

EL DENTISTA

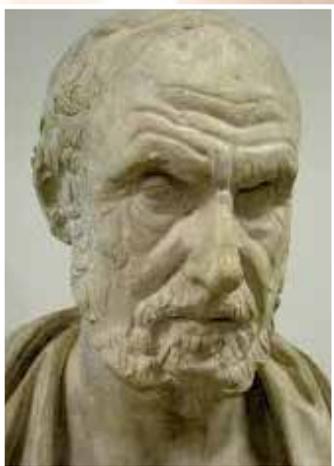
del Siglo XXI

www.dentistasiglo21.com

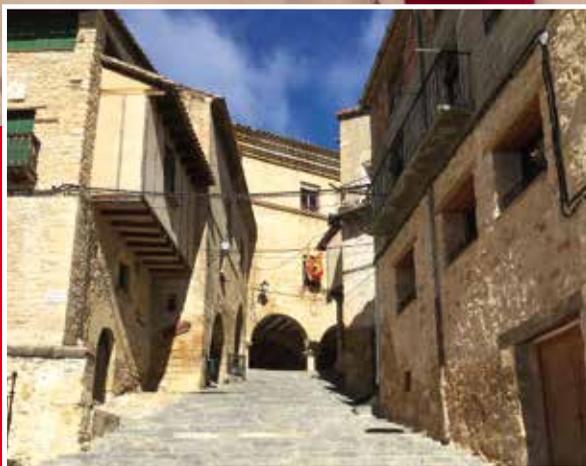
Nº 121 | JUNIO 2023

INMACULADA TOMÁS CARMONA

“Es necesario potenciar la investigación multidisciplinar de alta calidad en el ámbito de las Ciencias Odontológicas”



Algunos rasgos históricos de la ética médica



LA MATARRAÑA (y IV)
Esa gran desconocida y legendaria comarca aragonesa

Nuevos retos, misma **filosofía.**



Galimplant Fusión *Plus*



1 IMPLANTE

+



1 PILAR

+



1 INTERFASE

+



2 TORNILLOS
PROTÉSICOS

+



1 RÉPLICA

Editor

Antonio Bascones Martínez

Redactora jefe

Vera C. López

redaccion@dentistasiglo21.com

Redacción y colaboradores

Inma Moscardó, Ricardo de Lorenzo, Cibela, Milagros Martín-Lunas, Marce Redondo.

Consejo Editorial

Margarita Alfonsel Jaén

Secretaria general de Fenin

Honorio Bando

Académico Correspondiente de las Reales Academias Nacionales de Farmacia y Legislación y Jurisprudencia

Juan Blanco Carrión

Profesor titular de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago

Alejandro de Blas Carbonero

Presidente del Colegio de Dentistas de Segovia

Josep María Casanellas Bassols

Presidente de la Societat Catalana d'Odontologia i Estomatologia

Juan Antonio Casero Nieto

Presidente de la Junta Provincial de Ciudad Real

Antonio Castaño Seiquer

Presidente de la Fundación Odontología Social

Alejandro Encinas Bascones

Cirujano Maxilofacial

Manuel Fernández Domínguez

Director del Departamento de Odontología de la Universidad San Pablo CEU de Madrid

José Luis Gutiérrez Pérez

Profesor titular de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla

Beatriz Lahoz Fernández

Vicepresidenta del Colegio de Dentistas de Navarra

Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

Rafael Martín Granizo

Cirujano maxilofacial. Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Helga Mediavilla Ibáñez

Directora de Psicodent

Florencio Monje Gil

Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del H. U. Infanta Cristina de Badajoz

Agustín Moreda Frutos

Presidente del Colegio de Dentistas de la VIII Región

José Luis Navarro Majó

Oscar Pezonaga Gorostidi
Presidente del Colegio de Dentistas de Navarra

Jaime del Río Highsmith

Catedrático de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid

Juan Miguel Rodríguez Zafrá

Odontólogo. Atención Primaria (SESCAM)

Manuel María Romero Ruiz

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz

Felipe Sáez Castillo

Director médico del Grupo Amenta

José María Suárez Quintanilla

Presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña

Mario Utrilla Trinidad

Presidente del Consejo Médico del Hospital de Madrid



DESDE MI VENTANA

Por Antonio Bascones

¿Puede la escritura y la lectura mejorar nuestra forma de pensar y actuar?

Estamos en el momento del desarrollo de la sociedad en que, actividades como leer y escribir nos alejan de los problemas de la cotidianidad y nos sitúan en un plano diferente, por no decir superior. Vemos los problemas desde otros ángulos de vista, con perspectivas distintas que hacen que no nos agobie la realidad que nos envuelve, el vacío que nos rodea. En los tiempos que corren esto es una cura que viene bien a nuestro confort psíquico.

Escribir significa liberarse, exponer algo que quieres contar de una manera sencilla pero también inteligente. Contar cosas que lleven al lector a confundirse con los personajes y con las ideas expuestas. El autor debe mezclarse con ellos y tratar de emocionarse al contar algo. Sin emoción no hay un buen escritor. Cuando la palabra escrita ve la luz, algo de nosotros vuela y huye para dejar de ser nuestro. Se distancia y se eleva para ser de otros, de aquellos que nos leen, de aquellos para los que fue escrita. Ese es el secreto de la escritura y ese es el núcleo central sobre el que pivota nuestra razón de ser.

Escribir no es fácil. Requiere mucho trabajo, tesón y horas de lectura. El iniciar y terminar una historia, un artículo, un reportaje es, en mi opinión, lo más complicado. La trama, muchas veces, se desarrolla sola según va avanzando el ritmo de la novela. El fenómeno de la emoción, es para mí, lo fundamental en el arte de la escritura. Si no te emocionas con lo que haces difícil será que cumplas con el objetivo. Es obligado transmitir esta emoción al lector, hacerle partícipe de nuestro pensamiento, tratar que se identifique con la lectura de lo que hemos escrito y que su forma de pensar revolotee con nuestras palabras hacia cotas insospechadas.

Es necesario "expulsar" lo que tenemos en nuestro interior. Para ello hay que ensimismarse, como decía Zubiri, y buscar nuestro yo más profundo; pedir respuestas a nuestras preguntas, a nuestro ser más íntimo y seguro que nos las da si buceamos en nuestro interior.

Desde siempre, a lo largo de los tiempos hemos visto médicos y personas relacionadas con la salud que escriben y cuentan historias. Son sujetos proclives a tener una relación médico-paciente, que los lleva a buscar lo más profundo de los seres, de aquellos que sufren, de aquellos que presentan patologías relacionadas con la angustia vital, con la ansiedad. En definitiva, con los problemas diarios con

los que nos toca deambular. El periodista, en otro orden de cosas, es lo mismo. Trata de inmiscuirse en los problemas de la actualidad, sumergirse en ellos, mezclarse con las soluciones, expresar sus juicios, tratando de agavillar conceptos e ideas que aclaren las dudas que afectan a las personas. De su buen hacer depende la bondad del intento.

Por ello, creo que el sentarse en la mesa del despacho ante una cuartilla en blanco y volcar nuestros pensamientos, es una actitud positiva que nos va a ayudar a desarrollar nuestra forma de vida de una manera más acorde con el espíritu humanístico que debe imperar en todas nuestras acciones. Además, hay que señalar que el escribir exagera también la necesidad de la lectura, con lo que tenemos ya dos bondades: leer y escribir. Y si además tratamos de compartir nuestros conocimientos habremos conseguido una tercera fortaleza: una cualidad para poder ser útiles a los demás.

La escritura no solo nos ayuda en la vida en general, en el contacto con otras personas, sino también en nuestro ejercicio profesional para entender mejor a los mortales con los que nos relacionamos.

Un buen lector, sabe cómo encauzar un debate, una forma diferente de ver la vida, un contraste de pareceres. Si en las discusiones políticas, tan de moda en los tiempos actuales, los interlocutores fueran instruidos, la mayor parte de lo que dicen no lo dirían, pues sus frases son mentiras, mal construidas y llenas de un nihilismo y relativismo ayuno de comportamientos correctos. La lectura es lo que nos aporta, pensamiento, valores, principios que hacen que nuestra forma de actuar, pensar y decir sea distinta y siempre hecha con contribuciones positivas.

Estamos ante el día de San Jorge, el día que se celebra el libro. Regalamos libros, estimulamos la lectura. Es un día grande. Sería importante que aprovecháramos para cambiar nuestra actitud y nos propusiéramos leer. Zambullirse en un libro, abismarse en lo que dice, es un ejercicio sano. Estoy seguro que nuestro nivel de ver los problemas adquiriría un plano superior y distante. Se verían las cosas de manera diferente.

Publicado en El Debate 23 de abril de 2023

Antonio Bascones es Catedrático de la UCM, Presidente de la Real Academia de Doctores de España y Académico correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.



EDICIONES AVANCES

Maquetación

Fernando Amieiro Baonza

Administración y suscripciones

Sara Martín Toyos
avances@arrakis.es

Tarifa ordinaria anual: 80 €
Tarifa instituciones anual: 110 €
Ejemplar suelto: 8 €
Ejemplar atrasado: 10 €

Fotomecánica e impresión:

Círculo Pro

© 2014 Ediciones Avances Médico Dentales, SL
C/ Boix y Morer, 6 - 1.º
28003 Madrid
Tel.: 915 33 42 12
Fax: 915 34 58 60
avances@arrakis.es

S.V.: 24/09-R-CM
ISSN: 1889-688X
D.L.: M-27.600-2009

EN PORTADA



12 | Inmaculada Tomás Carmona

Catedrática de la Universidad de Santiago de Compostela, está especializada en el tratamiento a pacientes con necesidades especiales. Además lidera y coordina el grupo de investigación "Oral Sciences Research Group", llevando a cabo una "investigación multidisciplinar", adquiriendo conocimientos de otras áreas científicas con el propósito de aplicarlos en el ámbito de las Ciencias Odontológicas, haciendo posible realizar una investigación traslacional de alta calidad en Odontología.

En este número...



ARTÍCULO

10 | Algunos de los rasgos históricos de la ética médica

El Juramento Hipocrático es mundialmente conocido y todavía tiene vigencia. También aportó esta cultura greco-latina "Los escritos sobre los médicos de Escríbonio el largo" en Roma s. la C. y "Los consejos de Esculapio" (s.IV a. C). Platón habló de la vulnerabilidad humana y como deben ser cuidados los pacientes por sus médicos

ARTÍCULO

20 | "Madrid Río", la ribera del Manzanares

Un tramo, que a principios del siglo XX eran las afueras de Madrid, la ribera del Manzanares entre el puente de la Reina Victoria, puente del Rey y el puente de Segovia, en la orilla izquierda la calle Aniceto Marinas, es un paseo histórico.



DESTINOS

22 | LA MATARRAÑA (y IV) Legendaria comarca aragonesa

Situada en la provincia de Teruel, su capital administrativa es Valderrobres y la cultural es Calaceite. Es un enclave turístico de grandes posibilidades, muy influenciado por el Mediterráneo con un entorno natural único en nuestra geografía.



ACTUALIDAD

5 | Sherpa adquiere la división estética de Vivantadental para integrarla en Hedonai

La compra a Ares y Portobello crea el mayor grupo europeo por centros propios.

5 | El 57,9% de los dentistas colegiados en España son mujeres

En 10 años el número de mujeres dentistas se ha incrementado en 10.444 profesionales. En el caso de los hombres, esta cifra asciende a 903 en el mismo periodo.

6 | "El Estado está obligado a garantizar las especialidades de Odontología"

Óscar Castro, presidente del Consejo General de Dentistas, analiza los futuros retos de la profesión.

7 | Acudir al dentista, un reto para las personas con discapacidad intelectual: "La salud bucodental no es un lujo, sino un derecho"

Las personas con discapacidad intelectual son especialmente reacias a una intervención odontológica.

8 | El dentista, en el primer frente del diagnóstico precoz del cáncer oral

En España tan solo se detecta en fase inicial entre el 25-30% de este tipo de tumores.

8 | Florestán Aguilar, el dentista que salvó a Alfonso XIII de su gran halitosis

Reputado odontólogo, formado en EEUU, era uno de los pocos amigos que tenía el Rey.

9 | Un país que va al dentista menos de una vez al año porque no lo puede pagar

España amplía las prestaciones públicas a los menores de 15 años, mientras reconoce que el 33% de la población entre 14 y 25 años no puede acceder a la atención dental por su coste.

9 | 300 técnicos asisten a las Jornadas para Entrenadores del COE

El objetivo es proveer a los técnicos españoles de las últimas tendencias en el alto rendimiento.

NOTICIAS

26 | Los dentistas se han topado con un enemigo inesperado: los propios dentistas y los tratamientos innecesarios

La dirección de la revista no se hace responsable de las opiniones vertidas por nuestros colaboradores

SHERPA ADQUIERE LA DIVISIÓN ESTÉTICA DE VIVANTADENTAL PARA INTEGRARLA EN HEDONAI

■ La compra a Ares y Portobello crea el mayor grupo europeo por centros propios

Sherpa Capital ha acordado la compra de la división de estética de Vivantadental -que incluye 33 centros dedicados en exclusiva a este negocio y repartidos por toda la geografía nacional-, para integrarlos en su compañía participada Hedonai Centros Médicos de Belleza. Según ha podido saber elEconomista, la operación crea la red de centros propios de medicina estética más grande de Europa, sumando 75 clínicas por toda la geografía nacional y 575 empleados. La totalidad de la plantilla de los centros adquiridos, más de 225 profesionales, pasan al grupo Hedonai manteniendo sus puestos y condiciones laborales. La adquisición, cerrada en apenas un mes y asesorada por el bufete legal Squire Patton Boggs, no afectará a los tratamientos ya contratados por los pacientes, que continuarán llevándose a cabo con normalidad, en las mismas fechas y condiciones económicas.

La transacción se ha realizado mediante una compraventa entre fondos de capital privado tras una operación previa de segregación (carve out en la jerga) por la que Vivantadental, el segundo operador odontológico independiente en España con una red de más de 200 clínicas, completa su giro estratégico vendiendo su división de estética para focalizarse únicamente en el negocio dental.

Vivantadental pertenece al fondo Ares Management, propietario del 76% del capital tras una operación

de conversión de deuda; al banco francés BNP Paribas, con un 9%, y a Portobello Capital, con el 15% restante. La compañía fue creada por este fondo español como resultado de la compra y posterior integración de seis operadores -Unidental, Laser 2000, Grupo Clínico Dental Dr. Senís, Plénido, Avantdent y Anaga Dental- para crear un grupo único que compitiera en el atomizado mercado dental en España.

Desde Vivantadental valoran positivamente la operación porque "permitirá generar oportunidades de desarrollo profesional y futuro tanto a pacientes como a trabajadores, que pasarán a formar parte de una empresa líder y consolidada con más de 35 años de experiencia en medicina y tratamientos estéticos".

Con la adquisición, Hedonai, superará los 32 millones de euros de facturación y los 6 millones de ebitda una vez culminada la integración de la división de estética de Vivantadental en el plazo de unos dos años, como explican a este diario Alfredo Bru, Socio Fundador y CEO y Jorge Fernández, socio de Sherpa Capital. "Con la operación integramos 33 centros que hacen depilación láser, tratamientos estéticos, medicina estética y cirugía estética. Gracias a la capilaridad que aporta la operación en el territorio nacional, Hedonai se enfocará ahora en la creación de va-



capital privado. "La operación es un referente de la filosofía de Sherpa Capital y de nuestro modelo de inversión y gestión, enfocado en generar valor en las empresas participadas para convertirlas en compañías realmente diferenciales en su sector. Nuestra motivación es impactar en la economía real y fomentar empresas con planes de crecimiento sostenible", añaden.

En sus 35 años de experiencia, Hedonai ha realizado 10 millones de sesiones de depilación láser y más de 4 millones de tratamientos médico-estéticos para más de 600.000 clientes. "El buen encaje territorial de Vivanta Estética potencia la nueva red de centros de Hedonai y crea la mayor plataforma de consolidación del mercado de medicina estética, muy atomizado y disperso, donde la consolidación es una tendencia imparable", apuntan.

El sector de medicina estética ha despertado el interés inversor de otros fondos europeos de capital privado como HIG, propietario desde 2015 del grupo de depilación y medicina estética Centros Único. "El sector es propicio para el crecimiento vía compras. Estamos analizando nuevas oportunidades de adquisición de grupos que complementen nuestra presencia geográfica y nuestro portfolio de productos y servicios", añaden los Socios de Sherpa.

lor y el desarrollo de marca con el apoyo de nuestro equipo operativo y de gestión del portfolio interno".

Sherpa Capital es propietaria de Hedonai desde 2017, cuando la gestora ganó la puja por la unidad productiva del grupo cuya matriz, Vousse Corp, estaba en concurso de acreedores. La entrada del fondo de capital privado evitó la liquidación de la compañía, que ahora duplica su tamaño incorporando nuevos servicios y tratamientos e implementando una nueva estrategia de futuras adquisiciones.

Con la integración de las 33 clínicas de Vivantadental Hedonai se convierte en el mayor operador europeo en número de centros propios de medicina estética. "El grupo resultante de la integración potenciará la experiencia y el conocimiento de Hedonai en depilación láser y medicina estética con el de los centros que integramos en cirugía y endoscopias", explican desde la gestora de

EL 57,9% DE LOS DENTISTAS COLEGIADOS EN ESPAÑA SON MUJERES

En 10 años el número de mujeres dentistas se ha incrementado en 10.444 profesionales. En el caso de los hombres, esta cifra asciende a 903 en el mismo periodo

Con motivo del Día Internacional de la Mujer, que se celebra hoy, 8 de marzo, el Consejo General de Dentistas quiere resaltar la importante presencia de las mujeres en

la Odontología Española.

Según los últimos datos de Instituto Nacional de Estadística (INE), correspondientes a 2021, en nuestro país contamos con 40.417 dentistas

colegiados, de los cuales 16.993 son hombres y 23.424 son mujeres. En términos porcentuales, la cifra de hombres dentistas es del 42,04% y del 57,95% en el caso de las mujeres.

Mientras que el número de dentistas hombres se mantiene más o menos estable desde 2019, el número de mujeres ha aumentado en

1.372 profesionales. "Afortunadamente, este crecimiento exponencial se está viendo reflejado en que las mujeres ocupan cada vez más puestos de responsabilidad dentro del sector, como la dirección de clínicas

dentales o la presidencia de sociedades científicas y colegios de dentistas", explica el Dr. Castro. "De todas formas -añade-, debemos seguir trabajando para proteger la igualdad

entre hombres y mujeres, y que todos podamos disfrutar de las mismas oportunidades laborales. Somos compañeros con la misma

formación académica y nuestro objetivo es velar por una Odontología ética y de calidad al servicio de los ciudadanos, por lo que no debe haber discriminación de ningún tipo", concluye el Dr. Castro.



“EL ESTADO ESTÁ OBLIGADO A GARANTIZAR LAS ESPECIALIDADES DE ODONTOLOGÍA”

Oscar Castro, presidente del Consejo General de Dentistas, analiza los futuros retos de la profesión

España es el único país de Europa que no tiene especialidades en Odontología y cambiar esta situación es uno de los objetivos para el Consejo General de Dentistas. Su presidente, Oscar Castro, ha analizado en una entrevista en Redacción Médica la necesidad de incluir las especialidades odontológicas y otras claves de actualidad que afectan a la profesión en España. Castro hace un recorrido sobre la cartera de salud bucodental del Sistema Nacional de Salud, la formación o la tan demandada ley de publicidad sanitaria que haga frente a los engaños y al intrusismo en la profesión.

Iniciamos el último año de legislatura de este gobierno y, si volvemos la vista a sus inicios, ¿en qué situación diría usted que está la odontología en España?

Si nos supeditamos a las acciones que haya podido hacer el Gobierno sobre la salud bucodental, evidentemente hemos mejorado bastante poco. En los últimos años, se han invertido 40 millones de euros, aproximadamente, en las ampliaciones de la cartera de servicios a través de los fondos extraordinarios europeos. Ese dinero, como comprenderá, es insuficiente porque, si hacemos una mera operación aritmética, tocamos a menos de un euro por español sobre los 47 millones que somos. Es insuficiente pero, desde luego, es un primer paso. No quiero hablar de forma negativa, sino decir que es insuficiente y hay que destinar mucho más dinero, tanto para la salud general como para la salud bucodental.

En los últimos tiempos se ha puesto de relevancia la necesidad de financiar recursos sanitarios para que la población pueda acceder en mayor medida a ellos, por ejemplo, la salud mental. ¿Cree que la Odontología también debería ser una prioridad?

La salud es un derecho, no es una cuestión de prioridades. Lo es en cualquiera de sus ámbitos, tanto en el de la salud mental, la salud dental o la salud cardíaca. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como el bienestar del individuo, tanto físico como síquico. Por lo tanto, eso es lo que tenemos que buscar los sanitarios y el Gobier-

no. La Administración es quien está obligada a dar todos los medios para que esto suceda.

Y siendo conscientes del punto de partida, ¿cuál es su ideal de cartera bucodental para nuestro Sistema Nacional de Salud?

Lógicamente, mi ideal tiene que ser de máxima calidad. Como dentista que soy, lo que quiero es tener la máxima calidad asistencial para todos los pacientes. Lo que pasa es que hay que contemporizar, hay que saber dónde estamos. Después de todo, sería empezar a fabricar una escalera donde estamos en el primer peldaño y donde hay que destinar por tanto, recursos económicos, materiales y humanos para poder ampliar esa cartera de servicios. Por ponerte un ejemplo, ahora mismo somos 960 dentistas en la sanidad pública para 47 millones de españoles.

Lo que parece claro es que 2023 y 2022 nos han traído una inflación que no apunta a marcharse por el momento. ¿Cómo lo han padecido los dentistas españoles en la rentabilidad y en los costes de sus clínicas?

Lo que está claro es que todo ha subido, desde la cesta de la compra a cualquier artículo sanitario y cualquier bien de consumo. Estamos en una situación de crisis económica, y más después de haber salido de una pandemia que provocó que las clínicas dentales sólo pudieran abrir en casos de urgencias, que ha generado un colapso dentro de lo que son las clínicas dentales y donde aproximadamente el 15 por ciento de las clínicas abiertas en España están abocadas a desaparecer según las estimaciones que tenemos. La crisis nos ha afectado muy considerablemente pero, extrapolado a otros autónomos, estamos casi en el mismo nivel que puedan estar los abogados, farmacéuticos o fontaneros. No hay otra, estamos mal en todos los sectores.

Oscar Castro está realizando un recorrido por las consejerías de Sanidad autonómicas para lograr apoyos en las especialidades.

Vivimos en un mundo digitalizado y social para el que ustedes piden una ley de publicidad sanitaria.

¿Qué riesgos está corriendo el paciente y el profesional sanitario con la actual legislación?, ¿cuáles son las principales restricciones que demandan?

La ley de publicidad sanitaria no sería una ley restrictiva, sino que tendría que ser una información veraz y de acuerdo con la evidencia científica que disponemos. Cualquier tipo de oferta comercial se sale fuera del ámbito de lo que es sanitario: el ofrecer dos implantes por el precio



de uno, el hacer un descuento, el obsequiar una tablet por hacer un tratamiento de ortodoncia o un viaje a Canarias. Como comprenderá, esto se sale fuera de lo que sería el buen hacer, la ética y la deontología de nuestra profesión y, por lo tanto, eso tiene que estar legislado. También las falsas publicidades, los anuncios engañosos con ofertas que son prácticamente imposibles de cumplir, pero que las hacen con una frescura y una frialdad que no pasa absolutamente nada. Si existe una ley que controle esto, lo seguiremos defendiendo. No solo los dentistas, sino todos los sanitarios y todos los consejos que representamos más de un millón de profesionales, nos juntamos para pedirlo ante la Cámara Alta primero y salió una moción que se aprobó por unanimidad. Luego, paradójicamente, en el Congreso de los Diputados lo echaron para atrás con los votos en contra principalmente del PSOE y de Unidas Podemos. Al final es una cuestión política, cuando es una cosa que beneficia a todos los ciudadanos.

Ahora que vivimos un debate sobre el exceso o carencia de profesionales en algunas ramas sanitarias, ustedes hace tiempo que están avisando de ese superávit de egresados en Odontología que cada año hay en las universidades españolas. ¿Qué perspectiva de futuro auguran y qué demandan en este sentido?

El futuro es absolutamente demencial. Ahora mismo se espera que en los próximos dos años se abran tres nuevas facultades de Odontología de índole privada. Aproximadamente el 45 por ciento de las facultades de Odontología europeas están en España, por lo que somos el gran caladero de dentistas. Luego nuestros profesionales se ven abocados al paro, al sobreempleo o a tener que emigrar. Son bien acogidos por terceros países del ámbito europeo como Francia, Italia, o Alemania por-

que tienen una buena formación pero, después de todo, nos ha costado mucho dinero y muchos medios el formarlos y no les queda otra que irse porque no tienen trabajo en España.

En el campo de la formación, desde el Consejo también tienen una nota-

ble labor para fomentar las especialidades en Odontología. ¿Son optimistas sobre su creación?

No es que seamos optimistas, es que el Estado está obligado a garantizar la calidad asistencial de los pacientes o la existencia de especialidades en Odontología. Por supuesto que mejoraría la calidad asistencial pero, al mismo tiempo, colocaría a nuestros compatriotas en el sitio que les corresponde en Europa. Existe la libre circulación de profesionales en el ámbito europeo y lo que nos encontramos es que cualquier dentista de Europa puede venir a España a trabajar con el título de especialista. Quiero decir con esto que España es el único país de Europa que no tiene especialidades en Odontología y, en cambio, un español cuando sale a trabajar fuera, que son aproximadamente el 80 por ciento de los egresados, tienen que ir con el título de odontólogo general, porque no se pueden denominar especialistas, ya que no poseen esa titulación.

ACUDIR AL DENTISTA, UN RETO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: “LA SALUD BUCODENTAL NO ES UN LUJO, SINO UN DERECHO”

Las personas con discapacidad intelectual son especialmente reacias a una intervención odontológica. “Dependiendo del tipo de discapacidad, se necesita un tipo de tratamiento y una actitud terapéutica diferente”

Para las personas con discapacidad intelectual, acudir a una consulta odontológica puede acarrear importantes dificultades. Si ya de por sí muchas personas tienen cierto temor al dentista, las personas con discapacidad intelectual pueden presentar, dependiendo de su patología, un mayor rechazo a la intervención odontológica. El miedo ante lo desconocido les puede generar ansiedad y desembocar en alteraciones de la conducta, lo que dificulta tanto la labor de los profesionales como de la propia familia, quienes deben acompañar y facilitar esta tarea, en la medida de lo posible.

Esta problemática es mayor teniendo en cuenta que las personas con discapacidad intelectual suelen presentar más problemas bucodentales que el resto, derivados de su propia enfermedad o trastorno. “Empieza desde la edad preescolar. A los dos o tres años ya empezamos a detectar problemas. Teniendo en cuenta que la caries o las enfermedades de las encías son de las más extendidas del mundo, en su caso están todavía más acentuadas. Además, se desarrollan otras, derivadas de su patología. Por lo tanto, hay que actuar de forma temprana, desde la alusión de los primeros dientes”, asegura Óscar Castro, presidente del Consejo General de Dentistas de España.

Las familias se enfrentan a numerosos retos a la hora de acudir al dentista con la persona con discapacidad intelectual. Para comenzar, desconocen dónde acudir. El presidente del Consejo General de Dentistas de España aconseja solicitar información a las entidades asociativas, quienes “normalmente tienen contacto con dentistas que se dedican en exclusiva preferentemente a pacientes que denominamos como ‘especiales’, aunque asegura que “a veces no es posible elegir si se trata de Sanidad Pública, pero suelen ser dentistas preparados para tratar a este tipo de personas”.

En el ámbito público, tan solo existen unidades de salud bucodental dedicadas exclusivamente a pacientes especiales en ciertas comunidades, como Extremadura y Comunidad de

Madrid. “Poco a poco se va entendiendo las necesidades de las personas con discapacidad intelectual, pero de momento son héroes solitarios, una persona o un equipo con muchos pacientes y demandantes de este tipo de servicios”, afirma Castro. Excepto en estos casos, será cuestión del azar dar con una clínica que cuente con adaptaciones y profesionales cualificados para atender a este tipo de pacientes. En muchos casos, la alternativa será acudir a un centro privado, “con el coste que eso supone”.

En el caso de recurrir a una clínica privada, Castro aconseja a las familias fijarse en que haya “profesionales preparados para tratar con estas personas que puedan, además, discernir entre todas las patologías que puedan llevar inherentes a su propia enfermedad o discapacidad, para dirigirlos de forma adecuada y también hacer equipo con los padres, algo necesario para llegar a buen término”.

Los pacientes con discapacidad intelectual suponen un reto para los profesionales de la odontología. “Si ya de por sí el hecho de acudir al dentista es una situación estresante, con estas personas, que tienen temor a todo lo que esté fuera de su entorno, a veces se exagera todavía más esa desconfianza”. Además, señala Castro, “su umbral del dolor es más bajo, gestionan mucho peor la ansiedad, los miedos y lo expresan a veces mediante violencia o no cooperando directamente”.

Las características de estas personas condicionan la intervención por lo que, asegura Castro, “los profesionales deben estar formados para tratarlos”. Una responsabilidad que implica a todo el equipo, “desde la recepción o el higienista, hasta los auxiliares. Todos tienen que estar preparados para tratar con la delicadeza y los parámetros adecuados a estos pacientes”.

Dentro de la intervención, se puede dar un amplio abanico de situaciones, apunta el presidente del Consejo Ge-

neral de Dentistas de España, “desde la persona que es absolutamente colaboradora, interviene y responde de forma receptiva y cariñosa, hasta personas que muestran actitudes agresivas y se niegan absolutamente a todo, incluso a entrar al gabinete”. Por este motivo, la intervención debe ser individualizada: “Hay unas pautas y unos protocolos estándar, pero, dependiendo del tipo de discapacidad y su gravedad, se necesita un tipo de tratamiento, una actitud terapéutica y de trato diferente”.

La individualización es necesaria desde el primer momento, en la espera para acceder a la consulta. “Una de las pautas que tenemos para las personas con discapacidad es que no pueden esperar porque el grado de ansiedad aumenta y más en las primeras visitas, por lo tanto, el equipo debe tener muy claro que no se les puede hacer esperar, tienen que entrar al gabinete directamente, sin demoras”, afirma Castro.

Por otro lado, asegura, el profesional no debe utilizar un lenguaje

lizamos en la consulta”. Por último, añade Castro, “el sentido común es el que predomina, por lo que el profesional debe ser afectuoso, cariñoso, tener una paciencia extrema y dedicarle todo el tiempo que se pueda”.

Muchas personas con discapacidad intelectual pueden negarse incluso a entrar en la consulta. En estos casos, sugiere, “son necesarias más visitas de lo normal solo para llegar a hacer la exploración. Te tienes que ganar su confianza y, a pesar de eso, en casos de urgencia dental, tienes que llegar a la sedación profunda”. El uso de fármacos o de anestesia general será una opción también en casos de personas no colaborativas, a las que no se pueda explorar y que incluso muestren actitudes de agresividad. “En esos casos hay que dormirlos, porque no hay otra forma de acceder a ellos”.

En la intervención odontológica, será imprescindible la colaboración de la familia. “Desde la primera visita, la intervención de los padres es fundamental para crear un ambiente de confianza. Es una gran ayuda

porque transmite seguridad al niño y, a medida que va cogiendo el hábito y ya conoce al dentista, puede irse reduciendo”. Además, deben preparar previamente al paciente: “Es vital la labor pedagógica, contarle que vamos a ir a ver al dentista, que le va curar... etc. La familia sabe cómo decirlo y si va a colaborar o no, con lo cual la comunicación entre padres y dentista es

muy importante a la hora de saber cómo orientar el tratamiento”.

Por complicado que resulte gestionar el momento de acudir a una consulta odontológica, en ningún caso, asegura Castro, se debe prescindir de atender la salud bucodental del familiar con discapacidad. “La salud tiene que priorizarse y, pese a la carga que entiendo supone para ellos, tiene que existir un compromiso por parte de los cuidadores para que esas personas tengan acceso a la salud”, señala.



EL DENTISTA, EN EL PRIMER FRENTE DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER ORAL

En España tan solo se detecta en fase inicial entre el 25-30% de este tipo de tumores

El cáncer oral supone cerca del 4% de todos los tumores en el mundo. El consumo de tabaco y alcohol son considerados los principales factores de riesgo para su desarrollo, y sus efectos son sinérgicos. La dieta, la infección por el virus del papiloma-virus humano (VPH), la predisposición genética y una pobre salud oral son otros factores que se han asociado a este tipo de cáncer.

La OMS argumenta que su manejo debe ser parte integral e indisoluble de los otros programas de detección de cáncer. Hoy en día sabemos que su tratamiento establecido es muy complejo y multidisciplinario, incluyendo muchas veces la cirugía y la radioterapia, y a unos costes muy elevados. Por el contrario, el abordaje de lesiones incipientes, detectadas en fase precoz, pueden resolverse mediante cirugías más sencillas, menos costosas y, sobre todo, con mejor calidad de vida y supervivencia para los pacientes.

En España, las estimaciones efectuadas apuntan a que solo se diagnostica en fase precoz entre el 25-30% de los cánceres orales.

Por este motivo, empleamos con demasiada frecuencia el término retraso diagnóstico, que es usado como contraposición de detección precoz del cáncer y se define como el tiempo que pasa desde que el paciente detecta su primer signo o síntoma y su diagnóstico definitivo. El retraso diagnóstico incluye tanto el atribuible al paciente como el que debe ser asignado al propio modelo sanitario. Con el objetivo de homogeneizar este concepto, la Declaración de Aarhus ha sugerido estandarizar los diferentes intervalos de tiempo, a través de unas definiciones claras, y abandonar el término genérico y ambiguo de retraso diagnóstico. Las diferentes etapas contempladas en la mencionada declaración incluyen la detección por el paciente de alguna anomalía, la percepción de la necesi-

dad de una revisión, la consulta con un profesional sanitario, el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

En una excelente revisión sistemática, el profesor Varela, de la Universidad de Santiago de Compostela, analiza el impacto de estas etapas. Los principales datos obtenidos muestran un tiempo promedio de consulta del paciente al profesional sanitario en torno a 80 días. Por otra parte, el tiempo promedio de «remisión profesional», es decir, desde la atención primaria (AP) a la asistencia especializada, es de unos 16 días, un plazo cinco veces más corto que el tiempo de consulta del paciente. Como puede deducirse de esta revisión, el tiempo promedio del paciente es el que se asevera el más largo de todo el proceso clínico analizado. Una apropiada concienciación sanitaria acerca del cáncer oral, con un buen nivel de información y actitud sanitaria y una adecuada accesibilidad del sistema sanitario, condicionan el tiempo promedio del intervalo de demanda de asistencia.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene el grado de conocimiento de la población sobre los signos y síntomas de alarma y los factores potencialmente peligrosos, parece evidente la trascendencia que tienen las campañas de información sanitaria que tratan de disminuir este retraso en la demanda diagnóstica por parte de los pacientes.

Otro eje prioritario en muchas intervenciones de este tipo es intentar elevar el grado de conocimientos por

parte del personal sanitario (dentistas y médicos de AP, principalmente) acerca del cáncer oral, fundamentalmente en cuanto al examen intraoral, priorizando el mismo en grupos de riesgo. También debe incluirse el fomento de las visitas habituales al dentista como método insustituible para efectuar «screening» oportunista, es decir, aprovechar que el paciente acude para efectuarle el examen intraoral en busca de lesiones potencialmente malignas o cáncer oral. El dentista es de gran ayuda para aumentar la concienciación sanitaria en estos pacientes, informando sobre factores de riesgo con un enfoque individual, particularmente entre aquellos con hábitos potencialmente más peligrosos. Es clave que haya una buena coordinación a nivel de AP entre médicos y dentistas, al objeto de no desperdiciar oportunidades y aprovechar las sinergias para mejorar la agilidad al derivar a un paciente a un centro especializado para su diagnóstico y tratamiento.

El dentista, por lo tanto, es el factor fundamental en dos grandes frentes: en los aspectos educativos a los pacientes que acuden, muy especialmente en aquellos considerados en situación de riesgo, y en el diagnóstico clínico precoz de lesiones para su posterior derivación inmediata a atención especializada. En cuanto a la educación sanitaria, se han propuesto tres prioridades: informar a los pacientes sobre los signos de alarma, acerca de los principales factores de riesgo e instruir sobre la autoexploración.

FLORESTÁN AGUILAR, EL DENTISTA QUE SALVÓ A ALFONSO XIII DE SU GRAN HALITOSIS

Reputado odontólogo, formado en EEUU, era uno de los pocos amigos que tenía el Rey

La visita del Rey Juan Carlos a su dentista en Vitoria, su fidelidad a Eduardo Anitua -por el que ha volado desde Abu Dhabi para tratarse la dentadura- recuerda la estrecha relación que mantuvo su abuelo Alfonso XIII con Florestán Aguilar (La Habana, 1872-Madrid, 1934), su dentista de cámara y uno de los hombres que le fueron más fieles. De hecho fue el que le dijo al Rey que debía irse de España tras las municipales de 1931 en las que los partidos monárquicos ganaron pero perdieron en las gran-

des ciudades. Su peripecia vital está recogida por Julio González Iglesias en *Bocas imperiales* (Plaza y Janés).

Alfonso XIII tenía problemas bucales. El más llamativo, como apuntó su tía la Infanta Eulalia, la llamada barba prognática de los Habsburgo, avivada por el matrimonio de su padre Alfonso XII con María Cristina de Habsburgo. Cuenta González Iglesias que cuando a principios del siglo XX se pusieron de moda los estudios eugenésicos, algunos de estos cantamañanas (los expertos de la época) dijeron que ese

prognatismo era un rasgo demostrativo de la degeneración de los Habsburgo y de los Borbones.

“Según ellos, el poder absoluto era una cosa antinatural que a la larga se volvía contra las familias que las ejercían, embruteciéndolas”. Por supuesto, los republicanos aceptaron y difundieron estas ideas. En 1914 un periodista preguntó a Florestán Aguilar por la cuestión y dijo que el prognatismo era una cuestión racial. “Carlos I y Voltaire fueron prognáticos y nada tontos”, dijo. Precisamente sobre esta cuestión versó el trabajo que leyó en el ingreso de la Academia de Medicina en 1933.

Explicaba también que Alfonso XIII era muy disciplinado en sus cuidados dentales y que como cualquiera se ponía nervioso en la consulta de su dentista y contaba chascarrillos para disimular. También, como cierta duquesa le comentó al periodista

especializado en historia de la Monarquía Juan Balansó, que el Rey se veía aquejado de una halitosis brutal que podría ser de origen dentario. En 1929, estando Alfonso XIII en Inglaterra jugando al polo, sufrió un desvanecimiento y fue reconocido por el doctor Smart, médico del príncipe de Gales. También tuvo un dolor en el hombro y en la zona precordial.



Le diagnosticaron una cardiopatía de origen infeccioso. A partir de ahí, comenzó el declive de Alfonso XIII que muchos atribuyeron a la congoja por la muerte de su madre.

Florestán Aguilar, como Anitua, era una eminencia de la época, con un amplio re-

conocimiento en el extranjero. Pero sin duda su título más importante era el de “único amigo” de verdad de Alfonso XIII. Tenía su consulta en la calle de Alcalá pero la trasladó al palacio Longoria de Fernando VI, actual sede de la SGAE.

UN PAÍS QUE VA AL DENTISTA MENOS DE UNA VEZ AL AÑO PORQUE NO LO PUEDE PAGAR

España amplía las prestaciones públicas a los menores de 15 años, mientras reconoce que el 33% de la población entre 14 y 25 años no puede acceder a la atención dental por su coste

Hay ideas arraigadas en el fondo del imaginario colectivo que ayudan a entender el origen de algunos de los problemas de salud. Una de ellas son los nervios y ese sentimiento de temor ante el dentista, que aplaza la visita a la consulta hasta que el dolor es insostenible. Ahí radica un dato que debería hacer saltar todas las alarmas: a más de la mitad de la población española le faltan al menos diez dientes. Solo el 45% tiene 21 piezas o más, que determinan una dentición funcional, que permite hablar o comer sin dificultad ni necesidad de prótesis ni implantes.

Los datos son del Consejo General de Dentistas. “No hay una cultura de la salud bucodental y, al mismo tiempo, el ciudadano percibe que hay que acudir al dentista cuando tiene un dolor

o una inflamación”, señala su presidente, Óscar Castro. Precisamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha instado a los Estados a integrar este eje en sus políticas nacionales y ha reclamado un viraje en el enfoque curativo. “El cambio de paradigma de la asistencia odontológica, con una filosofía tradicionalmente centrada en el tratamiento de la enfermedad, ha dado paso a un modelo basado en la prevención, lo que implica visitas periódicas al dentista durante toda la vida de la persona, comenzando de manera muy temprana en la infancia”, señala la presidenta de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral, Elena Martínez.

A los problemas bucodentales los incentivan los económicos en un siste-

ma público de salud que recoge cada cierto tiempo la demanda del dentista gratis, es decir, financiado con fondos públicos, que no termina de materializarse pese a algunos avances. La pandemia paró un ambicioso proyecto y el Gobierno de coalición trata ahora de revertir la situación. El pasado verano, el Consejo de Ministros aprobó destinar 44 millones de euros para ampliar estas prestaciones, principalmente a menores de 14 años, personas con discapacidad, embarazadas y con cáncer de cabeza y cuello.

La medida se enmarca dentro del Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030). En el propio documento, el Ministerio de Derechos Sociales reconoce que en España el 33% de la población de 14 a 25 años no puede acceder a la atención dental por su coste. El objetivo intermedio es ampliar la cartera común de servicios en atención a la infancia para 2025 y reducir a la mitad la inaccesibilidad para la población más joven para 2030.

En España, las administraciones públicas solo cubren el 2% del gasto en cuidados dentales. Es el porcentaje más bajo, tras Grecia (0,5%), de los países del entorno. Los datos, recogidos en el atlas de la Salud Bucodental en la Unión Europea del Consejo de Dentistas, muestran importantes desigualdades. La media está en el 31%, pero los siguientes que menos dinero público invierten son Suiza, que

se ocupa del 7% del gasto; Holanda, con el 12%; Dinamarca, con el 18%; y Noruega y Hungría, con el 28%. En la parte alta de la tabla están Alemania (68%), Eslovaquia (51%) y República Checa, Eslovenia, Austria y Reino Unido, que financian uno de cada dos euros en cuidado dental.

En nuestro país cada hogar destina, de media, unos 198 euros por hogar a salud bucodental. Pero las medias ocultan realidades dramáticas, que afloran cuando se cruzan datos: cada habitante visita al dentista 0,7 veces al año. Es decir, una parte de la población no va nunca y el principal factor es que no se lo puede permitir.

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud ya sacaba los colores a España en 2021. Según los datos de la OMS, en 2019, un 1,6% de los hogares incurrieron en los conocidos como ‘gastos catastróficos’ en salud. Es decir, tuvieron que dejar de hacer frente a otras obligaciones básicas para poder pagar medicinas, servicios bucodentales o gafas a alguno de sus miembros. Fueron, en total, 300.000 personas, de las que la mitad cayeron por debajo del umbral de la pobreza. Según señala Óscar Castro “cuando llegan las elecciones siempre aparece la salud bucodental en todos los programas, pero a la hora de ejecutarlo no es una realidad. Según los datos del Ministerio de Sanidad, solo hay unos 960 dentistas públicos para 47 millones de españoles”.

300 TÉCNICOS ASISTEN A LAS JORNADAS PARA ENTRENADORES DEL COE

El objetivo es proveer a los técnicos españoles de las últimas tendencias en el alto rendimiento

El Comité Olímpico Español, en colaboración con el Consejo Superior de Deportes, organizó este sábado la XII edición de las Jornadas para Entrenadores, cuyo objetivo es proveer a los técnicos de nuestro país de las últimas tendencias en el alto rendimiento a través de los testimonios y ponencias de expertos en la materia.

El evento, que se celebró de manera presencial en el Auditorio Goyeneche de la sede de la entidad olímpica, estuvo presidido por el presidente del Comité Olímpico Español Alejandro Blanco y contó con la presencia de 300 entrenadores.

El presidente del COE quiso destacar “en España presumimos de de-

portistas y de grandes éxitos, pero no puede haber éxitos ni grandes deportistas si al lado no hay grandes entrenadores. En España tenemos a los mejores”. Además el presidente ha presentado a los ponentes, a quienes ha definido como “referentes. Es un lujo presentarles. Son investigadores y doctores que viven con pasión el deporte y a partir de ahí, construyen un camino mejor para los demás”, ha concluido.

En esta duodécima edición, moderada por el director de Deportes del COE, Ricardo Leiva, participaron un total de seis ponentes, todos ellos profesionales de la medicina especializada en la actividad física y el de-



porte, que abordaron diversos temas.

El doctor Xabier Leibar, por ejemplo, informó acerca de apoyos biomédicos a las carreras de resistencia de alto nivel en la actualidad, mientras que el doctor Ramón Olivé i Vilás abordó las lesiones musculares, su tratamiento y su tiempo de recuperación. El doctor Esteban Gorostiaga ahondó en la resistencia, la medicina y los entrenamientos y su homólogo Nicolás Terrados Cepeda comentó las novedades en Medicina Deportiva y Fisiología aplicables al Alto Rendimiento

Deportivo. Por último, el doctor Manuel Maiquez y la doctora Laila Rizzy concluyeron la jornada destacando la importancia de la salud bucodental en el Alto Rendimiento Deportivo.

Con la celebración de estas jornadas, el Comité Olímpico Español busca dotar a los técnicos españoles, tanto a los que están en activo como a los que buscan nuevos retos, de un espacio en el que compartir experiencias, adquirir nuevos conocimientos y debatir sobre el presente y el futuro del deporte en nuestro país.

ALGUNOS RASGOS HISTÓRICOS DE LA ÉTICA MÉDICA

Por Joaquín Callabed

Cuando paso por la bella Córdoba nunca olvido visitar la escultura de Maimónides, fiel reflejo de la cultura árabe en España.

Este sabio español me ha inducido a pensar en la ética médica de todas las épocas: la cultura grecolatina, hindú, judía, china, persa, de la ilustración inglesa, y de la moderna Bioética.

El Juramento Hipocrático es mundialmente conocido y todavía tiene vigencia.

También aportó esta cultura greco-latina "Los escritos sobre los médicos de Escríbonio el Largo" en Roma s. I a. C. y "Los consejos de Esculapio" (s. IV a. C.)

Platón habló de la vulnerabilidad humana y como deben ser cuidados los pacientes por sus médicos

"ningún médico, en la medida que es médico debe considerar su propio beneficio en lo que prescribe sino en el bien del paciente"

Los filósofos presocráticos comenzaron a abandonar los mitos y dieron un enfoque más racional y la naturaleza o physis pasó a ser el centro de la filosofía y todas las demás cuestiones fueron enfocadas con perspectiva naturalista.

También en "La República" dice "el médico hábil es el que es consciente de sus propios poderes y el que los utiliza hasta unos límites"

Tuvo como discípulo a Hipócrates a quien dedicó grandes elogios

Aristóteles nos habla de la dificultad de ejercer la medicina:

"En medicina es fácil saber lo que es la miel. El vino, el éleboro, la cauterización y la cirugía. Pero es difícil saber cómo, a quién y cuándo aplicarlas"

Sarapión, médico y filósofo

Una inscripción en un Ascle-

pión de Atenas, está inscrita en honor a Sarapión al que se le describe como médico y filósofo estoico. La inscripción dice así.

"El médico debería ser como dios, salvador tanto de los esclavos como de los pobres, de los ricos, de los gobernantes y para todos como un hermano dispuesto a ofrecer su ayuda"

Leyenda del talón de Aquiles

La leyenda del talón de Aquiles es muy expresiva. Los mitos nos hablan del deseo de inmortalidad de las personas.

"Tetis, la madre de Aquiles, con el fin de conferirle inmortalidad le dio por su cuerpo masajes de ambrosía y cauterizaciones. Después lo sumergió en las aguas de la laguna Estigia sujetándole por el tobillo.

Aquiles se volvió invulnerable por todo su cuerpo excepto por el talón, lugar donde recibirá en la guerra de Troya la herida mortal"

Maimónides fue médico, filósofo y teólogo. Nos dejó estos pensamientos

"Dios, llena mi alma de amor por el arte y por todas las criaturas. Aparta de mí la tentación de que la sed de lucro y la búsqueda de la gloria me influyeran en el ejercicio de mi profesión. Sostén la fuerza de mi corazón para que esté siempre dispuesto a servir al pobre y al rico, al amigo y al enemigo, al justo y al injusto.

Haz que no vea más que al hombre en aquel que sufre. Haz que mi espíritu permanezca claro en toda circunstancia pues grande y sublime es la ciencia que tiene por objeto conservar la salud y la vida de todas las criaturas.

Haz que mis enfermos tengan confianza en mí en mi arte y que sigan mis consejos y prescripciones. Aleja de sus lechos a charlatanes, al ejército de parien-

tes con sus mil consejos, a los vigilantes que siempre lo saben todo; es una casta peligrosa que hace fracasar por vanidad las mejores intenciones.

Concédeme, Dios mío, indulgencia y paciencia con los enfermos obstinados y groseros

Haz que sea moderado en todo, pero insaciable en mi amor por la ciencia. Aleja de mí la idea de que lo puedo todo. Dame la fuerza, la voluntad y la oportunidad de ampliar cada vez más mis conocimientos, a fin de que pueda procurar mayores beneficios a quienes sufran"

Había estudiado en la Universidad de Al Qarawiyying en Fez, fundada en el año 859 y considerada por la UNESCO como la más antigua del mundo y fundada por Fatima Al Fihri

Cosme y Damián provenían de Siria. Estaban formados en Artes y mostraron inclinación a la ciencia médica y farmacéutica estudiando en escuelas de Siria

La vocación de estos médicos que fueron elevados a categoría de santos tenía doble motivación: La predisposición hacia la medicina como arte curativo y la respuesta a la voz interior que les llamaba al servicio ajeno.

Fueron bautizados como los "anargiros" es decir los "los desprendidos", "los desinteresados".

"El Juramento de Aaph -ha Rofé" data de Siria s. IV a de C.

CULTURA HINDÚ

Juramento de Caraka Samhita (Siglo I de nuestra era)

"Día y noche debes comprometerte y esforzarte por el alivio de los pacientes con todo tu corazón y toda tu alma"

"No deberás abandonar o dañar a tus pacientes en beneficio de tu vida"

"Deberás hablar palabras amables, puras y justas, agradables, dignas, verdaderas, saludables y moderadas"

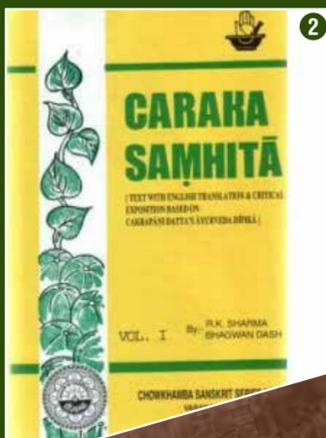
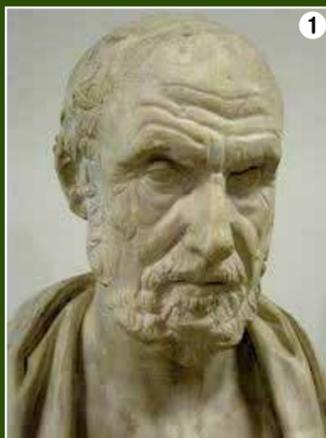
"Tu hablar, pensamientos e inteligencia y sentidos, no deberán entregarte a ningún otro fin que el ser ayuda del paciente"

"No hay ningún límite en la ciencia de la vida que es la medicina, por ello deberás aplicarte a ella con diligencia"

CULTURA JUDÍA

Juramento de Asap-Judeus (Siglo VI)

"No endurezáis vuestros corazones con el pobre y el necesitado



1. Hipócrates.
2. Charaka Samhita.
3. Chen Shih Kung.
4. Thomas Percival.
5. Diego García.

No llaméis malo a lo bueno, ni bueno a lo malo

Sed fuertes y no dejad que vuestras manos ganduleen

No dejéis que el espíritu de arrogancia haga levantar vuestros ojos y vuestros corazones con orgullo.

Sed puros, fieles y honrados"

CULTURA CHINA

La cultura china distinguía tres tipos de médicos:

1. Los de tercera categoría que solo curan enfermedades

2. Los de segunda categoría que solo curan enfermos

3. Los de primera categoría que curan también al país y a su cultura.

Chen Shih-Kung (Siglo XVII)

"Los médicos deben estar siempre dispuestos a responder a cualquier llamada de los pacientes altos, bajos, ricos o pobres"

Las prostitutas deben ser tratadas de la misma forma que los pacientes de una buena familia y a las que sean pobres deben

darse servicios gratuitos"

JURAMENTO PERSA

Khosalah al Hekman (s. XVIII)
"El médico tiene que hablar a los pacientes con cortesía y buen humor y nunca enfadarse por el mal comportamiento e insultos de los pacientes

"El médico tiene que hacer lo que es adecuado para el temperamento del paciente. Tiene que estar contento, agradecido, ser generoso y magnánimo y nunca codicioso, avaro, voraz o celoso"

MEDICINA DE LA ILUSTRACIÓN

John Gregory (1724-1773)

Describió las virtudes del médico: "humanidad, paciencia, discreción, honor basándolas en la simpatía o aquella sensibilidad del corazón que nos hace experimentar las angustias de nuestros semejantes y nos incita a aliviarlas creó el ideal medico humano. Virtuoso, compasivo y afectivo tanto por su humanidad como por su ciencia".

Thomas Percival (1740-1804)

Publicó su libro "Medical ethic a code of institutes and Precepts adapted to the international conduct of phisicians and surgeons" un buen tratado sobre ética médica.

Unas palabras finales

En el momento actual, difícil por muchos conceptos, hay una intromisión excesiva del Estado en la Sanidad y no siempre se contempla que "primero es la ciencia y después las razones de mercado". Hay que tomar distancias con muchas ideas que nos imponen. Debemos combinar la epistemología con la hermenéutica. La buena medicina debe acompañarse de valores.

Desde hace 35 años hay un sistema MIR donde los futuros médicos se preparan para aprobar un test y solo desarrollan aspectos cognitivos, del todo insuficientes para una formación integral de la profesión. La historia nos dirá que esta época tuvo muchas carencias.

Nunca se apaga la llama de la ética y surgen voces para ser escuchadas:

A la entrada del Museo de la Asistencia Pública de París hay una frase que he leído muchas veces: "Todos deberíamos aprender de todos para el bien del paciente. La humildad es una virtud evangélica. El paciente debe beneficiarse de todos los cuidados"

Henri de Lubac nos dijo que "La ética es la salvaguarda de la prudencia y responsabilidad para las épocas difíciles, para las circunstancias que amenazan a lo humano y que el respeto a la persona está hecho en gran parte por el respeto a su sufrimiento"

Todo médico debe aspirar a la excelencia que es la superior calidad o bondad que hace digna de singular aprecio y estimación una cosa.

La ciencia, nos dice Ortega, es solo un ideal y lade hoy corrige la de ayer y la de mañana la de hoy.

La ética dice Diego Gracia tiene un recorrido más largo. La ciencia es el saber penúltimo y necesita ir acompañada de valores. La Bioética es un puente entre la ciencia y los valores.

Joaquín Callabed es doctor cum laude en Medicina y Especialista en Pediatría y Puericultura. Es miembro del Club Internacional de Pediatría Social de París.

INMACULADA TOMÁS CARMONA

Catedrática de universidad en el ámbito de los pacientes con necesidades especiales Universidad de Santiago de Compostela

PREGUNTA.- ¿Qué nos puede contar sobre su infancia y adolescencia?

RESPUESTA.- Bueno, mis padres eran los dos de Murcia, y en los años 70 se trasladaron a Granada, donde nació en 1974; soy la tercera de cuatro hijos, tres chicas y un chico. Tengo muy buenos recuerdos de mi infancia y adolescencia, sobre todo, de la EGB porque tuve la suerte de poder acudir a un extraordinario colegio público granadino llamado "Sierra Elvira". En este colegio, en mi clase, se respiraba un "buen ambiente de estudio y competitividad sana" perfectamente orquestado por nuestro querido tutor D. José, lo cual, junto a las divertidas vivencias del comedor escolar, la práctica de varios deportes y la participación en actividades teatrales marcó fuertemente mi amor hacia el estudio y el buen hacer. En 8º de EGB impartí mi primera conferencia: "El maravilloso mundo de los gnomos: estilos de vida y costumbres".

Por otro lado, mis amados padres, Carmen y Francisco, unos buenos padres, supieron trasmi-

dentos en su familia?

R.- En absoluto, nadie en mi familia anterior a mi es médico ni odontólogo. Mis padres no nos condicionaron en nada y nos apoyaron en todo, tanto mis hermanos como yo pudimos, gracias al esfuerzo de ellos, hacer y estudiar lo que quisimos. En aquel momento, sentí que quería estudiar alguna profesión relacionada con las Ciencias de la Salud, pero mi duda era ¿Cuál?. Mi hermano Javier, tenía un buen amigo del colegio llamado Gerardo Gómez (actualmente, Catedrático en la Facultad de Odontología de Granada), e incluso, una novia cordobesa, y los dos estaban estudiando la carrera de Odontología. Creo que la influencia de ambos me empujó a decantarme por esta bonita profesión, que es la Odontología.

Recuerdo que los dos primeros años de la carrera, en los que estudiamos medicina general, me encantaron, por lo que deduzco que también me hubiera gustado hacer la carrera de Medicina. Sin embargo, los tres últimos años fueron muy difíciles, porque mi padre a los 53 años enfermó de una terrible enfermedad, fibrosis pulmonar, y a los pocos años falleció, lo cual fue un

golpe muy duro para toda la familia, "el capitán nos dejó y el barco se tambaleó".

P.- ¿Qué recuerda de su paso por la Facultad de Odontología?

R.- El Bachillerato y el COU lo estudié en un colegio privado lla-

mado "San Isidoro". En el primer año, en este colegio, conocí a una persona especial, que se convertiría en una "amiga del alma", mi amiga Beatriz Montoro, cuya amistad nos une durante más de 30 años.

Las buenas notas obtenidas en estos cursos junto a la Selectividad me permitieron acceder sin problemas a la Facultad de Odontología de Granada. Pienso que este es un momento muy ilusionante, el inicio de los que será tu vida profesional futura. En mi época, los dos primeros años se estudiaban en la Facultad de Medicina y los tres últimos, se hacía en el Campus de la Cartuja, en la Facultad de Odontología, ubicada en un bonito edificio de estilo neomudéjar construido a finales del siglo XIX.

En mi clase, la promoción 92-97, éramos sobre 90 personas, se respiraba un "buen ambiente de compañerismo" y tengo muy buenos recuerdos de todos ellos. Algunos se convirtieron en muy buenos amigos, Soledad Torres, Azucena Serrano, Manuel María Ruiz... con

los mantengo contacto continuo en la actualidad. Francamente, recuerdo una carrera bien organizada y planificada con un alto contenido de actividad práctica, y en general, un elenco de profesores (los de Odontología, la mayoría muy jóvenes) muy bien formados, con conocimiento, y algunos de ellos, unos grandes oradores. Probablemente, este ambiente, junto a mi personalidad estudiosa, hizo que sintiera en los últimos años, mi verdadera vocación docente e investigadora, lo que me impulsó en primera instancia a realizar la Tesina de Licenciatura bajo la supervisión de los profesores Miguel Urquía y Miguel Ángel González, a los que les guardo un gran cariño.

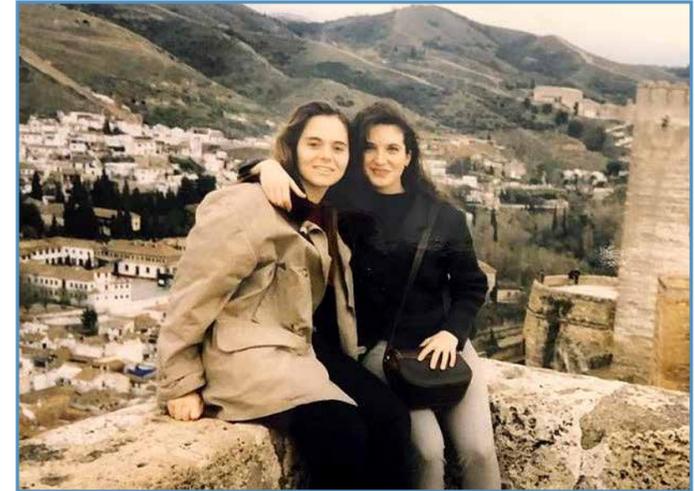
P.- Y después de la carrera?

R.- Aunque me hubiera gustado seguir con una formación clínica postgraduada, por mi situación familiar, me tuve que poner a trabajar de forma inmediata, y la verdad, a pesar de la inexperiencia de la juventud, tengo un recuerdo muy bonito de aquella etapa. Gracias a la buena formación práctica que recibí, con valentía me "atreví" sola, con tan solo 24 años, a alquilar una clínica dental en un barrio obrero de Granada, llamado La Chana, y ayudada por mi hermana mayor Elisa, como auxiliar, empezamos a practicar una Odontología honesta y de modestas pretensiones, pero muy cercana y empática. Fue increíble, porque al mes de empezar a trabajar, como se suele decir "teníamos tantos pacientes, que salían por las ventanas" (bueno, hay que decir que en aquella época realmente había mucho trabajo por todas partes).

Sin embargo, a pesar "de la fama y del dinero", yo no me sentía del todo feliz y satisfecha porque mis inquietudes docentes e investigadoras no se veían cubiertas. Aunque yo seguía formándome clínicamente, recuerdo acudir a varios cursos de instrumentación mecánica en endodoncia con mi querida amiga Soledad Torres, yo sentía que la dedicación exclusiva a la actividad clínica no me llenaba completamente, y decidí empezar a hacer carrera universitaria.

P.- Bueno, resulta un poco intrigante, y que pasó?

R.- Pues, obviamente, primero lo intenté en mi tierra, en la Facultad de Odontología en Gra-



Visita a la Alhambra en compañía de mi amiga Beatriz Montoro (1994).



En compañía de mi amiga Soledad Torres durante nuestro viaje a Cuba en 5º curso de Odontología.

nada, matriculándome en los estudios de Doctorado. Pronto, contemple la posibilidad de dejar la actividad clínica y dedicarme a tiempo completo a la realización de mi tesis doctoral, bajo el amparo de un contrato predoctoral. Francamente, aún no sé muy bien el por qué, quizás yo no insistí lo suficiente, ni me dirigí a las personas adecuadas, pero en Granada no se dieron las circunstancias y no lo pude solicitar.

Paralelamente, en un Congreso de Medicina Oral de Valencia en el 1998, tuve un primer contacto con el profesor Pedro Diz de la Universidad de Santiago de Compostela. Al poco tiempo, quizás sin pensarlo mucho como joven que era y un tanto "aventurera", lo llamé y me ofrecí como estudiante predoctoral para realizar la tesis bajo su supervisión en la Universidad de Santiago de Compostela. Él me aceptó, y por ello le estoy agradecida.

En octubre de 1999, llegue a esta buena tierra gallega, con una maleta, un ordenador, aires granadinos y una ilusión infinita de "hacer carrera académica y dedicarme a la docencia e investigación". A las 3-4 meses de estar en Galicia, conseguí mi primer contrato público con el que inicié mi trayectoria universitaria.

P.- Y como llevó el cambio a una ciudad tan diferente, Santiago de Compostela, procediendo de Granada?

Respuesta 6. Bueno, la verdad es que sí, a pesar de estar en el mismo país, constato totalmente que Andalucía y Galicia son dos tierras muy diferentes en el carácter y mentalidad de sus gentes, las costumbres y, sobre todo, el clima. Recuerdo el primer curso académico que estuve en Santiago de Compostela, el curso 1999-2000, no salió el sol durante 10 meses y estuvo lloviendo intermitentemente durante todo ese tiempo.

De hecho, el primer día que salió el sol después de tanto tiempo con el cielo gris, fue noticia de portada en los principales periódicos gallegos. Confieso que yo estaba impactada, pero no me afectó en absoluto porque era feliz, me gustaba mi trabajo en la Facultad. De hecho, recuerdo a una conserje de la Facultad, llamada Esperanza, que lamentablemente ya nos dejó, me decía: "Niña, si eres capaz de

legiada porque he podido disfrutar de las dos Españas, la del norte y la del sur, ambas con sus virtudes y sus defectos, lo que me ha permitido enriquecerme enormemente como persona.

P.- Cómo sintetiza su carrera universitaria?

R.- Bueno, yo distingo, claramente, dos etapas: una primera, en la que defendí mi tesis doctoral, estuve muy centrada en mi formación



Congreso EUROPERIO celebrado en Amsterdam (2018).



Congreso de la CEF-IADR/NOF celebrado en Viena (2017).

Los investigadores clínicos de mi grupo estudian y se esfuerzan por adquirir conocimientos de otras áreas científicas con el propósito de aplicarlos en el ámbito de las Ciencias Odontológicas

aguantar este año, que llevamos 10 meses sin ver el sol, ya te quedas en Galicia". Ahora pienso, que razón tenía mi querida Esperanza.

Con los años, he aprendido a querer a Galicia con todas sus particularidades, ahora me siento hija adoptiva de una tierra maravillosa que me acogió y me ha tratado muy bien y una persona muy privi-

ción en metodología de la investigación y bioestadística, y obtuve la plaza de Profesora Titular. En el 2006, disfrutando de un contrato postdoctoral USC, conseguí una plaza de interina de sustitución y al poco tiempo, salió la convocatoria de Habilitación Nacional al Cuerpo de Profesores Titulares de Universidad, la cual decidí prepararla y presentarme, para felizmente obtener una de las plazas. En el 2008, gané la plaza de Profesora Titular en la Universidad de Santiago de Compostela en la materia "Odontología en el Paciente Medicamente Comprometido".

A partir de 2010, comienza la segunda etapa, en la que comienzo a sentir la necesidad y conveniencia, debido a mi alto grado de dedicación y compromiso universitario, de iniciar el liderazgo de una nueva unidad clínica especializada y un grupo de investigación ("Oral Sciences Research Group") bajo mis principios docentes, científicos y éticos, y de lo cual me siento muy orgullosa.

En 2014, obtuve la acreditación al Cuerpo de Catedráticos de Universidad, pero desafortunadamente por cuestiones económicas de la USC no fue convocada hasta 8 años después la plaza de Catedrática que actualmente ocupo.

P.- ¿Qué tipo de pacientes tratan en la Unidad Clínica Universi-



Fiesta de graduación de la promoción 92-97 de Odontología en la Universidad de Granada.



Workshop educativo organizado por la IADH en el seno del Congreso Europeo de Educación en Odontología (Antalya, 2011).

taria que usted coordina en la USC?

R.- Desde su creación, el trabajo diario en la Unidad me ha permitido descubrir mi verdadera vocación clínica, la "Odontología en Pacientes con Necesidades Especiales", un ámbito clínico desafiante que me plantea retos diarios, pero también me aporta grandes satisfacciones y experiencias inolvidables con nuestros pacientes y sus familias, sus cuidadores y otros profesionales maravillosos.

Siendo centro de referencia en nuestra comunidad autónoma, el perfil médico de los pacientes que acuden a la Unidad es muy diverso, abarcando desde las discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales hasta la patología sistémica. En la Unidad trabaja un equipo dinámico de jóvenes odontólogos, bien formados, con valores éticos y personales, con espíritu de trabajo en equipo, que contribuyen al avance de nuestro Servicio Clínico con el

fin último de satisfacer lo mejor posible las necesidades de nuestros pacientes.

Aparte de la importante acción social, la Unidad representa un pilar docente fundamental en la vertiente práctica de la materia que imparto desde hace más de 15 años, "Odontología en el Paciente Medicamente Comprometido" y una fuente de conocimiento que nutre y enriquece todo el material didáctico que preparo sobre la temática, como es el caso de mi

libro cuya segunda edición ha sido recientemente publicada, "Odontología en Pacientes con Necesidades Especiales" (Edición 2022).

P.- ¿Bajo qué prisma trabaja el grupo de investigación que usted coordina, "Oral Sciences Research Group"?

R.- Bajo la creencia absoluta en la importancia de llevar a cabo una "investigación multidisciplinar", los investigadores clínicos de mi grupo estudian y se esfuerzan por adquirir conocimientos de otras

áreas científicas con el propósito de aplicarlos en el ámbito de las Ciencias Odontológicas, demostrando que es posible hacer una investigación traslacional de alta calidad en Odontología. Desde hace más de 10 años, estamos centrados en el avance de dos principales líneas de investigación: 1) Patogénesis y diagnóstico de las enfermedades orales, especialmente las periodontales, mediante la aplicación y desarrollo de técnicas bioinformáticas y de inteligencia artificial en

tecnologías ómicas; 2) Diagnóstico odontológico sobre imágenes de la cavidad oral mediante la aplicación y desarrollo de técnicas de inteligencia artificial (IA).

A este respecto, me gustaría expresar mi gratitud al Dr. Alejandro Mira del Instituto de Investigación FISABIO en Valencia, pionero en la aplicación de las tecnologías ómicas en la cavidad oral en nuestro país, por introducirme hace más de 12 años en el fascinante mundo "ómico". Igualmente, mi agradecimiento a la profesora María José Carreira y a todo su equipo del Centro de Investigación en Tecnologías Inteligentes de la USC por su colaboración en diversos proyectos comunes basados en IA desde hace más de siete años, lo que nos ha permitido aprender y enriquecernos enormemente como grupo de investigación.

También, quiero agradecer la colaboración activa de distintos investigadores con nuestro grupo: las Dras. Manuela Alonso y Susana Bravo del Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), la Dra. Marta Relvas del CESPU en Portugal y el Dr. Luigi Nibali del King's College London.

P.- Ya que es un tema que está muy "de moda" y como investigadora pionera en nuestro país en la aplicación de IA en sus investigaciones ¿Cómo cree que los avances conseguidos con IA impactarán en la práctica clínica odontológica?

R.- Indudablemente, la IA ha llegado a la Odontología en los últimos años, y se espera que la revolucione mucho más en las próximas décadas. En nuestro ámbito, al igual que en el resto de la Ciencias de la Salud, los sistemas de IA nos van a permitir determinar con precisión características clínicas relevantes, establecer el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad e incluso anticipar la presencia de la patología oral o su pronóstico mediante el análisis de genes, la priorización de factores de riesgo o la predicción de resultados.

Por ello, considero fascinante e inimaginable el futuro que nos depara la aplicación de la IA en las Ciencias de la Salud y, específicamente, en las Ciencias Odontológicas, y cómo esos avances revertirán en el progreso de la humanidad. Sin embargo, este extraordinario auge de la IA va acompañado, sin duda, de nuevos retos en cuanto a responsabilidades morales que van mucho más allá de los requisitos técnicos y jurídicos, y debemos ser absolutamente



Congreso de la SEPA celebrado en Valencia (2019).



Grupo clínico que colabora en la Unidad de Pacientes con Necesidades Especiales de la USC junto a pacientes que acuden a la Unidad.

conscientes de ello.

En 2021, la Organización Mundial de la Salud estableció seis principios consensuados para garantizar que la IA redunde en un beneficio a la humanidad, siendo el primero de ellos, el de proteger la autonomía humana, confirmando que los profesionales deben seguir controlando el sistema sanitario y las decisiones médicas. Por otro lado, como bien dice mi colega el profesor Juan Seoane, es muy importante no olvidar que *“la práctica de la Medicina y de la Odontología exige de un perfil específico basado en valores como el*

altruismo, la compasión y la empatía, y en esto el ser humano no tiene competencia”.

P.- Usted es Catedrática en el ámbito de los Pacientes con Necesidades Especiales en Santiago, puede comentarnos algo sobre la materia que imparte y qué valoración hace de la enseñanza de la Odontología en nuestro país.

R.- Pienso que la materia que imparto, basada en conocer las particularidades médicas en el manejo odontológico de los pacientes con necesidades especiales, es de vital importancia en la formación graduada de un odontólogo,

si consideramos el elevado porcentaje de discapacidades y patologías sistémicas que prevalecen en la sociedad y cuya tendencia es al alza debido al envejecimiento de la población. De hecho, desde que soy profesora de esta asignatura, todos los años, son mis propios alumnos en las tutorías los que me reconocen la importancia de la temática cuando se enfrentan a un “paciente real”. La principal peculiaridad de la materia que imparto es la síntesis de diferentes conocimientos médicos procedentes de la patología general y médica, la anestesia, la farmacología y las urgencias médicas que son necesarios considerar ante la práctica de un tratamiento odontológico. Como yo les digo a ellos, esta materia es la *“Medicina Interna para odontólogos”*.

Respecto a la enseñanza de la Odontología en nuestro país, partimos con la ventaja de que nuestros alumnos proceden de un proceso selectivo muy exigente, por lo que son, en general, muy buenos alumnos. Nosotros, como profesores, tenemos la responsabilidad de estimularlos e ilusionarlos de cara a su futura profesión. Por otra parte, aunque siempre hay posibilidad de mejora, considero que las Facultades de Odontología españolas están en un buen nivel, el clima educativo es aceptable (algo que pudimos demostrar nosotros mismos en varias investigaciones previas) y la calidad de la “cantera” de alumnos permite garantizar el reemplazo generacional.

En este punto, me gustaría hacer una especial mención al área de Odontología de la USC, la cual estando formada por un grupo muy reducido de profesores, es capaz de posicionarla entre las 150 mejores del mundo según el último ranking de Shanghai, lo cual impacta muy positivamente en el posicionamiento de nuestra Universidad en el ranking y refleja, sin duda, la excelente formación clínica y académica del profesorado y de los tutores clínicos, así como su alto grado de compromiso e implicación en las tareas docentes e investigadoras.

P.- Ha comentado que hay



Formando parte del equipo decanal de la Facultad de Medicina y Odontología dirigido por el profesor Juan Gestal, en calidad de Decano, entre los años 2011-2014.



Tribunal evaluador de la oposición de profesora Catedrática en la Universidad de Santiago de Compostela (2022).



Acompañada por el grupo clínico y de investigación de la USC y pacientes que acuden a la Unidad junto a sus familiares y cuidadores en el acto de nombramiento como Académica de Número en la Academia de Ciencias Odontológicas de España (abril, 2023).

posibilidad de mejora en la formación en Odontología, ¿en qué sentido lo dice?

R.- Indudablemente, seguro que es necesario plantear mejoras específicas en las distintas materias del grado, así como en la formación postgraduada. Sin embargo, de for-



Acompañada por los profesores Juan Seoane (Académico que respondió al Discurso) y Pedro Rivas en el acto de nombramiento como Académica de Número en la Academia de Ciencias Odontológicas de España celebrado el día 14 de abril de 2023 en la Universidad de Santiago de Compostela.

ma global, hay dos pilares en la formación odontológica que considero esenciales: el primero basado en promover y estimular el razonamiento biológico y clínico de las distintas condiciones y patologías orales, evitando el excesivo “automatismo” en la práctica de procedimientos e inculcando valores como la comprensión y la empatía hacia los pacientes; el segundo basado en concienciar sobre la necesidad de una formación continuada de calidad a lo largo de toda la vida profesional, con la finalidad de garantizar una práctica clínica actualizada sustentada en la mejor evidencia científica y tecnológica, lo que redundará en la mejora de la calidad de nuestros tratamientos.

P.- También ha hecho referencia al clima educativo en los estudios de Odontología en España, y que fue motivo de estudio por su grupo de investigación, ¿que nos puede decir al respecto?

R.- Si efectivamente, estuvimos durante 5 o 6 años, desde 2011 a 2017, investigando este aspecto educativo, apoyados por el Profesor Jordi Palés, y realmente fue una experiencia muy interesante. Fuimos capaces de poner en marcha un estudio multicéntrico a nivel nacional, gracias a la colaboración de numerosos profesores procedentes de la mayoría de las Facultades de Odontología públicas de España, lo que supuso la participación en el proyecto de una muestra bastante representativa de en torno 1.400 alumnos y más de 350 profesores. Los resultados revelaron que, aun viviendo un periodo de transición curricular, tanto los alumnos como los profesores, coincidieron en evaluar el clima educativo en los estudios de Odontología en nuestro país como positivo y aceptable.

P.- Sabemos que fue Vicedecana de Odontología en la Facultad de Medicina y Odontología de la USC durante 4 años, ¿Cómo fue esta etapa?

R.- Si efectivamente, mi etapa de Vicedecana de Odontología durante cuatro años, desde 2011 al 2014, fue una experiencia muy bonita y enriquecedora en la que viví momentos inolvidables, y que debo agradecer al profesor Juan Gestal, en calidad de Decano, por la confianza que depositó en mí. Recuerdo contribuir a alcanzar logros importantes para nuestra Facultad, entre los que me gustaría destacar la renovación de la Sala de Fantomas para la práctica preclínica, después de más de 25 años de uso.

Después de disfrutar de esta etapa que me resultó muy gratificante, francamente pienso que todos los profesores permanentes deberían ocupar algún puesto de gestión universitaria a lo largo de su vida académica, ya no solo por motivos curriculares sino porque es una experiencia única en todos los sentidos.

Desde un punto de vista científico, es de suma importancia potenciar la inversión pública y privada para garantizar una investigación multidisciplinar de alta calidad e impacto clínico

P.- También es miembro de número de la Academia Nacional de Ciencias Odontológicas de España...

R.- En primer lugar, me gustaría decir que la invitación a formar parte de la Academia fue una gran sorpresa para mí, porque no me lo esperaba en absoluto y quiero expresar mi agradecimiento al profesor Bascones (en calidad de Presidente) y al resto de Académicos por haberme considerado una persona adecuada para formar parte de esta Academia; para mí, es un verdadero honor y un placer. Ingresé como miembro de número, con la medalla número 16, en la sección de Estomatología médico-quirúrgica el pasado día 14 de abril de 2023. El acto se celebró en la Universidad de Santiago de Compostela y lo recordaré con mucho cariño toda mi vida porque me sentí muy arropada y querida por todos los que pudieron compartir esa celebración conmigo.

En esta sección de Estomatología Médico-Quirúrgica acompañé a los profesores Antonio Bascones (presidente), Julio Acero, Eugenio Velasco, Pedro Bullón, Juan Seoane, Rafael Gómez Font, Guillermo Machuca y Pía López-Jornet, todos ellos profesionales destacados de la Odontología.

Sin lugar a duda, la Academia debe constituirse como un referente en la promoción de la excelencia clínica e investigadora de las Ciencias Odontológicas en nuestro país.

P.- ¿Por dónde pasa el futuro de la Odontología?

Desde un punto de vista científico, es de suma importancia potenciar la inversión pública y privada para garantizar una investigación multidisciplinar de alta calidad e impacto clínico

Desde un punto de vista científico, es de suma importancia potenciar la inversión pública y privada para garantizar una investigación multidisciplinar de alta calidad e impacto clínico

Desde un punto de vista científico, es de suma importancia potenciar la inversión pública y privada para garantizar una investigación multidisciplinar de alta calidad e impacto clínico

Desde un punto de vista científico, es de suma importancia potenciar la inversión pública y privada para garantizar una investigación multidisciplinar de alta calidad e impacto clínico

Desde un punto de vista científico, es de suma importancia potenciar la inversión pública y privada para garantizar una investigación multidisciplinar de alta calidad e impacto clínico

Desde un punto de vista científico, es de suma importancia potenciar la inversión pública y privada para garantizar una investigación multidisciplinar de alta calidad e impacto clínico

Desde un punto de vista científico, es de suma importancia potenciar la inversión pública y privada para garantizar una investigación multidisciplinar de alta calidad e impacto clínico

Desde un punto de vista científico, es de suma importancia potenciar la inversión pública y privada para garantizar una investigación multidisciplinar de alta calidad e impacto clínico



En compañía de mi madre, Carmen, durante las vacaciones de verano en Torre del Mar (Málaga, 2016-2020).



En compañía de mi familia gallega en la plaza de los Naranjos en Marbella durante las vacaciones de verano (Málaga, 2017).



Visita al Blue Lagoon en Malta (2022).

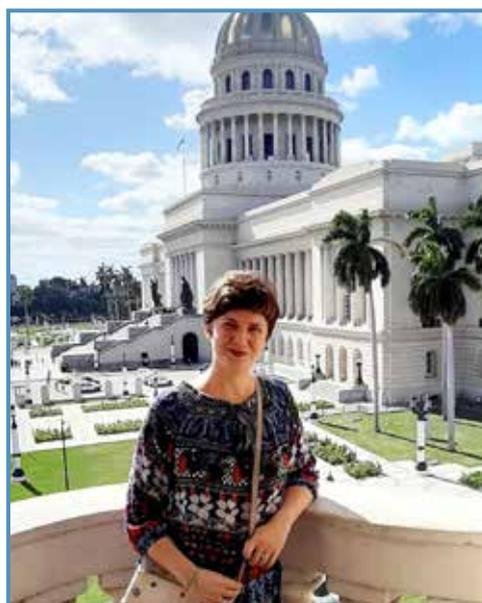
R.- Bueno, esta pregunta es complicada y puede ser contestada desde diferentes perspectivas. Desde un punto de vista clínico, el principal reto será el reconocimiento de las especialidades odontológicas en España y el posicionamiento de las universidades a este respecto. Desde un punto de vista científico, es de suma importancia potenciar la inversión pública y privada para garantizar una investigación multidisciplinar de alta calidad e impacto clínico cuyo propósito sea la mejora de la salud bucodental de las personas, y por consiguiente la mejora de su salud general. Desde un punto de vista del ejercicio profesional, considero que el reto más desafiante que se plantea es evitar “la degradación laboral de la profesión”, para lo cual probablemente será necesario reevaluar el número de graduados de Odontología a nivel nacional con la pretensión de garantizar unas mejores condiciones de incorporación de nuestros

jóvenes al mundo laboral en nuestro país.

P.- Retomando de nuevo, el plano más personal, ¿qué papel ha ocupado y ocupa su familia en su actividad académica y profesional?

R.- Como ya he comentado al inicio de la entrevista, mis padres, con sus propios ejemplos, implantaron en su familia los pilares básicos de la “cultura del trabajo y el esfuerzo, la honradez y el respeto a los demás”.

Respecto a mi familia gallega, Regina y José, son para mí, mis segundos padres porque me tratan y me cuidan como a una hija. Mi marido Carlos, al que adoro, es ingeniero de telecomunicación y la persona más generosa del mundo con la que tengo la gran suerte de compartir la vida tanto personal como profesional



Vista del Capitolio cubano desde la Casa de Galicia en la Habana (2019).

y que representa el motor de mi existencia. Indudablemente, sin este apoyo incondicional, mi carrera académica y profesional sería muy diferente.

P.- Siguiendo con las cuestiones

personales ¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?

R.- Bueno, francamente, no dispongo de mucho tiempo libre. Sin embargo, me gusta mucho la lectura, cuando era más joven, leía sin parar todo tipo de libros y novelas. Me gusta mucho los idiomas, ahora estoy centrada en perfeccionar mi inglés por motivos obvios, pero estoy segura, que aprender otros idiomas será un objetivo futuro. Adoro viajar, me proporciona una sensación de libertad enorme y me enriquece muchísimo ver otros lugares y aprender otras culturas o costumbres.

También me encanta pasear junto al mar, en este sentido, me siento muy afortunada por vivir en A Coruña, una ciudad en la que desde un lugar llamado O Portiño puedes contemplar una de las mejores puestas del sol sobre el mar del mundo. Por último, por supuesto, me encanta disfrutar de la compañía de mi familia y mis amigos.

P.- Por último, me gustaría preguntarle sobre sus proyectos profesionales para el futuro.

R.- Bajo el lema “hacer escuela”, me gustaría hacer crecer y consolidar la Unidad Clínica especializada y el grupo de investigación en el seno de la USC y el IDIS, incrementando la calidad de nuestros proyectos de investigación y la captación de recursos públicos y privados. También, intentaré potenciar al máximo, en la medida de lo posible, una investigación de desarrollo tecnológico en el campo de las Ciencias Odontológicas.

Para finalizar me gustaría expresar mi agradecimiento a la revista “El dentista del siglo XXI” por haber pensado en mi persona para la realización de esta entrevista.



**¡Únete a la
revolución!**



www.galimplant.com

info@galimplant.com • 982 533 493

MADRID RÍO

La ribera del Manzanares



Por Francisco Javier Barbado

Paseos por las ribera del Manzanares

La expresión “homo viator”, hombre caminante, se dice tanto en sentido literal como en sentido figurado, referido al hombre por la vida (Victor-José Herrero Llorente, Diccionario de expresiones y frases latinas, 1992)

Andrés Trapiello en su ameno y fascinante libro Madrid (2020) escribe “ Si paseando por el Retiro es el mayor bálsamo para el espíritu moderno o de las nostalgias campesinas, en compañía las afueras son siempre una invitación al cultivo de la filosofía “.

Un tramo, que a principios del siglo XX eran las afueras de Madrid, la ribera del Manzanares entre el puente de la Reina Victoria, puente del Rey y el puente de Segovia, en la orilla izquierda la calle Aniceto Marinas, es un paseo histórico.

En el dintorno del puente del Rey

do por un pavoroso incendio el 24 de diciembre del año 1734. Fue el origen del Palacio Real actual.

A los pies del Palacio Real los jardines del Campo del Moro están llenos de melancolía en sus rincones y bosquetes (de la Almendrita, del Panchito) , paseos solitarios y románticos de nombres botánicos (de los Castaños, de los Plátanos, de los Celindos, de las Hayas, de las Robinias, de las Yucas) .

Durante la regencia de María Cristina de Habsburgo se diseñó un jardín paisajista, de trazado irregular y asilvestrado, ideal para los llamados “baños de bosque” que curan los males del alma. En el centro de los jardines una hermosa casita de madera de estilo tirolés nos sumerge en escenas de cuentos de hadas.

Yo he descubierto tres pequeños secretos en el Campo del Moro. Un sorprendente tipo de laurel, el laurel cerezo (*prunus laurocerasus*)

originario del Cáucaso y los Balcanes, un arbusto de hoja verde oscura perenne, asentado en el borde de los caminos ; tres Árboles Singulares de la Comunidad de Madrid (decreto 18/1992) : un roble (*quercus robur*) de tronco y ramas laberínticas, de una edad estimada de 200 años , sus ramas con hojas lobuladas besan el suelo, un tejo (*taxus baccata*) casi perdido y un pino (*pinus hale pensis*) cuya copa quiere arañar el cielo ; entre el bosque y el estanque de la Chata una estatua de Isabel II nos mira con osadía, su consorte Francisco de Asís tiene otra estatua oculta entre la maleza, abandonada en un oscuro rincón.

Al otro lado del río, enfrente del Campo del Moro, la Casa de Campo que con más de 1.700 hectáreas fue el parque de caza de los reyes de España desde el siglo XVI hasta inicios del siglo XX.

Alrededor del puente de la Reina Victoria se encuentra el parque



Areneros del Manzanares, Otto Wunderlich, 1914



Riberas del río Manzanares

de la Bombilla que evoca recuerdos de música de verbenas y bailes, y la Ermita de san Antonio de la Florida, donde está enterrado Goya y conserva sus frescos sobre el milagro de san Antonio. La ermita es edificio neoclásico, austero y elegante, fue construido por orden de Carlos IV entre 1792 y 1798 según el proyecto de Felipe Fontana. Severo Ochoa, (Escritos, 1999) premio Nobel de Medicina, considera la Capilla de san Antonio de la Florida un tesoro comparable a la capilla Sixtina y advierte que “esta capilla debería ser foco de peregrinación artística, nacional y extranjera. Es España apenas la conoce nadie y mucho menos en el extranjero, porque a los visitantes que llegan a estas tierras nada ni nadie

les advierte de su existencia”.

Desde el puente de la Reina Victoria se ve en lontananza las siluetas de la catedral de la Almudena, las cúpulas de san Francisco el Grande y el Palacio Real. A lo largo de las vallas del puente numerosos enamorados han colgado sus candados con nombres y fecha, con la intención de cerrar o guardar su amor. Un candado, con el dibujo de un corazón y tiene esta inscripción: “Javi & Rebeca. Un nuevo capítulo”. Parece que han acotado su relación al menos a otro capítulo de sus vidas.

Cambios evolutivos en el río Manzanares

En las cartelas oficiales informativas de las riberas del río se recono-

dieron lugar a la renaturalización del río.

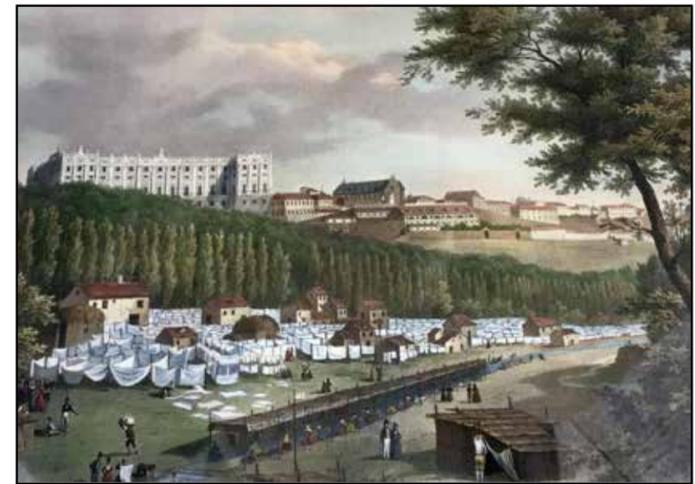
La apertura de compuertas y presas y la renaturalización de las márgenes devolvió al río sus características originales de río mediterráneo de escaso caudal, consiguiendo que la vegetación comenzara a colonizar las islas y barras de arena. Además de árboles de ribera como sauces, fresnos, chopos y olmos, de ha desarrollado una vegetación de tipo palustre (cañizo, espadañas, juncos) en el interior del cauce del río. E incluso dentro del cauce ha crecido de forma espontánea una arboleda en el tramo Puente Segovia- Puente Reina de la Victoria. En este tramo también se pueden observar grupos de peces, la mayoría barbos.

También una gran explosión de aves ha colonizado el Manzanares. En mis paseos recurrentes por Madrid Río he podido anotar un pequeño catálogo de sus aves: garza real, ceta ruiseñor, lavanderas cascadería y blanca, garceta común, martinete común, ánade real, cormorán grande, gallineta común, amarríos grande, ganso del Nilo, martin pescador y gaviotas sombría y reidora.

Según la bióloga Raquel Sánchez (Eme 21, Revista Cultural Ilustrada de Madrid, octubre 2018) en el entorno del manzanares se pueden observar más de cien especies de aves y que no todas se encuentran al mismo tiempo. Durante todo el año predominan ánades reales, gallinetas, mirlos , carboneros, palomas torcaces, urracas, martinetes, garcetas y garzas reales; en invierno, gaviotas y cormoranes y en verano, golondrinas y vencejos. Raquel Sánchez lamenta que “en el Manzanares también podemos observar especies exóticas invasoras como los gansos del Nilo o las cotorras argentinas. Es necesario sensibilizar a la gente y en algunos casos erradicar estas especies”.

Confieso que entre los puentes de Segovia y Reina Victoria he podido observar en invierno, con la ayuda de mis prismáticos Sando de detective, barbos , gallinetas negras con el pico rojo, entre los cañizos, ánades reales, garzetas, gaviotas y gansos del Nilo.

A lo largo de las vallas del río un aviso recurrente : “ No dé comida a los animales. Tienen suficiente comida en el río y un exceso puede ser perjudicial para su desarrollo. Perjudica su salud. Favorece la superpoblación. Contamina el río. Aumenta las especies no deseadas”. Yo creo que tan extensos nadie los lee y lo que es peor se sigue echando comida a los animales.



Litografía sobre los lavaderos en el Manzanares.



La busca, aguafuerte en cobre, de Ricardo Baroja, sacado de una escena de la novela de igual título de su hermano Pio.



Jardines del Campo del Moro.

Lavanderas históricas

En los jardines de la Virgen del Puerto se encuentran las fuentes de las Lavanderas, como testimonio de la existencia las márgenes del Manzanares de los lavaderos de ropa. Se estima que llegaron a trabajar hasta 4.000 lavanderas a finales del siglo XIX. El escaso caudal y las orillas allanadas del río permitían lavar e instalar de tenderetes de ropa en su ribera.

Pío Baroja en su novela La busca (1904) escribe : “ en sus lavaderos del Manzanares brillaban al sol las ropas puestas a secar, con vívida blancura”. Es sobrecogedora la descripción que hace de los

arrabales donde estaban los lavaderos “el madrileño que alguna vez, por casualidad, se encuentra en los barrios próximos al Manzanares, hállese sorprendido ante el espectáculo de miseria y sordidez, de tristeza e incultura que ofrecen las afueras de Madrid, con sus rondas miserables, llenas de polvo en verano y de lodo en invierno”.

Pero como dice Trapiello el centro de la ciudad no cambia y los arrabales siempre se desplazan pero siguen con sus miserias.

Francisco Javier Barbado Hernández, Ex Jefe Sección Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz y ex Profesor Asociado de la Universidad Autónoma de Madrid.

Una leyenda en el tiempo

LA MATARRAÑA

Esa gran desconocida y legendaria comarca aragonesa (y IV)



Por Antonio Bascones

La cárcel o mazmorra consta de tres estancias, la primera con ventana enrejada y pequeño altillo era la vivienda del carcelero. En la parte superior una pequeña sala en cuyo suelo se abre un hueco que comunica con un pozo de dos plantas utilizado como espacio carcelario. Los muros interiores son de mampostería.

Ya de regreso al hotel el Convent pudimos gozar de un atardecer precioso donde los amarillos se entreveraban con los rojos en una armonía de belleza sin par.

Valjunquera es un pueblo que solo conserva los restos de sus murallas. La iglesia está dedicada a San Miguel del siglo XVII y es uno de los mejores exponentes del barroco aragonés. Se incluye en la "estela pilarista" cuyo motor fue la iglesia colegial de Alcañiz. En las afueras de la ciudad se encuentra la ermita de nuestra Señora de la Piedad, edificio de estilo barroco.

Torre del Compte es una villa de carácter fundamentalmente agrícola siendo la mayoría de sus habitantes trabajadores del campo. Con su privilegiada situación geográfica disfruta de excepcionales vistas al cercano río Matarraña, con una estrecha y fértil vega que produce cerezas y melocotones. En su conjunto urbano destaca la torre barroca de su iglesia parroquial de san Pedro Mártir. Debemos ver también la casa consistorial y los edificios civiles y particulares a lo largo de la población, principalmente concentrados en su Plaza Mayor. La iglesia es del siglo XVI lo mismo que el ayuntamiento y la ermita del XVIII.

La casa Ferrer o casa del Conde está situada cerca del ábside del templo parroquial y perte-

nece al siglo XVII. Es un edificio de sillería cuya puerta principal está cegada. En la fachada se ve el escudo de armas de la familia.

El Ayuntamiento se construye en 1574 como reza el escudo que aparece en la fachada del Concejo. Está realizado en piedra de sillería en el exterior y mampostería en el interior y es de estilo renacentista. Destacan la presencia de unas gárgolas características de la arquitectura aragonesa y poco vistas en otros pueblos a excepción de La Fresneda. A unos metros del centro vemos la ermita de San Juan, un importante lugar de romerías. Es de estilo gótico renacentista de una sola nave de bóveda de crucería.

En su parte lateral podemos ver unos sólidos contrafuertes que nos llamó la atención por la fuerza que imprime al conjunto arquitectónico. Cada 24 de Junio, en la fecha de San Juan, hay una romería.

Muy cerca encontramos a Val de Tormo situado en el margen izquierda del río Matarraña. Destaca su iglesia del siglo XVII y el Ayuntamiento también de esta época. En su cercanía está el yacimiento ibérico Torre Cremada.

Los restos de los primeros pobladores en el término municipal se han encontrado en el Tossal de Santa Bárbara y, probablemente, pertenecen a un asentamiento entre el Bronce final y la primera Edad del Hierro entre los siglos IX y VII a. C. El yacimiento de la Torre Cremada está situado en el término municipal de Valdeltorro, sobre una plataforma roco-



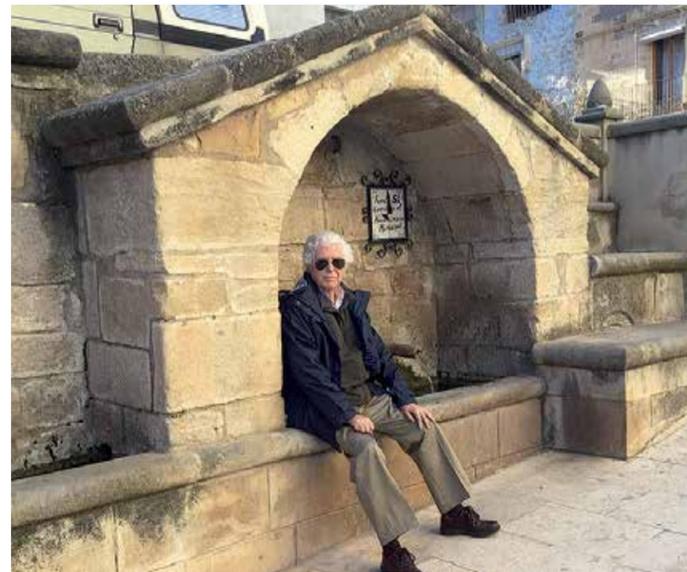
Calle empedrada de Monroyo.



Ayuntamiento de Monroyo.

El edificio que mejor define el perfil de Cretas es, sin duda, su impresionante iglesia manierista dedicada a la asunción de Nuestra señora

El visitante debe recorrer despacio, sin prisa La fresneda deteniéndose con calma en la plaza mayor con su bello edificio de estilo barroco del siglo XVII



Arriba, calle escalonada que lleva directamente al ayuntamiento de Monroyo. A la izq, el autor de este reportaje, Antonio Bascones, delante de una fuente. A la dcha, calle de Fórnoles.



sa. Se trata de un asentamiento ibero-romano. La abundante cerámica hecha a mano perteneciente a grandes recipientes y la estructura del asentamiento, en una de las máximas alturas del municipio, así lo confirman. En la Edad Media el rey Alfonso II

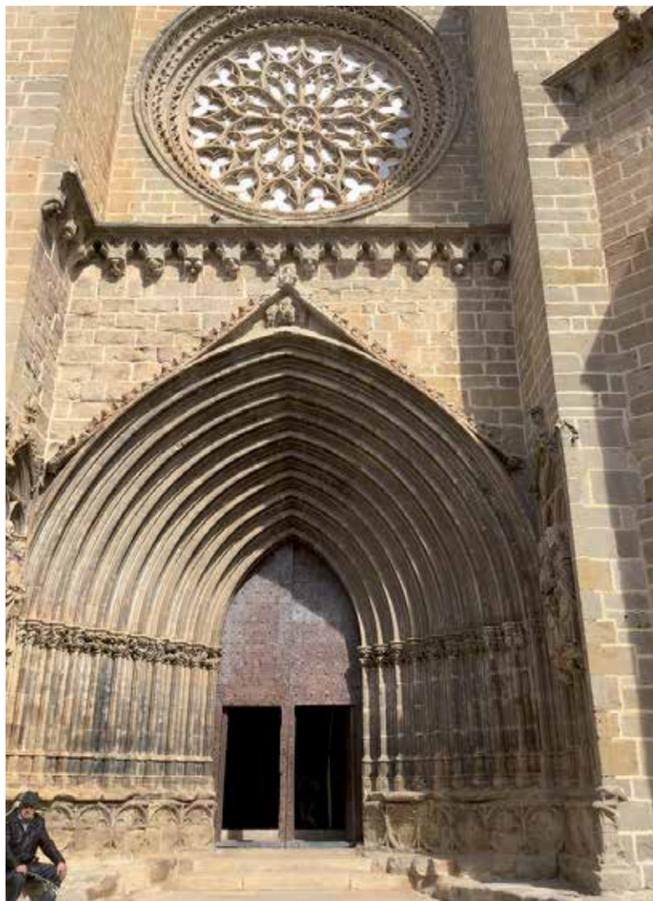
recuperó la villa definitivamente para la Corona de Aragón en 1168, como gran parte de las poblaciones del Matarraña. Eclesiásticamente, en aquella época, formaba parte de la parroquia de Valjunquera que era más importante, hasta que en 1.407

el papa Benedicto XIII la separó de la villa vecina porque entendía que tenía suficiente población. La iglesia parroquial, en frente del Ayuntamiento, está dedicado a Nuestra Señora de la Asunción y en la portada tiene grabado el año de su construcción, 1698.

La capilla de san Roque fue construida en el siglo XVIII, es escenario de una de las tradiciones locales recientemente recuperadas, la de cantar a San Roque. Durante nueve días después de las fiestas patronales de Nuestra Señora la Virgen de la Asunción y



Iglesia de la Portellada.



Portico de entrada a la iglesia parroquial de Valderrobres.

San Roque, a mediados de agosto, se canta bajo la hornacina que el santo tiene en una calle del pueblo. Se reúnen las mujeres con sillas para sentarse y cantan durante una hora diversas oraciones: la de San Roque, la del Pilar, etc., como acción de gracias al santo por haber desterrado la peste que asoló el lugar a principios de siglo.

Debemos comentar que entre los términos de Vall del Tormo, la Fresneda y Valjunquera, en la Sierra Molina, hubo hacia el 1947 pequeñas partidas de maquis aprovechando una extensa zona montañosa y un frondoso pinar. Fue el centro de diversas acciones guerrilleras que tenían como principal objetivo interceptar las vías de transporte de la zona.

Calaceite es un pueblo señorial. Debemos visitar los portales de la Virgen del Pilar y de San Antonio, la iglesia parroquial de la asunción y pasear por la calle mayor. El Ayuntamiento con su típica lonja y cárcel llama la atención del turista. Conviene también dar un paseo por los poblados íberos y los asentamientos de Mazaleón, Valdetormo y Cretas. El nombre de Calaceite se debe a la fortaleza árabe que estaba en el cerro Qal'at Zayd o Castillo de los Zayd. De esa época se conserva un molino aceitero y dos azudes (técnica árabe para desviar el agua).

La casa Moix divide la subida de las Roquetas en dos calles. Destaca su impresionante balconada sujetada con ménsulas decoradas. Es un estilo en el que la esquina se convierte en su fachada principal. Es quizás por esta característica que fue escogida como representación del arte aragonés en el Pueblo español de Barcelona. La disposición urbana de esta población es compleja y se caracteriza por dos núcleos la Torre y el Castell así como la numerosa representación de casas solariegas. A lo largo del siglo XVIII y XIX hubo una gran eclosión arquitectónica que finalizó con la recuperación de estas casa solariegas que hoy día constituyen una rica variedad del barroco aragonés. Se conservan las fechas, en su portada, de su construcción. Como su nombre indica es un gran productor de aceite y tiene fama internacional no solo la de este pueblo, en particular, sino la del bajo Aragón en general.

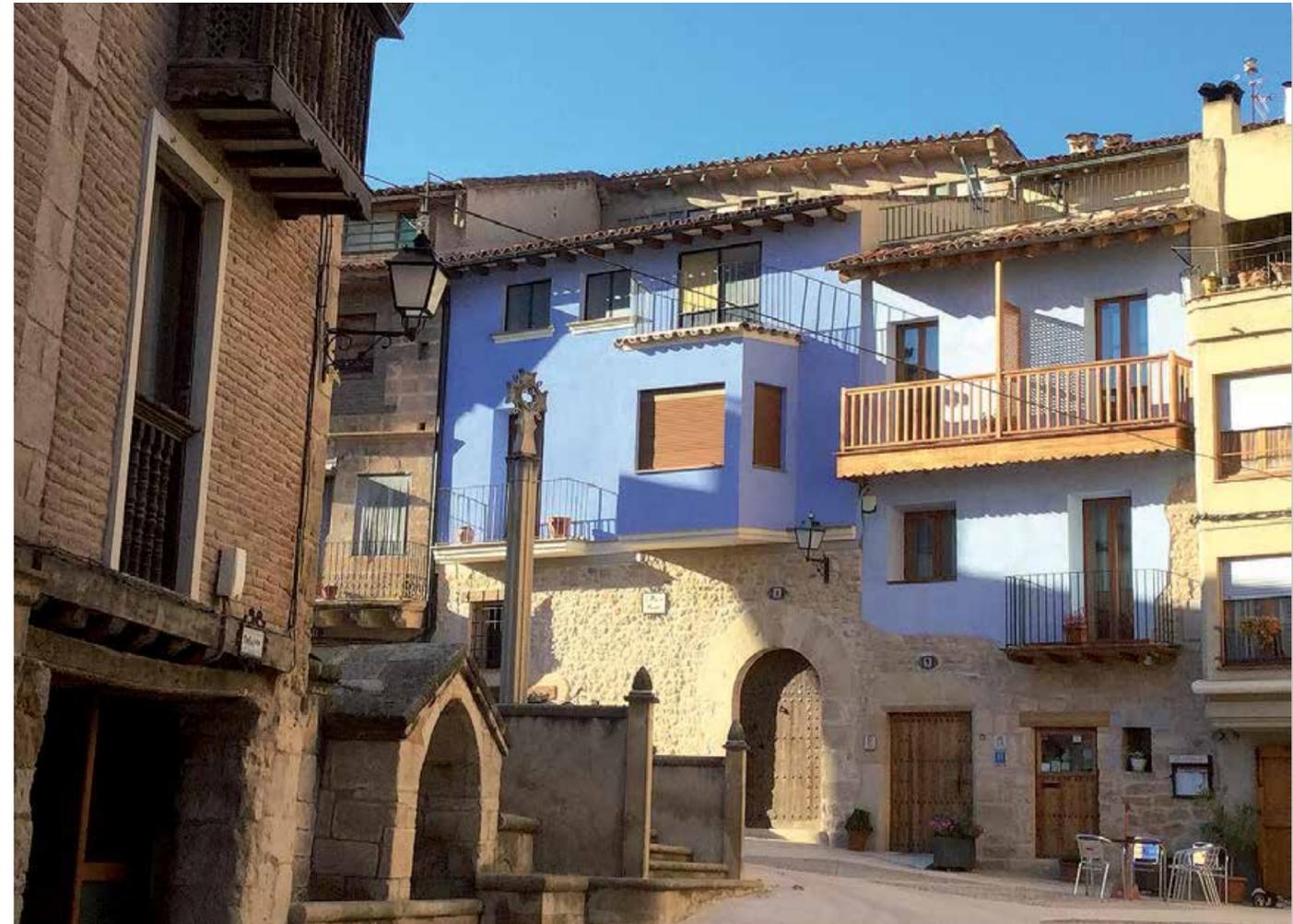
La plaza de Calaceite es el centro neurálgico de la población. En la denominación aparece como plaza del Baix (abajo)

pues la de arriba tenía el nombre de plaza del Dalt. En un principio ambas plazas comunicaban por dos calles. Al principio se denominó Plaza de la Constitución y más tarde Plaza de España que es su nombre oficial en la actualidad. Debajo de sus porches se realizaba el mercado de la carne, pescado, frutas y hortalizas. En esa zona también se realizaban los juicios y donde el Justicia (Justicia Mayor de Aragón) dictaba sentencia a la vista de todo el vecindario.

Para hacer deporte al aire libre lo mejor es ir a Beceite ya que se sitúa junto a los pies de la cadena montañosa «Les Ports» siendo punto de partida de muchas de las rutas de senderismo que atraviesan sus bosques, zonas de baño naturales y pequeñas cascadas. También parte de Beceite la ruta de «El Parrizal», por el lecho del río Tortosa hasta Alcañiz. El programa Matarraña a través de sus senderos recoge hasta veintiocho rutas diferentes. Es de destacar la belleza del Ayuntamiento y cuenta la sabiduría popular que fue incendiado varias veces, principalmente en la primera guerra carlista en 1833-1840. En los bajos de la Lonja hay una dependencia que pudo ser una cárcel.

Mazaleón, es la población más al norte de la Comarca junto al río Matarraña. Sus edificios tienen gran encanto y presentan fachadas de sillería con portadas adoveladas. Son de destacar las calles del Pilar y de San Sebastián por su maravilloso patrimonio arquitectónico. Como es frecuente junto al Ayuntamiento se encuentra la cárcel y los calabozos donde existe un cepo original. La iglesia parroquial de Santa María la Mayor tiene una estructura gótica y renacentista.

Su casco urbano de encuentra situado sobre un peñasco, en cuya cima se alzó una importante fortaleza. Su población compartía límites con los musulmanes hasta que fue reconquistada por Alfonso II, para pasar luego a la jurisdicción de Valderrobres. Su nombre proviene de su propio escudo, en el que figura un león sosteniendo una maza con sus patas delanteras. Fue diseñado de esta manera por la bravura con la que se de-



Arriba, plaza típica en Ráfales. A la izq, casa señorial en la Plaza mayor de Fuentespalda. A la dcha, rincón típico en Monroyo.



fendieron como leones.

La antigua cárcel de Mazaleón se encuentra en el interior del antiguo Ayuntamiento de la población y es una de las cárceles del Matarraña mejor conservadas. En ella se encuentra un gran panel de varios metros completamente lleno de inscrip-

ciones y dibujos realizados por los presos durante el siglo XVIII. Lugares interesantes para pasar la noche son El Convent, en La Fresneda; La Torre del Visco, en una masía del siglo XV a la que se accede por una pista forestal; La Fábrica de Solfa, en un antiguo molino de papel, en Beceite; La



Parada del Compte, en una antigua estación de la Vía Verde, o el Molin de l'Hereu, en Ráfales.

Esta visita requiere, al menos, una semana de descanso y reflexión. Si tú lector has seguido con interés este relato y decides hacer una visita te garantizo que no te vas a equi-

vocar. Será una de las mejores experiencias que hagas.

FOTOS: ANTONIO BASCONES

Antonio Bascones es Catedrático de la UCM, Académico Numerario de la Real Academia de Doctores de España y Académico correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.

LOS DENTISTAS SE HAN TOPADO CON UN ENEMIGO INESPERADO: LOS PROPIOS DENTISTAS Y LOS TRATAMIENTOS INNECESARIOS

Ocurre en todos los oficios. Sobre todo en aquellos en los que el vínculo entre quienes prestan un servicio y quienes lo demandan es más sensible, como ocurre con los médicos y sus pacientes o, pongamos, quienes nos dedicamos a informar y quienes buscan información. Hay profesionales buenos. Y los hay malos. Los hay de ética intachable. Y los hay sin escrúpulos. A lo largo de los últimos años se han alzado voces —incluso dentro del sector— para denunciar a los de esta última clase en un campo delicado por lo vulnerables que son sus usuarios: la odontología.

Lo hacen además con datos en las manos.

¿Debería tratarme la boca? Hace unos años la Escuela Politécnica Federal de Zúrich (ETH) decidió realizar un experimento que giraba en torno a esa pregunta. Su planteamiento de partida era tan curioso como acabó siéndolo el resultado: la ETH pidió a un voluntario que visitara a 180 dentistas de Zúrich escogidos al azar. Y aunque el paciente en cuestión tenía solo pequeñas caries, tan poco relevantes que no requerían empastes según las directrices dentales suizas, se encontró con que 50 de los profesionales le plantearon tratamientos que no necesitaba.

No solo eso. Los investigadores mostraban su asombro por la disparidad de criterios en las consultas: al paciente llegaron a aconsejarle que se realizara entre uno y seis empastes e incluso le propusieron que se tratara 13 dientes distintos.

Cuestión de dentistas... y de pacientes. “Observamos una tasa de recomendación de sobretratamiento del 28% y una sorprendente heterogeneidad”, recoge el estudio del ETH, que desliza además otra idea no menos preocupante: los consejos de intervenciones innecesarias eran más frecuentes cuando el paciente se presentaba como una persona de nivel socioeconómico bajo. En aquellas ocasiones en las que el voluntario mostraba un estatus mayor los consejos excesivos eran —en

Tasa dentistas en activo por 100.000 habitantes. (Comunidades Autónomas)

Tasa dentistas en activo por 100.000 habitantes nacional: 82



palabras de los propios investigadores— “significativamente menores”.

Lo más curioso es que bastó con que el voluntario cambiase su apariencia, luciendo ropa más o menos cara, maletín o mochila, un móvil de alta gama, las llaves de un vehículo caro... Cuando su aspecto era el de una persona de extracción económica baja recibió consejos de sobretratamiento en más del 32% de las ocasiones. Si daba a entender que tenía dinero y una buena posición social, en el 23%. La cosa cambiaba también en función de los conocimientos que mostrara.

¿Es el único estudio? No. La investigación del ETH, publicada en 2017, resultó especialmente mediática, pero no es la única que pone el dedo en la llaga. Hace años el escritor William Eckenbarger se sometió también a una prueba peculiar: acudió

a 50 dentistas seleccionados al azar de 28 estados de EEUU, siempre explicando que era un recién llegado a la ciudad en busca de una clínica.

“Algunos querían solo 500 dólares para devolverme la buena salud dental. Otros querían 10, 20 e incluso 50 veces esa cantidad. Sin duda, no todos podían tener la razón”, comenta en el reportaje que preparó para Reader’s Digest. Un dentista le ofreció un presupuesto de 460 dólares por el tratamiento que, afirmaba, necesitaba para disfrutar de una boca totalmente sana. Otro creía necesarios 29.850 dólares. En España la OCU señalaba en 2019 que una de las quejas más frecuentes de los clientes de las cadenas de franquicias eran los “tratamientos innecesarios” (11%), solo por detrás del cambio de profesionales y las negligencias.

La presión por ofrecer tratamientos. En 2015 se realizó otro estudio en Suiza que muestra la “preocupación” de los profesionales por lo que ya se conoce como “sobretratamiento”. Años después, en 2020, y lejos de allí investigadores de las universidades de Sídney y Otago, en Nueva Zelanda, abordaron otra cuestión clave: ¿Hasta qué punto se sienten presionados los dentistas para ofrecer servicios innecesarios, sobre todo cuando muchos de ellos trabajan en clínicas privadas, negocios cuyo nivel de ingresos al final del mes depende de su actividad?

Su conclusión, tras entrevistar a 20 profesionales: “Los participantes expresaron que la forma en que se remunera la odontología, en función de la actividad, fue una motivación para realizar tratamientos excesivos. También hablaron de conseguir un equilibrio entre comercialismo y profesionalismo en la práctica dental privada”. El estudio centró su foco en Australia, pero su reflexión es interesante en España, donde el Consejo General de Dentistas estima que el 97% de los colegiados ejerce en el ámbito privado. Su día a día se desempeña en alguna de las 23.000 clínicas registradas. En la pública hay apenas 1.300 dentistas en Atención Primaria.

Las peculiaridades del sector. La reflexión de la Universidad de Sídney y los datos del Consejo General reflejan una de las grandes peculiaridades del sector: su vinculación con el sector privado. El Informe sobre Demografía de los Dentistas en España constata que solo el 3% de los profesionales trabaja en la sanidad pública. De los 40.417 dentistas colegiados en el país, la inmensa mayoría, cerca del 97%, desempeña su labor en el ámbito privado. lo que arroja un saldo de 85 por cada 100.000 habitantes, por encima de la media de la Unión Europea, de 76.

“Es muy urgente ampliar el número de plazas para dentistas en la sanidad pública”, recalca en 2022 Óscar Castro, presidente del Consejo General en declaraciones recogidas por EFE. Si se analiza el conjunto de los 192.000 médicos que hay en activo en España el peso de la actividad privada es considerablemente inferior: cerca del 30% trabaja en centros privados, según datos de RTVE. En un extenso reportaje sobre dentistas The Atlantic ahonda en otras peculiaridades de la profesión, como su peculiar historia, imagen o incluso tradición científica. En 2007 en EEUU se creó incluso el centro de Odontología Basada en la Evidencia, CEBD.



★ Nuevo sistema de **cirugía guiada**



galimplant **3D**

EVOLUTION

"Innovación a tu alcance"

Filosofía Galimplant

Más de 15 años de evidencia clínica y científica

Dr. Jesús Pato Mourelo



Dr. Alberto Fernández Ruiz



Dr. Sergio García Moreno



Dr. Antonio Murillo Rodríguez

