- Resolución de la atrofia del sector posterior mandibular mediante injertos óseos particulados. Santiago Llorente
- Cómo conseguir la estabilidad de los tejidos periimplantarios de manera predecible mediante el diseño del implante y de la prótesis. Xavier Rodriguez Ciurana

> viernes 29
- Cirugia mucogingival. Sin Novedades. Jon Eguizabal
- Achieving aesthetic exellence in implant dentistry: preserve, simplify, mimic the nature. Pier Carlo Frabonni
- Cirugia Guiada como método para simplificar la restauración inmediata en sector anterior. Pedro Lázaro
- Implantes inmediatos postextraccion con grandes defectos oseos, sin cierre primario, sin injertos y sin membranas. Gustavo Reales
- Zirconia, el presente del futuro!. José Luis Ayuso
- Speed is what we need: Immediate loading with Osseospeed implants. Hugo de Bruyn
- Clinical benefits of CAD/CAM fabricated restorations on implants. Jan Frederik Güth
- Tratamiento del maxilar atrófico con y sin injerto. Pedro Peña Martinez
- Implants in the aesthetic zone: the surgical & prosthetic keys to success. Tidu Mankoo

> sábado 30
- Implantes angulados y cigomáticos combinados en situaciones de atrofia maxilar no total: una alternativa sencilla y segura. Jose Montes
- The dilema of the post-extractive socket management in the aestheric zone: to graft or not to graft?. Sergio Spinato

CURSOS > SÁBADO 29

HIGIENISTAS
PROTÉSICOS
ODONTOLOGÍA

INFORMACIÓN ACTUALIZADA:
www.secibmadrid2013.com

SECIB
Sociedad Española de Cirugía Bucal

[DRA. MARIANA SEGURA, FUNDADORA DE LA PRIMERA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO]

"La fobia al dentista es un miedo en extinción, ya que las prácticas odontológicas son seguras e indoloras"

El Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (COEM), a través de su Fundación (FCOEM), celebró el pasado 6 de junio el "Curso para manejar al paciente odontofóbico", impartido por la psicóloga Mariana Segura Gálvez, directora del Centro Espacio Común, profesora del Centro de Negociación y Mediación del IE Business School, y fundadora de la primera asociación española de Terapia del Comportamiento (A.E.T.CO). Licenciada en Filosofía y Letras, es directora general de "Mariana Segura Proyectos Psicológicos", centro dedicado a la investigación, formación y atención psicológica; y del proyecto "ESPACIO COMÚN", centrado en los temas de gestión emocional y entrenamiento en Comunicación Interpersonal. También es profesora de negociación, y responsable del Área de Comunicación del Centro de Negociación y Mediación del IE Business School • **REDACCIÓN**

"Odontólogos de Hoy": *¿Cuáles son los elementos que motivan el miedo del paciente ante la visita al dentista?*

Dra. Mariana Segura: Afortunadamente el miedo a ir al dentista es un miedo en extinción, ya que en la actualidad las prácticas odontológicas son seguras e indoloras. Sin embargo, este miedo se mantiene porque todavía asociamos los aparatos, el ruido de torno, el sabor del metal, la postura incómoda y la inmovilidad, etc... a la posibilidad de dolor y peligro.

Por eso, ante estos objetos y estímulos ambientales, reaccionamos con sudor, palpitaciones, sequedad de boca y pensamientos negativos, como si estuviéramos ante un peligro real.

Lo peor es que este miedo nos lleva a evitar la situación temida y, por tanto, dejamos de acudir a la consulta, con lo que eso conlleva de agravamiento del temor y de riesgo para nuestra salud.

ODH: *Usted es fundadora de la Primera Asociación Española de Terapia del Comportamiento, ¿cuáles son los motivos que le han llevado a desarrollar este proyecto?*

Dra. MS: La Terapia del Comportamiento o Psicología Científica explica y da respuesta a todo tipo de problemas psicológicos. Por eso, desde mi conocimiento de los principios que están en el origen de los miedos, me pareció interesante y útil colaborar con el Colegio de Odontólogos de Madrid en esta iniciativa pionera en España, con el objetivo de formar a los profesionales de la odontología y también a los usuarios, en técnicas y recursos para erradicar la odontofobia.

ODH: *¿Cuáles son los elementos que debe tener en cuenta el odontólogo para poder aliviar el miedo "escénico" del paciente?*

Dra. MS: Los recursos que el odontólogo puede manejar son de cuatro tipos:

a. Técnicas de control estimular. Se trata de disminuir al máximo la presencia de los estímulos que pueden estar asociados a la respuesta de miedo. Así, cuidar que el ruido, la temperatura, la decoración, etc... ayuden a que el paciente "olvide" su miedo.
b. Técnicas de relajación. El dentista puede dar instrucciones y ayudar a que el paciente se relaje con alguna de las técnicas más efectivas. Las más frecuentes son la relajación respiratoria, la muscular o de Jacobson y la mental o de Schultz. Esta técnica tiene que ver con las siguientes.
c. Técnicas de control cognitivo. Hacer que la atención del paciente se centre en otros temas, que "viaje" con la imaginación a otro lugar agradable o neutro, es un buen medio para que se vaya relajando.
d. Recursos comunicativos. Estos son los recursos más importantes. Se trata de usas las palabras, los gestos, la voz, etc..., que cada paciente requiere para generar confianza y serenidad.

ODH: *¿Qué tipo de terapias prescribe a sus pacientes para aliviar la patología del miedo ante el dolor?*

Dra. MS: Cuando una persona acude a mi consulta con este problema, el primer paso es indagar el origen del mismo y seleccionar los recursos más adecuados. Pero en general, las técnicas no difieren mucho de las que he expuesto antes.

Son técnicas de relajación, cognitivas y de control de pensamiento o distractivas. Y, muy importante, vamos programando la exposición progresiva a lo temido, para que dejen de evitar y vayan habituándose a la situación temida. Así es como se vence cualquier miedo.

ODH: *¿Presentan algún perfil previo las personas que sufren este tipo de miedos?*

Dra. MS: Normalmente no, pero es cierto que las personas con altos niveles de activación, las que son muy nerviosas en general y las que no disponen de habilidades o recursos para controlar sus emociones, son "perfiles de riesgo" para padecer odontofobia.

ODH: *¿Cuáles han sido sus recomendaciones a los odontólogos que deben de manejar este tipo de situaciones en el curso que ha impartido recientemente en el COEM?*

Dra MS: Mi recomendación ha sido que sigan los puntos que hemos tratado en el curso: conocer bien los perfiles del miedo, conocer a sus pacientes y así elegir el recurso idóneo para cada uno y, por último conocer las técnicas adecuadas a las que antes me he referido.

También les he insistido en que, una vez que estén manejando estas técnicas, las pongan en práctica, cuidando las palabras y los gestos con los que se comunican, para servir siempre de "modelos de serenidad y control" a sus pacientes.

Debo resaltar la gran afluencia al curso de profesionales de la odontología, y su implicación activa para aprender técnicas que ayuden a sus pacientes a vencer este miedo.

ODH: *El entorno personal, familiar, profesional..., en una sociedad como la nuestra ¿cuáles son los principales miedos que le plantean sus pacientes?*

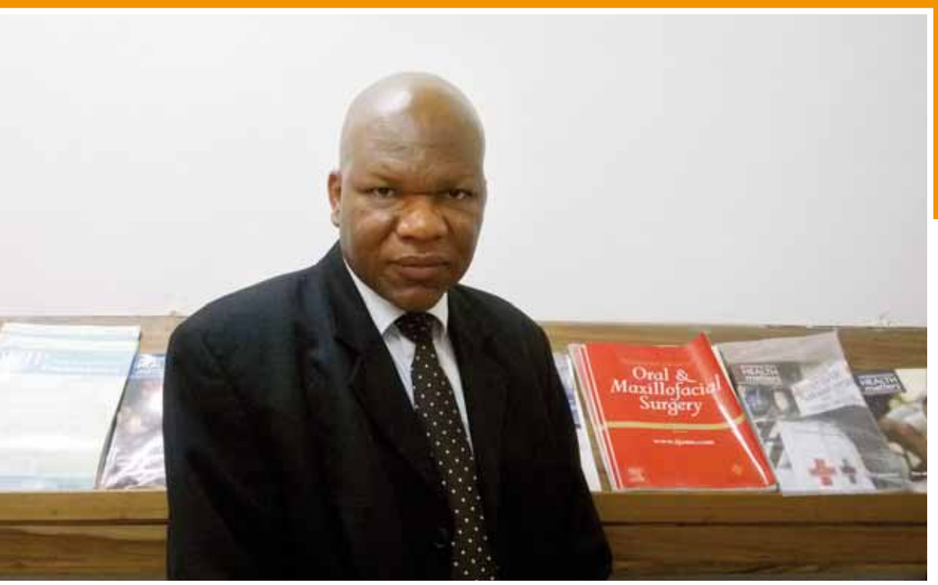
Dr. DZ: En un momento como el actual, el miedo y el estrés nos acompañan a diario. Tenemos miedo a enfermar, a quedarnos sin trabajo, a no ser buenos padres y profesionales...

Un gran miedo es la soledad, propio de una sociedad en la que cada vez estamos más solos, a pesar de los maravillosos medios de comunicación...

Y después están los miedos más específicos, como el miedo escénico o miedo a hablar en público, o el miedo a lugares cerrados como el avión, el metro, etc •

[DR. EYITOPE O. OGUNBODEDE]

"El problema más urgente de salud oral global es la desigualdad que existe entre los países"



"Odontólogos de Hoy":
Sus logros en el campo de salud oral global sirven de inspiración para los estudiantes de odontología. ¿Qué le motivó a trabajar en salud pública?

Dr. Ogunbodede:
Mi pasión por la población (salud pública), en lugar de tratamiento individual de pacientes, tiene mucho que ver con las circunstancias que me rodeaban en el momento que decidí estudiar Odontología. Mi ambición, durante la escuela secundaria, era la de estudiar Medicina General para después especializarme en Ginecología y Obstetricia. Esta ambición venía influenciada por el hecho de que mi abuela era una conocida matrona y mi madre era enfermera y matrona. Sin embargo, yo me sentí atraído por la Odontología porque en la época en la que solicitaba el ingreso a la Universidad, sólo existía un dentista en todo el estado donde yo residía, con una población de aproximadamente 2.5 millones de personas. Este dentista ejercía en clínicas móviles y diariamente se anunciaba por la radio el lugar y el día al que los pacientes con problemas dentales podían acudir en los distintos pueblos. Aunque yo nunca le conocí personalmente, ni tuve nunca un problema dental, ni siquiera había estado en una clínica dental, escogí Odontología como mi primera y única opción, porque yo quería ser tan popular como ese solitario dentista! Superé el examen de acceso (en la OAU) y me invitaron a la entrevista. Los miembros del jurado estaban sorprendidos de que alguien solicitase Odontología, ya que no era común en aquella época en esa parte del mundo. Expuse los motivos de mi decisión e inmediatamente me admitieron. Al terminar mis estudios de cirujano dental, me invitaron a quedarme en la Facultad de Odontología como becario en prácticas. Posteriormente, realicé mi posgrado en Nigeria y Reino Unido. Tuve el honor de ser el primer especialista en Salud Pública Oral a tiempo completo de mi Universidad. Esto me dio la oportunidad de crear, partiendo de cero, el Departamento de Odontología Preventiva y Comunitaria. Me convertí, además, en el primer profesor de Salud Pública Oral en 2000. Tengo el privilegio también de ser el primer Decano ex alumno de la Facultad de Odontología.

ODH: *Dr. Ogunbodede, ha servido usted como Decano y Director del departamento de Odontología Preventiva en la OAU de Nigeria, como profesor visitante honorario en la Universidad de Witwatersand, Sudáfrica, y ahora como profesor visitante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard. ¿Puede*

Eyitope O. Ogunbodede,

BSc, BCHD, MPH, DDPH RCS, FFD RCS Visiting Professor, Oral Health Policy and Epidemiology, Harvard School of Dental Medicine, Boston, Massachusetts, USA.

Eyitope Ogunbodede es profesor de Odontología Preventiva en la Universidad Obafemi Awolowo (OUA) en Nigeria, y actualmente Profesor Invitado de Salud Pública Oral y Epidemiología en la Facultad de Odontología de la Universidad de Harvard. Fue Director de Odontología Preventiva en la OUA durante 12 cursos académicos, Decano de Odontología de 1999 a 2002 y Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, (incluyendo las escuelas de Ciencias Médicas Básicas, Ciencias Clínicas y Odontología), de 2007 a 2009. Durante este período fue responsable de la coordinación entre los programas de Medicina, Odontología, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Enfermería. El Profesor Ogunbodede actuaba como moderador del comité de ética e investigación del complejo de hospitales universitarios de la OUA de 2004 a 2009, y ha sido miembro del grupo de trabajo técnico (TWG) en Salud Oral del Ministerio Federal de Sanidad de Nigeria desde 2010. Sirvió también en el consejo de gobierno de la OUA, de 2009 a 2011. Fue Profesor invitado en la Universidad de Witwatersrand, Johannesburgo, Sudáfrica, de 2000 a 2010, y ha ejercido como examinador externo de varias universidades, tanto a nivel de pregrado como postgrado. Fue convocante y presidente fundador de la división nigeriana de la International Association for Dental Research (IADR). Eyitope Ogunbodede ha sido galardonado en numerosas ocasiones, y entre los premios recibidos se encuentran: Distinguished Visiting Scientist Award de Medical Research Council of South Africa (1999), el premio de honor de la Nigerian Dental Association por su contribución al desarrollo de la Odontología (2008), y premio al mérito por su contribución al desarrollo de la Salud Pública en África por la Facultad de Medicina de la Universidad de Ibadan (2008). Ha sido galardonado, además, con numerosos premios de investigación nacionales e internacionales. Ha publicado más de 90 artículos científicos y capítulos de libros. El Profesor Ogunbodede ha desarrollado y realizado un exhaustivo programa de salud comunitaria para la mejora de la salud oral en los distritos de Nigeria. Ha completado numerosos proyectos de investigación internacionales y programas, incluyendo el diseño y ejecución de un programa de salud oral entre los refugiados de Liberia en Ghana. Ha participado en más de 100 conferencias científicas en distintos países incluyendo Australia, Francia, Ghana, Irlanda, Kenia, Kuwait, Liberia, Nigeria, República de Benín, Sudáfrica, España, Suecia, Reino Unido y EEUU. El Profesor Ogunbodede es revisor de numerosas revistas profesionales, fue redactor jefe fundador del African Journal of Oral Health, y actualmente colabora en el comitén editorial de Gerodontology, Nigerian Dental Journal y Annals of Oral & Maxillofacial Surgery. Sus áreas de interés incluyen epidemiología oral, educación dental, investigación en servicios de salud, salud pública y odontología preventiva • **LAURA SAN MARTÍN (TRADUCCIÓN DE ISABEL MORENO HAY)**

"Odontólogos de Hoy":
Your accomplishments in the field of global oral health are very motivating to dental students. What has inspired you to work in public health?

Dr. Ogunbodede:
My passion for populations (public health) instead of treating individual patients has to do with the prevailing circumstancies that made me to decide in favour of dentistry as a career. My ambition, while in the Secondary school, had always been to study General Medicine, and then specialize in Obstetrics and Gynaecology. This ambition was influenced by the fact that my grandmother was a renowned traditional midwife and my mother was a nurse/midwife. I was however attracted to Dentistry because at the time I was applying to the University there was only one dentist in my home-state, with a population of about 2.5 million. The single dentist was then running mobile clinics and hence, there were daily announcements on the radio informing those with dental problems to meet him at different towns on specific days. Although, I did not meet him in person nor have I ever had a dental problem or been to a dental clinic, I decided to select Dentistry as my first and only choice because I wanted to be as popular as this lone dentist! I passed the entrance examination (to Obafemi Awolowo University) and was invited for interview. Members of the interview panel were surprised to see somebody opting for dentistry, as this was a rare occurrence in our own part of the world at that time. I explained how I came to my decisión and I was offered immediate admission. On completion of my Bachelor of Dental Surgery degree, I was invited to join the staff of the School of Dentistry as a Training Fellow. I then had my postgraduate training in Nigeria and the UK. I was privileged to be the first full-time Public Oral Health specialist in my University. This gave me the opportunity to build the Department of Preventive and Community Dentistry from scratch. I also bécame the first professor of Public Oral Health in 2000. I am also privileged to be the first Alumni Dean of the Faculty of Dentistry.

ODH: *Dr. Ogunbodede, you have served as Dean and Chair of Preven-*

usted comentar cuáles son la diferencias que ha experimentado trabajando en distintas culturas?

Dr.O: Hay diferencias muy significativas entre los países. Una de las cosas a las que más me ha costado acostumbrarme es a dirigirme a las personas mayores por su nombre de pila, muy común en Reino Unido y EEUU. Me he criado en una cultura donde nos dirigimos a los mayores por su título y apellido, Jefe X o Señora Y o el Profesor Z. Para mi fue un choque cultural cuando me tenía que dirigir a personas 20 años más mayores que yo por su nombre de pila. Me resulta más sencillo cuando se dirigen a mi colegas mas jóvenes! Los congresos en EEUU están organizados y las personan respetan los tiempos, pero en África la mayoría de los congresos empiezan normalmente con una hora de retraso y no terminan hasta que todos están cansados. Los africanos en general son más hospitalarios que los americanos.

ODH: *Usted es miembro de Salud Oral del Ministerio Federal de Sanidad de Nigeria. ¿Cuál es el estado de salud oral de la población nigeriana y el acceso de la población a los servicios de salud oral? ¿Cuáles son las prioridades en materia de servicios de salud oral actualmente? ¿Cuál es el futuro de la salud oral en Nigeria?*

Dr.O: En Nigeria, la enfermedad periodontal con bolsas periodontales profundas aparece a muy temprana edad con una prevalencia del 15 al 58% en las personas mayores de 15 años. Aunque la prevalencia de caries dentales varía entre muy baja, en comunidades rurales, a moderada en las urbanas, es un problema de salud pública porque la mayoría de las lesiones no se tratan. Existe también un incremento en la prevalencia de tumores orales en el país. El total de profesionales de salud oral es insuficiente para cubrir las necesidades de la población nigeriana de 167 millones. La distribución geográfica es también desfavorable ya que el personal disponible se concentra fundamentalmente en la parte sur del país, y generalmente en los centros urbanos donde residen menos del 40% de la población nigeriana. Una nueva política en salud oral fue aprobada por el Consejo Ejecutivo Federal en octubre 2011 y arrancó en noviembre 2012. El problema más urgente, actualmente, es asegurar la realización de dicho proyecto por parte de todos los estamentos políticos, sector privado y otros inversores. Existe una mayor conciencia y el futuro de la salud oral en Nigeria es prometedor.

ODH: *Como líder en salud oral, ¿qué propondría usted para lograr que los estudiantes se involucraran más en salud pública oral? ¿Deberían las facultades de Odontología tomar la iniciativa de incentivar a los estudiantes?*

Dr.O: La clave sería lograr que la enseñanza de la salud pública fuese más interesante y práctica. He establecido, por ejemplo, una clínica dental en la comunidad rural de Ipetumodu donde nuestros estudiantes realizan rotaciones en la comunidad rural desde 2003. Gracias a esta experiencia, muchos de nuestros licenciados han desarrollado un interés en salud pública y han optado por un postgrado en salud pública oral.

ODH: *Dr. Ogunbodede usted está actualmente trabajando en Salud Pública Oral y Epidemiología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard. ¿Podría usted describir en qué proyectos está trabajando en HSDM y qué espera obtener?*

Dr.O: Mi interés en la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard se centra en la educación dental, con especial interés en la brecha que separa a África del resto de los países más avanzados de Europa y América. He trabajado también en las implicaciones éticas del uso a posteriori de datos sobre salud oral desidentificados. A su vez, le estoy dedicando gran cantidad de tiempo a tutorizar y supervisar los proyectos de investigación de los estudiantes.

ODH: *El informe WHO sobre salud oral denuncia muchos de los problemas clave que debemos solucionar. ¿Cuál cree usted que es el problema de salud oral global más urgente a solucionar? Y ¿cuál cree que sería la mejor manera de atacarlo?*

Dr.O: El problema más urgente de salud oral global son las desigualdades que existen entre los países. Estas desigualdades afectan no sólo al acceso sino también a la educación dental, a la distribución de profesionales de la salud, al nivel de los servicios dentales y a la tecnología disponible entre otros. Lo lamentable es que la brecha se está haciendo cada vez más grande con el desarrollo de la tecnología y los avances en servicios sanitarios. La mejor manera de atacar este problema es, en primer lugar, reconocer su existencia y sus terribles consecuencias. Los grupos de trabajo global como el Global Oral Health Inequalities Research Network (GOHIRN) pueden entonces, coordinar el problema a nivel mundial, reduciendo las brechas y optimizando los resultados.

ODH: *¿Opina usted que las enfermedades orales suponen un reto en los EEUU?*

Dr.O: Las enfermedades orales suponen un gran reto en los EEUU y su manejo es muy complejo. Existe una desigualdad en la distribución de los servicios dentales, escuelas y profesionales de la salud oral. Se escogen las más avanzadas técnicas para el manejo de las enfermedades orales y como consecuencia, se encarecen los costes del tratamiento. La tasa de denuncias es, asimismo, muy elevada. Algunos dentistas americanos están abriendo clínicas en el extranjero con el único objetivo de traer a sus pacientes de EEUU. El motivo es que los costes de tratamiento y de desplazamiento son menores en esos países que el precio medio en EEUU.

> *"A la odontología del Tercer Mundo no se le ha dado el reconocimiento que se merece"*

ODH: *Para un estudiante que aspire a involucrase en este campo ¿tiene usted algún consejo o recomendación?*

tative Dentistry at Obafemi Awolowo University (OAU) in Nigeria, as an honorary visiting professor at University of Witwatersrand, South Africa, and are now visiting professor at Harvard School of Dental Medicine. Can you comment on the differences you have experienced in working in different cultures?

Dr.O: There are significant differences across countries. One thing I have found very difficult to cope with is addressing people older by me by their first name, which is the common practice in UK and the US. I grew up in a cultural environment where elders are addressed by their title and surname, Chief X or Madam Y or Prof Z. It was a sort of culture-shock for me when I had to address people sometimes more than 20 years older than me by their first name. It is easier when I am the one being addressed by younger colleagues! In the US meetings are regulated and people keep to time, but in Africa most meetings start usually one-hour behind schedule and sometimes drag on until all are exhausted. Africans are generally more hospitable than the Americans.

ODH: *You are a member of the Oral Health of the Federal Ministry of Health in Nigeria. What is the oral health status and access to oral health care for Nigerian people? What are the most pressing issues in oral health care in Nigeria currently? What is the future of oral health in Nigeria?*

Dr.O: Periodontal disease with deep pocketing occurs in Nigerians at an early age with a prevalence of 15 to 58% in persons older than 15 years. Although dental caries varies between very low in rural communities to moderate in urban, it is public health problem because most of the lesions are untreated. There is also a steady rise in the prevalence of oral tumors in the country. The oral health workforce is inadequate to meet the health needs of the Nigerian population of 167 million people. The geographical distribution is also unfavorable with available personnel found mostly in the southern part of the country, and usually in urban centers where less than 40% of Nigerians reside. A new oral health policy was approved by the Federal Executive Council in October 2011 and launched in November 2012. The most pressing issue now is how to ensure the implementation of the policy by all levels of government, the private sector and other stakeholders. Awareness is getting better and the future of oral health in Nigeria is getting brighter.

ODH: *As a key leader in oral health, how do you propose to get students more involved in public oral health? Should dental schools take the initiative to promote student engagement in public health?*

Dr.O: The key attraction will be to make the teaching of public health more interesting and practical. I have, for example, established a dental center in the rural community of Ipetumodu where our students have been having rural community postings since 2003. Many of our graduates have through this exposure developed keen interest in public health, and have opted for dental public health at the postgraduate level.

ODH: *Dr. Ogunbodede You are currently working in the Oral Health Policy and Epidemiology at Harvard School of Dental Medicine? Can you please describe what projects you are working on at HSDM and what you hope to achieve?*

Dr.O: My focus at the Harvard School of Dental Medicine had been on Dental education with particular focus on bridging the obvious gap between Africa and the advanced countries of Europe and America. I also worked on the ethical implications of secondary use of de-identified oral health data. I am also spending considerable time putting students through the research process and supervising their projects.

ODH: *The WHO report on oral health indicates many key issues that we must attend to. What do you believe to be the most pressing global oral health issue that should be addressed? To follow up, what do you believe will be the best way to tackle this issue?*

Dr.O: The most pressing global oral health problem is the inequalities that exist within and across countries. These inequalities affect not jut access but also dental education, distribution of the workforce, levels of dental care, available technology and others. The sad thing is that the gap is getting wider with increasing technology and advancement in the methods of care. The best way to tackle the problem is to first recognize its existence and the dire consequences. A global task force or group such as the Global Oral Health Inequalities Research Network (GOHIRN) can then coordinate the worldwide struggle to reduce the gaps and ameliorate the effects.

ODH: *Do you find that the oral diseases are challenging in US?*

Dr.O: Oral diseases are very challenging in the US and their management very complicated. There is inequity in the distribution of dental services, schools and oral health personnel. The most advanced techniques for managing oral diseases are usually preferred leading to relatively higher cost of treating dental diseases. The rate of litigation is also very high. Some American dentists now establish clinics in other countries only to draw their patients from the USA. This is because the total cost of treatment and holidaying in those countries will still be less than the average cost in the US.

ODH: *For a student aspiring to be involved in this field, do you have any tips or suggestions?*

Dr.O: El esplendor académico no es suficiente para alcanzar el éxito en salud pública. Son esenciales en aquellos que aspiren a trabajar en este campo, unas aptitudes excelentes para la escritura, eficaces para las relaciones humanas y una pasión por el trabajo comunitario.

ODH: *¿Qué mecanismos deben ponerse en marcha para mejorar las condiciones de salud en general y, particularmente, el cuidado dental en estos países?*

Dr.O: En el área de la salud, la coordinación entre los distintos estamentos escasea. En algunas situaciones, las relaciones son tales que los subgrupos profesionales trabajan de manera aislada y carecen de reuniones para discutir los progresos. Debe existir unidad entre los profesionales de la salud. Debemos, además, entender que la salud no se alcanza sólo con el trabajo de los profesionales sanitarios. Se requiere la colaboración de todos. La profesión dental debe estar preparada para integrar los servicios dentales dentro de la amplia esfera de salud general.

> *La caries dental y la enfermedad periodontal son las más graves en África*

ODH: *¿Piensa usted que el desarrollo de los proyectos de Odontología Social tienen el apoyo de las autoridades locales de los países del Tercer Mundo cuando éstos se llevan a cabo?*

Dr.O: A la Odontología del Tercer Mundo no se le ha dado el reconocimiento que se merece. En muchas ocasiones, los proyectos de salud oral no tienen el apoyo necesario y esto compromete su sostenibilidad. En Nigeria, existen tres niveles de gobierno: federal, estatal y local. La salud oral no está incorporada de momento en la estructura del gobierno local. A pesar de que la nueva política en salud oral especifica que cada uno de los 744 gobiernos locales del país deben tener, por lo menos, un centro donde se proveerán los servicios dentales. En algunas partes de Nigeria, los pacientes aún tienen que viajar unos 300 kilómetros para ver a un dentista. La situación empeora en muchos otros países de África.

ODH: *¿Qué aconsejaría a todos los que ahora empiezan sus estudios de Odontología para su futura práctica profesional?*

Dr.O: Los dentistas gozan de gran prestigio y respeto a nivel mundial. Aquellos que se inician en la profesión deben recordar siempre que junto con los grandes privilegios llegan grandes responsabilidades, y que no se pueden permitir decepcionar a la profesión, a la nación y a la comunidad global que tienen en alta estima a nuestra profesión.

ODH: *Tiene usted una amplia experiencia en muchos países y grupos científicos, ¿existen diferencias significativas entre los países?*

Dr.O: Sí, existen diferencias importantes entre los países y los continentes, en ambos campos, en la educación de los dentistas y en el acceso a los servicios de salud oral. En Reino Unido y sus antiguas colonias (como en el caso de Nigeria) la carrera de Odontología tiene una duración de 5 a 6 años después del colegio, mientras que en los EEUU se requiere una primera titulación para ser admitido en la Facultad de Odontología. En África, el modelo de educación está muy influenciado por el pasado colonial del país. Los países anglosajones adoptan el modelo británico, mientras que los países francófonos imitan el currículo de las universidades en Francia. La organización y financiación de la Odontología en Europa, es, por ejemplo, muy diferente a la de EEUU.

ODH: *¿Cuál es el estado de salud oral y el acceso a los servicios de salud oral de la población africana?*

Dr.O: La caries dental y la enfermedad periodontal son las mayores enfermedades en África. Es muy interesante que ambas se puedan prevenir totalmente. La caries dental no era un grave problema en África hasta la década de los 70, cuando los carbohidratos refinados y las bebidas azucaradas se incorporaron a la dieta de los africanos. Hoy en día, los restaurantes de comida rápida se han convertido en un capricho y la caries dental ha ido aumentando. Pese a que los países africanos comenzaron tarde y tuvieron la oportunidad de aprender de los errores de los países más avanzados, pudiendo diseñar programas y servicios adaptados a las necesidades de su población, esta ventaja se ha desaprovechado. El acceso a los servicios de salud oral es muy pobre. En muchos países africanos, los seguros de salud rara vez cubren los tratamientos dentales y la facturación por servicio es todavía el sistema más utilizado para pagar los tratamientos dentales.

ODH: *¿Cuáles son los objetivos de la Odontología en Nigeria?*

Dr.O: El objetivo de la Odontología en Nigeria es mejorar el nivel de salud oral de los nigerianos mediante el desarrollo y la promoción de un sistema de salud oral que sea accesible, eficaz, eficiente y sostenible, basado en prevención, diagnóstico precoz de caries y utilizando las técnicas basadas en la evidencia más avanzada. Para alcanzar este objetivo se necesita, entre otros, el desarrollo de recursos humanos en salud oral apropiados y adecuados, y el despliegue de tecnología asequible y moderna ●

Dr.O: Academic brilliance is not enough to attain success in public health. Excellent writing skills, effective human relations, and passion for community work are essential qualities for those aspiring to be involved in the field.

ODH: *What mechanisms should be put in place to improve health conditions in general and dental care particularly in those countries?*

Dr.O: Coordination is usually lacking between the different stakeholders in the health field. In some situations, the relationship is such that the professional subgroups work in silos and do not have any meeting point where progress can be discussed. There should be unity of purpose within the health professions. We must also realize that health cannot be achieved only by those in the health sector. It requires the contributions of all. The dental profession must be ready to integrate services within the broader sphere of general health.

ODH: *Do you feel development projects in Social Dentistry are supported by the local authorities of the countries of the Third World when they are launched?*

Dr.A: Dentistry in the third world has not been given the recognition that it deserves. Oral health projects are not often supported and this makes sustainability very difficult. In Nigeria, there are three levels of government; Federal, State and Local. Oral health is not yet incorporated into the Local Government scheme of service. This is despite the fact that the new Oral Health Policy specifies that each of the 774 local governments in the country must have at least one center where oral health services will be provided. In some parts of Nigeria, patients still have to travel over 300 kilometers to see a dentist. The situation is worse in many other African countries.

ODH: *What advice can you give to those who now begin graduate studies in dentistry for their future professional practice?*

Dr.O: Dentists worldwide enjoy tremendous prestige and respect. Those coming into the profession must always remember that the enormous rights of the dentist come with great responsibility and that they cannot afford to disappoint the profession, the nation and the global community which holds our profession in the highest esteem.

ODH: *You have extended experience in many countries and scientific groups, is there a significant countries difference?*

Dr.O: Yes, there are significant country and continental differences in both the education of dentists and the delivery of oral health care. In the UK and other former British colonies (such as Nigeria), dental education is 5 to 6 years after high school whereas a first degree is required before admission to dental school in the United States. In Africa, the pattern of education is largely influenced by the colonial attachment of the country. The English speaking countries adopt the British pattern while the French-speaking countries look up to France in fashioning their dental curricula. The organization and funding of dentistry in Europe, for example, is very different from that of the United States.

ODH: *What is the oral health status and access to oral health care for African people?*

Dr.O: Dental caries and periodontal diseases are the major diseases in Africa. It is interesting that both are completely preventable. Dental caries was not a major problem in Africa until the 1970's when refined carbohydrate foods and sugary drinks crept into the diet of Africans. Today fast-foods have become the fad and dental caries has been on the increase. Although African countries started late and had the opportunity of learning from the mistakes of advanced countries and designing programs and services that are tailor made for their population, this advantage was never utilized. Access to oral health care is very poor. In most African countries, health insurance rarely cover dental services and fee-for-service is still the major mode of paying for dental care.

ODH: *What are the goals in dentistry in Nigeria?*

Dr.O: The goal of dentistry in Nigeria is to improve the level of oral health of Nigerians through the development and promotion of accessible, effective, efficient and sustainable oral health system based on prevention, early detection and prompt treatment of oral diseases, using the most current evidence based interventions. The attainment of this goal requires among others, the development of appropriate and adequate human resources for oral health, and the deployment of affordable modern technology ●

El tabaco y los dentistas

En los últimos años, el tabaquismo está siendo un tema importante, motivo de muchos debates, y preocupación cada vez mayor en la sociedad y hasta en las agendas de los políticos. Entre la población está aumentando la percepción del riesgo que se asocia a su consumo y a estar presente en los espacios donde se fuma (lo que se entiende como tabaquismo pasivo). Los dentistas, como profesión sanitaria que somos, hemos participado e influido en las medidas que se están tomando para protegernos y proteger a todos los ciudadanos de los riesgos que se le asocian · **FRANCISCO RODRÍGUEZ LOZANO** (MÉDICO ESTOMATÓLOGO, PRESIDENTE DEL CNPT)

FRANCISCO RODRÍGUEZ LOZANO

Hay que señalar que en España, en los últimos meses del 2005 y del 2010, los debates previos a la aprobación de las leyes conocidas como " del tabaco" se extendieron mucho mas allá del Parlamento de la nación, de manera que en los medios de comunicación y en las tertulias era normal escuchar opiniones para todos los gustos y, sobre todo, debate, mucho debate.

Algunos tuvimos la ocasión de participar en esos debates parlamentarios y en los de los medios de comunicación, pero para mí lo más importante fue constatar cómo los profesionales de la salud fuimos capaces de aportar en ese momento y a esas discusiones todo nuestro conocimiento, de manera que la sociedad pudiese ver más claramente los verdaderos riesgos de un producto, que mata a la mitad de los que lo consumen. Teníamos un oponente siniestro. La industria tabaquera, que veía peligrar unos ingresos muy importantes, intentó que el resultado fuese otro, pero la sociedad entendió y vio claramente cuales eran los intereses de unos y de otros, y nuestro Parlamento, en las dos ocasiones, recogió el sentir mayoritario de la población. Margaret Chan, presidenta de la OMS decía hace poco que existe un conflicto irreconciliable entre los intereses económicos de la industria tabaquera y los de la salud pública. Tuvimos que soportar previsiones catastrofistas en el 2010 para todo el sector hostelero si se aprobaba la ley. Así, reaccionó el lobby tabaquero ante el intento de conseguir que se reparase la injusticia histórica con los trabajadores de la hostelería, el único lugar en el que se podía fumar en sus centros de trabajo y que condenaba a su personal a soportar los efectos indiscutiblemente nocivos del tabaco que fumaban los clientes. Se pronosticaron unas enormes pérdidas económicas y de puestos de trabajo que, pasado el tiempo, no se han producido mas allá de lo que ha ocurrido en los demás sectores, y como consecuencia de la desgraciada crisis económica que estamos padeciendo. También se pronosticaron conflictos entre fumadores y no fumadores, pero la realidad y el tiempo, nos han demostrado que el fumador es razonable, que comprende las cosas, que cumple la ley e incluso que, como en muchísimos casos quiere dejar de fumar, ve en las nuevas restricciones, una oportunidad y una excusa para intentar dejar una adicción, que sabe que no le conviene en absoluto, y que en el mejor de los casos además de costarle dinero, le va a restar calidad de vida en el futuro.

Pero,¿por qué titulo este artículo ***"El tabaco y los dentistas"***? Pues porque los dentistas han tenido mucho que ver en todo lo que ha pasado, y es justo que se nos reconozca.

En España, a diferencia de otros países de nuestro entorno, los sanitarios hemos sido capaces de olvidar diferencias y actuar unidos en esta lucha contra el tabaco. La OMS nos ha pedido en muchas ocasiones que todos los profesionales sanitarios vayamos juntos en la lucha contra el tabaquismo. En el año 1995, se fundó en España el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, articulado primero en torno a algunas sociedades científicas y, sobre todo, algunas personas, que preocupadas por los riesgos del tabaco, quisieron hacer algo en la dirección que se nos pedía desde la OMS. Muy pronto fue creciendo el número de sus sociedades miembro y empezó a considerársele como la referencia científica en cuanto a control de tabaquismo en nuestro país. Éramos la voz de los profesionales sanitarios y como tal se reclamaba nuestra opinión y consejo. En el año 2003 la OMS concedió al CNPT el premio a la mejor labor de prevención del tabaquismo en Europa, y en el 2005 el Gobierno le concedió la medalla de la Orden Civil de Sanidad.

Nuestro Consejo General de Dentistas participó desde el principio en el CNPT, firmando su acta de constitución en septiembre de 1.995. El tabaco siempre ha tenido mucho que ver con la patología oral y con los resultados de nuestros tratamientos, pero también ha influido mucho en nosotros, los dentistas, y en nuestra actitud personal frente al mismo. Yo, que ya llevo casi 30 años en la profesión, podría relatar aquí lo que cualquier compañero de mis años: que cuando empecé a trabajar, en el año 85, muchos compañeros fumaban y que ahora son muy pocos los que lo hacen. Esto es algo que ha ocurrido también en otras profesiones sanitarias y distintas especialidades médicas, pero en mayor medida en las que el tabaco influye especialmente en su campo de actuación, como lo es en nuestro caso.

> *"El tabaco se ha convertido en un controvertido tema en los últimos años, objeto de múltiples debates, médicos y sociales"*

Hace no mucho, los médicos fumaban más que la media de la población. Hoy en día, mucho menos, pero neumólogos, cardiólogos o dentistas, muchísimo menos. Y si en los médicos hay especialidades, como por ejemplo la psiquiatría, que estropean la media, los dentistas como profesión, al menos en un estudio llevado a cabo en la Comunidad de Madrid, somos la profesión sanitaria que menos fuma. Y es que si antes comentaba que ha habido una mayor percepción del riesgo en los últimos años en la población, entre nosotros ha sido todavía mucho más evidente. Por no hablar del cáncer oral, hemos constatado los fracasos en los tratamientos periodontales, en la integración de los implantes, las complicaciones en extracciones y cirugías, etc., etc. Y nos hemos aplicado el cuento.

Pues bien, como decía antes, nuestro Consejo General siempre ha tenido una participación importante en las actividades del CNPT. Recientemente, durante los debates de las últimas leyes del 2.005 y 2.010, con acciones concretas y presencia en ruedas de prensa y mediante peticiones directas a nuestros políticos. Ahora mismo, apoyando la modificación de la Directiva de Productos del Tabaco en el Parlamento Europeo, y posicionándose claramente en asuntos como el posible retroceso para la salud que supondría permitir fumar en Eurovegas. El CNPT ha mantenido su unidad como representante de todos los sanitarios españoles, y los dentistas lo han apoyado una vez más.

De cara al futuro, es gratificante saber que dos sociedades importantes de dentistas, como son la SEPA y la SECIB, han solicitado ya oficialmente su incorporación al CNPT igual que, por ejemplo, además de la OMC (Organización Médica Colegial), son ya miembros del CNPT muchas sociedades científicas, como la Sociedad Española de Cardiología o la de Medicina Interna, por poner dos ejemplos.

Me siento orgulloso de haber sido el representante entre los años 2004 y 2010 de nuestro Consejo General

EN EL PASADO DÍA MUNDIAL SIN TABACO, LA COMISIÓN EUROPEA PRESENTÓ SU PROGAMA DE DESHABITUACIÓN.

en el CNPT, de haber sido elegido vocal de la Junta Directiva cuando todavía lo representaba, y de haber sido vicepresidente y ahora mismo presidente, porque aunque sea el representante de otra sociedad, la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo, soy y seguiré siendo dentista y os puedo asegurar que tanto dentro de la Junta Directiva, como entre todas sus sociedades miembros, siempre se ha valorado mucho el apoyo de nuestra profesión. También es un orgullo para mí formar parte desde hace unos años de la junta directiva del ENSP (European Net for Smoking Prevention), red muy activa en Bruselas en relación con las modificaciones legislativas del Parlamento Europeo y en la que, por primera vez en su historia, tienen a un dentista en su Board. Desde aquí quiero aprovechar el marco que se me ofrece para animaros a interesaros a nivel personal por las actividades que llevamos a cabo en el CNPT y el ENSP, y a apoyarlas.

Creo que es muy bueno el que participemos como profesión en todos estos ámbitos y me felicito de las campañas que se llevan a cabo desde el Consejo General, que han sido ejemplo en otros países europeos como Italia y Portugal, y las de algunos Colegios, como el de Madrid, que está colaborando en este momento directamente en las actividades de cesación tabáquica de la Comisión Europea, siendo la primera asociación dental europea en hacerlo en su programa.

Sin embargo, a pesar del apoyo institucional como profesión, es importantísimo que cada uno de nosotros, como profesionales de la salud que somos, tengamos una implicación y una participación cada vez mayor en la sociedad en estos asuntos y debates, de modo que nuestra opinión sea clara y pueda ser tenida en cuenta. Es lo que el resto de ciudadanos espera de nosotros, y el ser activos dará cada vez mas visibilidad y credibilidad a nuestra profesión, algo cada vez más necesario ●

www.libreriaserviciomedico.com BIBLIOTECA DE ODONTOLOGÍA . . .

Craniofacial Anomalies: Surgical - Orthodontic Management
Autor: Meazzini

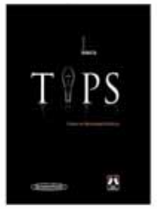
Reconstrucción estética de tejidos
Autor: J.C. Joly / P. Mesquita

Láser en odontología
Autor: M. Maggioni

Ortodoncia. Principios y técnicas actuales 5ª Ed
Autor: Graber

Midface and neck aesthetic plastic surgery
Autor: G. Botti

Odontogeriatría y gerodontología
Autor: Rosa Hernández


Tips: Claves en odontología estética
Autor: R. Hirata

Fascinación por la cerámica
Autor: Oliver Brix

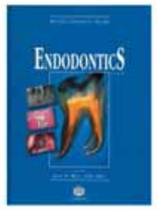
Oclusión funcional: Diseño de la sonrisa a partir de la ATM
Autor: P.Dawson

Guía para no perderse en el dentista
Autor: T.Solarana

OFERTA:
Periodontología clínica+Anatomía Implantológica
Autor: Lindhe/Donado

Past<<Future Envision 77 Hearts Beats
Autor: Naoki Hayashi

Endodoncia. Técnica y fundamentos
Autor: Soares/Goldberg


Endodontics (Vol.I, II & III)
Autor: A. Castellucci

Principles of hard tissue regeneration and implant therapy
Autor: Silverstein

Aesthetic restorative dentistry. Principles and practice
Autor: D.Tarnow

Fundamentos de odontología: Odontopediatría
Autor: Guedes

OFERTA:
Implantología Cont.+Anatomía Implantológica
Autor: Misch/Donado

Atlas de cirugía periodontal cosmética y reconstructiva
Autor: E. Cohen

Invisible. Restauraciones estéticas cerámicas
Autor: Kina / Bruguera

www.libreriaserviciomedico.com

MÁS INFORMACIÓN:
Libreria Servicio Médico C/Juan de Garay nº18 Bj Izq. - 46017 Valencia
Telf. 963 5730 26 - 619 442 508 - Email: info@libreriaserviciomedico.com

Vacunas para el personal de Clínicas Dentales

DR. D. FRANCISCO CARDONA TORTAJADA
MÉDICO ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA.
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA.
JEFE DE SECCIÓN DE SALUD BUCODENTAL,
SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA.

VACUNAS ESPECIALMENTE RECOMENDADAS
Hepatitis B
Gripe
Triple vírica
Tétanos-Difteria. Tipo adulto (Td)
Varicela-Zóster

TABLA 1. VACUNAS ESPECIALMENTE RECOMENDADAS (CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE DENTISTAS DE ESPAÑA)[6].

VACUNA	PERIODICIDAD
Gripe	Anual
Hepatitis B	Única (controles periódicos, por si hubiera que revacunar, y uso de Inmunoglobulina anti-hepatitis B si contaminación)

TABLA 2. VACUNAS QUE DEBERÍAN SER OBLIGATORIAS PARA LOS DENTISTAS Y EL PERSONAL DE LAS CLÍNICAS DENTALES

La vacuna fue descubierta por el médico inglés Edward Jenner en 1796 cuando observó que las personas que ordeñaban las vacas adquirían una viruela vacuna pero cuando se recuperaban ya no adquirían la viruela humana; posteriormente Pasteur en 1881 realizó el famoso experimento en Pouilly-le-Fort, que demostró la eficacia de la vacuna contra el ántrax de los animales y comunicó sus resultados con el nombre de vacuna en memoria de Jenner, que había trabajado con vacas; desde entonces se ha depurado y desarrollado la efectividad de las vacunas, demostrándose ampliamente su efectividad frente a múltiples enfermedades infecto-contagiosas. Hoy día, las vacunas están compuestas de microorganismos vivos (atenuados o debilitados) o inactivados, fragmentos de patógenos, o se crean sintéticamente.

Así, con el dicho de "más vale prevenir que curar" se estableció el acuerdo de que a los niños había que vacunarlos de diferentes enfermedades antes de que pudieran llegar a contraer la enfermedad, llegándose a concretar un Calendario Vacunal obligatorio para los niños, que recientemente se ha consensuado a nivel nacional entre todas las Comunidades Autónomas (acordado en el Pleno del Consejo Interterritorial el 21 de marzo de 2013) .

Los dentistas, y el personal de sus clínicas, habitualmente trabajan con los pacientes en espacios cerrados, donde se generan aerosoles por las turbinas, contraángulos, aparatos de ultrasonidos, etc.; y donde se usan instrumentos afilados y punzantes, por lo que los patógenos de transmisión sanguínea son peligrosos. Aunque existe la posibilidad de que el dentista infecte a sus pacientes, los dentistas están en mayor riesgo de contagiarse de los pacientes que éstos de los dentistas. El mantenimiento de la adecuada inmunidad es una parte importante de la prevención de las enfermedades y control de la infecciones en las clínicas dentales[3].

Los dentistas tienen un riesgo importante de contagiarse por hepatitis B, gripe, sarampión, paperas, rubéola y varicela; todas ellas son prevenibles por medio de vacunas[3]. Esto coincide con un documento publicado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Dentistas de España en 2009, en el que se recomiendan especialmente una serie de vacunas (tabla 1).

Pero a nivel profesional los requerimientos son otros, los profesionales ya están vacunados de las enfermedades como la polio, la difteria, etc. De hecho, el sarampión, las paperas, la rubéola y la varicela forman parte del calendario común de vacunación infantil, con una inmunidad casi permanente (≥15 años tras dos dosis). Su problema son las enfermedades serotransmisibles y las enfermedades transmisibles por vía aérea, con un elevado índice de prevalencia. Por lo que llegamos a la conclusión de que el dentista, y el personal de su consulta, tiene un especial riesgo de adquirir la hepatitis B y la gripe.

La hepatitis B continúa siendo un problema de salud pública, con más de un tercio de la población mundial infectada. La prevalencia de la hepatitis B es mayor entre los dentistas que entre la población general, especialmente entre aquellos que tienen una práctica quirúrgica. Pero además de la sangre, otros fluidos como la saliva y el fluido del surco gingival contienen virus de la hepatitis B y pueden ser vías de transmisión.

Por todo ello los dentistas deben de vacunarse contra la hepatitis B. La vacuna de la hepatitis B es efectiva durante largo tiempo, 15 años aproximadamente, pero en los grupos de riesgo (como es el caso de los dentistas), cuando se produce un accidente con contaminación por sangre, se debe de utilizar una Gamma globulina anti-hepatitis B de forma inmediata[3].

Por lo tanto, valga la insistencia, los dentistas se deben de vacunar contra la hepatitis B (no es necesario hacer un control analítico previo), con hasta 3 dosis de vacuna y posterior control del efecto; si el resultado es negativo (menor de 10 mIU/mL) se pueden volver a utilizar hasta tres dosis más de vacuna uno o dos meses después de la tercera dosis (de la primera serie de tres dosis), y volver a hacer el test uno o dos meses tras la última dosis. Aunque el resultado del control posterior sea negativo no quiere decir necesariamente que no se está inmunizado.

La gripe, una enfermedad de transmisión aérea, es de alta prevalencia, por tanto, en las consultas dentales es de muy fácil transmisión; y causa miles de muertes cada año[3]. Por lo que los dentistas, y el personal de las consultas, también deben de vacunarse anualmente contra la gripe, mediante una dosis única anual (la vacuna de la gripe es efectiva un término medio de 6 a 12 meses), durante la época que aconsejan las autoridades sanitarias, que puede variar, en función de la evolución de la enfermedad en el Extremo Oriente, y de cuando se va a acercar la epidemia a España.

Así, concluyendo de una forma sencilla, en la tabla 2 se indican las vacunas que deberían ser obligatorias para los dentistas, y para el personal de las consultas. Y como indica el documento del Consejo General de Colegios de Dentistas de España, en caso de que se rechace la vacunación, a lo que se tiene derecho, se debería leer y firmar un documento de no aceptación que se debería de guardar en poder del dentista[6] ●

BIBLIOGRAFÍA

1. Scott P. Edward Jenner and the Discovery of Vaccination. Thomas Cooper Library, University of South Carolina. 1996. Disponible en: http://library.sc.edu/spcoll/nathist/jenner.html [Acceso el 10/09/2013].

2. Louis Pasteur (with the Collaboration of Mr. Chamberland and Mr. Roux). Summary Report of the Experiments Conducted at Pouilly-le-Fort, Near Melun, on the Anthrax Vaccination. Yale Journal of Biology and Medicine 2002; 75: 59-62. Originally published in Comptes Rendus de L'Academie des Science 1881; 92: 1378-1383.

3. Quaranta P. Inmmunizations and oral health care providers. Dent Clin N Am 2003; 47: 641-64.

4. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario Común de Vacunación Infantil. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacionmar2013.pdf [Acceso el 09/09/2013].

5. Mayfield E. Protecting patients and professionals from bloodborne disease. FDA Consum 1993; 27: 9-13.

6. Guía de seguridad microbiológica en Odontología. Disponible en: http://www.consejodentistas.es/pdf/GUIA%20DE%20SEGURIDAD%20MICROBIOLÓGICA%20EN%20ODONTOLOGÍA.pdf [Acceso el 09/09/2013].

7. Hibberd PL. Approach to immunizations in healthy adults. En: UpToDate, Basow DS (Ed). UpToDate, Waltham, MA. 2012.

8. Influenza virus vaccine (inactivated): Drug information. En: UpToDate, Basow DS (Ed). UpToDate, Waltham, MA. 2013.

9. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS - CIMA. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/especialidad.do?metodo=verPresentaciones&codigo=70955 [Acceso el 12/09/2013].

Bernardino Landete

Con un gran prestigio en el campo de la estomatología quirúrgica pasó este gran dentista valenciano a la historia de la odontología de nuestro país. Eminente teórico y clínico, su significación política en sus años de juventud le apartaron de la universidad en el ajuste de cuentas de la posguerra española, pero el reconocimiento del gran colectivo odontológico permanecería inalterable · **JAVIER SANZ SERRULLA**

Bernardino Landete nació en la ciudad de Valencia un 12 de septiembre de 1879. Después de cursar los estudios primarios y secundarios ingresó en la Facultad de Medicina de esta ciudad para licenciarse con solvencia sobrada, con calificación de sobresaliente. Culminó después su carrera académica con la defensa de su tesis doctoral con igual calificación, y también se especializó en Otorrinolaringología.

Landete decidió trasladarse a Madrid y en 1902 se graduaba con el recién creado título de "Odontólogo", en lo que sería después la Escuela de Odontología, y definitivamente decide orientar su especialización hacia el estudio y tratamiento de las enfermedades de la boca. En este centro será profesor de la asignatura de "Prótesis" ganando la cátedra cuando se instituya, pero en realidad acaba explicando la materia de "Odontología", ganando definitivamente la cátedra en esta asignatura en 1931. Igualmente desempeñará durante algún tiempo los puestos de Jefe del Dispensario de Estomatología del Instituto Rubio o el de la consulta municipal de Estomatología del Ayuntamiento de Madrid.

En efecto, la "Estomatología" aparece en la biografía de este gran teórico y práctico de la dentistería como idearium científico y profesional, si bien en más de una ocasión comparte doctrina "odontologista" con el impulsor de la misma en España, don Florestán Aguilar, su valedor en los primeros años y con quien redacta proyectos de enseñanza comunes.

Landete, que como profesor de la Escuela tendrá entre las filas de sus alumnos a su propio padre, el doctor de igual nombre, es un trabajador concienzudo al que le queda tiempo para atender una prestigiosa clientela en su consulta privada de la calle Barquillo (trasladada después a la Gran Vía), dictar conferencias en muy diversos foros científicos y de divulgación sanitaria, participar en congresos, escribir libros de la especialidad (principalmente al alimón con su paisano Pedro Mayoral) o traducirlos desde otro idioma, ser el "alma máter" de la revista "Odontología clínica" e innovar técnicas quirúrgicas, incluso pone el ojo en el microscopio y patenta vacunas contra las enfermedades gingivales, teniendo fuerzas aún para diseñar instrumental odontológico, como el fórceps bautizado como "afiodonto", o su famosa jeringa de rueda para técnicas anestésicas intraligamentosas.

Landete crea escuela

Landete es el clínico de referencia de la odontología española del primer tercio del siglo XX y crea escuela aliándose con el propio Mayoral o con Juan Mañes, y tendrá por discípulos a Pedro Trobo o su propio hijo Felipe, prestigioso cirujano oral de la generación posterior. Su prestigio es indiscutible y la participación en los foros odontológicos y médicos es obligada.

Sin embargo llegarán tiempos convulsos. Landete, director de la Escuela de Odontología se ha posicionado en el bando republicano y los vencedores de la guerra incivil española le llevarán ante los tribunales, será acusado de pertenecer al Partido Republicano que liderara en Valencia el escritor Blasco Ibáñez cuando el joven médico llegara a la capital. Bernardino Landete Aragó sufre la depuración, como tantos otros profesores universitarios, es separado de la docencia universitaria y cesa su actividad docente de por vida, pues si bien es reintegrado en agosto de 1949, su jubilación

se cumple dos meses más tarde, apenas el curso escolar se inicia. Landete sufre el destierro universitario, pero las consecuencias serán fatales también para la odontología española pues la mejor dentistería profesoral, que se luce en la única Escuela de Odontología del país, queda descabezada.

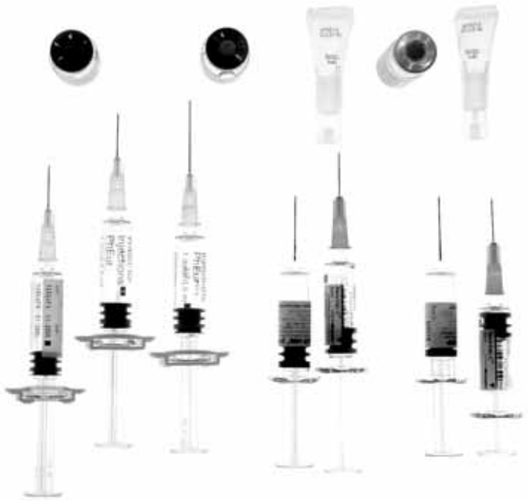
Sin embargo, el prestigio del profesor queda intacto. En el segundo congreso profesional de postguerra, el XV Congreso Nacional de Odontología, celebrado en Barcelona en 1947 será figura invitada por imprescindible, y la profesión, dejando a un lado sus orientaciones ideológicas, reconoce el magisterio del iniciador de la cirugía oral y maxilofacial en España, hasta el punto de que la comisión de "Odontoestomatología" establece en sus conclusiones, por unanimidad, la de "hacer un homenaje nacional al Prof. Bernardino Landete Aragó."

El maduro profesor anda entonces refugiado en la vida familiar y en la actividad estomatológica privada de su flamante clínica, pero deja de dictar su magisterio, apenas se pueden leer de su pluma escritos en las prestigiosas revistas de posguerra y ningún libro con su firma irá a parar a los anaqueles de la escueta biblioteca dental de sus colegas españoles. Como autor fecundo, la trayectoria de Landete está amortizada a raíz de su expulsión universitaria. Atrás quedan títulos como Introducción al estudio de la Odontología o Las hemorragias alarmantes de la boca, escritos al alimón con Pedro Mayoral, como también decenas de artículos en revistas prestigiosas y otras tantas comunicaciones legibles en las actas de los previos congresos dentales correspondientes.

Corre el año de 1968, en el frío mes de febrero, cuando Bernardino Landete fallece en la madrileña Clínica de Nuestra Señora del Rosario en brazos de su hija María Luisa. Muere el viejo profesor en el mismo sanatorio donde operara durante tantas jornadas. Contaba 88 años. La Escuela de Estomatología había decidido rotular con su nombre una de sus dos aulas magnas en ley de agradecimiento y reconocimiento. La otra, naturalmente, llevaría el nombre de aquel con quien iniciara su trayectoria, el doctor Florestán Aguilar ●

Reflexión sobre el futuro de las vacunas frente a la caries dental

ANGEL GIL DE MIGUEL
CATEDRÁTICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA.
UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS



Parece obvio decir que la caries es un problema de salud pública en el mundo entero, e incluso que es la enfermedad infecciosa más frecuente en el mundo actual, sobre todo cuando tenemos datos de la OMS que estiman en más de 5 mil millones de personas tienen caries dental a lo largo de su vida, es decir, casi el 70% de la población mundial.

La caries dental sigue siendo una de las enfermedades infecciosas más generalizadas de la humanidad, a pesar de la disponibilidad de medidas preventivas, como los suplementos de fluor, la atención dental, los selladores y el conocimiento de la etiología bacteriana de la enfermedad. De hecho, hay estudios epidemiológicos, realizados en gran cantidad de países como EE.UU. que, han puesto de manifiesto que después de muchos años de descenso de las tasas de caries, sin embargo, en los últimos años, se ha producido un aumento debido entre otras cosas a el descenso en los recursos económicos de la población, la bajada en la asistencia sanitaria odontológica, etc... lo que hace o convierte a la caries en una enfermedad que, lejos de estar controlada, mantiene su nivel de preocupación por la alta carga de enfermedad que supone.

Pero, afortunadamente, hoy en día tenemos más información sobre la caries, conocemos más sobre sus factores de riesgo. Sabemos qué factores conducen o marcan mayor predisposición para acumular más flora cariogénica, muchos de ellos factores relacionados con nuestros estilos de vida, sobre todo de tipo nutricional, tales como el consumo de azúcar refinada, entre otros.

Estos problemas aumentan y se magnifican cuando vemos lo que sucede en los países en desarrollo, ya que el porcentaje de la población que no tiene acceso a estos servicios es mucho mayor y, por lo tanto, la carga de enfermedad por caries aumenta de forma considerable.

Por otro lado, analizando las enfermedades infecciosas vemos que muchas de ellas han visto reducida su carga de enfermedad gracias a la aparición de las vacunas, es el ejemplo de la viruela, la poliomielitis o el sarampión, entre otras enfermedades, que ya no llamamos infecciosas, sino inmunoprevenibles. Hemos bloqueado la cadena de transmisión y hemos reducido de forma considerable el número de sujetos sanos susceptibles de padecer estas enfermedades, todo ello a través de la inmunización primaria o activa. De esta manera, los programas de vacunación se han convertido en la medida más eficiente en el ámbito sanitario, reduciendo la carga de enfermedad a un coste perfectamente asumible por la mayoría de los países. ¿Será esto factible frente a la caries?

Para dar respuesta a esta pregunta tenemos que pensar si pueden ser o no transferibles, estas experiencias, al terreno de la caries dental, ése es el reto.

Las estrategias de inmunización activa y pasiva que se han ensayado para buscar una vacuna que permita prevenir la caries dental, no siempre han tenido el éxito esperado. Los motivos pueden ser varios, pero sobre todo se debe a la gran variedad de microorganismos que se asocian con las diversas formas de la caries dental, ya que no sólo hablamos del *Streptococcus mutans*, sino de cientos de patógenos posibles. Han sido muchos los enfoques inmunológicos planteados, sobre todo por el comportamiento tan específico de la caries en la población infantil. Estos estreptococos al disponer de una pared celular y de mecanismos que les permiten su fijación y acumulación en la cavidad oral, les hacen especialmente agresivos a largo plazo, de tal forma que, aunque a corto plazo no parece pasar nada, sin embargo, a largo plazo, podríamos considerar a la caries como una enfermedad crónica con múltiples complicaciones. Es más, muchos de los hallazgos encontrados en la experimentación animal han tenido éxito, pero su efecto ha sido muy limitado en el tiempo, lo que supone una limitación muy importante de cara a una posible aplicación futura en el ser humano.

No obstante, el *S. mutans,* aunque es el candidato más frecuente de esta enfermedad, se acompaña de otros muchos agentes infecciosos que hacen que el problema aumente de forma considerable, cabe destacar el *Streptococcus sobrinus*, entre otros. El *Estreptococcus mutans,* como decíamos, tiene una estructura con múltiples componentes que participan activamente en la adhesión, la formación de glucano o de unión, o síntesis de la pared celular, que sólo o en combinación, actúan sobre la caries, pero también se ha puesto de manifiesto que algunos de estos componentes, también sólo o en combinación han demostrado que inhiben la formación de caries dental, al menos de forma experimental en ratas o ratones. La protección se observó con las proteínas intactas, péptidos recombinantes o sintéticos derivados, y vacunas de ADN que codifican uno o más de estos antígenos o sus fragmentos. También se ha puesto de manifiesto en las vías mucosas, es decir, a través de la administración por la vía oral, de tal forma que se esperaría que pudiese producir un estímulo para aumentar los niveles de anticuerpos salivales.

> *“Las perspectivas para encontrar vacunas contra la caries dental, pasan por la aplicación de nuevas tecnologías”*

Pues bien, llegados a este punto, el siguiente paso sería conocer muy bien esos componentes antigénicos del *S. mutans,* y ver en qué medida tiene ese papel inductor de la inmunidad necesaria para la prevención de la caries. En este sentido, podemos decir que la experimentación animal ha puesto de manifiesto que realmente ésto es factible, pero que para que sea realmente eficaz tenemos que tener en cuenta otros muchos factores que pueden modular o modificar esa eficacia, como son la alteración de la flora por el uso de antibióticos orales, el consumo elevado de sacarosa en la dieta, la exposición a grandes dosis infecciosas etc. Todos estos factores deben tenerse en cuenta al evaluar la aplicabilidad de estas potenciales vacunas en los seres humanos.

Hay ensayos muy prometedores, en animales de experimentación, con enfoques inmunológicos pasivos que han demostrado cómo los suplementos dietéticos de IgG policlonal o anticuerpo IgY a glucosyltransferasa, proteínas glucano vinculantes, o reactivos monoclonales, o transgénicos, que tienen especificidad para algunos antígenos de *S. mutans,* sobre todos los de la superficie celular. Todo ello ha llevado a que se inicien ensayos clínicos en humanos a pequeña escala, en los que los anticuerpos transgénicos de IgA / G, administrados con una aplicación bucal directa en adultos durante varias semanas, han tenido un éxito relativo en la prevención de *Estreptococcus mutans,* consiguiendo una recolonización de las superficies dentales después del tratamiento chlorhedixina. Pero eso sí, ha dejado muchas cuestiones sin resolver, por lo que no hay resultados concluyentes. El uso de anticuerpos administrado pasivamente durante el período de la colonización inicial con estreptococos cariogénicos, ya sea sólo o en combinados, con los enfoques de inmunidad adaptativa, puede ser un uso más eficaz que merece tener en cuenta para futuras estrategias vacunales. Otros posibles métodos que podrían basarse en el empleo de anticuerpos no-host generados, deben ser identificados para su uso específico en los seres humanos.

Resultados y conclusiones

A pesar de la cantidad de evidencia experimental de la eficacia de las vacunas contra la caries dental, no existe todavía ningún dato concluyente de su uso en el ser humano. Esto se debe a muchos factores, pero en parte, muy posiblemente, sea debido a una falta de voluntad de las entidades comerciales para financiar la inversión necesaria para el desarrollo de vacunas. Por otra parte, a las múltiples dificultades a la hora de encontrar los antígenos adecuados que puedan ser buenos candidatos para las futuras vacunas y cómo no, a la posible interacción de la respuesta inmunológica, sobre todo en la población infantil, donde ya tenemos un calendario de vacunación bastante completo, lo que hace que las autoridades sanitarias de salud pública y de las del ámbito pediátrico se muestren reacias a añadir una vacuna para una enfermedad que normalmente, no amenaza la vida. Este razonamiento es algo simplista, y se podría rebatir aludiendo a la carga de enfermedad real que supone la enfermedad dental. Tanto en EE.UU., como en países de su entorno, se han realizado encuestas poblacionales que indican lo contrario, y que si tuviésemos una vacuna frente a la caries que fuese eficaz seguro que sería coste-efectiva. Ahora bien, para que se cumpla esto es necesario que estas potenciales vacunas cumplan además criterios de seguridad, una eficacia duradera que requiriesen un número de dosis razonable y que, por lo tanto, no requiere un número excesivo de dosis de recuerdo.

Pues bien, existe cierta preocupación y desconocimiento en el momento actual, ya que no sabemos si la respuesta inmunitaria que se induce en la mucosa oral será o no lo suficientemente potente, o tendrá una duración suficiente para bloquear la colonización de estreptococos cariogénicos de forma duradera. Hasta ahora, las vacunas utilizadas por vía oral, como la de polio oral (Sabin contra la polio-virus) y la nasal, frente a el virus de la gripe (FluMist ®, MedImmune, Inc., MD, EE.UU.), han sido muy eficaces y han tenido bastante éxito. Tambien es muy importante incluir en los estudios la necesidad de encontrar un adjuvante adecuado que permita reducir la dosis de antígenos y aumentemos así la eficacia y la seguridad de las potenciales vacunas, sobre todo teniendo en cuenta que la puerta de entradas de éstas será la vía oral. En este sentido, hay datos recientes que también sugieren que los anticuerpos IgA en saliva tienen epítopos que están presentes en la flora, y que se comparten con *Estreptococcus mutans* lo que podría impedir la colonización posterior por mutans cariogénicos. Esto no sólo sugiere que las vacunas contra la caries dental pueden, de hecho, ser eficaces en los niños pequeños, sino que también identifica una vía potencial para la búsqueda activa de futuras vacunas.

Finalmente, podemos decir que las perspectivas para encontrar vacunas contra la caries dental pasan también por la aplicación de nuevas tecnologías, que permitan identificar las estrategias para aumentar la respuesta inmunológica, y se puedan alcanzar los niveles de protección adecuados que proporcionen una eficacia real razonable, es decir, una buena efectividad, lo que llevaría consigo que estas medidas serían eficientes y, por lo tanto, reducirían la carga de enfermedad por estreptococos cariogénicos a un coste asumible ●

El consentimiento informado en odontología (II): Su forma y contenido

[ABOGADO, SOCIO RESPONSABLE DPTO. JURÍDICO DE IVB ABOGADOS Y ECONOMISTAS SL]

EN TRIBUNA: JAVIER RELINQUE

En el anterior artículo recordábamos la definición del consentimiento informado y su obligatoriedad, subrayando la necesidad de su suscripción. Pues bien, en estas líneas abordaremos de forma más específica, la forma y el contenido de dicho consentimiento informado.

En cuanto a la forma, la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece expresamente en su artículo 8.2 que *"el consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente"*. De la propia lectura del precepto, se puede concluir que las excepciones establecidas por el legislador a través del *"sin embargo"* convierten la excepción en regla general y viceversa.

Por esta razón, en todos los supuestos anteriormente referidos, la Ley exige, vía apartado tercero del artículo 8, que el paciente tenga información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos –cuestión que desarrollaremos más adelante-. Esta disposición nos lleva a distinguir dos elementos fundamentales en el ámbito del consentimiento informado: en primer lugar, la INFORMACION suministrada al paciente, donde se debe tener absolutamente claro qué se entiende por "información suficiente y adecuada"; y en segundo lugar, la prestación del CONSENTIMIENTO INFORMADO del paciente a la actuación sanitaria referida.

1. El primero de los elementos, la información, es previo al consentimiento informado, y no obstante se encuentra estrechamente relacionado con éste; de hecho, no se puede pedir el consentimiento informado sin haber existido previamente una información, de ahí su obligada mención en el presente artículo. Hemos de referirnos pues al denominado ***derecho de información asistencial***, tan presente en la *lex artis ad hoc* y recogido en el art. 4 de la Ley 41/2002. Efectivamente, dicho concepto es definido por el legislador como el derecho del paciente *"a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley"*. Derecho de información asistencial que presenta a su vez una doble cara, pues asimismo, el paciente tiene derecho *"a que se respete su voluntad de no ser informado"*. En dicho caso, debe reflejarse en la historia clínica esa circunstancia, junto con la firma de un testigo.

Este derecho de información previo a la actuación médica y a su vez, antesala del consentimiento informado, se proporciona por regla general, de forma verbal, no obstante, al ser un derecho del paciente, y en consecuencia un deber del facultativo, debe hacerse constar en la historia clínica *(teniendo dicha constancia escrita valor ad probationem)*, aunque sea mediante una simple anotación, recomendándose en todo caso, que se indique no sólo el acto de informar, sino también el tipo de información suministrada, esto es, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. Así lo ha confirmado nuestro Tribunal Supremo, por ejemplo, en Sentencia de 29 de julio de 2008. Es más, en caso de que no sea posible dar información en un momento determinado, sí debe hacerse constar en la historia clínica las circunstancias por las que no ha sido posible facilitar dicha información, sin perjuicio de que pueda ser facilitada en un momento posterior.

La jurisprudencia viene considerando como información suficiente, aquella que comprenda *"el diagnóstico de la enfermedad o lesión que se padece, el pronóstico que de su tratamiento puede esperarse y los riesgos del mismo"*. Asimismo, y en lo que se refiere a la medicina voluntaria o satisfactiva: *"la exigencia de información relevante personalizada (art 10 de la General de Sanidad y Código de Deontología Médica de 1990) alcanza una mayor relevancia, debiendo ser clara, exhaustiva para que el paciente (o cliente) pueda contar con datos claros*

ABIERTO PLAZO DE INSCRIPCIÓN
2013-2014
¡NO TE QUEDES SIN PLAZA!

MÁS DEL 80% DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE PACIENTES

MÁSTERES UNIVERSITARIOS
- Máster Universitario en Investigación en Odontología y Ciencias de la Salud
- Máster Universitario en Odontología Restauradora Estética

MÁSTERES PROPIOS
- Máster Internacional en Cirugía Oral
- Máster en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial
- Máster en Odontopediatría Integral
- Máster en Periodoncia
- Máster en Endodoncia

MÁSTERES ONLINE
- Máster en Estética Dental Online
- Máster en Endodoncia Online
- Máster en Odontopediatría Integral Online

RESIDENCIAS CLÍNICAS
- Residencia Clínica en Prótesis Bucal
- Residencia Clínica en Periodoncia
- Residencia Clínica en Implantología Oral
- Residencia Clínica en Técnicas Quirúrgicas Aplicadas a la Cavidad Oral
- Residencia Clínica en Dolor y Disfunción Craneomandibular
- Residencia Clínica en Medicina y Patología Oral
- Residencia Clínica en Odontopediatría Integral
- Residencia Clínica en Gerodontología y Pacientes Especiales

DIPLOMAS DE POSTGRADO
- Diploma de Postgrado en Cirugía Ortognática y Ortodoncia Quirúrgica
- Diploma de Postgrado en Salud Pública Oral y Atención Primaria

uic Universitat Internacional de Catalunya

y precisos para poder decidir si se somete o no a la intervención que el facultativo le propone". STS Sala 1ª, de 27 de abril de 2.001 y más recientemente, la STS 29 de julio de 2008.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo subraya la importancia del derecho a la información asistencial en numerosas sentencias, considerándose jurisprudencia consolidada el hecho de que *"la falta o insuficiencia de la información debida al paciente constituye en sí misma o por sí sola una infracción de la "lex artis ad hoc", que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias entre las diversas opciones vitales que se le presentan"* STS Sala 3ª 3 de enero 2012.

No obstante lo anterior, este derecho de información asistencial queda limitado por el propio legislador en el siguiente supuesto (art. 5.4 de la referida Ley): *"(...) la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho"*.

2. Analizado el primer elemento, abordemos el estudio del segundo de ellos, objeto concreto de nuestro artículo, ***la prestación del consentimiento informado ante cualquier intervención***. En relación a esta cuestión y antes de centrarnos en el contenido del consentimiento informado, cabe preguntarse dónde y cuándo debe proporcionarse la información al paciente. En este sentido, los expertos recomiendan que el facultativo *deberá considerar el lugar más oportuno para facilitar la información: la consulta, un despacho, la habitación del paciente, etc., según el momento o fase del procedimiento,* preservando en todo momento la intimidad del paciente y la confidencialidad de la información. Respecto al cuándo, entienden los expertos que se debe suministrar siempre que el paciente le demande información, y siempre que el médico tenga información para proporcionarle, esto es, posibles cambios o variaciones sobre la información inicial o de evolución, y, especialmente, siempre que el paciente deba decidir sobre éstas.

En lo que respecta al dónde y al cuándo para el consentimiento informado, entiendo que se debe seguir la misma línea, es decir, que salvo en casos de urgencia, el consentimiento informado debe recabarse con suficiente anterioridad a la intervención y en un lugar similar a los anteriormente referidos; y no en quirófano y minutos antes de la intervención, dado que dicho consentimiento puede encontrarse viciado.

> *"El consentimiento informado, salvo en casos de urgencia, debe recabarse con suficiente antelación a la intervención"*

Por otra parte, y centrándonos en el contenido del consentimiento informado, el art. 10 de la Ley 41/2002 establece que el contenido básico del consentimiento informado es el siguiente:

a. las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad;
b. los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente;
c. los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención;
d. las contraindicaciones.

De todas estas cuestiones, la que ha presentado mayor litigiosidad en nuestros tribunales es la relativa a la obligación del facultativo de informar de los riesgos atípicos de la intervención. Inicialmente la doctrina mantenida por el Tribunal Supremo referente a medicina curativa era que *"la obligación de información al paciente, sobre todo cuando se trata de la medicina curativa, tiene ciertos límites y así se considera que quedan fuera de esta obligación los llamados riesgos atípicos por imprevisibles o infrecuentes, frente a los riesgos típicos, que son aquellos que pueden producirse con más frecuencia y que pueden darse en mayor medida, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia"* . STS Sala 1ª de 28 diciembre 1998.

No obstante, en lo que respecta a la medicina voluntaria o satisfactiva, el Tribunal Supremo Sala 1ª, en Sentencia de fecha 21 de octubre de 2005, aumenta el nivel de información al paciente manteniendo la obligación de advertir a éste *de cualesquiera secuelas, riesgos, complicaciones o resultados adversos que se puedan producir, sean de carácter permanente o temporal, y con independencia de su frecuencia* (incluso aunque la posibilidad de que se produzcan dichos eventos sea remota, poco probable o se produzcan excepcionalmente), *y de que la intervención se desarrolle con plena corrección técnica*. En este caso, la doctrina entiende que conforme a esta jurisprudencia *únicamente quedan excluidos del deber de información* los riesgos desconocidos por la ciencia médica en el momento de la intervención.

En los supuestos de medicina satisfactiva, la interpretación de dicha jurisprudencia nos lleva a concluir que la exigencia de información se incrementa, siendo una de las razones alegadas por la jurisprudencia, la mayor libertad de opción del paciente-cliente a la hora de elegir la intervención, pues en la mayoría de estos casos, ésta resulta innecesaria o no tiene carácter urgente (STS Sala 1ª de 2 julio 2002). Y no olvidemos que el propio TS viene entendiendo la odontología como medicina satisfactiva.

Esta doctrina ha sido recogida por las Audiencias Provinciales, quienes de forma más particular y en lo que respecta al consentimiento informado en intervenciones de medicina facultativa, establecen que: *nuestra jurisprudencia ha venido señalando que la información que debe darse al paciente para obtener válidamente su consentimiento (...) presenta grados distintos de exigencia según se trate de medicina de carácter curativo o de medicina satisfactiva , como se dice en la sentencia del Tribunal Supremo de 29 de julio de 2008, y así si con carácter general en la primera no es necesario informar detalladamente acerca de aquellos riesgos que no tienen carácter típico por no producirse con frecuencia ni ser específicos del tratamiento aplicado, siempre que tengan carácter excepcional y no revistan una gravedad extraordinaria, si lo es en la medicina satisfactiva en la que "la relatividad de la necesidad podría dar lugar en algunos casos a un silenciamiento de los riesgos excepcionales, a fin de evitar una retracción de los pacientes a someterse a la intervención", como se decía en la sentencia de 21 de octubre de 2005 que recoge la de 29 de junio de 2007 (recurso de casación 2094/00) o en la de 4 de octubre de 2006 (recurso de casación 2873/99).* Añade de forma particular que *"el deber de información en la medicina satisfactiva, en la perspectiva de la información dirigida a la obtención de un consentimiento para la intervención, como se dice en la sentencia de 21 de octubre de 2005 (recurso de casación 1039/99), "también denominada en nuestra doctrina "información como requisito previo para la validez del consentimiento", que es la que aquí interesa (...), como información objetiva, veraz, completa y asequible,* ***no sólo comprende las posibilidades de fracaso de la intervención, es decir, el pronóstico sobre las probabilidad del resultado, sino que también se debe advertir de cualesquiera secuelas, riesgos, complicaciones o resultados adversos se puedan producir, sean de carácter permanente o temporal, y con independencia de su frecuencia y de que la intervención se desarrolle con plena corrección técnica.*** *Por lo tanto, debe advertirse de la posibilidad de dichos eventos, aunque sean remotos, poco probables o se produzcan excepcionalmente, y ello tanto más si el evento previsible -no debe confundirse previsible con frecuente (S. 12 enero 2001)- no es la no obtención del resultado sino una complicación severa, o agravación del estado estético... La información de riesgos previsibles es independiente de su probabilidad, o porcentaje de casos, y sólo quedan excluidos los desconocidos por la ciencia médica en el momento de la intervención.* SAP Madrid 3 de julio de 2012 y 11 de marzo de 2013".

En definitiva, el derecho de información asistencial y el consentimiento informado en la medicina satisfactiva es más exigente, por lo que se recomienda un consentimiento personalizado y completo, que indique todos y cada uno de los requisitos del art. 10 de la Ley 41/2002, particularizando, a su vez, en aquellos riesgos que se denominan atípicos y que han sido definidos a lo largo de este artículo ●

EN CASO DE PRECISAR ACLARACIÓN, PUEDEN DIRIGIR SUS CONSULTAS A ESTA DIRECCIÓN: JRR@IVB.ES

Jornadas de puertas abiertas: muestre a sus pacientes qué puede ofrecer

[DOCTOR EN ODONTOLOGÍA CONSULTOR HEXAGONAL TRAINING]

EN TRIBUNA: JAVIER LOZANO ZAFRA

Los cambios en el sector dental en España, agravados por la actual situación de crisis económica y el estancamiento en el consumo han conducido a muchas clínicas dentales a optar por modelos 'low cost' de prestación de servicios odontológicos que, en muchos casos, se ofrecen incluso sin un margen de beneficio para el profesional que los presta.

Considerando esta tendencia un plan de empresa erróneo, en tanto que sólo es aplicable en el caso de grandes corporaciones, que pueden reducir costes de manera importante gracias a su capacidad de negociación, en el presente artículo se plantea un sistema para ayudar a comunicar a nuestros pacientes qué podemos ofrecer en el campo de las mejoras tecnológicas.

Debemos entender, por tanto, el concepto de "Jornada de puertas abiertas", que se plantea en las siguientes líneas como una herramienta para diferenciarnos por la calidad y la innovación que podemos ofrecer a nuestros pacientes presentes y potenciales, haciendo de ésta nuestra principal bandera, y dirigiéndonos a los pacientes que están dispuestos a pagar un precio algo mayor al de otras clínicas, por disfrutar de novedades y atención personalizada.

¿Qué es una "Jornada de Puertas Abiertas"?

Una Jornada de Puertas Abiertas es un evento que deberíamos organizar idealmente en nuestra clínica dental, bien en la sala de espera, o en otra zona habilitada para ello, o en alguna instalación cercana donde podamos alojar un número reducido de personas, bien pacientes actuales o potenciales, para presentarles alguno de los servicios que ofrecemos.

A la hora de plantearnos la coordinación de un evento de este tipo debemos, en primer lugar, escoger el tema, que debemos conocer en profundidad, y que debe diferenciarnos de la competencia, al menos, por acercar la técnica o tecnología que empleemos hasta un nivel fácilmente comprensible por el ciudadano medio.

De este modo, aunque resultan de sumo interés a nivel clínico, es posible que debamos reservar temas como la patología de la articulación temporomandibular, la cirugía ortognática, los injertos de conectivo o las técnicas de instrumentación en endodoncia para otros momentos, puesto que éstos exigen un alto conocimiento de la materia para su comprensión, y suelen ser de uso 'obligado', siendo preferible optar para esta ocasión con temas más "deseables", como los ligados a la estética del individuo.

Así, podemos plantear como alternativas generales algunas de las siguientes, que el profesional deberá valorar en qué medida puede comunicar a sus futuros oyentes, para plantearlas de uno u otro modo:

PEDIATRÍA:	IMPLANTOLOGÍA:
Consejos a padres Nociones básicas de higiene	Qué, cuándo, cómo Soluciones estéticas
ORTODONCIA:	**ESTÉTICA:**
Incognito Invisalign	Carillas cerámicas Blanqueamientos dentales

De forma que podamos plantear temas en los que el paciente tenga un interés considerable, pero que no haya accedido a ellos hasta el momento por la incertidumbre de lo desconocido, por falta de un 'empujón', o por no haberse sentado a hablar con su dentista habitual de las opciones que podrían ser más favorables para su caso.

¿Cómo organizar una jornada de "Puertas abiertas en... ortodoncia lingual"?

Plantear un evento de estas características exigirá, en primer lugar, tener claro a quién irá dirigido, para de ese modo definir todas las estrategias de acercamiento a ese tipo de paciente.

En esta ocasión plantearemos un supuesto práctico de utilización de un sistema de ortodoncia lingual, que enfocaremos a pacientes de entre 20 y 50 años de edad, quienes buscarán máxima estética en un tratamiento de este tipo, y que hasta la fecha no han accedido a él por desconocimiento de la existencia de este tipo de técnicas.

De este modo, siendo un paciente de edad joven, podemos dirigirnos a él de forma cercana, y titularíamos el evento como 'Puertas abiertas en... ortodoncia lingual', dejando el esquema del título para futuros eventos sobre otros temas, una vez que apreciemos las ventajas de comunicarnos con nuestros pacientes de este modo.

A partir de aquí, deberemos definir:

- **Fecha:** no debe estar en medio de ningún puente, siendo, por ejemplo, un buen momento un viernes

por la tarde, alejado de actividades extraescolares o compromisos familiares.

- **Hora:** considerando que nuestro paciente es trabajador, podría estar en torno a las 19 ó las 20, de modo que no interrumpa la hora de la cena en familia, ni encontremos cansado a nuestro público.
- **Duración estimada:** 60 minutos (deberemos informar de ello en la publicidad que hagamos del evento), aunque esto dependerá del planteamiento que desee hacer cada consulta.
- **Dictante:** ¿El dentista que realizará el servicio? ¿Un representante de la casa comercial que nos venda el sistema de ortodoncia lingual? ¿Una persona de la clínica que domine el tema y tenga un gran perfil comercial y de comunicación?
- **Lugar:** podría ser la sala de espera, una sala de juntas en una clínica de mayor tamaño o, si no tenemos un espacio apto para ello, un local cercano a la clínica en un espacio público, un hotel...
- **Formato:** normalmente recurriremos a un formato de presentación en ordenador, tipo PowerPoint, que nos sirva de guía, y en el que podamos incluir vídeos, puesto que el ordenador que usemos deberá estar conectado a una pantalla de gran tamaño (si no tenemos una en la clínica, podemos trasladar una de un domicilio particular).

Una vez concretados los aspectos del evento, es importante definir cómo se abordará el tema, siendo necesario, como apuntábamos anteriormente, que la persona escogida para presentarlo domine bien el tema, pero también que tenga capacidad de empatizar con el público y comunicar de forma amena y agradable. En cualquier caso, nuestra presentación no debe descuidar aspectos como:

- Introducción a la ortodoncia y titulaciones del dentista.
- Breve descripción del sistema de ortodoncia lingual.
- Casos tratados en la consulta, con fotos antes y después.
- Preguntas más frecuentes (duele, cuánto tiempo...).
- Rangos de precios, que después se individualizarán para cada paciente.

¿Cómo captamos a los asistentes?

Una vez hecho todo esto, es hora de planificar la difusión del evento, para que el contenido llegue al mayor número de pacientes posible, a quien debemos hacer ver lo que podemos hacer para mejorar su sonrisa.

Esto, que dependerá del presupuesto que hayamos decidido asignar a la actividad, puede realizarse de una forma multicanal, mediante una o varias de las siguientes alternativas:

- Folletos y trípticos que repartamos en la consulta y con cada radiografía o plan de tratamiento que entreguemos a los pacientes durante las 4-6 semanas previas al evento.
- Cartas físicas o correos electrónicos a pacientes, con información del evento, siendo la ventaja de hacerlo online que prácticamente no tendrá coste ninguno, y podemos repetir el envío varias veces.
- Distribución de información en centros sanitarios de la zona, como ambulatorios, farmacias, u otras clínicas de servicios de salud que estén a nuestro alrededor y con quien colaboremos habitualmente.
- Promoción en redes sociales, como Facebook o Twitter, donde también de forma gratuita podemos anunciar eventos de este tipo e invitar a pacientes de la clínica o a personas que aún no nos conocen.
- Podemos recurrir a la empresa que nos suministra el sistema de ortodoncia lingual para solicitarles folletos informativos, o apoyo en su perfil de redes sociales, para incrementar la difusión del evento.

Es importante establecer un control de asistencia, a través de un listado que puede manejarse en la recepción de la clínica, para tener una previsión de cuántas personas pueden acudir a nuestras jornadas.

¿Qué debemos recordar ese día?

Una vez llegue el día definido para nuestra jornada, debemos tener preparado abundante material para entregar a los pacientes, entre los que deberíamos incluir:

- Tarjetas de visita de la clínica.
- Folletos del sistema de ortodoncia lingual.
- Carpetas y merchandising de la clínica o la empresa distribuidora.
- 'Vales' con una promoción especial para los asistentes al evento.

Lógicamente, el lugar escogido deberá tener un número de asientos adecuado para el número de personas que esperemos, así como una pequeña 'recepción' –servirá la de la clínica–, para poder confirmar la presencia a partir de la lista elaborada previamente y recoger los abrigos o los bolsos de los asistentes.

En este caso, deberemos tener además disponibles 'tipodontos' o 'fantomas' para que los pacientes pueden 'tocar' la tecnología que les estamos ofreciendo, e incluso, si se organiza en la clínica, podríamos programar el cementado indirecto de un caso con un paciente voluntario, de forma que se vea la facilidad en su aplicación.

Además, traer pacientes que estén portando en este caso los brackets linguales, pero también podría ser un implante dental, o que se hayan realizado un blanqueamiento previamente, nos serviría para lograr 'testimonios' reales de pacientes que confirmen que se tratan de tratamientos estéticos, cómodos y fácilmente aplicables a la gran mayoría de pacientes que estén allí presentes.

¿Funcionará?

Si hemos seguido todos los pasos anteriores, y durante la presentación hemos logrado ser lo suficientemente elocuentes y buenos comunicadores para transmitir las ventajas del sistema que planteamos a los pacientes, en unos días, cuando nuestra recepción llame para preguntar si desean hacer uso del vale promocional que les entregamos en las jornadas, varios de los asistentes confirmarán que nuestro trabajo ha merecido la pena acudiendo a nuestra consulta para realizarse ese tratamiento que les ayudará a mejorar su sonrisa de forma rápida y profesional en una clínica de grandes profesionales como la nuestra ●

Chipre,

un puente de unión entre Europa, África y Asia

Tierra de mitos y leyendas, la pequeña isla mediterránea reúne una increíble mezcla de playas, montañas, ruinas arqueológicas y ciudades que enlazan tradición con modernidad. Un enclave único que pone en contacto tres continentes.

IMÁGENES CEDIDAS POR :
WWW.MYDESTINATION.COM/CYPRUS
WWW.CHIPRETURISMO.COM (IMÁGENES PROTEGIDAS CON DERECHOS DE AUTOR EN SAFECREATIVE)

<< **APHRODITE´S ROCK.** © MY DESTINATION CYPRUS

La isla de Chipre está situada en la porción oriental del Mediterráneo, 113 km al sur de Turquía, 120 km al oeste de Siria, y 150 km al este de la isla griega de Kastellorizo.

Es la tercera en tamaño en dicho mar, después de Sicilia y Cerdeña, formada por dos cordones montañosos, el Troodos en el suroeste, y el Kyrenia en el norte, los cuales limitan con una fértil planicie central, Mesaoria. Geográficamente, Chipre pertenece al suroeste asiático (más específicamente, en el Cercano Oriente), pero política y culturalmente se considera como parte de Europa.

La isla disfruta de un clima templado, con veranos cálidos y secos e inviernos moderados y lluviosos, favoreciendo a la agricultura.

Encrucijada entre Europa, Asia y África durante siglos, y gracias a su posición estratégica, Chipre ha sido invadida por diversos pueblos a lo largo de su historia, por eso, conserva muchas huellas de civilizaciones sucesivas: asentamientos prehistóricos, teatros y villas romanas, iglesias y monasterios bizantinos y castillos de los cruzados.

En la actualidad, la cultura chipriota puede dividirse, a grandes rasgos, en dos grupos. Por un lado, la influencia griega, de la que la isla heredó el idioma mayoritario y el grupo étnico del 80% de los chipriotas. Por otro, la cultura turca define el modo de vivir de los turcochipriotas.

Las principales actividades económicas de la isla giran en torno al turismo, la exportación de artesanía y confección y la marina mercante. Son apreciados los bordados, la cerámica y el trabajo del cobre.

ARRIBA: AGIOS LAZAROS, LÁRNAKA
© WWW.CHIPRETURISMO.COM

DERECHA: MOSAICOS CASA DE TESEO, PAFOS
© WWW.CHIPRETURISMO.COM

PAFOS ARCHAEOLOGICAL PARK
© MY DESTINATION CYPRUS >>

ATARDECER EN TROODOS
© WWW.CHIPRETURISMO.COM

Herencia cultural de los invasores

En Chipre se puede observar de cerca una de las más antiguas civilizaciones del mundo, que hunde sus raíces en 10.000 años de historia. La isla es un gran museo al aire libre, donde se pueden admirar numerosos testimonios del dinámico pasado que ha hecho de Chipre un mosaico de periodos y civilizaciones. Numerosos ejemplos de refinado arte bizantino han permanecido y han llegado hasta nosotros. Se pueden admirar, escondidas entre los pinares de los **Montes Troodos**, las famosas "iglesias pintadas" de Chipre, decoradas con espléndidos frescos en ábsides y muros, diez de las cuales figuran en el elenco del Patrimonio Cultural de la Humanidad de la Unesco.

El recorrido turístico por la isla está jalonado por paradas en localidades que atestiguan el paso de las diferentes culturas. **Paphos** es un pequeño pueblo que, durante los tiempos helenísticos y romanos, fue la capital de Chipre. Seduce a sus visitantes con su majestuoso paisaje, sus bellas costas, sus tesoros históricos y sus encantadores pueblos, donde la tradición forma parte de la vida cotidiana.

En perfecta armonía con la naturaleza, los magníficos monasterios medievales, se mantienen pacíficamente en el centro de Paphos.

Se puede comenzar a disfrutar de Paphos nadando en las aguas del mar conocido como "Petra tou Romiou", en la espuma de cuyas olas nació, según cuenta la leyenda, la mítica diosa griega Afrodita.

Todo el conjunto de la ciudad de Paphos está incluido en la lista oficial de la Unesco de tesoros culturales y naturales del Patrimonio de la Humanidad. Los maravillosos mosaicos, que adornan las villas del periodo romano, representan escenas de la mitología griega y están considerados entre los más bellos del área mediterránea oriental.

Nicosia (Lefkosia), la capital y centro económico más importante de la isla, es la sede del gobierno de Chipre. En los tiempos antiguos, la ciudad fue conocida como Ledra, y era uno de los doce reinos antiguos de la isla de Chipre. Nicosia, históricamente, ha sido territorio conquistado por francos, los venecianos, los turcos y el Imperio británico. El centro de la ciudad está representado por su casco viejo, ceñido por una muralla veneciana de asperón con un foso, bastiones y baluartes en forma de corazón. Esa muralla es su principal seña de identidad. Vale la pena pasearse por entre las estrechas callejuelas del Casco Antiguo, con sus balcones salientes o por la hermosa isla peatonal, con sus tiendas de artesanía, sus cafés y sus tabernas. La Nueva Nicosia se ha desarrollado fuera de la ciudad y es un centro contemporáneo cosmopolita y de negocios. En los alrededores existen iglesias y monasterios bizantinos muy interesantes, yacimientos arqueológicos y pueblos llenos de encanto.

Las mezquitas y las palmeras confieren a la vieja ciudad una atmósfera oriental. Otro de los rincones de obligada visita es la Catedral de "Agios Ioannis" (San Juan), con sus frescos y el maravilloso museo de iconos bizantinos. La oferta cultural se completa con el museo de Chipre, que acoge la mejor colección de vestigios arqueológicos de la isla, incluida una estatuilla romana de Afrodita que data del siglo I; y el museo "Leventis", a través del cual, es posible recorrer la historia íntegra de la ciudad. La segunda ciudad más importante de la isla es **Limassol,** uno de los puertos más importantes para el comercio en el mar Mediterráneo. A partir de esto, Limassol se ha convertido en el principal centro turístico, comercial y proveedor de servicios del área. Además, esta localidad destaca por su gran tradición cultural que, además de contar con un interesante castillo con vistas excelentes sobre la ciudad y un pequeño barrio turco, cuyo núcleo es la Mezquita Kabir, es el centro vinícola de Chipre y el mejor lugar para degustar los caldos. Al norte de Limassol, en las estribaciones de las montañas Troodos, se hallan los krassokhoria o pueblos vinícolas, famosos por sus excelentes vinos. El pueblo de **Omodhos** es uno de los más pintorescos además de producir buenos vinos secos y dulces, como el recomendable Gerolemo.

Chipre, un mundo en una isla, un destino especialmente recomendado para los amantes del cruce de culturas, la buena gastronomía, las especies ornitológicas, la botánica, y un maravilloso clima mediterráneo durante todo el año ●

ARRIBA IZQUIERDA: HALA SULTAN TEKKE, LANAKA © WWW.CHIPRETURISMO.COM

CENTRO: LEFKARA VILLAGE
© MY DESTINATION CYPRUS

Atletismo

el deporte rey

Los primeros vestigios de las competencias atléticas se remontan a las civilizaciones antiguas. La disciplina fue desarrollándose a lo largo de los siglos, desde las primeras pruebas hasta su reglamentación.

El atletismo es el deporte que se compone de un gran conjunto de disciplinas agrupadas en carreras, saltos, lanzamientos, pruebas combinadas y marcha. El atleta debe superar el rendimiento de sus adversarios en velocidad o en resistencia, en distancia o en altura.

El número de pruebas, ya sean individuales o en equipo, ha variado con el tiempo y las mentalidades. El atletismo es uno de los pocos deportes practicados universalmente, ya sea en el mundo aficionado, o en muchas competiciones a todos los niveles. La simplicidad y los pocos medios necesarios para su práctica explican en parte este éxito.

Un deporte histórico

Correr, caminar, lanzar y saltar son movimientos naturales en el hombre y, de hecho, el concepto de atletismo se remonta a tiempos muy lejanos. Los primeros encuentros en Grecia se llevaron a cabo en el siglo VIII A. C. En ellos destacaba la prueba llamada stadion, que era una carrera pedestre de 197,27 metros, equivalentes a 200 veces el pie de Heracles. Esta es la prueba más antigua de la que se tiene registro. El pentatlón, que combina la carrera, el salto, los lanzamientos y la lucha, es otra disciplina del atletismo, introducida en el programa olímpico antes del final del siglo VIII A. C.

El barón Pierre de Coubertin fue el arquitecto de la creación de los Juegos Olímpicos modernos, cuya primera edición se celebró en 1896 en Atenas, donde, por supuesto, el atletismo figuró entre las pruebas. Trató entonces, entre otras cosas, de poner fin a la práctica del dinero en el deporte, especialmente en atletismo, en favor del «espectáculo deportivo» amateur. Recién creada en 1912, la Federación Internacional de Atletismo, establece en su Constitución el principio del amateurismo, a imagen del credo del Comité Olímpico Internacional que protege la pureza de la competición amateur sobre la carrera profesional.

Pruebas en pista

De todas las actividades deportivas, las carreras de velocidad son las más populares, y de entre todas ellas, 100, 200, y 400 metros lisos, la de 100 metros es la prueba reina de todas las grandes competiciones.

Las carreras de media distancia se llaman así porque se disputan en dis-

Universidad de Sevilla
Vicerrectorado de Relaciones Institucionales

Odontología Social

CONGRESO INTERNACIONAL Y XIX NACIONAL DE LA SESPO

(Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral)

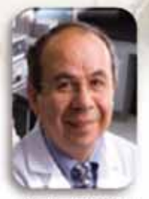
SEVILLA 21, 22 Y 23 DE NOVIEMBRE DE 2013

SESPO
XIX CONGRESO NACIONAL
I INTERNACIONAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGIA
Y SALUD PÚBLICA ORAL

Eugenio Beltrán-Aguilar
Presidente del Board de la American Association of Dental Public Health

Roberto Beltrán
Universidad Cayetano Heredia, Perú.

Eliezer Eidelman
Universidad de Jerusalén, Israel.



Carlos Muñoz
Universidad de, Buffalo, EEUU.

Rolando Peniche
Universidad Mayab Anahuac, México.

Irene Ventura
Instituto Superior de Ciencias de la Salud Egas Monis. Lisboa, Potugal.

Peter Carlsson
Universidad de Malmö, Suecia.

Raúl Chávez
San Luis de Potosí, México.

Myron Allukian
Universidad de Harvard, EEUU.

Brian Swann
Universidad de Harvard, EEUU.

Teresa Varela de Villalba.
Universidad Católica de Córdoba, Argentina.

Eduardo Williams
Universidad Nacional de Rosario, Argentina

INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN:
acastano@us.es ; aparraga@us.es
TLF. 626 894 696

tancias intermedias, entre las de velocidad y las de fondo (de 800 a 3000 m). De todas las pruebas reconocidas por la IAAF, sólo las de 800 m y las de 1500 m figuran en el programa de los Juegos Olímpicos o Campeonatos del Mundo. Los 800 m es la prueba más importante entre la velocidad prolongada de las pruebas de velocidad pura, y la resistencia de las pruebas de fondo. Los atletas realizan el primer cuarto de vuelta en su propia calle, como en los 400 m, antes de reintegrarse a la cuerda después de 100 m de carrera. Los competidores deben demostrar, además de su capacidad física, una táctica de anticipación y habilidad. La prueba de 1.500 m requiere en los competidores de una cierta resistencia, un sentido táctico de la carrera y una capacidad de reacción y resistencia en la última vuelta. Otras carreras de media distancia son los 1000 m, los 2000 m y los 3000 m. Las carreras de fondo son pruebas cuya distancia es superior a 3000 metros, es decir, las de 5000 y 10000 m. Son pruebas duras para los fondistas, que deben tener una alta resistencia a la fatiga y el dolor, junto con una buena dosis de aceleración final.

> *Correr, caminar y saltar son movimientos naturales en el hombre*

Las pruebas de larga distancia se celebran siempre fuera de los estadios. Es el caso de la maratón, la media maratón y las pruebas de campo a través. Las carreras de obstáculos, a diferencia de la mayoría de las disciplinas atléticas, no tienen raíces en el deporte antiguo. En realidad, son una invención moderna, de los británicos y se inspiran en las carreras de obstáculos de la hípica. Los 110 metros vallas, como los 100 metros vallas, su equivalente femenino, es una prueba de velocidad que consta de diez vallas que hay que saltar a una distancia de 9,14 m para los hombres, y 8,50 m para las mujeres.

Los 400 metros vallas, disciplina relativamente nueva, se presentó en Oxford hacia 1860, en la forma de unas 440 yardas. Los 400 metros vallas es una de las pruebas más técnicas del atletismo, ya que requiere la capacidad física de un velocista y la atención al ritmo de carrera, y en particular el número de pasos realizados entre los diez obstáculos.

Los 3.000 m obstáculos combinan la resistencia con el salto de las vallas. Los atletas tienen que recorrer en la pista una distancia de 3000 m, y franquear diferentes barreras, como las vallas y la ría. Recientemente, los 3000 m obstáculos se abrieron a la participación de las mujeres, y la prueba apareció por primera vez en el programa olímpico en 2008.

Saltos, pértiga y lanzamiento

El salto con pértiga se desarrolló al final del siglo XVIII en Alemania durante las competiciones de gimnasia. El salto con pértiga consiste en franquear con la ayuda de una pértiga una barra transversal, sin hacerla caer, después de una carrera de impulso de unos treinta metros. Durante los siglos, la técnica de salto y los materiales han mejorado mucho. Las pértigas de bambú utilizadas en los juegos de 1900 se sustituyeron por pértigas de fibra de vidrio en 1956, y después por las de fibra de carbono, que son las que se utilizan en la actualidad. La prueba estuvo incluida en los primeros Juegos Olímpicos en 1896, y no fue incluida en el calendario para las mujeres hasta los Juegos de Sídney en el 2000.

El salto de longitud es una disciplina que se desarrolló en los países anglosajones a mediados del siglo XIX. El salto de longitud consiste en saltar desde lo más próximo a una «plancha de salida», después de una carrera de impulso.

El triple salto es una variante del salto de longitud. Consiste en llevar a cabo una serie de tres saltos después del impulso: en primer lugar sobre un pie, luego un segundo salto, siempre en las mismas condiciones que el primero, y se completa como en la longitud.

El salto de altura es otra prueba atlética en la que la regla consiste en tomar impulso desde una corta carrera, saltar una barra horizontal lo más alto posible y lograr que esta permanezca, es decir, que no sea derribada. La toma de impulso se realiza en un solo pie. La técnica de salto se ha desarrollado mucho durante el siglo XX. La tijera y el rodillo fueron muy utilizados por los atletas hasta la llegada, en 1968, del estilo Fosbury, utilizado por todos los saltadores en la actualidad.

En cuanto a los lanzamientos podemos mencionar: el de disco, el de jabalina, de peso y de martillo. Son pruebas complicadas y menos populares.

Competiciones más importantes

Los Juegos Olímpicos son el evento internacional más prestigioso. Se celebran cada cuatro años desde 1896, y el atletismo es la disciplina más importante en ellos. Desde 1982, la Asociación Internacional de Federaciones de Atletismo (IAAF), el organismo responsable de la regulación de la disciplina, ha flexibilizado sus normas para acabar con el periodo amateur de la disciplina. El primer Campeonato Mundial de Atletismo se organizó en 1983 y tienen lugar cada dos años desde 1991.

Pruebas oficiales de atletismo que corresponden a un campeonato mundial

En estas grandes competiciones internacionales pueden competir tres atletas por país. Para seleccionar a los mejores deportistas de cada prueba, muchos países han aplicado el sistema de mínimos, establecidos según un programa de marcas.

Los Juegos Olímpicos es el escenario de la mejor competición atlética. De hecho, para el olimpismo el atletismo es el deporte rey. En ellos se han forjado las grandes leyendas del atletismo de todos los tiempos: Jesse Owens, Carl Lewis, Pietro Mennea, Donovan Bailey y Michael Johnson, entre los velocistas, Emile Zatopek, AbeBe Bikila, Haile Gebrselassie, Sebastian Coe, Steve Owen, y El Guerrouj, entre los grandes corredores de fondo y medio fondo.

La participación de las mujeres en este gran evento se inició en los Juegos Olímpicos de 1928. Fanny Blankers-Koen, Marita Koch, Marlies Göhr, Marie-José Pérec, Merlene Ottey, Evelyn Ashford, y Gwen Torrance, han sido algunas de las grandes velocistas olímpicas. Jarmila Kratochvilova, Heike Dressler, Jackie Joyner, Ulrike Meyfart y Paula Radcliffe, son otras grandes atletas que han destacado en las citas olímpicas ●

CARRERAS					MARCHA	SALTO	LANZAMIENTOS	PRUEBAS COMBINADAS
CARRERAS DE VELOCIDAD	MEDIO FONDO	FONDO	SALTOS	RELEVOS				
60 M 100 M 200 M 400 M	800 M 1500 M 3000 M	5000 M 10000 M CAMPO A TRAVÉS MEDIA MARATÓN MARATÓN	60 M VALLAS 100 M VALLAS 110 M VALLAS 400 M VALLAS 3000 M OBSTÁCULOS	4 X 100 M 4 X 400 M	20 KM 50 KM	LONGITUD TRIPLE SALTO ALTURA PÉRTIGA	PESO DISCO MARTILLO JABALINA	PENTATLÓN HEPTATLÓN DECATLÓN

RECOMENDAMOS

Los Summers:
una larga saga de artistas

El Fiscal que dibujaba corridas de toros
(por Paco Summers Rivero)

IZQUIERDA: APUNTES DE ESCENAS CON CABALLOS, JOVENCITAS Y GENTE DIVERSA EN TORREMOLINOS

ARRIBA: DIBUJO EN CARTÓN DE LA FERIA DE SEVILLA

DERECHA: FRANCISCO SUMMERS "BRADLEY" Y MIGUEL BAEZ "LITRI" SR. CHARLANDO EN HUELVA (1952)

Francisco Summers Ysern "Bradley", que dibujó estas escenas taurinas y fue mi padre, nació en agosto de 1901 en la Palma del Condado (Huelva), y falleció en Madrid en marzo de 1990.

Estudió Derecho en la Facultad de Madrid. Cuando terminó, hizo oposiciones para entrar en la carrera fiscal y fue destinado, primero a Cádiz y luego a la Audiencia Territorial de Sevilla. En esta ciudad conoció a Emilia Rivero, con la que se casó en 1932, y tuvieron su primer hijo, –que soy yo–, en 1933. Después, llegaron sucesivamente cada año, cinco niños y tres niñas. La casa de Sevilla se quedó pequeña y, además, en 1943, a mi padre lo destinaron a la Audiencia de Madrid. Allí alquiló una casa muy grande en el barrio de Salamanca, suficiente para la familia numerosa, además de dos criadas y tres perros que completaban el espacio vital.

La afición al dibujo y los toros

La vena artística de mi padre le llegaba de familia. Todos sus hermanos, desde que eran pequeños, dibujaban y pintaban cuadritos, imitando al hermano mayor (que era mi padre), que ya en los felices años veinte del siglo pasado, colaboraba con diversas revistas de Madrid, como "Buen Humor", "Fiestas de Madrid", etc...

Su afición a los toros también le llegó por entonces. "Bradley" , que era el pseudónimo artístico que utilizaba (su tercer apellido), era un enamorado de la luz, el color, y el ceremonial de la corrida, que pronto comenzaría a plasmar con detalle, en sus apuntes tomados del natural.

Los toros en Madrid

En la fiscalía de Madrid tuvo un gran amigo, que había dejado la oposición y la carrera haciéndose abogado, con un gran bufete y luego fue copropietario de la Plaza de Toros de las Ventas. Marcial Fernández Montes, que así se llamaba este amigo de mi padre, disponía de entradas para el palco de la empresa, y todos los domingos nos facilitaba cuatro pases, que mi padre aprovechaba para llevarnos a los tres hijos mayores (Paco, Manolo y Enrique), a las corridas o novilladas de toda la temporada, con lo cual nos aficionamos mucho a la Fiesta.

Mi padre y mi hermano Manolo –que también tenía una gran facilidad para el dibujo- impresionaban cuartillas y cuartillas con las incidencias que se producían en el ruedo, desde que se iniciaba el paseíllo hasta que las mulillas se llevaban arrastrando al toro.

Toros en Huelva

En 1951 nombraron a mi padre Gobernador Civil de Huelva, y toda la familia se trasladó a vivir a la ciudad andaluza, excepto yo mismo que ya había comenzado a estudiar Derecho en Madrid. En Huelva, mi padre conoció y se hizo muy amigo de Miguel Baez "Litri Sr., y juntos organizaron festivales benéficos para ayudar a la construcción de viviendas, que hacían mucha falta en aquella provincia. Mi padre seguía dibujando toros y toros en las corridas de las Fiestas Colombinas onubenses, y cuando podía desplazarse, lo hacía a plazas próximas como a la Feria de Abril de Sevilla, a Jerez o al Puerto de Santa María, a las tradicionales corridas organizadas por el maestro Antonio Ordoñez. Conoció entonces los triunfos de otras figuras del toreo como Pepe Luis Vázquez, Manolo Vázquez, Diego Puerta, Antonio Bienvenida, etc...

El final: Granada, Madrid y el cielo

Cuando en 1956 lo destinaron como Gobernador Civil a Granada, él continuó dibujando las corridas de las fiestas de Granada y algunas escenas de playa durante sus vacaciones de verano en Torremolinos y la Antilla. Volvió en 1960 destinado a la Audiencia de Madrid, y reanudó, asimismo, su asistencia a los festejos de las Ventas. Se jubiló de Fiscal del Tribunal Supremo a los 75 años.

Y, en 1990, mi padre se marchó a un destino mejor (los creyentes lo llamamos el Cielo), y nos dejó a todos los hermanos colecciones de esos bellos apuntes de toros, caballos, toreros y bellas jovencitas luchando contra las olas, y cuya muestra inédita hoy publicamos. Estoy seguro de que mi padre estará muy satisfecho de la iniciativa de este gran aficionado a la tauromaquia que es Paco García Gómez, el director científico de "Odontólogos de Hoy", al que agradezco enormemente la iniciativa ●

"HOY NO ME PUEDO LEVANTAR", VUELVE EL MUSICAL DE MAYOR ÉXITO DE LA ESCENA ESPAÑOLA

El teatro Coliseum vuelve a acoger el musical ***"Hoy no me puedo levantar",*** un gran espectáculo basado en las canciones que popularizó el grupo Mecano en la década de los 80. Se trata del segundo montaje musical, con una producción completamente nueva, dirección y actores distintos. Apoyado en una excelente escenografía, con 27 cambios de escenario, y un alarde audiovisual, esta segunda puesta en escena estará basada, igualmente, en las canciones de Mecano como hilo conductor del argumento.

Canciones populares

Las canciones de José María Cano y Nacho Cano, que nacieron con la inconfundible voz de Ana Torroja, son la base y razón de ser del espectáculo. *«Hoy no me puedo levantar», «Maquillaje», «No hay marcha en Nueva York», «Una rosa es una rosa», «Me colé en una fiesta», «Hijo de la luna», «Me cuesta tanto olvidarte», «La fuerza del destino», «Un año más»*... Son canciones que forman parte de la historia de la música española y los fans del grupo recorren ya varias generaciones.

El reparto de la obra tiene caras nuevas, algunos de ellos actores y cantantes televisivos conocidos para el gran público como Daniel Diges (Mario), Andrea Guasch (María), Adrián Lastra (Colate), Claudia Traisac (Ana), Canco Rodríguez (Panchi), Ana Polvorosa (Patricia), David Carrillo (Guillermo), Alejandro Vega (Anselmo) y Beatriz Ros (Malena), a los que se suman otros veinticinco artistas en escena y una orquesta de nueve músicos ●

WWW.HOYNOMEPUEDOLEVANTAR.COM
TEATRO COLISEUM DE MADRID
GRAN ESTRENO 12 DE SEPTIEMBRE

VELÁZQUEZ Y LA FAMILIA DE FELIPE IV

El Museo del Prado volverá a acoger una gran exposición del Maestro Velázquez **desde el 8 de octubre hasta el 9 de febrero** del próximo año.

En esta ocasión, podremos contemplar los cuadros cortesanos más importantes de toda su obra. Los retratos más importantes de los últimos años de Velázquez se suman a los que se hacían en su entorno y por sus discípulos para mostrarnos la importancia y la evolución del retrato en la corte española bajo el reinado artístico del pintor sevillano.

Más de treinta obras formarán parte de esta muestra, que hace un recorrido por los retratos cortesanos de Velázquez (Sevilla, 1599-Madrid, 1660) desde 1648 hasta su muerte.

De esta época son algunos de sus cuadros más importantes como 'Las Meninas'. Son obras en las que se aprecia como el pintor sevillano abandona progresivamente el trazo realista de su pintura para empezar a pintar con 'toques audaces que parecen incoherentes desde cerca, aunque muy justos y exactos a su debida distancia', como señalan desde la pinacoteca.

Es precisamente ese trazo tan innovador el que muchos años después marcará decisivamente a pintores del siglo XIX quienes, como Édouard Manet, estudiaron su obra muy de cerca.

Además de la obra de Velázquez la exposición cuenta con otros retratos que se hicieron en la corte española en aquel tiempo, además de otras obras de sus discípulos que continuaron con su labor tras su muerte. Artistas como Mazo o Carreño, que hicieron sus propias aportaciones al género del retrato en sus representaciones de Margarita de Austria, Mariana de Austria o Carlos II ●

[UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS DE MADRID]

Clausura del Máster de Cirugía Bucal e Implantología en la URJC

El pasado 26 de Junio se celebró el Acto Académico de Clausura del Máster de Cirugía Bucal e Implantología, dirigido por el Profesor Juan Carlos Prados, e impartido en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Este programa, impartido durante 3 años en el departamento de Estomatología, ha sido una experiencia de vida para los alumnos asistentes. Según destacó el Profesor Juan Carlos Prados, "una de las mayores enseñanzas que hemos tratado de transmitir es el respeto al paciente, al compañero, al personal auxiliar, a los protésicos, a saber que el tratamiento es tarea de un equipo".

El Profesor Prados también destacó la buena relación existente entre la universidad y el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, colaboración que también fue mencionada por el gerente de dicho centro, Ricardo Trujillo, asistente al acto.

Previamente a la entrega de diplomas y becas intervino el conferenciante invitado, el Profesor Jacques-Henry Torrres, Catedrático-Jefe de Servicio de Estomatología del Hospital Universitario de Montpellier (Francia), que dictó la conferencia "Las trampas en la Radiografía Panorámica", en la que expuso alguno de los errores más comunes en la interpretación de las placas ●

[MOZO-GRAU]

II Jornadas Polacas de Actualización en Implantología

El próximo 4 de octubre se celebrarán en Varsovia las II Jornadas Polacas de Actualización en Implantología. Este evento pretende congregar a más de 180 personas. El programa de este año hará gala de una gran calidad de ponentes y temas. Ponentes polacos, italianos y españoles repasarán el estado de la ciencia implantológica con sus presentaciones sobre estética, prótesis, complicaciones quirúrgicas y cirugía avanzada ●

[SEPES]

SEPES convoca Becas de Investigación

SEPES afianza su compromiso con la investigación y la Ciencia convocando para sus socios las *Becas de ayuda a la investigación en Prótesis Estomatológica y Estética Dental.*

En la primera edición de las Becas SEPES el interés ha sido considerable siendo 13 las solicitudes. En el transcurso de la Asamblea General Ordinaria que la sociedad celebrará el próximo día 11 de octubre, se comunicará los ganadores de las becas 2013 ●

Simposio SEPES (Madrid, del 31 enero - 1 febrero 2014)

El SIMPOSIO contará con la participación de los doctores Jon Gurrea, Vicente Berbís, Ramón Gómez Meda, David García Baeza, Eva Berroeta, Fernando Rey Duro, Ramón Asensio, Óscar González, y Loli Galván.

El doctor Ignazio Loi será el ponente invitado de esta edición. Siguiendo la línea de bonificación al socio, SEPES ofrece unas tarifas de inscripción muy reducidas tanto para socios como para Amigos SEPES ●

MÁS INFORMACIÓN: WWW.SEPES.ORG

Curso de Primavera (Barcelona, 4 y 5 de Abril)

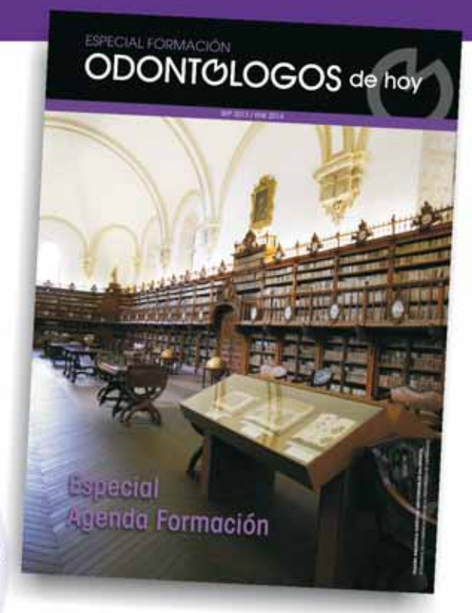
Los brasileños Paulo Fernando Mesquita, Julio César Joly y Víctor Clavijo impartirán a lo largo de una jornada y media, y de forma conjunta el curso *Consideraciones quirúrgicas y protésicas para obtener excelencia estética con implantes* ●

NUEVO ESPECIAL DIGITAL

ESPECIAL FORMACIÓN
ODONTÓLOGOS de hoy

Ya está disponible el nuevo especial digital de **Odontólogos de Hoy**. Un **Calendario Formativo** donde encontrará Cursos, Seminarios, Congresos, Másters especializados..., desde Septiembre 2013 hasta Enero 2014.

La información sobre formación está recogida en esta edición especial. Descárguelo en **www.odontologosdehoy.com**



Comprometidos con la profesión

© Publicaciones Siglo XXI, S.L.
C/ Mártires Concepcionistas 7, 5º.Izq. 28006 Madrid Telf: 911 93 59 59

info@odontologosdehoy.com

Un toque de delicadeza para una excelente salud gingival

Controle la presión del cepillado con los cepillos eléctricos de Oral-B

EL 93% DE LOS PACIENTES REDUJO LA PRESIÓN DEL CEPILLADO DESPUÉS DE USAR UN CEPILLO ELÉCTRICO DE LA SERIE PROFESSIONAL CARE 5000 DE ORAL-B [1]

SISTEMA TRIPLE DE CONTROL DE PRESIÓN:

1. El sensor de presión interno se activa a los 2,4N, antes de que el paciente aplique una fuerza que pueda dañar sus encías (>3N)
2. La luz indicadora se enciende para recordar al paciente reducir la presión
3. El cepillo reduce su frecuencia de oscilación y rotación en un 35% y detiene las pulsaciones

Reference: 1. Janusz K et al. *J Contemp Dent Pract.* 2008;9(7):1-13.

Para más información, llame al teléfono de atención al profesional: **902 200 540**

Continuamos con el cuidado que empieza en su consulta

Oral-B