ODONTOLOGOS de hoy
PUBLICACIÓN BIMESTRAL
Volumen 7
Nº 34 OCT 2018

Antonio Castaño Séiquer,

una vida dedicada a la odontología social

"La labor solidaria te permite recibir más, mucho más de lo que das"

70 años de la creación de la Escuela de Estomatología en Madrid. El Dr Javier Sanz Serrulla nos recuerda el acontecimiento

Ricardo De Lorenzo (AEDS): "El profesional que más habla con sus pacientes es el menos denunciado"

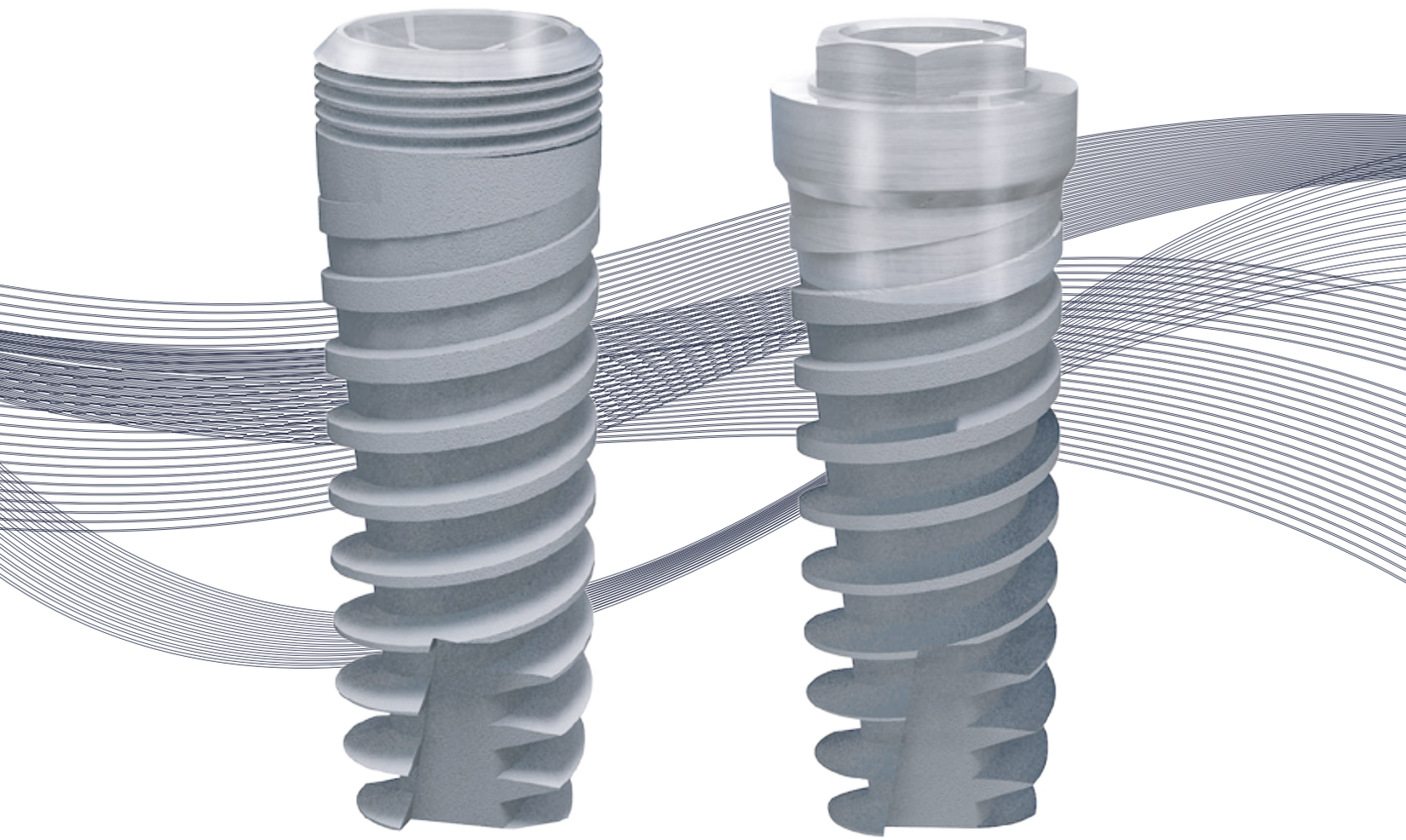
Javier González Tuñón, presidente del CODES, apuesta por un servicio odontológico público y de calidad

ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

quattro

la solución para el hueso blando



inhex quattro

osseous quattro

Mejor progresividad y torque de inserción
Mejor valor de comprensión
Mejor distribución de esfuerzos
Mejor control de trayectoria de inserción

No recomendado para huesos tipo I

MOZO-GRAU®

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

Mientras el sector sigue convulsionado por el caso iDental, que no por esperado en algunos ámbitos deja de ser menos grave tanto para los pacientes afectados como para los dentistas implicados, ODONTÓLOGOS DE HOY se ha fijado en el papel que los colegios profesionales están desempeñando en este asunto, procurando mantener un difícil equilibrio entre sus obligaciones deontológicas y la defensa de una profesión lastimada en su imagen. Con todo, hay realidades más esperanzadoras y es posible encontrar profesionales cuya trayectoria engrandece la profesión. Es el caso de Antonio Castaño Séiquer, dedicado en cuerpo y alma a la odontología social y capaz de darle a esta disciplina un alcance impensable no hace mucho. Su labor debería ser una cuestión de las administraciones públicas, pero como ese escenario todavía queda lejos, ejemplos como el de Castaño sirven para subrayar la importancia de la esfera solidaria del dentista. La solidaridad también es una de las prioridades en la acción de gobierno de Javier González Tuñón, presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias, un convencido de las bondades del sistema sanitario público que, a su juicio, debería alcanzar también a la prestación odontólogica. Finalmente, este número concede un notable y merecido espacio a una de las figuras más incontestables de la Sanidad. El abogado Ricardo De Lorenzo ha dado forma con maestría y constancia al Derecho Sanitario, en una labor fundamental que ahora cumple 25 años y que se apresta a celebrar por todo lo alto en el inminente Congreso que, año tras año, congrega a los mejores expertos jurídicos y sanitarios, también claro está, en el ámbito de la odontología.

5 Opinión

10 Tribuna de Salud Pública

12 Actualidad

34 Reportaje

38 Entrevista

38 Antonio Castaño Séiquer
Presidente de la Fundación Odontología Social Luis Séiquer

42 Javier González Tuñón
Presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias

46 Ricardo De Lorenzo
Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

50 Ciencia y salud

50 Restauraciones directas en procesos destructivos severos

52 Linfoma difuso de células B grandes en mandíbula

56 70 Aniversario de la creación de la Escuela de Estomatología de Madrid

62 Mejora tu gestión

62 Los actos propios clínicos de la profesión de dentista
Dr. Diego Rodríguez Menacho

66 ¿Hacer marketing en una clínica dental es bueno o es malo?
Aurora Llavero

68 Formación

72 Empresas

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

Revista de distribución exclusiva para odontólogos, estomatólogos y cirujanos maxilofaciales.

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

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:
Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:
Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:
Antonio Castaño Seiquer

CORRESPONDENTE EM PORTUGAL
Irene María Ventura de Carvalho Ramos

CORRESPONSAL EN CHILE
Luis Alberto Vicentela

CORRESPONDENTE EM BRASIL
Daniela Lemos Carcereri

CORRESPONSAL EN ARGENTINA
Silvina Beatriz Villalba

CORRESPONSAL EN VENEZUELA
Carolina Hernández Ponce

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:
Oklok

WEB:
Amaya Pérez Echeveste
web@odontologosdehoy.com

PUBLICIDAD:
Beatriz Rodríguez - Raúl del Mazo
607 795 672 - 640 296 925

COMITÉ CIENTÍFICO:

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

Jesús Albiol Monné. Profesor colaborador del Master de Implantología Universidad de LLeida. Tarragona.

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).

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

Julián Campo Trapero. Profesor Contratado Doctor. Facultad de Odontología. UCM. Madrid.

Jorge Cano Sánchez. Odontólogo. Especialista en Cirugía Oral (Reino Unido). Madrid.

Joáo Caramês. Catedrático Facultad de Medicina Dentária Universidad de Lisboa. Director Instituto de Implantología. Lisboa. Portugal.

Francisco Cardona Tortajada. Jefe Sección Salud Bucodental. Sistema 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. Universidad de Granada.

José María Clemente Sala. Médico Odontólogo. Barcelona.

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

F. Javier Cortés Matinicorena. Médico Estomatólogo. Responsable informes de la Sociedad Española de Salud Pública Oral. Pamplona.

Laura Díaz Guzmán. Catedrática de la Facultad de Odontología de la Universidad la Salle. México

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

Cristina García Durán. Odontóloga Madrid.

Ángel Gil de Miguel. Vicerrector de Investigación de la 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.

José Luis Gutiérrez Pérez. Jefe de Servicio y Director de la Unidad de Gestión de Cirugía Oral y Maxilo Facial de los Hospitales de Sevilla y Huelva. Profesor Titular Vinculado de la Universidad de Sevilla.

Luis Antonio Hernández Martín. Médico Estomatólogo. Valladolid.

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

Carlos Larrucea Verdugo. Director Programa de Especialización en rehabilitación Oral Universidad de Talca. Chile.

Daniela Lemos Carcereri. Profesora Titular Departamento de Odontología. Campus Universitario Trindade. Santa Catalina. Brasil.

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.

Adalberto Mosqueda Taylor. Profesor Titular de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México.

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

Javier Relinque. Socio IVB Abogados y Economistas.Sevilla.

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

Manuel Ribera Uribe. Profesor de Gerodontología. U. I.C. Barcelona.

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

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

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

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

Francisco Javier Sanz Serrulla. Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina. 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.

Luis Alberto Vicentela. Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad del Desarrollo, Concepción, Chile.

Silvina Beatriz Villalba. Profesora titular. Universidad Católica de Córdoba. Argentina.

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

© Publicaciones Siglo XXI, S.L.
C/ Mártires Concepcionistas 7, 5° Izq.
28006 Madrid.
Telf: 911 93 59 59
D.L.: M-6480-2013
ISSN: 2255-582X

Paridad (I)

FERNANDO GUTIÉRREZ DE GUZMÁN
EDITOR

Desde nuestro anterior número se han producido muchas noticias en el mundo, pero dos que aparentemente no tienen nada que ver salvo el de haber sido premiados con el Nobel de Física o el de La paz, me animan a escribir estas líneas para encadenarlos con la situación social de nuestra profesión “dentistas”.

El premio Nobel de la Paz 2018 ha recaído en dos personas, en torno a un fenómeno de injusticia social único, pero desde la diferente perspectiva que resulta de ser victima y de la solidaridad con las víctimas, Denis Mukwege y Nadia Murad. Denis Mukwege, un ginecólogo que cura a mujeres violadas en la República Democrática del Congo (RDC), y la activista iraquí de origen yazidi Nadia Murad, de 25 años, exesclava del grupo yihadista Estado Islámico. Ambos, además, fueron ganadores del Premio Sajárov que concede el Parlamento Europeo. El Comité Noruego ha concedido el galardón por la labor de ambos en la lucha contra la violencia sexual.

El premio Nobel de Física era otorgado a tres personas una de ellos, la canadiense Donna Strickland, por su trabajo en allanar el camino hacia "los pulsos de láser más intensos jamás creados por la humanidad", según el comité. Desde 1901 solo tres de los 201 científicos laureados con el Nobel de Física (el 1,5%) han sido mujeres. El premio Nobel en las áreas de ciencias lo han obtenido 17 mujeres, 7 de ellas en este siglo XXI, la primera en obtenerlo en Fisiología y Medicina fue Rosalía Yulow en 1986, precisamente el año en que en España por Ley se crea el actual título fe odontología.

Revisando los avances de la ciencia, un poco más allá de la crónica oficial de distinciones, puede observar que en la mayoría de los avances científicos y en especial en este nuevo siglo las mujeres han jugado un papel más decisivo que los hombres, pero algo frena el reconocimiento expreso a su papel, evidenciando también aquí, en el mundo de la ciencia, la falta de igualdad en el trato a hombres y mujeres.

En nuestro país, España, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, fue aprobada por las Cortes Generales de España, y publicada en el BOE nº 71 de 23 de marzo de 2007, superando los recursos de inconstitucionalidad entonces planteados, principalmente el articulado que afecta a las condiciones de paridad exigida en las listas de las candidaturas a las diferentes elecciones que se producen en España.

Las declaraciones de la vicepresidenta, Carmen Calvo, sobre la intención de obligar por ley a que los consejos de administración de las grandes empresas sean paritarios (al menos un 40% de representantes de un género) ha resucitado el debate de si las cuotas de género funcionan realmente o si, por el contrario, son un instrumento discriminatorio de la mujer que va en contra de su propia valoración.

Esta propuesta no tiene nada de novedosa. Noruega lleva una década con una normativa que obliga a la paridad, y otros estados como Francia, Italia, Bélgica, Holanda y Alemania, han adoptado esta norma. En España el porcentaje de mujeres en los consejos de administración de las empresas del Ibex 35 se encontraba el pasado año en el 22%, una cifra saludable si tenemos en cuenta que hace diez años no superaban el 6%. Aun así, estamos a distancia del 30% que recomienda el Código de Buen Gobierno de la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV) y del objetivo del 40% que fija la Comisión Europea.

El gran debate esta en si hay que recomendar o hay que obligar, lo cierto es que con las recomendaciones no se consigue superar la situación y los datos son elocuentes. Hay estudios que señalan que la presencia de una sola mujer en un órgano de responsabilidad incrementa la entrada de mujeres en puestos directivos. La explicación es clara, un consejero suele limitar su mirada a los hombres mientras que las mujeres ponen sobre la mesa el nombre de otras mujeres.

El planteamiento ofrecido desde algunos sectores del empresariado es contrario, ocho de cada diez empresas no creen en la imposición de cuotas y plantean que lo necesario es aplicar criterios para que los mejores profesionales ocupen las posiciones que se merecen con independencia del género, y apelan a su autonomía para gestionar las empresas. Desde el sector sindical siempre más próximo a estas decisiones de establecer cuotas se argumenta que la obligación constitucional de conseguir la igualdad de hombres y mujeres en todas las esferas está por encima del principio de la libertad de autonomía de los empresarios.

En nuestra profesión solo tres mujeres han ocupado el puesto de presidenta de un colegio, en la actualidad hay una y otras tres han ocupado u ocupan puesto de presidentas de juntas provinciales. Actualmente en el comité ejecutivo del Consejo General no hay ninguna mujer electa, en el Consejo Inter autonómico una (Álava) y en la Asamblea General tres (Álava, Girona y Tarragona). Otra cosa diferente son las sociedades científicas donde la presencia de mujeres en la presidencia de estas o en los comités organizadores de sus congresos es algo habitual. •

La fiebre de los títulos

MANUEL RIBERA URIBE
PROFESOR DE GERODONTOLOGÍA Y PACIENTES ESPECIALES
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUNYA

En alguna de las entrevistas de trabajo para contratar profesionales colaboradores que he realizado en los últimos tiempos me he encontrado con odontólogos que con soltura e interés presentaban sus méritos en un curriculum jalonado de masters y posgrados . Envueltos y protegidos por el papel, argumentaban su capacidad en base a los documentos que presentaban casi como un salvoconducto al mundo laboral. Es tan difícil encontrar trabajo sin experiencia y tan difícil tener experiencia sin trabajar que una manera de facilitarlo todo es presentar un máster o un titulo de experto. Ya lo vemos. Corren malos tiempos para exhibir tantas titulaciones de tan variopinto origen , algunas de dudosa fiabilidad.

La cuestión de la formación falaz , que tan interesadamente airean en estos tiempos los medios de difusión de uno y otro color, no es baladí. El sistema docente creó en su momento unos mecanismos de validación que garantizaban la seriedad de los conocimientos adquiridos y la fiabilidad y ética de las instituciones y profesores que impartían esos conocimientos.

Hete aquí que en los últimos tiempos han florecido cursos, masters, expertos, especialistas y otros especímenes que, escapando al control deseable, han venido a dar al profesional torticero lo que la sociedad reclama y en el momento que lo reclama. Es decir: “Quiero lo máximo y lo quiero ya”.

"Debería prevalecer en nuestra profesión la idea de que lo meritorio de un máster no es el título en sí, sino los conceptos adquiridos y el esfuerzo realizado"

En algunos casos, visto lo visto, desvirtuando el concepto de “master“, que busca formar maestros, señores del saber, para crear por la vía rápida, personajes con ínfulas que, no pudiendo conseguir con su esfuerzo lo que de esta manera normalmente consigue el hombre cabal y responsable, han descubierto una anómala vía para justificar lo que no son.

Nuestra profesión no está exenta de esos riesgos. Las redes y sus posverdades, los títulos rimbombantes, el copia/pega, el márketing desaforado, propician el obtener la confianza del entorno y la seguridad en uno mismo por vías que no siempre son el trabajo diario y el esfuerzo cotidiano.

Las enormes inversiones, a veces pienso que demasiado enormes, en formación que supone conseguir la excelencia en odontología se prestan por parte de algunos a esperar, cuando no a exigir, resultados favorables en la evaluación de los méritos.

La lógica estadística debería mostrar que en una formación académica, un porcentaje de alumnos obtiene buenos resultados pero también un porcentaje de ellos requiere el doble de tiempo , esfuerzo y dinero para conseguir los mismos objetivos. O no los consigue. Es por ello que la obtención de un máster debería ser el certificado del acceso a la excelencia en una materia concreta y no la vía de adquisición de las competencias que no se adquirieron en su momento, una especie de continuación de la carrera, o lo que es peor la manera de conseguir el reconocimiento profesional sin haber hecho méritos para ello.

Nuestros odontólogos deben estar atentos a seleccionar su formación por la rigurosidad del contenido docente, la valía de los profesores y la calidad de laenseñanza y no buscar atajos rápidos y fáciles.

Incluso al margen de esta obviedad, debería prevalecer en nuestra profesión la idea que lo meritorio de un master no es el título en sí , sino los conceptos adquiridos y el esfuerzo realizado . Del mismo modo, a los garantes de la calidad docente no les toca más remedio que extremar su vigilancia para evitar lo que hoy día está ocurriendo.

Ojalá por último, nuestros pacientes sean cuidadosos al valorarnos y no se dejen llevar sin demasiado rigor por las luces, el fulgor y los títulos que envuelven a nuestra profesión. En resumen el gran problema es, como siempre, saber separar la paja del grano y todo ello sin presumir de saber hacerlo. •

PRECISIÓN CONVINCENTE

V-Posil

- Silicona A muy hidrófila para la más alta precisión
- Largo tiempo de elaboración y a la vez un corto tiempo en la boca
- La alta resistencia a la rotura y la alta recuperación elástica garantizan una seguridad durante y después de la toma
- Buena hidrofilia, incluso en el estado fraguado, hace perfectamente el vaciado y así el tratamiento protésico

MADE IN GERMANY 100%

*Vea las ofertas actuales en www.voco.dental o póngase en contacto con su Consejero Dental de VOCO.

Rodéate de compañeros a los que admires

ALEJANDRA LLORENTE
ODONTÓLOGA, EJERCE EN REINO UNIDO

Vivimos en una profesión extremadamente competitiva, en la que todos queremos ser los mejores, pero si yo tuviera que dar un solo consejo a los jóvenes odontólogos que se acaban de graduar les diría "rodéate de compañeros a los que admires".

No solo en la calidad profesional si no sobre todo en la humana, compañeros que puedas decir que estas orgulloso de formar parte de su equipo. Si haces retro inspección y eso no lo sientes, quizás no estás en el lugar adecuado para tus primeros años.

Hoy quiero presentaros a mi compañera Marta Calderón. Marta recibe casos derivados de los hospitales Queens y Royal London entre otros, cuando los padres de los pacientes o los propios cirujanos han decidido no hacer un abordaje con cirugía Ortognática.

"Que puedas decir que estás orgulloso de formar parte de su equipo. No solo en la calidad profesional si no sobre todo en la humana."

Marta, ¿qué diferencia ves entre la ortodoncia española y la inglesa?

La gran diferencia es que la ortodoncia en Inglaterra la cubre el NHS (National Health Service) para todos aquellos casos con una cierta maloclusión hasta los 18 años. La ortodoncia por tanto es accesible a toda la población. Yo trabajo en una clínica exclusiva de ortodoncia con 6 ortodoncistas de distintas nacionalidades. He trabajado con ortodoncistas que son y se han formado en países tan diversos como Israel, Malasia, Suiza, UK, Australia, Grecia, China... y en mi opinión la diferencia en el tipo de ortodoncia radica más en la generación que en el país en el que te hayas preparado.Quizás la gran diferencia con España no está en quien trata a los pacientes sino en los pacientes en sí. Londres es multicultural y la diversidad de razas es muy grande y por tanto el tipo de maloclusion puede variar mucho de una raza a otra. El abanico de malocclusiones a tratar es mucho más amplio. Es como ser ortodoncista alrededor del mundo. Otra diferencia es que en Inglaterra el NHS selecciona tus casos de forma aleatoria para revisar que los tratamientos son correctos. Esto es medida de control de calidad.

¿Cómo tomas las decisiones en los casos difíciles?

Si el caso es muy complejo solemos remitir al hospital para una segunda opinión. Una vez que el paciente está informado de las posibilidades de tratamiento el paciente es consciente y entiende en todo momento las expectativas o resultados que puede obtener por ejemplo en un caso en el que decide abordar cirugía ortognática o por el contrario decide optar por tratamiento menos invasivo que mejore la estética pero consciente y sabedor de que no va a alcanzar una oclusión de clase I.

¿Qué es el Índice de Tratamiento de Ortodoncia Necesario?

Es el Índice de tratamiento de Ortodoncia necesario. Es una forma de clasificar la malocclusion con subclasificaciones y así medir si el paciente cumple los requisitos para acceder a tratamiento con el NHS o no. Si el paciente los cumple tendrá el tratamiento de ortodoncia sin ningún coste y si no puede hacerse el tratamiento privado.

¿Qué es lo más has aprendido durante estos años en Reino Unido?

A ver distintos puntos de vista de un tratamiento. He aprendido mucho de mis colegas ortodoncistas. Al trabajar otros seis compañeros y poderles pedir opinión en cualquier momento sobre distintos casos es muy interesante y enriquecedor.

¿Tendrá Madrid la suerte de tenerte de vuelta?

Si cambiaran los horarios volvería mañana. Compaginar la vida profesional y familiar en Inglaterra es más fácil. Los pacientes están acostumbrados a venir en horarios de 9 a 5 con lo cual puedo pasar tiempo con mis niños de tres y cinco años. Ahora mismo estoy esperando mi tercer hijo y gracias al sistema británico puedo tener hasta un año de baja de maternidad. •

PRIMER CONCURSO NACIONAL DE FOTOGRAFÍA

Osteògenos

Osteógenos convoca su primer CONCURSO NACIONAL DE FOTOGRAFÍA, con el objetivo de fomentar el uso de la fotografía y la formación en el campo de la regeneración ósea y manejo de tejidos.

Se concederá al ganador una placa acreditativa y un cheque de 3.000 € canjeable en productos Osteógenos. La fotografía ganadora aparecerá en la portada del catálogo 2019.

Consulta las bases en
www.osteogenos.com

DEL 1 DE JULIO AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2018

PREMIO 3.000€ EN PRODUCTO

* Foto portada del catálogo 2018. Realizada por el Dr. José A. Benítez. Mejor fotografía de producto 2017. Apatos + TSV Gel

1 REALIZA TU FOTO

Busca entre tus casos clínicos o realiza una fotografía relacionada con la aplicación de biomateriales en una cirugía regenerativa.

2 ENVÍANOSLA

Mándanosla por email en alta calidad (jpeg, raw, png o tiff) a: marketing@osteogenos.com, junto con tus datos de colegiado.

3 FOTO GANADORA

El 3 de Diciembre se anunciará la foto ganadora. Si tu foto no resulta ganadora pero sí finalista, podrá ser incluida también en catálogo y promovida por la empresa en sus diferentes medios, haciendo referencia a su autor/a.

La buena siembra

F. JAVIER CORTÉS MARTINICORENA
ESTOMATÓLOGO. DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA.

Al Dr. Federico Simón Salazar, impulsor del PADI

"Euskadi cuenta con el mejor índice de salud bucodental infantil del Estado". En estos o parecidos términos define el Departamento de Salud del Gobierno Vasco por boca de su consejero Jon Darpón la salud de sus niños y adolescentes y de su sistema de asistencia dental. Un sistema que atendió el año pasado a casi 130.000 niños y adolescentes y que presenta uno de los índices más bajo de caries entre las regiones de España y de la Unión Europea. Las cifras hablan por sí solas: 74% libre de caries; 92% de los beneficiarios ha utilizado el sistema en algún momento de su vigencia; y de media lo ha hecho 6,4 veces de las 9 posibles (9 años de vigencia para cada cohorte entre 7-15 años de edad).

Dice un aforismo muy conocido que "de buena semilla, buena cosecha". Claro que la primera premisa es sembrar si luego quiere uno recoger; a lo que podemos añadir aquello de "...tan solo siembres lo que puedas abonar." Y esto es lo que ocurre en salud dental en el País Vasco. Los sistemas, como los sembrados, no se mantienen solos, los mantienen las personas. Son las personas las que abonan y mantienen el sistema y si este es bueno, los resultados terminan por llegar. Hasta tal punto que el consejero Darpón dice que "...la labor de estos profesionales concertados, que llega al 94% de las intervenciones, es una de las razones del éxito del programa". Sin olvidar claro está la labor de sus gestores que ha sido la otra pata del sistema. El gestor es pieza clave en el buen funcionamiento de los servicios.

Si echamos la vista atrás, la comunidad autónoma del País Vasco inició, estrenada la década de los noventa, un sistema de atención dental dirigido a la población infantil y juvenil basado en la concertación de recursos públicos y privados. No fue una siembra fácil, estuvo rodeada de polémica y de palos en las ruedas; el establishment no lo vio con buenos ojos. Pero la semilla era buena, las personas que lo han mantenido eran y son competentes y hoy puede, orgullosa, mostrar estos excelentes resultados.

El sistema era bueno. Yo defiendo que es el que mejor se adapta a la asistencia odontológica por muchas razones. Es bueno de inicio porque aúna lo mejor de dos sectores: el público con su capacidad de gestionar las necesidades de la población, y el privado porque pone a disposición del primero toda su capacidad de intervención. Es bueno porque, al recurrir a la concertación, evita la creación de una nueva y extensa red asistencial incurriendo, de no ser así, en una duplicidad de redes asistenciales.

La diversidad y extensión de red de clínicas privadas es una característica del sistema odontológico aquí y en cualquier país del mundo desarrollado. Por tanto, no era lógico, ni coherente, ni eficiente, pedir a la comunidad el esfuerzo económico de duplicar una red que ya existe. Es bueno porque esa extensa red acerca el servicio a cualquier lugar de la geografía; y lo acerca no sólo físicamente si no porque puede ofrecer un amplitud de horario mayor que el sistema público. Y esto es bueno para el usuario. Pero, desde el punto de vista de la práctica, es bueno porque el trabajo en odontología, que es en un 80% la atención primaria dental, difiere y mucho de la atención medica general y pediátrica en particular. En primer lugar porque la esencia de la práctica odontológica es en su mayor parte quirúrgica, con un gran componente manual; que utiliza una gran diversidad de utillaje, una gran diversidad de técnicas y de medios tecnológicos; que necesita unos medios y unos modos muy a la medida de cada profesional; un enclave físico muy particular; una coordinación con el personal auxiliar para el trabajo a cuatro manos que es como se realiza la buena odontología; y algunas razones más. En definitiva, el dentista necesita un gabinete hecho a su medida. A partir de esta realidad, concertar el servicio es una buena solución.

Y, por último, es bueno por encima de todo porque ayuda a crear buenos hábitos en salud y, por tanto, a mantener una buena salud dental. Promueve la asistencia al dentista desde una edad temprana. Si algo sabemos de las enfermedades dentales es que son en su mayor parte prevenibles, las que mayor índice de evitación tiene entre las enfermedades del ser humano. Los hábitos para la evitación de la caries y la gingivitis se adquieren en la primera infancia y el PADI ayuda a crearlos.

¿Ya está todo hecho?: creo que no, todavía queda por hacer. Así lo entienden sus gestores y por esa razón anuncian algunas iniciativas para mejorar el servicio. Quizás la más importante mejorar su tasa de utilización anual que actualmente es de un 67% (es decir, 67 de cada 100 utilizan cada año el sistema dental) con el objetivo de llegar al 80%. Otra reforma necesaria es establecer los mecanismos para llegar mejor a las capas más desfavorecidas y con más índice de enfermedad. También anuncian una nueva encuesta epidemiológica para actualizar índices de caries y detectar posibles nuevas necesidades. A ver si otras comunidades toman ejemplo y salen de su letargo. Por no hablar del Ministerio de Salud que ni está ni se le espera. •

ESTA ES LA MEJOR MANERA
DE MONTAR TU CLÍNICA DENTAL

NO PREOCUPARTE DE NADA

Servicio Integral de
Suministros Dentales
Antón, s.l.

+34 944 53 06 22
www.antonsl.es

Ante la lentitud de las administraciones públicas en la respuesta "al mayor escándalo dental en la historia de España"

Los colegios de Odontólogos tratan de liderar la defensa de los derechos de los pacientes y de un ejercicio profesional ético y de calidad

Además de conmocionar al sector sanitario, el caso iDental se ha convertido en una preocupación de primera magnitud para la opinión pública. La quiebra de esta red de clínicas dentales sostenida en la publicidad engañosa y en un imposible y muy deficiente ejercicio profesional ha sacudido la confianza de las administraciones públicas, tanto las ejecutivas como las de justicia, que han estado otra vez excesivamente lentas en la adopción de medidas preventivas. El daño a los pacientes y a la odontología está ya hecho, pero los colegios profesionales no se han dejado amilanar y están liderando una respuesta global a un problema del que ya vienen advirtiendo desde hace tiempo y para el que buscan, de una vez, una solución definitiva.

Texto: Ismael Sánchez

Dentistas con corazón. Así irrumpió en la escena sanitaria la marca iDental, una red de clínicas que prometía democratizar la odontología, mediante un modelo low cost sostenido por subvenciones, ayudas y asistencia social de incierta procedencia.

Comenzaba 2015 y algunos colegios de Odontólogos volvieron a torcer el gesto: ya llevaban tiempo denunciando las prácticas de algunas franquicias y advirtiendo sobre los efectos de la publicidad engañosa y del intrusismo profesional. Llovía sobre mojado.

La aventura no llegó más allá de junio de este año. El precipitado cierre de 26 clínicas en toda España era la punta del iceberg de un negocio mal concebido, peor planificado y desastrosamente resuelto, con un goteo de denuncias de mala praxis, reclamaciones por tratamientos incorrectos y, al final, impagos a profesionales y proveedores y fraude a miles de pacientes que comprobaron cómo su salud bucodental comenzaba a resquebrajarse, además de sus cuentas corrientes. Un completo desatino.

Algunos colegios de Odontólogos fueron los primeros en reaccionar y advertir lo que se venía encima. Y lo hicieron ciertamente pronto, aunque casi nadie les hizo caso. Por ejemplo, el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región (COEM) que, ya en julio de 2015, es decir, apenas seis meses después del inicio de la actividad por parte de iDental, ya se apresuró a denunciar ante la Comunidad de Madrid los indicios de ilega-

lidad que concurrían en una de las clínicas, concretamente la situada en el número 20 de la madrileña calle de Méndez Álvaro.

El Colegio de la VIII Región también reaccionó con prontitud ante el modelo de funcionamiento de iDental. El Colegio que agrupa a las provincias de Burgos, Palencia, Soria, Valladolid y Zamora se dirigió formalmente a la clínica sita en la ciudad del Pisuerga para hacer ver a sus responsables la falta de idoneidad de sus prácticas. Corría agosto de 2015 y la denuncia surtió efecto. La clínica quedó clausurada, aunque poco después abrió nuevamente, con el beneplácito de las autoridades competentes.

Aquellas denuncias iniciales tuvieron su continuidad. El COEM se mantuvo vigilante ante las andanzas de iDental y durante 2016, 2017 y 2018 siguió relatando irregularidades en materia de publicidad, de comercialización de los tratamientos, de inexistencia de prácticas correctas de esterilización, de abandono de pacientes y de concurrencia de casos graves de mala praxis. "Dichas denuncias deberían haber recibido una respuesta contundente desde la Administración", sostienen desde el Colegio.

En la VIII Región, optaron por explorar las posibilidades del ámbito político, según recuerda José Manuel Cuadrillero, gerente del Colegio, en conversación con ODONTÓLOGOS DE HOY: "El presidente de la Junta Provincial de Palencia, Ángel Argüello, conoce al diputado de Ciudadanos Francisco Igea, y comenzamos a transmitirle nuestra preocupación al respecto, la falta de regulación en materia de publicidad. ¿Cómo era posible esta falta de control? Igea se mostró receptivo y no nos detuvimos aquí. Al final, llegamos a todos los grupos parlamentarios de las Cortes de Castilla y León y logramos promover una proposición no de ley que pudiera poner fin a esta situación". Sin embargo, el movimiento legislativo no tuvo su obligada continuidad en el ámbito ejecutivo: "La Junta de Castilla y León reguló de aquella manera, como se suele decir: claramente insatisfactoria", recuerda Cuadrillero.

Con todo, el colapso de iDental y sus fatales consecuencias asistenciales solo era una posibilidad cierta para algunos colegios. "Ciertamente, a la Administración no le venía mal el abaratamiento de la odontología que proponía esta red de clínicas. Casi llegaban a defenderla. Espero que aprendan de una vez", apostilla Javier Fernández Parra, presidente del Colegio de Granada, una corporación especialmente activa en las semanas en las que se desató el escándalo. "Promovimos un acuerdo con Consumo para que los pacientes dejaran de pagar la financiación de los tratamientos al no recibir el servicio. Después, nuestra comisión deontológica se ha reunido casi todas las semanas para atender a los afectados que han acudido al Colegio y ha elaborado un informe preceptivo sobre cada caso denunciado. Esto a veces no se valora ni por los propios compañeros, pero es un trabajo muy importante".

Los expedientes informativos han sido también otro de los puntos fuertes en la actividad del COEM. De hecho, en los casos que presentaban indicios de infracción de las normas deontológicas, la Junta de Gobierno inició procedimiento sancionador llegando a la suspensión de la colegiación por diferentes plazos, hasta alcanzar los 24 meses en los ejemplos más graves.

"Hay que analizar los expedientes abiertos como en cualquier otra situación", comenta Fernández Parra. "Y si hay indicios de mala praxis, hay que abrir un procedimiento sancionador. Ahora bien, este caso de iDental es especialmente difícil porque casi todos los pacientes afectados eran atendidos por varios dentistas, y es muy complicado precisar donde empieza y termina la responsabilidad de cada profesional. No había implicación directa de solo un dentista, sino de varios. El modelo de funcionamiento de iDental estaba concebido para que nadie fuera responsable del tratamiento. Era un sistema basado en el engaño".

Algunos colegios fueron los primeros en reaccionar y advertir lo que se venía encima. Y lo hicieron ciertamente pronto, aunque casi nadie les hizo caso

Y los colegios de odontólogos han sido los más claros en decirlo y denunciarlo. Ojalá sus advertencias hubieran sido más tenidas en cuenta.

Un complicado horizonte judicial

José Manuel Cudrillero, gerente del Colegio de la VIII Región.

"Aunque muchos pacientes buscan una solución rápida a sus tratamientos pendientes, desde el Colegio de la VIII Región estamos recomendando acudir a la vía judicial"

La Audiencia Nacional ha tomado el timón del caso iDental e intentará llegar al fondo del asunto, depurando responsabilidades y tratando de compensar los daños causados a pacientes, profesionales y proveedores. En principio, la investigación se centrará en los delitos de administración fraudulenta, estafa, apropiación indebida, falsedad documental, lesiones y contra la salud pública.

La entrada en escena de la Audiencia Nacional se ha producido ante la inhibición de varios juzgados de primera instancia, que habían recibido denuncias, algunas de ellas impulsadas por colegios de odontólogos como el de la I Región: un procedimiento penal, de más de 4.000 folios, "tras una minuciosa tarea de investigación, análisis y documentación".

Además, ha presentado otra denuncia por la situación de las historias clínicas de los pacientes, dado que las clínicas cerraron sin previo aviso. "Aunque muchos pacientes buscan una solución rápida a sus tratamientos pendientes, desde el Colegio de la VIII Región estamos recomendando acudir a la vía judicial", dice el gerente José Manuel Cuadrillero. "Hay compañeros odontólogos que se han ofrecido a atender a los pacientes, con precios más reducidos, pero claro respetando en la medida de lo posible sus honorarios habituales".

Aunque, "una cosa es la causa judicial y otra es el tratamiento", puntualiza Javier Fernández Parra. "En mi opinión, la vertiente judicial debe primar sobre cualquier frente judicial, sea este penal o civil".

COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS
code
BURGOS PALENCIA SORIA VALLADOLID ZAMORA

Una oportunidad única para la profesión

No cabe duda de que el caso iDental ha provocado daños que van a ser muy difícil de restañar en pacientes y profesionales. Sin embargo, su magnitud y el eco que ha provocado en la opinión pública, no solamente

"Hay que hacer una ley de publicidad como Dios manda"

sanitaria, puede ser una buena oportunidad para resolver de una vez el problema de la publicidad engañosa en la salud bucodental. "Hay que hacer una ley de publicidad como Dios manda. En realidad, es muy complicado hacer una publicidad que no sea engañosa", reflexiona Javier Fernández Parra, presidente del Colegio de Dentistas de Granada.

A su juicio, la profesión se encuentra ante un serio problema que, como suele decirse, puede convertirse en una gran oportunidad de mejora: "El Consejo General debe capitanear y liderar el movimiento de la profesión a favor de una prestación de calidad. Debe ser capaz de hablar claro a la sociedad sobre los tratamientos odontológicos y exigir a los políticos que actúen en consecuencia. Ellos son los primeros que saben que estas clínicas, sin publicidad engañosa, no son nada".

Javier Fernández Parra. Presidente del Colegio de Dentidas de Granada.

José Manuel Cuadrillero, gerente del Colegio de la VIII Región, también comparte este parecer: "Espero que a partir de ahora la Junta de Castilla y León tenga una posición más clara y contundente al respecto. Y que la sanidad privada le preocupe un poquito más de lo que le ha preocupado al consejero Sáez Aguado". •

Intensiva, pero infructuosa, actividad informativa

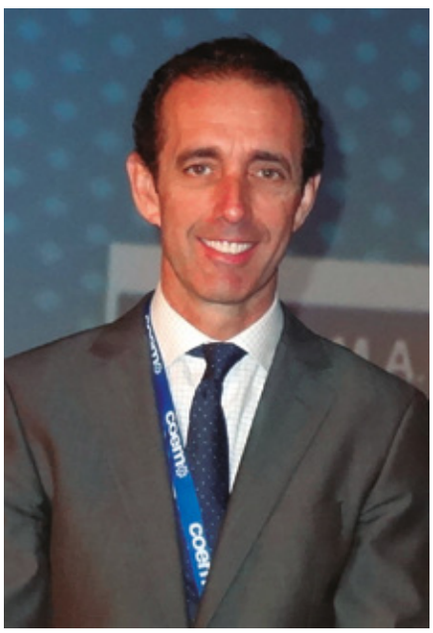
El COEM ha liderado la campaña de advertencias y denuncias sobre el caso de iDental. El 11 de julio celebró una rueda de prensa junto a un colectivo de pacientes afectados para explicar la situación ante la opinión pública. Previamente, había venido emitiendo y difundiendo notas de prensa, así como participando en la elaboración de piezas informativas realizadas por medios generales y especializados que comenzaron a prestar atención al problema. También recurrió a la radio, para el lanzamiento de la campaña Preocupados por tu salud, en la que se alerta a los ciudadanos de prácticas abusivas e ilícitas de determinadas clínicas.

El presidente Antonio Montero ha sido el principal artífice del movimiento del COEM, con su comparecencia ante la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid para denunciar el problema de salud pública que provocan las prácticas mercantiles de algunas clínicas marquistas. Además, la corporación ha llevado a cabo multitud de reuniones con representantes de la Administración autonómica, con asociaciones de consumidores y con otros organismos para informar y trasladar la preocupación sobre lo que estaba pasando con iDental. Toda una intensa campaña de concienciación, que ha terminado por ser infructuosa ya que el daño a los pacientes se ha terminado produciendo. Pero no desde luego por la inacción de Colegios como el de la I Región, que desde un principio vio venir el escándalo que se avecinaba.

coem
Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Iª Región

Antonio Montero, presidente del COEM

"La publicidad que se deja hacer en la Odontología es inconcebible en cualquier otro ámbito de la Medicina"



Antonio Montero, presidente del COEM.

Otro de los azotes públicos más activos de iDental está siendo el presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región, Antonio Montero. Tiene toda su lógica porque esta corporación está siendo de las más movilizadas en los grandes temas que preocupan a la profesión, especialmente el intrusismo y la publicidad engañosa. Y es aquí donde, a juicio de Montero, se esconde el gran problema que ha generado el caso iDental: "La publicidad que se deja hacer en el ámbito de la Odontología es inconcebible en otro ámbito cualquiera de la Medicina. La Administración debería limitar ya esto y ahora parece que por fin se dan cuenta, cuando han visto que está afectando a la población más vulnerable y con menos recursos".

Porque "el engaño premeditado y piramidal" destapado tras las prácticas de iDental "puede volver a suceder en cualquier momento. Esto se veía venir y no es algo único. Este modelo de negocio es el mismo de otras clínicas que siguen en funcionamiento". Montero lo califica de "engatusamiento mediante pantallas", con una financiación especial y la puesta en escena de un comercial con bata blanca que no sabe nada de Odontología, pero que cierra acuerdos muy beneficiosos, especialmente en el ámbito de los implantes, que es la práctica que más ingresos le genera: "Así funcionan estas macroclínicas".

ODONTÓLOGOS DE HOY conversa con Montero solo unas horas después del registro de las clínicas iDental, por orden del juez de la Audiencia Nacional, José de la Mata, encargado del caso.

La Policía ha realizado un inventario de activos y ha descubierto unos procedimientos que avalan las sospechas profesionales sobre material de escasa calidad usado en las clínicas. Otro argumento más que podrá incorporarse a la macrocausa.

Montero recuerda que la cobertura dental pública ha sido casi nula en el Sistema Nacional de Salud ("en Madrid ya lo hemos podido remediar en parte, por lo menos para los niños y jóvenes hasta 16 años") y, por tanto, se ha convertido en el mejor caldo de cultivo para la irrupción de este tipo de clínicas: "Las administraciones dieron rienda suelta a este tipo de establecimientos pues creyeron que gracias a una mayor oferta, bajarían los precios. No se dieron cuenta de que así solo promovían el engaño". Los colegios, que llevan años denunciando esta situación, también han sido puestos en el punto de mira, según el presidente: "Estamos muy limitados en nuestras actuaciones y debemos tener sumo cuidado con las autoridades de Competencia. De esto algunos colegios ya tienen experiencia muy negativa, cuando no es que vayamos contra el libre mercado, sino que lo que nos importa es el paciente y el tratamiento que recibe".

"A los compañeros que se han visto inmersos en este caso yo les aconsejaría que se buscaran un buen abogado"

El COEM también tiene abiertos varios expedientes a profesionales que participaron en los tratamientos de iDental. Pero Montero recuerda que "el proceso judicial iniciado en la Audiencia Nacional inhabilita las sanciones que, en su caso, pudiéramos adoptar". Con todo, el presidente no baja la autoexigencia: "A los compañeros que se han visto inmersos en este caso yo les aconsejaría que se buscaran un buen abogado. Y es cierto que será difícil depurar responsabilidades porque tenemos constancia de historias clínicas en las que han participado hasta 25 colegiados. Habrá que determinar lo que hizo cada cual". Algunos dentistas de iDental han denunciado al COEM por los expedientes abiertos contra ellos, pero Montero no se amilana: "Es nuestra obligación como Colegio y la llevaremos a cabo". •

SENSODYNE RAPID ACTION

ACCIÓN RÁPIDA CONTRA EL DOLOR DE LA SENSIBILIDAD DENTAL

Sensodyne Rapid Action está diseñado para proporcionar una oclusión rápida y duradera de los túbulos dentinarios[1,2]. Su fórmula única contiene un equilibrio de fluoruro de estaño y polímero bioadhesivo que acelera la oclusión de los túbulos dentinarios[1] ya que proporciona una bio-adhesión mejorada[†3] y forma una estructura tipo gel que mantiene el estaño en su lugar.

Sensodyne Rapid Action empieza a actuar desde el primer cepillado[4.5] y proporciona un alivio rápido clínicamente probado de la sensibilidad dental en **60 segundos**[4,5] con la aplicación con el dedo sobre las áreas sensibles de los dientes[6-8] y **protección duradera**[*9].

El uso continuado de una pasta de dientes para la sensibilidad puede llevar a mejoras en la calidad de vida relacionadas con la salud bucodental y mejorar notablemente el impacto de la sensibilidad dental en la vida diaria[10].

El **NUEVO CEPILLO SENSODYNE RAPID ACTION** tiene un cabezal compacto diseñado con una nueva configuración dentro de la gama Sensodyne.

Recomiende **SENSODYNE RAPID ACTION** para un alivio rápido y una protección duradera* de la sensibilidad dental.

*Con dos cepillados al día

[†]Frente a una pasta con 0,454% fluoruro de estaño y menor nivel de polímero

La pasta de dientes Sensodyne Rapid Action cumple la normativa vigente en materia de productos sanitarios. Las marcas son propiedad del, o están licenciadas al, grupo de compañías GSK.© 2018 grupo de compañías GSK o licenciante.

Referencias: 1. Khan S et al. J Dent Res 2017;96(Spec Iss A):2122. 2. Hall P et al. J Dent Res 96 (Spec Iss A): 1541, 2017. 3. Earl J et al. J Dent Res 96 (Spec Iss A): 1493, 2017. 4. Creeth J et al. J Dent Res 2017;96(Spec Iss A):1543. 5. GSK Data on File 207211. January 2017. 6. Seong J et al. J Dent Res 96 (Spec Iss A): 0215, 2017. 7. GSK Data on File 205072. July 2016. 8. GSK Data on File 207212. April 2017. 9. Parkinson CR et al. Am J Dent. 2015 Aug;28(4):190-196. 10. GSK Data on File RH01897. CHESP/CHSEN/0106/17a

Antoni Gómez Jiménez, presidente del Colegio de Catalunya

"Que no busquen culpables en el Colegio; hemos hecho lo que teníamos que hacer"

El Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Catalunya (COEC) ha estado muy pendiente del caso de iDental desde antes de que se produjeran las primeras reclamaciones, con la convicción de que era un modelo de negocio que lindaba con el fraude. Esta previsión no le ha servido, sin embargo, para ser criticado por algunos afectados, que han llegado incluso a realizar pequeñas concentraciones ante la sede colegial, en protesta por lo que entendían desentendimiento de la corporación.

El presidente, Antoni Gómez Jiménez, sale al paso con rotundidad: "Entendemos la frustración de los afectados, pero que no busquen culpables en el COEC porque no los hay. Estamos haciendo lo que tenemos que hacer".

Al principio de las primeras sospechas, cuando en Catalunya se constituyó una asociación de afectados, el COEC realizó informes para que se dejaran de pagar las financiaciones obtenidas para los tratamientos. Además, apoyaron las denuncias ante los ayuntamientos y el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. "Ya teníamos experiencia en este tema, el caso de Funnydent fue muy similar al que estamos viviendo ahora con iDental. Las clínicas planteaban unos tratamientos que se perpetuaban en el tiempo y, de esta manera, los pacientes se sentían atados por la financiación. Les hemos procurado informar de sus derechos con notas, comunicados y en el propio Colegio".

Algunas fuentes, no debidamente contrastadas, hablaron de unos 40.000 afectados en toda Catalunya. Gómez Jiménez transmite a ODONTÓLOGOS DE HOY otros números muy diferentes: "En el Colegio tenemos registradas 105 reclamaciones individuales y tenemos constancia de 26 denuncias colectivas antes los juzgados. Estimamos que habrá en total alrededor de 1.200 afectados".

Antoni Gómez Jiménez, presidente del Colegio de Catalunya.

Lo cual no es poco, precisamente.

Respecto a las peritaciones, unas de las facultades colegiales exigidas por los afectados, el presidente del COEC, tiene también una postura muy clara, pese a las iniciativas de otros colegios en este sentido. "El peritaje no puede ser gratuito, por mucho que lo pidan los afectados. Y tampoco es posible recuperar el dinero de inmediato, ni que les terminen los tratamientos reparadores de un día para otro, y también gratis. Esto no puede ser. Las cosas llevan su curso y sus trámites y este caso no va a ser una excepción". Pese a la presión ciudadana, no le duelen prendas en asegurar que "los que pagaron al contado tendrán muy difícil recuperar su dinero y tendrán que buscar otras clínicas donde les arreglen la boca. Y, por favor, que tengan cuidado, porque nos consta que hay afectados que están cayendo en otras franquicias similares y el problema puede volver a repetirse".

> *"La responsabilidad es de la Administración puesto que estamos ante un asunto de salud pública"*

La responsabilidad de que el caso iDental se haya producido está muy claramente definida, a su juicio: "Es la Administración porque estamos ante un problema de salud pública. Si iDental no hubiera podido hacer esa publicidad tan agresiva en sus reclamos, esto no habría pasado. Las personas con menos recursos caen como moscas por efectos de estas campañas de marketing. Hay que insistir, ahora más que nunca, en que se regule de una vez por todas la publicidad".

En lo que el COEC sí está tomando cartas en el asunto a fondo es en el control del ejercicio profesional, que es una de sus competencias nucleares. Para el presidente, no hay otro camino que depurar las responsabilidades, "aunque sea difícil por la complejidad de los tratamientos, llegue donde llegue la de cada cual. Desde luego, nosotros no vamos a diluir este tema e intentaremos llegar hasta el final". Lo cual no es tanto una amenaza como la certeza de que el COEC sabrá estar a la altura de las circunstancias. •

NSK

DOS EN UNO

Dispositivo de limpieza por ultrasonidos + Pulido de aire para tratamientos profilácticos

Varios Combi Pro

SOLICITE PRUEBA sin compromiso al comercial de su zona

5.399 €*
~~7.860 €*~~

MODELO **Varios Combi Pro**
CÓD. DE PEDIDO **Y1002843**

Incluye Kit Perio + 2ª Pieza de Mano

Kit Perio

Tratamiento periodontal subgingival

CÓD. DE PEDIDO **Y1003042**

El equipo se compone de:

- Pieza de mano de pulido periodontal
- Depósito de polvo
- Puntas Perio-Mate: 40 puntas estériles envasadas
- Polvo Perio-Mate: 1 frasco de 160g

Varios2 Lux LED

Escarificador multifuncional ultrasónico

CÓD. DE PEDIDO **E351050**

- Doble luz LED
- Motor iPiezo Engine®
- Extenso rango de puntas para una amplia gama de usos

* Los precios no incluyen IVA • Oferta válida hasta el 31 de diciembre de 2018

NSK Dental Spain SA **www.nsk-spain.es**

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

Se convierte en proveedor único del programa China Oral Health Care

Mozo Grau quiere aprovechar su tirón en China para convertirse en un competidor global

Texto: Ismael Sánchez

Mozo Grau ha sido elegido como proveedor único de implantes dentales para el programa China Oral Health Care, un nuevo proyecto de prevención y tratamiento de enfermedades bucodentales que desarrollará el Ministerio de Salud del país asiático. "Es un reto y una oportunidad para transformar la compañía en un competidor global", ha expresado Fernando Mozo Grau, CEO de la compañía, en conversación con ODONTÓLOGOS DE HOY. "Ya no se trata solo de internacionalizar nuestra actividad. Con este éxito en un país como China, debemos plantearnos una aspiración competitiva global".

La elección "es un reconocimiento a la calidad de nuestro producto. China no ha buscado una provisión low cost, sino todo lo contrario: una modalidad premium como la que nosotros fabricamos y que se ha impuesto en el concurso a las presentadas por empresas chinas, coreanas y europeas". El Gap 0 acreditado por Mozo Grau, que supone un implante-prótesis casi perfecto, ha decantado la balanza del lado de la compañía con sede en Valladolid, por delante de otras empresas.

El programa prevé cubrir las necesidades de salud oral de 200.000 personas gracias a la implicación de un millar de profesionales y 2.000 clínicas. "A partir de ahora debemos procurar asegurarnos de que la colocación correcta de nuestros implantes. Para ello, vamos a reforzar la plantilla de la que ya disponemos en China para realizar una óptima formación de formadores", ha señalado Mozo Grau.

El acto de presentación y lanzamiento del acuerdo entre el Gobierno chino y Mozo Grau se ha celebrado ante más de un centenar de académicos y líderes empresariales y ha contado con la presencia de algunas de las principales autoridades sanitarias chinas como el director de la Comisión Nacional de Salud, Wu LIangyou, el presidente de la Asociación China de Salud, Xu Huafeng, el presidente de la Asociación de Estomatología China, Yue Lin, y el vicepresidente de Medicina Dental de la Universidad de Hong Kong, Guo Dawei, entre otras.

El acuerdo nace de la necesidad de las autoridades sanitarias chinas de dotarse en exclusiva de productos sanitarios premium y tiene por objetivo promover estilos de vida

Mozo Grau, durante el acto de presentación del programa China Oral Health Care.

Altos representantes del Gobierno Chino, junto a miembros del socio estratégico de Mozo Grau en China y de la propia compañía de implantología.

"Es un reconocimiento a la calidad de nuestro producto. China no ha buscado una provisión low cost, sino todo lo contrario"

saludables entre la población china, capacitar adecuadamente al personal médico del país y prevenir enfermedades crónicas. Las actividades se desarrollarán a través del socio estratégico local de Mozo Grau en China, Lang Lang Medical Investment, y está previsto que se extiendan hasta el año 2025.

Durante su intervención en el acto de presentación del acuerdo, Mozo Grau ha señalado la "clara vocación innovadora de la empresa" cuyos productos cuentan con el "aval científico de los principales centros de investigación internacionales" y ha señalado la importancia que supone para una empresa española "ser referente en tecnología" y "ver reconocido su esfuerzo" por parte del sistema público de salud más grande del mundo. •

Solidaridad desde Bielorrusia a Huelva

Ulybka, trazando sonrisas escondidas

Texto: Cristian López, estudiante de periodismo (Universidad de Sevilla).

La sonrisa es el sol que ahuyenta el invierno del rostro humano. Fuerza vital. Ese gesto que permite respirar al alma y es capaz de iluminar incluso los lugares más oscuros. Una verdadera luz en tierras en las que la miseria, la insalubridad y la pobreza perviven y acompañan de la mano a personas que, sin oportunidades algunas, abrazan sin resignación tales condiciones con el simple deseo de que ello les permita sobrevivir. Por ello, crear sonrisas por el mundo se hace tan fundamental para la Fundación Odontología Social Luis Seíquer (FOS) desde su origen, quienes siguen dibujándolas en un ratio de lugares y colectivos cada vez más amplio.

Precisamente, la entidad trazó este pasado mes de julio una nueva línea de unión en la hoja de ruta solidaria que atesoran. Con motivo de la llegada a Huelva de 26 menores procedentes de Bielorrusia, el país que mayor cantidad de nubes radiactivas recibió en 1986 tras el desastre de la Central Nuclear de Chérnobil (Ucrania), la FOS desplegó un operativo móvil –similar al que ya realizan en los CETIs de Ceuta y de Melilla- en el colegio onubense Ciudad de los Niños. Una iniciativa fruto de un convenio establecido con la Asociación Niños/as de Acogida de Huelva (ASNIA), por el que se realizó una actuación integral bucodental a todos y cada uno de estos jóvenes, y que se saldó con un total de 120 intervenciones al margen de los tratamientos de prevención.

Estos chicos y chicas, procedían la mayor parte de regiones rurales del sur del país como Gómel, en las que la alta reactividad que conserva Bielorrusia –un 300 % superior a la del resto de Europa- tras más de treinta años del desastre, sigue siendo una realidad y una amenaza invisibles. No obstante, y para mayor inri, siguiendo la política de acogida de la asociación Asnia, todos ellos eran jóvenes cuyas familias presentan condiciones socioeconómicas de extrema precariedad y pobreza, sumergidas bajo una economía de supervivencia cuyo principal sustento lo conforma el sector económico primario –agricultura y ganadería concretamente-. Asimismo, muchos viven en núcleos familiares que se han desestructurado con motivo de los problemas de alcoholismo que sus progenitores arrastran desde que la caída del sistema soviético durante los años 90 trajese consigo la miseria y el desempleo a estos terrenos.

> *"Se pretendió concienciarles de la extrema importancia de mantener una buena salud bucodental, teniendo en cuenta que son una población que tiene un alto riesgo de desarrollar enfermedades de tipo oncológicas."*

Cristian López.

Por todo ello, no es de extrañar que todos tuvieran un organismo muy debilitado, lo que también menguaba importantemente su salud oral. De hecho, prácticamente el 87 % de estos niños presentaba caries, algo normal teniendo en cuenta que entre el 60 y el 90 % de los niños en edad escolar de todo el mundo las presentan.

Así pues, el objetivo del proyecto fue unirse al afán de sanearlos, pues, según han demostrado diversos estudios científicos y las propias Organizaciones Mundiales contra el Cáncer y la Salud, la estancia de estos jóvenes en España durante un período de 45 a 50 días les permite

alargar su esperanza de vida entre 18 y 24 meses; asimismo, se pretendió concienciarles de la extrema importancia de mantener una buena salud bucodental, teniendo en cuenta que son una población que tiene un alto riesgo de desarrollar enfermedades de tipo oncológicas.

La iniciativa, que recibió el nombre de Ulybka –sonrisa en ruso-comenzó el pasado 23 de julio cuando, tras una hora de viaje, la unidad móvil de la FOS Luis Seíquer se establecía en el interior del mencionado Ciudad de los Niños. Tras un primer instante en el que el doctor Antonio Castaño organizó toda la parte material y humana del operativo, los niños comenzaron a llegar. Eran los más pequeños del grupo total de acogidos. Muchos de ellos sumaban su primera experiencia fuera de territorio bielorruso. Tras haber pasado un férreo sistema de selección que tiene como filtros a los centros de educación de origen y a sus profesores, a monitores –los cuales les acompañaban en todo momento durante la experiencia por tierras españolas- y a los propios integrantes institucionales de Asnia, eran ellos y no otros los que, por necesidades apremiantes, justificaban su presencia allí.

"A pesar de que el miedo estaba presente en muchas de las caras de los jóvenes, los mensajes y gestos de tranquilidad que se intercambiaban unos con otros hacían más fácil la tarea"

Para atenderlos Susana Arenas y Esmeralda Flores, dos cooperantes mejicanas, compartían labor junto con Carmen Toscano, una odontóloga general onubense recién graduada que, tras contactar con una amiga que curiosamente trabajaba para la Fundación en el CETI de Melilla, había valorado la opción de unirse al equipo solidario formado por Castaño aprovechando su paso por Huelva. “Es una oportunidad muy especial”, destacaba Carmen, que reconocía que era la primera vez que trabajaría tomando sus propias decisiones, lo que, sin duda, le ayudaría a ser una profesional mucho más “autosuficiente” el día de mañana.

Tras una primera toma de contacto, el primer grupo de niños se fue sentando sucesivamente en el sillón dental. A pesar de que el miedo estaba presente en muchas de las caras de los jóvenes, pues gran parte dejaba su salud oral en manos de odontólogos por primera vez en su vida, los mensajes y gestos de tranquilidad que se intercambiaban unos con otros hacían más fácil la tarea. Así, el equipo humano de la fundación comenzó a valorar, todavía sin necesidad de instrumentos, a un primer grupo de ocho chicos y chicas –observando solo el estado general de la boca y las posibles tareas a realizar en cada uno-. Una enmienda inicial a la que le siguieron los posteriores trata-

mientos, que consistieron principalmente, en este primer conjunto, en una serie de obturaciones y colocación de selladores. Un cometido que se alargó durante nueve horas a lo largo del día y que supuso un primer mestizaje profesional con una cultura totalmente diferente como la bielorrusa.

Esta cultura estaba presente de forma intrínseca en el pasado y presente de estos mancebos. Pequeños, como Aliona Yakuta una niña de tan solo ocho años con serios problemas dentales, que procedían de zonas como Brahín, una de las más castigadas por la explosión del cuarto reactor de la central de Chernóbil. Donde, a pesar de conservarse aun altísimos niveles de radiación, la inmensa mayoría de las familias crían a sus propios animales y siembran sus propios huertos, ignorando el peligro que esto conlleva. En estas tierras no hay políticas activas para fomentar el conocimiento de los peligros de la contaminación nuclear, más allá de las típicas señales que muestran las zonas más radiadas. Además, los progenitores de la mayor parte de estas familias subsisten con 120 o 130 euros al mes, pese a que trabajen durante quince horas diarias y tengan que mantener a cinco o seis hijos generalmente.

Otros como Kamila Shalaputnava –con una piel curiosamente más morena que la de sus compañeros de viaje y cara regordota- son la viva herencia de aquella generación de individuos –más de 700.000- que fueron convocados por el gobierno soviético para ayudar a sellar aquel infierno nuclear: los liquidadores. Una cantidad ingente de personas que acudieron para 'luchar' contra un enemigo invisble sin saber a qué se enfrentaban realmente y bajo protecciones paupérrimas. Personas, como su abuelo Michel Bondar, un antiguo militar ucraniano que, aunque tuvieron la fortuna de sobrevivir al desastre, sufrieron durante toda su vida la penuria de la supervivencia.

"Los progenitores de la mayor parte de estas familias subsisten con 120 o 130 euros al mes, pese a que trabajen durante quince horas y tengan que mantener a cinco o seis hijos"

Tras este primer día, el segundo y tercero fueron sin duda los más laboriosos, pues, al término del último de estos, 22 eran los menores que ya no solo habían sido observados y tratados, sino que habían sido dados de alta, tras jornadas ambos días de trabajo de 12 horas. Las labores principales que llevaron a cabo los profesionales de la FOS Luis Seíquer fueron extracciones o pulpotomías de caries avanzadas, obturaciones y fijación de selladores. El equipo humano de la Fundación hasta el momento, una vez llegado este miércoles 26 de julio, ya había tornado, pues, las hasta entonces cooperantes -Carmen, Susana y Esmeralda- dieron el testigo a Carlos Bracho y Ángeles Delgado, odontólogos generales ya

frecuentes en los proyectos solidarios del doctor Antonio Castaño.

Ambos temían que el estado bucodental de aquellos chicos fuese no digno, pero, sin embargo, y para sorpresa de los dos, la salud oral de la mayor parte de los chicos era más que aceptable, como concluían junto con la participación de Castaño. "Se nota, sobretodo en los más mayores que, a raíz de algún tratamiento que le hayan hecho con anterioridad y que han sabido preservar perfectamente, tienen una boca muy decente", señalaba Ángeles mientras trataba a Nasta Hidraovich. Esta chica tenía problemas de huesos, lo que aseveraba el calzado ortopédico que llevaba puesto, ya que tenía una pierna más corta que otra. A pesar de ello, Nieves Sánchez, la vicepresidenta de Asnia, explicaba a su lado, que esta pequeña había dado "un gran cambio" desde que llegó al programa, puesto que llegó que se tropezaba fácilmente al caminar y se caía con facilidad, y ahora tiene su problema pero con una "movilidad muy normal" dentro de su patología. Algo que le hacía sonreír tímidamente a Nasta.

"Se nota, sobretodo en los más mayores que, a raíz de algún tratamiento que le hayan hecho con anterioridad, tienen una boca muy decente"

En cuanto al último de los días –el 27 de julio-, éste fue el más emotivo de todos. Con un grupo ya reducido y con mayor tiempo de maniobra, los sentimientos florecieron. Carlos reconocía con orgullo, mientras espatulaba un IRM para tratar a Darya Naskavets –una chica de 12 años delgaducha con los ojos azul cielo y con una sonrisa entrecortada- que, a pesar de que una vez terminada la carrera numerosas clínicas privadas han ofertado por sus servicios, no tiene "intención alguna" de desvincularse de la FOS, pues, gracias a ella, ves una parte de la profesión "mucho más humana", ya que te permite "blindar a personas que no tienen los medios suficientes" y tener la oportunidad de mejorar, no solo su salud, sino la situación personal de buena parte de los pacientes a los que asiste.

A su lado, Bohdana Damadad, una de las más pequeñas del grupo, pues solo tiene ocho años aun y apenas suma su segundo –consecutivo- viniendo a España, parecía haber olvidado ese temor que hizo imposible atenderle durante más de treinta minutos el primer día. Ella, como si del más divertido de los juegos se tratara, tomaba las pinzas, el espejo y las sondas en su mano y se las ofrecía a Ángeles cada vez que ésta las requería. "Es mi ayudante", constataba la odontóloga. Por su parte, el padre de acogida de Darya, Cristóbal, observaba desde el exterior de la unidad. Con los brazos cruzados y encantado con la escena, no podía dejar de mirar con fascinación a su niña. Ella es la hermana de Ulad, un chico al que han acogido durante varios años y que se ha convertido prácticamente en uno más de la familia. "Este año no lo hemos podido traer porque ya es demasiado grande. Hoy, de hecho, es su cumpleaños. Se me hace extraño no tenerlo aquí", contaba este agricultor, quien, con lágrimas en los ojos –aunque él admitía que es llorón-, narraba que les sería imposible mandarle regalo alguno este año puesto que es muy caro. No obstante, el joven había sido claro: "¡Vosotros me lleváis para allá el año que viene cuando ya sea mayor y os perdono!".

"¡Tu turno, Alena!", indicaba Nieves, la vicepresidenta de Asnia, presente en todo momento para gestionar el buen desarrollo del operativo y dar celeridad a éste. Alena era la mayor del grupo. Tras diez años consecutivos siendo acogida en temporada estival por una familia de Bonares (Huelva), su español era perfecto, similar al de un bonariego más. "Yo no sé cómo he aprendido. Toda la gente me dice que he aprendido muy rápido, pero yo no he estado estudiando ni nada", recalcaba esta joven.

"Es impresionante cómo aprenden el idioma estos niños. Nosotros, sin embargo, apenas hemos podido coger algunas palabrillas", bromeaba José, el padre de acogida de la decana del grupo, quien escuchaba con interés sus palabras. Este año intentarán traerla de forma ya definitiva, una vez que ha terminado sus estudios obligatorios en Bielorrusia y va a comenzar los superiores, durante los nueves meses que dura el curso académico.

¡Listo!, apuntaba Carlos. "Se nota que no es la primera vez que te tratan la boca. Eres de las que mejor la tienes", evidenciaba el profesional tras realizarle una tartrectomía a Alena. "Nuestro trabajo ha terminado", concluyó éste. "El vigésimo sexto paciente ha sido dado de alta". Tras ello, Alena posaba junto con Castaño, Ángeles y Carlos ante las cámaras. Abrazaba sus manos y dibujaba una curva perfecta que recorría de lateral a lateral su rostro: una esbelta y estética sonrisa. Pese a que ella la escondía entre sus manos, era la respuesta fisiológica de aquel que se siente pleno por dentro; de aquel que, con 17 años, y a diferencia de muchos de sus compatriotas -pues solo una escasa porción de la población juvenil tiene la oportunidad de luchar por sus sueños-, augura un porvenir cargado de ilusiones y metas. "Nieves, nuestro trabajo aquí ha finalizado. Esta chica está preparada. Dejemos que esta sonrisa vuele libremente y trace muchas otras", avalaba Castaño. •

"Te permite blindar a personas que no tienen los medios suficientes y tener la oportunidad de mejorar, no solo su salud, sino la situación personal de buena parte de los pacientes"

Presidido por Guillermo Pradíes y organizado por la Sepes

El Congreso de la Asociación Europea de Prótesis Estomatológica muestra los últimos avances tecnológicos de la especialidad

Presidido por Guillermo Pradíes bajo el lema Digital Natives in Prosthodontics, se ha celebrado la 42 edición del Congreso Anual de la European Prosthodontic Association (EPA) en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y organizado por la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (Sepes), entre otras organizaciones.

Durante las tres jornadas del congreso, en torno a 600 profesionales del sector, han asistido a las presentaciones de destacados especialistas nacionales e internacionales que han mostrado las últimas innovaciones y los más recientes avances tecnológicos en tratamientos prostodónticos. Los temas de interés han sido los tratamientos prostodónticos guiados en dientes e implantes; mock ups digitales; escáneres intraorales; escáneres faciales; realidad virtual y realidad aumentada; software CAD para laboratorios dentales; tecnologías en impresión 3D; prótesis completas CAD/CAM; prótesis parciales removibles, etc.

El congreso ha incluido temas relacionados con la prótesis convencional y con la implantología, base sobre la cual se realizan en la actualidad un gran porcentaje de la actividad de rehabilitación protésica. El lema es indicativo del camino hacia adelante que, basado en la tecnología digital, ha emprendido la prótesis en particular y la Odontología en general, tal y como se ha podido comprobar a través de las 21 conferencias, 7 talleres y 136 comunicaciones, entre orales y posters, presentados por 31 conferenciantes y más de un centenar de comunicantes.

El cartel de ponentes ha sido de primer nivel internacional y nacional. Encabezado por Mariano Sanz, que ha impartido la Oxford Lecture como conferencia inaugural hablando de la importancia de la belleza y con la presencia de Stefano Gracis, Javier Pérez, Faleh Tamimi, Bassam Hassan, Luigi Canullo, Ali Tahmaseb, Josef Kunkela, Joao Caramês, Jose Luis de la Hoz, Vincent Fehmer, Roberto Cocchetto, Robert Kerstein, Primitivo Roig, Jonathan Esquivel, Mariano del Canto, Livio Yoshinaga, Jürgen Setz, Manuel Sancho o Arturo Llobell.

Nacho Rodríguez, Guillermo Pradíes y Jaime A. Gil, entre otros ponentes.

Tecnologia digital aplicada

La oferta de workshops se ha orientado especialmente a dar a conocer la tecnología digital aplicada tanto al diagnóstico como a la planificación de tratamientos, el flujo digital del trabajo o la implementación de los sistemas digitales en las clínicas, gracias a las intervenciones de Padraig Mc Auliffe, Carlos Parra, Víctor Fabuel, Cristian Abad, Waldo Zarco, José Luis Sánchez Rubio, Inmaculada González, Mercedes Robles, Nieves Albizu e Irene García.

Si por algo destaca la EPA es por el rigor científico que se exige a las comunicaciones presentadas en su congreso anual, hecho avalado por el prestigio universitario que tienen los miembros del jurado que evalúan las comunicaciones así como por, en muchos casos, el prestigio investigador y/o clínico de los odontólogos que presentan.

Las comunicaciones y posters han versado sobre un tema relevante de la prostodoncia, englobadas dentro de alguna de las siguientes categorías: educación/docencia, implantología, nuevas tecnologías, interdisciplinar, prótesis fija y removible, dolor orofacial y trastornos temporomandibulares y materiales dentales.

Este año se han presentado 49 comunicaciones orales y 87 posters

divididos en ocho sesiones repartidas entre las dos primeras jornadas del congreso. Los comunicantes proceden de diversos países como España, Turquía, Dinamarca, Grecia, Holanda, Alemania, República Checa, Rumanía, Finlandia, Albania, Bélgica y Croacia.

La EPA es la única sociedad científica europea que ofrece la posibilidad de obtener un reconocimiento como especialista europeo tras la evaluación de rigurosos criterios curriculares y un examen de capacitación ante un comité especialista. Este año y en el seno del congreso se ha procedido un año más a la defensa de este examen por parte de los candidatos que han optado a ello, entre ellos dos profesionales españoles. Actualmente tan solo hay 2 odontólogos españoles entre los que ostentan el reconocido título: Guillermo Pradíes y Rafael Martínez de Fuentes.

La participación de miembros de la Asociación de estudiantes de Odontología de la Complutense ha sido importante con la difusión de este congreso entre los más Jóvenes, así como en la organización del grupo de jóvenes q encargados de atender las distintas salas y supervisados por la secretaría técnica del congreso. •

Uno de los grandes nombres de la odontología estética en España

Antón-Radigales, premio a la Excelencia de Festética 2018

Su clínica es desde hace mucho tiempo un centro de referencia para todo aquel que quiera perfeccionarse en el campo de las restauraciones estéticas. Allí han aprendido algunos de los mejores dentistas de España. Otros han tenido la oportunidad de hacerlo a través de los numerosos cursos que ha impartido por toda la geografía española. Manuel Antón-Radigales, outsider en los 70, hoy dentista de culto, es uno de los protagonistas indiscutibles de la odontología estética en nuestro país. Festética 2018 le ha concedido su premio a la Excelencia.

"No tiene nada que ver la demanda social actual con la de hace 30 años y tampoco tiene nada que ver lo que los profesionales pueden ofrecer. Hay una nueva realidad que necesita un enfoque nuevo"

"Hablar de estética era una frivolidad... Los dentistas eran curadores". Así rememora Manuel Antón-Radigales sus comienzos en la odontología, en la década de los 70. Su apuesta por la estética, sin embargo, fue rotunda y, desde el principio, cuando ejercía como odontopediatra, la tuvo siempre muy presente.

Recuerda que empezó a trabajar como odontólogo infantil y las coronas de acero que se solían poner entonces a los niños que se fracturaban un diente: "Quedaba horroroso, a mí no me gustaba nada y empecé a hacerlas con composite".

Su carrera profesional discurre de forma paralela a la historia de la odontología estética en España. Van de la nada al todo en menos de 40 años. De no existir ni siquiera una denominación establecida para esta área de la odontología a la actual omnipresencia de la palabra estética en cualquier clínica, en cualquier plan de tratamiento.

"Yo colaboraba con 3M y en 1982 me consultaron sobre los materiales que necesitaríamos para odontología estética. Les di algunas ideas y así empezó. Hasta entonces intentabas dejarlo todo lo más bonito posible, pero no existía el concepto de odontología estética como tal".

A su juicio, esta evolución ha sido algo muy paulatino. "Cuando empecé no había nada y ahora que estoy terminando mi carrera parece que no haya otra cosa. De hecho, yo nunca me he dedicado exclusivamente a la estética, he hecho sobre todo conservadora, lo que pasa es que al final he acabado tratando a muchos pacientes de estética porque me venían", reconoce.

De no ser por la asociación que hacemos en nuestro país con la perfumería, a Antón-Radigales le gustaría referirse a la odontología estética como odontología cosmética, "porque cosmética viene de cosmos, que para los griegos era una cosa muy seria". "Finalmente parece que se ha impuesto en el uso el término estética dental, aunque en realidad odontología estética es un concepto más global, más completo", asegura.

Como global es también su visión de la odontología estética. Defensor de los tratamientos mínimamente invasivos y autoridad indiscutible en composites, aboga por un enfoque nuevo y más amplio, que necesariamente tiene que ir más allá de la odontología restauradora.

FESTÉTICA

Manuel Antón-Radigales.

"No tiene nada que ver la demanda social actual con la de hace 30 años y tampoco tiene nada que ver lo que los profesionales pueden ofrecer. Hay una nueva realidad que necesita un enfoque nuevo", insiste, y añade que sería muy bueno que hubiera una formación reglada, porque repercutiría de forma positiva tanto en los pacientes como en los profesionales.

"Creo que es necesario admitir que la odontología estética es una especialidad y que el reconocimiento de los especialistas en odontología pasa por una formación reglada. Hoy son muchos los pacientes que solicitan tratamientos meramente estéticos y son los especialistas en odontología estética los profesionales que deben dar respuesta a esta demanda".

Ya próximo al final de su andadura profesional, aquel visionario que arriesgó y apostó contra todo pronóstico por la estética afirma con toda convicción que la odontología estética no es ningún capricho: "La estética es función y la belleza es salud". •

FESTÉTICA
TU RECONOCIMIENTO PROFESIONAL

MADRID 30 NOV / 1 DIC 2018

3a Edición Festival Internacional de Odontología Estética

Actualización en Odontología Estética

VIERNES 30 NOV	PONENTES	PROGRAMA
10:00 - 10:30 hrs.	Carlos Saavedra	¿CUÁL ES LA MEJOR PORCELANA?
10:30 - 11:00 hrs.	Juan Zufia	EN BUSCA DE LA PAPILA
11:00 - 11:30 hrs.	Juan Ruiz de Gopegui	FACETAS DE PORCELANA EN DIENTES PERIODONTALES
COFFE BREAK		
12:00 - 12:30 hrs.	Alvaro Oteo Zaccagnini	¿RESTAURADOR O CIRUJANO? ANÍMATE
12:30 - 13:00 hrs.	Alvaro Delgado Pichel	CORONA O INCRUSTACIÓN
13:00 - 13:30 hrs.	Luis Segura-Mori	¿POR QUÉ ES COMPLICADO RESTAURAR IMPLANTES?
13:30 - 14:00 hrs.	Juan Flores	TRATAMIENTO DE LA SONRISA GINGIVAL
CÓCTEL		
15:00 - 15:30 hrs.	Jesús Oteo Calatayud	EVALUACIÓN BLANQUEAMIENTO EN CLÍNICA
15:30 - 16:00 hrs.	Jorge Parra	RESTAURAR SOBRE IMPLANTES
16:00 - 16:30 hrs.	Nacho Charlén Díez	¿CEMENTAR CON AISLAMIENTO ABSOLUTO?
COFFE BREAK		
17:00 - 17:30 hrs.	Daniel Blanco	¿QUÉ CÁMARA ME COMPRO?
17:30 - 18:00 hrs.	Ma Dolores Oteo Calatayud	DIASTEMAS: RESTAURAR O CERRAR ESPACIOS
18:00 - 18:30 hrs.	Javier Cremades	ENMASCARAMIENTO CON RESINAS
18:30 - 19:00 hrs.	Carlos Oteo Morilla	PROTOCOLO BDA EN BLANQUEAMIENTO DOMICILIARIO
19:00 - 19:30 hrs.	José Rábago	¿CUÁNDO RESINA O PORCELANA?
19:30 - 20:00 hrs.	Óscar Martín Gonzalez	CARILLAS, NO PREP, PREPLESS. MITOS Y REALIDADES

SÁBADO 1 DIC	PONENTES	PROGRAMA
10:00 - 10:30 hrs.	Daniel del Solar	DIFICULTADES EN LA CONFECCIÓN DE CARILLAS NO PREP
10:30 - 11:00 hrs.	Manuel Cueto	CUÁNTO DURAN LAS RESINAS COMPUESTAS
COFFE BREAK		
11:30 - 12:00 hrs.	Alfonso Oteo Pérez	¿CUÁL ES EL LÍMITE DE LOS INJERTOS?
12:00 - 12:30 hrs.	Luciano Badanelli	¿CUÁNDO CARILLAS, CUÁNDO CORONAS?

12:30 -13.30 hrs. **GALA PREMIOS FESTÉTICA 2018**

Inscribe tu caso clínico entrando en ***www.festetica.com*** *o en el Telf.* ***+34 693 362 026***

Si realizas la inscripción antes del 20 de octubre te regalamos una espátula Safident

LUGAR:

ESPACIO coem

ORGANIZA:

GRUPO DE ESTUDIOS ODONTOLOGÍA ESTÉTICA

Concede un año más una beca para colaborar con la Fundación Odontología Social

El Colegio de Dentistas de Navarra fomenta el voluntariado social

COENA
Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra

El Colegio Oficial de Dentistas de Navarra concede todos los años una beca para estudiantes de 4º o 5º de odontología, dirigida a hijos de colegiados de Navarra. La beca consiste en acudir a realizar voluntariado social con la Fundación Odontología Social Luis Seiquer (FOS). Este año, la beca concedía todo el importe solicitado a cada asistente por la FOS, concretamente 2.500€, y recayó en Paola Rivas Puyada quien, con otros 24 estudiantes españoles, viajó a México para atender a la población más desfavorecida.

Los estudiantes viajaron a México durante la segunda quincena de julio y realizaron su trabajo en la zona de Mérida, en colaboración con la Universidad Anáhuac Mayab. En la primera semana trabajaron en comunidades fuera de la capital yucateca: Valladolid, Peto y Muna y en la segunda semana se centraron en atender a la población de la ciudad de Mérida y de las colonias del sur.

En palabra de Paola Rivas, "la experiencia vivida en México ha sido enriquecedora en todos los aspectos. En el ámbito académico dental, hemos podido ver otras técnicas de trabajo diferentes, otras maneras de organización y otro ambiente de trabajo completamente distinto al que normalmente estamos acostumbrados en nuestro día a día. Creo que hemos podido valorar todas las facilidades que tenemos a nuestro alcance en comparación con la escasez de medios que se nos presentó. Además de valorar, hemos podido aprender a gestionar los pocos recursos que teníamos, así como el trabajo en equipo con los estudiantes de la universidad que nos acogía".

En esos 15 días, los voluntarios atendieron a poblaciones que se encuentran en situación de clara desventaja social y marginalidad o bien a comunidades alejadas de los centros neurálgicos del país que se encuentran en extrema pobreza. Por esta razón Paola Rivas destaca "el agradecimiento de las personas a las que atendimos durante el periodo de las brigadas, que confiaban en los estudiantes para tratarse y para tratar a los suyos sin importar las esperas ni el calor".

Para finalizar, Paola Rivas declara que el voluntariado "es una experiencia que todo estudiante en el ámbito de la salud debe vivir, pues se trata esta de una carrera y una profesión que está al servicio de los demás y es importante ver al paciente con una visión global y sobre todo muy humana. Se trata de una experiencia que hay que vivirla para poder entenderla, contarla y dejar que te cambie". •

Ningún país de la UE cumple la recomendación de la OMS respecto al ratio de dentistas por habitantes

Los odontólogos españoles cobran 500 euros menos que la media europea

La Oficina Europea de Estadísticas (Eurostat) ha hecho públicos datos que muestran que el salario medio percibido por los profesionales del sector sanitario y los trabajadores sociales en España, entre ellos los dentistas, es de 2.112 euros, 500 euros inferior a la media de la Unión Europea, que se sitúa en 2.601 euros. Son datos incluidos en el análisis llevado a cabo por Auladent, que recoge Redacción Médica.

Por su parte, los países de la Unión Europea con el salario medio más alto en este sector son Luxemburgo (4.419 euros), Irlanda (3.834 euros), Dinamarca (3.667 euros) y Suecia (3.251 euros). La consultora norteamericana PayScale, en cambio, señala unas cifras bastante superiores centrándose exclusivamente en los salarios de los dentistas.

Según este organismo, el importe medio anual que perciben los odontólogos españoles es de 40.000 euros (3.333 euros al mes), mientras que los finlandeses cobran alrededor de 83.000 euros (6.900 euros al mes), los belgas 71.000 euros (5.916 euros/mes), los suecos 65.000 euros (5.416 euros/mes) y los irlandeses 48.000 euros (4.000 euros/mes).

Ratio de dentistas

El informe también asegura que ninguno de los países miembros de la Unión Europea cumple con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación a la ratio de dentista por habitante, es decir, un profesional por cada 3.500 habitantes, según un análisis llevado a cabo por Auladent.

Los que más se acercan son Polonia (1 dentista por 2.853 habitantes), Malta (1/2.234) y Eslovaquia (1/ 2.053). Por el contrario, los países que cuentan con más dentistas colegiados por habitante son Grecia (1/799), Lituania (1/1.021), Chipre (1/1.022) y Bulgaria (1/1.027). La ratio media de toda la eurozona es de un dentista por cada 1.450 habitantes.

Aun excediendo el número de dentistas recomendados por la OMS, países como Finlandia, Suecia y Holanda precisan de odontólogos que cubran la demanda de servicios dentales, especialmente en las regiones periféricas.

En Holanda, por ejemplo, la falta de profesionales del sector responde principalmente al desarrollo demo-

El importe medio anual que perciben los odontólogos españoles es de 40.000 euros (3.333 euros al mes)

gráfico de los últimos años y al funcionamiento del sistema educativo. Sin embargo, solo tres universidades imparten la carrera de odontología en el país y cuentan con numerus clausu', por lo que cada año se gradúan menos de 250 alumnos; un número muy bajo teniendo en cuenta que anualmente se jubilan unos 300 dentistas. •

La Fundación Jiménez Díaz acogerá la cita de esta nueva asociación científica

I Congreso de la Sociedad Española de Medicina Dental del Sueño

La Sociedad Española de Medicina Dental del Sueño (Semdes) ha anunciado la celebración de su primer Congreso que se celebrará en Madrid desde el 29 de noviembre al 1 de diciembre de este año. “Somos una sociedad nueva para subrayar la cada vez mayor implicación del odonto-estomatólogo en el diagnóstico, manejo y control de los trastornos respiratorios obstructivos del sueño”, ha señalado su presidente, Juan José Arrieta.

La sede del Congreso será la Fundación Jiménez Díaz, que dispone de una unidad del sueño en la que trabajan distintas especialidades médicas (otorrinolaringología, psiquiatría, neumología, neurología, pediatría) y en la que el dentista es una parte igualmente importante.

El Congreso arrancará con un curso sobre el papel del odontoestomatólogo en el manejo del síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) en el paciente adulto y el uso de la aparatología intraoral en el tratamiento del ronquido.

La Semdes ha nacido este año como “un foro sin ánimo de lucro, ni intrusiones comerciales, ni intereses individuales, como una Sociedad abierta a todos los Odontólogos y Estomatólogos con interés en la Medicina Dental del Sueño y con la motivación de trabajar de una forma multidisciplinar con el resto de especialidades médicas”. Su propósito es impulsar un ámbito científico propio como sucede en la mayoría de los países desarrollados: Alemania, Bélgica, Italia, Australia, Nueva Zelanda, Japón o Estados Unidos. •

José María Martínez-González, elegido presidente

Nueva Junta Directiva de la Sociedad Española de Gerodontología

La Sociedad Española de Gerontología (Seger) ha elegido nueva Junta Directiva, que encabezará José María Martínez-González como presidente. Junto a él, estará de vicepresidente Antonio López Sánchez; de secretario, Luis Jesús Rubio; de tesorera María Martín Ares, y como vocales Eva Otero, Beatriz González, Jesús Moreno, Natalia Martínez, Belisa Olmo y Marta Cabo.

Los días 17 y 18 de mayo de 2019 se celebrará en Ciudad Real el XIX Congreso Anual y VIII Internacional de la Seger. La sede del Congreso será el antiguo casino de la ciudad castellano-manchega, situado en el centro, los jardines del Prado, donde también se encuentra el Museo Lopez Villaseñor, la Catedral y la antigua biblioteca del Estado. •

Muere el vicepresidente José María Medina Casaubón

Conmoción y tristeza en la familia SEPES

El pasado 15 de septiembre la odontología española y en particular la Sociedad Española de Prótesis y Estética SEPES perdía a un entrañable y activo compañero, el Dr. José Mª Medina Casaubón que a los 49 años de edad nos decía adiós para siempre.

Vicepresidente de SEPES desde 2012 en la actual Junta Directiva de SEPES presidida por el Dr. Nacho Rodríguez, fue el coordinador desde ese año del programa de premios y becas de investigación que otorga la sociedad anualmente así como coordinador de la revista informativa "La SEPES Informa".

Anteriormente, de 2009 a 2012 fue miembro vocal de la Junta Directiva presidida por el Dr. José Rábago.

Socio de SEPES desde 1999, el Dr. Medina Casaubón participó activamente en la organización y coordinación de los ciclos de formación continuada que se impartieron en numerosas ciudades. En octubre de 2012 presidió la 42 Reunión Anual de SEPES que se celebró en Granada, su ciudad natal. •

José María Medina Casaubón, vicepresidente de SEPES

Si nos ponemos en manos de un dentista...

¿Por qué tu clínica no recurre a una agencia para el marketing y la comunicación?

- Identidad Corporativa
- Audiovisual
- Prensa y Comunicación
- Diseño Editorial
- Diseño de Espacios
- Marketing Online/Offline
- Diseño Web
- Organización de Eventos
- Ilustración

Oklok

www.oklok.es

RECONOCIMIENTO PARA EL DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

Josep Maria Ustrell, nuevo miembro numerario de la Real Academia Europea de Doctores

Josep Maria Ustrell ha sido nombrado miembro numerario de la Real Academia Europea de Doctores en un acto celebrado en el auditorio de la sede de Fomento del Trabajo, en Barcelona. Su discurso de ingreso como nuevo académico llevó por título Perspectiva humanística de la bioética en estomatología y odontología, para realizar una reflexión sobre la ética en la profesión de dentista.

El ingreso en la Real Academia Europea de Doctores, que tiene entre sus miembros a varios premios Nobel, es un paso más en la trayectoria del profesor Ustrell. Desde enero de 2017 es director de la Escuela de Odontología de la Universidad de Barcelona. También es jefe de Servicio de Ortodoncia del Hospital Odontológico, Universidad de Barcelona, donde ejerce como profesor desde hace 36 años. Igualmente es director del Máster de Ortodoncia de la Escuela de Odontología y codirector del Máster de Ortodoncia y Deformidades Craneofaciales del Hospital San Juan de Dios.

El título escogido para el discurso de ingreso comienza con la palabra perspectiva, "que es el enfoque que damos a la relación de la ética durante nuestra actuación con el paciente", según Ustrell. La palabra siguiente es humanística "porque se entiende como el concepto del Renacimiento, es decir, la valoración de la persona y su función en el mundo". Sigue bioética "porque son la conducta y los valores que aplicamos a las actitudes y actividades que envuelven nuestra vida, en este caso, orientada a la salud oral. Para esta área utilizamos dos palabras diferentes y similares a la vez, de un lado, estomatología, especialidad de la medicina y, del otro, odontología, rama de las ciencias de la salud. Ambas tratan de la patología de la boca y las zonas anexas. En un intento de tener todas las partes conformes, se hizo una unión, creando la palabra odontoestomatología".

Ustrell y (de izq. a dcha.) Alejandro Romeo, Roser Padró, Montserrat Rigau, Francisco Guinot, Sara Piera y Javier Casas.

Ustrell y el presidente de la RAED, Alfredo Rocafort.

Ustrell y el Rector de la UB, Joan Elias y los vicerrectores José Batista y Alberto Cirera.

(De izq. a dcha.) Pere Riutord, Ustrell, Sebastiana Arroyo y Carlos Subirá.

Ustrell y Pedro Clarós, vicepresidente de la RAED.

Ustrell y profesor Paolo Menghini de la Universidad de Pavia.

(De izq. a dcha.) Dr. Luis Giner, decano de Odontología de la UIC, Dra. Virginia Novel, Ustrell, Sor Lucía Caram y Dr. F. Javier Sitges.

Ustrell y Naohito Watanabe, cónsul General del Japón.

Ustrell y Luis Giner, decano de la U.I.C.

UN SIGLO DE HISTORIA CONTEMPLA A LA REAL ACADEMIA EUROPEA DE DOCTORES

Una institución plural, que trabaja la ciencia y el acceso a la verdad

La historia de la Real Academia Europea de Doctores es centenaria. Según se explica con detalle en su página web, fue denominada Real Academia Europea de Doctores (RAED) en 2016. Previamente, la institución tuvo diversos nombres oficiales en su siglo de historia: Agrupación de Doctores Matriculados de Cataluña (1914-1920), Colegio de Doctores Matriculados del Distrito Universitario de Barcelona o Colegio de Doctores (1920-1954), Academia de Doctores de Cataluña y Baleares o Academia de Doctores (1954-1990) y Real Academia de Doctores (1990-2016).

Según consta en los estatutos de la Academia, la misión del académico es la de acceder a la verdad, la de defender la vida, la de trabajar la ciencia y proclamar la convivencia intercultural. Ser miembro numerario permite tener voz y voto en la toma de decisiones y poder, así, hacer efectivo estos objetivos.

Esta academia es plural, abarcando muchas áreas de las ciencias y las humanidades, y esto es lo que le da la potencialidad de influir en el comportamiento ético de las diferentes profesiones, fruto de los estudios universitarios. Los académicos están al servicio de la sociedad.

Como se ha dicho, el primer precedente de la actual institución es la Agrupación de Doctores Matriculados de Cataluña, creada por un grupo de doctores matriculados, en torno al prestigioso cirujano Álvaro Esquerdo, ante la proximidad del I Congreso de Doctores que se celebraría en la capital catalana en 1915. La inscripción no se realizaría en el Registro de Asociaciones del Gobierno Civil de la provincia de Barcelona hasta el 25 de mayo de 1919.

Solemne sesión con el rey Alfonso XIII

Álvaro Esquerdo.

Guillermo de Benavent Camps.

Jordi Xifra Heras.

Se puede considerar a Álvaro Esquerdo –secundado por su secretario, el Dr. Guillermo de Benavent– el verdadero fundador de la institución, que tuvo en sus inicios una intensa vida cultural, incluida la solemne sesión de fin de curso de 1919 presidida por S.M. el rey Alfonso XIII en el Paraninfo de la Universidad de Barcelona.

En 1920 pasa a denominarse Colegio de Doctores Matriculados del Distrito Universitario de Barcelona, corporación reconocida oficialmente en 1924 mediante Real Orden del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

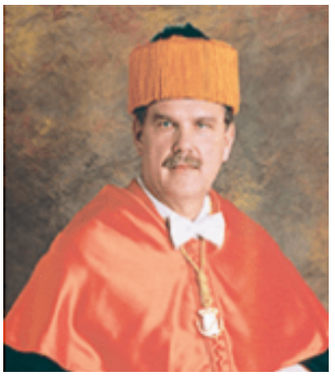
El Colegio de Doctores entró en una etapa de difícil supervivencia por el largo período de inestabilidad política que se vivió en España: tuvo escasa actividad durante la Segunda República y prácticamente desapareció con la Guerra Civil.

En 1943, toma nuevamente un gran impulso bajo la presidencia del ilustre Dr. Guillermo de Benavent Camps, quien ostenta con prestigio el cargo hasta su muerte en 1963, ayudado por el vicesecretario Dr. Peres Casañas. Ambos harán posible el renacimiento del Colegio de Doctores tras casi dos décadas de turbulencias sociales y políticas.

En 1964, asumía las riendas el Dr. Jordi Xifra Heras, quien encontró una Academia de Doctores restaurada y consolidada, pero necesitada de cambios. Él hizo desfilar por la tribuna académica lo mejor de la cultura y la ciencia de su tiempo, mientras que el buen oficio del Dr. Bermejo como secretario insufló orden y continuidad en las actividades de la Academia.

Luis Dolcet Buxeres.

José Casajuana Gibert.



Alfredo Rocafort Nicolau.

Impulso regenerador con la democracia

En 1977 ocupó la presidencia el Dr. Luis Dolcet Buxeres, quien continuó brillantemente la línea de sus antecesores durante una década marcada por el impulso regenerador y transformador de una Junta que vivió un período ilusionante ya en plena democracia. En esos años, y con la colaboración de su sucesor el Dr. José Casajuana Gibert –ejemplo de tenacidad, esfuerzo y discreción, un hombre de ciencia y de conciencia con creencias firmes y conocimiento de erudito–, se gestaron acciones decisivas en el devenir de la institución. Especialmente relevante fue el año 1989: la Academia es reconocida entidad de derecho público y Su Majestad el rey Juan Carlos I le concede el título de Real, siendo desde entonces Real Academia de Doctores.

A partir de ese momento, los lazos con la Corona se han traducido en diversos actos en los que la Casa Real ha tenido a bien mostrar su afecto hacia la institución.

Así, los reyes Juan Carlos y Sofía presidieron, en el Palau de la Música, una solemne sesión académica el 10 de diciembre de 1992. El 29 de mayo de 2008 el decano-presidente José Casajuana Gibert impuso la Medalla de Honor de la Real Academia de Doctores a Su Majestad el rey Juan Carlos I, durante el Consejo Interacadémico de Cataluña, del que nuestra institución ostentó la presidencia.

La historia reciente de la RAED viene marcada por su último decanato, el presidido por el Dr. Alfredo Rocafort Nicolau, que se inició el 26 de junio de 2012, tras ser elegido por votación con un amplio consenso. La nueva Junta de Gobierno presidida por el Dr. Rocafort ha realizado una reforma global de la institución: una nueva sede corporativa y diversas modificaciones en los Estatutos, que recogen el sentir de un programa realista, han abierto la institución a los nuevos tiempos, incorporando en su seno como académicos a prestigiosos científicos europeos y americanos, entre los que podemos contar algunos premios Nobel.

Reconocimiento europeo

Hace unos años, la Academia se propuso superar barreras físicas, geográficas y políticas, y apostar decididamente por la internacionalización. En 2016, ese reto ha culminado al añadir el adjetivo europea al nombre de la institución.

Por el camino, la Real Academia de Doctores ha sido admitida en 2013 como academia asociada por la Junta rectora del Instituto de España, y ha celebrado su centenario en 2014. El día 7 de abril de 2014 tuvo lugar en Barcelona la conmemoración del centenario 1914-2014 de la Real Academia de Doctores y el acto de inauguración de la nueva sede corporativa, emplazada en el céntrico edificio de Fomento del Trabajo.

A la celebración asistieron Artur Mas i Gavarró, presidente de la Generalitat de Catalunya, quien presidió el acto conmemorativo, y Luis Martínez Sistach, arzobispo de Barcelona, quien hizo la bendición de la nueva sede.

Desde su fundación, en 1914, la Real Academia Europea de Doctores ha estado comprometida con la defensa del prestigio del título de Doctor y ha velado por mantener la armonía y la más estrecha colaboración entre sus miembros. Con ese orgullo, cien años después, nos reconocemos en la cuádruple identidad de académicos, doctorales, reales y europeos. •

ENTREVISTA

ANTONIO CASTAÑO SÉIQUER

"Nos encantaría que nos imitaran porque la odontología social es necesaria en todas partes"

La odontología social distingue a Antonio Castaño Séiquer (Huelva, 1959), capaz de hacer de la necesidad virtud en una especialidad poco desarrollada, pero con grandes posibilidades de hacer más felices a las personas. Su lema (ayudar aprendiendo, aprender ayudando) le ha permitido crecer, llegar a destinos lejanos y darle un vuelo inusitado a su profesión. La Fundación Odontología Social Luis Séiquer es su gran obra, que muy probablemente le trascienda, y con la que está consiguiendo mejorar la salud bucodental de colectivos vulnerables y marginados. Y aunque entiende que su misión es más propia de los poderes públicos, sabe que pasará mucho tiempo hasta que el relevo se produzca. Mientras tanto, la odontología social tiene el mejor valedor y promotor en la figura de Castaño Séiquer.

ISMAEL SÁNCHEZ

Licenciado en Medicina por la Universidad de Sevilla, apuesta por la Estomatología. Aunque la especialidad es nueva para él, intuye que tiene grandes necesidades no cubiertas que pueden ofrecerle un notable desarrollo profesional.

Antonio Castaño Seiquer: Tuve familiares prestigiosos que me acercaron a la Medicina y que se preocuparon más por ayudar a la gente que de ganar dinero. En concreto, me influyeron notablemente dos tíos míos: Julio López Mejías, uno de los padres de la Neumología en España, y Luis Séiquer, destacado cirujano vascular en Andalucía.

ODONTÓLOGOS DE HOY: *¿Y cómo estaba entonces la Estomatología?*

ACS: A mediados de los ochenta era una especialidad insolidaria, muy guiada por el mercantilismo. Dependiendo del estrato social del paciente, se le daba uno u otro tratamiento. En los primeros años del nuevo Sistema Nacional de Salud creado por la Ley General de Sanidad, la Estomatología era claramente una especialidad cenicienta.

Es el profesor Aníbal González el que, en 1988, al acabar Castaño Séiquer la especialidad, le inocula el interés por la estomatología social. Ya entonces comienza a preocuparse por la cobertura de las necesidades básicas de las personas y por los derechos en salud recogidos en la mismísima Constitución.

ACS: El profesor González tenía un enfoque más preventivista, y a mí me atrae más el frente comunitario. Me preocupo por que la cavidad oral y sus enfermedades no tengan la misma consideración que otros órganos. Y me pongo manos a la obra, sabiendo que la labor solidaria tiene un efecto positivo inmediato, que en nuestro caso, se traduce directamente en un aumento notable de la autoestima del paciente, que se ve capaz de volver a sonreír.

ODH: *¿A qué atribuye el olvido de la salud bucodental por parte de las administraciones públicas?*

ACS: Desde mediados del siglo XX que apareció la figura del odontólogo de atención primaria, siempre estuvimos ligados a una estricta y escueta cartera de servicios: exodoncias. Ese rol mutilador, que no le hizo ningún bien a la profesión, se perpetúa con la creación del SNS. Tampoco ayudó a cambiar la situación la falta de recursos que

se movían en la especialidad y, desde luego, agravó la situación el secular conflicto entre estomatólogos y odontólogos. Y, por encima de todo, faltó visión estratégica por parte de los responsables políticos del momento.

En 1998 alcanza la categoría de profesor titular de Odontología Preventiva y Comunitaria y su actividad académica gana en profesionalización. Un año después, se produce el nacimiento del primer Máster en Salud Pública Oral impartido por universidad española, con el que Castaño Séiquer logra sentar las bases académicas y conceptuales de la odontología comunitaria.

ACS: La primera edición del máster ya tuvo 35 alumnos y después hemos tenido promociones de 80 y hasta de 90. De los 2.000 dentistas públicos que puede haber en España, un importante porcentaje ha cursado este Máster. Obviamente, este éxito no hubiera sido posible sin la participación de brillantes docentes con los que he tenido la suerte de colaborar: Antonio Sagues, de la Consejería de Salud de Andalucía, Manuel Bravo, de Granada, Federico Simón, impulsor del PADI vasco, el profesor González Sanz, de la Universidad Complutense de Madrid, y Joaquín Doldan, de la Universidad Nacional de la República de Uruguay.

ODH: *¿El propio éxito de este máster se puede interpretar como que, pese a los pesares, algo se estaba moviendo en la Odontología?*

ACS: Vamos a ver, en tantos años, claro que hubo avances profesionales de relieve. Del odontólogo de cupo que solo hacía exodoncias fuimos pasando a una realidad más multidisciplinar, con equipos de atención primaria y centros de salud en los que ya figura el profesional de la Odontología, con programas preventivos de impacto como el PADI o los realizados en mujeres embarazadas, incluso algún que otro intento de incorporar la especialidad al sistema MIR. Sin embargo, el contexto mercantilista se mantenía y así ha llegado hasta nuestros días en los que parecen primar aspectos no estrictamente sanitarios como la cosmética, que están ganando la partida a lo que verdaderamente debería importar: la salud bucodental de la población.

ODH: *¿Cuál fue el apoyo más notable que recibió para lanzar y consolidar el Master?*

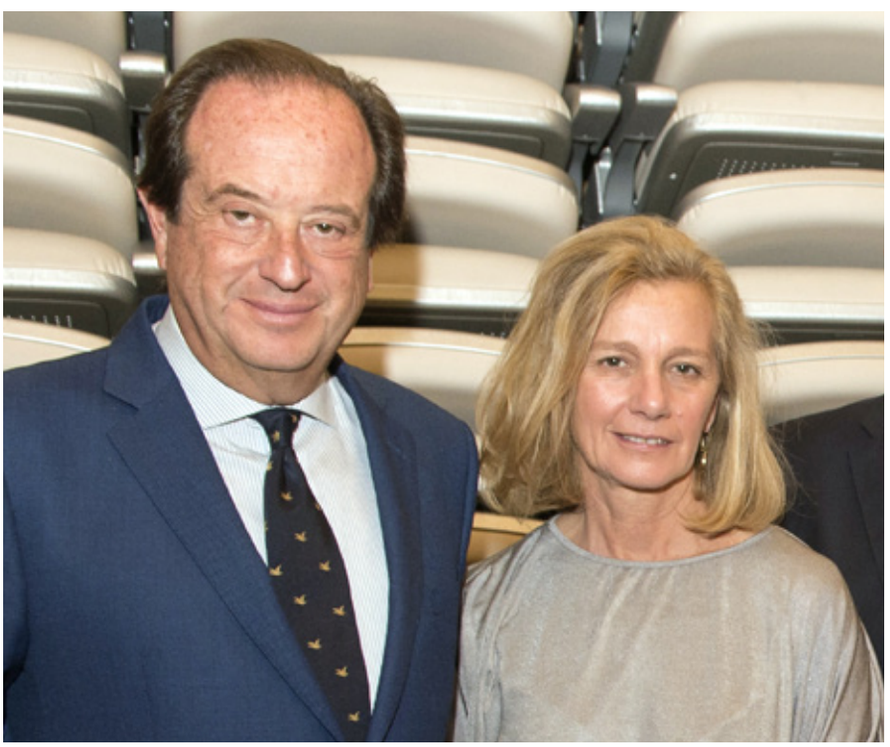
ACS: Sin lugar a duda el de la Universidad de Sevilla. Yo me siento parte de esta institución al cien por cien. Sin su empuje hubiera sido muy complicado llegar hasta donde hemos llegado con la Fundación, llevando siempre con orgullo su nombre, eso sí.

Con motivo de un doctorado realizado en Lima (Perú), en 2003, y gracias a una ONG local, Castaño Séiquer comienza a dar forma a la Fundación Odontología Social. Apoyado otra vez por su inseparable Universidad de Sevilla, impulsa la creación de un grupo de cooperación para el desarrollo sobre odontología social y sitúa sus primeros retos asistenciales en Perú y República Dominicana.

ACS: Hacíamos odontología integral en zonas rurales deprimidas, en alianza con otras universidades como Alas Peruanas o la Autónoma de Santo Domingo. Atendíamos a unos 500 pacientes diarios, gracias al trabajo continuado de 80 o 90 profesionales. Podíamos alcanzar los 5.000 pacientes atendidos al año, pero el proyecto era excesivamente estacional, los límites los ponía el escaso tiempo del que disponíamos para llevar a cabo el proyecto. Estábamos a tope en agosto, pero en febrero ni aparecíamos por allí, y las necesidades bucodentales persistían.

ODH: *¿Le hizo esta circunstancia aparcar estos retos internacionales?.*

ACS: Es verdad que ahora nuestra atención es más continuada y sólida en los proyectos que desarrollamos en España. Pero creemos en nuestra labor internacional y mantenemos los programas en República Dominicana, México y Marruecos. Buscamos iniciativas que tengan un corpus propio, que



Antonio Castaño con su esposa Adela, gerente de la fundación.

no sean un hecho aislado que sirva para hacer una foto y poco más. El turismo solidario es un peligro en el que nosotros no vamos a caer de ninguna manera.

> "Creo que nuestro proyecto es perfectamente replicable y ojalá que se repita en otras comunidades autónomas."

La Fundación nace formalmente en marzo de 2009. Es el Ayuntamiento de Sevilla el que acude a Castaño Séiquer para dar respuesta a un problema de salud bucodental en personas drogodependientes de manera que la intervención sanitaria se convierta en una herramienta de integración social.

ACS: Pese a toda la actividad que estábamos llevando a cabo, seguíamos sin una sede social, sin una sola clínica en la que pudiéramos sostener el proyecto. Finalmente, en 2013, logramos abrir un centro solidario en Sevilla, la capital española de la desigualdad, para atender a personas en riesgo social o en situación de exclusión. Desde entonces, entre 70 y 90 personas al día pasan por alguno de los cinco gabinetes dentales de los que disponemos.

ODH: *¿Cómo seleccionan a las personas que tienen derecho a usar sus servicios?*

ACS: Nos ayudan otras instituciones, como ayuntamientos, Cáritas, Cruz Roja o Proyecto Hombre, que realizan el diagnóstico social que faculta a una persona para acudir a nuestra Clínica y asumen el coste del tratamiento, que obviamente es simbólico. Para 2019, el Ayuntamiento de Sevilla nos ha concedido 115.000 euros para la atención de personas o colectivos desfavorecidos y vulnerables.

ODH: *La labor de la Fundación no sería posible sin los profesionales que colaboran. ¿Cuál es su perfil?*

ACS: Hablamos de un odontólogo joven, con grandeza de espíritu, que trabaja a fondo y que termina su labor enormemente satisfecho, puesto que la labor solidaria te permite recibir más, mucho más de lo que das. No en forma de gratificación dineraria, sino con besos, abrazos y mucho cariño de quien mejora su salud bucodental y también su autoestima.

ODH: *¿Qué otras organizaciones colaboran en el mantenimiento del proyecto?*

ACS: Me gustaría mencionar a compañías como Proclinic, que nos dona mucho material, la Caixa, que es casi como nuestra madre, y Clinic Cloud, que nos aporta el software de gestión. Pero también

Rolando Peniche y Antonio Castaño.

sentimos el apoyo de organizaciones profesionales como el Consejo General de Dentistas o la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (Sepes).

ODH: *¿Cuáles son los colectivos más beneficiados por la misión de la Fundación?*

ACS: Empezaría mencionando a los drogodependientes, unas personas que están en situación de máxima exclusión social. Pero no nos olvidamos de la población infantil, una realidad grave especialmente en algunas comunidades como la gitana, donde los niños presentan bocas en un estado catastrófico. Y en los últimos años nos estamos acercando a las mujeres maltratadas. La boca es un elemento muy vulnerable en cualquier agresión, y las afectadas por esta lacra, ven muy lastimada su autoestima, por los problemas que se originan en sus dientes. En cuanto recuperan la sonrisa, estas mujeres ganan en la necesaria autoestima para rehacer sus vidas.

Desde 2016, una clínica dental solidaria aparece entre los servicios del Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI) que hay en Melilla. En alianza con el Colegio de Odontólogos de la ciudad autónoma, este gabinete atenderá este año a más de 2.000 pacientes y se convertirá en la clínica para refugiados más grande del mundo por nivel de actividad.

ACS: Nos encantaría que nos imitaran porque la odontología social es necesaria en todas partes. Queremos abrir también clínicas en el CETI de Ceuta, en Huelva y en Madrid. Mientras tanto, disponemos de la primera unidad móvil odontológica de Andalucía, y podemos hacer realidad nuestro sueño de atender a los más vulnerables entre los vulnerables. Creo que nuestro proyecto es perfectamente replicable y ojalá que se repita en otras comunidades autónomas.

ODH: *¿Cree que los odontólogos responderán positivamente a este creciente reto solidario que se está planteando en su profesión?*

ACS: Yo creo que sí. Los profesionales sanitarios en general son solidarios y los odontólogos no somos la excepción. Lo que sí hay que procurar es activar los impulsos, tocar las fibras sensibles de los candidatos y darles todas las facilidades en cuanto a infraestructura y medios para que lleven a cabo su deseo de colaborar y mejorar la salud bucodental de los desfavorecidos.

ODH: *¿Cuál es el futuro que le aguarda a la Fundación?*

ACS: El ideal sería desaparecer en un escenario en el que los poderes públicos, las administraciones sanitarias asumieran nuestro trabajo. Pero francamente, y lo digo con tristeza, estamos a años luz de esta posibilidad. Así que mientras ese ideal se concreta, nosotros vamos a seguir creciendo e intentando atender a todas las demandas que nos lleguen y acudir a los lugares en los que se nos necesite. •

JAVIER GONZÁLEZ TUÑÓN, presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias

"Me encantaría que la Odontología fuera pública; sería mucho mejor para el profesional"

Tímido y respetuoso al principio de la entrevista, Javier González Tuñón (Oviedo, 1955) se familiariza rápido con el intercambio de preguntas y respuestas y muestra su locuacidad y capacidad expositiva. Vale para presidente, qué duda cabe, aunque solo fuera por su facilidad para exponer argumentos y aportar juicios de valor. Pero su intención al llegar al Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias (Codes) era mayor que la de ser un correcto portavoz de la profesión. Quería cambiar situaciones y perspectivas, aunque pronto se dio cuenta de que el margen de maniobra al frente de la Corporación es muy pero que muy estrecho. Con todo, no arroja la toalla y tiene un proyecto personal (una fundación) que le puede llevar a presentarse el año que viene a por un tercer mandato.

ISMAEL SÁNCHEZ

ODONTÓLOGOS DE HOY: *¿Por qué optó por la Estomatología?*

Javier González Tuñón: Yo iba para cirujano, la verdad, pero la Estomatología se cruzó en mi camino. Y creo que afortunadamente, porque luego creo que he salido ganando. Yo formé parte de la primera promoción de estomatólogos de la Universidad de Oviedo. La inauguración de la Escuela me llamó mucho la atención y, además, tenía un tío que era protésico dental y me habló muy bien de la especialidad. Entré y, ya le digo, nunca me arrepentí.

ODH: *No parece que le influyera mucho la realidad de que ser dentista, entonces y ahora, era algo diferente a ser médico.*

JGT: A mí no, desde luego. Yo creo que ser dentista es una profesión muy bonita. Parece que eres menos que el médico, pero el oficio tiene un gran componente relacionado con la cirugía, que era lo que a mí me gustaba al principio. Y yo hago esa cirugía, la practico y compruebo día a día lo importante que es para el bienestar de las personas. Es verdad que yo también tuve suerte porque llegué a la profesión en unos años muy buenos. Entonces los honorarios eran buenos y podías invertir parte de ellos en la necesaria formación continuada para hacerte un mejor profesional. Hoy todo eso ha cambiado y los tiempos son mucho peores.

ODH: *Llega al Codes en 2011. ¿Cómo nació su inquietud colegial?*

JGT: Yo desconocía el Colegio, no sabía a lo que se dedicaba, como muchos profesionales que tampoco saben para qué sirve. Desde luego, no existe para defendernos a ultranza ni para ser una organización corporativa, como piensan algunos. Su principal misión creo que es velar por la deontología profesional y por un ejercicio ético. Y claro que debe proteger, cuando toque, al profesional, pero no como una patente de corso. Yo me presenté como presidente para aportar mi granito de arena.

ODH: *¿Qué se encontró?*

JGT: Pues encontré un Colegio muy hecho, muy bien organizado. No en vano por aquí han pasado un expresidente de Consejo General, Alfonso Villa Vigil, y un director ejecutivo como Rafael González Gallego, que han aportado mucho y muy bueno. Entonces llega uno, e intenta contribuir con lo que sabe y rápidamente me doy cuenta de que es difícil, muy difícil cambiar las cosas.

ODH: *¿Por qué?*

JGT: Pues porque en los grandes problemas de la profesión, en el intrusismo, en la plétora, en las clínicas marquistas, los colegios profesionales tenemos poco que hacer, no solamente el de Asturias. Debemos tener cuidado de no irritar a otras autoridades, como las de Competencia. Con la legislación actual, que está caduca, tenemos muy poco que hacer, por eso los profesionales terminan pensando que hacemos muy poco o nada. Ojalá escándalos como este último de iDental hagan reaccionar a los políticos y se cambie de una vez la ley. De lo contrario, creo que hay otros ámbitos sanitarios, como puede ser la Oftalmología, que pueden correr la misma suerte que la Odontología.

"El futuro de la clínica solidaria me preocupa y hemos decidido crear una fundación para mejorar y asegurar su funcionamiento"

ODH: *Bueno, algo habrá hecho en estos casi ocho años en el Colegio, de alguna acción estará orgulloso.*

JGT: Sí, claro, de la Clínica Solidaria que pusimos en marcha con Cáritas, para atender de manera gratuita a personas sin hogar o en riesgo de exclusión social. Al principio teníamos grandes expectativas, pero es verdad que el proyecto no se ha desarrollado en los términos que nos hubiera gustado. El principal problema es seleccionar a los beneficiarios y, francamente, es difícil conseguir que el paciente que recibe el tratamiento es el que realmente lo necesita, y no aquel que quizá no lo necesita tanto. Por otro lado, estoy muy satisfecho de la reforma de las instalaciones del Colegio, que ha sido posible gracias a la situación económica saneada heredada de las juntas directivas que nos precedieron. Hemos mejorado los sistemas administrativos y telemáticos, para mejorar la comunicación y el servicio al colegiado. Y hemos procurado orientar la formación continuada hacia la calidad, y no tanto hacia la cantidad.

ODH: *Entonces, ¿está su misión cumplida o va a presentarse a un tercer mandato el año que viene?*

JGT: Pues todavía no lo sé, aunque reconozco que ser presidente es atractivo. Hace unos meses estaba decidido a no continuar porque creo que ocho años es tiempo suficiente, pero el futuro de la clínica solidaria me preocupa y hemos decidido crear una fundación para mejorar y asegurar su funcionamiento. Es un proyecto que me motiva y que, independientemente de que siga o no, me gustaría que tuviera continuidad. Voy a ver si soy capaz de asegurarla, ya sea conmigo de presidente o sin mí.

ODH: *¿Cómo es la relación del Codes con la Administración autonómica?*

JGT: No es mala, pero creo que debería mejorar. Los políticos piensan que somos demasiado corporativos y esto no es así. Deberían hacernos más caso en la regulación y ordenación de la salud bucodental, tendrían que tener a los profesionales más en cuenta. Y, sobre todo, les pedimos mayor control de la actividad odontológica. No somos contrarios a la competencia, es algo necesario, pero debe haber límites. Obligatoriamente.

ODH: *¿Por qué cree que no hay apenas cambios en esta situación, y los políticos no terminan de hacer nada o de darse por enterados?*

JGT: Primero de todo, hay que tener voluntad política para hacer cosas, para cambiar cosas, y muchas veces nuestros representantes no la tienen. Luego es cierto que los dentistas siempre hemos sido los malos de la película de la salud bucodental. Porque es verdad que las piezas dentales terminan enfermando, antes o después, y que en la familia, al final, todos los miembros tienen que pasar por el dentista. Y claro, los tratamientos cuestan lo que cuestan. Pero a los profesionales nos han dejado de la mano de Dios, con la responsabilidad de preservar la calidad asistencial, pero ¿a qué precio? Entonces, han recurrido a las clínicas low cost, pensando que así resolverían el problema, y mire lo que ha terminado pasando.

ODH: *¿Cuál es su propuesta para acabar con esta situación?*

JGT: A mí me encantaría que la Odontología fuera pública, que formara parte de las prestaciones de los servicios públicos de salud. Sería mucho mejor para los profesionales, sobre todo para los más jóvenes que empiezan ahora y que por lo menos tendrían un trabajo digno en unas condiciones estables y de buena práctica.

ODH: *¿Cree que sería una posibilidad de solucionar la plétora profesional?*

JGT: Bueno, para abordar este problema habría que apoyarse en los estudios serios que desvelan los desajustes entre oferta y demanda, como por ejemplo el que ha realizado el profesor Jaime Pinilla, de la Universidad de Las Palmas. No puede ser que cada vez haya más graduados que no saben ni encuentran donde trabajar. Con el agravante de que el dentista solo sabe ser dentista y necesita ejercer para mantener sus conocimientos. Y, por encima de todo, aspira a ser un buen profesional y a que se le reconozca por ello.

> *"A mi me encantaría que la odontología fuera pública"*

ODH: *Pero la oferta formativa no parece disminuir precisamente.*

JGT: Claro, porque la Odontología sigue siendo vista como la gran bicoca para captar recursos. Algunos piensan que esto era como hace años y ya se terminó. Necesitamos un estudio de necesidades laborales reales y un control efectivo en esta materia. Partiendo del hecho de que la masificación no ha traído el abaratamiento de precios. Y con la certeza de que la formación es cara y que si no se lleva a cabo, termina por afectar a la calidad de la atención.

ODH: *¿Y la creación de especialidades? ¿Sería positiva?*

JGT: : Sin duda que va a contribuir a elevar el nivel de la profesión, pero no sé si ayuda a resolver la plétora. Creo que deben crearse y desarrollarse, pero por sí solas no van a solucionar estos problemas. Y, por supuesto, para lo que no deberían servir es para impedir al dentista general realizar determinados tratamientos. No se les puede excluir. En definitiva, yo creo que la profesión se mejora controlando la publicidad, persiguiendo el intrusismo y velando por que las sociedades profesionales estén lideradas por profesionales.

ODH: *¿Cómo piensa que se siente el dentista joven ante este panorama?*

JGT: : Su situación es muy difícil, sobre todo cuando no hay más remedio que llevar dinero a casa. En verdad que el futuro es muy incierto. A mi juicio, es preferible intentar acceder a una clínica tradicional, en la que el dentista joven puede ser guiado y enseñado por el dentista mayor. Esta manera de empezar no se da en las clínicas marquistas y para mí es un riesgo muy grande para el desarrollo profesional individual. Luego están los salarios, que son muy bajos, y que nos les van a permitir formarse adecuadamente, lo cual es fundamental para ejercer bien su profesión. Mi consejo es que los dentistas jóvenes se junten, vayan de la mano como colectivo y reivindiquen y luchen por mejorar esta situación. El Codes está a su entera disposición para llevar a cabo iniciativas en este sentido, aunque es verdad que es difícil porque los dentistas, en el fondo, somos muy independientes, y nos cuesta hacer proyectos en grupo.

ODH: *Usted lidera un centro estomatológico que lleva sus apellidos, que es una referencia en Oviedo desde los años ochenta y que emplea a más 40 profesionales. ¿Qué papel debería jugar la gestión en las cualidades del dentista?*

GG: Sinceramente, creo que la gestión debería ser una asignatura obligatoria en el grado de Odontología. Porque la tarea del dentista no es solo sanitaria, sino que se enfrenta a un negocio costoso y muy complejo de administrar y sacar adelante.

> *"La tarea del dentista no es solo sanitaria, sino que se enfrenta a un negocio costoso y muy complejo de administrar y sacar adelante."*

ODH: *Volviendo a su apuesta por la Odontología pública, le recuerdo que así están los médicos y tampoco son una profesión precisamente satisfecha con su actual situación y sus perspectivas de futuro.*

JGT: Pero los médicos están quemados por su pérdida de prestigio social, no porque formen parte de los servicios públicos de salud. Igual que en la sociedad se han deteriorado muchos valores que hace años eran poco menos que intocables, pues la Medicina ya no es hoy lo que era antes. Pero los médicos que trabajan en hospitales y centros de salud públicos tienen una profesión que pueden ejercer con dignidad y medios. Y eso muchos dentistas no lo tienen.

ODH: *Como los que trabajaron para iDental.*

JGT: Y encima van a tener que pagar por lo que hicieron y los auténticos responsables de este caso se irán de rositas. Si esos dentistas hubieran tenido una plaza pública, no hubieran caído nunca en el negocio de iDental. Estarían encantados de trabajar para el sistema público. •

Soluciones Profesionales
para el sector dental

• SOFTWARE DE GESTIÓN • CONSULTORÍA Y FORMACIÓN* • CONNECTDENTAL® • SERVICIO TÉCNICO
• DISEÑO DE CLÍNICAS • MARKETING DIGITAL • FINANCIACIÓN A MEDIDA
• FINANCIACIÓN PARA SUS PACIENTES* • SEGUROS PROFESIONALES*

HENRY SCHEIN®
Business Solutions

HENRY SCHEIN® FINANCIAL SERVICES

HENRY SCHEIN® ConnectDental® | Trusted Digital Solution

HENRY SCHEIN® infomed Software Sanitario

PRO SERVICE ESTIDENT

Rely on Us™

Solicite más información en:
business.solutions@henryschein.es

www.henryschein.es

RICARDO DE LORENZO, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

"El profesional que más habla con sus pacientes es el menos denunciado"

Hablar de Derecho Sanitario en España remite obligatoriamente a la todopoderosa figura de Ricardo De Lorenzo, presidente de la Asociación que ha logrado consolidar una disciplina tan aparentemente como tediosa como vitalmente imprescindible en las perspectivas de pacientes, profesionales y servicios sanitarios. ODONTÓLOGOS DE HOY habla con este abogado tenaz, que casi tiene el don de la ubicuidad de tantos lugares y organizaciones por las que ha pasado y a las que continúa ligado para resolver dudas y dictar criterios que luego se convierten en teorías indiscutibles. Su asociación cumple ahora 25 años y él sigue reivindicando el Derecho Sanitario como fórmula maestra para que la sanidad eleve la seguridad clínica al principal de sus argumentos.

REDACCIÓN

ODONTÓLOGOS DE HOY: *En octubre el Congreso Nacional de Derecho Sanitario alcanza su XXV edición. ¿Qué significa este hecho para usted y para la Asociación que preside?*

Ricardo De Lorenzo: Este congreso se une a la conmemoración de los veinticinco años desde el nacimiento de la Asociación Española de Derecho Sanitario, que se constituyó en 1992 con la finalidad de propiciar el acercamiento adecuado entre el Derecho y las profesiones sanitarias. Alcanzar más de veinticinco años de vida asociativa y esta XXV edición de nuestro Congreso nacional es nuestro mayor logro. Piense que en el año 1992, no existían las condiciones adecuadas para el entendimiento entre los profesionales del Derecho y los de la Salud, como consecuencia, por un lado, de una cierta inexistencia de instrumentos normativos que constituyeran el cauce adecuado para resolver los problemas que afectaban a las Ciencias de la Salud, y, por otro, tampoco existía una concepción adecuada de la complejidad de las cuestiones suscitadas. Resultaba necesario un enfoque multidisciplinario de las materias que constituyen el objeto del Derecho Sanitario.

ODH: *Ahora mismo no es posible hablar de Derecho Sanitario sin mencionar su labor. Pero ¿a qué otras personalidades sería justo y necesario referirse para conocer la evolución de la disciplina?*

RDL: Efectivamente no es una labor individual, sino que son muchos los que han participado en esta evolución, sobre todo los miembros de las diferentes juntas directivas y comités científicos. También me gustaría dedicar un recuerdo obligado, aunque doloroso, a aquellos compañeros que nos han abandonado en estos años: los magistrados Enrique Ruiz Vadillo, Jose Manuel Martínez Pereda, Antonio Pedreira y Jose Maria Álvarez Cienfuegos; los juristas Manuel Aulló Chaves y Roberto Cantero Rivas; el padre Javier Gafo, o el general Juan Montero Vázquez, entre otros. Les debemos nuestro agradecimiento pues con ellos construimos la actual idea del Derecho Sanitario. Pero ya también son legión la nueva generación de jóvenes estudiosos de nuestra especialidad, que en nuestras sucesivas elecciones han ido ocupando los puestos directivos de nuestra Asociación como son Juan Abarca Cidón, Íñigo de Miguel Beriaín, Raquel Murillo Solís, Ofelia De Lorenzo Aparici, Eduardo Javier Martín Serrano, Francisco Corpas Arce, Juan Manuel Méjica García, Luis Calvo Sánchez o el doctor Ángel de Benito Cordón. Únale a estnombres ya siete promociones de alumnos que han cursado el Master Universitario en Derecho Sanitario de la Universidad CEU San Pablo en la que nuestra Asociación participa activamente.

ODH: *Y a usted, ¿de dónde le viene su interés en el Derecho Sanitario?*

RDL: Mis inicios profesionales fueron en la jurisdicción laboral, como abogado laboralista de los profesionales sanitarios frente a la Administración, y es de ese preciso ámbito de donde nacen los orígenes del Derecho Sanitario. No ha de olvidarse que fue la Ley de 14 de diciembre de 1942 la que creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad, con el objetivo de otorgar una protección sanitaria efectiva a los trabajadores y sus familias. Dicha fórmula institucional arraigaría y experimentaría en las décadas posteriores un proceso de progresiva expansión, hasta llegar al modelo sanitario hoy existente.
Este germen histórico del Derecho Sanitario anclado en el Derecho de la Seguridad Social poco a poco se fue trasformando, borrándose de forma progresiva lo que fueron sus perfiles iniciales hasta llegar a la configuración de una especie de servicio público abierto a todos los ciudadanos, de responsabilidad compartida entre el Estado, las comunidades autónomas y las corporaciones profesionales, los cuales normativizaron uno de los ordenamientos jurídicos más importantes y característicos del Estado social de nuestros días, que fue lo que me atrajo desde el primer momento, viendo claramente su potencial desarrollo.

ODH: *Gracias a su incansable misión didáctica y divulgativa, el Derecho Sanitario es hoy más conocido y reconocido. ¿Es en verdad una materia aburrida o simplemente no se había sabido explicar hasta que apareció usted?*

RDL: Ninguna de las dos cosas. El profesional sanitario nos ha enseñado la importancia de la comunicación con los pacientes y la importancia de conectar mejor con los usuarios de los sistemas de salud. Y es que proporcionar a los pacientes una información clara, sencilla y leal puede darles a estos la oportunidad de tomar decisiones importantes e informadas a lo largo del proceso de su enfermedad. Y desde el Derecho debe ser lo mismo. Hacer fácil lo difícil solo depende de la actitud con la que estemos dispuestos a dar el primer paso hasta ello. El miedo, muchas veces, nos agranda la tarea y nuestra mente la complica, nos han educado a pensar que todo es difícil y complicado, por eso lo sencillo, lo natural nos cuesta aceptarlo, pero ese es el camino y para resolver lo que cuesta solo hay que empezar a hacerlo.

Ricardo De Lorenzo, en su despacho, junto al cartel del XXV Congreso Nacional de Derecho Sanitario.

ODH: *¿Cuánto le debe el auge del Derecho Sanitario a la medicina defensiva?*

RDL: Los errores en la sanidad existen exactamente igual que en otros ámbitos de la actividad humana, y si bien sabemos que es imposible prevenir todos ellos, sí se pueden reducir las posibilidades de que se produzcan o se pueden crear sistemas de detección y corrección antes de que tengan consecuencias irreparables. Ahí es donde está el Derecho Sanitario, que procura y fomenta la seguridad clínica. Muchas situaciones son susceptibles de mejora simplemente mediante cambios en los sistemas de trabajo y de instauración de sistemas de prevención, y desde luego no se ampara ahora en el momento en el que la especialización de la Medicina y la modernización de la tecnología propician una transformación en las expectativas de vida y de curación de los pacientes, en lo que en Estados Unidos dio origen al concepto de medicina defensiva en los años sesenta, lo que es tanto como decir medicina basada en la desconfianza. El Derecho Sanitario no le debe nada a este tipo de Medicina.

ODH: *Abogados y profesionales sanitarios... ¿obligados a entenderse o cuanto más lejos, mejor?*

RDL: Cuando constituimos la Asociación, el sector sanitario había cambiado profundamente como consecuencia de un triple progreso, el de la medicina, el jurídico y el social. Pero la comprensión entre estos tres sectores seguía siendo muy difícil. Este entendimiento necesario, tan evidente hoy, ha requerido un gran esfuerzo por parte de todos, ya que Sanidad y Derecho habían estado tradicionalmente incomunicados, lo que paradójicamente originaba la multiplicación de desencuentros y también litigios en el sector sanitario. La incomprensión es perfectamente superable cuando existe la necesidad y el deseo de comprender recíprocamente las informaciones, las novedades, los avances técnicos y jurídicos, y se crea la necesidad de conocer por parte de los profesionales sanitarios las implicaciones jurídicas de su ejercicio profesio-

nal, y por parte de los abogados, jueces y fiscales la necesidad de conocer igualmente las circunstancias en las que el ejercicio profesional se desenvuelve.

ODH: *¿Cómo valora la conflictividad judicial en torno al ejercicio odontológico? ¿Hay muchas o pocas demandas contra los dentistas?*

RDL: Ciertamente se viene registrando un aumento de las reclamaciones de los pacientes respecto de la práctica asistencial hacia ellos dirigida, pero no sólo en el campo de la Odontología, sino en el conjunto de la práctica asistencial. El mayor conocimiento de los pacientes de sus derechos y la culturización de la sociedad son los motivos, en un espacio de horizontalización relacional de profesionales y pacientes. Se ha producido, con la irrupción en nuestra sociedad de determinadas clínicas, un fenómeno que podríamos llamar de mercantilización de la Odontología, en donde el valor principal que se publicita es la economía del tratamiento a dispensar. En una vivencia económica como la actual, de limitación de recursos, está garantizado el efecto llamativo de estos anuncios. Creo que el paciente necesita analizar debidamente el conjunto de las ofertas y valorar otros elementos que el económico, como la solvencia profesional principalmente, y examinar en cada caso las condiciones generales de precios adicionales o financiaciones a aplicar a su caso concreto.

ODH: *Los dentistas llevan tiempo reclamando una mayor decisión, y un mayor control, en la regulación de la publicidad, que a veces es manifiestamente engañosa y provoca escándalos como el más reciente de iDental. ¿Cuál es su opinión al respecto?*

RDL: La publicidad sanitaria es un espacio tan vasto que no puede encontrarse ajeno a la regulación jurídica. Aunque existe una regulación amplia de esta materia en España, es francamente insuficiente. Le puedo citar que ya la Ley 14/1986, General de Sanidad, encomendaba a las Administraciones Públicas el control de la publicidad comercial sanitaria. La regulación específica vino más adelante con la Ley 34/1988, General de Publicidad y el Real Decreto 1907/1996 que reguló la publicidad y promoción comercial de productos, actividades y servicios con pretendida finalidad sanitaria. Y en el espacio comunitario también hay varias directivas al respecto. Como puede ver el soporte normativo es poderoso pero exiguo, y debo decir que se ve desbordado por la realidad social actual, en cuyo seno es continua la emisión de mensajes publicitarios de todo tipo hacia los ciudadanos y entre los cuales se encuentran los de contenido sanitario. Vivimos en la era de las comunicaciones y el consumidor se encuentra acechado de continuo por ofertantes de productos y servicios. Comienza a ser habitual la proliferación de informaciones supuestamente sanitarias, que podrían ser engañosas, favoreciendo intereses económicos de la empresas autoras de estas informaciones, que en definitiva es publicidad encubierta que no sigue las recomendaciones de la OMS para este tipo de trabajos, como el caso a que Vd., se refiere.

Imagen para la historia, con los miembros de la primera Junta Directiva de la Asociación Española de Derecho Sanitario. Sentados, en primera fila, Segovia de Arana, padre del sistema MIR, Ricardo De Lorenzo, Javier Sánchez Caro y el médico José Fornes, entre otros. Justo detrás de los dos ilustres abogados, el veterinario Antonio Borregón. A la derecha, de pie, el abogado Santiago Pelayo.

ODH: *Usted ha cosechado éxitos en la reivindicación de derechos labores básicos de los médicos, como el cobro de las guardias o los contratos de interinidad. Salvando distancias y diferencias, ¿cómo ve las relaciones laborales en el sector dental?*

RDL: Siguen siendo complicadas. Los dentistas autónomos, y los autónomos en general, han sido el colectivo más perjudicado por la crisis. Los graves problemas a los que se tienen que enfrentar día a día siguen estando presentes y no hay mucha voluntad política de ponerle freno: el acceso al crédito, la morosidad, la economía sumergida y la caída en picado de determinados tratamientos están generando poca demanda y poca actividad. Esto, unido a la realidad de profundo cambio que ha sufrido el sector dental en el cambio de modelo de negocio y a las adaptaciones sufridas por las clínicas dentales para ajustarse a los criterios de la Dirección General de la Inspección de Trabajo sobre el régimen de Seguridad Social aplicable a los profesionales sanitarios de los establecimientos sanitarios privados ha repercutido directa y profundamente sobre el colectivo. Aunque la Ley 6/2017, de 24 de octubre, de Reformas Urgentes del Trabajo Autónomo, ha incluido importantes modificaciones, sigue siendo en mi opinión insuficiente.

Entre otras cosas, porque lo que realmente crea empleo, y no se ha avanzado nada en este sentido es la flexibilidad interna en las empresas. Y esa flexibilidad, con la cantidad de contratos existentes, hace que muchos profesionales propietarios de Clínicas Dentales se pierdan si no tienen un asesor especialista en gestión y administración de personal legal en esta selva jurídica. Es imprescindible que la ley no ponga obstáculos al empresario para poder flexibilizar las relaciones laborales como alternativa al despido. Un empresario debe poder realizar contratos indefinidos sin percibirlos como un lastre, como ocurre hoy.

ODH: *También es un profundo conocedor de los colegios profesionales. ¿Cree que están evolucionando con arreglo a las necesidades cambiantes de, en este caso, los dentistas o son instituciones a las que les cuesta cambiar?*

RDL: La presencia de los colegios profesionales en una sanidad global es irrenunciable. Y lo es porque la salud es un bien que resiste a contemplaciones objetivas de cambio de bienes y servicios y se enuncia en términos de bienestar físico y social que reclaman enunciarse desde premisas de ética y solidaridad, como corresponde a un derecho anclado en la dignidad de la persona. La persecución del bien salud requiere unas condiciones de confianza entre los actores sociales y de avance en las condiciones de los profesionales que lo proveen, que determinan que sean los Colegios los únicos garantes del disfrute de prestaciones sanitarias en condiciones de solidaridad, ética y progreso en la formación y en la calidad asistencial. Al margen de la autocrítica que, necesariamente, deberán hacer algunas corporaciones, es fundamental transmitir la idea de que los Colegios Profesionales no son un reducto de intereses corporativos, sino los defensores de una asistencia sanitaria de calidad proponiendo y reivindicando las mejoras necesarias, como garantía máxima.

ODH: *Casi un año después de su aprobación, ¿qué impacto está teniendo la Ley 6/2017, de Reformas Urgentes del Trabajo Autónomo en los dentistas?*

RDL: Como le decía antes, ha sido un gran paso, aunque para mí y aplicado a los dentistas si tuviera que señalar alguna medida, diría que la posibilidad de compatibilizar el trabajo por cuenta propia con el 100% de la pensión de jubilación. Hasta la Ley de reformas urgentes del Trabajo Autónomo la pensión de jubilación era incompatible con la realización de un trabajo por cuenta propia o ajena. Pues bien, con esta ley de autónomos, la jubilación activa no se modifica para los empleados por cuenta ajena, que podrán compatibilizar su empleo con el 50% de la pensión. Sin embargo, respecto a los dentistas autónomos sí tiene un gran impacto, pues si es autónomo y tiene contratado, al menos, a un empleado por cuenta ajena, podrá compatibilizar su actividad con el cobro del 100% de su pensión, si cumple el resto de requisitos de edad y cotizaciones indicados. La ley sólo exige tener a un empleado por cuenta ajena, sin delimitar por tipo de contrato o porcentaje de jornada. Por tanto, sería válido disponer de un empleado temporal a media jornada, por ejemplo, a no ser que el INSS establezca lo contrario en el futuro. Es cierto que deberá seguir cotizando en el RETA. No obstante, cumpliendo algunos requisitos adicionales podrá aplicar una exoneración en sus cuotas, salvo por IT. Eso sí, esta mejora no resultará aplicable a los autónomos societarios. En ese caso quien contrata a los trabajadores es la sociedad y no el autónomo, por lo que el autónomo no puede cumplir dicho requisito.

ODH: *En el Congreso de Derecho Sanitario se va a debatir sobre 25 años de leyes sanitarias españolas. ¿Cómo calificaría en general el soporte normativo en el campo de la salud y de la asistencia sanitaria?*

RDL: Desde nuestra especialidad y a pesar del avance practicado en todos los órdenes, la legislación sigue siendo insatisfactoria. Quizás debería propugnarse la introducción de una Ley que tenga en cuenta la peculiaridad del acto médico, unifique el caos jurisdiccional, y determine los baremos indemnizatorios.

ODH: *¿Y qué recomendación para cuando el dentista tenga un problema con su paciente?*

RDL: Hablar con él. En mi experiencia el profesional sanitario que más habla con sus pacientes es el menos demandado. Y el conocimiento de la normativa reguladora de los derechos y obligaciones de los pacientes. Su desconocimiento provoca una falta de comunicación que propicia mayor número de reclamaciones y demandas a los profesionales. Es fundamental que la calidad de la relación médico-paciente sea tan importante en la formación de los profesionales como los conocimientos técnicos y científicos. •

AUTOR:
JAVIER GÓMEZ
Licenciado por la UCM en 1994.
Especialista en Endodoncia por la UCM 1995-1997.
Master en Implantología por la UCM 1999-2001.
Práctica privada en Madrid.

Restauraciones directas en procesos destructivos severos

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso clínico de un paciente que acude consulta con una higiene muy defectuosa y caries en tercio medio y cervical de los dientes de arcada superior (#25, 24, 23, 22, 21, 11, 12, 13, 14, 15) y arcada inferior (#46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35, 36).

PALABRAS CLAVE

Higiene defectuosa. Caries múltiples. Tratamiento con obturaciones directas de resina.

CASO CLÍNICO

El paciente evidenciaba ligera sensibilidad al frío de vez en cuando y la localizaba por zonas. En las radiografías no presentaba imagen radiolúcida apical en ningún diente. No presentaba hábitos nocivos de ingesta de ácidos por alimentos o regurgitaciones.

Se diagnosticó en el apartado de procesos destructivos dentales (caries múltiples) y se planteó un plan de tratamiento con obturaciones directas de resina.

Se preparó el diente con fresa redonda de diamante a nivel de esmalte y se realizó la remoción de tejido careado con fresa de micromotor redonda de carburo de tungsteno.

Arcada superior lado derecho zona posterior. Estado inicial.

Arcada superior frontal zona anterior. Estado inicial.

Se valoró clínicamente la dentina sana sin uso de colorantes mediante una cucharilla, con la que se percibía un tejido duro. Se efectuó lavado con clorhexidina y se administró ácido ortofosfórico al 37% en esmalte y a los 15 segundos se aplicó sobre la dentina. A los 30 segundos se lavó profusamente durante 10 segundos.

Se secó con jeringa de aire y se empleó un adhesivo de 5ª generación. No se usó base cavitaria. Se aplicó en pequeñas bolitas de composite Artemis Ivoclar Vivadent condensándolas con un instrumento (Safident) y la última capa se modeló con pincel.

Se polimerizó en sucesivas capas con una lámpara de polimerización y el acabado se realizó con un ajuste oclusal en oclusión y en movimientos de lateralidad y protusiva.

Se recortó algún exceso interproximal con bisturí hoja nº 12 y con fresa de 8 hojas de carburo de tungsteno. Se acabó el modelado vestibular con fresa de diamante de grano fino color rojo y copas de pulir. El pulido se llevó a cabo con discos Softlex de grano fino y discos Flexibuff con pasta de diamante Enamelice.

El paciente acudió de nuevo a la consulta a los 8 años sin sintomatología y descuidado de nuevo en la higiene. Se practicó una profilaxis y se realizaron pruebas terminas respondiendo positivamente en todos los dientes. No se realizó ningún pulido ni ajustes oclusales. Volvemos a insistir y a motivar al paciente en técnicas de cepillado. Se cita a revisión en un año. •

Arcada superior lado izquierda zona posterior.
Estado inicial.

Arcada superior frontal zona anterior.
Realizado el tratamiento.

Arcada superior lado derecho zona posterior.
Realizado el tratamiento.

Arcada superior lado derecho zona posterior.
Realizado el tratamiento.

Revisión a los 8 años.

Patología oral en imágenes

Linfoma difuso de células B grandes en mandíbula

AUTORES:

DR. JULIÁN CAMPO
Odontólogo. Profesor Contratado Doctor. Facultad de Odontología. UCM. jcampo@ucm.es

DR. JORGE CANO
Odontólogo. Profesor Contratado Doctor. Facultad de Odontología. UCM. jcano@ucm.es

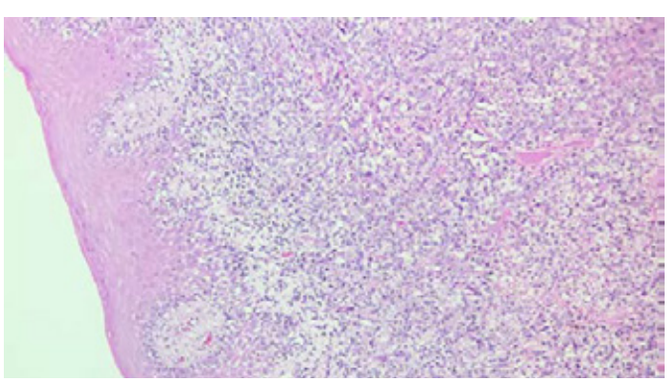
DR. CLAUDIO BALLESTIN CARCAVILLA
Médico Adjunto Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre (Madrid). claudio.ballestin@salud.madrid.org

Mujer de 79 años que acude a hospital regional en Etiopía presentando en la exploración una ulceración dolorosa de gran tamaño en la zona anterior del reborde alveolar mandibular provocando movilidad y pérdida de varios dientes anteriores. Refiere que tiene dicha lesión desde hace unos 4 meses (Figuras 1 y 2). A la palpación dicha ulceración es de consistencia dura y a nivel extraoral presentaba adenopatías palpables.

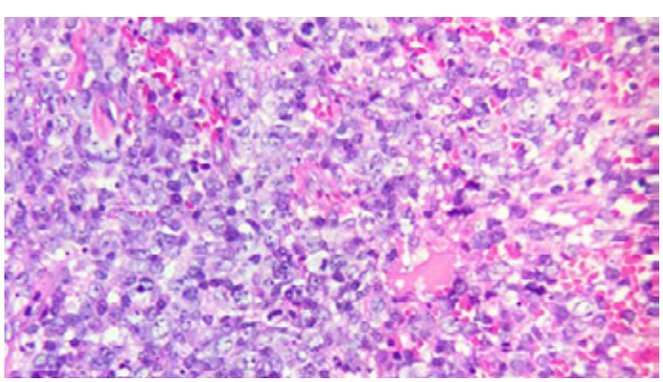
La paciente no refiere tener ningún hábito nocivo, incluido el tabaco. Tampoco se registra ningún otro antecedente de relevancia. No refiere otros síntomas acompañantes ni síntomas "B". Ante la imposibilidad de realizar pruebas de imagen y debido a la alta sospecha de malignidad se decide realizar una biopsia incisional de la lesión para confirmar el diagnóstico.

El estudio histopatológico reveló una densa infiltración difusa de células linfoides grandes con núcleos pleomórficos, con cromatina heterogénea y nucléolos prominentes. Se observó una gran cantidad de figuras mitóticas, macrófagos y algunas áreas de necrosis. Todos estos datos eran compatibles con una lesión de Linfoma No-Hodgkin (LNH) (Figuras 4-5). Se requería un estudio inmunohistoquímico para determinar el fenotipo.

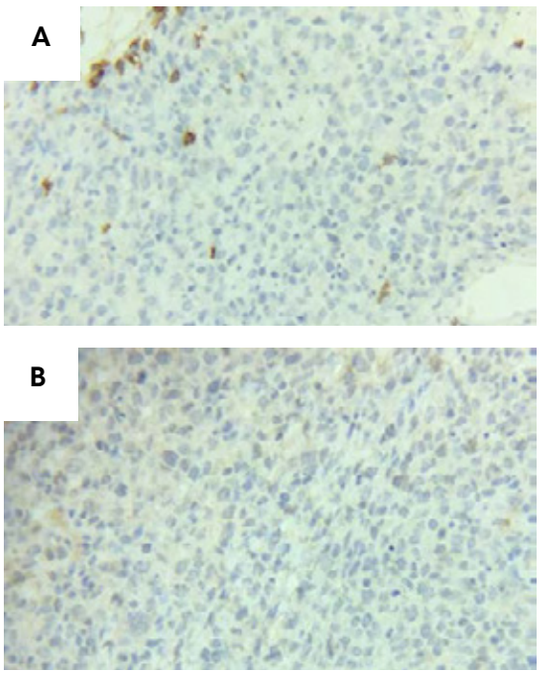
Ulceración dolorosa en zona alveolar mandibular con movilidad dentaria y consistencia indurada a la palpación. (Figuras 1 y 2)



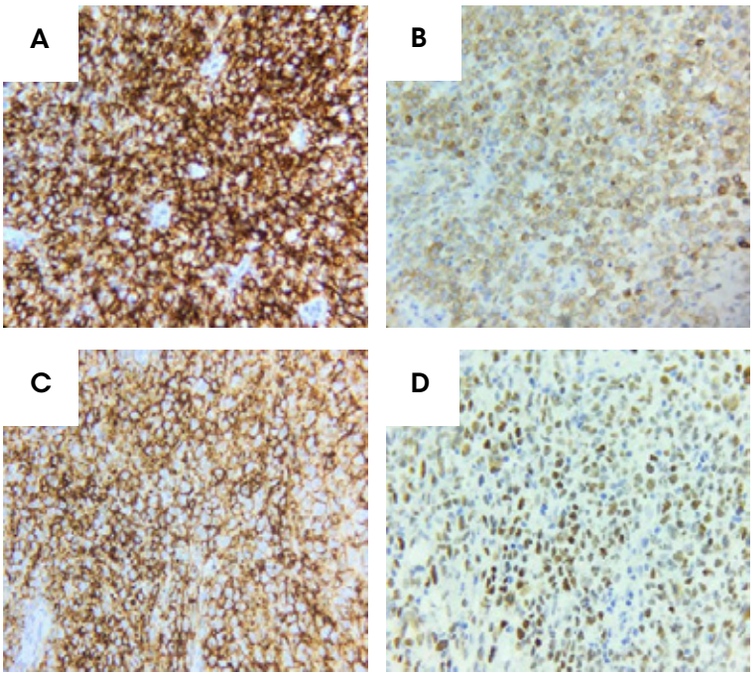
Microfotografía 10x H/E. LNH. Proliferación células linfoides grandes. (Figura 4)



Microfotografía 40x H/E. LNH donde se pueden observar a mayor aumento células linfoides grandes con núcleos pleomórficos y nucleólos prominentes. Se pueden observar muchas mitosis.(Figura 5)



Tinción IHQ con marcadores estudiados negativos. 6a) Microfotografía 40x. CD3 (-); 6b). Microfotografía 40x. CD30 (-). (Figura 6)



Tinción IHQ con marcadores de células B positivos. 7a) Microfotografía 40x. CD20 (+); 7b) Microfotografía 40x. CD79a (+) 7c). Microfotografía 40x. CD10 (+); 7d) Microfotografía 40x. Bcl-6 (+). (Figura 7)

El análisis inmunohistoquímico fue informado de células linfoproliferativas monoclonales tipo B de fenotipo CD 20+, CD10+ y CD 79a+(Figuras 6 y 7). La serología fue negativa para VIH, citomegalovirus, VHB y VHC.

Ante el resultado del estudio IHQ (Tabla 1) se informó como mucosa oral infiltrada por un linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes de alto grado (índice proliferativo-Ki67:80%) (Figura 8).

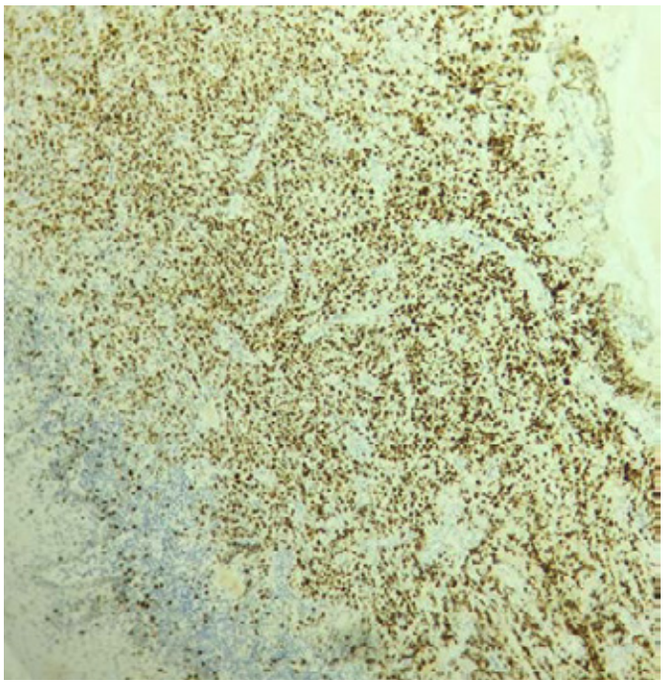
Resultados del Panel Inmunohistoquímico	
Panqueratinas (AE1-AE3): (-)	CD45 (Ag común leucocitario): (+)
CD3 y CD43: (-)	CD23: (-)
CD20 y CD79 alfa: (+)	CD10: (+)
BCL-2 y BCL-6: (+)	CD30: (-)
Mib-1 (Ki-67): (+) 80%	

(Tabla 1)

•CD3 y CD43 marcan linfocitos T; CD10 (marca blastos B del centro germinal) y CD20 y CD79 alfa marcan linfocitos B

•CD45: marca tejido linfoide; CD23: marca células linfoides dendríticas, linfoma folicular, otros...

•Bcl-6 y Bcl-2: son marcadores de linfomas B y de linfomas q derivan del centro germinal



Tinción IHQ positiva Mib-1 (Ki67: + 80%). Microfotografía 10x. (Figura 8)

Ante dicho diagnóstico de malignidad la paciente fue derivada a centro hospitalario de la capital para que se iniciara el tratamiento de quimioterapia específico.

El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es el subtipo más frecuente de linfoma no Hodgkin (LNH). Se trata de una neoplasia de origen linfático que se caracteriza por la expansión clonal de linfocitos de origen desconocido. Aunque los LNH de cavidad oral son extremadamente raros, corresponden al segundo tumor maligno más habitual en cabeza y cuello detrás del COCE (carcinoma oral de células escamosas). Suele presentarse con predilección por los varones, entre la 6-7 década de la vida y asociada a la infección por VIH u otros estados de inmunosupresión, radiación ultravioleta, pesticidas, etc. Este caso presentado además de tratarse de una mujer, no está asociado a inmunodeficiencia o infección por VIH. Suele aparecer como una masa de crecimiento rápido en presencia o no de síntomas "B", como fiebre, sudoración nocturna y disminución de peso.

El linfoma o enfermedad de Hodgkin (LH) suele afectar a ganglios cervicales y/o mediastínicos, mientras que los LNH pueden manifestarse como un proceso extranodal hasta en un 40% de los casos, de los que aproximadamente un 3% se originan de forma primaria en territorio buco- maxilofacial, como sucede en el caso que presentamos.

Estas lesiones tiene un gran parecido clínico con otras lesiones intraorales más prevalentes, como el COCE o incluso procesos infecciosos odontogénicos. Si como en este caso la historia clínica no "acompaña" ya que se trata de un paciente VIH negativo, no fumador y no presentar síntomas "B", se puede producir un retraso en el diagnóstico. El tratamiento "gold standard" en cualquier caso es realizar una biopsia incisional para confirmar el diagnóstico. En casos como el que presentamos se deberá completar realizando estudio inmunohistoquímico que ayude a establecer el diagnóstico correcto y permita iniciar el tratamiento específico a la mayor celeridad posible. La supervivencia en casos de lesiones localizadas es alta y el pronóstico suele ser bueno.

Entre los posibles diagnósticos diferenciales, además del ya mencionado COCE, habría que establecerlo con el linfoma de Burkitt (asociado al virus de Epstein-Barr-VEB), con un sarcoma o procesos infecciosos como la osteomielitis. Otros tumores linfoproliferativos pueden estar relacionados con el VHC, el VHH tipo 8 o el VIH, lo que obliga a realizar serología a estos pacientes con lesiones sospechosas de linfoma. El pronóstico de esta patología es por lo general mejor que en los casos de COCE. Se estima una supervivencia a los 5 años del 75% para el LH y de un 65% para el LNH extranodal de cabeza y cuello. La estrategia terapéutica de estos procesos linfoproliferativos está en continua evolución, pero en general suele realizarse mediante radioterapia, asociada o no a diferentes protocolos de quimioterapia. La combinación más recomendada en los casos de alto grado como el caso que presentamos sería la ACVBP* (adriamicina, ciclofosfamida, vindesina, bleomicina, prednisona). Otra pauta es el CHOP** (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina y prednisona) asociada o no a rituximab. •

*ACVBP: Adriamicine+ Cyclophosphamide+ Vindesine+Bleomycin+Prednisone
**CHOP: Cyclophosphamide+Hydroxydauborubicin+ Oncovin(vincristine)+Prednisone

BIBLIOGRAFÍA

1.-Menon MP y cols. The histological and biological spectrum of diffuse large B-cell lymphoma in the WHO Classification. Cancer J 2012;18(5):411-420.

2.-Richards T, y cols. Linfoma primario difuso de células B grandes de mucosa gingival, en paciente VIH y EBV negativos. Rev Hosp Ital B Aires 2017:37(4):146-148.

3.-Friedberg JW. Diffuse Large B-cell Lymphoma. Hematol Oncol Clin North Am 2008;22(5):941

QUIERE

¿FINANCIACIÓN FÁCIL?

PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en

918 291 241

FINCLINIKS

FINANCIACIÓN CLÍNICA

70 Aniversario de la creación de la Escuela de Estomatología de Madrid

Se cumple este año el 70 Aniversario de una de las fechas más singulares de la reciente historia de nuestra profesión, la de 25 de febrero de 1948, cuando se dispuso por una Orden el cambio de denominación de la Escuela de Odontología, que pasó a llamarse Escuela de Estomatología. Fue durante algo más de dos décadas, hasta que en 1971 abriera sus puertas la homónima de Barcelona, el único centro español del que egresaron dentistas, con el correspondiente título de Doctor o Licenciado Médico Estomatólogo.

AUTOR:

Javier Sanz Serrulla

La Guerra civil española vino a trastocar los planes previstos en la construcción de la Ciudad Universitaria de Madrid que, con motivo del XXV aniversario de la coronación de S.M. Alfonso XIII, no sólo se había iniciado con buen ritmo sino que cumplía los plazos previstos y lograba aportaciones económicas realmente importantes para dar remate a las obras.

Uno de los protagonistas de esta hazaña fue el dentista –y amigo– del Rey, D. Florestán Aguilar, quien en su calidad de secretario general de la Junta constructora impulsó el proyecto, obteniendo fondos para su trazado y edificación conforme a un modelo consensuado por los arquitectos tras visitar y tomar ejemplo de algunas universidades norteamericanas, que fueron en definitiva el modelo a seguir. Aguilar, catedrático de la Escuela de Odontología –que como tal existía desde 1914–, influyó poderosamente para que uno de los vértices de un futuro "triángulo sanitario" fuera la nueva Escuela de Odontología, frente a la Facultad de Farmacia y al oeste ambas de la de Medicina. Sin la presencia de Aguilar no puede entenderse el magno proyecto de una Escuela de Odontología, la de mayor extensión entre las europeas, con edificio propio si bien cercano a la facultad médica. La Facultad de Medicina de la Universidad Central y la Escuela de Odontología, ubicada en el mismo edificio, dejarían su emplazamiento en el magnífico edificio del final de la calle de Atocha para instalarse en la Ciudad Universitaria.

Testimonios fotográficos de la época corroboran lo avanzado del proyecto, prácticamente concluso, pero el mencionado advenimiento del cruel enfrentamiento español interrumpiría el rumbo normal del proyecto. La Ciudad Universitaria fue escenario importante de la llamada "Batalla de Madrid" y el combate entre ambos bandos deparó un resultado desolador en los edificios que se habían levantado durante la II República. Bien elocuente es el texto de entrada a la ley que organiza la nueva Junta constructora: La Ciudad Universitaria, que iba a ser dentro de muy pocos años el orgullo de España por la suntuosidad de sus instalaciones y por la grandeza de sus horizontes, trastocó su destino antes de su terminación, y a costa de su integridad misma, en el teatro de una de las epopeyas más gloriosas de nuestra guerra liberadora[1]. Los daños fueron calculados en un 40% de lo construido, sin olvidar la casi total desaparición de su arboleda, que sumaba cuarenta mil ejemplares.

1 Boletín Oficial del Estado, 17 de febrero de 1940, págs. 1192-1194.

Proyecto primitivo de la Escuela de Odontología en la Ciudad Universitaria (1928).

Proyecto definitivo (1930).

Franco y la viuda de Aguilar durante la inauguración dela Escuela "de Estomatología" (12 de octubre de 1945) -entre ambos P. García Gras- ante el busto de Florestán Aguilar labrado por Mariano Benlliure.

Algunas Facultades, como decimos, habían cumplido buena parte de su proyecto de edificación, entre ellas la Escuela de Odontología. Nuevas fotografías de la época nos muestran una robusta arquitectura en la que los pilares permanecen firmes, pero amplios paños exteriores e interiores habían sido destruidos tomando la Escuela un lamentable estado, casi fantasmal.

El nuevo régimen tomó la mano en la pronta reconstrucción y el general Franco decretó el 10 de febrero de 1940 la creación de una nueva Junta Constructora de la Ciudad Universitaria de Madrid bajo su presidencia y en la cual la Escuela de Odontología no aportaba esta vez representación alguna. La comisión permanente aprobó el 20 de mayo siguiente la designación de los arquitectos López Otero y Muguruza Otaño para la dirección del gabinete técnico.

La reconstrucción fue prioritaria en el tiempo para las Facultades de Filosofía, Ciencias Químicas y Farmacia, cuya inauguración habría de realizarse el 12 de octubre de 1943. Una segunda fase incluiría a la Facultad de Ciencias Físicas y a la Escuela de Odontología[2] y así, el 18 de noviembre de 1943 se dictaba una orden por la que se aprobaba el Proyecto de obras de rehabilitación de locales de la Escuela, formulado por el arquitecto D. Emilio Canosa, que ascendía a 34.678,45 ptas[3].

Siete días atrás, el 11 de noviembre, se había aprobado un presupuesto de adquisición e instalación de material que se detalla en el BOE: Casa Siemens, un aparato de Rayos X dental y un aparato de onda corta dental por valor de 18.134 pesetas; Construcciones Médicas y Electrodentales, tres equipos dentales "Cosmos" completos, 17 sillones dentales "Cosmos", 17 elementos auxiliares, compuestos de mesas portainstrumentos portaescupideras, portavasos y soportamotores, tres taburetes de operar "Cosmos" y un mueble vitrina "Cosmos" por valor de 161.650 pesetas, que hacen el total antes expresado de 199.784 pesetas[4].

Inauguración oficial de la todavía "Escuela de Odontología"

El 12 de octubre de 1945 tuvo lugar el acto inaugural dela nueva Escuela, todavía no denominada "de Estomatología", si bien no era el primer acto desarrollado en el edificio pues cinco meses atrás, entre los días 13 a 20 de mayo, había tenido lugar la celebración del XIV Congreso Nacional de Odontología y "I después de Aguilar"–tal era el recuerdo que se tenía a la figura del desaparecido catedrático[5]– al que acudieron un total de 458 congresistas y 375 agregados para retomar el pulso de estas convocatorias de actualización de la profesión. Bajo la presidencia del "Jefe del Estado" se desarrolló la inauguración en el salón de actos de la nueva Escuela. El ministro de Educación Nacional, José Ibáñez Martín, dictó un discurso que, ambientado en el espíritu del régimen, se felicitaba de las obras concluidas en esta Escuela, evocaba la figura de Florestán Aguilar y adelantaba una acción de atención sanitaria con protección social a los niños sin recursos económicos. Decía así:

Con el optimismo que da al ánimo el saberse servidor de la Justicia y con la alegre decisión que distingue a los que buscan el imperio de la Verdad, el Gobierno español ha cubierto otra nueva jornada de trabajo –cumplida en este caso en el campo de la cultura- y quiere solemnizar,

2 Pilar Chías Navarro, La Ciudad Universitaria de Madrid, Madrid, Universidad Complutense, 1986, págs. 163-167.

3 Boletín Oficial del Estado, 1 de diciembre de 1943, pág. 11558.

4 Ídem., 5 de diciembre de 1943, pág. 11672.

5 Cfr. Sanz, J. Los congresos nacionales de Odontología y Estomatología en España. S.l. GSK Laboratorios. S.a. (2013).Todavía los dos siguientes congresos, celebrados en Barcelona (3-10 de mayo de 1947) y Valencia (12-18 de mayo de 1949) llevarán como coletilla "II después de Aguilar" y "III después de Aguilar", respectivamente.

Aula Florestán Aguilar y Clínica Odontológica. En 1945.

en una fecha de evocaciones hispánicas para nosotros imperecedera, la culminación del esfuerzo realizado y proclamar aquí que con la gracia de Dios y bajo la prudente, abnegada y ejemplar dirección política del Caudillo, nos restan todavía muchas etapas por cubrir y largo camino por recorrer paragloria de España.

...Dentro del plan general arquitectónico de la Ciudad Universitaria, que abarca medio centenar de construcciones, inauguramos hoy los tres edificios que forman parte del programa constructivo del año 1945, y que han sido terminados tras no pequeñas dificultades de orden material.

Enclavado en la monumental plaza de las ciencias médicas, que preside la Facultad de Medicina... y frontero a la magnífica Facultad de Farmacia, inaugurada solemnemente el año 1943, se alza el edificio donde nos encontramos, dedicado a Escuela de Estomatología. La regia iniciativa de la creación de la Ciudad Universitaria madrileña encontró uno de sus más entusiastas realizadores en la llorada y prestigiosa figura de la Universidad española, cuya memoria tengo el honor de evocar hoy aquí, en la magnificencia de este recinto, rindiéndole emocionadamente el merecido tributo de gratitud y homenaje. Don Florestán Aguilar, presente ahora en el alma de los que me escuchan, fue, no sólo el gran impulsor en nuestra Patria de la ciencia odontológica, sino quien, con otras ilustres colaboraciones, soñó con la creación de este edificio, viva realidad de la España de Franco. Él viajó por Europa y América, recogiendo modelos, anotando progresos, concibiendo iniciativas... Y si bien es cierto que los azares de la guerra destruyeron cuanto se había iniciado en la construcción de este edificio, ha sido posible, sin embargo, en menos de tres años, dar cima a la obra colosal de levantar esta soberbia Escuela, que puede, justamente, emular a las mejores del mundo.

La nueva Escuela de Odontología española sustituye así, en el afán creador de la España de Franco, a la media docena de aulas del viejo caserón de San Carlos. Con ello cobra esta especialidad médica el rango que merece y necesitaba. Unica Escuela en España en su género, cada día es más copiosa en matrícula escolar, y cada vez se hace más exigente la depurada formación de los profesionales de la Estomatología. Nada, por tanto, se ha regateado aquí. Cátedras espaciosas, laboratorios, museos, bibliotecas, salones clínicos y de prótesis dentaria. Todo en consonancia con el prestigio y realce que la nueva ordenación universitaria asigna a la profesión odontológica, liberándola definitivamente de su pasado carácter de oficio y convirtiéndola en flamante especialidad técnica de la Medicina.

Una importantísima función social está llamada a ejercer esta Escuela, que en parte ya realiza por parte del abnegado espíritu de su joven director... Por los grandiosos salones de profilaxis y prótesis dentaria de este edificio –uno de los cuales poseerá doscientos sillones- pasarán todos los niños de las escuelas madrileñas y, en general, la masa de las clases sociales humildes, a recibir gratuitamente una asistencia sanitaria que no les sería dado encontrar por sus condiciones económicas[6].

La nueva Escuela de Odontología, a la que el ministro llama "de Estomatología" en el discurso, con una extensión de 4.566 metros cuadrados, repartidos en las cinco plantas de que constaba, lucía una fachada de 123metros de largo y una altura de 20 metros. En la planta bajo rasante se ubicaban, además de la vivienda del conserje y el garaje, los servicios de fotografía, los museos anatómicos y el gimnasio.

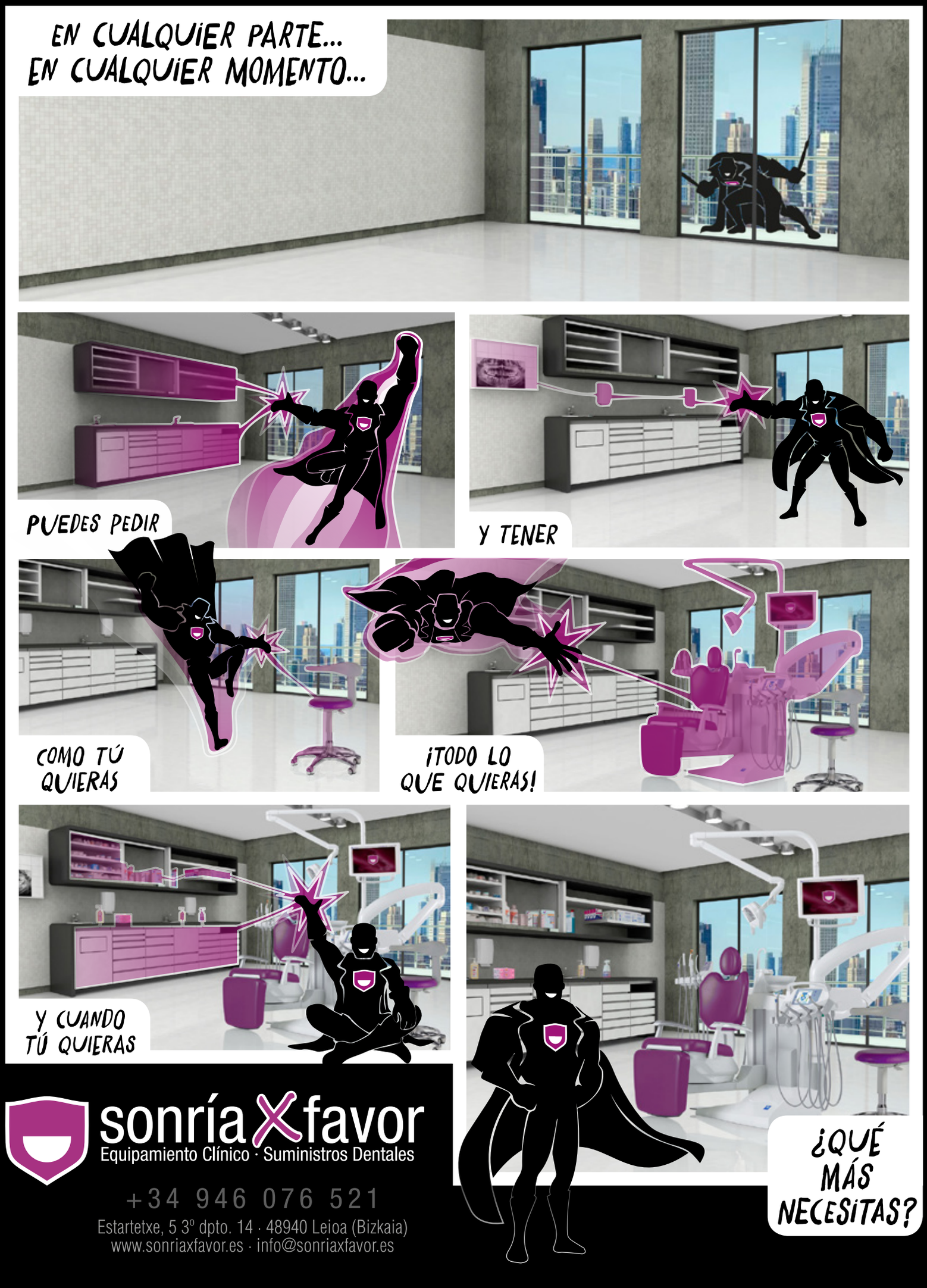
La planta baja impresionaba a la entrada con un gran vestíbulo de forma circular sustentado por columnas, desde él partían dos largos brazos a izquierda y derecha. El brazo derecho se ubicaban las oficinas de Secretaría, los despachos de Director y Secretario, la sala de profesores, la sala de juntas, el Consejo del Colegio de Odontólogos, un Museo con su correspondiente laboratorio, la capilla, sendos clubes de alumnos y alumnas y un comedor, junto con el aula con capacidad para doscientos alumnos (hoy "Aula Bernardino Landete.") Del brazo izquierdo, antes de terminar en otra aula similar (hoy "Aula Florestán Aguilar") surgían la Biblioteca con su despacho para bibliotecario, Biblioteca de profesores, Salón de actos (hoy "Salón de Actos Juan Pedro Moreno"), Laboratorios anatómico y patológico, Salas de Histología, Patología, Microbiología, Farmacología, Microfotografía y Sala de Tesis doctorales.

La planta primera se destinaba principalmente a las dependencias de Prótesis dental. A la derecha, Salas de prácticas de Prótesis segundo curso, Prótesis máxilofacial, Laboratorio de Prótesis segundo curso, Laboratorio de porcelana, Laboratorios de profesores, y despachos. A la izquierda, Salas de prácticas de Prótesis primer curso, Laboratorio de Prótesis, Clínica y despachos de profesores.

La planta segunda albergaba una gran Sala de Odontología para los alumnos de primero y segundo curso, con capacidad para 188 sillones, revestida de mármol, tanto el pavimento como las paredes.

Sala para 150 alumnos, Rayos X, Electroterapia, Profi-

6 Boletín Oficial del Consejo General de Colegios de Odontólogos, 11, 1945, págs. 8-12.



sonría X favor
Equipamiento Clínico · Suministros Dentales
+34 946 076 521
Estartetxe, 5 3º dpto. 14 · 48940 Leioa (Bizkaia)
www.sonriaxfavor.es · info@sonriaxfavor.es

Pedro García Gras, primer director de la Escuela de Estomatología.

laxis dental, Clínica de Ortodoncia, Salas de extracciones, Laboratorios y despachos de profesores.

Por último, en la planta tercera, junto a la vivienda del conservador se ubicaba el Quirófano y servicios anexos, además de zonas para ampliación[7].

La Escuela de Estomatología

En lo propiamente docente, la antigua Escuela de Odontología había quedado descabezada. Fallecido Florestán Aguilar en 1934, tras la guerra civil española se produciría la depuración del profesorado universitario, ejecutada en la Facultad de Medicina, de la que dependía la Escuela de Odontología, por la férrea mano del Prof. Fernando Enríquez de Salamanca. Los demás catedráticos, Bernardino Landete, Juan Mañes y Pedro Trobo, serían apartados de la docencia, mientras Pedro Mayoral se exiliaría en Colombia, donde fallecería. De aquellos prestigiosos catedráticos de preguerra no quedaba uno sólo al frente de sus cátedras, si bien Mañes y Trobo acabarían reincorporándose en años ulteriores. Los nuevos profesores responsables de aquellas cátedras, bajo la dirección de García Gras, serían Zavala Rubio, López Viejo, García del Villar y Gómez Jara.

No deja de llamarnos la atención, como dato curioso, que alguna de las plazas de profesorado, como la de "Odontología con su Clínica, 1º", se convocara en 1946 para la Escuela de Estomatología (sic.) de la Facultad de Medicina de Madrid8, cuando en realidad el centro, con dicho nombre, el que celebramos en este artículo, se creó casi dos años después, por Orden de 25 de febrero de 1948, por la que se dispone el cambio de denominación de la Escuela de Odontología y se dictan normas para la expedición de títulos por el citado Centro9, que así decía:

Primera promoción de la Escuela de Estomatología, 1951.

1º. La actual Escuela de Odontología debe denominarse en lo sucesivo "Escuela de Estomatología."

2º. Los Doctores y Licenciados en Medicina que hayan cursado las enseñanzas de aquélla podrán usar los títulos de "Doctor Médico Estomatólogo" y "Licenciado Médico Estomatólogo", siempre que satisfagan los derechos para la obtención del respectivo Título de Medicina y los del conferido por la Escuela de Estomatología para el ejercicio de la especialidad.

El plan de Estudios de la Escuela de Estomatología se aprobaba año y medio después, por Orden de 20 de julio de 1949, y entraría en vigor para el curso 1949-50 constando de dos años de estudios: el primero con las asignaturas de Odontología, Prótesis estomatológica primer curso y Estomatología quirúrgica; el segundo con las de Prótesis estomatológica segundo curso, Profilaxis estomatológica y ortodoncia y Estomatología médica10. Así, pues, la primera promoción –véase la orla– egresaría en el año de 1951, formando parte de ella 43 varones y 1 mujer.

Muy probablemente esta imprecisión, más que "error", se deba a que el 7 de julio de 1944 había tenido lugar la ordenación de siete facultades universitarias, entre ellas la de Medicina, referente a la cual disponía el artículo 56 que se consideraran especialidades profesionales varias, entre ellas la Estomatología11, y el artículo siguiente daba paso a la enseñanza de las mismas en Institutos o Escuelas profesionales, de ahí que desde entonces se comenzara a hablar por consiguiente de "Escuela de Estomatología", si bien el uso es sensu stricto erróneo pues, como advertimos, dicho centro no tuvo tal denominación hasta el día 25 de febrero de 1948.

La Escuela de Estomatología iniciaba el protagonismo absoluto de la etapa "estomatologista" de la dentistería española. Se sucederían promociones de médicos que obtendrían sus títulos correspondientes de "Médico Estomatólogo", y así lo harían ininterrumpidamente hasta el año de 1989, cuando la promoción de 1987-89 cerró un ciclo que, como otras promociones anteriores, venía conviviendo con los estudiantes de la Licenciatura en Odontología, creada a resultas de la incorporación de España a la Comunidad Económica Europea. A partir de entonces se transformaría en "Facultad de Odontología" y como tal sigue en la actualidad. ●

7 Cfr. Junta de la Ciudad Universitaria de Madrid, (Ed.) La Ciudad Universitaria de Madrid, Madrid, 1947, págs. 55-56.

8 Boletín Oficial del Estado, 16 de mayo de 1946, pág. 4177.

9 Boletín Oficial del Estado, 2 de marzo de 1948, pág. 848.

10 Boletín Oficial del Estado, 20 de agosto de 1949, pág. 3705.

11 Boletín Oficial del Estado, 4 de agosto, de 1944, págs. 5943-5950.

EQUIPOS FOTOGRÁFICOS
CONFIGURADOS

FOTOLANDIA
dental

3 MODOS DE DISPARO

INTRAORAL
EXRAORAL
CIRUGÍA

933305162 · 933302969
fotolandia@fotolandia.cat
www.fotografiadental.cat

Los actos propios clínicos de la profesión de dentista

DR. DIEGO RODRÍGUEZ MENACHO.
DENTISTA, ABOGADO EJERCIENTE Y PERITO JUDICIAL.
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD Y DOCTOR EN CIENCIAS JURÍDICAS.

Para poder realizar un estudio del delito de intrusismo o usurpación de funciones en Odontología, es menester conocer qué se entiende como "acto propio" del dentista, es decir, qué actividades son reservadas, en general, a estos profesionales.

Si atendemos a la normativa penal que regula el delito de intrusismo, tanto el artículo 321 del derogado Código Penal de 1973 (1), como el artículo 403 del Código Penal de 1995 (2), describen de manera literal "El que ejerciere actos propios de una profesión sin poseer el correspondiente título (...)", por lo que es necesario descifrar el concepto desde el sentido estrictamente clínico. Para ello, es necesario acudir a la Norma UNE 179004/2009 sobre los Actos Odontológicos, de diciembre de 2009 (3), cuyo objeto y campo de aplicación de la norma es unificar los términos y especificar los contenidos de los servicios dentales, siendo esta norma elaborada por el comité técnico "AEN/CTN 179 Calidad y seguridad en los centros de asistencia sanitaria" cuya Secretaría desempeña AENOR.

AENOR

AENOR, acrónimo de Asociación Española de Normalización y Certificación, es una entidad privada sin fines lucrativos que se creó en 1986. Su actividad contribuye a mejorar la calidad y competitividad de las empresas, sus productos y servicios, que, a través del desarrollo de normas técnicas y certificaciones, contribuye a mejorar la calidad y competitividad de las empresas, sus productos y servicios, de esta forma ayuda a las organizaciones a generar uno de los valores más apreciados en la economía actual: la confianza (4). De la Norma UNE 179004/2009, se extraen tres tipos de actos clínicos:

- Aquellos actos que son propios del dentista, de los cuales,
- Sólo algunos son compartidos con el higienista dental, como las profilaxis,
- O con el Médico especialista en Cirugía Maxilofacial, como las exodoncias.

A continuación se procede, del citado texto, a destacar determinados actos que son cotidianos, según la jurisprudencia contemporánea, su ejercicio por intrusos:

1. Acto 12601. Obtención de modelos dentoalveolares de estudio y diagnóstico

(2 EXPLORACIÓN, JUICIO CLÍNICO Y PRESUPUESTO; 2.2 Exploraciones complementarias; 2.2.4 Examen biomecánico oclusal y articular cráneo mandibular; 2.2.4.1 Obtención de modelos dentoalveolares de estudio o diagnóstico).

Se definen a los modelos dentoalveolares como aquellas reproducciones de las arcadas dentarias en yeso o escayola, obtenidas en la clínica o en el laboratorio por vaciado (mal llamado también «positivado») de las impresiones de la boca (que son moldes tomados en la clínica por el dentista o el cirujano máxilo-facial mediante algún material de impresión cargado en unos soportes adecuados al tamaño de las arcadas, llamados cubetas de impresión).

Su concepto general incluye una variedad de acciones como la toma de impresiones, superior e inferior, los materiales de impresión, los materiales de vaciado (yeso) y el proceso de vaciado (que puede ir especificado como suplido, si se realiza fuera de la clínica).

Las finalidades son múltiples, ya que se utilizan para realizar mediciones, estudios, planificaciones, predicciones y controles de la evolución del caso; en tratamientos de ortodoncia o de odontopediatría, de prostodoncia o rehabilitación protésica, o de cirugía ortognática.

También se utilizan con fines médico-legales, forenses, antropométricos, etc., pues constituyen elementos muy valiosos para dejar constancia del estado del paciente antes de empezar un tratamiento o durante el mismo, y como no, al finalizarlo.

Es de destacar de esta norma cómo describe de manera clara que las tomas de impresiones deben ser imperativamente, obligatoriamente realizadas por dentistas o cirujanos maxilofaciales, y por lo tanto, no pudiendo delegarse en otros profesionales sanitarios, como higienistas bucodentales, protésicos dentales o personal auxiliar.

2. Acto 13001. Diagnóstico y planes de tratamiento

(2 EXPLORACIÓN, JUICIO CLÍNICO Y PRESUPUESTO; 2.2 Exploraciones complementarias; 2.3 Juicio clínico, plan de diagnóstico y tratamiento).

Se describe como aquel pronunciamiento verbal vertido por el facultativo dentista, que debe quedar reflejado resumidamente en la historia clínica (aunque en la realidad médico-legal se recomienda que cuanto más extensa sea, mejor), sobre el juicio clínico diagnóstico y pronóstico que le puede merecer la situación del paciente a la luz de las exploraciones clínicas y complementarias realizadas, y aquellas propuestas terapéuticas que a su juicio caben, con una exhaustiva información de sus dificultades, expectativas, limitaciones y demás circunstancias, de naturaleza no económica, influyentes en la adopción de una decisión por parte del paciente.

3. Acto 13011. Elaboración de presupuesto

(2 EXPLORACIÓN, JUICIO CLÍNICO Y PRESUPUESTO; 2.2 Exploraciones complementarias; 2.3 Juicio clínico, plan de diagnóstico y tratamiento).

Versa de la elaboración, por escrito, de los costes previstos (pudiendo ser cerrados o condicionados) de las opciones clínicas y terapéuticas que se proponen, debiéndose especificar en él aquellos casos en lo que puede haber más de una opción, así como la fecha.

Un detalle es que deberían de considerar o incluir la información correspondiente al consentimiento informado de los mismos, al objeto de que el paciente sopese todas las consideraciones intervinientes en la decisión, y no sólo el presupuesto.

A solicitud del paciente, el profesional elaborará un presupuesto estimativo por escrito, detallando el tipo de tratamiento y los servicios a realizar, así como el coste de los mismos, por imperativo del artículo 4 del Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, por el que se desarrolla lo previsto en la Ley 10/1986, que regula la profesión de Odontólogo, Protésico e Higienista dental (5).

4. Acto 41201. Raspado y alisado radicular (RAR) por sesión

(5 PERIODONCIA; 5.1 Tratamientos periodontales no quirúrgicos; 5.1.1 Raspados-alisados radiculares)

El raspado y alisado radicular, mal conocido cotidianamente por los pacientes por curetaje, es un tratamiento que implica la instrumentación de la corona y de las superficies de raíz de los dientes para eliminar tanto la placa como el cálculo, estando indicado en: pacientes con enfermedad periodontal y en pacientes que, aun no padeciendo enfermedad periodontal, hace mucho tiempo que no han recibido una profilaxis y mantienen restos de cálculo adherido después de la profilaxis con instrumentos sónicos o ultrasónicos.

Se describe como un verdadero un acto terapéutico, no simplemente profiláctico, ya que el alisado radicular es el tratamiento definitivo realizado para la eliminación de cemento rugoso y/o cálculo contaminado. Es menester destacar que durante el procedimiento operatorio se pueda hasta eliminar cierta cantidad de tejidos blandos.

El raspado y alisado radicular puede constituir un tratamiento suficiente en algunas etapas iniciales de la enfermedad periodontal, y puede ser simplemente una parte de la terapia prequirúrgica en otros.

5. Actos 65001-65002, 65101-65102, 65201-65202 y 66001. Ortodoncia y ortopedia dentofacial

(7 ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOFACIAL; 7.5 Tratamiento ortodóncico correctivo; 7.5.1 En dentición mixta segunda fase, dentición permanente joven, o paciente adulto y 7.5.2 En dentición permanente joven o en adulto)

Se trata de un tratamiento convencional encaminado al movimiento dentario que se puede realizar tanto en dentición mixta, como en dentición permanente joven o incluso en pacientes adultos. Dicho tratamiento puede ser realizado con aparatología removible, que aplica fuerzas de versión discontinuas sobre los dientes, con aparatología fija multibrackets, en sus versiones de adhesión vestibular o lingual, lo que permite el control tridimensional del diente, o con férulas invisibles secuenciadas que son aparatos removibles que sólo permiten movimientos de versión.

(9 REHABILITACIÓN ESTOMATOGNÁTICA U ODONTOLOGÍA PROTÉSICA (O PROSTODÓNCICA)

La rehabilitación estomatognática es el conjunto de procedimientos clínicos para reponer los dientes ausentes y, en su caso, de las estructuras de soporte, mediante productos sanitarios a medida o prótesis estomatológicas o dentales y maxilofaciales, que son «productos sanitarios a medida», esto son, elementos aloplásticos fabricados en un laboratorio de prótesis a

partir de las prescripciones e indicaciones del facultativo dentista que proyecta y ejecuta la rehabilitación.

Los códigos de este grupo de prestaciones terapéuticas incluyen:

a) La preparación dentaria:
– el tallado de muñones coronarios,
– el tallado de nichos y planos guía;
– el ensanchamiento y la conformación de conductos radiculares.

b) La obtención de:
– las impresiones dentoalveolares;
– las relaciones cráneo-maxilares;
– los registros intermaxilares, tanto céntricos como los excéntricos;
– la prescripción e indicaciones escritas, a veces de manera secuencial a lo largo de distintas pruebas clínicas, que contendrá las características específicas de diseño de las prótesis.

c) Las pruebas clínicas de las sucesivas fases de fabricación.

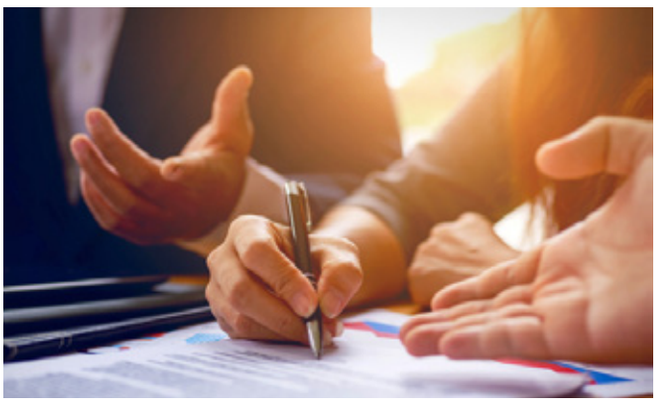
d) Las colocación de las prótesis y su puesta en servicio (conjunto de pequeños ajustes o adaptaciones clínicas para compensar las discrepancias morfológicas y cinéticas entre los modelos maestros –a los que se adapta la fabricación–, y la boca real –cuyos dientes y encías gozan de ligero movimiento y resiliencia respectivamente–, con las que se les desprovee de potencial patogenicidad, volviéndolas seguras para la utilización).
Conviene recordar que la "colocación" no es la "inserción", en el caso de las prótesis removibles, pues ésta es un acto reversible al alcance de cualquier mano no profesional, mientras que la colocación conlleva las modificaciones irreversibles propias de la puesta en servicio.

6. Acto 88001. Desprogramación [oclusal/neuro-oclusal] - [superior/inferior] de [características]

(9 REHABILITACIÓN ESTOMATOGNÁTICA U ODONTOLOGÍA PROTÉSICA (O PROSTODÓNCICA); 9.2 Rehabilitación Oclusal y articular cráneomandibular mediante prótesis dentales).

Se describe como aquel tratamiento funcional mediante un dispositivo rígido interoclusal destinado al tratamiento de ciertos trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) y de la musculatura asociada, que promueven la desprogramación o borrado de engramas propioceptivos oclusales y neuromusculares (de ahí el nombre de desprogramadores), la relajación muscular (al suspender las incitaciones propioceptivas irritativas) y previenen la atrición dentaria.

Es por todo lo anterior que existen distintos modelos de dispositivos, a los que se aplica con discutible propiedad el nombre de «placas» o «férulas» oclusales, neurooclusales o «de descarga».



7. Acto 54131. Blanqueamiento externo ambulatorio

(6 TERAPÉUTICA DENTARIA/ODONTOLOGÍA RESTAURADORA/ODONTOLOGÍA CONSERVADORA; 6.2 Operatoria dental; 6.2.2 Tratamiento de las irregularidades inestéticas).

Es un tratamiento que consiste en aclarar (blanquear) los dientes de una o de ambas arcadas mediante procedimientos que se realizan de manera ambulatoria, bajo prescripción y control de su evolución por el facultativo.

Según la Orden del Ministerio de Sanidad SSI/2260/2012, de 16 de octubre, por la que se modifica el anexo III del Real Decreto 1599/1997, de 17 de octubre, sobre productos cosméticos (7), se diferencian los siguientes agentes blanqueadores:

- En primer lugar, en concentraciones > 0,1 y ≤ 6% de peróxido de hidrógeno (>0,3 y ≤16% de peróxido de carbamida), se considera que estos productos pueden ser seguros siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

1. Que se realice un examen clínico adecuado, a fin de garantizar que no existen factores de riesgo o cualquier otra patología bucal y que la exposición a dichos productos sea limitada, de manera que se garantice que éstos solo se utilizan según la frecuencia y la duración de la aplicación previstas.
2. Que en cada ciclo de utilización, el primer uso esté restringido a odontólogos cualificados o tenga lugar bajo su supervisión directa siempre que se garantice un grado de seguridad equivalente.
3. Que este tipo de productos no sean directamente accesible a los pacientes.
La compra de estos productos está restringida exclusivamente a los dentistas, quienes posteriormente podrán facilitar a los pacientes el acceso a estos productos durante el resto del ciclo de utilización.
4. Estos productos no podrán utilizarse en menores de 18 años.

5. No será necesario modificar el etiquetado de los productos afectados siempre que las frases y leyendas utilizadas respondan al contenido y significado de las advertencias y condiciones de empleo indicadas en esta Orden.

- Y en segundo lugar, en concentraciones superiores al 6% de peróxido de hidrógeno (>16% de peróxido de carbamida) se mantiene la consideración de productos de higiene personal, de acuerdo con la Disposición Adicional Segunda del RD 1599/1997 de productos cosméticos, modificada por el RD 209/2005, según la cual la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) podrá, cuando la naturaleza del producto lo requiera, limitar su utilización a determinados sectores profesionales.

En este sentido, la Agencia Española del Medicamento, en sus Instrucciones y Formularios "Solicitud de Autorización de Comercialización para productos de Higiene Personal", limita el uso de peróxido de hidrógeno con concentraciones superiores al 6% de la siguiente forma:

1. La distribución de estos productos será exclusiva a dentistas.
2. El uso para estas concentraciones es también exclusivo para odontólogos y estomatólogos ya que para garantizar la seguridad, es preciso que sea el dentista quien supervise la situación en que se encuentra cada usuario antes de proceder a su aplicación.
3. Los usuarios con determinados antecedentes o con una lesión previa en el tejido gingival no deben ser tratados con estos productos (8).

De todo lo anterior se puede llegar a la conclusión de que todos los actos descritos son propios del profesional Odontoestomatólogo, no cabiendo interpretación extensiva interesada por parte de otros profesionales de la salud dental, sanitarios u otros. ●

BIBLIOGRAFÍA

1. España. Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, por el que se publica el Código Penal, Texto Refundido conforme a la Ley 44/1971, de 15 de noviembre.
2. España. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
3. http://www.consejodentistas.es/dentistas/normas-une.html [Consultado el 15/09/2018].
4. http://www.aenor.es/aenor/aenor/perfil/perfil.asp#.Vy271dSLTVQ [Consultado el 15/09/2018]
5. España. Boletín Oficial del Estado, núm. 215, de 8/09/1994, págs. 28045-28047.
6. España. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, de 15/11/2002, págs. 40126-40132.
7. España. Boletín Oficial del Estado, núm. 256, de 24 de octubre de 2012, págs. 75037-75039.
8. http://www.consejodentistas.es/comunicacion/dossier-de-prensa/notas-de-prensa-consejo/item/1096-el-consejo-general-denuncia-la-venta-ilegal-del-blanqueante-dental-white-light-smile-a-pacientes.html [Consultado el 15/09/2018].

ODONTOLOGOS de hoy

¡Suscríbase!

a través de nuestra web
www.odontologosdehoy.com

COMPROMISO
RIGOR Y CIENCIA

¿Hacer marketing en una clínica dental es bueno o es malo?

AURORA LLAVERO
RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN & RR.PP. DE PLAN SYNERGIA
COMUNICACION@PLANSYNERGIA.COM

Información biliográfica: Fundació Carmen i Lluís Bassat

En muchas ocasiones nos han hecho esta pregunta. Nuestra respuesta siempre es la misma: Marketing haces desde que abriste: el nombre que elegiste, el logo y/o tipo de letra, los colores de la clínica, los uniformes, el sitio donde te ubicas, la fijación de precios, etc... Es decir las 8 "P" del marketing moderno. Si no has sido consciente de las decisiones de estos ejemplos de acciones de marketing, es porque las has tomado al azar o por intuición, algo no recomendable en los tiempos que corren.

Volviendo al tema de este artículo, quizá la pregunta que querían hacernos realmente es si es conveniente o no hacer publicidad (que no es más que otra "P" del marketing).

En artículos anteriores hablamos de la importancia y necesidad de proyectar tu marca/personalidad al completo, o lo que es lo mismo, hacer marketing. Ahora que ya has decidido qué personalidad va a tener tu clínica y a quién quieres dirigirte (no puedes agradar a todo el mundo), hay que dar el siguiente paso lógico: el de la publicidad, es decir, comunicar tus fortalezas (experiencia, tecnología, rapidez, tranquilidad, enfoque naturista, amplitud de horario, etc...).

La creación de una campaña publicitaria atiende a unos objetivos estratégicos concretos, es decir, ¿qué quiero conseguir exactamente? Por ejemplo:

- Mejorar resultados económicos: Incrementar los tratamientos de estética dental en hombres un 12% con respecto al 2017.
- Informar: Hacer saber a mis pacientes que podrán asumir el coste de sus tratamientos poco a poco (planes de financiación a medida).
- Dar notoriedad a la marca: Hacer que mi clínica aparezca en las primeras posiciones en la cabeza de los habitantes de mi zona cuando piensen que tienen que ir al dentista.

Imagen publicitaria de Audi.

Imagen publicitaria de Paco Rabanne.

Pero ¿cómo materializamos en un "anuncio" estos objetivos? Existen varias técnicas para crear y diseñar la publicidad adecuada. En Plan Synergia surgen siempre tras un extenso briefing con nuestros clientes, reuniones con ellos, y luego uno o varios brainstorming en nuestra oficina. No obstante, si decides crear tú mismo tu propia campaña publicitaria, te explicamos aquí unas vías sencillas de seguir, ideadas por Luis Bassat para la creación de publicidad, y que denominó los caminos creativos.

Son muchos (aquí explicaremos unos cuantos) y se agrupan en 3 grandes bloques:

- Los que apelan al usuario a través de la razón
- Los que lo hacen a través de la emoción
- Los que llaman la atención por su punto de inteligencia.

Como desde la práctica todo se digiere mejor, aquí os lanzamos algunos ejemplos de publicidad siguiendo los caminos creativos propuestos por Bassat.

Origen e historia de la marca

Un recurso que es muy popular en publicidad, lo habrás visto en distintas marcas aunque posiblemente no los habías relacionado con un denominador común.

Ejemplos: Mercedes cuando te cuenta la historia de la marca a través de los modelos de sus coches, o las marcas de turrones cuando cuentan cómo empezaron a fabricar artesanalmente sus productos.

Testimonial

Comunicamos a través de personas expertas, famosas o corrientes que hablan del producto como usuarias.

Ejemplos: todos conocemos los famosos que anuncian las grandes cadenas de dentistas o Dove cuando usa mujeres no famosas, pero también a modo de testimonial.

Trozos de vida

Se muestran escenas de vida cotidiana que giran alrededor del producto/servicio. La emoción, simpatía, cercanía están presentes en este camino creativo de comunicación, y el producto fluye sin ser el máximo protagonista.

Belleza, moda, sexo y romance,

El deseo forma parte de este camino creativo muy empleado en sectores como la moda, la cosmética o la perfumería. El uso de imágenes sugerentes que provocan atracción en el espectador.

Demostración

La prueba visual de que el producto funciona. Se muestran las ventajas racionales del producto, características, funcionamiento. Con dos posibles enfoques, positivo, mostrando lo que el producto hace, o negativo, ilustrando lo que el producto puede evitar.

Aunque nos podemos aventurar a crear nuestro propio anuncio con estas simples pautas, nuestra intención es más proveeros de unos conocimientos básicos que nos permitirán tener un buen criterio a la hora de contratar a profesionales de la comunicación que vayan a desarrollar nuestra publicidad. •

Imagen publicitaria de IKea.

Curso impartido por el profesor Mariano Sanz

Reconstrucción de los tejidos duros y blandos perimplantarios, de Ticare

Ticare continúa desarrollando a lo largo del año su ambicioso programa de formación Ticare Training & Education en su afán permanente de ampliar conocimiento alrededor de la implantología oral. En este caso, los días 30 de noviembre y 1 de diciembre, se celebrará en Madrid, en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense, el curso Reconstrucción de los tejidos duros y blandos perimplantarios.

Serán dos días de formación, dirigida por el profesor Mariano Sanz, con el objetivo de actualizar al profesional en las técnicas de cirugía regenerativa y cirugía plástica periodontal. Hasta un máximo de 15 alumnos recibirán una formación teórico-práctica en anatomía de los tejidos blandos, los principios biológicos de la regeneración ósea guiada, técnicas de regeneración ósea, mucosa queratinizada en implantes y manejo protésico de los tejidos blandos en implantes.

ticare
TISSUE CARE PHILOSOPHY

De otro lado, los próximos 7, 8 y 9 de marzo de 2019 se celebrará en la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla la tercera edición del curso Tratamientos avanzados en implanto-prótesis, un programa de formación dirigido por el Emilio Jiménez Castellanos, con el apoyo de Ana Orozco y Pablo Domínguez, que se desarrolla a lo largo de tres jornadas en las que los alumnos recibirán charlas teóricas sobre casos que se complementan con talleres prácticos en los que pueden ensayar el conocimiento adquirido.

El curso está dirigido a clínicos licenciados con experiencia en prótesis sobre implantes que deseen ampliar conocimiento de manera práctica intensiva. •

· Para más información sobre la oferta formativa de Ticare: https://www.ticareimplants.com/formacion/

· Para más información sobre inscripciones y programa completo: https://www.ticareimplants.com/formacion/

Catedrático Mariano Sanz.

Máster Universitario online en Gestión y Planificación Sanitaria

Especialízate en la gestión integral de instituciones sanitarias.

QUESTION EVERYTHING

Inicio: Octubre de 2018.

Más información: www.sedisa.net

¡ÚLTIMAS PLAZAS! - ¡ÚLTIMAS PLAZAS! -

AYUDA ECONÓMICA DEL 40%

PARA SOCIOS DE SEDISA Y ANDE

Universidad Europea

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES

fundación sedisa

fundación española de directivos de la salud

Con nuevas cirugías sobre regeneración ósea y manejo de tejidos blandos

Osteógenos potencia su canal en YouTube

Osteógenos ha actualizado su canal de Youtube con nuevas cirugías sobre regeneración ósea y manejo de tejidos blandos, realizadas por Arturo Flores, Pepe Benítez, Antonio Murillo y Antonio Armijo. Este canal, dedicado a la publicación de videos y reportajes gráficos sobre cirugías, forma parte de la gama de recursos formativos que Osteógenos pone a disposición de los profesionales que quieran descubrir una nueva forma de ampliar sus conocimientos de regeneración ósea guiada y de manejo de tejidos blandos con el uso de biomateriales OsteoBiol.

De otro lado, la compañía ha convocado su I Concurso Nacional de Fotografía, con el objetivo de fomentar el uso de la imagen y la formación en el campo de la regeneración ósea y el manejo de tejidos, tomando como elemento central el campo de la regeneración tisular. Las imágenes presentadas deberán contener al menos un producto de la gama de biomateriales OsteoBiol. Osteógenos concederá al ganador una placa acreditativa y un cheque de 3.000€ canjeables en sus productos. Además, la fotografía ganadora será la portada del catálogo de la compañía en 2019. La fecha límite para la presentación de fotografías es el 30 de noviembre de 2018.

Además, el próximo 12 de enero de 2019 tendrá lugar en el Hospital Dental de Madrid la 10ª Jornada de Cirugías en Directo sobre tejidos blandos, con el apoyo de Osteógenos. Previamente a las cirugías en directo, se impartirán tres conferencias ofrecidas por Antonio Murillo y Paulo Fernando Mesquita. Después de las cirugías, los intervinientes explicarán paso a paso las técnicas aplicadas y responderán las consultas de los asistentes. •

NSK

CREATE IT.

NUEVO CATÁLOGO DE OFERTAS ESPECIALES NSK
DESDE EL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2018
HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2018

DISPONIBLES EN: www.nsk-spain.es

XVI CONGRESO SECIB

15 - 17 Noviembre 2018

Palma de Mallorca

Palacio de Congresos

SECIB
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL
www.secibonline.com

Ponentes

Francesc Abella Sans
Fábio Abreu de Alves
Javier Alberdi Navarro
Sofía Aroca
Francisco Cardona Tortajada
Santiago Carreras Figols
Matteo Chiapasco
Nunco Cintra
Paul Coulthard
Rubén Davó Rodríguez
Ángel Insua Brandariz
Yolanda Jiménez Soriano
Fouad Khoury
France Lambert
Ernest Mallat Callís
Luís Monteiro
Tara Renton

Talleres

Daniel Capitán Maraver
Rubén Davó Rodríguez
Osmundo Gilbel del Águila
Carlos Parra Rogel
José Vidal Gomila

Simposium Industria

Fernando Rojas-Vizcaya
Esteban Xam-Mar Mangrané

Curso Higienistas

Xavier Calvo Zuluaga
Rosa Rodríguez Ros
Alba Sánchez Torres
M. Àngels Sánchez Garcés

1 de Noviembre
FIN CUOTA DESCUENTO

MdV
Grupo MERAKI
Eventos con Alma

Secretaría Técnica

Bruc 28, 2º · 08010 Barcelona
Tel. 607 499 365
secibmallorca2018@emedeuve.com

Dentro de sus acciones de responsabilidad social corporativa

Henry Schein, con niños desfavorecidos en la vuelta al cole

La compañía Henry Schein ha compartido con niños de escasos recursos la vuelta al cole a través del programa Back to School y en colaboración con la Asociación de Cooperación y Apoyo Social a la Integración Escolar (ICEAS). En esta ocasión han participado niños del Colegio Adalides, en Algeciras (Cádiz).

El programa Back to School forma parte de las acciones de responsabilidad social corporativa de Henry Schein Cares y pretende ayudar a motivar a un grupo de niños para que ganen confianza al afrontar el comienzo del curso escolar. Durante 21 años, el programa ha ayudado en Estados Unidos aproximadamente a 50.000 niños, con el apoyo de la Fundación Henry Schein Cares, organización que trabaja para ayudar a aumentar el acceso a la atención sanitaria en las comunidades marginadas de todo el mundo. Este año, más de 5.000 niños han participado en el programa, en 30 ubicaciones de Henry Schein en los Estados Unidos, Canadá, Escocia y España.

El programa global de responsabilidad social corporativa de Henry Schein se basa en cuatro pilares: la participación de los miembros del equipo Schein a alcanzar su potencial, la extensión de prácticas éticas de negocios a todos los niveles dentro de Henry Schein, la promoción de la sostenibilidad ambiental y la ampliación del acceso a la atención sanitaria para los desatendidos y comunidades en riesgo en todo el mundo.

"Ayudamos a los niños a estar equipados para el nuevo curso escolar y apoyarles para el futuro"

"Nos motiva enormemente organizar Back to School, pues ayudamos a los niños a estar equipados para el nuevo curso escolar y apoyarles para el futuro", ha comentado Juan M. Molina, director general de Henry Schein España y Portugal.

58 Seminario de la Asociación Colombiana y Osteointegración

Ticare mira a Latinoamérica

Ticare intentará consolidar su apuesta por el mercado latinoamericano en el año 2019. El punto de arranque de la estrategia de la compañía en Latinoamérica ha sido el 58 Seminario ACPO de la Asociación Colombiana de Periodoncia y Osteointegración, que se ha celebrado en Cartagena de Indias. Este congreso reúne con carácter anual a los más destacados especialistas de la región y en la edición de este año ha contado con más de 500 asistentes entre asociados, estudiantes y odontólogos además de reunir a más de 40 compañías del sector en el área dedicada a la exposición comercial.

El panel de conferencias en el Centro de Convenciones del Hotel Las Américas ha estado protagonizado por especialistas estadounidenses. Ticare, presente en la exposición comercial a través de un webinario, ha posibilitado la intervención de Antonio Bujaldón, vicepresidente de la Sociedad Española de Periodoncia, que ha impartido la conferencia Manejo de los tejidos blandos y duros en Implantes desde un punto de vista periodontal.

58 Seminario Anual Acpo
Cartagena de Indias Septiembre 10, 11 y 12 • 2018

Nombramiento

Emiliano Ayala, nuevo director general de DVD Dental

DVD Dental ha nombrado a Emiliano Ayala nuevo director general del Grupo para dar un nuevo impulso a su estrategia de futuro y convertir al odontólogo en el epicentro del mercado dental, "apostando por ofrecer el mejor producto, el más amplio surtido y el servicio más eficiente del sector", según anuncia en una nota de prensa.

"Se incorpora a DVD Dental con el objetivo de acelerar el crecimiento de la empresa y "consolidarla como líder indiscutible del sector dental"

Ayala es ingeniero industrial por la Universidad Politécnica de Cataluña y cuenta con un Programa de Dirección General por IESE (Universidad de Navarra). Vinculado gran parte de su trayectoria profesional a los sectores de la automoción, distribución y digital, ha liderado la transformación digital de conocidas empresas de retail. Ahora se incorpora a DVD Dental con el objetivo de acelerar el crecimiento de la empresa y "consolidarla como líder indiscutible del sector dental".

DVD Dental, que pertenece al grupo francés FSH y cuenta con una plantilla de más de 120 empleados en España, confía en duplicar su cifra de negocio en un plazo de tres años, consolidándose como el depósito líder del sector. Para ello cuenta con "ambiciosos planes de expansión", un Comité de Dirección enfocado hacia las nuevas tecnologías y en ofrecer el mejor precio y la mejor propuesta de valor a la clínica dental.

El Grupo DVD está presente actualmente no solo en España y Portugal, sino también en Angola, Cabo Verde, Santo Tomé y Príncipe, Guinea-Bisáu y Brasil. Entre sus clientes se cuentan, además de clínicas odontológicas en todo el territorio ibérico, cadenas como Vivanta, Vitaldent o Dr. Wells en Portugal.

DVD Dental no sólo ofrece productos de consumo a la clínica dental, dispone también de oferta en equipamiento dental y un equipo de servicio técnico que ofrece asistencia a clínicas odontológicas en todo el territorio nacional.

DVD DENTAL

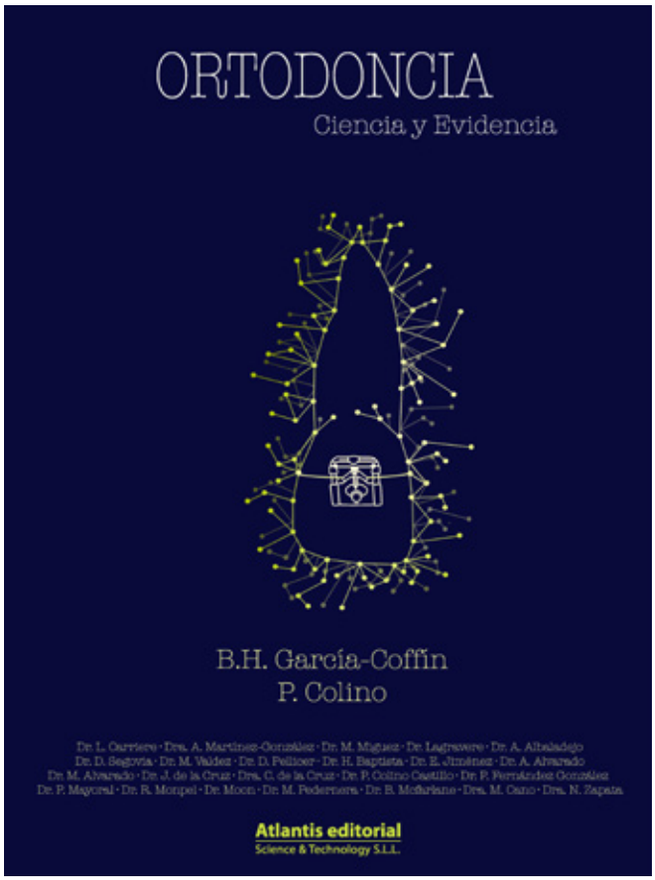
Escrito por P. Colino y B.H. García-Coffín

Ortodoncia. Ciencia & Evidencia

La Ortodoncia, como todas las ramas de la ciencia, se sustenta en la evidencia, proceso resultado de la investigación de profesionales altamente cualificados en estas áreas. También es importante a su vez la capacidad de análisis crítico de lo publicado, su nivel de evidencia y las limitaciones de dichos resultados.

Con este tratado, todos los profesionales que hemos participado, apoyados por numerosas Universidades estatales e internacionales, buscamos esclarecer los temas más analizados en el mundo de la ortodoncia del siglo XXI. Para ello, hemos escogido en cada área a los referentes que mejor pueden estudiarlo, bien porque trabajan en dicha área de investigación o por haber realizado Tesis Doctorales (Ph.D) del tema que han desarrollado.

Esto que van a leer a continuación, es el resultado de mucho esfuerzo y tiempo de dedicación por parte de todas las personas que han participado en este proyecto, por lo que no tengo más que palabras de agradecimiento a todos y cada uno de ellos.



Atlantis editorial
Science & Technology S.L.L.

Una obra de Ernest Mallat, Joan Cadafalch y Javier de Miguel

Las claves de la prótesis fija en cerámica

Los tratamientos mediante prótesis han sufrido una considerable evolución en los últimos años, principalmente de la mano de los materiales.

Por otro lado, cada vez es más frecuente la presencia en nuestras consultas de pacientes que presentan grandes desgastes, y hay una serie de decisiones que se deben tomar y que son claves para el éxito de nuestro tratamiento. Por último, es necesario tener un protocolo claro de aumento de la dimensión vertical de oclusión, protocolo que describa de forma pormenorizada cada uno de los pasos de forma secuencial para resolver las situaciones más exigentes tanto estética como funcionalmente.

Este libro da cumplida respuesta a todas estas cuestiones a la vez que aborda otros aspectos importantes como los relativos al modelado de los espacios pónticos tanto en crestas cicatrizadas como en crestas postextracción o al protocolo de cementado de los distintos sistemas cerámicos y materiales híbridos. Además, se dedica un capítulo al tratamiento con carillas de porcelana, otro describe en profundidad el tema relativo al color y al diagnóstico del color, otro aborda la fotografía desde un punto de vista muy práctico y, por último, un capítulo se centra en el flujo digital, el presente y futuro de los procedimientos prostodóncicos.

NUEVO!

LISTERINE®

PROTECCIÓN DIENTES Y ENCÍAS SABOR SUAVE

UN LISTERINE® MENOS INTENSO CON MÚLTIPLES BENEFICIOS

Reduce **efectivamente la placa**

Refuerza el esmalte

Protección para **unas encías más sanas**

Ayuda a **proteger los dientes contra las caries**

Al utilizarlo dos veces al día, proporciona protección para unos dientes más fuertes y unas encías más sanas

Aumenta la resistencia del esmalte frente al ataque ácido y la desmineralización[1]

Combina los cuatro Aceites Esenciales de LISTERINE® con 220 ppm de Flúor y ZERO Alcohol

PASOS DE LA HIGIENE BUCAL DIARIA

Paso 1 + **Paso 2** + **Paso 3** = **LIMPIA PRÁCTICAMENTE EL 100% DE LA BOCA[2]**

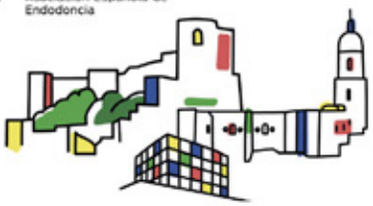
CEPILLADO y USO DEL HILO DENTAL cubren solo el **25%** de la boca*

LISTERINE® SABOR SUAVE cubre el otro **75%** de la boca

1. Internal in vitro Study # 103-0196. 2. Kerr WJS, et al. J Dent Res 1991; 70(12): 1528-30. * Los dientes solo representan el 25% de la boca.

Carestream DENTAL

39° Congreso Nacional de la Asociación Española de Endodoncia



Visítenos durante el **congreso AEDE**
Málaga 1, 2 y 3 de noviembre 2018

LA COMBINACIÓN PERFECTA

de las exploraciones digitales con impresiones convencionales.

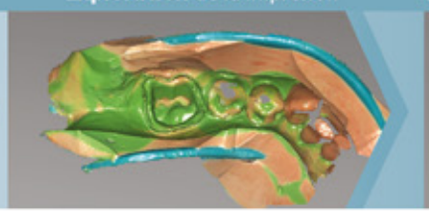
Un software que combina lo antiguo y lo nuevo. Eso sí que es impresionante. He aquí el escáner intraoral CS 3600 con el software de adquisición más reciente. Entre las actualizaciones se incluye el flujo de trabajo de exploración híbrida*, especialmente diseñado para capturar incluso las líneas de margen más problemáticas. El CS 3600 permite a los especialistas en restauración obtener una captura más completa y por lo tanto, crear prótesis con un mejor ajuste. **Descubra las novedades, desde las mejoras de la velocidad de exploración hasta las opciones de sonido personalizadas, en https://go.carestreamdental.com/CS3600_es**

*Patente en trámite

Exploración de la preparación en vivo

Marcado de las líneas de margen

Exploración de la impresión



Visualización de los datos combinados

INTEGRACIÓN DEL **FLUJO DE TRABAJO** | TECNOLOGÍA **HUMANIZADA** | EXCELENCIA EN EL **DIAGNÓSTICO**

© 2018 Carestream Dental LLC. 17621_ES-ES AL CS 3600 AD 0818