



PIERRE FAUCHARD ACADEMY

AN INTERNATIONAL HONORARY DENTAL ORGANIZATION



VNIVERSITATIS VALÈNCIA

**PRIMERA JORNADA DE BIOÈTICA EN
ODONTOLOGÍA**



VNIVERSITATIS VALÈNCIAE

PRIMERA JORNADA DE BIOÉTICA EN ODONTOLOGÍA

Editora:

M^a Carmen Llena Puy
Profesora Titular. Departamento de Estomatología.
Universitat de València
Odontólogo de Atención Primaria. Departamento
Hospital General de Valencia



<http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

INDICE

Contenido

PROGRAMA.....	2
PREAMBULO	3
PRESENTACIÓN	6
CÓMO IMPLEMENTAR LA BIOÉTICA EN LA FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA. UNA PROPUESTA PRÁCTICA	9
Introducción	10
La ética como saber práctico.....	10
La bioética aplicada al ámbito sanitario.....	11
Los principios de la bioética	13
La bioética en la odontología: un método para el análisis y la resolución de casos.	15
Ejemplos de casos resueltos	16
LOS COMITÉS DE ÉTICA EN LOS COLEGIOS PROFESIONALES	21
Introducción	22
Funciones de la comisión deontológica	23
Protocolo seguido ante una denuncia realizada en el colegio	23
Causas principales de las reclamaciones y ámbito clínico al que corresponden (colegio de aragón)	25
Situación actual de la comisión deontológica y autoevaluación (colegio de aragón)	26
MODELOS EMPRESARIALES EN LA PRÁCTICA DE LA ODONTOLOGÍA	27
Introducción	28
Claves para comprender la situación profesional actual	29
Evolución de la práctica profesional de la odontología	31
Evolución de la profiempresas	33
Finales de siglo XX	33
Finales del siglo XX, e inicios del siglo XXI	35
Prospección de futuro en la organización empresarial dental en el segundo cuarto del siglo XXI.....	36
Problemas bioeticos en odontologia, relacionados con los modelos empresariales.....	36
RENTABILIDAD Y ÉTICA EMPRESARIAL SON COMPATIBLES EN LA CLÍNICA DENTAL	38

PROGRAMA

9,30: Presentación de la jornada.

Prof. Francisco Javier Chorro Gascó. Decano de la Facultad de Medicina y Odontología UV.

Prof. José María Ustrell Torrent. Vicedecano de Odontología de la Universidad de Barcelona.

Presidente de la Sección Española de la PFA.

Profa. M Carmen Llena Puy. Profesora Titular de la *Universitat de València*. Organizadora de la Jornada

9,45 a 10,30. Cómo implementar la Bioética en la formación del estudiante de Odontología.

Una propuesta práctica.

Juan Manuel Ros Cherta. Profesor Asociado de Filosofía Moral *Universitat de València*.

10,30-11,15. Los comités de ética en los colegios profesionales.

Laura Martínez Alonso y Antonio Castillo Lario. Miembros de la comisión de Ética del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Aragón.

11,15-11,45. Pausa

11,45-12,30. Modelos empresariales en la práctica de la Odontología.

Juan José Guarro Miquel. Presidente de la Asociación Empresarial de Clínicas Dentales de Catalunya

12,30-13,30. Rentabilidad y ética empresarial son compatibles en la clínica.

Enrique Lluch Frechina. Profesor de Economía en la Universidad CEU Cardenal Herrera

PREAMBULO

¿Quién fue Pierre Fauchard?

Pierre Fauchard nació en el año 1678 en Saint-Denis-de-Gastines (Francia). En 1693, cuando tenía 15 años, decidió alistarse en la Armada Real Francesa, donde recibió la influencia del cirujano principal, Alexander Poteleret, experto en odontología y enfermedades bucales. Poteleret animó a Fauchard a estudiar las artes curativas. Fauchard se percató de que muchos marineros que se embarcaban en largos viajes sufrían graves problemas dentales, en especial escorbuto. Poteleret se convertiría en el mentor del joven cuando éste pasó a ser médico de combate.

Abandonó la Armada, Fauchard y se estableció en Angers (Francia), donde empezó a practicar la medicina en el Hospital de la Universidad de Angers. Su trabajo médico fue revolucionario, especialmente en el área de la cirugía oral y maxilofacial. En esta época, los dentistas solían extraer los dientes dañados o enfermos, pero Fauchard empezó a tratarlos y se autodenominó *Chirurgien Dentiste* (dentista quirúrgico).

Rechazó las limitaciones de los instrumentos quirúrgicos primitivos que estaban disponibles a finales del siglo XVII y principios del XVIII, por lo que a menudo improvisó, adaptó o directamente inventó las herramientas que necesitaba. Se hizo conocido, de hecho, por adaptar al uso dental algunas herramientas que utilizaban joyeros, fabricantes de relojes y barberos.

Fauchard identificó los ácidos derivados del azúcar como unos de los causantes del deterioro de los dientes, y además descubrió que los tumores que aparecen en las encías pueden indicar su deterioro grave. Fue el primero en introducir empastes dentales como tratamiento para la caries.

También le interesaba encontrar modos de sustituir dientes perdidos, y así se convirtió en un pionero en el campo de las prótesis dentales. Pensó en utilizar bloques pulidos de marfil o hueso para sustituirlos, sugiriendo mantenerlos en su sitio empleando un cable de oro o un hilo de cera atado a los dientes naturales.

A través de sus experimentos, Fauchard descubrió que se podía corregir la ubicación de los dientes utilizando oro atado a los dientes, acompañado por lino con cera o hilo de seda, creando los primeros y más primitivos aparatos de ortodoncia.

En 1718 se trasladó a París, donde descubrió que existía una gran escasez de libros de texto sobre odontología en bibliotecas y colegios y se necesitaba una enciclopedia sobre cirugía oral, tras lo que decidió escribir su propia obra basada en su experiencia médica y de investigación.

Su obra *Le Chirurgien Dentiste (El dentista quirúrgico)*, publicada en 1728, se publicó en francés y en alemán. El libro contenía muchas ideas completamente nuevas en este ámbito, constituyéndose algunas de ellas en la base de la odontología moderna.

Fauchard falleció en París (Francia) el 22 de marzo de 1761. Su trabajo ejerció una importante influencia en otros médicos. Sus ideas sirvieron de base a los numerosos avances que más adelante se producirían en la práctica dental. A día de hoy se le considera el padre de la odontología moderna.

[La Academia Pierre Fauchard](#)

La Academia Pierre Fauchard es una organización fundada en 1936 por el Dr. Elmer S. Best, un dentista de Minnesota. Preocupado por la naturaleza propietaria de muchas publicaciones dentales, quería ayudar a la profesión a controlar su propia literatura y asegurar su independencia de los intereses comerciales.

Su apasionada preocupación por la búsqueda de conocimiento y la elevación de estándares profesionales sentó las bases para el inicio de la Academia. Esto atrajo a destacados investigadores y profesores de odontología a sus filas, y llevó a un papel continuo en el fomento de la ciencia dental.

La Constitución de la Academia Pierre Fauchard estableció una serie de objetivos que honran el enfoque del Dr. Best en la integridad y la ética. Un objetivo primordial en el momento de su fundación, fue ayudar a la profesión a tomar el control de su propia literatura, lo cual, sigue siendo una actividad importante de la Academia.

La misión de los miembros en la Academia Pierre Fauchard es reconocer y hacer crecer líderes en la profesión dental, a través de una práctica profesional íntegra y ética en todo el mundo, con una conducta digna, mediante el avance de la odontología al más alto nivel, apoyando y honrando a los colegas por su trabajo distinguido, investigación, contribuciones y servicio público, y al brindar excelencia en programas, educación y liderazgo en la atención de la salud oral.

El acceso en la Academia es por nominación y está diseñada para honrar los logros en el pasado en el campo de la odontología y alentar la productividad futura. Los miembros de la Academia, proponen nuevos candidatos, en función de las contribuciones científicas, el servicio a la profesión de odontología y el servicio a la comunidad en general, lo que aporta crédito a la odontología, y se encuentran entre los criterios que se buscan para reclutar nuevos miembros.

La Academia tiene su propio programa de publicación con Dental World y Dental Abstracts, y siempre ha alentado a sus compañeros a contribuir con la educación dental y la literatura dental. A través de su Fundación, ofrece apoyo financiero a varios proyectos dentales que

aumentan el acceso a la atención para poblaciones marginadas y becas para estudiantes de odontología.

La Pierre Fauchard Academy, tiene más de 10.000 miembros en todo el mundo, está dividida en 120 secciones, de las cuales 55 están en Estados Unidos y las otras 65 en otras partes del mundo, incluyendo Sud América, Europa, Asia, África y Australia. La sección española cuenta actualmente con más de 50 miembros.

Porqué ésta Jornada

Siguiendo las directrices y funciones que la Academia Pierre Fauchard tiene como objetivos, y que han sido mencionados anteriormente, en la reunión anual de su Sección Española, celebrada en Palma de Mallorca en septiembre de 2018, se decidió impulsar y profundizar en diferentes aspectos de la ética profesional.

Esta Jornada es el primero de los eventos organizados, al que seguro sucederán otros en los que los dentistas podamos reflexionar, formarnos y tomar en consideración la importancia de una práctica profesional integra, centrada en la mejor atención del paciente y respetuosa con las personas.

Se tendrá que abordar la importancia de la formación en valores éticos a los estudiantes de odontología, en la función de las organizaciones profesionales en velar por una práctica profesional ética de sus miembros y en la propia responsabilidad de los dentistas en poner en primer lugar la mejor atención a sus pacientes.

M^a Carmen Llena Puy

PRESENTACIÓN

Cuatro palabras clave definen esta Jornada que la profesora doctora **M^a Carmen Llena Puy** ha organizado con minuciosidad para conseguir, de forma razonada, introducirnos en los aspectos de la ética aplicados a la profesión dental: Primera, como punto inicial de lo que quiere ser un recordatorio de la actuación profesional en los términos que la moral nos orienta. Bioética, la palabra que nunca debemos olvidar y que es innata. Como escribe Kohlberg, al nacer ya tenemos una disciplina moral que el ambiente va a modelar. Academia Pierre Fauchard tiene como uno de sus fines influir en las nuevas tendencias de la odontología y de la ética profesional. Finalmente, Universitat de València, le agradecemos su generosidad y le reconocemos el espíritu de: *Universitäts Magistrorum et Scholarium*, porque todos formamos parte de un único cuerpo. No importa de dónde vengamos, lo sustancial es mantener la libertad académica para investigar y transmitir.

El programa se ha dividido en cuatro ponencias que siguen un proceso lógico, desde la docencia hasta la actuación profesional. Así, la primera expondrá *Cómo implementar la Bioética en la formación del estudiante de odontología. Una propuesta práctica*; la segunda pondrá de relieve la función de *Los comités de ética en los colegios profesionales*; la tercera hará hincapié en los *Modelos empresariales en la práctica de la Odontología*; y la cuarta nos introducirá en el modelo económico con la seguridad que *Rentabilidad y ética empresarial son compatibles en la clínica*.

De la formación de los estudiantes, Buxarrais (2000) ya advertía hace años que, como responsables de la enseñanza de los estudiantes, sería necesario que en las aulas destináramos un tiempo y espacio para la formación en valores y años después, Lantz (2011) decía que es de especial importancia promover el comportamiento ético de los estudiantes de odontología y modificar los currícula de las Facultades y Escuelas de Odontología en este sentido, para que puedan adquirir las competencias necesarias de la dimensión profesional. Además, según Lopes-Nunes (2002) el objetivo general de la docencia en este campo será proporcionar al estudiante una materia y una metodología que le ayuden en la fundamentación de las cuestiones éticas, relacionadas con su futura profesión. Cómo enseñar actitudes, cómo lograr que las aprendan y cómo evaluar el grado de integración por parte de los alumnos, no son tareas sencillas. Sin duda, el profesorado es uno de los principales agentes educativos en el ámbito de los valores, y debe ser consciente de que él mismo es un modelo educativo, es decir, que será imitado por sus alumnos (Buxarrais, 2016). Creo que ha llegado el momento de hacer realidad todas estas recomendaciones.

El Colegio profesional nace en 1930 y proviene de las cofradías, asociaciones y academias, cuya misión era velar por los profesionales y su código se posiciona en la actuación deontológica. Noddings (2015) considera que para actuar de forma eficaz y ser feliz, el yo relacional de la sociedad debe ser capaz de asumir el pensamiento crítico y la autorreflexión. Por ello, las personas que han de formar parte de este entorno deben ser capaces de pensar, reflexionar, preguntar, planificar, reevaluar y ver las cosas de una forma clara.

Los dirigentes de las empresas deberán prestar mucha atención a la opinión de Lennick y Kiel (2006) según la cual, la moral es el camino seguro del éxito en la gestión y, de forma implícita, en la riqueza. Actualmente es frecuente que instituciones públicas y privadas adopten un código ético y que, para ser un buen ejemplo, deberían cuidarse de: 1) distinguir entre valores, normas y reglas de conducta; 2) precisar el sentido de los términos que utiliza; 3) dar una lista cerrada de valores y 4) concebir los valores como objetivos y no confundirlos con los principios (Ramirez, 2012).

Esto conlleva que la moral tenga implicaciones dentro de los negocios. En este sentido, Solomon (1993) explica que la ética de los negocios, de aplicación evidente desde los años noventa del siglo pasado, provoca que las empresas empiecen a preocuparse por su imagen social y busquen la forma de igualar la rentabilidad con la moral de la justicia. Por eso Marzano (2009) afirma que intentan dar el ejemplo de ser portadores de valores, ya sea con los directivos, con los empleados o con los clientes. Así, Wood (1991) formuló tres principios morales destinados a ser cumplidos por los responsables de las empresas: 1) legitimidad; 2) responsabilidad pública y 3) acción socialmente responsable. En definitiva, las universidades deben enseñar a pensar y las empresas a trabajar (Agnelli, 1988).

Para finalizar, queremos expresar nuestro agradecimiento al decano de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universitat de València, Ilustrísimo profesor **Francisco Javier Chorro Gascó**, por haber cedido las aulas de la institución para tan meritoria jornada y haberla presidido.

Josep Maria Ustrell Torrent

**Cómo implementar la Bioética en la formación
del estudiante de Odontología.**

Una propuesta práctica

Juan Manuel Ros Cherta

Profesor Asociado de Filosofía Moral
Universitat de València

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta ponencia es ilustrar una propuesta de formación en bioética para el alumnado del grado de Odontología que pretende propiciar un mejor y más justo futuro ejercicio profesional. Para ello, y contando con nuestra experiencia docente en la materia a lo largo de estos últimos cursos, dividiremos la exposición en los siguientes cuatro apartados:

1-La ética como saber práctico.

2-La bioética como ética aplicada al ámbito sanitario.

3- Los principios de la bioética.

4-La bioética en la praxis odontológica: un método para el análisis y resolución de casos prácticos.

5-Ejemplos de casos resueltos

1-LA ÉTICA COMO SABER PRÁCTICO

En este apartado, tratamos de clarificar, en primer lugar, el concepto de ética como reflexión filosófica sobre la moralidad de nuestras acciones y juicios; y, en segundo lugar, el estatuto epistemológico de la misma en el ámbito de los saberes prácticos (del griego *praxis* que significa quehacer), esto es, aquellos que tratan de orientar racionalmente nuestra acción de modo que sea lo más justa y buena posible. En efecto, aunque los términos “moral” y “ética” confluyen etimológicamente y se utilizan como sinónimos en el lenguaje cotidiano, en el contexto académico conviene -en rigor y para evitar malentendidos- referirse al término “Ética” para designar aquella rama de la filosofía que se dedica a dar cuenta racional y críticamente de la moral y de los problemas que al respecto se plantean, y al término “moral” para denotar los distintos códigos morales concretos presentes en la vida de los individuos y las sociedades. En este sentido, la pregunta básica de la “moral” trataría sobre lo **“qué debemos hacer”** sin más, mientras que la cuestión central de la “Ética” sería **“por qué debemos hacerlo”**, es decir, qué argumentos fundamentan y/o avalan el código o referencia moral que tomamos como guía de nuestra conducta en una situación determinada. En definitiva, como solía decir ARANGUREN, la primera es “moral vivida” (y por tanto, referida a la “vigencia” de la acción) y la segunda “moral pensada” (y por ende, referida a la “validez racional” de esa misma acción). De un modo similar, podríamos afirmar que la relación que tienen ambas sería análoga a la que solemos establecer, pongamos por caso, entre el lenguaje (moral) y la filología (ética), o entre la vida (moral) y la biología (ética). De este modo considerada, a la Ética como filosofía moral, le preocupa ante todo esclarecer tres cuestiones: aclarar qué es lo moral, cuál es su fundamentación racional y cómo se aplica a la orientación del comportamiento en los diferentes ámbitos de la vida personal y social lo descubierto mediante la reflexión filosófica.

Para comprender mejor qué tipo de saber constituye la Ética, hemos de recordar la distinción, que proviene de ARISTÓTELES, entre los “saberes teóricos, poiéticos y prácticos”. En efecto, los saberes teóricos (del griego *theorein* que significa contemplar) son aquellos que tratan de describir lo que ocurre de hecho en el mundo y explicar por qué es así y no de otro modo. Las demostraciones matemáticas y las leyes formuladas por las distintas ciencias naturales y sociales serían ejemplos positivos de este tipo de saber. Los saberes poiéticos (del griego *poiein* que significa fabricar) son aquellos que nos sirven de guía para la elaboración de algún producto, ya sea un artefacto útil o un objeto bello. Tales saberes abarcarían tanto lo que hoy llamamos tecnologías como la producción artística. Dichos saberes tienen un carácter normativo pues tratan de establecer normas, procedimientos y cánones sobre cómo se debe actuar para conseguir el fin deseado (una máquina bien hecha, una escultura bonita). Finalmente, los saberes prácticos (del griego *praxis* que significa quehacer) también son normativos pero se dedican a enseñarnos lo que debemos hacer para actuar y conducir nuestra vida de un modo justo y bueno. En este sentido, versan sobre lo que “puede ser de otra manera”, ya que depende en gran medida de nuestra libre voluntad comportarnos de una forma o de otra distinta. En este caso, se trata de “deliberar” para elegir el curso de acción y/o juicio más apropiado racionalmente hablando (actuar con valentía o no, pongamos por caso, ante una situación concreta), y no de demostrar lo que es necesario que sea tal como es –por ejemplo, la caída de las piedras debido a la ley de la gravedad-, como en los saberes teóricos. Dichos saberes se agrupan bajo el rótulo de la llamada “filosofía práctica” y comprenden además de la Ética o filosofía moral (saber práctico encaminado a orientar racionalmente la toma de decisiones y la conducta de un modo justo y felicitante para conseguir una vida humanamente plena), la filosofía política (cuyo objetivo es el de reflexionar sobre la mejor forma de gobierno y por qué), la filosofía del derecho (que se ocupa principalmente de la validez de las normas jurídicas), la filosofía de la economía (que trata de la producción y administración justa de los bienes y servicios que necesita una sociedad) y la filosofía de la religión (planteada hoy en día mucho más como una cuestión vinculada a lo moral -al problema de la injusticia y del sufrimiento humano- que a la explicación divina del cosmos y de la providencia sobre la vida humana).

2-LA BIOÉTICA APLICADA AL ÁMBITO SANITARIO

En este apartado trataremos de aclarar, en primer lugar en qué consiste la ética aplicada en general, para especificar después el cometido de la bioética y su papel en la praxis sanitaria.

Cómo hemos visto, la ética no solamente tiene como tarea la definición del ámbito de la moralidad y la fundamentación racional de la misma, sino que también le importa averiguar cómo

lo descubierto en estos apartados puede aplicarse a orientar la acción en los distintos ámbitos de la vida social tales como la política, la economía, el periodismo, la sanidad, etc. A este respecto, ha de tenerse en cuenta que la aplicación ética no procede de una manera mecánica (ya sea deductiva o inductivamente) sino de un modo “hermenéutico-crítico” e “interdisciplinar”, pues resulta imprescindible considerar la peculiaridad o **bien interno** de la actividad social de la que se trate, así como las exigencias cívico-morales, las consideraciones legales y la cooperación interprofesional que es preciso incorporar para alcanzarlo. En este campo de la ética aplicada es donde podemos situar a la bioética.

Como es sabido el término “bioética” nace de la unión de “bios” (vida) y “ethos” (ética) y fue acuñado por el oncólogo Van Potter en 1971 para referirse a una nueva disciplina que debía ocuparse de los problemas éticos derivados de la aplicación de la tecnociencia al ámbito de la vida en general. Se trataba con ello de establecer un puente de comunicación entre las ciencias de la vida y la filosofía moral, hechos y valores, ciencia y conciencia. Ahora bien, en este amplio campo de estudio, suele distinguirse entre la “ecoética o ética ecológica” que se ocupa de la aplicación ética a los problemas medioambientales en general y la “ética clínica, médica o bioética en sentido específico” que se refiere a las cuestiones morales que plantea la investigación biotecnológica y la praxis en las ciencias de la salud. En este último apartado es en el que nos situamos al tratar de bioética y, más concretamente todavía, a la orientación ético-profesional de la relación sanitario/paciente en el contexto clínico.

En la praxis bioética resulta fundamental la consideración de la misma como una actividad social y profesional cuya finalidad o **bien interno propio** -la salud del paciente (que incluye tanto la curación como el cuidado)- es la que le confiere sentido y legitimidad social. Dicho bien no debe, pues, confundirse con **los bienes externos** o medios empleados para la consecución del mismo como la utilización de instrumental apropiado, la remuneración salarial obtenida, el logro de prestigio, etc que, por lo demás, no son específicos sino comunes a cualesquiera otras actividades profesionales. Y de ahí que lo que desvirtúa éticamente hablando a quienes ejercen dicha profesión es el hecho de priorizar la consecución de los bienes externos al bien interno de la misma, es decir, que olviden la meta por la que la profesión resulta legítima o justa y busquen únicamente dinero, fama o poder, ya que en este caso la profesión se corrompe de forma inevitable. Y en este sentido, conviene recalcar que la corrupción no constituye solamente una ilegalidad, sino, más profundamente hablando, una inmoralidad. Y por ese motivo el profesional sanitario ha de desarrollar en su formación dos tipos de capacidades: los conocimientos científicos y habilidades técnicas que resulten indispensables para ser eficaces, pero también la orientación de su praxis desde la perspectiva ética para tomar las decisiones clínicas más justas posibles. Otro aspecto no menos importante desde el punto de vista ético y estrechamente relacionado con el

anterior, es la consideración del paciente como **persona** y, por tanto, “como alguien y no como algo” que tiene valor de dignidad y no precio (KANT). De ahí la necesidad de plantear la relación sanitario/paciente de una manera “**dialógica**” para superar los inconvenientes de orden ético que suponen tanto el modo “autoritario”, como el “paternalista” y el “clientelar” a la hora de enfocar dicha relación. Y ello con el objetivo de lograr una “**alianza terapéutica**” que conjugue al mismo tiempo el compromiso con la salud del paciente por parte del profesional sanitario con el consentimiento informado por parte del paciente.

3- LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

En este apartado trataremos de explicitar los principios bioéticos que han de servir de guía en la praxis sanitaria así como la presencia del lenguaje de los valores en el tratamiento actual de las cuestiones bioéticas.

Tomando como referencia el llamado “Informe Belmont”, puede decirse que hay en la actualidad un amplio consenso entre los especialistas en cuanto al reconocimiento de los principios de **no-maleficencia/beneficencia, autonomía y justicia** como **principios de la bioética**.

El primero de ellos hace referencia tanto al desiderátum hipocrático expresado en la máxima “**lo primero es no hacer daño**” (la no-maleficencia) como a la beneficencia en materia de salud, lo cual trae consigo la acción encaminada a prevenir el daño, eliminarlo y/o procurar un **beneficio terapéutico** en el paciente (lo que incluye tanto la sanación cuando es posible, como atención a la calidad de vida y al cuidado cuando no lo es). Así pues, mientras que la no-maleficencia implica la ausencia de acción, la beneficencia la incluye siempre la acción, ya sea para la provisión de un beneficio en materia de salud o para la utilidad resultante de un balance cuyo objetivo sea el de maximizar los beneficios y minimizar los daños. Este principio es el más antiguo de los que guían la praxis sanitaria y en él se recoge la finalidad propia (bien interno) de dicha actividad que es el de “hacer el bien al enfermo”. Ahora bien, este bien o salud del enfermo puede ser entendido de diversas maneras tanto por parte del sanitario como del enfermo y por eso se ha ido cayendo en la cuenta de la necesidad de superar ese “paternalismo sanitario” por el que el profesional sanitario imponía de manera autoritaria o benevolente su propia concepción del bien del enfermo sin contar con el consentimiento de éste. El **rechazo del paternalismo** es un logro cuyas raíces éticas se remontan al movimiento de la Ilustración y que ha dado paso al **principio de autonomía** como expresión del reconocimiento del paciente como un “interlocutor válido” y por tanto facultado para decidir acerca de su propio bien en lo concerniente a su salud. Y de ahí la necesidad de recabar su **consentimiento informado** a la hora de tomar decisiones terapéuticas.

El principio de autonomía implica el reconocimiento de la dignidad y libertad de la persona a la hora de decidir lo que hacer sobre su propia salud, así como a la protección de las personas en las que dicha capacidad de decisión se encuentre disminuida. Evidentemente, la autonomía es un concepto que admite grados y, por eso, para tomar decisiones en casos clínicos, interesa sobre todo la ponderación de la acción autónoma. En este sentido, podemos decir que una acción es autónoma cuando el que actúa lo hace de modo intencionado, con comprensión y sin coacción ni influencias manipuladoras que determinen su acción. La autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a tomar decisiones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales sanitarios a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad, y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud. Por todo ello, **el paradigma de la autonomía en bioética es el consentimiento informado**. Dicho consentimiento, para ser válido éticamente, ha de darse sin ningún tipo de presiones y con una clara comprensión por parte del paciente.

El principio de justicia, por su parte, es el más reciente en la conciencia, tanto sanitaria como social, dado que en un mundo tan complejo como el nuestro -en el que los recursos no son infinitos y las necesidades en materia de curación y de cuidado son amplias, variadas y crecientes- necesitamos criterios para administrar y distribuir tales recursos de tal manera que el resultado se pueda considerar justo. Se requiere, por tanto, un tratamiento igualitario y extensible a todas las personas en la prestación sanitaria que contemple una distribución equitativa de beneficios y cargas. Resulta claro que este principio puede interpretarse de diversas maneras, conforme a la concepción filosófico-política que se adopte (liberal, socialista, etc), pero en cualquier caso parece haber un cierto grado de convergencia entre distintas teorías de la justicia que permite hablar del derecho a un **mínimo decente en materia de salud** puesto que ésta es un bien primario y no una mercancía. Se trata de un cierto tipo de acuerdo social que obliga a garantizar unos niveles básicos de asistencia sanitaria a toda la población, dado que no sería justo desatender ciertas necesidades primarias de salud de los ciudadanos. Ahora bien, el principio de justicia en bioética pone límites a lo que un paciente puede solicitar al profesional sanitario. El paciente no podrá recibir menos de lo que el mencionado consenso social considera un mínimo decente, pero tampoco podrá pedir más de lo que la sociedad puede ofrecerle en el marco de una distribución equitativa y sostenible de los recursos sanitarios.

4-LA BIOÉTICA EN LA ODONTOLOGÍA: UN MÉTODO PARA EL ANÁLISIS Y LA RESOLUCIÓN DE CASOS.

En este apartado, trataremos de resaltar, en primer lugar, que la bioética resulta esencial para una buena praxis odontológica y, en segundo lugar, propondremos un método práctico para el tratamiento bioético de casos clínicos de esta especialidad.

Aunque podemos considerar que todos los principios de la bioética son “prima facie”, es decir, que deben ser respetados siempre, las situaciones conflictivas que presentan ciertos casos clínicos en la praxis sanitaria en general y odontológica en particular se producen cuando priorizar el respeto de uno de los principios supone al mismo tiempo minusvalorar a otro, de modo que estamos, por así decirlo, ante un conflicto de valores. Así pues, resulta claro que un conflicto de valores no es más que una colisión de dos valores, pero no porque esos dos valores sean siempre opuestos, sino porque en una situación concreta resulta imposible realizar uno sin lesionar al mismo tiempo el otro. En efecto, muchas veces conseguir calidad de vida para un paciente puede significar restarle cantidad de vida o hacerle un bien a la salud bucodental puede suponer una merma de autonomía, etc. Siempre, pues, que dos valores entren en conflicto estamos ante un problema bioético que hay que buscar resolver de la forma más justa posible y para ello nos parece que el procedimiento más apropiado entre los distintos que hay es el denominado **método deliberativo**. Dicho método, cuyos orígenes conceptuales se encuentran en la ética de ARISTÓTELES, consiste en un proceso argumentativo que consta de una serie de pasos hasta alcanzar una justa y prudente toma de decisión final que sea resolutoria del caso en cuestión. Hay que tener presente que dada la naturaleza de saber práctico de la bioética odontológica (y sanitaria en general) no estamos ante casos cuya resolución clínica pueda realizarse al modo de una demostración matemática, puesto que la cuestión admite posibles y diferentes cursos de acción entre los cuales hay que elegir el más apropiado (o el menos malo).

El esquema metódico deliberativo que proponemos sigue, en lo esencial, tres pasos antes de la toma de una decisión final. El primer paso consiste en la deliberación sobre los hechos, es decir, sobre los aspectos clínicos de la historia, lo cual incluye la presentación del problema partiendo de su historia clínica y la aclaración de los “hechos relevantes” del problema. El segundo paso trata de la deliberación sobre los valores, esto es, de la identificación de los valores en conflicto que hay en el interior de ese problema. Este paso resulta fundamental puesto que un conflicto mal definido en este punto, nos puede desorientar en el resultado final. Así pues, hay que ver con la mayor claridad posible ante cuál de las combinaciones posibles de conflicto de principios axiológicos estamos para decidir con conocimiento de causa. En lo esencial, tales combinaciones se reducen a las tres siguientes: beneficencia-autonomía, beneficencia-justicia, autonomía-justicia. El tercer paso se refiere a la deliberación sobre los deberes o cursos de acción

posibles. En este paso, se trata de identificar tanto los cursos extremos de acción (aquellos en los que se opta totalmente por un valor en detrimento del otro) como los cursos intermedios (aquellos que se mueven desde ambos extremos hacia el punto medio) con el fin de aclarar el curso óptimo de acción, es decir, el más prudente, justa y responsable posible. El referido método culmina con la toma de decisión final acerca de lo que debe hacerse tras asegurarse de que la decisión no sea precipitada (prueba del tiempo), que se pueda argumentar públicamente (prueba de publicidad) y que no quede fuera de la ley (prueba de la legalidad). La decisión final persigue ser la más prudente o sensata tras el análisis concienzudo -y a ser posible en el seno de comités bioéticos interdisciplinarios- de hechos, valores y deberes que presenta una situación o caso en la que se da siempre un cierto grado de incertidumbre.

Para finalizar la exposición se presentarán unos cuantos ejemplos de casos clínicos de la práctica odontológica resueltos mediante este método deliberativo (de entre los trabajados en clase con los alumnos en los distintos cursos impartidos).

5-EJEMPLOS DE CASOS RESUELTOS

5.1- CASO 1

Paciente de 10 años de edad que solicita el servicio de urgencia por haber sufrido un accidente en bicicleta, donde se le “cayó un diente”, el central superior derecho, hace breves momentos, el cual trae en sus manos.

Al recibir el paciente en la atención de urgencia se le realiza como tratamiento la revisión de la cavidad bucal y se le indica una radiografía para valorar los tejidos óseos, y se decide que el tratamiento indicado es el reimplante del diente y su ferulización.

Ante la explicación del tratamiento a realizar su madre se opone al mismo refiriendo que no desea que se le reimplante el diente. Esto hace que nos enfrentemos a un dilema bioético, ya que estamos en presencia de un menor, donde la decisión de lo que se va a realizar la toma su madre; a la misma se le da el consentimiento informado, donde se le explica la importancia de reimplantar el diente, para mantener la estética, función y desarrollo del maxilar, pues si no se realiza el mismo puede afectar el desarrollo del arco dentario, la estética del paciente y esto traería como consecuencia una pérdida dentaria, que conlleva una rehabilitación protésica, o sea discapacitar al paciente. No obstante la madre insiste en no reimplantar por miedo a una infección.

Valores y principios contrapuestos

Aquí entra en conflicto la autonomía y la no maleficencia, ya que al no reimplantar se cumple con lo primero, o sea con la autonomía complaciendo a la madre, pero no con lo segundo, ya que no se realiza el tratamiento adecuado para lograr el bien.

El profesional está en la obligación de realizar el bien, por lo que trata de convencer a la madre de lo perjudicial que es para el niño el no reimplante, manteniéndose ella en la posición negativa al tratamiento.

Solución que se dio.

Se realizó el reimplante para poder realizar el bien y futuro del paciente, por lo que no se respetó el principio de la autonomía, priorizando el bienestar del paciente o sea la beneficencia.

5.2- CASO 2

Paciente varón de 54 años de edad, que presenta enfermedad periodontal leve y con un cuadro clínico de diabetes. Acude a la clínica dental para realizarse una revisión y una limpieza dental. En la anamnesis comenta que se realizó una limpieza y unas obturaciones de caries hace unos tres años en otra clínica y desde entonces no ha vuelto a pedir cita para revisión.

En la exploración clínica, el odontólogo comprueba que tiene la boca sana y lo único que percibe es que presenta un problema de Bruxismo que le produce un desgaste de los dientes. El paciente por problemas económicos decide no realizarse la férula de descarga y pide cita simplemente para la limpieza.

A la semana siguiente el paciente acude a la clínica a realizarse la limpieza, todo va genial y el paciente sale encantado de su tratamiento.

A los tres días de realizarse el tratamiento, el paciente vuelve a la clínica con muchas molestias y un flemón del molar 3.7. El Odontólogo le explora la zona y debido a la inflamación y la infección no consigue ver por qué se ha producido ese flemón, le hace varias radiografías y finalmente decide que le debe realizar un tratamiento de endodoncia, que consiste en desvitalizar la pieza dental. El paciente acepta dicho tratamiento, ya que presenta mucho dolor y quiere salvar su pieza dental. Le dan cita para la semana siguiente y le recetan antibiótico y antiinflamatorios antes de hacerle la endodoncia.

El día del tratamiento, cuando el odontólogo empieza a realizarle la endodoncia, se da cuenta de que es imposible salvarle esa pieza dental, por lo que considera que debería extraerle la pieza. El paciente acepta el tratamiento, pero considera que ha sido una negligencia del profesional, ya que al principio el Odontólogo le informó de que tenía toda la boca sana.

Finalmente, se realiza la extracción dental, pero el paciente le comunica al Odontólogo que no va a pagar el coste del tratamiento. El paciente le explica que en ningún momento firmó ningún Consentimiento Informado y por lo tanto no fue informado de las consecuencias que podría tener realizarse una simple limpieza, ya que el profesional no fue capaz de diagnosticarle correctamente la gran fisura que presentaba en la pieza 3.7, por la cual se le produjo esa gran infección y problemas para comer.

¿Debe asumir el Odontólogo las consecuencias y realizarle la extracción dental sin coste alguno?

Proceso deliberativo.

1. DELIBERACIÓN SOBRE LOS HECHOS

- No hay buen diagnóstico.
- No hay firma de CI, tampoco explicación de situación clínica, beneficios del tratamiento o repercusiones.
- Hay complicación durante el acto Odontológico.
- El paciente se niega a asumir los gastos derivados del tratamiento.

2. DELIBERACIÓN SOBRE LOS VALORES.

2.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS MORALES IMPLICADOS.

AUTONOMÍA:

- Al no firmar el CI el paciente no dispone de la información necesaria previa a realizarse el tratamiento.

JUSTICIA:

- El paciente se niega a pagar un tratamiento considerándose víctima de una negligencia médica.
- El paciente acepta no realizarse la férula de descarga por problemas económicos.
- El Odontólogo tiene derecho a cobrar por el tratamiento realizado.

BENEFICENCIA:

- La extracción de la pieza dental es necesaria por el bienestar del paciente.

NO MALEFICENCIA:

- El mal diagnóstico le genera al paciente: dificultad para comer, infección y pérdida de la pieza dental.

2.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA MORAL FUNDAMENTAL.

Los problemas morales fundamentales en este caso, considero que serían el de AUTONOMÍA Y EL DE JUSTICIA.

2.3 IDENTIFICACIÓN DE LOS VALORES EN CONFLICTO QUE SUBYACEN AL PROBLEMA:

AUTONOMÍA:

- Capacidad de decisión previa a la firma del CI.

JUSTICIA:

- Cobrar por el tratamiento realizado.
- Pagar por el tratamiento recibido.

3. DELIBERACIÓN SOBRE LOS DEBERES.

3.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS CURSOS DE ACCIÓN EXTREMOS.

Es justo que no cobre porque ha realizado una acción imprudente, primero no diagnosticando bien el problema y después no proporcionando el CI previa a una técnica invasiva.

El paciente debería pagar la técnica realizada porque primero rechazó un tratamiento preventivo para el Bruxismo, se desconoce el origen de la fisura y no solicitó la información suficiente previa a la técnica que le iban a realizar.

3.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS CURSOS DE ACCIÓN INTERMEDIOS.

Ambos podrían llegar a un entendimiento estableciendo un diálogo.

3.3 IDENTIFICACIÓN DEL CURSO ÓPTIMO DE ACCIÓN.

El Odontólogo podría asumir su responsabilidad de la no entrega del CI, desconocemos si le proporcionó la información de forma verbal.

Por su parte, el paciente no debería ser tan tajante a la hora de acusarlo de una Negligencia Médica. Primero porque no es algo que le competa y segundo porque considero que encajaría más dentro de un error evitable. Además, no está del todo claro que la causa de la fisura sea la propia limpieza dental y asumió la responsabilidad de someterse a un tratamiento sin la firma del CI.

4. PRUEBAS.

La información sobre la técnica se pudo dar de forma verbal. Se desconoce el origen de la fisura, pudiendo relacionarse con el diagnóstico de Bruxismo.

5. DECISIÓN FINAL.

Consideramos que llegados a este punto de no entendimiento, sería necesario que hubiera un dialogo por ambas partes que permitiera asumir la responsabilidad de lo ocurrido.

Se desconoce si el origen directo de la fisura, el paciente tiene unos factores predisponentes que le pudieron originar dicha lesión.

Por otro lado, tampoco sabemos si en las primeras visitas, donde se le diagnosticó el Bruxismo, se le expusieron al paciente los motivos necesarios del uso de una férula de descarga, así como las consecuencias derivadas del no uso, pero queda anotada la conformidad de la paciente.

El hecho de que el Odontólogo no le facilitara el CI a la paciente podría considerarse un error evitable que condicionó de manera considerable la autonomía de la paciente.

Teniendo en cuenta que el paciente rechazó el tratamiento preventivo con férula de descarga por problemas económicos y que la falta de concreción del Odontólogo le supuso un coste mayor, considero que ambos podrían acercar posturas de modo que, el Odontólogo se comprometa a reducir el coste del tratamiento y el paciente realice el pago.

Podría acordarse incluso una forma de pago en beneficio del paciente y sin perjuicio del Odontólogo.

Además, el profesional, también podría proporcionarle facilidades de pago en el coste de la férula con el objetivo de que el paciente pueda hacer un uso óptimo de este tratamiento preventivo.

Por último, se le haría una recomendación al Odontólogo por parte del Comité de Bioética para que incluyera de forma sistemática en su práctica diaria el uso del CI.

Los comités de ética en los colegios profesionales

Laura Martínez Alonso
Antonio Castillo Lario

Comité de Ética del Colegio de
Odontólogos y Estomatólogos de Aragón.

INTRODUCCIÓN

El colegio Profesional, es una asociación de carácter profesional formada por quienes ejercen la Odontología en un territorio determinado (colegiados). Tiene atribución de Corporación de Derecho público amparada por la Ley (*Artículo 26 y 36 de la Constitución Española, Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales modificada, entre otras, por las Leyes 74/1978, de 26 de diciembre, 7/1997, de 14 de abril y por la Ley 25/2009, de 22 diciembre y por la Ley 5/2012, de 6 de julio*), personalidad jurídica propia y capacidad sancionadora.

Las principales funciones del Colegio son:

1- Ordenar los criterios para garantizar una atención odontológica de calidad, segura, adecuada y asequible; de acuerdo a una base científica y ética. fomentando el perfeccionamiento profesional a través de la formación continuada y ejerciendo la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial.

2- Representar la profesión ante los ciudadanos y las administraciones públicas.

3- Defender los intereses y derechos profesionales de los colegiados.

El Colegio aporta a la sociedad, garantía para los pacientes y usuarios de los servicios prestados por los profesionales colegiados, ya que se les informa sobre los estándares de calidad regulados en el Código Deontológico. Trata de evitar el intrusismo profesional mediante el control y vigilancia del ejercicio de las profesiones sanitarias. Controla que todo Colegiado pueda responder ante un daño causado a un paciente debido a la obligatoriedad de mantener un seguro de responsabilidad civil a la hora de colegiarse. Defiende ante los poderes públicos el ejercicio de los derechos fundamentales y sociales de los ciudadanos. Colabora con las Administraciones en la elaboración de normativa y planes de estudio con el objetivo de mejorar la calidad y formación de las carreras sanitarias.

Por su parte, el Colegio aporta a los profesionales, la defensa de los intereses profesionales ante los poderes públicos. Aporta un Código Deontológico que sirve de marco legal tanto en el sector públicos, como privado. Participa en la elaboración y actualización de la legislación profesional. Promueve y controla la formación continuada. Aporta servicios a los colegiados. Pone al servicio de los profesionales la sede para compartir experiencias, preparar cursos, etc.

Si no hubiera colegios profesionales, estaría en entredicho el control de la profesión. Habría menos garantía de una habilitación legal de los profesionales, lo que provocaría una indefensión de los pacientes. Se produciría un aumento de la mala praxis con el perjuicio del prestigio profesional.

El ejercicio de las funciones colegiales se basa en los estatutos generales (pautados por el Consejo General de Dentistas y con aprobación ministerial) y los estatutos particulares (reglamento de régimen interior de cada Colegio), siempre sin perjuicio de las leyes que regulen la

profesión.

Está regido por una Junta de Gobierno, cuyos cargos son elegidos democráticamente por todos los colegiados, siendo éste el organismo que dentro de la estructura interna del Colegio se responsabiliza del adecuado cumplimiento de las funciones colegiales. La estructura interna del Colegio se encuentra en su mayoría desarrollada por colegiados voluntarios a excepción de los servicios jurídicos, servicios de administración, gestión y contabilidad. Cada colegio, se organiza internamente de una forma, pudiendo existir comisiones encargadas de funciones específicas, como es el caso de la Comisión Deontológica.

1-FUNCIONES DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA

La Comisión Deontológica es la encargada de supervisar la aplicación y cumplimiento del código deontológico por parte de todos los colegiados con el fin de proteger los derechos de la población, favorecer la competencia leal y fomentar el respeto en las relaciones entre paciente, colegiado y administración. Algunas Comisiones Deontológicas ejercen también una tarea de mediación entre profesionales y pacientes y entre colegiados.

Los medios utilizados para asegurar el cumplimiento de los valores éticos profesionales son:

- 1.- dar a conocer el contenido del código deontológico entre los dentistas.
- 2.- estudiar las denuncias llegadas al Colegio.
- 3.- ejercer la capacidad disciplinaria ante su incumplimiento.
- 4.- informar y asesorar a la Junta de Gobierno.

No obstante se aclara que no tiene capacidad sancionadora ante una mala praxis (únicamente puede ser valorado por un juez por la correspondiente vía judicial), ni ante el incumplimiento deontológico de empresas (únicamente tiene poder sancionador sobre los colegiados).

2-PROTOCOLO SEGUIDO ANTE UNA DENUNCIA REALIZADA EN EL COLEGIO

Cuando un paciente, o un dentista quiere hacer llegar una denuncia a la Comisión Deontológica, cumplimenta un formulario de solicitud, en el que explica el motivo de su denuncia y aporta el máximo de datos objetivos posibles. Así mismo firma un documento de protección de datos y un consentimiento informado por si se le requiere alguna valoración por parte de la Comisión. Se solicita información del caso a la parte denunciada que también aportará los informes, pruebas complementarias y documentos que estime oportunos

Estos documentos llegan a los miembros de la Comisión Deontológica, que los evalúa y consulta las pruebas complementarias aportadas por el denunciante. El primer paso es tratar de discernir entre *mal praxis* y causa deontológica, en el segundo caso, se tratará de determinar el

tipo de falta deontológica. El Código de Ética y Deontología Profesional. Algunos términos que conviene conocer para esta deliberación, se muestran en la Tabla 1

Tabla 1. Glosario de términos deontológicos que ayudan ante el estudio de cada caso:

<ul style="list-style-type: none">✓ <i>Deontología</i>.- ciencia que estudia los deberes éticos de cada profesión sanitaria.✓ <i>Código deontológico</i>.- Conjunto de normas éticas que pautan la práctica de una profesión.✓ <i>Lex artis</i>.- Conjunto de prácticas profesionales aceptadas como adecuadas para cada paciente en un determinado momento.✓ <i>Mala Praxis</i>.- actuación sanitaria que provoca un daño en el paciente por ignorancia, desidia, imprudencia o mala organización.✓ <i>Imprudencia</i>.- actuación donde ha habido una falta de precaución o disminución de la capacidad de discernimiento.✓ <i>Negligencia</i>.- actuación donde no se ha respetado los protocolos e indicaciones que implican de forma universal cada tratamiento, así como la falta de asepsia y seguimiento del paciente.✓ <i>Impericia</i>.- actuación donde ha habido un daño provocado por la insuficiencia de conocimientos que se presumen y se consideran adquiridos, por la obtención del título profesional y el ejercicio de la profesión.✓ <i>Inobservancia</i>.- actuación donde no se ha respetado la legislación sobre el ejercicio de la Odontología como profesión sanitaria (en el orden Nacional, Provincial o Municipal).✓ <i>Principio general del Derecho</i>.- “quien invoca un daño y un perjuicio, tiene la obligación de probarlo y acreditarlo”. De este principio, la importancia de la historia clínica y el consentimiento informado (antecedentes siempre evaluados por los Jueces).
--

En ocasiones, para completar el informe, se precisa hablar directamente con alguna o con todas las partes implicadas, e incluso, revisar al paciente, en caso de que se trate de una demanda de un paciente a un dentista.

Una vez obtenida y procesada toda la información, el siguiente paso será realizar un informe en el que se establezca si existe o no falta al Código Ético que se hará llegar a las partes afectadas.

Si se considera que el hecho pudiera ser constitutivo de expediente de instrucción colegial, se pasa el caso a la Junta de Gobierno, quien decidirá si se abre dicha instrucción o no y se informa a las partes.

Tras la decisión tomada en la Junta de Gobierno, existen dos posibilidades:

- Si se considera que se debe de abrir un expediente disciplinario, se abre un período de estudio para su apertura. Se informa a las partes sobre la decisión tomada y se comienza un período de reclamación a la parte denunciada.
- Si se considera que no hay causa para iniciar un expediente disciplinario, se cierra el expediente de instrucciones previas y se da a conocer de forma escrita a las partes

involucradas la decisión de la Junta de Gobierno. No teniendo la obligación de hacer valoración alguna sobre la posible existencia o no de mala praxis.

Si la Junta de Gobierno decide iniciar un expediente disciplinario, y tras vencimiento del periodo de reclamación de la parte denunciada se continúa con el proceso administrativo:

- Comunicación escrita al denunciante y denunciado de la decisión de apertura de un período de estudio para la apertura de un expediente sancionador y solicitud a las partes de nuevas pruebas.
- Segunda entrevista y exploración del paciente si el Colegio lo considera pertinente y posibilidad de exploración y entrevista al paciente por la parte denunciada.
- Estudio de las pruebas aportadas
- Elaboración de un informe de cierre del período de estudio previo a la apertura de un expediente sancionador y exposición del tipo de faltas observadas.
- Propuesta de sanción por personas de la Junta de Gobierno ajenas a la Comisión Deontológica.
- Apertura de periodo de reclamaciones por parte de la parte denunciada.
- Aplicación de la sanción.

3-CAUSAS PRINCIPALES DE LAS RECLAMACIONES Y ÁMBITO CLÍNICO AL QUE CORRESPONDEN (COLEGIO DE ARAGÓN)

De mayor a menor frecuencia, las demandas se ordenan en:

- *Mal praxis*
- Económicas
- Administrativas
- Diagnostico
- Otras (donde se subraya la denuncia entre colegiados)

Los ámbitos clínicos más denunciados son, de mayor a menor frecuencia

- Implantoprótesis
- Prótesis
- Conservadora
- Ortodoncia
- Endodoncia
- Cirugía

- Periodoncia
- Otros

4-SITUACIÓN ACTUAL DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA Y AUTOEVALUACIÓN (COLEGIO DE ARAGÓN)

La situación actual es de saturación debido a la gran cantidad de denuncias para el número reducido de miembros de la Comisión Deontológica. Ello implica lentitud en el estudio de cada caso y en la elaboración de informes debido a la no profesionalización de los odontólogos. Así mismo, existe la necesidad de establecer protocolos nuevos que se adapten a las nuevas necesidades.

Por su parte los Colegios profesionales, tienen muy limitada su actuación frente a la calidad de los tratamientos al no poder actuar frente a empresas. Además no existen criterios comunes para todos los Colegio respecto a la tipificación de faltas y sanciones, lo que supondría ahorro de tiempo y ganancia de validez interna en los juicios deontológicos.

Modelos empresariales en la práctica de la Odontología

Juan José Guarro Miquel

Presidente de la Asociación Empresarial de
Clínicas Dentales de Catalunya

INTRODUCCIÓN

Para poder analizar los modelos empresariales de la práctica odontológica, es decir, la organización económica de la profesión de dentista, es muy importante poder relacionarla con los acontecimientos históricos que la han marcado. Es justo por tanto remontarnos a los anales de la historia, y descubrir cuando aparecen los primeros trabajos dentales, efectuados por tanto por los primeros dentistas de la historia.

Tal y como nos recordaba el Prof. Dr. Luis Giner, en su conferencia en Bioética en Odontología el pasado 9 de Febrero de 2019, con motivo de la celebración de Santa Apolonia, desde los momentos más profundos de la historia hasta la actualidad, los objetivos de la Odontología se basan en tres pilares: **dolor, función y estética**.

Los primeros vestigios de tratamientos dentales sobre todo para tratar el **dolor** dental, se hallan en el hombre de Cromañón, hace 23000 años aC., y posteriormente hacia el 14000aC, según Benazzi, arqueólogo de gran prestigio. Según otro arqueólogo, Benardini, descubre en fósiles de 6500 aC., obturaciones en los dientes efectuados con cera de abejas, descubierto en restos que están en el museo de Trieste. Aquí se inicia **la recuperación de la función**. El tercer factor, **la estética**, hay que buscarlo en los etruscos, sumerios, fenicios, culturas precolombinas, y sobre todo egipcios, muchas veces relacionados con ritos mortuorios, para poder efectuar el traspaso al otro mundo de una manera adecuada. También se han evidenciado trabajos dentales efectuados en vida de las personas.

El considerado el **primer dentista de la historia**, fue en el antiguo Egipto, Hesi-Ra, en 3000 años aC, y ya relaciona empíricamente la medicina con la odontología. El siguiente gran cambio en la odontología, también están de acuerdo la mayoría de los historiadores, ocurre en 1728, con la publicación del libro "Chirugen Dentiste", por parte de nuestro mentor el Prof. Dr. Pierre Fauchard. Antes de Pierre Fauchard, y hasta Hesi-Ra, se encuentra también la aplicación de la acupuntura en China, en Grecia, Hipócrates y Aristóteles, que describen métodos para efectuar extracciones dentales y cauterizaciones

En relación a la odontología en la Edad Media, hay que mencionar a: Bernardo de Gordon que introdujo la teoría del aflojamiento de los dientes, a Guy de Chauliac que estimuló la higiene dental y señaló que la caries tenía tres fases; producción de dolor, producción de dolor sin estímulo externo y flemón, y a Giovanni da Vigo que fue uno de los primeros en realizar obturaciones con hojas de oro.

También pueden destacarse, Avicena y Abulcasis, éste último, considerado el médico más importante del Califato de Occidente. Nació en Córdoba, en el año 936. Se le consideró el más notable cirujano árabe, en la misma forma que Avicena fue considerado el médico más sobresaliente, cuya obra de cirugía se llamó Al-Tasrif donde escribe en varios capítulos a los

dientes y encías. Realizaba cauterizaciones para tratar las fístulas, trató los émulis, insistía en la necesidad de eliminar el sarro, recomendó prudencia para las extracciones, empleó limas diseñadas por él mismo para emparejar los dientes, habló de la operación de labio leporino, describió la re implantación dental, la colocación de dientes artificiales y tratamientos para las fracturas.

Pero durante la Edad Media existieron, todo un conjunto de barberos-dentistas, buhoneros, etc.... Que trabajaron sin ningún tipo de rigurosidad, pero que también deben de entenderse como parte de la historia de la odontología, ya que, los pobladores de estos 20 siglos intermedios, como mínimo requirieron tratamientos para el dolor dental.

En la época moderna, y en pleno siglo XIX, en 1844 Wells, se provoca otra avance importante con la aparición de la anestesia con óxido nitroso, lo que marca otro punto de inflexión en el control del **dolor dental**. Hacia finales del siglo XIX, Black y su amalgama dan un nuevo sentido en el tratamiento dental, al poder sistematizar el tratamiento conservador en dientes y muelas, ahí se recupera **la función**.

El descubrimiento del grabado ácido con Buonocore, y el descubrimiento y sistematización del profesor Bränemark con la aparición de la implantología moderna que mejoraron la **función y la estética**, son los grandes últimos cambios de la Odontología del Siglo XX.

Quizá la aparición de los scanners digitales y la ortodoncia invisible, sean las nuevas revoluciones del primer cuarto del Siglo XXI, claramente mejorando la **estética**.

Todo este breve repaso en la historia y evolución de la odontología, más allá del recordatorio y curiosidad, quizá no aporte muchas cosas nuevas, pero en lo que sin duda estaremos de acuerdo, es que los dentistas, desde el inicio de los etruscos, hasta finales del siglo XIX, se deben de encajar probablemente en la categoría de artesanos, gente con habilidades manuales importantes, y sin duda como profesionales individuales, es decir que su práctica estaría muy lejos de ser entendida como una actividad empresarial.

Hasta esta época, por tanto la historia de la odontología en nuestro país, y la del resto del mundo deben andar muy parejas, pero hay nuevas situaciones que ocurren en el siglo XX en España, que son muy importante para explicar el estado actual de la evolución empresarial en nuestro país y que vamos a ir desgranando.

1- CLAVES PARA COMPRENDER LA SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL

La primera de ellas es el aspecto académico y formativo de los dentistas españoles durante el siglo XX.

A finales del siglo XIX la titulación académica era la de Cirujano-Dentista, pero a principios del siglo XX, los estudios para ser dentista, pasan a ser los de Odontología, con tres años de

formación. A medida que va avanzando el siglo, mejoran las técnicas, y aumentan las necesidades de la población, se forma una corriente académica, con el Dr. Florestán Aguilar al frente, donde se insta que los dentistas mejoren su formación, hasta que en 1944, se instaura la especialidad médica de la Estomatología en España, es decir los dentistas son médicos primero y luego se forman como dentistas.

Este modelo, dura hasta finales del siglo XX, cuando España ingresa en la Comunidad Europea, y se instauran los estudios actuales de Odontología, y finalmente se dejan de formar Médicos Estomatólogos a efectos prácticos, aunque parece ser que jurídicamente aún si alguna universidad lo considerase podrían formarse médicos estomatólogos.

El segundo de los factores, que determinaran la evolución de las formas de organización económica de la Odontología, son sin duda los factores socio-económicos del país y su evolución en el siglo XX, a saber:

- La evolución de la población en valores absolutos.
- Producto Interior Bruto.
- Renta per Cápita.
- Evolución Salario Mínimo Profesional.
- Renta disponible para tratamientos dentales
- Número de Profesionales colegiados.

El tercer grupo de factores que determinan los cambios en la organización empresarial de la Odontología en España, son factores propios e idiosincrásicos de la propia estructuración de la odontología, como pueden ser:

- Que hasta 1971, solo existe la escuela de Estomatología en Madrid, en 1971 se inauguró la escuela de Barcelona.
- Desde los años 80, se produce un gran éxodo de médicos, a países Sudamericanos con convenios políticos de reciprocidad con convalidación directa de titulaciones de odontología.
- Llegada masiva de Odontólogos de países Sudamericanos para ejercer su profesión en España.
- Lucha colegial, contra el intrusismo en la Odontología, de elementos no titulados, protésicos, etc.
- Hacia 1986 aparecen los primeros seguros dentales en España.
- Hacia 1985-1990 llega la Implantología Dental moderna.
- Hacia 1990 últimos Estomatólogos formados en España.
- Hacia 1991 primeros Odontólogos formados en universidades públicas.

- Hacia 1995 inicio de la actividad de las primeras universidades privadas de Odontología.
- Hacia 1997 inician las primeras clínicas dentales Vitaldent franquiciadas.
- Hacia el año 2005-2007 empiezan a desarrollarse las primeras clínicas dentales de aseguradoras.
- En el año 2010 empieza sus actividades Dentix.
- En 2015 inicia sus actividades Idental-Dentistas con Corazón.
- En 2017, entran en el mercado dental Español compañías de Capital Riesgo adquiriendo corporaciones como Idental, IOA, Unidental. Se crea la marca Vivanta.
- En 2018, quiebra Idental, y se convierte en el mayor escándalo sanitario del país. 360.000 afectados.
- En un futuro inmediato en el 2020, aparecerá un nuevo elemento en la Odontología con la aparición de las especialidades odontológicas, igualando nuestro país al resto de la mayor parte de los países de Europa. Deberemos estar atentos a como se implantan dichas especialidades a las realidades empresariales existentes.

2-EVOLUCIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LA ODONTOLOGÍA

Durante casi todo el siglo XX, hasta principio de los años 80, el modelo económico de la Odontología española, es claramente la de un profesional liberal que ejerce la profesión de manera autónoma, en su consulta. Es una actividad casi al 100% privada, y que en algunos casos se combina con una actividad asistencial en la sanidad pública unas pocas horas al día, desarrollando una cartera de servicios reducida a base de consultas, y extracciones dentales, donde se da servicio a la población solucionando el **dolor** dental. Por tanto la odontología hasta 1980, es una actividad profesional, individual, y privada. Típicamente individualista, y que si vemos la gráfica evolutiva poblacional, y económica, está muy equilibrada.

En esta época los dentistas tenían mucho trabajo, hay relativamente pocos, para la población que necesitan atender, efectúan tratamientos de reparación **funcional**, e implica un esfuerzo económico muy importante para los pacientes, tratar su patología dentaria. Hasta esta época, se da respuesta al **dolor**, en odontología pública y privada, y también a la restauración **funcional**, casi en exclusiva en la odontología privada. En una mínima parte se tiene en cuenta el aspecto de respuesta a los requerimientos **estéticos** de ésta profesión.

En la década de 1980-1990 la economía mejora mucho, España empieza a ser un país más rico, aumenta de demanda de tratamientos dentales, faltan dentistas, es una época que el intrusismo profesional de protésicos, y títulos sudamericanos no convalidados y convalidados empiezan a irrumpir en el mercado, la demanda es alta, el dentista trabaja mucho, cobra mucho,

la población se trata más, requiere más tratamientos y su capacidad económica para hacer frente a ellos mejora mucho. Crece la población, con la bonanza económica aparecen los inmigrantes de otros países, que pronto precisaran tratamientos dentales. La cartera de servicios de la sanidad pública para la población adulta, se limita a consultas, exploraciones radiológicas y exodoncias, es decir se ocupa de dar solución al **dolor**. La restitución de la **función**, y la **estética**, en gran parte están en manos de la odontología privada. En esta época aún estamos en un mercado dental de profesionales independientes, autónomos y liberales, con poca o nula organización empresarial.

También en esta época, se iniciaron los planes de salud pública dirigidos a población infantil y juvenil, con una perspectiva eminentemente preventiva, encaminada a mejorar la educación sanitaria dental junto a una oferta restauradora para la dentición permanente. Ésta cartera de servicios, presenta grandes diferencias entre las Comunidades Autónomas y se han modificado las prestaciones de acuerdo a presupuestos, cambios legislativos y decisiones autonómicas. Actualmente coexisten en España tres modelos de asistencia dental infantil: modelo público, modelo mixto y modelo PADI. En el modelo público la provisión y la financiación son públicas, en el modelo mixto, algunas prestaciones se prestan en el sector público y otras están concertadas con privados a precio tasado, siendo la financiación pública y en el modelo PADI, todas las personas que están en el rango de edad incluido en el programa, reciben un cheque dental y pueden optar por elegir dentistas privados asociados al PADI o acudir al dentista público, siendo la financiación pública y la provisión público/privada.

Otro acontecimiento importante sucedido en éste periodo, que va a revolucionar el mercado dental mundial, es la aparición de la implantología dental moderna.

También se inicia un cambio en el modelo laboral, y aparece la figura del colaborador profesional, que es un dentista autónomo que colabora en una clínica dental que no es de su propiedad, suele actuar de forma autónoma y bajo su criterio médico propio. Empieza por tanto a cambiar el mercado y aquel dentista individual y autónomo que tiene su consultorio privado, abre las puertas a otros compañeros para que ejerzan en sus instalaciones médicas.

Puede decirse, que en éste momento nacen las **profiempresas**, es decir estructuras jurídicamente de personas físicas que contratan a otros profesionales, debido al volumen de trabajo que tienen. La organización empresarial es mínima, y las relaciones económicas entre estos profesionales, son tan sencillas que terminan siendo un pago por un % de los ingresos generados, descontando o no los gastos repercutidos. Este modelo de profiempresas, nacido en la última década del siglo XX, se mantiene con variaciones hasta la actualidad, pero con gran tendencia a desaparecer.

3-EVOLUCIÓN DE LA PROFIEMPRESAS

Una de las primeras evoluciones de las profiempresas, es que jurídicamente se convierten en sociedades mercantiles, donde normalmente el profesional titular es el máximo tenedor de las acciones de dichas sociedades. Se continua con el modelo de colaborador autónomo, que acude a los centros para poder trabajar, parte de su jornada, bien por al gran volumen de trabajo de la profiempresa que lo contrata, bien por que ejerce una subespecialidad en esta empresa, cirugía, ortodoncia, endodoncia, periodoncia. En muy pocos casos hay relaciones laborales a terceros, suelen ser siempre contratos mercantiles entre autónomos. Muchas veces estos colaboradores autónomos son profesionales con su propia consulta y que además colaboran en otras profiempresas, bien por su especialidad, bien por volumen de trabajo de las profiempresas.

4- FINALES DE SIGLO XX

4.1-APARECEN LAS PRIMERAS FRANQUICIAS VITALDENT

En sus inicios el modelo franquiciado de Vitaldent, y otras franquicias se alimenta de este tipo de profesionales, es decir de profesionales autónomos, que trabajan en Vitaldent, como especialistas, o porque tienen algún día libre, o por un día de trabajo generan un gran volumen económico.

Nace el siguiente modelo de empresa dental, es decir el **modelo franquiciado** Vitaldent, son empresas mercantiles, donde la propiedad es 100% no médica, es decir los profesionales no pueden ser dueños de los medios de explotación del negocio, durante mucho tiempo era condición "sinecuanum", el hecho de si había algún dentista propietario de alguna franquicia Vitaldent, no podía ejercer profesionalmente en ella.

Las características fundamentales de este modelo son:

- Sociedad mercantil no profesional
- Aparece por tanto la figura de un administrador o gerente no profesional.
- Aparece la figura del Comercial o experto en ventas.
- Aparece la figura de la financiación de tratamientos.
- Los dentistas son personas contratadas, autónomos colaboradores.
- Aparecen la figura del generalista, ortodontista, endodoncista, implantólogo.

Por tanto aparece un nuevo modelo organizativo en el mercado dental que es la empresa dental franquiciada.

Uno de los mayores elementos distorsionadores de la Odontología, es precisamente la aparición del “ventas” o “comercial”, de estas nuevas estructuras, donde se prima claramente el beneficio empresarial, frente a la buena praxis odontológica.

En esta época convivirán dos modelos, a saber, las profiempresas de los dentistas, que recordemos que inician su evolución hacia mercantiles pero al fin y al cabo continúan siendo profiempresas, y el nuevo modelo de empresa dental franquiciada.

Este momento es muy importante en la Odontología, ya que es ahí donde se permite el control de medios de producción al capital, y el productor dentista se queda como ejecutor de tratamientos.

Si en algún momento, se cometió un error histórico, fue justo en ese momento, al permitir que el capital económico ajeno a los profesionales entrara en la formación de las empresas dentales franquiciadas.

Las características diferenciales de la empresa dental franquiciada, frente a la profiempresa, son:

- Instalación en locales a pie de calle.
- Gestión de financiación de tratamientos dentales a pacientes desde la propia clínica.
- Marketing y publicidad específica.
- Gran evolución en tratamientos de Implantología.
- Aparición de agentes comerciales, ventas en las propias consultas.

Estas empresas evolucionaron por los siguientes hechos:

- Aumento de población inmigrada
- Aumento del número de dentistas dispuestos a trabajar en estas empresas.
- Disminución de trabajo en algunas profiempresas.
- Aparición de financiación en tratamientos dentales.
- Porque en general no molestaron excesivamente en sus inicios a las profiempresas de dentistas, ya que iniciaron su actividad con poblaciones que habitualmente no iban a las consultas clásicas del dentista español.

4.2-APARECEN LOS PRIMEROS SEGUROS DENTALES.

En esta época las aseguradoras sacan al mercado un producto, que aún hoy, los dentistas más beligerantes discuten si es un seguro o no, pero no evita que aparezcan los seguros dentales, cada aseguradora empieza a fabricar el suyo con más o menos gracia, pero siempre con el mismo modelo, un nomenclátor unos actos gratuitos, y unos precios fijados de tratamientos, que llaman

franquicias, y que en su aspecto técnico se refiere al coste asumido por el paciente por el tratamiento, y se da a entender que el diferencial de coste entre el precio de mercado y la franquicia es asumido por la aseguradora. Para poder acceder a estas franquicias dentales, el paciente lo hace pagando un módico precio.

La aparición de los seguros dentales provoca la primera fijación de precios por tratamientos dentales, al vender un baremo de tratamientos con la franquicia que el paciente debe pagar.

El modelo de los seguros dentales, se basa en la subcontrata del servicio a profiempresas dentales establecidas.

5-FINALES DEL SIGLO XX, E INICIOS DEL SIGLO XXI

En este periodo, empiezan a aparecer muchas más franquicias dentales, Caredent, Unidental, etc. Todas con el mismo modelo de negocio, franquiciado no dentista, dentistas autónomos por especialidades, plantas bajas, comerciales-ventas, financiación y mucha cantidad de Marketing.

En esta época las profiempresas de los dentistas, empiezan a ver lesionada su capacidad productiva, algunos empiezan a imitar a las franquicias, en cuanto a financiación, marketing, comercial ventas, etc... como respuesta a la competencia. Otras empiezan a aceptar trabajar para aseguradoras, a pesar de que les fijan el precio de los tratamientos, bien es cierto que aportan mucha clientela a las profiempresas.

Situados al **inicio del Siglo XXI**, coexisten, varios modelos empresariales en el mundo de la Odontología, que se describen a continuación. En las cuatro primeras, el modelo de organización empresarial es muy semejante, quizá sus diferencias están a nivel interno en la capitalización y la propiedad tenedora de sus acciones.

- Profiempresas dentales clásicas, es decir no adoptan ningún cambio respecto al modelo de trabajo de finales del siglo XX, no se reubican, no financian, tienen algún colaborador profesional, no aplican marketing o lo hacen de forma rudimentaria, no trabajan con aseguradoras.
- Profiempresas dentales que evolucionan al modelo franquiciado, adoptando las practicas del modelo franquiciado Vitaldent, marketing, comercial ventas, financiación.
- Profiempresas dentales, que aceptan pacientes de seguros dentales, y aseguradoras, pero sin adoptar las técnicas del modelo Vitaldent.
- Empresas dentales franquiciadas. En este grupo, además de las propias franquicias dentales hay que incluir las compañías dentales técnicamente no Franquiciadas, como puedan ser Dentix, Vivanta, Institutos Odontológicos, Idental, etc.

- Empresas dentales de aseguradoras, en este grupo se incluye a las cadenas de las aseguradoras, que tienen un comportamiento en la gestión idéntico al modelo franquiciado, pero con dos grandes diferencias, gran disposición de recursos propios para inversión y gran cantidad de clientes “esclavos” de su aseguradora.

6-PROSPECCIÓN DE FUTURO EN LA ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL DENTAL EN EL SEGUNDO CUARTO DEL SIGLO XXI.

Con la evolución actual, en unos periodos que se juntan PIB alto, renta per cápita elevadas, aumento del SIM, no control del aumento de nuevos profesionales disponibles, nuevos tratamientos estéticos de alta demanda, gran introducción de la compra por internet de Servicios, no dudemos que aparecerán nuevos clientes que adquirirán sus tratamientos a través de Marketplace de internet, sobre todo en casos de estética.

Otro gran volumen de población, superará la tercera edad y estará en la cuarta edad, y con necesidades odontológicas muy parecidas a las de la población actual, es decir **dolor, función y estética**. Ello generara una demanda especial, de asistencia dental domiciliaria, en población ingresada en Residencias Geriátricas, y propios domicilios.

Otro hecho evidente, por propia evolución natural será la desaparición de las profiempresas dentales actuales, entendidas como modelo de desarrollo de profesionales.

7-PROBLEMAS BIOETICOS EN ODONTOLOGIA, RELACIONADOS CON LOS MODELOS EMPRESARIALES

En general y como problema de índole global y frecuente, los problemas éticos en Odontología, básicamente de malpraxis y sobretratamientos, comienzan a encontrarse en los inicios de la aparición de las franquicias dentales, donde, en general, prima el beneficio empresarial, frente a la ética en los tratamientos de los pacientes, durante la creación de las clínicas dentales de aseguradoras, se continúa viendo esta tendencia en el modelo de las profiempresas con modelo franquiciado.

Probablemente el máximo exponente de toda esta cuestión sea el escándalo de Idental, ya que no solo hay malpraxis, y sobretratamientos, sino que además hay estafa económica en población económicamente débil.

8-CONCLUSIONES

En general desde el punto de vista de la ética de las empresas dentales, se debería potenciar en la población de dentistas jóvenes, tres aspectos importantes:

- Formación de profiempresas modernas, de varios dentistas, con organización empresarial moderna, preparadas para absorber pacientes del Marketplace, y que sean herederas de profiempresas de finales del siglo XX, mejorando las debilidades de estas, y potenciando los buenos sistemas de las mismas.
- Dado que en la sanidad pública, a pesar de que pronto llegará a los 80 años de existencia, no se ha pasado del objetivo de dar solución al **dolor** en la población adulta, aunque en gran parte de la población infantil y juvenil sí que existen otras prestaciones encaminadas a **recuperar la función** gracias a los programas comunitarios, aunque con marcadas diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas. Sigue existiendo un problema ético y moral, en poblaciones sin recursos, de dar asistencia también a la recuperación de la **función**. Esta tarea, la están asumiendo muchas ONG's y Clínicas Solidarias. Pero no debemos olvidar a las "poblaciones con escasos recursos", aquellas que trabajan con sueldo mínimos, y que actualmente hay muy pocos mecanismos que permitan recobrar la **función** de estos pacientes, cuya disponibilidad económica para efectuar tratamientos dentales es muy limitada. Éticamente la Odontología como LOBBY, debe dar respuesta a esta situación, antes que otros elementos ajenos a la misma actúen, muchas veces mal y con fines tan solo políticos y electoralistas.
- Cambiar la formación que reciben los odontólogos en su grado, en el sentido de conseguir odontólogos integrales, para que puedan hacer el 80% de tratamientos al salir de su grado universitario, con conocimientos generales y competencias reales en todas las áreas de la Odontología. Una posibilidad sería la existencia de una ampliación de varios años, con prácticas en profiempresas reales, a semejanza de los que ocurre con abogados, y médicos.

Por último, decir que es básico:

- La no desaparición de las profiempresas dentales.
- Potenciar el autoempleo.
- Mejorar la formación de Odontólogos integrales.
- Nueva regulación en la incorporación de nuevos profesionales al sistema, que a todas luces está saturado.
- Aprender a absorber las nuevas realidades del Marketplace e Internet, de una manera éticamente aceptable, pensando no solo en los profesionales, sino también en el paciente, que es la razón de ser de la medicina.

Rentabilidad y ética empresarial son compatibles en la clínica dental

Enrique Lluch Frechina

Profesor de Economía en la
Universidad CEU Cardenal Herrera

En toda clínica odontológica encontramos una tensión inevitable entre sus objetivos económicos y su función social. La organización empresarial que tiene una clínica hace que sea necesario que esta funcione correctamente desde el punto de vista económico. Para que esto suceda, es necesario que tenga unos ingresos superiores a los gastos que se generan para realizar el servicio. Esta es la condición imprescindible que debe cumplir toda clínica odontológica y sin la cual no puede garantizar su mantenimiento en el tiempo. Sin rentabilidad económica es imposible mantener la actividad en la clínica. Por ello, la gestión económica es un elemento básico para el mantenimiento de cualquier clínica.

Al mismo tiempo, toda clínica tiene una misión social que consta de tres elementos principales que deben ser cumplidos al mismo tiempo. El primero es el de **cuidar y curar** a las personas que reclaman sus servicios. Esta es su principal función y la razón de ser de la labor odontológica, la salud de los pacientes. Sin este objetivo, el servicio prestado no tiene sentido, la labor médica de los profesionales pierde su finalidad esencial. El segundo es que los odontólogos y el personal que en ellas trabaja puedan **ganarse la vida dignamente** y tengan un empleo que les permita realizarse como personas y aportar su granito de arena a la mejora de la sociedad. Las personas que trabajan en la clínica odontológica deben ganarse la vida de una manera digna con su labor remunerada, pero además, tienen que poder ser más y mejor personas gracias a su trabajo y sentirse colaboradores en el correcto funcionamiento de la sociedad. El tercero es que **la clínica ayude a construir una sociedad mejor** cuidando la salud de sus miembros y logrando que algunos de ellos puedan tener un empleo remunerado que genere riqueza positiva para la comunidad. Las clínicas odontológicas son un eslabón básico para que la salud de las personas de una sociedad sea óptima.

La rentabilidad económica y la función social pueden ir de la mano y no entorpecerse entre sí pero también pueden generar tensión entre ellos. En ocasiones, la atención correcta al paciente o el pago adecuado a los trabajadores, puede ser perjudicial para la rentabilidad necesaria de la clínica.

Hacer las cosas bien puede perjudicar a la rentabilidad o poner unos precios adecuados para ganar lo necesario puede impedir que las personas vengan a demandar nuestros servicios. Las soluciones a estas situaciones pueden pasar por dejar a un lado la ética profesional o por renunciar a unos beneficios mayores, cuando las dos cuestiones son incompatibles entre sí algo tenemos que dejar a un lado y priorizar la otra parte.

Algunas personas piensan que la toma de una decisión u otra depende exclusivamente de la altura ética o moral de quienes tienen que tomarla. Es decir, que todo depende única y exclusivamente de la altura ética y de la deontología del profesional. Por ello se realizan cursos de deontología profesional en la mayoría de facultades. Se intenta favorecer así la ética del

profesional que tiene que tomar una decisión. Se piensa que educando exclusivamente en una ética personal y profesional, estos dilemas pueden solventarse de una manera correcta, favorable al paciente y a la mejora de la sociedad. Sin embargo creo que este análisis es insuficiente porque olvida la presión que la organización imprime de una manera efectiva sobre esta clase de decisiones. La manera en la que se organiza la clínica odontológica es clave a la hora de tomar las decisiones cuando existe un dilema entre rentabilidad y ética. Si educamos exclusivamente en la ética individual como profesional, los dejamos inmunes a la presión de la organización y, con frecuencia, los profesionales se ven indefensos ante los dilemas económicos que les obligan a tomar decisiones incorrectas desde el punto de vista ético.

Para solucionar este problema, debemos educar a los profesionales en la diferenciación entre los distintos modelos empresariales y cómo estos influyen en las decisiones que se toman en las clínicas. Para conocer como sucede esto es conveniente analizar los principales modelos de empresa que se suelen aplicar a una clínica odontológica.

Existen dos grandes modelos de empresa que se pueden aplicar a una clínica odontológica y que tienen consecuencias directas sobre el comportamiento ético de sus profesionales. El primero, al que podríamos denominar **tradicional**, pone la función social de la clínica en el centro de su actuación. Curar a los pacientes, mejorar la salud de la población y que sus trabajadores se ganen la vida de una manera digna, son los ejes que mueven el trabajo de esta clase de clínicas y su principal prioridad. Para ellas, la necesaria rentabilidad es tan solo un instrumento que se pone al servicio del cumplimiento de su función social. Los economistas están aquí al servicio de los facultativos para poder alcanzar correctamente lo prioritario: su función social.

El segundo gran modelo que podemos denominar **economicista** pone por delante de todo la consecución de beneficios. El objetivo principal de estas clínicas es que las ganancias sean las máximas posibles. Para ello realizan una función social, la de curar a enfermos, pero esta es tan solo un medio para lograr esos beneficios más elevados que se persiguen como fin último de la actividad. En este modelo son los economistas quienes marcan los criterios de actuación a los facultativos ya que toda la clínica está montada para lograr unos resultados económicos mejores. Por ello, sus verdaderas preocupaciones giran alrededor de lograr incrementar los ingresos a través de aumentar las ventas y reducir los costes gracias a pagar menos salarios o conseguir unos suministros más económicos. El lenguaje de sus propietarios y directivos gira siempre alrededor de estos términos económicos y de las cuentas en euros de la empresa.

Las consecuencias éticas de estos dos modelos de clínica van más allá de las cualidades éticas o profesionales de quienes en ellas trabajan, ya que la manera en la que van a afrontar los dilemas morales que se planteen entre rentabilidad y función social de la clínica van a ser solucionados de manera totalmente distinta. Las clínicas que siguen el modelo tradicional van a

priorizar siempre a sus pacientes, a su salud, al trabajo bien hecho de sus profesionales, aunque esto suponga ganar algo menos. Además, van a pedir a sus administradores que se estrujen el cerebro para garantizar la rentabilidad sin tener que sacrificar el trabajo bien hecho y la atención excelente.

Sin embargo, en el modelo economicista, el objetivo principal es maximizar los beneficios lo que supone que van a pretender siempre vender lo máximo posible y que sus costes sean mínimos. Por ello ven al paciente como un cliente al que hay que intentar “colocar” productos para incrementar las ventas. Al mismo tiempo, van a querer reducir sus costes pagando salarios menores a sus profesionales y optimizando las compras de material logrando que estas sean lo más baratas posibles. Cuando se encuentren ante un dilema moral la prioridad va a ser siempre el beneficio, por lo que intentarán vender más tratamientos y aquellos que generen más ganancias, o reducir costes a toda costa aunque esto suponga un peor tratamiento.

La organización empresarial de la clínica importa. No es suficiente con la ética profesional, con la integridad de odontólogo. Cuando se trabaja en una clínica economicista, es difícil imponer la ética personal a la estructura. Por ello, es necesario hablar de los modelos de clínica cuando tenemos que tratar el tema del desarrollo ético de la profesión. Porque parece que el modelo tradicional ha quedado obsoleto, que ha pasado a la historia. Pero cuando preguntamos a las personas a qué clase de clínica les confiarían su salud bucal o en cual les gustaría trabajar como profesionales, la mayoría indican que en el tradicional. No es este un modelo obsoleto, sino de actualidad y el futuro de la profesión.

Para potenciar el modelo tradicional como servicio a la sociedad y como apuesta por la función social de las clínicas, me atrevo a realizar dos propuestas. La primera sería la **formación**, debemos educar a nuestros futuros y actuales profesionales sobre los modelos de empresa y las consecuencias que estos tienen sobre el ejercicio de la profesión y sobre el comportamiento ético de los profesionales. La segunda sería la **visibilización**, que los pacientes pudiesen conocer si la clínica a la que van tiene una estructura tradicional o una economicista. Esto se podría hacer a través de campañas institucionales apoyadas por auditorías externas que acreditasen que una clínica está siguiendo el modelo tradicional. Existe la metodología para hacer esto último (es sencilla y económica para una clínica) y esto permitiría a los pacientes elegir con más información la clínica que soluciones sus problemas de salud.