

tesis ósea mediante sutura alámbrica; c) síntesis ósea mediante ferulización (fijación interna), y d) bloqueo elástico intermaxilar.

6. Rehabilitación funcional.

El enfoque terapéutico de los traumatismos de la región maxilofacial debe, por tanto, basarse en las distintas características anatómicas y funcionales existentes entre el tercio facial medio y el maxilar inferior, y en una valoración equilibrada de las manifestaciones clínicas focales del traumatismo y del estado general, como la mejor garantía para el logro de resultados satisfactorios.

ECONOMÍA DENTAL. ORGANIZACIÓN DE CLÍNICA

C. CANALDA

El tema que se me ha encargado es tan vasto y el enunciado de esta charla es tan abstracto que no sé si he acertado al recopilar algunas notas que he sacado de aquí y acullá para traerlas hasta esta querida ciudad y leerlas.

Porque dentro de una organización de clínica entra, o al menos lo creo yo así, la organización administrativa, la organización del sistema de pagos y cobros, la organización del despacho o despachos de que conste el consultorio, de su personal auxiliar; también la organización de nuestros honorarios y tantas cosas a organizar que abarcan todo o casi todo el campo de la Economía Dental.

Cada uno de estos apartados que he anunciado, por sí solo ha constituido tema de una sola conferencia. Como es imposible hablar de todo, he entresacado de cada tema lo que he creído más interesante, para exponer lo que deberíamos hacer para estar bien organizados, que no es precisamente lo que yo hago, aunque lo intento, pues disto mucho de ser perfecto.

Además, lejos de mí, el pensar en unas normas fijas aplicables a todos. Cada uno tiene una particular manera de ser. Uno puede ser feliz y estar contento con su manera de trabajar y su organización; pues, para qué vamos a incordiarle y fastidiarle.

Ahora bien, si a pesar de esta satisfacción hay alguna laguna en su

organización y yo con mis escasos conocimientos acierto a llenarla me sentiré, pero que muy satisfecho.

Si me dejo muchas cosas en el tintero, y de las cuales esperabais que os hablara, si se terciara, al terminar de leer estas mal hilvanadas palabras, podemos entablar diálogo que a veces es la única manera de positivizar una latosa conferencia y que, por otra parte, no tiene otra aspiración que contribuir, aunque sea modestamente, a que se cumpla la definición de la Economía dental, que es: *El arte de racionalizar el trabajo, en forma de dar la mejor asistencia, en la mayor cantidad de pacientes, con el menor esfuerzo y obtener los mayores honorarios.*

ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA. — Hay que pensar que un paciente que ha reclamado nuestra atención profesional puede quedar permanentemente bajo nuestra custodia facultativa. Es por tanto, conveniente, que todos los datos que le conciernen, tales como nombre y apellidos, dirección particular y profesional, sus respectivos teléfonos, así como todos los antecedentes técnicos y económicos de la asistencia prestada, queden registrados por nosotros y no precisamente en nuestra memoria, pues esto sería imposible, sino en unos libros, fichas, etc. En donde sea, pero donde se registren el mayor número de datos, para que cuando volvamos a ver al paciente, sepamos lo que hicimos, qué resultado nos ha dado el tratamiento, el tiempo que hace del mismo, los honorarios que percibimos entonces, etc.

Cuanto mejor tengamos fichados a nuestros pacientes, menos discusiones y quizá disgustos, tendremos; más rápidamente sabremos diagnosticar el proceso patológico de un diente anteriormente tratado por nosotros y que, por lo que sea, presenta unas algias, sabremos al instante los honorarios que cobramos entonces y nos evitaremos discusiones o dudas nuestras cuando al querer percibir los honorarios actuales surjan divergencias. Cuantas veces el paciente dirá: Doctor, qué caro me cobra, si hace poco, por lo mismo, me cobró menos de la tercera parte. Miramos la ficha y vemos que "el hace poco" del paciente son diez años o cinco, y le hicimos un tratamiento de segundo grado y ahora lo que precisa es una pulpectomía. Con estos datos que nos constan, y podemos mostrarle, tenemos armas para evitar o al menos simplificar la discusión.

¿Cómo debe ser este fichero? El aconsejar tal o cual tipo de fichas es muy difícil. Hay que pensar solucionarlo con arreglo a la idiosincrasia de cada uno. Hay fichas propias de las subespecialidades (ortodóncicas, paradontológicas, endodoncistas, etc.). Pero aquí interesan las del odontólogo general y dentro de éstas las habrá muy minuciosas, en las que consta un examen muy completo de la boca, con una historia clínica general; otros que no lo serán tanto; otros intermedios, etc.

¿Para qué van a tener una ficha muy complicada, si no la van a rellenar más que una parte? Lo que interesa es que anoten lo que observen, pregunten, hagan y perciban. Concretando. Procurar rellenar los datos para:

- 1.º Individualizar al paciente.
- 2.º Para conocer el estado clínico de la boca cuando se le examinó la primera vez.
- 3.º Para anotar las indicaciones del tratamiento que entonces aconsejamos y que a lo mejor no se hizo, o se lo hizo incompleto.
- 4.º Para anotar el tratamiento paso a paso de cada cliente, restauración protésica, etc.
- 5.º Anotar el aspecto económico.

Sistemas de llevar un fichero hay muchos, desde los más complicados hasta los más simples. Seguramente algunos de los que están aquí, y tengo el honor de que me escuchen, los tendrán complicados, de tipo mecánico y llevarán un fichaje perfecto; los habrá que los tendrán más sencillos, de esos que van en un cajón, quizás otros en una simple libreta. Yo, en principio soy del parecer de tener un sistema de fichas, relativamente sencillo, pero que se emplee todo, que anoten todos los detalles que nuestro sistema de trabajo precisen. ¿Qué ganaremos de tenerlo muy complicado, si sólo hacemos servir una mínima parte de él? Es como tener un equipo dental muy complicado, pero que tengamos estropeados por no cuidarlos la mitad de su instalación. Es mejor más simple y que todo funcione.

Las fichas deben ser de cartulina bastante gruesa para que no se deterioren fácilmente; mejor que sean de tipo horizontal que facilitan la distribución del texto. La ficha debe tener dos caras. En el anverso de la misma y parte superior unas líneas para el nombre, apellidos, teléfonos y nombre de la persona que nos lo envía. Dato éste, muy interesante, pues según quién nos lo envíe, podemos ya deducir seriedad y posición social del nuevo paciente y presumir que más o menos éste sabe los honorarios que hemos cobrado al que nos lo envía.

Después de estas líneas puede haber el diagrama de los usados comúnmente con todos los dientes caducos y los permanentes; los hay que llevan coronas y raíces. Debajo un espacio en blanco para las anotaciones que queramos hacer, sobre estado de encías, situación paradontal, plano oclusal, etc. Así como también las anotaciones del estado general del paciente, si así lo creemos conveniente; si padece una cardiopatía, diabetes, etc.

Después, si cabe, y si no en el reverso de la ficha, las anotaciones de cada diente que tratemos, con la fecha en la que empezamos el tratamiento, en una columna de la izquierda. Después viene la línea horizontal en la que anotamos todas las fases del tratamiento del diente y después vienen dos columnas hacia la derecha; en la primera anotamos los honorarios de la intervención y en la segunda el cobro de los mismos.

Con la ficha en la mano, si el paciente ha requerido una revisión general de su boca, indicamos en el diagrama con símbolos las lesiones de cada diente; por ejemplo, una X donde falta un diente, un ● donde hay una caries no penetrante o segundo grado y al lado podemos poner, si hay hiperemia una H, y si es activa una A y una P si es pasiva; un ▲ si

hay pulpopatía; un ■ si hay pulpa necrosada, ○ en el ápice si hay complicación apical y así sucesivamente.

Podemos dibujar en el diagrama si lleva alguna corona, puente, etc. Claro que para completar este diagnóstico muchas veces hay que hacer radiografías. Estas también deben archivar. Antes yo llevaba un archivo especial para las radios, con unos sobrecitos con el nombre del paciente, fecha y diagnóstico. El poner las radios en unas cartulinas como si estuvieran enmarcadas, nunca me ha satisfecho, pues a veces la cartulina tapa precisamente la lesión apical y hay que demontarlas. El tener un archivo especial para las radios tiene el inconveniente de que hay que buscar en dos ficheros; el de la ficha y el de la radio. Yo creo que lo he solucionado mejor poniéndolo todo junto. Me explicaré: Pongo un papel de celofán del mismo tamaño que la ficha, y la adjunto a ésta pegándolo con celo. Igualmente cada radio la pego con el celo o papel engomado al celofán y le pongo con tinta china blanca la fecha, que como coincide con la del diente tratado, o que tengo que tratar, queda en seguida identificada. Me ahorro un fichero y un tiempo de búsqueda.

Completado y anotado el diagnóstico hay que planificar el tratamiento y el presupuesto, si el paciente lo ha solicitado, o si nosotros hemos creído mejor hacérselo saber, antes de empezarlo.

Las anotaciones del tratamiento de momento no las hacemos en la ficha, pues si después resulta que no se hace, o bien queda interrumpido, tendríamos que borrarlo. Tengo unas hojas, que se arrancan de un bloch, en donde hay unas líneas para el nombre del paciente; a continuación unas líneas horizontales en el principio de las cuales están las palabras: Exodoncia, caries no penetrantes, pulpectomía, pulpotomía, ultrasonido, intervenciones quirúrgicas, otros tratamientos, etc. Después de cada línea la clásica + en donde ponemos el número del diente a tratar. Claro es, que se indica al lado de cada línea el importe de los honorarios de cada intervención. En la parte inferior de esta columna está la suma del importe de todas las intervenciones concernientes a la parte clínica.

Debajo de esta parte concerniente al tratamiento de la parte de la Odontología conservadora y quirúrgica, anotamos la parte protésica. En una línea encabezada por las palabras, coronas, incrustaciones, Jaket, etc., está la cruz en donde señalamos el diente a tratar con la inicial de la prótesis a realizar: C corona, I incrustación, J Jaket, JP Jaket porcelana, etc., y a continuación el importe de los honorarios. En la siguiente línea, que encabeza la palabra puentes, en la cruz, ponemos los puentes a realizar, por ejemplo el 6543. Si en el 3 ponemos una tinker, encima del número 3 ponemos una t; si es una Veneer, una v, etc., y en el término de la línea los honorarios de los puentes.

A continuación viene el apartado de las prótesis móviles parciales o completas con varias líneas para anotar qué tipo de aparatos recomendamos y sus honorarios correspondientes.

Así es, que en la hoja de propuesta de tratamiento, en la parte superior está la parte diríamos médica con sus honorarios y en la parte inferior la protésica. Ésta la partimos por la mitad, para si queremos, poder dar dos presupuestos de prótesis. En la mitad izquierda el que nosotros creemos más indicado y en la otra, otro más reducido por si las posibilidades del paciente no le permiten hacerse el primero.

Esta hoja la adjuntamos a la ficha y a medida que vamos realizando nuestro tratamiento, vamos apuntando en la ficha el diente tratado y lo tachamos de la hoja del presupuesto. En la ficha procuraremos ser lo más explícitos posible en el tratamiento de cada diente, pero a la vez lo más concisos para ganar espacio. Por eso hay que valerse de símbolos y abreviaturas hechas por cada uno según la técnica empleada, material de obturación, medicamentos usados, etc.

KELLS usó unas abreviaturas que traducidas al castellano pueden adaptarse perfectamente. Por ejemplo, Amalgama AMg, Gutapercha GUT, Cemento CTO, Incrustación IUC, si es de porcelana IUC.P, Corona de oro CRO.

Nosotros empleamos algo parecido y cada uno puede hacerlo a su gusto; lo esencial es hacerlo lo más explícito posible y que si al cabo de unos años miramos la ficha para ver lo que le hicimos en un diente que ahora aqueja molestia, veamos con claridad lo que ha podido pasar. Si a un 6 que tenía una caries no penetrante con hiperhemia pasiva y que sabemos que la tenía, porque así lo marcamos en el diagrama con un círculo negro, la primera vez que lo reconocimos y las letras HP. A continuación en el apartado del tratamiento que le hicimos, las abreviaturas del mismo. Si hemos puesto un hidróxido cálcico, ponemos Hidro; si de éstos es el Dycal ponemos Dy; si luego ponemos Kalsogeno pondremos Kal; si usamos otro eugenato, pues la abreviatura del mismo. Luego, si ponemos cemento Ct y si después amalgama, pues amalg. Si después de amalg. vemos pulpec. ya sabemos que fracasamos y que tuvimos que hacer la pulpectomía, viendo a continuación las anotaciones de la conductometría, pasta de relleno, puntas, etc.

Hechas las fichas viene el archivo de las mismas, lo cual como todos sabemos, se hace siguiendo el orden alfabético y poniendo una cartulina de color del tamaño de nuestras fichas con su saliente u oreja con la letra correspondiente del abecedario. Es mejor hacerlo con la primera y la segunda letras, es decir, la A con la b, c, d, e, etc. Así es más fácil encontrarlas rápidamente. Si el fichero es muy numeroso aún es mejor tres letras.

Al principio, con un fichero solo nos valemos y si tan al principio es, ni siquiera es necesario. Yo sé cierto, que cuando abrí mi primer consultorio, me sabía de memoria los dos o tres clientes que tenía, el tratamiento que les hacía, lo que pensaba cobrar y lo que realmente cobraba.

Cuando el número de pacientes es muy numeroso y nuestro fichero ya es crecido, conviene subdividir el fichero en dos. En uno, que podríamos

llamar el general y que MÉNDEZ RIBAS llama activo, se guardan todas las fichas de los pacientes con tratamiento acabado incluidos los honorarios, o sea de los pacientes que están tranquilos por haber terminado y nosotros por haber cobrado.

Entonces nos queda el grupo de los pacientes no listos desde todos los conceptos. Como en este grupo tenemos que hurgar diariamente para buscar las fichas de los pacientes en tratamiento, si están separadas del fichero general, nos dará muchísimo menos trabajo hallar las fichas. Este fichero que denomina MÉNDEZ RIBAS el auxiliar, para facilitar su manejo es mejor dividirlo en tres secciones, cada una de las cuales con su inicial alfabética. En la primera están las fichas de los pacientes en tratamiento; en la segunda los pacientes listos de tratamiento, pero que no han liquidado sus honorarios y que a lo mejor están algunos meses ahí por tener crédito (después hablaremos brevemente de esto), y en la tercera sección los que están listos de tratamiento, presentada la factura y aún no se ha realizado el cobro. Cabe aún otro fichero, el fichero archivo.

Éste se puede usar cuando por haber transcurrido ya muchos años nuestros ficheros crecen en demasía y al buscar una ficha en el fichero activo o general, nos encontramos fichas de pacientes que hace años no hemos visto o bien de alguno que se ha trasladado de ciudad y que presumimos no veremos más. Estas fichas molestan el hallazgo de la que buscamos. Lo mejor es que cada vez que nosotros o la asistente busque una ficha y encuentra una de éstas, la retire y como es necesario tenerla archivada, por si acaso, se guarde en el fichero, que podríamos llamar fichero-archivo al cual se va pocas veces, pero se va, pues yo me he encontrado con pacientes que hace veinte años no había visto y han vuelto a casa, sea porque han estado ausentes o porque cambiaron de dentista y han decidido volver. Esto es más frecuente de lo que parece. Han transcurrido 34 años desde que terminé la carrera y eso hace que nos extrañemos ya de pocas cosas.

Como creo que ya hemos hablado bastante de fichas, vamos a hablar un poco de convenios de pagos y cobros.

CONVENIOS DE PAGOS Y COBROS. — Convenios de pagos y cobros en el fondo son la misma cosa. Los cobros siguen al convenio de pago que se haya establecido con el paciente, si se ha establecido.

Hay que distinguir estos conceptos cuando se aplican a arreglos grandes de boca, o bien si se efectúan intervenciones simples de una o dos visitas. Y también si se trata de pacientes nuevos y sin recomendación, pacientes recomendados pero completamente desconocidos, los mismos pero ya conocidos por nosotros por referencia; los que vienen por primera vez pero son conocidos por nosotros, por nuestras relaciones sociales y, por último, los pacientes antiguos.

Vamos a procurar distinguir el convenio de pago en cada uno de estos

casos y cuándo hay que hacer un arreglo de boca que sea algo más que una simple consulta o visita.

En todos los casos a excepción de cuando se trate de clientes habituales nuestros, es conveniente hacer en la primera visita un estudio del arreglo que necesita hacerse de la boca y en todo caso de lo que quiera el paciente arreglarse. Hechos este estudio, establecer un presupuesto o aplazarlo para la segunda visita, si este estudio para ser terminado necesita de unas radiografías, modelos, fotografías, etc.

Terminado éste, hay que exponérselo al paciente con las variantes que pueda haber. Expuesto el presupuesto y que repito debe hacerse al principio, pues es cuando está más preparado psicológicamente el paciente para recibirlo, y también es conveniente para el profesional pues sino este problema estará siempre pendiente en el aire enturbiando nuestro trabajo. Aceptado el presupuesto es también psicológicamente el momento oportuno de establecer la forma de pago. Ésta puede hacerse de las siguientes maneras: Todo por anticipado; la mitad al empezar y la mitad al terminar; cobros escalonados durante el tratamiento; cobros mensuales; manera ésta excepcional y que no es conveniente alargar más de unos cuatro meses.

Si el paciente es completamente desconocido y no nos inspira confianza, lo mejor es cobrar por adelantado. Si, aunque no venga recomendado por nadie o lo viene por alguien a quien apenas conocemos pero que no nos inspira desconfianza, lo mejor es proponer el pago de la mitad por adelantado o bien un pago gradual hasta la terminación del trabajo.

Como ya he dicho, éste es el momento más difícil. ¿Cómo abordarlo? Lo mejor es que la enfermera, al ser terminado el presupuesto y ser éste aceptado por el paciente, haga la demanda de adelanto de honorarios, aduciendo las razones que se crean más pertinentes, como por ejemplo, y es de las más sencillas, decir que es costumbre de siempre del doctor. Seguramente, el paciente no estará preparado y dirá que el próximo día lo abonará o bien dejará algo, en cuyo caso se le dirá que el resto lo abonará el día siguiente. Si en la próxima visita no abona lo acordado es sospechoso de mal pagador y es prudente esperar otra visita para exigir el pago antes de continuar el trabajo.

Si los pacientes son recomendados por otra persona, depende de la manera como ha sido recomendado y de la persona que lo recomienda.

Podemos enfocar el problema de la misma forma que el anterior caso, pero con más delicadeza e incluso dar el mismo margen de confianza que damos a la persona que se interesa por el paciente enviado.

Este mismo trato es el que haremos en pacientes nuevos pero que ya son conocidos nuestros o incluso amigos nuestros. En estos casos, razón de más para saber qué garantía de cobro debemos adoptar.

Después nos quedan los pacientes-clientes, los que son estables ya en nuestro consultorio. Éstos son los más fáciles de tratar económicamente; la consulta de la ficha nos ayudará mucho.

Claro que hay facetas a distinguir, pero principalmente dos: El paciente que viene al cabo de años para arreglarse la boca y después volverá a tardar otros tantos en volver y el paciente que habitualmente vienen él y toda la familia a cuidarse la boca durante el año.

En el primer caso tendremos que hacer presupuesto casi siempre y exponérselo; y la forma de pago, a reserva de lo que nos indique la ficha y el conocimiento que tengamos del paciente, sobre su seriedad en la manera de pagar.

En el segundo caso, como casi siempre se trata de Odontología conservadora, se cobra al final del trabajo, o bien, que es lo más común, enviar una factura cada trimestre, semestre o anualidad de los trabajos realizados a la familia hasta la fecha, y al cabo de unos días, si no han pasado a pagar se envía al cobrador con el recibo. Es mejor, no obstante, hacer preguntar a la enfermera por teléfono si han recibido nuestra nota de repaso y cuándo les va bien que pase el cobrador.

Si a esta clase de paciente-cliente se presenta el caso de hacer un trabajo fuera de los corrientes, como una prótesis de tal extensión cuyo importe puede llevarse a un presupuesto elevado, es conveniente para que no se lleve una sorpresa en su día, insinuarle que aquella vez hay que hacerle un trabajo ya de excepción y es muy posible que entonces ya pregunte si le va a costar mucho dinero. Y si no lo pregunta nosotros o la asistenta, con la excusa de que aquella restauración puede hacerse de dos o más maneras, cuyo coste es distinto, podemos ya nombrar cantidades más o menos aproximadas que le pongan sobre aviso de lo que aquello puede representar para su economía y de esta manera obtener su conformidad.

Claro está que todo esto hay que hacerlo con la suficiente ductilidad ecléctica según de qué paciente se trate, pues por muy cliente que sea y haga años que le conozcamos, puede ser mal pagador o al revés. Es muy conveniente que todas las facilidades o dificultades económicas que hayan surgido en el trato comercial con nuestros clientes queden registrados en su ficha.

Falta hablar del convenio de pago a crédito. No tengo experiencia personal sobre el asunto, salvo algunos casos que he tenido que estalecer unos plazos a petición de algún familiar o colega, los cuales me han insistido tanto para que hiciera este favor a algún recomendado suyo que necesitaba un arreglo de boca, que no he tenido más remedio que acceder.

Sólo sé que de estos casos en la mayoría, inmensa mayoría, no he terminado de cobrar nunca. Pagan puntualmente mientras dura el tratamiento que yo ya he procurado alargar lo máximo para cubrirme, pero en cuanto cesa aquél, van cesando los pagos.

Creo que esta forma de pago no es apta para nosotros, pues no estamos preparados para pedir y documentar unas garantías y por tanto todo queda supeditado a la buena voluntad del paciente.

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO Y PERSONAL AUXILIAR. — Éste, quizás hoy en día, es el problema más candente que gravita sobre nuestras cabezas. Inmersos como estamos, en una sociedad de consumo, nos encontramos con que el tiempo es nuestro rey y señor, que nos tiene esclavizados, nos ahoga, no nos deja tranquilos; es como un pulpo que cada vez aprieta más nuestra pobre humanidad. Vamos a ver si podemos distribuirlo un poco, para repartir sus múltiples patas, que no nos dañen demasiado.

Tenemos en primer lugar, que procurar no trabajar más de 8 horas diarias (yo aún no lo he logrado, pero lo estoy intentando; a ver si al menos puedo cortar una pata del pulpo).

Sean las que sean, las horas que destinamos al trabajo hay que procurar trabajarlas con un plan preestablecido. Es decir, saber qué hay que hacer a todos o a casi todos los pacientes que tenemos citados, con el tiempo que reservamos para cada intervención. La distribución de la clase de trabajo debe también hacerse según la idiosincrasia de cada uno. Mi querido amigo el Dr. CASAS reserva dos días a la semana para odontología conservadora, un día y medio a prótesis, medio día para ortodoncia y otro día para primeras visitas y menudencias y una mañana para cirugía oral. Yo creo que no podría estar todo un día haciendo prótesis, o toda una mañana interviniendo cordales incluidos o semiincluidos, pues el día que saco uno ya quedo agotado para toda la jornada.

No obstante dedico una mañana completa a endodoncia y no me cansa o me cansa menos. Hacer seguido dos pulpectomías, dos rellenos de conductos, algún tratamiento de necrosis incluida, etc., no me fatiga porque esto me gusta.

Es decir, que lo que yo quiero dejar sentado, es que cada uno lo organice según su modo de ser, pero que lo organice, que mire su libreta de horas el día antes y sepa que a Fulano le va a hacer una amalgama y le tiene reservada media hora, a Mengano le va a hacer una troncular y tallará una corona en el 6, una tinker en el 3 y aprovechará la anestesia para preparar una cavidad al 7 y le reserva una hora, etc., etc.

Por lo tanto, el día anterior saber ya todo lo que tenemos que hacer al día siguiente. Por eso creo que no se puede tener bien organizada una clínica si no se trabaja en horas convenientes. Debemos llevar una libreta de horas, para anotar los pacientes que tenemos que hacer cada día, con los trabajos que les tenemos reservados y el tiempo que les tenemos también reservado según el trabajo elegido. De estos libros hay de muchas clases. Yo uso el "Multifilm" que además de las horas lleva espacios para anotaciones de recados que recibe la asistencia, algún cobro o pago que hay que hacer, etc.

También es conveniente dar al paciente al concertarle la hora para la próxima asistencia, un tarjetón en el cual, debajo de nuestro nombre, dirección y teléfono, hay un espacio para el día que tiene asignado y la hora

del mismo día. Así se evitan discusiones sobre si me habían dicho a las 10 y la asistente asegura que eran las 12 del viernes de la otra semana.

Claro que podrán alegar algunos que puede fallar la visita y perdéremos una hora; puede ser; pero podemos mirar de recuperarla alargando el trabajo del paciente anterior y si no, ¡Bendito Dios!, podremos descansar un poquito y deshacernos aunque sea por pocos momentos de otra pata del pulpo.

Pero para que este tiempo sea lo mejor distribuido posible y a la vez lo más productivo, es decir que se hagan los más tratamientos posibles en el mismo tiempo, es necesario disponer de un personal auxiliar lo más eficiente posible y a la vez más de un consultorio, dos o tres.

En el mundo faltan profesionales y al ver esta escasez, los países han pensado en este personal auxiliar que relegue al dentista de funciones secundarias, que le roban tiempo y así pueda dedicarse a trabajos estrictamente profesionales ya de cierta responsabilidad.

El comité de expertos de Personal Dental Auxiliar, ha aceptado como buena la definición de auxiliar que han dado las comisiones de las Naciones Unidas y que es la siguiente: un trabajador pagado en un particular campo de trabajo, con menos conocimientos que un profesional titulado, al que asiste y por el cual es supervisado.

Según países vemos distintas denominaciones de estos auxiliares, pero podemos agruparlos en: asistente dental con su categoría superior la higienista, la recepcionista-secretaria y el protésico.

Del protésico, que es quizá nuestro más valioso colaborador, por muchos conceptos, no voy a hablar, pues a pesar de las ventajas que pueda tener, el tenerlo en nuestra clínica, creo que es mejor ir a su laboratorio y procurar tener un buen entendimiento técnico con él.

La higienista, cuya creación ya data de muchos años, pues creo que en 1914 salió la primera promoción de graduadas en EE. UU., es una chica que trabaja en boca para hacer limpiezas, pulir dientes, aplicación de remedios tópicos, tomar una articulación, etc., y siempre bajo la vigilancia del odontólogo, es decir trabaja para el dentista, mientras que la *asistente*, como la denominación aclara, asiste al dentista en su trabajo, preparándole el instrumental, dándole cuando llega el momento y saber el que se necesita, aspira la sangre o el agua del ultrasonido o turbina, etc., etc.; es decir, trabaja con el dentista.

La recepcionista-secretaria atiende al teléfono, da las citas a los pacientes, prepara las facturas, recibos, cobra, atiende al paciente desde que entra hasta que lo deja en el sillón, atiende al protésico, hace los boletos de explicación del trabajo que tiene éste que hacer, atiende a los representantes de laboratorios, depósitos dentales, etc., lleva el control de los medicamentos y materiales que necesitamos, etc., etc.

Se ha hecho un cálculo del tiempo que se destina, en un día de trabajo de 8 horas, a quehaceres no específicos de nuestra profesión y se ve

la cantidad de tiempo que perdemos si no tenemos personal auxiliar. Sólo unos ejemplos. Recepción del paciente, acomodarlo en el sillón, colocación del babero, vaso, pinzas, espejo, aspirador 5 minutos. Si hemos visitado 15 pacientes ya son 75 minutos perdidos. Preparar un alginato y colocarlo en una cubeta escogida por el dentista son 3 minutos.

MÉNDEZ RIBAS haciendo un cálculo así y sumando los minutos empleados en acudir al teléfono, revelar unas radiografías, preparar cementos, vaciar un modelo, atender al paciente, preparar amalgama e instrumental, es decir sumando todos los minutos, para atender a 15 pacientes en una jornada de 8 horas, los minutos que pueden ser empleados por el personal auxiliar llegan a la suma de unos 180 o sea 3 horas. 3 horas que si no tenemos a nadie que nos ayude, tendremos que emplear nosotros y sólo efectuaremos 5 horas de trabajo específicamente nuestro.

Es decir que de no tener a nadie a nuestro lado, a tener un equipo completo y bien adiestrado hay una variación de un 40 % de rentabilidad, 40 % que no sólo debemos pensar que se vierta en nuestra economía particular, sino que debemos pensar que se vierta en un 40 % de servicio a la sociedad, pues si como dicen todos los países más adelantados que faltan odontólogos, si nosotros con el mismo esfuerzo, pero mejor organizado damos más, algo habremos mejorado.

Este rendimiento de un 40 % de más se calcula con un equipo completo de auxiliares, uno o dos para un solo consultorio; dos o tres para dos consultorios o para tres. Pero se pueden hacer mejoras de rendimiento de un 20 o 30 %, contando con un solo auxiliar competente. Todo es muy aleatorio y no se pueden precisar cifras, pero lo que es indiscutible es que con auxiliares competentes se logran mejoras de servicio en cantidad y calidad a la humanidad.

He dicho competentes. ¿Cómo se logra esta competencia? En nuestro país no hay escuelas de asistentes, nos las tenemos que preparar nosotros mismos. Para la parte de recepcionista no hay problema, pues cualquier muchacha de mediana cultura puede servir. Para asistenta e higienista ya es más problema, porque como ya he dicho tenemos que adiestrarlas nosotros mismos.

En Nueva Zelanda hay una escuela de enfermeras dentales y creo que se gradúan unas 200 anuales y el Estado las hace servir para prestaciones sociales a los niños. En Malasia creo que hay otra escuela parecida.

En Norteamérica son entrenadas por los propios odontólogos pero ya se han constituido en asociación. No tienen escuela para graduarse pero la misma asociación después de un curso de 104 horas y un examen subsiguiente les da un certificado de aptitud. No obstante en vista de la escasez de odontólogos que hay en Norteamérica, la comisión sobre la inspección de la dentistería recomendó que la profesión llevase a cabo estudios conducentes a desarrollar y extender los deberes del personal auxiliar, llevándose a cabo programas de experimentación e investigación en el entrenamiento de

higienistas y asistentas dentales. No obstante, al cabo de unos años se tuvo que restringir los puntos de experimentación pues en algunas esferas se iniciaba una odontología de segundo orden.

Como se ve la preparación de auxiliares técnicos graduados puede tener ventajas, pero también muchos inconvenientes y el menor de ellos no sería el saber limitar las atribuciones que tendrían asignadas, como es el excederse en sus atribuciones, creándose conflictos profesionales.

Dejando aparte este problema que de momento podemos soslayar, pues nos llevaría quizás a discusiones bizantinas, podemos dejar sentado que con auxiliares adiestrados por nosotros mismos podemos obtener mejores rendimientos.

También los obtendremos con el empleo de más de un despacho. Hoy en día si se tiene un núcleo importante de clientela es ya imprescindible tener un consultorio con dos despachos.

Dentro del ejercicio de la profesión hay tareas que provocan un compás de espera, tales como dar tiempo al fraguado de un cemento, silicato, amalgama, espera del infiltrado de una anestesia. Estos, aproximadamente 10 minutos de espera, pueden ser aprovechados para atender a otro paciente que previamente una asistente nos habrá preparado en el otro despacho y cuya atención no requiere más que unos 10 o 15 minutos, como probar unos aros, hacer una radio o una exodoncia simple.

Si el profesional tiene mucha clientela hasta puede ampliar hasta tres despachos, que en ciertos momentos hasta puede llegar a atender simultáneamente, pero que en muchos casos el tercer despacho lo ocupa la higienista para la limpieza y profilaxis dentaria, obtención de radios, etc., siempre supervisado por el profesional, que debe estar presente siempre en el consultorio cuando hay pacientes y son atendidos por una higienista.

Como se ve hay muchas combinaciones entre número de despachos y personal auxiliar.

Por lo que he leído últimamente, en los países occidentales para remediar la falta de dentistas, se procura que éstos limiten su actividad a aquellas cosas que tan sólo puedan hacer ellos, y delegar todas las demás a sus auxiliares. La colaboración con el ayudante principal es el primer paso en el camino de la racionalización del trabajo dental. Si nuestra asistente, es decir, la que nos ayuda directamente al lado del paciente, está bien adiestrada, entonces se puede practicar la odontología a cuatro manos, que facilita enormemente el trabajo. Si además lo hacemos sentados, el sillón en posición horizontal, nosotros sentados al lado del paciente y al otro lado la asistente también sentada con todo el instrumental previamente preparado y a mano en los muebles vitrina que deben rodear el campo de trabajo, el rendimiento es óptimo. Trabajando sentado se ha comprobado que se mantiene una postura relajada que no fatiga tanto.

Personalmente tengo que confesar que aún no lo he logrado del todo, pero en los trabajos largos como una pulpectomía, lo hago sentado y me

encuentro más descansado al final del día. Al principio la asistente sólo te da el instrumento que tú le pides, después ya adivina el que vas a necesitar y te lo entrega sin que lo pidas, después ya prepara los materiales, aspira el agua que proyecta la turbina, separa la mejilla, llena el portaamalgama, después ya te pone la amalgama en la cavidad y uno va atacándola, etc., etc. Claro que para trabajar así, tiene que haber otra asistente que haga de recepcionista, para atender mientras tanto a todo lo referente a puerta, teléfono, etc.

De esta forma el dentista puede hacer su propio trabajo con una mayor comodidad, reduciendo su tensión y si esta cooperación está bien organizada, puede ahorrar mucho tiempo para emplearlo en la labor para la cual sólo él está capacitado.

Los holandeses están preocupados porque la falta de dentistas hace deficiente la asistencia a la población, es decir, mirando desde un punto de vista social, no desde el punto de vista particular del profesional que quiere aumentar sus ingresos con las mismas horas de trabajo. Han hecho estudios de rendimiento de trabajo de un profesional según el número de despachos y de personal auxiliar. WATERMAN después de unos minuciosos controles del trabajo producido por un mismo profesional y con cinco combinaciones de personal auxiliar que le asista y despachos de que disponga ha confeccionado una estadística de cantidad de horas "productivas" logradas en cada una de las cinco combinaciones. Estas horas productivas creo que las calcula dando a cada intervención un tipo medio de tiempo empleado; así una amalgama media hora, si al año ha hecho 100 amalgamas serán 50 horas de trabajo productivo.

Calculando así ha llegado a la conclusión que un dentista, con un solo gabinete y un solo auxiliar con 8 horas diarias de trabajo al año, ha producido 1.600 horas de trabajo-efectivo. El mismo dentista con el mismo gabinete y dos auxiliares produce 2.000 horas. El mismo profesional con dos gabinetes, dos auxiliares y una higienista produce 2.700 horas. El mismo dentista con las dos asistentes, dos despachos y la higienista con funciones más extensas produce 3.000 horas.

Yo interpreto que estas funciones más superiores de la higienista se refiere a que efectúe trabajos ya propios del profesional, es decir, que no se limite a hacer limpiezas de boca, sino que debe hacer alguna anestesia, preparar alguna cavidad o algo parecido. WATERMAN no lo especifica pero deber ser algo parecido. Por último el mismo dentista con una asistente, tres higienistas con esas funciones extensas y tres salas de cura producen 4.000 horas. Toda una fábrica dental. O sea que con esta última combinación se produce dos veces y media más trabajo que con la primera. Claro que esta última y superproductiva combinación se refiere a una asistencia social, y que quizá sería conveniente tener en cuenta. El mismo WATERMAN hace unas estadísticas de su trabajo en su consultorio privado y nos dice que en 1958 trabajando con una sola asistente y un solo despacho, al año dedicando

tres horas por paciente podía atender a 523 personas. En 1966 poniendo otra asistente fija al lado del sillón y la otra de recepcionista, podía ya atender a 670 pacientes y en 1968 añadiéndoles una higienista dental y dos despachos podía atender a 808 pacientes.

WATERMAN insiste tanto en estas estadísticas y otras que no cito porque haría interminable esta charla, para hacer hincapié en que con una ayuda racionalizada de nuestras asistentes, éstas pueden hacer unos trabajos mecánicos y descargándolos a nosotros para que podamos dedicar más tiempo al reconocimiento del paciente, diagnóstico y tratamiento.

Él dice que en su consultorio el tiempo empleado para cada paciente para profilaxis, diagnóstico y planeamiento del tratamiento en 1958, cuando sólo tenía una asistente, era de 32 minutos. En 1968 debido a la ayuda de la higienista dental, podía prestársele una dedicación de 70 minutos. Es decir, que para poder atender mejor a la gente y que nuestros servicios rindan más, es preciso cooperar en mayor escala con los ayudantes, tanto con los que actúan directamente con el paciente, como con los demás.

Pero para que esta cooperación sea lo más perfecta posible se debe estandarizar los trabajos. Se debe fijar un patrón para los distintos tratamientos, de forma que cada miembro del equipo conozca la responsabilidad que le toca en cada intervención, de forma que durante la misma, cada cual sepa en cada paso de ella el instrumento o material que será necesario y quién debe ocuparse de cada cosa.

Para que esta estandarización sea lo más perfecta posible es necesario que todos los elementos de trabajo más corrientes, los que usamos todos los días estén ubicados lo más cerca del sillón, alrededor nuestro y de la asistente, sobre todo si se trabaja sentado; que todo esté colocado en los muebles accesorios que rodean al sillón, que nosotros estirando los brazos alcancemos todos los utensilios que necesitemos. Si las cosas que precisamos corrientemente están repartidas anárquicamente por todo nuestro consultorio, perderemos mucho tiempo buscándolas. En un libro de economía dental he visto un grabado en donde se ve al profesional, con su bata blanca y una mochila de excursionista dando tumbos por el consultorio en busca de un instrumento. En la explicación del grabado el autor hace resaltar con esta caricatura la transformación del dentista en un excursionista dentro de su mismo gabinete buscando cosas todo el día.

Aparte de tener el instrumental a mano también ayuda a la estandarización de los métodos de trabajo, el tener agrupados los instrumentos y materiales según la clase de intervención que haya que realizarse, es decir, todas las cosas que se necesitan para una amalgama yo las tengo en una bandeja de acero inoxidable; así cuando hay que hacer tal obturación la asistente ya pone sobre la mesa de trabajo la bandeja y allí encontraremos los diversos atacadores que solemos usar, las cucharillas para la dentina, el mezclador de mercurio y la plata, los portaamalgama, el atacador automático, las matrices, cuñas, modeladores, sondas, etc., etc. Para tallar dientes

en otra bandeja tenemos toda clase de piedras, carborundum, diamantes, tungsteno, discos, etc.

En una vitrina todo el instrumental quirúrgico y así sucesivamente. O sea, procurar tener todo el instrumental lo más estandarizado posible para no perder tiempo buscando cosas.

Resumiendo, ya tenemos la asistente entrenada, que nos facilita y simplifica el trabajo, el instrumental bien distribuido para que contribuya con la facilidad de su búsqueda a esta simplificación. Falta pues, para completar este ciclo, que el tratamiento en sí que vayamos a realizar lo estandaricemos lo máximo posible. Me aplicaré con un ejemplo: tenéis un paciente con tres dientes inferiores a los cuales, por padecer caries no penetrantes y que no presentan ninguna hiperemia creemos que podemos tratar y obturar en una sesión. Le damos una hora al paciente para el día tal; viene, le indican que tome asiento y ya tenemos preparada la carpule y le damos una inyección troncular. Los 10 o 15 minutos que tenemos que esperar para que la inyección surta su efecto, podemos ir al otro despacho, en el cual la otra asistente habrá hecho pasar a otro paciente que ya habíamos citado a la misma hora, porque sabíamos de antemano que podíamos dedicarle estos minutos. A este paciente le hacemos, pues, una intervención corta; probar unos aros, tomar una articulación, prueba de unos esqueléticos y hasta una exodoncia simple, la asistente se cuidará de los últimos cuidados que requiera, una vez nosotros hayamos hecho lo esencial. Así pasamos al primer despacho donde atenderemos al paciente ya anestesiado y la asistente nos habrá preparado la turbina, el aspirador y la bandeja con todo lo concerniente a lo que necesitamos para hacer una amalgama.

Llega el momento de estandarizar también el tratamiento en sí. O sea, cada instrumento que se usa para un diente usarlo ya para los restantes. Es decir, si empezamos con una fresa redonda de tungsteno en la turbina para abrir la cavidad en uno de los dientes, ya la usaremos en los otros y así no tendremos que quitarla para volver a ponerla, después pondremos la de fisura para la extensión preventiva y lo haremos en los tres dientes a la vez, después la de retención para los tres.

Mientras, la asistente del otro despacho ya habrá despedido al otro paciente y podrá venir a ayudarnos para trabajar a 6 manos. Rellenará a la vez dos portaamalgamas de la amalgama que previamente nos habrá preparado. La otra asistente nos dará el primer atacador que usemos y nos irá poniendo amalgama en cada una de las cavidades, las cuales atacaremos a la vez y modelaremos a la vez. Haciendo este trabajo así en cadena ahorramos por lo menos un 40 % de tiempo.

Como antes de sacar los algodones y matrices, si las hemos puesto, es necesario esperar unos 10 minutos para que fragüe la amalgama, nos puede la asistente número 2 hacer pasar otro paciente al otro despacho, para hacerle también una intervención corta.

Lo mismo puede hacerse con un puente en el cual haya que tallar por

ejemplo dos tinkers. Si lo hacemos en una sola sesión, para la cual le reservamos el tiempo que creamos necesario, en vez de hacerlo en dos sesiones, nos ahorraremos una anestesia, una bienvenida y despedida del paciente y el tallado más rápido, pues cada vez que pongamos una punta o piedra en la pieza de mano o turbina, la utilizaremos en las dos piezas a la vez.

Y así podríamos poner muchos más ejemplos.

Ya han visto la serie de combinaciones que pueden hacerse con despachos y personal auxiliar más o menos competente.

Desde trabajar uno solo, con un solo despacho y la sirvienta o un familiar que abra la puerta, hasta aquella fábrica de hacer tratamientos con tres despachos, tres higienistas, una asistenta, una recepcionista, el no va más...

Yo creo que uno debe ir adaptando estas posibilidades a su circunstancia. Depende también y mucho de la cantidad de pacientes que tenga, que ya es de por sí una circunstancia y mucha, pero creo que la mayoría de profesionales se encuentran agobiados por un exceso de trabajo. Cogiendo un término medio, me parece que lo mejor es dos despachos y dos asistentas y a poder ser una recepcionista. Esto yo creo que es lo ideal. Pero si por las causas que sean nos quedamos con dos asistentas, a una de ellas la adiestramos para estar siempre a nuestro lado y a la otra de recepcionista-secretaria y asistenta ambulante, como el ejemplo que antes he citado de hacer pasar y preparar un paciente para una asistencia corta mientras estábamos en una intervención larga con nuestra asistenta fija.

Claro es que cuantos más ayudantes tengamos más produciremos, trabajaremos en cadena, pero nos convertimos en un eslabón de la misma, nos deshumanizamos. Van quedando lejos aquellos consultorios en que se producía mucho menos, pero se hablaba con el paciente de lo humano y lo divino o simplemente de fútbol. ¡Qué le vamos a hacer! Es el precio que pagamos por vivir en la sociedad de consumo de la cual es muy difícil, por no decir imposible, librarnos.

Y como creo que sobre esto ya hemos charlado demasiado, lo vamos a dejar y si alguno necesita alguna aclaración y puedo dársela aquí me tiene y si otro me la da a mí tanto mejor, pues también tengo derecho a aprender. Esto es todo.