

PAIDODONCIA Y ECONOMIA

por el

DR. JOSÉ ALVAREZ DE EULATE

136.7:64

Es sabido que son bien pocos los colegas que estiman a los niños como asistentes a sus consultorios. Son los niños, para ellos, elementos perturbadores, bien de su tranquilidad, bien de su ritmo de trabajo, bien de su economía. Resultan rebeldes a cualquier indicación; si se les llega a convencer a los menos recalcitrantes, hacen perder un tiempo, para estos colegas más precioso, y en todo caso no resultan remuneradoras las intervenciones, por cuanto que cualquier tratamiento, por su temporalidad declarada previamente, no les *permite* sumar honorarios "de adultos".

Los odontólogos que no piensan tan rigurosamente estiman, no obstante, que la práctica de la odontología infantil, si bien es antifeinanciera, han de practicarla por los compromisos que puedan tener con los propios progenitores, es decir, por temor a perder tales clientes: los padres.

Existe un tercer grupo, que hasta considera necesario atender las necesidades odontológicas infantiles, pensando en que "los niños de hoy serán los adultos de mañana".

Pues bien; ninguno de estos tres tipos o criterios está en lo cierto en cuanto a la odontología infantil.

Pero que es así lo prueba de manera evidente el hecho de que, por ejemplo, en la capital de España (con dos millones de habitantes y para una un pueblo de 30 millones) no exista ni un solo profesional que limite su ejercicio a la práctica de la odontología infantil. Por el contrario, tenemos países centro y sudamericanos en los que, por ejemplo, para una capital de millón y medio de habitantes y un pueblo de seis millones (Cuba),

o con 200.000 habitantes en la capital para un pueblo de tres millones (Santo Domingo), existen no uno, sino varios colegas dedicados a la práctica exclusiva de la Paidodoncia.

Algo, pues, fuera de lugar está entre nosotros.

En primer lugar no existe razón moral ni de ningún orden para que, en consideración a la temporalidad de un tratamiento infantil, en la dentición decidua, vaya sentado con unos honorarios inferiores al tipo que corresponda al tratamiento de adultos, sino más, para el mismo profesional. Bien cierto es que en nuestra conciencia y solvencia técnica estará el que no recurramos a medidas costosas cuando ellas no vayan a ser remuneradoras para la fisiología y la economía de nuestros asistidos. Pero de ello a rehuir sistemáticamente el recurrir, por ejemplo, a las incrustaciones de metales preciosos en la dentición decidua temporal, a los retenedores de espacio o las radiografías seriadas, cuando estén indicados, por la sola consideración de no poder hacerlos remuneradores, implica ya un reconocimiento a nuestra falta absoluta de personalidad profesional y científica, individual o colectiva.

Tampoco es posible inspirar al niño la natural confianza cuando el propio profesional carece de la propia convicción y la necesaria vocación para su ejercicio en el ambiente infantil. Todas las reconvenciones, y hasta las palabras amables, resultarán para el infante veladas amenazas.

Al niño hay que tratarle con la dulzura que a nosotros mismos nos gusta, en nuestra adultez, que nos traten. Hemos de respetar su lógica ignorancia facilitándole previamente toda la información que necesita. Hay que tratarles rebajándonos hasta su psicología, pero convencidos de ello y con la vocación fuerte, que fortalece por sí sola todos nuestros argumentos convincentes ahora para el niño.

Para el tercer grupo de profesionales que consideran al niño exclusivamente como futuro caso para nuestra conveniencia, quisiera avisarles de la desilusión que pueden sufrir, en la que por razones psicológicas, que el niño aprehenderá o fijará en su cerebro, y que en su adolescencia o después se explicará, o simplemente por razones del cronos (cuando ellos lleguen a una madura adultez, ha llegado la hora de nuestra jubilación, bien voluntaria, bien forzada), es más fácil que si no hemos conquis-

tado fundamental y profundamente a aquellos niños, no volveremos a verlos en cuanto den los primeros pasos de la emancipación paterna.

Al niño rebelde y arisco—pobre o rico, con fondo de educación errónea—hemos de tratar de recibirle como primera condición, sin compañía de parientes o acompañante alguno. Nosotros recordamos casos de haber tenido que despedir en la misma puerta al acompañante, rogándole volviera en su busca una hora después. Tal plazo había sido fijado deliberadamente. No se pensaba, ni con mucho, dedicarle tanto tiempo.

Por supuesto, para tales casos, nos despojamos de toda nuestra vestimeta clínica, presentándonos ante el niño con nuestro traje de calle y un par de caramelos en el bolsillo. Le ofrecemos uno. Tarda en aceptarlo, pero, al fin, lo coge. No intenta comerlo; está todavía receloso. Es en este momento cuando nosotros le explicamos que tenemos que verle la boca, pero no precisamente en ese momento, ni tan siquiera en el día este. Otro día vendrá para ello.

Nos despedimos del niño y se lo recomendamos a la enfermera. Con todo calculado, tenemos ahora en nuestro sillón dental a otro niño—de alguna mayor edad—, al que sometemos a algún tratamiento dental, bien de manera real, bien simulada. (En el peor de los casos, cualquier hijo o vecino puede representar este papel.) La enfermera es, pues, la encargada de abrir la puerta de comunicación de sala y clínica y de hacer asomar a nuestro “rebelde” paciente, al que hacemos así testigo de la placidez con que otro niño se deja, sometido a nuestra actuación.

El niño rebelde es recogido al poco por su acompañante, y el día de su nueva comparecencia ya llega a nosotros mucho más dócil. Le recibimo con traje de calle, y en su presencia nos vestimos únicamente una bata blanca. Lo acepta. Sin sentarlo en la silla operatoria le vemos la boca; primero, no utilizando otros medios que nuestras propias manos, sin instrumental alguno. Poco después le damos un espejo bucal y le rogamos que, él solo, se siente en el sillón.

Si acepta que le expliquemos lo que es el “torno”, lo hacemos, si no, nos limitamos únicamente a verle los dientes con el espejo y hacer que hacemos algo con un explorador.

A los pocos minutos le anunciamos que le hemos curado un diente, uno de sus dientes enfermos (le hemos podido colocar simplemente un algodón en una cavidad), despidiéndonos de él hasta el próximo día.

En nuestra tercera entrevista mostramos al niño—si es que va a ser necesario, pues tantas y tantas veces conseguimos terminar la cavidad con el uso exclusivo de cucharillas)—, le enseñamos, decimos, el torno girando sobre nuestra uña y la suya, con lo que poco después el niño, dócil, se presta a la intervención. Indudablemente que en tal contingencia preferimos hacer menos con tal de no molestar al pequeño lo más mínimo.

Pues bien; de aquí en adelante el niño se prestará a cualquier tratamiento. Sólo es imprescindible asegurarle que él es tan valiente como cualquiera y que todo el mundo se queja cuando le hacen daño. Advertirle anticipadamente, cuando lo sospechamos necesario, que “ahora te vamos a hacer... sólo una pequeña molestia, algo así como si un amiguito tuyo te zarandeara..., pero, vamos, si se te hace un poquitito daño, tú me dices: ¡ah!, y nosotros nos retiramos. ¿Comprendido? El niño reclama, efectivamente, mucho antes de causarle la menor molestia (?), y nosotros cumplimos *ipso facto* nuestra promesa.

Así, queda ya ganado el niño definitivamente. Luego soportará tanto, como el más “valiente” niño que no cuente con historia semejante...

Pues bien; este tratamiento progresivo nos habrá costado el siguiente tiempo: a) *Un cuarto de hora* el primer día. Tiempo que nos habrá servido para cargarlo no a “pérdidas”, sino a “descanso”. b) *Media hora* el segundo día, en el que podemos o no actuar prácticamente. c) Y *media hora o una* el tercero, en el cual realizamos ya dos obturaciones, o una obturación y una avulsión, con o sin radiografía. En total, hemos dedicado a este caso *dos horas*, por ejemplo, y nos ha reportado no sólo una grandísima satisfacción el haber conquistado tan “rebelde” criatura, sino que también en el aspecto económico hemos podido sumar a nuestro “haber” *tres unidades* o cuatro, valorando cada una en setenta y cinco a doscientas pesetas para la vida actual y la mayoría de los profesionales españoles.

Lo que no se puede esperar de ninguna manera es en ejercer la odontología infantil amparándose en otra cosa que no sea una ferviente vocación por los niños y la Odontología.

Y que esto es posible lo revela un caso llegado a nuestro conocimiento, en el que, después de haber sido intervenido un niño de nueve años por un colega de una gran capital en un servicio oficialmente organizado, para proceder a la avulsión de un primer molar permanente inferior derecho, y anestesiado por infiltración después de una batalla campal, en la que hubieron de intervenir varias enfermeras y diversas correas, se intentó en vano la extracción, pese a haber llegado a tener el molar sujeto por el fórceps y la autorización de los padres, presentes en una sala contigua, para proceder a la anestesia general del niño, lo que, siéndoles negado, dió lugar al abandono del caso, con el niño y los padre en el natural estado de excitación.

El profesional que más tarde—unos quince días después—vió al niño consiguió no sólo realizar su tratamiento sin otra ayuda que la persuasión, sino que salvó el diente.

Si esta historia pudo ocurrir pasada ya la mitad del siglo XX, y todavía (1958) conserva el muchacho su diente, es evidente dónde está el error y dónde el acierto. El niño, ahora un muchachito, ya no se deja ver por otro odontólogo que no sea el que mostró su inteligencia y su vocación para el trato de los niños.

RESUMEN

Se explica que la única razón para el ejercicio de la odontología infantil es la vocación paidológica. No existen argumentos de tipo económico que impidan en una gran capital el ejercicio exclusivo de esta especialización. La misión profiláctica de la caries y las malposiciones por el paidólogo en Odontología es clara, terminante y productiva.

No se puede olvidar nunca la psicología del niño.

La creación de la cátedra idónea en la Escuela Dental de nuestra Universidad debía ser imperiosa...

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

LA REALIDAD DE LOS INMUEBLES COMO RESERVAS
ECONOMICAS

Una de las mayores preocupaciones de Previsión Sanitaria Nacional es la inversión de sus reservas necesarias dentro de ciertos límites; así se admiten al crear la Junta de Inversiones, que autoriza poder invertir el 30 por 100 en bienes inmuebles, siempre que su rentabilidad no sea inferior a la lograda con los valores señalados.

En 1945 se manifestó una crisis inversionista para las Mutualidades, Montepíos, etc. El aumento del coste de vida, que se había iniciado con la terminación de la guerra de Liberación, comenzó a inquietar; se temía que la cuantía de los subsidios no pudiera seguir la marcha ascendente compensatoria. La rentabilidad de los valores, reducida al 1 por 100, había logrado reponerse y muchos de ellos se cotizaban por encima de la par. Todo ello hizo pensar en situar reservas en inmuebles que aumentasen su valor en relación con la moneda. Desde luego, con una rentabilidad efectiva superior al 4 por 100. Su adquisición benefició, asimismo, a algunos mutualistas, que lograron así vivienda económica y confortable.

La constitución posterior de un pequeño núcleo de inmuebles, con los que se obtenía renta media bastante aceptable, permitió desestimar parte de los excedentes de aquélla a la amortización del coste de las fincas.

El beneficio obtenido permitirá un aumento en el interés o rentabilidad obtenida sobre la finca; aplicación sobre otras fincas, etc. Ciertamente es evidente haberse obtenido positiva ganancia legal, bien destacada. Lo que ha confirmado el criterio de conveniencia de los inmuebles como inversión de reservas.