

Responsabilidad profesional en odontología.

Perea Pérez, Bernardo, Labajo González, Elena, Santiago Sáez, Andrés y Albarrán Juan, María Elena.

Cita:

Perea Pérez, Bernardo, Labajo González, Elena, Santiago Sáez, Andrés y Albarrán Juan, María Elena (2013). *Responsabilidad profesional en odontología*. *Revista Española de Medicina Legal*, 39 (4), 149-156.

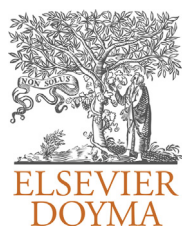
Dirección estable: <https://www.aacademica.org/elenalabajogonzalez/19>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pcQr/Rfg>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA LEGAL

www.elsevier.es/mlegal



ARTÍCULO ESPECIAL

Responsabilidad profesional en odontología

Bernardo Perea Pérez, María Elena Labajo González*, Andrés Santiago Sáez y
María Elena Albarrán Juan

Escuela de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

Recibido el 7 de febrero de 2013; aceptado el 9 de abril de 2013

Disponible en Internet el 30 de mayo de 2013

PALABRAS CLAVE

Responsabilidad
profesional;
Demandas;
Malpraxis;
Negligencia;
Odontología

Resumen Pese a que es difícil disponer de datos concretos sobre casuísticas de reclamaciones legales contra los dentistas, ya que los datos están muy fragmentados y son poco accesibles, disponemos de series como los datos del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región, que recoge todas las reclamaciones de los pacientes motivadas por una atención odontológica presentadas ante la Comisión Deontológica del Colegio. También disponemos de series de datos sobre sentencias judiciales debidas a reclamaciones sanitarias analizadas anteriormente en estudios de la Escuela de Medicina Legal de Madrid.

Según los datos derivados de estas series, es evidente que la presión legal de los pacientes está incrementando. Así es y así será en el futuro, incluso de forma más acusada. Debemos por tanto, asumirlo e intentar adoptar las medidas que minimicen este riesgo, o limiten sus consecuencias en caso de producirse.

Este es el objetivo principal del presente estudio.

© 2013 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Professional liability;
Claims;
Malpractice;
Negligence;
Dentistry

Professional liability in dentistry

Abstract It is difficult to provide specific data on of legal claims against dentists on a case-by-case basis due to the data being highly fragmented and not usually accessible. However, we do have available data series, such as the one from the College of Dentistry and Stomatology of Region I, which includes all patient claims motivated by a dental care submitted to the College's Ethics Committee. We also have data series relating to court judgments due to health care claims that had been previously discussed on studies carried out by the School of Legal Medicine of Madrid.

Based on data derived therefrom, it is clear that the legal pressure of patients is increasing. This is how it is and how it will be in the future, perhaps even more sharply. We must therefore accept it and try to adopt measures that minimize this risk or limit its consequences, should they occur.

This is the main objective of the present study.

© 2013 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elabajo@med.ucm.es (M.E. Labajo González).

Introducción

La incidencia de las reclamaciones legales de los pacientes es relativamente reciente en el ámbito de la odontología. Hasta hace muy pocos años era algo excepcional que un paciente emprendiera acciones legales contra un dentista. Sin embargo, en los últimos 15 años la presión legal de los pacientes se ha convertido en un hecho de intensidad creciente que preocupa cada vez más a los profesionales¹⁻⁴.

Casi todos los dentistas tienen la percepción de que las reclamaciones legales (y la presión legal de todo tipo) están incrementando progresivamente. Casi todos sienten que los pacientes son cada vez más exigentes y reivindicativos. También casi todos conocen algún caso de un compañero demandado, o lo han padecido personalmente. Y, prácticamente, todos los dentistas temen que les pase a ellos. Existe actualmente un temor abstracto basado en pocos hechos y datos ciertos, lo que incrementa más la inseguridad con la que muchos compañeros se enfrentan a situaciones «comprometidas» con sus pacientes⁵⁻⁷.

Es evidente que la presión legal de los pacientes está incrementando, por causas que analizaremos más adelante. Pero, también es cierto que este aumento es relativo, si lo ponemos en relación con el número de profesionales ejercejentes¹⁻⁵.

Debemos ser conscientes de que el hecho de ser demandado se ha convertido en un riesgo intrínseco en la profesión, de la misma manera que ocurre con el resto de las profesiones sanitarias. Así es y así será en el futuro, incluso de forma más acusada. Debemos por tanto, asumirlo e intentar adoptar las medidas y actitudes personales que minimicen este riesgo, o limiten sus consecuencias en caso de producirse.

Responsabilidad profesional en odontología

El diccionario de la Real Academia define el término *responsabilidad* como «deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otro, a consecuencia de delito, de culpa o de otra causa legal»⁸.

Así, adaptando esta definición y la definición clásica de responsabilidad profesional médica al ámbito odontoestomatológico, podemos definir la responsabilidad profesional como la «obligación que tiene el odontoestomatólogo de reparar, responder y resarcir los daños que hayan producido a los pacientes como consecuencia de actos u omisiones, voluntarias o involuntarias, cometidos durante el ejercicio de la odontología»⁹.

Casi todas nuestras jurisdicciones legales (y especialmente la penal, la civil y la contencioso administrativa y social) se consideran competentes en asuntos relacionados con la responsabilidad profesional odontoestomatológica. Cada una de estas jurisdicciones introduce una serie de matices que nos dan pie para separar artificialmente la responsabilidad profesional en diversas clases: la responsabilidad penal, la responsabilidad civil, la responsabilidad contencioso-administrativa, la responsabilidad laboral y la responsabilidad corporativa o colegial^{2,9-11}.

Para los dentistas, el concepto de responsabilidad profesional es claro: disponer de alguna reclamación legal de un paciente ante los tribunales de justicia motivado por un tratamiento odontológico. Esta definición, sin embargo,

tiene poco sentido desde el punto de vista jurídico. No es lo mismo, ni parecido, una demanda civil que una denuncia penal o una reclamación contencioso-administrativa. No se sopesan los mismos hechos, ni se miran desde el mismo prisma, además, sus consecuencias son totalmente distintas.

En general, para que exista responsabilidad profesional odontoestomatológica, tanto en el ámbito penal como en el civil (los más relevantes) es necesario que se den los siguientes requisitos: existencia de obligación de asistencia, existencia de daño, existencia de falta profesional, y relación de causalidad entre la falta y el daño^{2,9-11}. Sin embargo, existen ciertas diferencias entre la responsabilidad profesional médica y la responsabilidad profesional odontológica motivadas por las diferencias en la asistencia al paciente:

Existencia de obligación de asistencia

Entre el odontoestomatólogo y el paciente debe haber un contrato de asistencia que suele ser verbal. En general, el contrato establecido entre el dentista y el paciente, como en casi todo el resto de las profesiones sanitarias, es un contrato de arrendamiento de servicios. El profesional se compromete a poner todos sus conocimientos y medios técnicos para curar o aliviar la dolencia del paciente. No se pueden comprometer resultados ya que la odontología no es una ciencia exacta y no cabe exigir responsabilidad por no haber obtenido los resultados que el paciente esperaba, salvo que el profesional se hubiese comprometido a ello.

No obstante, existe una creciente tendencia de los tribunales a considerar como contrato de «resultados» determinados actos odontológicos. Esta tendencia se plasmó en una serie de sentencias de la Sala Civil del Tribunal Supremo que defienden la «obligación de resultados» en odontología, cirugía estética y cirugía de la esterilización (ligaduras de trompas y vasectomías). Bien es cierto, que las más recientes sentencias del Tribunal Supremo tienden a «suavizar» esta obligación de resultados^{12,13}.

La relación contractual que se establece entre el odontoestomatólogo y el paciente puede provenir de distintos orígenes:

- Habitualmente, es un contrato tácito por el que el profesional acepta libremente tratar determinado problema del paciente y este se compromete a abonar una contraprestación económica.
- Para los profesionales que trabajan para las administraciones públicas o para determinadas entidades privadas, el contrato establecido con ellas les obliga a tratar determinados pacientes (de un cupo, zona, etc.).

En circunstancias excepcionales, la relación establecida puede ser extracontractual, como sucede con la obligación de socorro. Los artículos 195 y 196 del Código Penal regulan la obligación de todos los ciudadanos ante peligro manifiesto y grave. Este supuesto que claramente afecta a los médicos creemos que raramente puede afectar a los odontoestomatólogos ya que las urgencias odontológicas raramente entrañan riesgo vital. No obstante, los más mínimos principios éticos nos obligan a tratar a un paciente con una urgencia odontológica aunque la Ley no nos obligue^{12,13}.

Existencia de un daño

Evidentemente no se podrá exigir responsabilidad ni habrá que resarcir los daños que no se hayan producido.

Por daño entendemos varios conceptos:

- Generación de lesiones.
- Aparición de complicaciones.
- Agravamiento de procesos patológicos preexistentes.
- Contagio de enfermedades.
- Prolongación de un proceso patológico.

Aunque en odontoestomatología, habitualmente, el daño afecta al paciente, en ocasiones los perjudicados son otros, como la familia o el Sistema Nacional de Salud, que han de hacer frente al incremento de los gastos.

Existencia de una falta profesional

El incurrir en falta profesional es requisito imprescindible para que pueda prosperar una demanda por responsabilidad.

Existe falta profesional cuando no se sigue la «*lex artis*». Las faltas profesionales pueden producirse, por acción u omisión, mediando culpa o negligencia. Como acertadamente señalan Moya, Roldán y Sánchez (1994), consiste en «*hacer lo que no se debía haber hecho u omitir lo que se debería haber realizado*». Gisbert (2004) considera la falta profesional como la «*torpeza, la imprudencia, la falta de atención, la negligencia o la inobservancia de las reglas del arte y técnica de curar*»^{9,10}.

Esto que teóricamente está claro, en la práctica judicial es muy complejo, y requiere detalladas pruebas periciales. Hay que conocer exactamente el tratamiento seguido, o el omitido, y saber si esto es o no un hecho aceptado por la ciencia a la luz de los conocimientos actuales. También es importante conocer las circunstancias en las que se ha realizado el tratamiento (pacientes poco colaboradores, situación de urgencia, etc.) para valorar la calidad del tratamiento.

Relación de causalidad entre la falta y el daño

Para que se pueda exigir responsabilidad ha de haber una relación cierta, directa y total entre la falta cometida y el daño originado. Debe estar claro que de no mediar una acción u omisión del profesional el daño no se habría producido.

Habitualmente, en odontoestomatología el establecimiento del nexo de causalidad es sencillo, porque la gran mayoría de las lesiones se manifiestan inmediatamente. No obstante, algunos daños son diferidos, y establecer el nexo de causalidad puede ser muy problemático. Por ejemplo, ante la transmisión de enfermedades infecciosas, problemas oclusales o articulares por prótesis mal diseñadas, problemas gingivales por coronas sobrecontorneadas, etc. En estos casos se precisa de una investigación pericial muy minuciosa para establecer o descartar el nexo causal.

Los criterios clásicos de determinación de la causalidad son 5 y ayudan a establecer o negar el nexo causal en casos complicados en los que existen varias concausas: criterio

cronológico, criterio topográfico, criterio cuantitativo, criterio de continuidad sintomática y criterio de exclusión^{9,10}.

Además, para establecer un correcto nexo de causalidad, debemos tener en cuenta la posible existencia de varias causas. Se distinguen 2 tipos, el origen principal de la lesión (es necesaria y suficiente para explicarla), y las concausas (son necesarias para su existencia pero no suficientes para producir la lesión).

Situación actual de las reclamaciones legales contra los dentistas

Es difícil disponer de datos concretos sobre casuísticas de reclamaciones legales contra los dentistas. Por un lado, los datos están muy fragmentados entre las instituciones que pueden recibir estas reclamaciones y, por otro, son datos muy protegidos que no suelen ser accesibles. Esto hace que las series de datos publicadas o disponibles sean muy escasas.

En España, la serie de datos del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región es probablemente la más completa. Recoge todas las reclamaciones de pacientes motivadas por una atención odontológica presentadas ante la Comisión Deontológica del Colegio desde el año 1982 hasta la actualidad. Dados los acuerdos que el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región mantiene con múltiples administraciones públicas (Consejería de Sanidad, Oficina del Defensor del Paciente, OMIC, etc.), estas le remiten datos sobre las reclamaciones motivadas por asistencia odontológica recibidas en estos centros. Todo esto conforma una base de datos muy completa^{4,14-16}.

Según los datos de la figura 1, se observa un crecimiento exponencial en el número de reclamaciones entre el año 1982 (una sola reclamación) y el año 2011 (280 reclamaciones), con un pico llamativo en el año 2010 (404 casos).

Aunque para valorar adecuadamente estos datos habría que poner en relación el aumento del número de reclamaciones legales, con el gran incremento que también ha habido en el número de colegiados ejercientes. Poner en relación estos 2 datos realmente modera la importancia del incremento en el número de reclamaciones.

La figura 2 muestra que el porcentaje de dentistas que tienen algún problema ante la Comisión Deontológica del Colegio de la I Región se mueve en torno al 4,5% en los últimos años. A este porcentaje habría que añadir un 2% que estimamos que tienen problemas legales que no pasan por la Comisión Deontológica. En total, esto supondría que del 6,5 al 7% de los dentistas tienen algún problema legal (de distinta importancia) con un paciente al año. Y la tendencia es a aumentar. Estos datos son concordantes con los de Schwarz para Dinamarca. Este autor estimó que entre los años 1983 y 1986 (en los que aquí en España las reclamaciones legales contra profesionales sanitarios eran excepcionales), en Dinamarca un 5% de los dentistas tenían algún problema legal al año¹⁷.

Este aumento también es coincidente con otras series disponibles. Se estima que en EE. UU., en el periodo comprendido entre 1988 y 1991, el número de reclamaciones se ha duplicado. Los datos del «*National Practitioner Data Bank*» muestran un aumento muy importante en

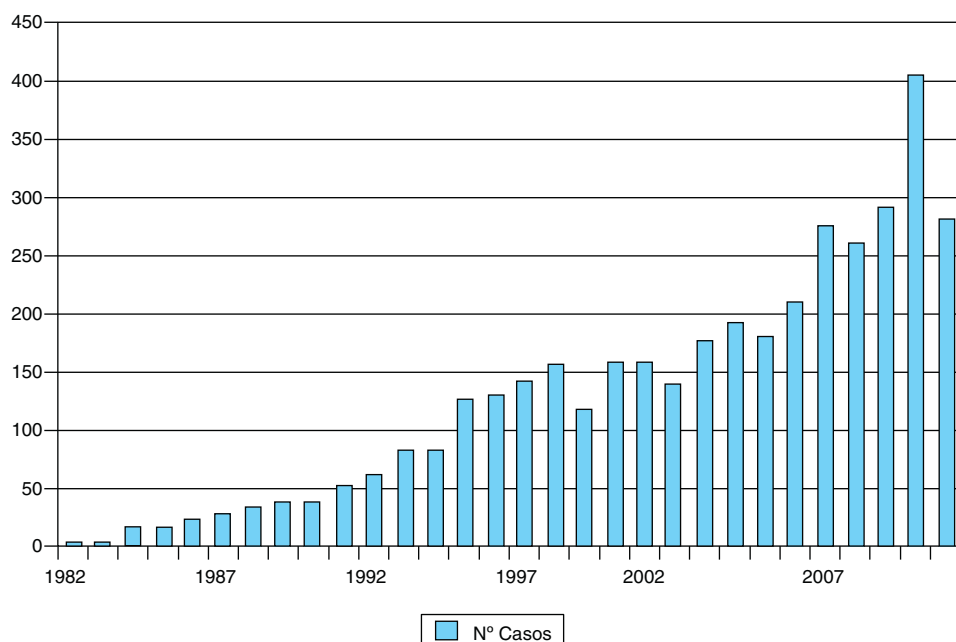


Figura 1 Relación entre el número de reclamaciones recibidas en la Comisión Deontológica por año, desde el año 1982 al 2011 (n.º reclamaciones/año de ejercicio).

el número de reclamaciones contra los dentistas en el periodo comprendido entre los años 1990 y 2004, en total suponen 47.441, un 13,2% del total de las reclamaciones sanitarias^{18,19}.

El estudio de la Escuela de Medicina Legal sobre sentencias judiciales debidas a reclamaciones sanitarias, indica que durante el periodo 2000-2007, de las 1.899 sentencias dictadas por los tribunales de segunda instancia, el 7,58% del total (144 sentencias) fueron motivadas por tratamientos odontológicos⁶.

En dicho estudio, las reclamaciones motivadas por tratamientos odontoestomatológicos fueron la cuarta causa en frecuencia en la serie (tras la traumatología-cirugía ortopédica: 15,69%, la ginecología-obstetricia: 15,53%, y la cirugía y medicina estéticas: 11,58% de los casos). De las 144 sentencias motivadas por tratamientos odontoestomatológicos, el 70,13% dieron lugar a condena judicial (101 casos), y el 29,86% a absolución (43 casos). El área de actividad odontológica más reclamada fue la prótesis fija (36 reclamaciones; 25% de los casos), seguida de la implantología oral (34 reclamaciones; 23,61% de los casos). El coste

medio de la indemnización en caso de condena ascendió a 12.603⁶.

En otro estudio de la Escuela de Medicina Legal sobre reclamaciones motivadas por tratamiento de cirugía bucal, se analizan 63 sentencias correspondientes a tribunales de segunda instancia o superior, y referidas a procedimientos de cirugía bucal. La cirugía implantológica fue la práctica más reclamada por motivos quirúrgicos (55,6 por ciento: 35 sentencias), llamando la atención que en el 71,4% (45 sentencias) hay condena contra el profesional. El rango más frecuente de indemnizaciones se encuentra entre los 18.001 € y los 60.000 € (40,9%: 18 sentencias), siendo la cuantía más elevada de 240.000 €, hecho importante al valorar la contratación de un seguro de responsabilidad civil profesional²⁰.

Causas del aumento de la presión legal sobre las profesiones sanitarias

Existen muchas causas que explican este aumento de la exigencia de los pacientes respecto a los dentistas y a los resultados de los tratamientos odontológicos. Esta situación es común a todos los países de nuestro entorno socioeconómico. De las múltiples causas que están detrás de este incremento consideramos que las enumeradas a continuación son las más importantes^{3-7,15-23}:

Creencia de que gozar de buena salud es un derecho

La sociedad actual es muy consciente de sus derechos y no duda en exigirlos cuando considera que no son respetados. No parece tan consciente de sus obligaciones. Es evidente que cuando un derecho es quebrantado alguien

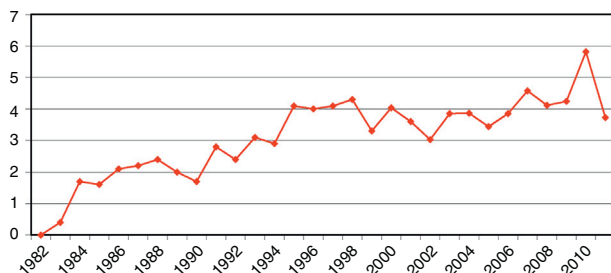


Figura 2 Relación entre el número de reclamaciones recibidas en la Comisión Deontológica desde el año 1982 al 2011, con el número de colegiados ejercientes en ese momento (n.º de colegiados en miles/n.º de reclamaciones por año de ejercicio).

no ha cumplido con el deber de garantizar dicho derecho.

El hecho de gozar de buena salud no puede ser garantizado por ninguna sociedad, por protectora que sea. Depende de una gran cantidad de variables incontrolables para cualquier institución o sociedad. La Constitución Española garantiza el derecho al cuidado de la salud, no el derecho a tener salud (cosa que sería imposible de garantizar).

Llama la atención la prontitud con la que se reclaman los derechos por parte de la sociedad en contraste con el incumplimiento frecuente de los deberes para con la salud individual. Es muy frecuente que se reclame asistencia sanitaria para enfermedades que hubiesen podido ser prevenidas mediante acciones de prevención individual por parte del sujeto, que sin embargo, no realizó a pesar de conocerlas.

Degradación de la «calidad de comunicación» entre el paciente y el dentista

Es bien sabido que la presentación de una demanda judicial va precedida, casi sin excepción, de una ruptura de la comunicación directa entre el paciente demandante y el profesional demandado.

Mantener un canal de comunicación directa con los pacientes conlleva la posibilidad de dar explicaciones, recomendaciones, detectar errores y pedir disculpas llegado el caso. Y estas medidas nos protegen del riesgo de reclamación legal por parte de los pacientes. Cuando los canales de comunicación se rompen, cualquier pequeño inconveniente de fácil solución puede provocar la sensación de indefensión o de rabia por parte del paciente no atendido que provoque, a su vez, la reclamación legal.

En los «modelos tradicionales» de asistencia odontológica (consulta relativamente pequeña en la que el mismo dentista atendía a todos sus pacientes y sus complicaciones) el canal de comunicación directo estaba asegurado. En los modelos emergentes de asistencia dental (macroclínicas en las que trabajan muchos profesionales que a menudo no se conocen entre sí, y en las que hay mucha rotación de personal) cuando llega un paciente con un problema, muy frecuentemente no encuentra al dentista responsable de su tratamiento, y la atención y explicaciones recibidos de otros profesionales presentes, a menudo no son adecuados.

Creencia de que la odontología es una ciencia «casi exacta» con soluciones para todo

Constantemente aparecen en los medios de comunicación referencias a los adelantos técnicos de la odontología. Estas noticias, que procesan la información para llamar la atención de los lectores, contienen frecuentemente incorrecciones. No obstante, y con frecuencia, son la principal fuente de información sobre odontología para gran parte de la sociedad. A estos malentendidos contribuyen con frecuencia ciertos dentistas y, sobre todo, ciertas empresas de asistencia dental que por razones interesadas exponen las ventajas de los tratamientos, pero no sus inconvenientes ni los riesgos de fracaso.

Esta información «sesgada» va calando en la sociedad. Por ejemplo, si toda la información que llega afirma que los

implantes osteointegrados son la solución ideal para cualquier problema de pérdida dentaria, y nada se menciona sobre sus posibles inconvenientes ni sobre la posibilidad de fracaso, la sociedad asumirá que es la solución ideal. Solo conocerá las ventajas.

Cuando en un caso concreto surja cualquier inconveniente, el paciente que probablemente no sea consciente de tal posibilidad, se sentirá engañado. Si alguien cree en la práctica infalibilidad de un tratamiento y en su caso concreto el tratamiento falla, la responsabilidad está clara, es del dentista que ha realizado dicho tratamiento.

Para evitar en lo posible esta situación es fundamental facilitar al paciente una información completa sobre el tratamiento que incluya, no solo las ventajas, sino también los riesgos e inconvenientes que todos los tratamientos conllevan.

Cambio de la relación dentista-paciente a la relación proveedor-consumidor de servicios odontológicos

Se está produciendo un cambio fundamental y radical en la percepción por parte de la sociedad de la asistencia sanitaria. Tradicionalmente, la asistencia odontológica ha sido una relación personal y directa en la que el profesional hacía todo lo que estaba en su mano para mejorar la salud del paciente sin poder comprometerse a resultados, y el paciente le pagaba por ello entendiendo que no siempre podía tener éxito. En la actualidad los pacientes, en muchas ocasiones, se perciben como consumidores de servicios sanitarios. La palabra consumidor tiene connotaciones evidentes y más objetivas. Así se ve como razonable protestar ante cualquier servicio que no consigue los resultados previstos.

El problema es que no es comparable la prestación de un «servicio sanitario» como la atención odontológica, con la prestación de otro tipo de servicios (como por ejemplo los servicios hosteleros). Este hecho que para nosotros es evidente, no lo es tanto para la sociedad ni para los jueces. De hecho, en el ámbito jurisdiccional civil, el contrato que nos aplican los tribunales es en la mayoría de los casos un contrato de obra por resultado.

Ánimo de lucro de muchos sujetos

Son muchos los sujetos y entidades que intentan sacar provecho de los problemas derivados de las complicaciones de los tratamientos odontológicos.

Por un lado, los propios sujetos afectados. Con mucha frecuencia aparecen en los medios de comunicación noticias referentes a importantes cantidades económicas pagadas como consecuencia de un fallo asistencial. Suelen ser sentencias de las primeras instancias judiciales que, por su cuantía, llaman la atención de los periodistas que las publican. Cuando esa misma sentencia es revocada o modificada la baja en una instancia superior, este hecho no aparece en ningún medio de comunicación, no es noticia. Por tanto, la sociedad en general únicamente recibe periódicamente la información de que un problema en la asistencia odontológica puede provocar una importante indemnización, y este hecho va «calando» en los individuos.

Por otro lado, existen muchos abogados cuya principal actividad profesional es asesorar y defender a los pacientes. Este hecho es lógico y necesario en un estado de derecho. Lo que ya no es tan razonable es que «estimulen» a presentar reclamaciones judiciales a pacientes por sus propios intereses económicos. En muchas ocasiones estos abogados trabajan «al amparo» de supuestas asociaciones de pacientes damnificados.

Creciente «judicialización de la sociedad» unido al aumento de las facilidades para demandar

Hasta hace pocos años la perspectiva de verse envuelto en un proceso judicial repugnaba a gran parte de la población, que intentaban evitarlo en la medida de lo posible. En la actualidad esta mentalidad está cambiando. La sociedad en su conjunto está más familiarizada, mediante los medios de comunicación, con los procedimientos judiciales y tiene menos reparos en verse envuelta en ellos.

Como muestra, la última memoria del Consejo General del Poder Judicial correspondiente al año 2011 señala un evidente aumento del número de asuntos ingresados en los órganos judiciales de España. Durante el año 2011 ingresaron 9.041.442 nuevos asuntos en los tribunales españoles. Este número supone una litigiosidad de 191,6 asuntos ingresados por cada 1.000 habitantes. A estos habría que sumar los asuntos «en curso» (figs. 3 y 4).

Añadido a este hecho, se está produciendo por parte de las administraciones públicas, una facilitación de la presentación de quejas y reclamaciones, tanto a nivel judicial como extrajudicial. Este hecho explica la creación de las Oficinas Municipales de Información al Consumidor (OMIC), de los servicios de inspección de consumo de las comunidades autónomas, y la creación en la última Ley de Enjuiciamiento Civil del denominado «proceso monitorio», que facilita en gran medida la presentación de una reclamación civil¹¹⁻¹³.

Consecuencias del incremento de la presión legal sobre las profesiones sanitarias

Este aumento de la presión legal sobre los profesionales sanitarios en general, y sobre los dentistas en particular, tiene unas repercusiones claras sobre los propios profesionales y,

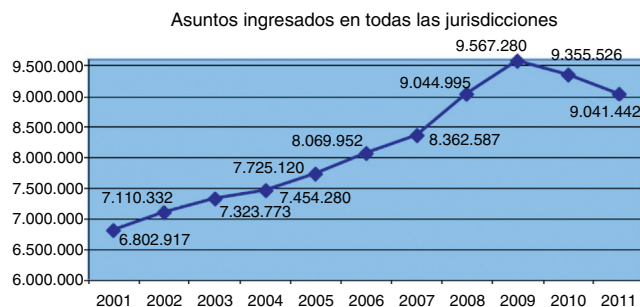


Figura 3 Figura procedente de la Memoria anual publicada por el Consejo General del Poder Judicial (2011). Relación entre el número de asuntos ingresados en todas las Jurisdicciones por año, desde el año 2001 al 2011 (n.º asuntos/año).

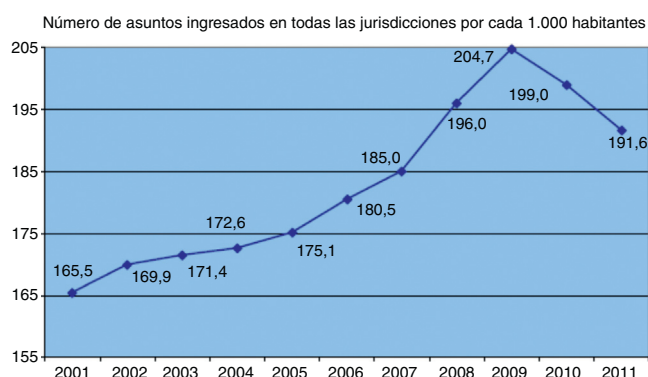


Figura 4 Figura procedente de la Memoria anual publicada por el Consejo General del Poder Judicial (2011). Relación entre número de ingresados en todas las Jurisdicciones por cada 1.000 habitantes (n.º de asuntos/1.000 habitantes).

en último término, sobre la sociedad en su conjunto. Algunas de estas consecuencias se enumeran a continuación^{3-7,21-23}:

Consecuencias personales para los dentistas afectados

Nuestra experiencia profesional nos muestra que el hecho de ser demandado por un paciente tiene un alto coste personal para el dentista.

A diferencia de otros ámbitos de la vida, la profesión, sobre todo cuando su elección responde a motivos vocacionales y conlleva largos años de estudio, forma parte del núcleo de la autopercepción. Cuando algún paciente o alguna institución pone en tela de juicio, con razón o sin ella, nuestra capacidad profesional sentimos que nos están juzgando en nuestra totalidad. Este hecho no ocurre en otros ámbitos como por ejemplo, los accidentes de circulación.

Esto implica que tras una demanda, con condena o sin ella, el profesional afectado tarde tiempo en recuperarse, si es que lo hace completamente. Y este hecho es especialmente significativo en el caso de las mujeres.

Consecuencias profesionales para los dentistas afectados

Las consecuencias derivadas del hecho de ser demandados no solo se circunscriben al ámbito personal, tienen un claro reflejo en el ámbito profesional. Algunas de las consecuencias detectadas son las siguientes:

Aparición de la llamada «odontología defensiva»

A semejanza del concepto de «medicina defensiva», la «odontología defensiva» consistiría en el aumento de las pruebas diagnósticas o la elección de maniobras terapéuticas o rehabilitadoras que aún no siendo las más indicadas, no son incorrectas, y conllevan un aumento de la seguridad (o de la sensación de seguridad) del profesional ante una posible demanda. Realmente, la línea que separa la odontología defensiva de la práctica profesional correcta es muy tenue.

El inconveniente de la odontología defensiva es fundamentalmente, para el propio dentista. Incurriendo en este

tipo de prácticas, además de actuar contra nuestras obligaciones éticas y profesionales, estamos empobreciendo nuestra práctica profesional, y esto es muy desmotivador.

Aumento en la superespecialización

Aunque este hecho no es frecuente en España para la odontología, sí se produce en algunos países, y sobre todo en el ámbito de la medicina, por tanto consideramos que lo veremos en un futuro próximo.

El desarrollo de nuevas técnicas y procedimientos nos obliga a concentrarnos, al menos parcialmente, en un ámbito de actividad. El aumento de la superespecialización por motivos legales consiste en definir nuestra actividad profesional a aquellas maniobras en las que nos sentimos más seguros. Si esto lo hacemos por decisión profesional, es correcto. Si lo hacemos por miedo a ser demandados, no lo es. Y no lo es porque también empobrece nuestro ejercicio profesional.

Aumento de las barreras de comunicación con los pacientes

Es frecuente que los dentistas afectados por una reclamación de un paciente, se «alejen» personalmente del resto de sus pacientes. Durante un tiempo más o menos largo ven a los pacientes como «posibles demandantes», y esto deteriora la calidad de comunicación. Hay que recordar que mantener un adecuado «canal de comunicación» con nuestros pacientes es la mejor profilaxis contra la demanda legal. Por tanto, el efecto de «alejarnos» de los pacientes es claramente contraproducente.

Consecuencias sociales del aumento de reclamaciones legales contra los dentistas

El aumento de la presión legal contra los profesionales sanitarios en general y contra los dentistas en particular, aunque en primer lugar nos afecta a nosotros, a medio plazo acaba afectando también a la propia sociedad.

Este hecho tiene al menos 2 facetas, una difícilmente cuantificable, y otra clara y objetivable. Por un lado, la calidad asistencial de los dentistas «agobiados» por la actitud de los pacientes, probablemente no sea la óptima. Por otro lado, el aumento del coste de las primas del seguro de responsabilidad civil, unido al aumento del tiempo empleado con cada paciente (para rellenar formularios de consentimiento informado, etc.) elevan los costes asistenciales. Y este hecho, a su vez, tiene 2 repercusiones: en la odontología pública, con presupuestos limitados, provocará el recorte de las prestaciones asistenciales, y en la práctica privada de la odontología provocará el aumento de los honorarios profesionales, y ambas consecuencias son negativas para la sociedad.

Conclusiones

Recomendaciones para minimizar el riesgo de una demanda por responsabilidad profesional odontológica o limitar sus consecuencias:

- Llevar a cabo una buena práctica profesional.
- Seguir protocolos de reconocido prestigio.

- No asegurar el resultado del tratamiento.
- Tener cuidado con tratamientos muy novedosos o alejados de la ortodoxia clínica.
- Mantener una buena comunicación con el paciente y su familia.
- No criticar a otros profesionales.
- Pedir consejo si el caso nos supera.
- No abandonar al paciente en ningún caso.
- Ser muy cuidadoso en la elaboración de la historia clínica.
- Hacer un buen consentimiento informado.
- Tener en cuenta que el odontólogo explica, pero el paciente decide.
- Guardar el secreto profesional y observar la Ley de Protección de Datos.
- Conocer la casuística de las maniobras con más reclamaciones.
- Extremar las precauciones legales ante los pacientes potencialmente litigantes.
- Ser conciliatorio.
- Disponer de un buen Seguro de Responsabilidad Civil.
- En caso de demanda, notificarlo al Seguro y buscar un abogado.
- Disponer de unos mínimos conocimientos médico-legales para ejercer.
- En caso de producirse finalmente la demanda, no perder el amor a la profesión.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

1. Perea-Pérez B. Responsabilidad profesional en odontoestomatología: concepto, definiciones y evolución actual. *Prof Dent.* 2001;4 Supl 4:S20-3.
2. Perea-Pérez B. Responsabilidad profesional en odontoestomatología: requisitos y clases de responsabilidad. *Prof Dent.* 2001;4:20-5.
3. Perea-Pérez B. Responsabilidad profesional en odontoestomatología: circunstancias profesionales que dan lugar a responsabilidad profesional y responsabilidad civil. *Prof Dent.* 2001;4:20-7.
4. Memoria Anual. Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región. 2011 [consultado 5 Mar 2012]: Disponible en: <http://www.coem.org.es/>
5. Perea-Pérez B, Vega-del Barrio JM, Labajo-González E, Fonseca Peña AM. Estudio sobre el aumento de las reclamaciones de pacientes odontológicos y su relación con el cambio de modelo de asistencia dental. *Cient Dent.* 2005;2:187-92.
6. Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, Labajo-González E, Albarrán-Juan ME, Sánchez-Sánchez JA. Análisis de las consecuencias médico-legales de las reclamaciones judiciales de pacientes. Estudio comparativo de los casos de traumatología, ginecología y obstetricia, anestesia y reanimación, y odontoestomatología. *Trauma.* 2009;20:264-8.
7. Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, Labajo-González E, Albarrán-Juan ME, Sánchez-Sánchez JA. Consecuencias de las reclamaciones judiciales sobre los médicos afectados. *Rev Clin Esp.* 2011;211:17-21.
8. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 21 ed. Madrid: Real Academia Española; 1992.
9. Gisbert-Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. Barcelona: Ed. Masson; 2004.

10. Moya-Pueyo V, Roldán-Garrido B, Sánchez-Sánchez JA. *Odontología Legal y Forense*. Barcelona: Ed. Masson; 1994.
11. Mora-García JM. Dentistas y otras profesiones relacionadas: Aspectos jurídicos. Fundación Dental Española. 2007 [consultado 5 Marz 2012]: Disponible en: <http://www.fundaciondental.es/F24.asp>
12. Martínez-Pereda JM. Responsabilidad del Odontólogo y Estomatólogo. *Actualidad Penal*. 1996;37:701-27.
13. Gracia-González S, Laborda-Calvo E. Responsabilidad. En: «Plan de formación en Responsabilidad Legal Profesional». Asociación Española de Derecho Sanitario. 1998 [consultado 5 Mar 2012]: Disponible en: <http://www.aeds.org/>
14. Vega-del Barrio JM. Estudio de las quejas presentadas en la Comisión Deontológica del Colegio de la primera región. Madrid: Uniteco Prof; 1998, periodo 1982-1997.
15. Vega-del Barrio JM, Perea-Pérez B. Memoria de reclamaciones durante el periodo 1996-2002. COEM. Madrid. 2003 [consultado 5 Mar 2012]: Disponible en: <http://www.coem.org.es/>
16. Perea-Pérez B. Memoria de la Comisión Deontológico del Colegio de la I Región. COEM. 2007 [consultado 5 Mar 2012]: Disponible en: <http://www.coem.org.es/>
17. Schwarz E. Patient complaints of dental malpractice in Denmark 1983-86. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998;16: 143-7.
18. Pollack BR. *Law and Risk Management in Dental Practice*. Quintessence Books Surrey. 2002.
19. Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, Labajo-González E, Albarrán-Juan ME. Professional liability in oral surgery: legal and medical study of 63 court sentences. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16:526-31.
20. Shulman JD, Sutherland JN. Reports to the National Practitioner Data Bank involving dentists, 1990-2004. *J Am Dent Assoc*. 2006;137:523-8.
21. D'Cruz L. *Legal Aspects of General Dental Practice*. London: Elsevier; 2006.
22. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Aubia-Marimon J. Malpractice claims by specialty in a non-US setting. *Gac Sanit*. 2013;27:92-3.
23. González-Hernández ME, Castellano-Arroyo M. El consentimiento en las actuaciones médicas en las Comunidades Autónomas españolas: regulación actual. *Rev Esp Med Legal*. 2012;38:100-6.