



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA,
MICROBIOLOGÍA, MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD
PÚBLICA, MEDICINA LEGAL Y FORENSE**

ÁREA DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE

TESIS DOCTORAL:

**Estudio jurisprudencial de la
responsabilidad profesional del
odontólogo en España**

Presentada por Cristina Palma Carrió para
optar al grado de
doctora por la Universidad de Valladolid

Dirigida por:
Dra. Mercedes Martínez León
Dr. Daniel Queipo Burón

“Cuando hagas algo, hazlo con amor o no lo harás nunca del todo”.

Mahatma Gandhi.

(1869-1948) Abogado, pensador y político indio.

AGRADECIMIENTOS

A los doctores Mercedes Martínez León y Daniel Queipo Burón por la dirección de este proyecto, en especial a Mercedes por la confianza depositada en mí y por su apoyo desde el primer momento.

A todos mis compañeros y amigos del Máster de Cirugía e Implantología Oral de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia por estimularme en este proyecto; quisiera destacar mi gratitud al Prof. Dr. Miguel Peñarrocha Diago por iniciarme en el camino de la investigación motivándome ilusión y esfuerzo.

A todos mis compañeros de la Universidad Europea Miguel de Cervantes por arroparme y ofrecerme su disponibilidad siempre que la he necesitado, especialmente al Dr. Enrique Montalvillo Álvarez por su amistad, por su orientación y por sus consejos.

A mi amiga M^a Ángeles por haberme asesorado como letrada en el campo legislativo.

Y de forma especial a mis padres por su apoyo incondicional en cada proyecto y cada decisión personal y profesional de mi vida.

Y finalmente darle las gracias a Abel por acompañarme desde el principio hasta el final en esta etapa de mi vida ofreciéndome todo el amor y la paciencia que he necesitado.

ÍNDICE:

Listado de tablas

Listado de figuras

Listado de siglas utilizadas

I.- INTRODUCCIÓN.....	3
1.- JUSTIFICACIÓN	3
2.- OBJETIVOS.....	5
3.- RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA	6
3.1.Concepto	6
3.2. Antecedentes históricos	6
3.3. Tipos de responsabilidad profesional	7
3.4. La responsabilidad penal.....	7
3.5. La responsabilidad civil	8
3.6. Concepto de mala praxis y <i>lex artis</i>	10
3.7. El consentimiento informado	11
3.8. Responsabilidad profesional médica en España.....	13
3.9. Recomendaciones para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica .	15
4.- RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL ODONTÓLOGO	17
4.1. El perfil específico del odontólogo o dentista	17
4.2. Concepto de responsabilidad profesional del odontólogo	18
4.3. Elementos constitutivos de la responsabilidad profesional en odontología	18
4.4. Tipos de responsabilidad profesional del odontólogo	21
5.- SITUACIÓN ACTUAL DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL ODONTOLÓGICA EN ESPAÑA.....	24
5.1. Incidencia.....	24
5.2. Causas.....	25
5.3. Consecuencias	26
5.4. La seguridad del paciente en la práctica odontológica	26
5.5. Principales actuaciones odontológicas de las que pueden derivarse las denuncias	28
5.6. Recomendaciones para minimizar el riesgo de una demanda por responsabilidad profesional odontológica o limitar sus consecuencias ²	30
5.7. Jurisdicción española y tramitación procesal de las denuncias contra los dentistas	30
II.- MATERIAL Y MÉTODO.....	35
1. MATERIAL.....	35
1.1. Muestra del estudio.....	35
1.2. Criterios de inclusión y exclusión	35

2. MÉTODO	36
2.1. Recogida de datos	36
2.2. Aspectos éticos y médico-legales	42
2.3. Análisis estadístico	42
2.4. Limitaciones del estudio	42
III.- RESULTADOS.....	47
1. RESULTADOS DEL ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA.....	47
1.1. Variables administrativas.....	47
1.2. Variables en relación al acto odontológico	53
1.3. Variables en relación al paciente.....	63
1.4. Variables en relación al profesional implicado	63
1.5. Variables judiciales	64
2. DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DE ALGUNAS VARIABLES	70
3. CRUCE ESTADÍSTICO ENTRE VARIABLES ANALIZADAS	74
IV.- DISCUSIÓN	85
V.- CONCLUSIONES.....	105
VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
VII.- ANEXOS	121

Listado de tablas

Tabla 1. Estudios que analizan las reclamaciones por mala praxis durante el tratamiento odontológico	29
Tabla 2. Distribución temporal de las 504 sentencias analizadas desde 1991 a marzo de 2015.....	48
Tabla 3. Distribución temporal por rango de años de las sentencias incluidas en el estudio	49
Tabla 4. Frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias atendiendo al tipo de tratamiento odontológico implicado en la demanda	55
Tabla 5. Frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias atendiendo al área odontológica implicada en la demanda	56
Tabla 6. Frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias atendiendo al tipo de evento adverso considerado.....	57
Tabla 7. Frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias atendiendo al tipo de daño generado.	59
Tabla 8. Frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias atendiendo al tipo de secuela que supuestamente se ha producido como consecuencia del tratamiento odontológico que ha motivado la demanda	61
Tabla 9. Frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias atendiendo a la indemnización por daño moral	62
Tabla 10. Frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias atendiendo al tipo de tratamiento requerido	62
Tabla 11. Media, desviación estándar, mínimo y el máximo de la cantidad solicitada por el demandante y de la cantidad indemnizada	69
Tabla 12. Clasificación de daño del evento adverso dental según Obadan.....	94
Tabla 13. Escala de severidad del evento adverso según Obadan	95

Listado de figuras

Figura 1. Gráfica de la evolución en el tiempo de la sentencias analizadas desde 1991 a 2014.....	49
Figura 2. Mapa de España clasificado por comunidades autónomas. Distribución geográfica de las sentencias en frecuencias (n) y porcentajes (%)......	50
Figura 3. Mapa de España clasificado por provincias. Distribución geográfica de las sentencias en frecuencias (n) y porcentajes (%)......	51
Figura 4. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y el porcentaje (%) de las sentencias en función del tipo de jurisdicción.....	52
Figura 5. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y el porcentaje (%) de las sentencias en función del tipo de tribunal.....	53
Figura 6. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y el porcentaje (%) de las sentencias atendiendo al tipo de ámbito asistencial implicado en el acto odontológico	54
Figura 7. Diagrama circular atendiendo al sexo de los pacientes demandantes.....	63
Figura 8. Diagrama circular atendiendo al sexo del profesional demandado	64
Figura 9. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y el porcentaje (%) de las sentencias en función del tipo de responsabilidad profesional	65
Figura 10. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y el porcentaje (%) de las sentencias en función del tipo de resolución judicial	66
Figura 11. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y el porcentaje (%) de las sentencias en función de la consideración de mala praxis durante el acto odontológico demandado	67
Figura 12. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias en función del tipo de obligación.....	68
Figura 13. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias en función del rango reclamado por el demandante.	69
Figura 14. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias en función del rango indemnizado tras la condena.....	70
Figura 15. Diagrama de barras de la distribución temporal (según rango de años) de las sentencias atendiendo al tipo de ámbito asistencial del tratamiento odontológico demandado.....	71
Figura 16. Diagrama de barras de la distribución temporal (según rango de años) de las sentencias atendiendo al tipo de tratamiento odontológico demandado.	72
Figura 17. Diagrama de barras de la distribución temporal (según rango de años) de las sentencias atendiendo al sexo del profesional demandado	73
Figura 18. Diagrama de barras de la distribución temporal (según rango de años) de las sentencias atendiendo al tipo de responsabilidad profesional exigida.....	74
Figura 19. Análisis bivariable. Diagrama de barras de la asociación entre el tipo de responsabilidad y el tipo de ámbito de actuación.	75
Figura 20. Análisis bivariable. Diagrama de barras de la asociación entre el tipo de responsabilidad y el tipo de tratamiento odontológico demandado.....	76

Figura 21. Análisis bivariante. Diagrama de barras de la asociación entre el tipo de responsabilidad y el tipo de evento adverso	77
Figura 22. Análisis bivariante. Diagrama de barras de la asociación entre el tipo de responsabilidad y el tipo de tratamiento requerido.	78
Figura 23. Análisis bivariante. Diagrama de barras de la asociación entre el tipo de responsabilidad y el tipo de obligación.	79
Figura 24. Evolución del número de dentistas desde el año 1991 hasta 2014 (datos del INE ⁷⁷).....	86
Figura 25. Distribución de hombres y mujeres dentistas colegiados desde el año 1994 hasta 2014 (datos INE 2014 ⁷⁷).....	99

Listado de siglas utilizadas

AN: Audiencia Nacional

AP: Audiencia Provincial

Art. : Artículo

ATM: Articulación temporomandibular

CC: Código Civil

CP: Código Penal

DCI: Documento de consentimiento informado

INE: Instituto Nacional de Estadística

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud

NAI: Nervio Alveolar Inferior

NE: No especifica

TS: Tribunal Supremo

TSJ: Tribunal Superior de Justicia

I.- INTRODUCCIÓN

I.- INTRODUCCIÓN

I.- INTRODUCCIÓN

1.- JUSTIFICACIÓN

La responsabilidad profesional del dentista hace referencia a la obligación que tiene de reparar, responder y resarcir los daños que se hayan producido a los pacientes como consecuencia de actos u omisiones, voluntarias o involuntarias, cometidos durante el ejercicio de la odontología¹.

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 profesionales². De hecho, un estudio sobre sentencias judiciales referidas a reclamaciones sanitarias desde 2000 a 2007, muestra que la odontología es la cuarta actividad sanitaria más reclamada en los tribunales españoles, siendo el 7,58% del total (144 sentencias de 1899)³.

Hasta el momento, los estudios publicados relacionados con el análisis de sentencias contra odontólogos son escasos tanto en otros países⁴⁻⁸ como en España^{9, 10}. En España, entre el año 2000 y 2010, Perea-Pérez et al.¹¹ analizaron 415 eventos adversos ocurridos en la práctica odontológica y observaron una mayor frecuencia de reclamaciones en los tratamientos implantológicos, endodónticos y de cirugía oral (25,5 %, 20,7 % y 20,4 % respectivamente). En un estudio diferente publicado por Perea-Pérez et al., en 2011 se analizaron 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 (55,6 %), llamando la atención que en el 71,4 % de las sentencias hubo condena contra el profesional¹⁰.

Las sentencias judiciales suelen contener información sobre eventos adversos ocurridos durante la práctica odontológica, sus causas, las circunstancias que lo rodearon y sus consecuencias. Dado la escasa evidencia de estudios relacionados con la responsabilidad profesional del odontólogo⁴⁻¹⁰ parece necesaria la realización de un estudio que analice los datos obtenidos de las sentencias y que pueden tener alguna influencia tanto en el planteamiento de la reclamación como en la resolución del

I.- INTRODUCCIÓN

proceso judicial. De este modo, los resultados podrán facilitar una práctica más segura tanto para el paciente como para el dentista.

2.- OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio observacional descriptivo fue analizar las características médico-legales de las sentencias contra odontólogos y estomatólogos emitidas en segunda instancia o posteriores en España desde el año 1991 hasta marzo del año 2015.

Los objetivos específicos fueron:

- 1) Estudiar la evolución en el tiempo de las sentencias relacionadas con la práctica odontológica.
- 2) Evaluar las distintas variables administrativas de la sentencia como la provincia donde tuvo lugar, el tipo de jurisdicción y el tipo de tribunal.
- 3) Identificar las variables relacionadas con el acto odontológico demandado como el ámbito de actuación, el tipo de tratamiento odontológico, el tipo de evento adverso, el daño generado y el tipo de secuela, el tratamiento requerido y la presencia del documento de consentimiento informado.
- 4) Estudiar el sexo del paciente y del profesional implicado.
- 5) Determinar las distintas variables judiciales como el tipo de responsabilidad, el fallo de la sentencia, la existencia de mala praxis, y el tipo de obligación exigida.
- 6) Determinar la cuantía de la indemnización en los casos en los que se ha reconocido por sentencia la existencia de responsabilidad profesional y explorar si existen variables asociadas.
- 7) Estudiar las posibles diferencias en la distribución temporal de las variables analizadas en quinquenios desde 1990 a marzo de 2015.
- 8) Determinar la posible relación entre las variables analizadas, así como la posible asociación de estas con la concurrencia final de responsabilidad profesional.
- 9) Tratar de establecer las recomendaciones que debemos seguir para tratar de prevenir estas demandas.
- 10) Contribuir a la escasa bibliografía existente sobre este tema.

3.- RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA

3.1. Concepto

Clásicamente, el profesor Juan Antonio Gisbert Calabuig definió la responsabilidad como la obligación de responder de nuestros actos, que, cuando ha sido origen de un daño en personas o cosas, significa reparar, satisfacer o compensar aquel daño. A su vez define la responsabilidad médica como la obligación de reparar o compensar los daños producidos por el médico en el curso de su actividad profesional. Y añade que la responsabilidad profesional médica debe entenderse como la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios, incluso involuntarios dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión¹.

3.2. Antecedentes históricos

La práctica de la medicina ha estado unida a la ley desde los primeros códigos legislativos de la humanidad. Ejemplos de este tipo los tenemos en el Código de Hammurabi (1760 a. C.) con 10 normas y 282 reglas sobre procedimientos médicos¹², siendo la pena para supuestos de mala praxis la aplicación de la Ley del Talión, que en la mayoría de los casos tenía como consecuencia la amputación de las manos del médico.

Siglos más tarde, el Derecho Romano añade a la responsabilidad “penal” del médico por sus actos de mala praxis, una responsabilidad civil parecida a la actual. La *Lex Aquilia* (siglo III a. C.) cuantificaba el daño que producía una lesión en los bienes de un ciudadano, incluyendo la determinación de las heridas o la investigación a realizarse para demostrar la culpa¹. En la época del emperador romano Justiniano (siglo VI d. C) la responsabilidad llega a pasar incluso a los herederos si no se ha resarcido por el causante en vida.

En España, el rey Alfonso X el Sabio, en uno de los cuerpos legislativos más importantes de la historia del derecho: las Siete Partidas, incluyó aspectos de tanta relevancia en la práctica médica como el intrusismo que suponía 5 años de destierro en una isla si su actividad causaba daño¹³.

3.3. Tipos de responsabilidad profesional

En cuanto a las vías de reclamación, con independencia de la responsabilidad deontológica y la colegial, los médicos son responsables en el ejercicio de su actividad en las esferas penal, civil y contenciosa-administrativa¹⁴. La responsabilidad penal nace de la vulneración de las normas del Derecho público (Código Penal) y la responsabilidad civil de la vulneración de normas del Derecho privado (Código Civil)¹⁵. Ambas afectan al médico, si bien la compensación del daño o perjuicio producido dependerá de la jurisdicción y podrá suponer privación de libertad, inhabilitación e indemnización económica (penal) o solo una indemnización económica (civil).

La responsabilidad contenciosa-administrativa es exigible exclusivamente a la Administración Sanitaria, cuando el paciente que reclama la hace responsable de una atención sanitaria deficiente que ha sido la causa de un daño o perjuicio, consecuencia de un funcionamiento defectuoso de los servicios públicos. En este caso, la responsabilidad civil obliga a la Administración —y no al médico— a reparar económicamente el daño causado¹⁶.

3.4. La responsabilidad penal

De las distintas clases de responsabilidad la que más alarma al facultativo es la penal, ya que términos tales como inhabilitación, prisión o multa suscitan en el profesional, por lo menos preocupación. Se encuentra enmarcada por el daño ocasionado en actos u omisiones que se encuentren tipificados como delito en el Código Penal¹⁴ (CP). El art. 10 del Código Penal¹⁷ dice “Son delitos las acciones y omisiones dolosas o imprudentes penadas por la ley”. Recientemente con la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal, en el artículo 147 del CP de la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo¹⁷, en su apartado 1 dice “El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado, como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de tres meses a tres años o multa de seis a doce meses, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico”.

“Si las lesiones hubieran sido cometidas por **imprudencia profesional**, se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión,

I.- INTRODUCCIÓN

oficio o cargo por un período de seis meses a cuatro años” (art. 152 apartado 1 del CP)¹⁷. Esta inhabilitación supone la privación de la facultad para ejercer la actividad profesional durante el tiempo que determine el tribunal o juez de forma expresa y motivada en la sentencia. La Sala Penal del Tribunal Supremo ha manifestado en sentencia que, cuando un facultativo cumple una pena de inhabilitación, ésta se extiende al ejercicio de toda la medicina, sin que pueda limitarse a la especialidad¹⁸.

3.5. La responsabilidad civil

La responsabilidad civil es la obligación que nace de la vulneración de las normas del Código Civil (CC), que es el derecho privado que regula las relaciones de las personas con los demás. En el caso de los médicos, y de estos con sus pacientes. Implica la obligación del médico de reparar el daño o perjuicio causado en su ejercicio profesional, derivado de actos y omisiones en los que ha habido culpa o negligencia. La obligación consiste en reparar el daño e indemnizar por los perjuicios causados en el acto médico cuando se demuestra una vinculación causal del daño con la conducta culposa del profesional¹⁹.

En la responsabilidad civil pueden diferenciarse tres tipos, según su origen: la responsabilidad civil contractual, la extracontractual y la responsabilidad en el proceso penal.

Responsabilidad civil contractual

La responsabilidad civil del médico es esencialmente contractual, por cuanto nace del incumplimiento de un contrato de prestación de servicios. Si el enfermo estima que tal incumplimiento ha sido el origen de un perjuicio, pueden reclamar ante los tribunales la indemnización económica pertinente para su resarcimiento.

La responsabilidad civil se concreta en este artículo 1101 del CC²⁰ y dice: “Quedan sujetos a la indemnización de los daños y perjuicios causados los que en el cumplimiento de sus obligaciones incurren en dolo, negligencia o morosidad, y los que de cualquier modo contravinieren el tenor de aquélla”. El art. 1964²⁰ fija en quince años el plazo de prescripción del derecho a exigir responsabilidad por esta vía.

Se distinguen dos clases de obligaciones jurídicas:

- 1) Obligación de resultados: Consiste en prometer un cierto resultado, u obra hecha, con independencia del trabajo o esfuerzo que ello cueste al obligado o el

tiempo que le lleve lo prometido. El contrato exige unos resultados determinados. Es el contrato de obra.

- 2) Obligación de medios: Consiste en desarrollar una actividad a favor del acreedor, pero sin prometer la obtención con ella de resultado alguno. El contrato no exige unos resultados determinados, sino el aportar todos los medios necesarios para que el resultado sea el mejor posible. Es éste, el contrato que se establece generalmente en la relación médico-paciente. Es el contrato de servicios.

La responsabilidad del médico no se vincula al resultado, si no al hecho de no haber puesto a disposición del paciente los medios adecuados, de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes en cada procedimiento²¹. Es decir, el médico asume una obligación de medios y no de resultados, lo que significa que se obliga a la correcta aplicación de la *lex artis* pero no puede ofrecer una garantía plena de éxito en el acto médico.

Respecto a la obligación de medios, cabe resaltar la distinción clásica entre medicina satisfactiva o voluntaria y medicina curativa, necesaria o asistencial, siendo la primera aquella en la que el interesado acude al médico no para la mejora de una dolencia patológica, sino para el mejoramiento de su aspecto físico o estético o para la transformación de una actividad biológica como la sexual. En esta última se asume un plus de responsabilidad que comporta la obtención de un buen resultado; sin embargo, los tribunales manifiestan que las doctrinas sobre medicina curativa-medicina satisfactiva y la obligación de medios-obligación de resultados no se resuelven con respuestas absolutas, dado que según los casos y las circunstancias concurrentes caben ciertos matices²².

Responsabilidad civil extracontractual

Cuando el daño no deriva de la ejecución de un contrato, sino que se ha producido al margen de la relación contractual o el profesional no ha contratado con la víctima, en estos casos es de aplicación el art. 1902 del Código Civil²⁰ (“el que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”), regulador de la llamada culpa extracontractual. Este artículo exige la reparación de los daños causados a terceros, sin que tales daños resulten necesariamente de una relación de naturaleza jurídica entre las dos partes; tal es la razón de que se llame extracontractual a este tipo de responsabilidad. El plazo de prescripción

I.- INTRODUCCIÓN

de la acción para exigir este tipo de responsabilidad, aparece en el art. 1968 del Código Civil²⁰, que lo establece en un año, desde que el agraviado tuvo conocimiento del daño.

La responsabilidad civil subsidiaria en el Código Penal

En el proceso penal que se establece como consecuencia de la imputación de una imprudencia profesional médica, además de la acción propiamente penal, también se ejercita la acción civil encaminada a reparar los daños mediante la indemnización correspondiente. Según el apartado 1 del art. 116 del CP¹⁷, “Toda persona criminalmente responsable de un delito lo es también civilmente si del hecho se derivaren daños o perjuicios. Si son dos o más los responsables de un delito los jueces o tribunales señalarán la cuota de que deba responder cada uno”.

3.6. Concepto de mala praxis y *lex artis*

Etimológicamente, mala praxis significa mala práctica (*malpractice*). Se aplica en aquellas circunstancias en las que el ejercicio de la medicina no se ajusta a lo que en el lenguaje jurídico se conoce como *lex artis* y que la doctrina anglosajona denomina *standard of care* (término acuñado por Brown en 1973²³). Se trata de un concepto legal y no médico²⁴ usado como sinónimo de técnica correcta o, de manera más precisa, como la atención médica que proporcionaría un médico razonable en las mismas o similares circunstancias²⁵.

La expresión *lex artis* —literalmente, "ley del arte", ley artesanal o regla de la técnica de actuación de la profesión que se trate— se ha venido empleando de siempre para referirse a un cierto sentido de apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta, o se ajusta o no a lo que debe hacerse. De forma que si la actuación se adecuaba a las reglas técnicas pertinentes se habla de "un buen profesional, un buen técnico, un buen artesano", y de una buena "praxis" en el ejercicio de una profesión.

La diligencia exigible al médico será esa *lex artis ad hoc* profesional. Los términos exclusivos y excluyentes *ad hoc* suponen actuar conforme al estado de la ciencia en el momento del ejercicio de la conducta y conforman el conjunto de todos los deberes médicos que le son exigibles²⁶, concretándose, entre otros, en deberes relacionados con la información, con la competencia profesional, con los deberes de asistencia y certificación²⁷. Actualmente, los juristas definen una intervención médica como correcta si está médicamente indicada, si se ha realizado de acuerdo con la *lex*

artis y se ha informado correcta y específicamente al paciente según la legislación vigente.

Martínez Calcerrada (1998)²⁸, tras la revisión de reiterada jurisprudencia española al respecto define *lex artis ad hoc* como “aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina – ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del actor, y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos —estado o intervención del enfermo— de sus familiares, o de la misma organización sanitaria, para calificar dicho acto conforme o no con la técnica normal requerida, derivando de ello el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación ilícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado”.

En los últimos tiempos asistimos a una progresiva protocolización de los procedimientos de diagnóstico y terapéutica médica. Se trata de plasmar en documentos las directrices o recomendaciones que un grupo de expertos cualificados establecen para orientar la labor diaria de los profesionales con el fin de mejorar la calidad y la eficacia de la actuación sanitaria. Estos documentos son conocidos con los nombres de guidelines, guías clínicas, protocolos, conferencias de consenso, etc. Y son confeccionados a veces por sociedades científicas de ámbito nacional, y en otros casos por expertos de un área de sanidad de un centro hospitalario o de un servicio concreto.

Estamos ante normas o reglas técnicas que operan como pautas o recomendaciones dirigidas a los profesionales de la sanidad pero que carecen de obligatoriedad jurídica aunque pueden ser acogidas como reglas por el juez para configurar el deber objetivo de cuidado en el caso concreto que se le plantea, ya sea en el ámbito de la imprudencia penal o en el marco de la culpa civil.

3.7. El consentimiento informado

En 2003, entró en vigor la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica²⁹.

El consentimiento informado se define como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

I.- INTRODUCCIÓN

(artículo 3 de Ley 41/2002)²⁹. La Ley Básica reguladora de la Autonomía del paciente dice en su artículo 8.1 “Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el art. 4, haya valorado las opciones propias de su caso”.

La Ley contempla una serie de supuestos (art.9.2) en los que no es necesario el consentimiento: cuando existe peligro para la salud pública o riesgo vital para el propio paciente. En el art. 8.2 de la Ley Básica reguladora²⁹ dice que “El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los siguientes casos: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”.

Por otro lado el art. 10.1 dice “El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

Además dice que “el médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuando más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento del paciente”. Por lo tanto, se podría decir que para la información verbal obligatoria en procedimientos no quirúrgicos ni agresivos, habría que proporcionar al paciente datos sobre “la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”. Para los procedimientos quirúrgicos, agresivos o en los que el resultado sea dudoso, en los que la Ley exige que el acto de informar y consentir se haga por escrito, habría que informar sobre las consecuencias seguras de la intervención, los riesgos probables relacionados con el tipo de intervención y con las consecuencias personales y profesionales del paciente, y por último de las contraindicaciones³⁰.

Cabe destacar que en el art. 14.1 de esta ley²⁹ encontramos la definición de historia clínica: “La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro”.

3.8. Responsabilidad profesional médica en España

A pesar de los avances científicos y tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, el porcentaje de quejas debido a la mala praxis se ha incrementado en los últimos años en todo el mundo⁶. La mala praxis médica representa un serio problema en el sistema de salud y una amenaza para la salud del paciente. Todos los pacientes son potencialmente vulnerables y esto supone un gran coste en el aspecto económico, social y humano⁶. La literatura internacional alerta de un incremento en el número de reclamaciones por responsabilidad profesional médica en las últimas décadas, especialmente en Estados Unidos³¹. El aumento del número de reclamaciones por mala praxis es un fenómeno global que varía en los diferentes países. Por ejemplo, en Estados Unidos, aproximadamente el 3-4 % de los médicos de diferentes especialidades, recibieron una reclamación en 1970; esta cifra aumentó en un 20 % en 1980 y hasta un 25 % en 1990³². En el mismo ámbito, Jena et al.³³ analizaron en Estados Unidos la distribución de diferentes especialidades en las reclamaciones interpuestas por responsabilidad profesional médica en el periodo entre 1991 y 2005, detectando que la proporción anual de facultativos que se enfrentaban a una reclamación variaba del 19,1 % en neurocirugía, el 18,9 % en cirugía torácica y cardiovascular y el 15,3% en cirugía general, el 5,2 % en medicina familiar, el 3,1% en pediatría y el 2,6 % en psiquiatría³³. Sin embargo, el análisis del escenario de ese país puede no representar la perspectiva mundial del fenómeno y autores españoles subrayan la necesidad de bases de datos y estudios locales para que la información se adapte a las características específicas de los diferentes sistemas de salud³⁴.

En el ámbito español, el incremento de la judicialización de los asuntos sanitarios afecta a todas las especialidades, sean quirúrgicas o médicas, hospitalarias o extrahospitalarias. Durante el periodo de 1995 a 1998, se presentaron contra el Sistema Nacional de Salud 932 reclamaciones. Los errores médicos costaron al extinto INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) 4,3 millones de euros por indemnizaciones a

I.- INTRODUCCIÓN

95 pacientes (una media de 47.000 euros por paciente). Por especialidades, medicina de urgencia supuso el 23,8 % de las reclamaciones; ginecología y obstetricia, el 18,2 % y traumatología, el 11,2 %³⁵.

Respecto al área de riesgo en responsabilidad profesional médica existen especialidades con unas tasas de siniestralidad especialmente altas como la traumatología y cirugía ortopédica, ginecología y obstetricia, cirugía general, oftalmología y cirugía plástica, seguidas de especialidades de riesgo medio como la anestesia, la estomatología, medicina interna, neurocirugía o urología³⁶.

El ámbito quirúrgico se ha descrito como un área de la medicina con tasas particularmente elevadas de eventos adversos y reclamaciones. El Servicio de Responsabilidad Profesional del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña analizó las reclamaciones interpuestas entre los años 1986 y 2012, explorando los procedimientos quirúrgicos implicados en las mismas así como el resultado final de la reclamación; se identificaron 5.419 reclamaciones (69,03 %) relacionadas con procedimientos quirúrgicos, confirmando el hallazgo internacionalmente replicado de que el mayor porcentaje de reclamaciones por responsabilidad profesional médica corresponde a los procedimientos quirúrgicos frente a los médicos. Destacaron las especialidades de cirugía ortopédica y traumatología (17,3 %), obstetricia y ginecología (15 %), cirugía plástica, estética y reparadora (11,8 %), cirugía general y del aparato digestivo (9,9 %) y oftalmología (7,8 %)³⁷.

Causas

Diversas son las circunstancias que han llevado al incremento de la litigiosidad en materia de supuesta mala práctica médica, entre las que destaca el aumento claro y progresivo de la actividad médica desde hace años y la introducción de procedimientos más eficaces en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes pero con un aumento del riesgo, debido a una mayor complejidad y tecnificación de la medicina. Además, se ha extendido el trabajo en equipo de los médicos, en un contexto en que el paciente participa activamente de la toma de decisiones. Por otra parte, es indudable que un mayor nivel tecnológico conlleva más expectativas, no siempre reales, de resultados satisfactorios y un aumento de la información, a menudo triunfalista y engañosa y en caso de no obtenerse dichos resultados satisfactorios aparece una mayor decepción³⁸. Más hoy en día, cuando los pacientes tienen fácil acceso a los contenidos médico-científicos, especialmente a través de Internet, donde proliferan todo tipo de contenidos,

no siempre contrastados médicamente. Ello puede provocar en algunos pacientes —y/o sus familiares— confusiones y malas interpretaciones que ante un mal resultado —en ocasiones, unida a un ansia mercantilista— incidan en la decisión de interponer una reclamación para obtener una indemnización económica.

Asimismo el paciente y su familia conocen mejor sus derechos y los reclaman, hay una exigencia lógica de información y en ocasiones no hay una buena relación médico-enfermo, que es fundamental para el desarrollo de una buena práctica médica³⁹.

3.9. Recomendaciones para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica¹⁶

Información al paciente

Un principio comúnmente aceptado es que los médicos que comunican bien con sus pacientes son los que menos reclamaciones tienen. Una gran parte de las reclamaciones atribuyen al médico una falta de información que no permitió que el paciente pudiera negarse al procedimiento diagnóstico o terapéutico que presumiblemente ocasionó el daño o conocer los riesgos del mismo. La ley ampara al paciente al cual no se le ha permitido ejercer su derecho a la autonomía personal²⁹. Por esta razón, en los litigios por presunta negligencia médica, cuando no se puede acreditar y documentar que esa información ha sido facilitada —por ejemplo, si no existe un Documento de Consentimiento Informado (DCI) suficiente, personalizado y explícito— la sentencia suele ser condenatoria para el médico.

El médico debe ser consciente de que ha de invertir el tiempo que sea necesario para informar bien al paciente, dejando bien claro el tratamiento o procedimiento que se le propone y los riesgos que pueden derivarse aunque garantizándole que se tomarán todas las medidas necesarias para prevenirlos. El cumplimiento de este precepto beneficia también al médico en tanto que, además de cumplir el deber de respetar el derecho de autonomía del paciente, reduce notablemente el riesgo de recibir una reclamación cuando se producen resultados malos o insatisfactorios. Una buena práctica médica consistiría en preguntar al paciente antes de abandonar la consulta: ¿lo ha comprendido bien?, ¿necesita alguna aclaración más?, anotando en el curso clínico las respuestas¹⁶.

Seguimiento de las guías clínicas

La práctica médica se considera correcta cuando cumple la *lex artis*. En este sentido, las guías clínicas, protocolos y documentos de consenso constituyen un

I.- INTRODUCCIÓN

magnífico ejemplo, algunas veces único, de aquello que debe hacerse en un caso concreto. Por lo tanto, en un juicio por mala praxis, los abogados reclamantes intentarán demostrar que no existió una buena práctica si no se siguieron los principios contenidos en una guía o cualquier otro equivalente. Si no se siguieron las normas fijadas en las guías clínicas debe anotarse en la historia la razón para adoptar otra estrategia en beneficio del paciente.

Investigar si existen factores de riesgo

Siempre y sistemáticamente antes de aplicar un tratamiento o iniciar una exploración invasiva, el médico debería preguntar al paciente por la posible existencia de alergias a productos que pueden ser utilizados en su exploración como, por ejemplo, los contrastes iodados o los anestésicos locales. Además, debe hacerse un listado de los fármacos que el paciente consume de forma regular para evitar la prescripción de otros medicamentos que pudieran interactuar entre sí o que pudieran provocar hemorragias, caso de la aspirina o los anticoagulantes, al hacerse una exploración invasiva. También debe valorarse la existencia de afección asociada que pueda actuar de concausa patológica en caso de complicación o efecto adverso.

Documentación completa en la historia clínica

Conviene anotar en la historia clínica todo lo que se hace, propone o explica a un enfermo. Igualmente, los argumentos de por qué, en determinado caso, no se ha hecho lo que habitualmente se hubiera hecho normalmente o el motivo por el cual no se ha seguido estrictamente aquello que recomienda una guía clínica. Actuar de esta forma, puede evitar que ante una reclamación y al evaluarse la historia clínica, pueda interpretarse como una omisión o una negligencia médica alguna cosa que el médico ha hecho a consciencia. La historia clínica debe reflejar toda la actividad asistencial y es la garante de esta.

Hacer más cosas con menos riesgo en vez de aquella que tiene más riesgo

Antes de proponer una exploración invasiva o un acto terapéutico poco habitual que pueda tener unos potenciales efectos secundarios, conviene pararse a pensar si el objetivo que se propone, podría conseguirse con una exploración de menor riesgo o con un tratamiento con menos efectos secundarios. Informar de las diferentes alternativas posibles que permite al paciente dar su consentimiento y asumir los riesgos.

Hacer listas de verificación para comprobar el cumplimiento de las medidas de seguridad

El término anglosajón reconocido internacionalmente *checklist* (lista de verificación) de la industria aeronáutica se ha implantado en la práctica médica como un elemento de seguridad clínica. Antes de iniciar un procedimiento médico quirúrgico, vale la pena comprobar que en cada caso se cumplen todos los requisitos que, de acuerdo con las guías y protocolos clínicos, se consideren necesarios para una buena atención al paciente. Comprobar la validez del documento de consentimiento informado debe formar parte del *checklist*⁴⁰.

Evitar hablar mal de otros médicos

Criticar ante el enfermo las actuaciones o diagnósticos de otros profesionales que atendieron al paciente con anterioridad es una práctica deontológicamente reprochable, en parte porque, a menudo, estos comentarios despectivos son el origen de una reclamación, pero también, porque no permiten escuchar los razonamientos del médico al que se critica.

4.- RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL ODONTÓLOGO

4.1. El perfil específico del odontólogo o dentista

Corresponde a los licenciados en Odontología y a los médicos especialistas en Estomatología, sin perjuicio de las funciones de los médicos especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial, las funciones relativas a la promoción de la salud buco-dental y a la prevención, diagnóstico y tratamiento señalados en la Ley 10/1986, de 17 de marzo, y desarrolladas en el Real Decreto 1594/1994 de 15 de julio por el que se regula la profesión de Odontólogo, Protésico e Higienista Dental⁴¹. El artículo 1 de dicha ley⁴¹ establece que el Odontólogo está capacitado para realizar el conjunto de actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento relativas a las anomalías y enfermedades de los dientes, de la boca, de los maxilares y de sus tejidos anejos, tanto sobre individuos aislados como de forma comunitaria. Asimismo estarán capacitados para prescribir los medicamentos, prótesis y productos sanitarios correspondientes al ámbito de su ejercicio profesional.

El odontólogo, una vez concluido su periodo formativo y una vez otorgado el título correspondiente debe⁴²:

I.- INTRODUCCIÓN

- a) Poseer una amplia educación académica y odontológica y ser capaz de desenvolverse en todas las áreas de la odontología clínica.
- b) Debe tener la suficiente formación en todas las ciencias odontológicas.
- c) Ser capaz de trabajar junto con otros profesionales tanto dentales como de otros campos de la salud dentro del sistema sanitario apropiado.
- d) Tener buenas habilidades de comunicación.
- e) Estar motivado para mantener una actitud receptiva y positiva frente a los nuevos conocimientos y avances tecnológicos.
- f) Ser capaz de practicar una odontología integrada utilizando tanto conocimientos teóricos, como habilidades prácticas, dentro de un marco de resolución de problemas.

4.2. Concepto de responsabilidad profesional del odontólogo

Adaptando la definición clásica de responsabilidad profesional médica al ámbito odontoestomatológico², 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”¹.

4.3. Elementos constitutivos de la responsabilidad profesional en odontología

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: 1) existencia de obligación de asistencia, 2) existencia de daño, 3) existencia de falta profesional, y 4) relación de causalidad entre la falta y el daño^{1,43,44}.

1) Existencia de obligación de asistencia

Entre el odontoestomatólogo y el paciente debe haber un contrato de asistencia que suele ser verbal. 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 un 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 Penal¹⁷ 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 obligue⁴⁵.

- La obligación de medios y de resultados

Los tribunales españoles aplican una doctrina que encuadra la actuación del odontólogo en relación al tratamiento que realiza al paciente en dos tipos de contrato: el que exige una obligación de resultados y el que supone obligación de medios. 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. El paciente deberá estar plenamente informado del tratamiento que se le va a realizar, ese derecho incluye que se dé al paciente en términos comprensibles, información completa y continuada verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, conociendo cuales son los límites a los que el dentista puede llegar, plasmándose ese conocimiento del estado previo y de las posibles complicaciones que puede generar el tratamiento en el consentimiento informado. Si el profesional de la salud garantiza un resultado aparecerá esta obligación.

La obligación de resultados se produce cuando el paciente acude a la clínica por una necesidad estética; el profesional de la salud se obliga a realizar el tratamiento requerido por el paciente siempre dentro de los límites de la ciencia actual, de las posibilidades que tenga en ese momento y de la *lex artis* de su profesión⁴⁶.

Ambos tipos han sido aplicados por los tribunales españoles para valorar la procedencia o no de condenar los actos odontológicos que realizan⁹. No obstante, existe una creciente tendencia de los tribunales a considerar como contrato de «resultados» determinados actos odontológicos ya que en el año 1999, la sala civil del Tribunal Supremo, a través de varias sentencias, determinó que el contrato sanitario era en general de “obligación de medios” pero que en algunas especialidades el contrato

I.- INTRODUCCIÓN

implicaba la “obligación de resultados”. Las “especialidades” en las que se consideraba la existencia de obligación de resultados fueron la medicina y cirugía estéticas, la cirugía de la esterilización (vasectomías y ligaduras de trompas de Falopio) y la odontostomatología⁴⁵.

2) 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 conceptos²:

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

3) 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 Sánchez⁴⁴, 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*»^{1,44}. 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.

Otro punto de interés es que para la valoración de la praxis médica es absolutamente imprescindible el informe pericial médico⁴⁷ que será clave para valorar los preámbulos o requisitos específicos de acuerdo a las reglas contenidas en el Código Penal. Para que la prueba pericial médica pueda facilitar esta información es imprescindible que el perito lleve a cabo un estudio pormenorizado del caso a partir de todos los documentos disponibles, destacando entre ellos la historia clínica como elemento clave de valoración de praxis clínica⁴⁸.

4) 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^{1,44}.

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).

4.4. Tipos de responsabilidad profesional del odontólogo

En el caso del profesional odontólogo y estomatólogo, en la inmensa mayoría de las situaciones en que se les pide responsabilidad, se trata de responsabilidad civil o penal, teniendo las otras menos relevancia y presentándose estas situaciones con frecuencia muy inferior. El verdadero problema está, por tanto, en la responsabilidad penal, que por su propia naturaleza no es susceptible de aseguramiento y en la responsabilidad civil que puede dar pie a indemnizaciones económicas verdaderamente importantes⁴⁴.

Responsabilidad penal

Se trata de la obligación de responder ante los delitos cometidos en el ejercicio de la profesión. Estos delitos, al igual que en el resto de nuestro ordenamiento punitivo, pueden tener dos orígenes: uno doloso, es decir existe en estos supuestos

I.- INTRODUCCIÓN

intencionalidad o malicia para la comisión del delito: y dos, culposo: en este segundo supuesto no se da la intencionalidad o malicia, pero el origen del delito está en la imprudencia profesional. En este segundo grupo se incluyen la inmensa mayoría de los casos en que se pide responsabilidad penal al odontólogo. Se trata de situaciones en que el profesional ha realizado un acto imprudente, por vía de la impericia, negligencia, falta de previsión, etc. debiendo responder a las consecuencias dañosas de ese acto. De conformidad con lo establecido en nuestro Código Penal¹⁷, los responsables de un delito lo son también civilmente, es decir, de las consecuencias económicas que hayan podido derivarse del hecho doloso o culposo.

Responsabilidad civil

Es la obligación de reparar los daños que se hayan producido como consecuencia de actos ilícitos civiles realizados en el ejercicio de la profesión. Esta responsabilidad tiene su base en el artículo 1902 de Código Civil²⁰ en que señala que: “El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”.

El seguro de responsabilidad civil profesional es una obligación legal. La odontología, desde la perspectiva del seguro de responsabilidad civil profesional, tiene una serie de peculiaridades que la diferencian de otras actividades sanitarias. La primera es que los tribunales aplican a la odontología con frecuencia la obligatoriedad de obtener resultados (contrato de obra o resultado) y esto condiciona a menudo las resoluciones judiciales. La segunda característica es que la finalidad estética es consustancial a muchos tratamientos y por ello es incluida en la práctica profesional habitual, a diferencia de otras profesiones sanitarias y especialidades médicas. La tercera es que la práctica profesional de odontología es básicamente privada, aunque a menudo no ejercida de forma libre sino bajo contrato con entidades mercantiles. La última peculiaridad sería la irrupción en los últimos años de técnicas relativamente agresivas, como muchas relacionadas con la implantología, que generan mayor número de demandas con un mayor coste económico⁴⁹.

Aunque existen variaciones según el tipo de póliza, todos los seguros de responsabilidad civil profesional cubren al menos las indemnizaciones que se deban pagar a pacientes a consecuencia de daños y perjuicios producidos en el ejercicio de la profesión. También todos cubren los gastos de defensa jurídica. En ningún caso cubre la

devolución de honorarios o sanciones económicas en el ámbito penal o administrativo. Por ejemplo en caso de denuncia penal, el seguro pagaría los gastos de defensa jurídica (en este caso habitualmente tenemos libertad para asignar a nuestros abogados) y la posible indemnización al paciente por los daños y perjuicios ocasionados. No pagaría la eventual devolución de honorarios ni la multa a pagar en caso de que ésta se contemplase en la condena.

Responsabilidad contencioso-administrativa

Es la responsabilidad derivada del mal funcionamiento de los servicios públicos, en este caso sanitarios, y por tanto atañe a los odontólogos que ejercen su actividad para las administraciones públicas. En esta vía se reclama contra la administración pública y su seguro. En caso de condena éstos pagan, pero si dicha condena se debe al comportamiento negligente del profesional, la indemnización se repercutirá sobre éste y su seguro.

Responsabilidad laboral

Afecta a los odontólogos que trabajan por cuenta ajena, contratados por una empresa pública o privada. Por ese carácter de trabajadores por cuenta ajena deben cumplir toda la normativa laboral que les afecta. En caso de incumplimiento podrían ser sancionados por la empresa.

Responsabilidad corporativo-colegial

El dentista, para trabajar como tal, ha de estar obligatoriamente inscrito en un Colegio Profesional y está sujeto a responsabilidad disciplinaria interna de carácter corporativo-colegial. Dicha responsabilidad está basada en los preceptos ético-deontológicos y legales que vertebran el ejercicio profesional del dentista y amparada por los Estatutos de los Odontólogos y Estomatólogos y de su Consejo General⁵⁰. El profesional que incumple estas normas puede ser sancionado por el Colegio, en casos extremos incluso con la retirada de la colegiación, lo que implica la imposibilidad de trabajar como dentista. El Código de Ética y Deontología Dental Español integra los valores morales, normas éticas y principios deontológicos que deben inspirar, guiar y precisar la conducta profesional del dentista (art. 1 capítulo 1 del Código de Ética y Deontología Dental Español)⁵⁰, cuyos deberes vocacionales son los deberes primordiales del dentista, dado que su vocación consiste en defender la salud y aliviar el

I.- INTRODUCCIÓN

sufrimiento de sus pacientes, dentro del ámbito estomatognático, mediante un ejercicio profesional fundamentalmente humanitario:

- 1) el respeto a la vida y a la dignidad de las personas,
- 2) el cuidado preventivo, terapéutico y/o paliativo de la salud estomatognática de los seres humanos y
- 3) la promoción y protección de la salud dental de la comunidad. (art.14. Capítulo 2)⁵⁰.

Además, como dice el art. 13 del capítulo 2 del Código Español de Ética y Deontología Dental⁵⁰, la actuación del dentista debe ser conforme a la *lex artis ad hoc* por lo que el dentista se abstendrá de toda conducta perjudicial hacia la vida y la salud de los pacientes, atendiéndole conforme al conocimiento científico del momento y situación.

5.- SITUACIÓN ACTUAL DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL ODONTOLÓGICA EN ESPAÑA

5.1. Incidencia

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.

La incidencia de las reclamaciones de los pacientes por mala praxis varía en función de los países aunque la tendencia en los últimos estudios publicados en el ámbito nacional e internacional es a un aumento del número de reclamaciones en odontología en los últimos años. En España, 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 odontológicos³. 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).

Perea-Pérez et al.² observaron 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 dos datos realmente modera la importancia del incremento en el número de reclamaciones. Estos autores también relacionaron el número de reclamaciones recibidas en la Comisión Deontológica — desde el año 1982 al 2011— con el número de colegiados ejercientes en ese momento y observaron 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.

Este aumento también es coincidente con las series publicadas en otros países. En un estudio realizado en Irán entre 2000 y 2011, de los 1.127 casos de reclamaciones médicas, el 5,7 % de los casos (n=64) estuvieron relacionados con la odontología⁶. Se estima que en Estados Unidos, 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 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^{10, 51}. Mientras que en Turquía, Ozdemir et al.⁴ reportaron que entre 1991 y 2000, de 1.548 reclamaciones, 14 (0,9 %) estaban relacionadas con la odontología.

5.2. Causas

Existen muchos factores que pueden explicar este aumento en el número de reclamaciones como es el aumento del número de dentistas graduados, lo que lleva a un aumento del número de tratamientos y de mala praxis. Además, ha aumentado la población y los pacientes son conscientes de sus derechos⁶ y su familiarización con los procesos judiciales², así como el aumento de las expectativas del paciente. Otros factores que se han mencionado son la habilidad del profesional para resolver situaciones conflictivas, la falta de comunicación entre el paciente y el profesional sanitario² y los profesionales que intentan trabajar por encima de sus habilidades⁵².

5.3. Consecuencias

Este aumento de demandas tiene consecuencias para el dentista tanto a nivel personal como profesional². Esto lo demuestra un estudio realizado por Perea-Pérez et al.⁵³ en una muestra de 169 médicos demandados, observó que el 98,8 % vivió la experiencia como mala o muy mala. El 85,1 % consideró que tuvo repercusión en su vida familiar. El 84 % reconoció haber variado su forma de trabajar debido a este suceso y en el 57,4 % tuvo una repercusión en su vocación profesional⁵³.

A nivel profesional, aparece la llamada “odontología defensiva”, que al igual que la “medicina 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 tenue². Además, el desarrollo de nuevas técnicas y procedimientos nos obliga a concentrarnos, al menos parcialmente, en un ámbito de actividad. Este aumento de la superespecialización por motivos legales consiste en definir nuestra actividad profesional a aquellas maniobras en las que nos sintamos más seguros².

5.4. La seguridad del paciente en la práctica odontológica

La seguridad del paciente es una gran preocupación de la profesión médica, así como también lo es el riesgo de reclamación por un presunto defecto de praxis⁵⁴. Desde la publicación de *To err is human: building a safer health system*, con cifras alarmantes sobre los eventos adversos en la asistencia sanitaria, se han realizado notables esfuerzos orientados a incrementar la seguridad del paciente⁴³.

El concepto clave en la seguridad del paciente es el de “**evento adverso**”. Un evento adverso es todo incidente desfavorable, no deseado y generalmente imprevisto, producido por error u omisión durante el tratamiento odontológico, y que tiene consecuencias negativas para la salud del paciente (incluyendo daños físicos o psíquicos y/o prolongación del tiempo de tratamiento). Es un concepto amplio que incluye errores, accidentes, retrasos asistenciales, negligencias, etc., pero no las complicaciones propias de la enfermedad del paciente. Los eventos adversos pueden ser evitables o inevitables. Ejemplo de evento adverso evitable sería una confusión en la prescripción de un fármaco a un paciente con antecedentes alérgicos. Ejemplo de evento adverso no

evitable sería la reacción adversa ante la administración de un anestésico local en un paciente sin patología clínica ni antecedentes alérgicos^{11,55}.

El objetivo fundamental de la “seguridad del paciente” es evitar, en la medida de lo posible, los sucesos adversos evitables (accidentes, errores o complicaciones), y limitar sus consecuencias de los inevitables, asociados a la asistencia sanitaria, en este caso odontológica^{56, 57}. Los errores médicos, la seguridad del paciente y las reclamaciones están interrelacionadas en la práctica médica. Lang⁵⁸ concluyó que mejorando la seguridad del paciente se podría reducir el porcentaje de mala praxis lo que reduciría el riesgo de demandas contra el profesional. Por ello, la seguridad de los pacientes se ha convertido en uno de los focos de atención principales de todas las profesiones sanitarias, pese a que en el ámbito odontológico, las iniciativas han sido más tardías y menos ambiciosas. Posiblemente esto sea debido a la menor relación que tiene la práctica odontológica con la mortalidad y la morbilidad con respecto a otras prácticas médicas⁵⁶. No obstante, en los últimos años se está haciendo un importante esfuerzo por parte de la Federación Dental Internacional y del Consejo Europeo de Dentistas para sumarse al resto de iniciativas internacionales para la seguridad del paciente^{11,55}. Es importante destacar la iniciativa del Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España de crear el Observatorio Español para la Seguridad del Paciente Odontológico (OESPO) y promover el primer “plan de prevención de riesgos clínicos en odontología”⁵⁹.

El problema que existe en la seguridad del paciente en odontología es la falta de información. La práctica dental es habitualmente dispersa y “no estructurada”, en pequeños centros asistenciales. Los profesionales que sufren un evento adverso en su consulta, en el mejor de los casos tratan de aprender de él, pero en la mayoría intentan olvidarlo, y prácticamente siempre lo ocultan al resto de la profesión o al menos son reservados sobre su existencia. Esto hace que la gran mayoría de la información sobre eventos adversos en odontología se pierda, y no pueda ser estudiada adecuadamente¹¹. En la literatura revisada, son pocos los estudios sobre la seguridad del paciente en odontología^{11, 59, 60, 61} posiblemente debido a la percepción general de que los eventos adversos rara vez conducen a consecuencias graves en los pacientes. Sin embargo, la verdadera incidencia de muchos eventos adversos sigue siendo desconocida y muchos de ellos parecen ocurrir con más frecuencia de lo que se aprecia en general⁶². Hiivala et al.⁶³ realizaron un estudio retrospectivo mediante un cuestionario a dentistas finlandeses

I.- INTRODUCCIÓN

y observaron que cerca de un tercio notificaron algún tipo de incidente en la seguridad del paciente en los últimos 12 meses. Los eventos adversos graves ocurrieron raramente, en cambio no fueron infrecuentes los eventos adversos menos graves y los incidentes, especialmente en cirugía oral, endodoncia y tratamiento restaurador. Este estudio revela más sobre los incidentes y su prevalencia aunque son necesarios un mayor número de estudios sobre la seguridad del paciente odontológico. En el estudio de Hiivala et al.⁶³ los eventos adversos por orden de frecuencia fueron 1) las ulceraciones en los tejidos blandos (labios, lengua), 2) la lesión del diente adyacente, 3) la ingestión de cuerpos extraños, 4) el tratamiento del diente equivocado, 5) los relacionados con la anestesia local, 6) los accidentes relacionados con hipoclorito sódico, 7) los relacionados con la prescripción de medicamentos y 8) los relacionados con la comunicación.

En el estudio de Perea-Pérez et al.¹¹ se analizaron 415 eventos adversos ocurridos en la práctica odontológica en España entre 2000 y 2010 y llegaron a las siguientes conclusiones: 1) los tratamientos implantológicos, endodóncicos y de cirugía oral mostraron las mayores frecuencias de los eventos adversos de esta serie; 2) la mayoría de los pacientes afectados por un evento adverso odontológico requirieron para su tratamiento un “ingreso hospitalario” (46,2 %); 3) la consecuencia más habitual de los eventos adversos es la pérdida dentaria, aunque hay descritas secuelas más graves como daños permanentes en troncos nerviosos, pérdidas óseas importantes, daño sinusal crónico e incluso la muerte del paciente; 4) pese a que la mayoría de los eventos adversos estudiados correspondieron a complicaciones y accidentes no previsibles (55,7 %), un porcentaje muy importante se debieron a errores y complicaciones previsibles y evitables que no debieron haber ocurrido (44,3 %).

5.5. Principales actuaciones odontológicas de las que pueden derivarse las denuncias

Aunque las reclamaciones por mala praxis ocurren en todas las áreas de odontología, en unas áreas son más frecuentes que en otras. En la tabla 1^{4-8, 11, 64, 65} se recogen los estudios encontrados sobre reclamaciones por mala praxis en odontología en diferentes países. En la mayoría de los estudios el área más frecuentemente demandada fue la cirugía^{4, 7, 65} y la implantología^{8, 11}, seguida de la prostodoncia^{5, 64} la endodoncia⁶ y la odontología conservadora. Las áreas descritas con un menor número de reclamaciones fueron la periodoncia⁵, la ortodoncia⁸ y los problemas derivados de la técnica anestésica.

Tabla 1. Estudios que analizan las reclamaciones por mala praxis durante el tratamiento odontológico

Autor	Año publicación	País (ciudad)	Rango (años) estudio	Número de reclamaciones	Área odontología (número de casos)
Ozdemir et al. ⁴	2005	Turquía	1991-2000	11	Cirugía (5 casos) Prótesis (4 casos) Endodoncia (2 casos)
Hapcook ⁶⁴	2006	USA	NE	NE	Prostodoncia: 28 % Endodoncia: 17 % Odontología conservadora: 16 % Cirugía oral: 9 % Periodoncia: 7 % Implantología: 5 % Ortodoncia: 4 %
Kiani y Sheikhzadi ⁵	2008	Iran (Tehran)	2002-2006	277	Prostodoncia: 27,8 % (77) Cirugía oral e implantes: 23,5 % (65) Endodoncia: 16,6 % (46) Odontología conservadora: 13 % (36) Periodoncia: 2,5 % (7)
Lopez-Nicolas et al. ⁶⁵	2011	España (Murcia)	1993-2009	84	Cirugía: 23,8 % (20) Prótesis: 42,85 % (36) Endodoncia: 33,3 % (28)
Hashemipour et al. ⁶	2013	Iran (Kerman)	2000-2011	64 (6 casos no clínicos)	Endodoncia: 34,4 % (22) Prótesis: 28,1 % (18) Odontología conservadora: 20,3 % (13) Cirugía oral: 13,5 % (9) Ortodoncia: 3,1 % (2)
Mohebbi et al. ⁷	2014	Iran (Tehran)	2006-2011	44	Cirugía: 38,6 % (17) Prostodoncia e implantes: 27,3 % (12) Odontología conservadora: 15,9 % (7) Endodoncia: 11,3 % (5) Ortodoncia: 6,8 % (3)
Pinchi et al. ⁸	2014	Italia	2001-2010	1.230	Implantes dentales: 25 % (307) Prótesis: 24 % (295) Endodoncia: 19,3 % (237) Cirugía oral: 18,2 % (224) Ortodoncia: 7,5 % (92) Anestesia: 2,5 % (31) Otras: 3,5 % (44)
Perea-Pérez et al. ¹¹	2014	España	2000-2010	415	Implantología: 25,54 % (106) Endodoncia: 20,72 % (86) Cirugía oral: 20,24 % (84) Prostodoncia 12,53 % (52)

NE: No especifica

5.6. Recomendaciones para minimizar el riesgo de una demanda por responsabilidad profesional odontológica o limitar sus consecuencias²

- Llevar a cabo una buena práctica profesional.
- Seguir protocolos de reconocido prestigio.
- No asegurar el resultado del tratamiento.
- Tener cuidado con tratamientos muy novedosos.
- 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.

5.7. Jurisdicción española y tramitación procesal de las denuncias contra los dentistas

La jerarquía jurisdiccional española se establece por su función procesal; podemos distinguir, por un lado, los órganos de instancia —primera o única— que son los que resuelven los asuntos por primera vez; pero en determinados casos cabe una segunda instancia, es decir, un nuevo enjuiciamiento pleno, ante un órgano superior estratificado de la siguiente forma: Audiencia Provincial (máximo órgano en la provincia), Tribunal Superior de Justicia (máximo órgano en la comunidad autónoma), Tribunal Supremo (máximo órgano nacional), Audiencia Nacional (entiende de asuntos nacionales de terrorismo, crimen organizado, tráfico de armas o de drogas, etc). Las sentencias de primera instancia no se publican uniformemente en ninguna base de datos, el desacuerdo en la sentencia es lo que motiva acudir a una segunda instancia. Existe una excepción para la vía de reclamación contencioso-administrativa, ya que se acude

directamente al Tribunal Superior de Justicia de la comunidad autónoma sin pasar por la primera instancia. Este hecho condiciona que sólo las reclamaciones más importantes (por los daños causados, por la cuantía económica, o por el enconamiento entre las partes) lleguen a este nivel⁶⁶.

El procedimiento judicial por supuesta mala práctica médica será distinto según la jurisdicción donde se presente la reclamación de la responsabilidad⁶⁷. Existen básicamente tres jurisdicciones a las que puede ser llevado a un dentista por una reclamación referente a su práctica profesional: civil, penal y contencioso-administrativa. Las otras jurisdicciones serían excepcionales.

Jurisdicción civil

La jurisdicción civil se ocupa de la reparación de los daños y perjuicios sufridos por los pacientes en el ámbito de la asistencia dental privada. El procedimiento civil se encuentra regulado por la Ley de Enjuiciamiento Civil. La justicia civil pertenece al ámbito del derecho privado, y son las partes en litigio las que deben probar que tienen razón, siendo el papel del juez mucho menos activo que en el ámbito penal. Cualquier persona que se sienta perjudicada puede reclamar una indemnización por daños y perjuicios presentando una demanda ante un juzgado de primera instancia, donde se celebrará el juicio tras la presentación de las pruebas. Corresponde a la Audiencia Provincial resolver los posibles recursos de las sentencias dictadas en los juzgados de primera instancia. En casos extraordinarios se producirán recursos de casación ante la Sala Penal o Civil del Tribunal Supremo, según la jurisdicción de que se trate.

Jurisdicción penal

La jurisdicción penal se ocupa de sancionar los comportamientos que constituyan delitos (tipificados en el Código Penal) y poco utilizada contra los dentistas. El procedimiento penal regulado por la Ley de Enjuiciamiento Criminal se inicia mediante una denuncia o una querrela, al ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, en un juzgado de instrucción, la supuesta mala práctica médica. La investigación se realizará en el mismo juzgado de instrucción, mientras que la fase plenaria u oral se llevará a término en un juzgado de lo penal o en la Audiencia Provincial.

I.- INTRODUCCIÓN

Jurisdicción contencioso-administrativa

Se ocupa de la reparación de los daños debidos a un mal funcionamiento de los servicios públicos, o sea, a la asistencia pública odontológica. En la jurisdicción contencioso-administrativa las demandas se presentan ante los juzgados de lo contencioso-administrativo con sede en capitales de provincia o ante la Sala Contencioso-Administrativa de la Audiencia Nacional según el alcance territorial de la Administración contra la que se reclama⁶⁸.

II.- MATERIAL Y MÉTODO

II.- MATERIAL Y METODO

II.- MATERIAL Y MÉTODO

1. MATERIAL

1.1. Muestra del estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo de las sentencias publicadas desde 1991 hasta marzo de 2015 por presuntos defectos de praxis en la asistencia de pacientes tratados por odontólogos o estomatólogos en España. La búsqueda se realizó a través base de datos Aranzadi digital, servicio jurídico on-line de Editorial Aranzadi en colaboración con el Grupo The Thomson Corporation (www.aranzadidigital.es)⁶⁹. Se obtuvo una autorización (Anexo 1) para hacer uso de la base de datos de Aranzadi Digital.

Las sentencias pertenecían a los juzgados de segunda y tercera instancia (Audiencia Provincial, Tribunal Superior de Justicia, Tribunal Supremo y Audiencia Nacional) de la jurisdicción civil, penal y contencioso-administrativa.

Para la búsqueda de las sentencias, a través de la página www.aranzadidigital.es⁶⁹ y una vez introducidas la clave y la contraseña, se seleccionó el apartado de “Jurisprudencia” y en tipo de resolución se seleccionó “Sentencia”. Las **palabras clave** utilizadas para la búsqueda fueron “odontólogo” con la que se obtuvieron 4.000 sentencias; dentro de los resultados de la palabra clave odontólogo se buscaron las que contenían las palabras “responsabilidad” obteniendo 1.025 sentencias, “obligación de medios” (166 sentencias), “obligación de resultados” (244 sentencias) y “*lex artis*” (155 sentencias). También se introdujeron las palabras clave “estomatólogo” (1.706 sentencias) y “dentista” (3.058 sentencias). Se revisó la jurisprudencia que contenía palabras clave como “implante dental” (877 sentencias), “endodoncia” (1.075 sentencias), “ortodoncia” (3.380 sentencias) y “extracción dental” (573 sentencias).

1.2. Criterios de inclusión y exclusión

En total se revisaron los resúmenes de 16.259 sentencias pertenecientes a la jurisdicción civil, penal y contencioso-administrativa. De estas, se preseleccionaron las sentencias que cumplieran los siguientes **criterios de inclusión**:

- Sentencia referida a un odontólogo o estomatólogo debido al ejercicio de su profesión según la Ley 10/1986, de 17 de marzo, y desarrolladas en el Real

II.- MATERIAL Y METODO

Decreto 1594/1994 de 15 de julio por el que se regula la profesión de Odontólogo, Protésico e Higienista Dental⁴¹.

- Sentencias relacionadas con pacientes que demandaron una presunta mala praxis asociada a la práctica dental.

En una primera selección de los casos a incluir se obtuvo una primera muestra de 561 sentencias (de 16.259 sentencias que aparecieron al introducir las palabras clave). Tras la revisión de todas ellas se consideró que 57 no debían ser incorporadas en el estudio; quedando finalmente la muestra final en 504 sentencias.

Se excluyeron 57 sentencias por los siguientes motivos:

- Fueron descartadas 35 sentencias porque no se especificaban los datos del tipo de tratamiento odontológico demandado.
- Se excluyeron 15 sentencias por intervenir como profesional un cirujano maxilofacial.
- En 7 sentencias el acto odontológico demandado estaba asociado a intrusismo.

2. MÉTODO

2.1. Recogida de datos

De las 504 sentencias incluidas en el estudio, se registraron los datos en una hoja de recogida de datos (Anexo 2) con diferentes variables referentes a a) variables administrativas, b) variables en relación al acto odontológico, c) variables en relación al paciente, d) variables en relación al profesional implicado, y e) variables judiciales.

Se recogieron los siguientes datos en función de las variables clasificadas:

2.1.1 Variables administrativas

- 1) Número de sentencia según la referencia de la base de datos de Aranzadi.
- 2) Fecha de la sentencia.
- 3) Comunidad autónoma y provincia donde se produce la demanda.
- 4) Jurisdicción en la que se dirime la demanda:
 - Civil
 - Penal
 - Contencioso-administrativa
- 5) Tipo de tribunal que resuelve la demanda:

- Audiencia Provincial (AP)
- Tribunal Superior de Justicia (TSJ)
- Tribunal Supremo (TS)
- Audiencia Nacional (AN)

2.1.2. Variables en relación al acto odontológico

1) **Ámbito de la actuación:** se refiere al marco asistencial en el que se desarrolla la relación odontólogo-paciente. Consideramos las siguientes posibilidades:

- No se especifica dónde tuvo lugar el tratamiento.
- Sistema sanitario público. Se refiere a odontólogos o estomatólogos que ejercen en el ámbito de la sanidad pública.
- Asistencia privada. Se consideró asistencia privada la prestada por un dentista en su propia clínica o en una clínica propiedad (parcial o totalmente) de un profesional.
- Franquicia. Se refiere a la asistencia prestada en un establecimiento cuya propiedad no pertenece a ningún dentista, ni parcial ni totalmente. Se clasificaron como franquicias las diferentes cadenas de franquicias distribuidas en el territorio español.
- Compañía aseguradora. Cuando la clínica dental funciona con intermediación de una compañía de seguros.
- Clínica universitaria.

2) **Tratamiento odontológico realizado:**

Se recogió el tipo de tratamiento específico que fue demandado.

3) **Área odontológica afectada.** Para simplificar la clasificación de tratamientos hemos agrupado algunos tipos de tratamientos en una misma área odontológica.

- Cirugía oral e implantología: dentro de esta área se incluyeron la colocación de implantes, las extracciones de dientes erupcionados y las extracciones quirúrgicas.
- Endodoncia: Tratamiento de los conductos radiculares de los dientes definitivos.
- Prostodoncia: Se trata del reemplazo de las piezas dentarias perdidas. Se incluyeron tanto las rehabilitaciones mediante prótesis dentosoportadas (prótesis fijas y removibles) como las prótesis implantosoportadas.

II.- MATERIAL Y METODO

- Odontología conservadora: Se incluyeron las obturaciones simples o compuestas y las reconstrucciones.
 - Ortodoncia. Se trata del tratamiento dedicado a la corrección de la posición de los dientes ya sea mediante aparatología fija como con removible.
 - Anestesia bucodental local. Hemos clasificado la anestesia como parte independiente del tratamiento para distinguirla de las posibles complicaciones que pueden surgir debido al procedimiento de anestesia local.
 - Periodoncia. Se incluyeron los tratamiento periodontales básicos de raspado y alisado radicular.
- 4) Tipo de evento adverso producido: Definimos evento adverso como todo incidente desfavorable, no deseado y generalmente imprevisto, producido por error u omisión durante el tratamiento odontológico, y que tiene consecuencias negativas para la salud del paciente (incluyendo daños físicos o psíquicos, y/o prolongación del tiempo de tratamiento). Estas consecuencias negativas no deben estar causadas por la enfermedad o patología subyacente del paciente⁵⁵. Las opciones que nos planteamos fueron las siguientes:
- Ausencia de evento adverso.
 - Error en la planificación: La acción que se pretende realizar originalmente no es correcta.
 - Error de procedimiento: Se siguieron los procedimientos ejecutándolos incorrectamente⁷⁰.
 - Error en el seguimiento y control de los pacientes intervenidos: inexistencia de hoja de instrucciones postoperatorias, o falta de control post quirúrgico⁵⁷.
 - Error de información: Incumplimiento del deber de informar adecuadamente.
 - Accidente: Suceso inesperado y no previsible que aparece durante el curso de un tratamiento o durante la estancia del paciente en el centro sanitario¹¹.
 - Complicación: Evolución anormal de un proceso tras un tratamiento correcto. Aparece una vez terminado el tratamiento. Dependiendo del momento de aparición puede ser temprana o tardía⁷¹.
- 5) Documento de consentimiento informado (DCI). Diferenciamos las siguientes opciones:
- No
 - Si

- No especifica
- Incompleto
- Tardío
- Inespecífico

6) Tipo de daño generado:

Se define daño como la alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella⁷². El daño derivado de un tratamiento odontológico puede ser múltiple y presenta gran diversidad en todas las áreas odontológicas. Se fueron anotando los diferentes daños que iban apareciendo tras la lectura de la sentencia como por ejemplo, la lesión del diente adyacente, el mal ajuste protésico, la perforación radicular, el fracaso del implante, la rotura de la aguja, etc.

7) Tipo de secuela que supuestamente se ha producido como consecuencia del acto odontológico. Se trata del daño definitivo o lesión irreversible que persiste una vez agotadas las posibilidades terapéuticas y rehabilitadoras.

8) Se especificó si hubo indemnización por daño moral. Se consideraron tres opciones posibles:

- No
- Si
- No especifica

9) Tipo de tratamiento requerido por el paciente tras la demanda del acto odontológico:

- No especifica el tratamiento.
- Ingreso hospitalario.
- Tratamiento hospitalario.
- Tratamiento dental en otra clínica.
- Tratamiento en el mismo centro donde se ha producido el acto odontológico demandado.

2.1.3. Variables en relación al paciente.

1) Sexo del actor o demandante:

- Hombre
- Mujer

II.- MATERIAL Y METODO

2) Mayoría de edad del paciente:

- Si
- No

2.1.4. Variables en relación al profesional implicado

1) Número de profesionales implicados:

- Uno
- Dos
- Clínica. Se anotó esta opción en los casos en los que la demandada fue la clínica y no se especificara el número de profesionales implicados.

2) Sexo del demandado:

- Hombre
- Mujer
- Clínica. Se anotó esta opción en los casos en los que la demandada fue la clínica y no se especificara el sexo del profesional.

2.1.5 Variables judiciales

1) Tipo de responsabilidad profesional exigida al odontólogo/estomatólogo:

- No se le exige responsabilidad profesional
- Responsabilidad civil
- Responsabilidad penal
- Responsabilidad contencioso-administrativa

2) Resolución judicial o fallo de la sentencia:

- Absolución del dentista.
- Condena al dentista y costas de indemnización.
- Condena a la clínica.
- Condena a la clínica y al dentista.
- Devolución de la cantidad pagada por el tratamiento.
- Reparación del daño producido sin especificar la cantidad.
- Condena penal que supone una multa, arresto en prisión e inhabilitación para ejercer la profesión.
- Condena penal que consiste en una multa y arresto en prisión.
- Condena penal que consiste en una multa e indemnización económica a la paciente.

3) Tipo de imprudencia. En las sentencias que se exigió responsabilidad penal que tipo de imprudencia se especificó:

- Imprudencia leve
- Imprudencia grave
- Imprudencia profesional

4) Existencia de mala praxis: se analizó si la actuación del odontólogo fue acorde a la *lex artis*, entendiendo como tal las normas generales de actuación consensuadas por la comunidad científica, en este caso la odontológica. Existen tres opciones posibles:

- Si
- No
- No específica

5) Referencia a la obligación de medios o resultados:

- No hace referencia
- Obligación de medios
- Obligación de resultados
- Obligación de medios y resultados.

6) Existencia de daño:

- No
- Si
- No específica

7) Relación de causalidad: Se analiza si existió relación causa/efecto entre la actuación profesional incorrecta y el daño producido. Consideramos tres situaciones:

- No hay causalidad
- Si hay relación de causalidad
- La actuación fue correcta
- No específica

8) Cuantía reclamada por el paciente (especificada en euros). En el caso que apareciera este dato.

9) Cuantía de la indemnización en caso de condena (especificada en euros).

II.- MATERIAL Y METODO

2.2. Aspectos éticos y médico-legales

La investigación se ha realizado con el respeto debido a la privacidad, intimidad y confidencialidad de la totalidad de los datos obtenidos sobre los expedientes consultados, y conforme a la legislación vigente sobre la protección de datos. Los resultados expuestos no permiten, ni en su totalidad ni en parte, la identificación de ningún paciente ni facultativo implicado en los casos de la muestra estudiada.

La totalidad del presente estudio se ha realizado sobre los datos registrados en las sentencias y no ha implicado entrevistas a personas.

No ha existido tampoco en la presente investigación ningún tipo de financiación del estudio ni conflicto de intereses.

2.3. Análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS 22.0 para Windows.

Los métodos estadísticos utilizados fueron los siguientes⁷³:

- Estadística descriptiva de las variables cuantitativas (procedimiento DESCRIPTIVE) para la descripción de las muestras: media, desviación estándar, máximo, mínimo, mediana, desviación estándar de la media, etc⁷⁴.
- Estadística descriptiva de las variables cualitativas (procedimiento FREQUENCIES), con la obtención de frecuencias y porcentajes de las categorías⁷⁴.
- Tablas de contingencia para la relación entre variables cualitativas (procedimiento CROSSTABS). Test Exacto de Fisher o Prueba de Chi-cuadrado para contrastar la independencia o influencia entre dos variables cualitativas, con información en cada casilla de la tabla de contingencia del porcentaje en fila y los residuos corregidos no tipificados para ayudar a descubrir las tramas en los datos que contribuyen a una influencia significativa^{74, 75}.

2.4. Limitaciones del estudio

En cuanto a la fuente de datos utilizada en la presente investigación, proceden de sentencias judiciales recurridas en segunda y tercera instancia. Por lo que no incluimos en nuestros datos las reclamaciones y compensaciones extrajudiciales y las solventadas definitivamente en las primeras instancias. Esto hace que la extrapolación de nuestros

datos al conjunto total de las reclamaciones de pacientes contra estomatólogos u odontólogos deba hacerse con cautela. Por otra parte, se trata de un sesgo importante, ya que al provenir la información de fuentes jurídicas, suponemos que la gran mayoría de los eventos adversos leves o que han sido solucionados adecuadamente en el propio centro donde se produjeron, se han perdido al no provocar reclamación legal; sin embargo el sesgo que presenta este trabajo también tiene una importante ventaja: los eventos adversos recogidos son los más graves producidos, y por tanto los que más deben preocupar al profesional. Desde este punto de vista, consideramos que esta serie aporta información muy útil para los profesionales.

Debemos tener en cuenta que en todas las sentencias estudiadas no están juzgadas de acuerdo al mismo Código penal, ya que algunas son anteriores al actual Código Penal Vigente ¹⁷, por lo que la calificación penal puede sufrir también algún sesgo con relación a los tipos de imprudencia penal.

Otra limitación que debemos tener en cuenta en la presente investigación son los datos obtenidos a partir de la lectura de las sentencias ya que suelen tratarse de criterios legales y no médicos. Además, la información recogida de las sentencias se ve limitada por la ausencia de la historia clínica completa y la recopilación de datos ocasionalmente confusos ya que no se siguen los mismos criterios en todas ellas y esto hace que en algunas ocasiones la interpretación pueda resultar subjetiva.

La escasa bibliografía existente sobre este tema hace difícil establecer las pautas necesarias para un correcto análisis de los aspectos médico-legales asociados con la responsabilidad profesional del odontólogo así como la comparación de resultados con otros trabajos o estudios similares.

II.- MATERIAL Y METODO

III.- RESULTADOS

III.- RESULTADOS

III.- RESULTADOS**1. RESULTADOS DEL ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA****1.1. Variables administrativas**Distribución temporal de las sentencias

Se incluyeron en el estudio un total de 504 sentencias, desde enero de 1991 a marzo de 2015, relacionadas con presunta mala praxis durante el tratamiento odontológico. En la tabla 2 se recoge la frecuencia (n) y el porcentaje (%) de las sentencias en función del año. El año 2013 fue el año en el que se registró un mayor número de sentencias relacionadas por presunta mala praxis en el tratamiento odontológico; se recogieron 56 sentencias (11,1 %). Los años que siguieron con más frecuencia fueron 2014 (n=50; 9,9 %), el año 2011 (n=46; 9,1 %) y 2009 (n=46; 9,1 %). En el resto de años se observó una incidencia inferior al 8 %. En los años 1992, 1993, 1995 y 1996 no se recogió ninguna sentencia. La gráfica de la figura 1 muestra la evolución del número de sentencias analizadas desde 1991 a 2014.

III.- RESULTADOS

Tabla 2. Distribución temporal de las 504 sentencias analizadas desde 1991 a marzo de 2015

Año	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
1991	2	0,4 %
1994	1	0,2 %
1997	2	0,4 %
1998	10	2,0 %
1999	7	1,4 %
2000	14	2,8 %
2001	9	1,8 %
2002	20	4,0 %
2003	22	4,4 %
2004	31	6,2 %
2005	22	4,4 %
2006	32	6,3 %
2007	26	5,2 %
2008	39	7,7 %
2009	46	9,1 %
2010	30	6,0 %
2011	46	9,1 %
2012	35	6,9 %
2013	56	11,1 %
2014	50	9,9 %
2015	4	0,8 %
Total	504	100 %

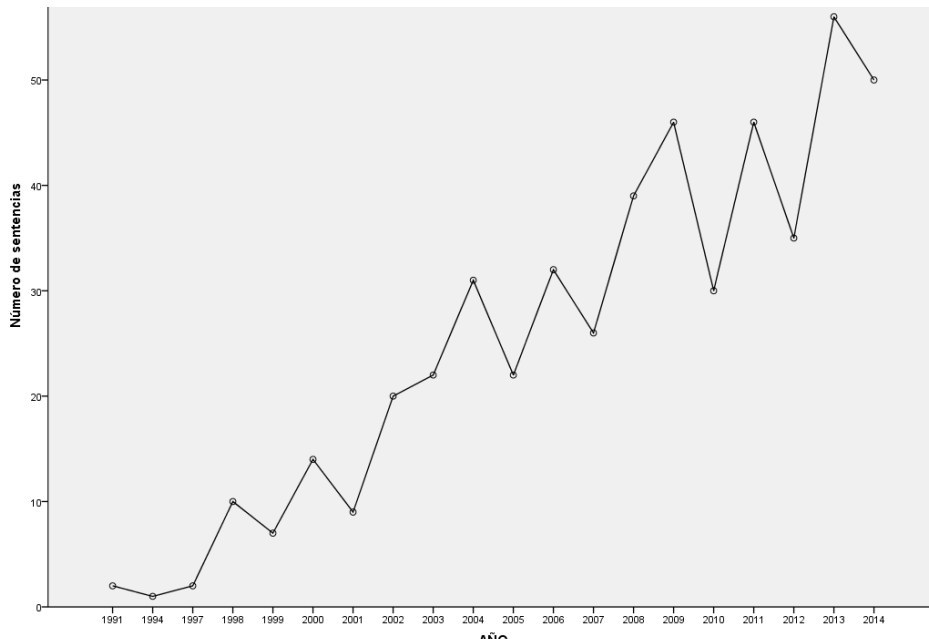


Figura 1. Gráfica de la evolución en el tiempo de la sentencias analizadas desde 1991 a 2014.
No se han incluido las 4 sentencias recogidas en el año 2015 ya que la recogida de datos finalizó en marzo de ese año.

Realizamos la distribución temporal de las sentencias en intervalos de 5 años desde 1990 a 2015, excepto el primer intervalo (de 1990 a 2000) que fue de 10 años debido a la escasez de sentencias durante este periodo (tabla 3).

El intervalo de años en el que se analizó un mayor número de sentencias fue durante el periodo 2011-2015; teniendo en cuenta que el año 2015 está incompleto (las sentencias fueron recogidas hasta marzo del 2015).

Tabla 3. Distribución temporal por rango de años de las sentencias incluidas en el estudio

Rango	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
1990-2000	36	7,1 %
2001-2005	104	20,6 %
2006-2010	173	34,3 %
2011-2015	191	37,9 %
Total	504	100 %

III.- RESULTADOS

Distribución geográfica

En cuanto a la distribución geográfica de las sentencias según la comunidad autónoma, se observó un mayor número de sentencias en la Comunidad de Madrid (n=113; 22,4 %), Cataluña (n=77; 15,3 %) y Andalucía (n=49; 9,7 %), seguidas de la Comunidad Valenciana (n=44; 8,7%), Galicia (n=31; 6,2 %), el Principado de Asturias (n=30; 6 %), y Castilla y León (n=25; 5 %). En el resto de comunidades la frecuencia fue inferior al 5 %. En el mapa de la figura 2 se observan las frecuencias y los porcentajes de las sentencias en cada comunidad autónoma.

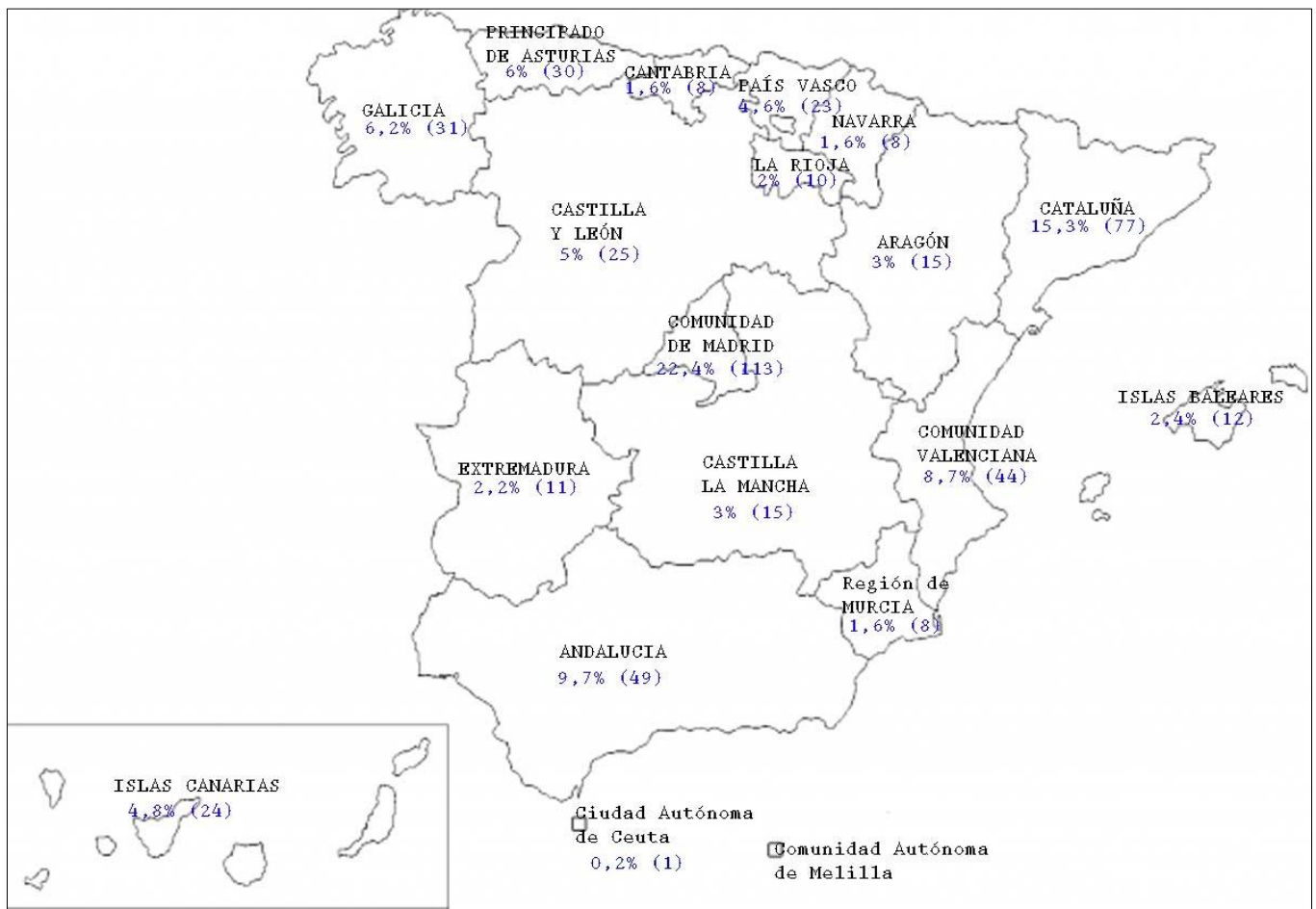


Figura 2. Mapa de España clasificado por comunidades autónomas. Distribución geográfica de las sentencias en frecuencias (n) y porcentajes (%).

III.- RESULTADOS

En lo relativo a la provincia en la que tuvo lugar el acto odontológico denunciado, se muestra un mayor número de sentencias en la provincia de Madrid (113 de 504; 22,4 %), seguida de Barcelona (69 de 504; 13,7 %) y Asturias (30 de 504; 6 %). En el resto de provincias la frecuencia fue inferior al 5 % (figura 3). En las provincias de Huesca, Teruel, Almería y en la ciudad autónoma de Melilla no se cuantificó ninguna sentencia. En el mapa de la figura 3 se observan las frecuencias y los porcentajes de las sentencias en cada provincia.

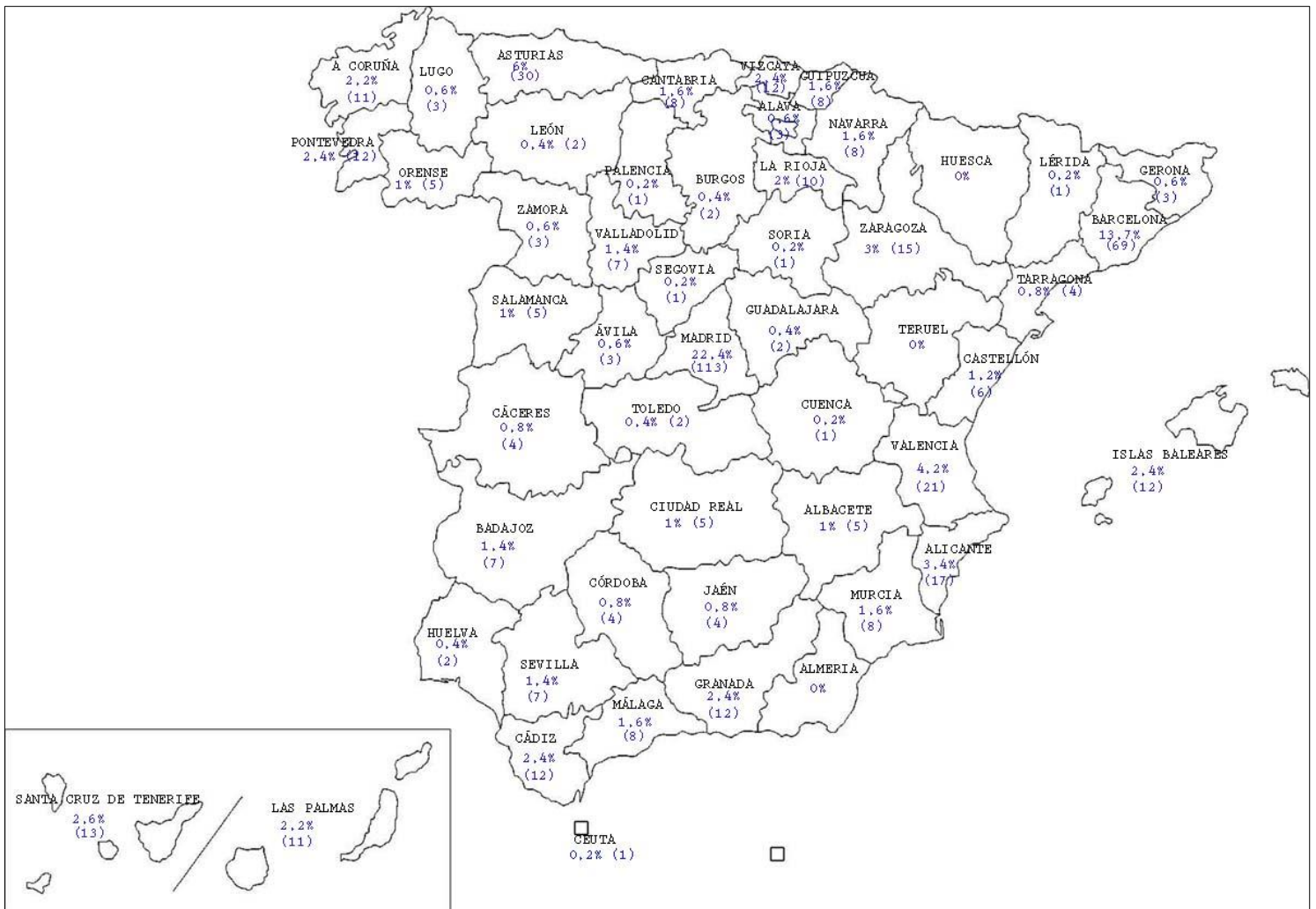


Figura 3. Mapa de España clasificado por provincias. Distribución geográfica de las sentencias en frecuencias (n) y porcentajes (%)

III.- RESULTADOS

Tipo de jurisdicción

Respecto al tipo de jurisdicción, el 91,9 % se resolvió mediante la jurisdicción civil (n=463). Mediante la vía penal el 4,6 % (n=23) y la vía contencioso-administrativa el 3,6 % de las sentencias estudiadas (figura 4).

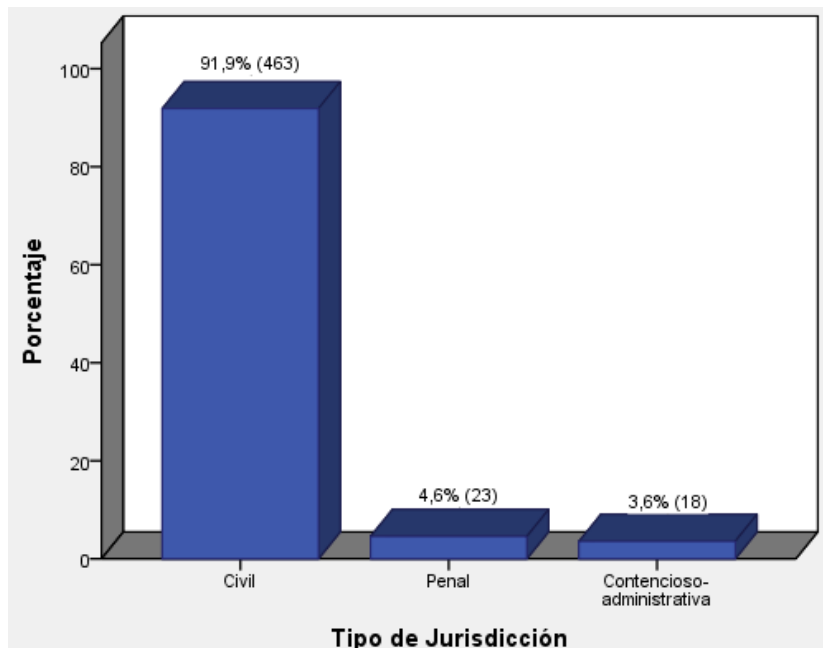


Figura 4. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y el porcentaje (%) de las sentencias en función del tipo de jurisdicción

Tipo de tribunal

La figura 5 muestra la distribución de las sentencias según el tipo de tribunal implicado en la resolución. En la Audiencia Provincial tuvieron lugar el 95,2 % de las sentencias analizadas (n=480). El resto correspondieron al Tribunal Superior de Justicia (2,6 %), el Tribunal Supremo (1,7 %) y la Audiencia Nacional (0,8 %).

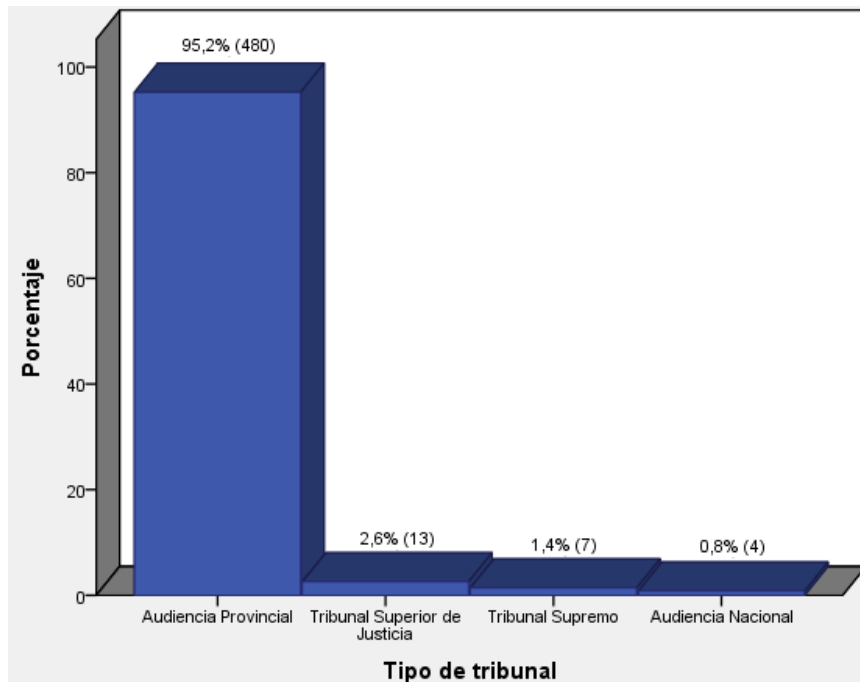


Figura 5. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y el porcentaje (%) de las sentencias en función del tipo de tribunal

1.2. Variables en relación al acto odontológico

Ámbito de la actuación

En la figura 6 observamos los porcentajes y las frecuencias en función del ámbito asistencial donde tuvo lugar el acto odontológico. El 12,7 % de los casos (n=64) no especificó el ámbito de la actuación. En 298 casos de 504 (59,1 %) tuvieron lugar en una clínica privada y en 109 casos (21,6 %) sucedieron en alguna franquicia. En 19 casos (4 %) se dieron en el sistema sanitario público; en 12 casos (2,4 %) la clínica pertenecía a una compañía de seguros y en 1 caso ocurrió en una clínica universitaria.

III.- RESULTADOS

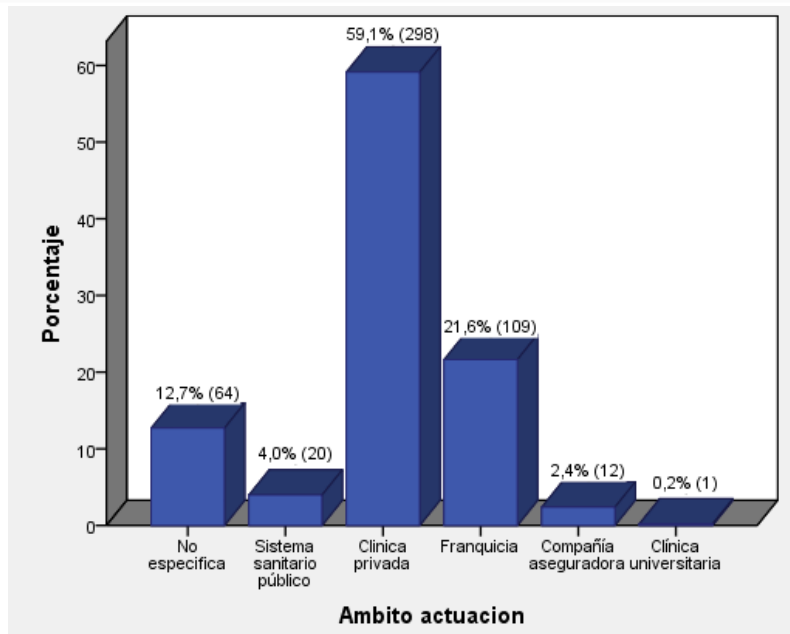


Figura 6. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y el porcentaje (%) de las sentencias atendiendo al tipo de ámbito asistencial implicado en el acto odontológico

Tratamiento odontológico demandado

En cuanto al tipo de tratamiento odontológico, los más demandados fueron la “colocación de implantes” (n=76; 15,1 %), la “prótesis fija sobre dientes” (n=65; 12,9 %), la “endodoncia” (n=61; 12,1 %) y el tratamiento de “implantes y prótesis sobre implantes” (n=51; 10,1 %). Se observa como en el resto de tratamientos la incidencia es menor del 10 % (tabla 4).

III.- RESULTADOS

Tabla 4. Frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias atendiendo al tipo de tratamiento odontológico implicado en la demanda

Tipo de tratamiento odontológico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Colocación de implantes dentales	76	15,1 %
Prótesis fija sobre dientes	65	12,9 %
Endodoncia	61	12,1 %
Implantes y prótesis sobre implantes	51	10,1 %
Ortodoncia	39	7,7 %
Prótesis sobre implantes	38	7,5 %
Extracción dental	35	6,9 %
Endodoncia y prótesis fija	27	5,4 %
Extracción quirúrgica	18	3,6 %
Odontología conservadora	18	3,6 %
Anestesia bucodental	18	3,6 %
Prótesis removible	18	3,6 %
Prótesis fija sobre dientes y prótesis removible	6	1,2 %
Periodoncia	5	1 %
Endodoncia y prótesis fija, implantes y prótesis sobre implantes	5	1 %
Implantes y prótesis fija sobre dientes	5	1 %
Cirugía oral	4	0,8 %
Endodoncia y prótesis removible	3	0,6 %
Endodoncia y odontología conservadora	3	0,6 %
Endodoncia e implantes	3	0,6 %
Exodoncia e implantes	3	0,6 %
Gingivectomía y carillas	1	0,2 %
Ortodoncia e implantes	1	0,2 %
Ortodoncia y prótesis fija sobre dientes	1	0,2 %
Total	504	100 %

III.- RESULTADOS

Área odontológica demandada

En la tabla 5 vienen reflejadas la frecuencia y el porcentaje de las sentencias en función del área odontológica implicada.

Tabla 5. Frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias atendiendo al área odontológica implicada en la demanda

Área odontológica	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Cirugía e implantes	136	27 %
Prostodoncia	127	25,2 %
Endodoncia	61	12,1 %
Cirugía e implantes y prostodoncia	57	11,3 %
Ortodoncia	39	7,7 %
Endodoncia y prostodoncia	30	5,9 %
Odontología conservadora	18	3,6 %
Anestesia bucodental	18	3,6 %
Periodoncia	5	1 %
Cirugía e implantes, endodoncia, prostodoncia	5	1 %
Endodoncia y odontología conservadora	3	0,6 %
Cirugía e implantes y endodoncia	3	0,6 %
Cirugía e implantes y ortodoncia	1	0,2 %
Prostodoncia y ortodoncia	1	0,2 %
Total	504	100 %

Tipo de evento adverso

Los eventos adversos más frecuentes fueron las “complicaciones” (n=120; 23,8%), el “error en el procedimiento” (n=97; 19,2%), y el “error en la planificación y procedimiento” (n=54; 10,7%). En 106 casos de 504 (21%) no se consideró la presencia de un evento adverso (tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias atendiendo al tipo de evento adverso considerado

Tipo de evento adverso	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ausencia de evento adverso	106	21 %
Complicación	120	23,8 %
Error en el procedimiento	97	19,2 %
Error en la planificación y procedimiento	54	10,7 %
Error en la planificación	48	9,5 %
Error de información	45	8,9 %
Error información y procedimiento	12	2,4 %
Error de seguimiento	9	1,8 %
Accidente	8	1,6 %
Error de seguimiento e información	2	0,4 %
Error de información y planificación	2	0,4 %
Error procedimiento, información y ejecución	1	0,2 %
Total	504	100 %

III.- RESULTADOS

Tipo de daño generado

En relación al tipo de daño generado al paciente como consecuencia del evento adverso, se recogieron un total de 373 y se clasificaron en 43 distintos tipos de daño generado. Los resultados sobre la frecuencia (n) y porcentaje (%) de los tipos de daños generados en las sentencias estudiadas, se recogen en la tabla 7. El daño más frecuente fue el “fracaso de la prótesis dentosoportada” (13,4% de los casos), seguido del “fracaso temprano del implante” (12,3 % de los casos), del “fracaso del implante y de la prótesis implantosoportada” (8 % de los casos), del “fracaso de la prótesis sobre implante” (6,7 %), y de la “infección periapical” (6,7 %). En el resto de los daños el porcentaje fue inferior al 5 %.

Tabla 7. Frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias atendiendo al tipo de daño generado.

Tipo de daño generado	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Fracaso prótesis dentosoportada	50	13,4 %
Fracaso temprano del implante	46	12,3 %
Fracaso del implante y prótesis sobre implante	30	8 %
Fracaso prótesis sobre implante	25	6,7 %
Infección periapical	25	6,7 %
Mal ajuste protésico	18	4,8 %
Infección postoperatoria	17	4,5 %
Fracaso estético	16	4,3 %
Tratamiento diferente al acordado	16	4,3 %
Lesión periodontal	14	3,8 %
Fractura dental	12	3,2 %
Endodoncia infraobturada	12	3,2 %
Colocación incorrecta del implante	12	3,2 %
Rotura de la lima	9	2,4 %
Exodoncia del diente equivocado	7	1,8 %
Osteomielitis	7	1,8 %
Periimplantitis	7	1,8 %
Endodoncia sobreobturada	5	1,3 %
Perforación radicular	4	1,1 %
Rotura de la aguja de anestesia	4	1,1 %
Lesión del diente adyacente	3	0,8 %
Reabsorción radicular	3	0,8 %
Rotura de la lima e infección periapical	3	0,8 %
Alergia a metales	3	0,8 %
Desplazamiento del implante al seno	2	0,5 %
Fracaso del implante y comunicación orosinusal	2	0,5 %
Ingestión de un objeto extraño	2	0,5 %
Comunicación orosinusal	2	0,5 %
Angina Ludwig	2	0,5 %
Fractura del implante	2	0,5 %
Salida del hipoclorito al periápice	1	0,3 %
Mediastinitis	1	0,3 %
Rotura lima y desplazamiento al seno	1	0,3 %
Parálisis facial temporal	1	0,3 %
Fracaso del implante y desplazamiento al seno	1	0,3 %
Dehiscencia ósea	1	0,3 %
Reabsorción radicular y lesión periodontal	1	0,3 %
Rotura lima y alergia	1	0,3 %
Intoxicación por amalgama de plata	1	0,3 %
Fracaso tratamiento ortodóncico	1	0,3 %
Retraso en el diagnóstico de un tumor	1	0,3 %
Falta de diagnóstico de un canino incluido	1	0,3 %
Retraso en la ejecución del tratamiento	1	0,3 %
Total	373	100 %

III.- RESULTADOS

Tipo de secuela

En la tabla 8 se recoge la frecuencia y porcentaje de los distintos tipos de secuelas supuestamente producidas durante el acto odontológico demandado. En 293 casos (58,1 %) no hubo secuelas. La secuela más frecuente fue la pérdida dental (n=73; 14,5 %) seguida de la lesión del Nervio Alveolar Inferior (NAI) (n=30; 6 %). En el resto de secuelas el porcentaje fue inferior al 5 %. De las 504 sentencias estudiadas, en 3 casos se produjo el fallecimiento del paciente; se observó que en 2 casos el dentista resultó absuelto por no existir nexo causal y en 1 caso el dentista fue condenado. En los 2 casos que resultaron absueltos, en 1 caso no existía nexo causal entre el contagio por hepatitis B y la realización de varios empastes y una endodoncia; en otro caso, el menor sufrió una bradicardia tras el tratamiento odontológico bajo sedación de nivel 3. El caso condenado se trataba de una extracción dental con infección en un menor y que acabó con una septicemia.

III.- RESULTADOS

Tabla 8. Frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias atendiendo al tipo de secuela que supuestamente se ha producido como consecuencia del tratamiento odontológico que ha motivado la demanda

Tipo de secuela	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ausencia de secuela	293	58,1 %
Pérdida dental	73	14,5 %
Lesión del NAI	30	6 %
Otras	15	3 %
Daño sinusal	14	2,8 %
Pérdidas óseas	12	2,4 %
Daño de la articulación temporomandibular (ATM)	10	2 %
Lesión del nervio lingual	8	1,6 %
Perjuicio estético	7	1,4 %
Dolor orofacial	6	1,2 %
Lesión del nervio facial	4	0,8 %
Neuralgia del trigémino	4	0,8 %
Daño hepático	4	0,8 %
Fallecimiento	3	0,6 %
Pérdida dental y Daño ATM	3	0,6 %
Alteración de la sensibilidad periorbicular	2	0,4 %
Fractura mandibular	2	0,4 %
Pérdida dental y perjuicio estético	2	0,4 %
Daño sinusal y alteración sensitiva	1	0,2 %
Pérdida ósea y sinusitis	1	0,2 %
Lesión del NAI y del nasopalatino	1	0,2 %
Lesión del nervio infraorbitario	1	0,2 %
Lesión del NAI, fractura mandibular, daño ATM	1	0,2 %
Daño ATM, daño sinusal y perjuicio estético	1	0,2 %
Lesión NAI, pérdida ósea, pérdida dental, perjuicio estético	1	0,2 %
Lesión facial y lesión trigémino	1	0,2 %
Lesión rama trigémino	1	0,2 %
Neuralgia del trigémino y pérdida dental	1	0,2 %
Lesión del NAI y del nervio lingual	1	0,2 %
Lesión del nervio bucal	1	0,2 %
Total	504	100 %

III.- RESULTADOS

Daño moral

La frecuencia y porcentaje del daño moral considerado en la resolución de las sentencias se observa en la tabla 9. De las 504 sentencias estudiadas, en 187 casos (37,1 %) se consideró la existencia de daño moral.

Tabla 9. Frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias atendiendo a la indemnización por daño moral

Daño moral	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	305	60,5 %
Si	187	37,1 %
No especifica	12	2,4 %
Total	504	100 %

Tratamiento requerido

El tratamiento requerido tras el tratamiento odontológico demandado no se especificó en el 60,1% de los casos (n=303); en el 26,4 % de los casos (n=133) el tratamiento requerido se llevó a cabo “en otra clínica” distinta a la clínica demandada; en el 8,5 % (n=43) se requirió un “tratamiento hospitalario”; el “ingreso hospitalario” se produjo en 17 casos (3,4 %) y en 8 casos (1,6 %) se llevó a cabo el “tratamiento en el mismo centro” demandado (tabla 10).

Tabla 10. Frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias atendiendo al tipo de tratamiento requerido

Tratamiento requerido	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No especifica	303	60,1 %
En otra clínica	133	26,4 %
Tratamiento hospitalario	43	8,5 %
Ingreso hospitalario	17	3,4 %
Tratamiento en el mismo centro	8	1,6 %
Total	504	100 %

Documento consentimiento informado

En 344 de 504 sentencias (68,3 %), no se especificó si hubo o no DCI. En 113 casos no hubo consentimiento (22,4 %) o se consideró incompleto (n=5; 1 %), tardío e inespecífico (n=2; 0,4 %) o inespecífico (n=2; 0,4 %). En 38 sentencias sí que se especificó la existencia de DCI (7,5 %).

1.3. Variables en relación al paciente

Número y sexo del paciente

Respecto al número de pacientes demandantes, de las 504 sentencias analizadas, en 500 participó como actor de la sentencia un paciente y en 4 casos los demandantes fueron 2 pacientes al mismo tiempo. En total 508 personas demandaron al dentista o a la clínica debido a un acto odontológico. En 18 casos el acto denunciado tuvo lugar en menores de edad (18 de 508; 3,5 %) e intervinieron como actores de la demanda alguno de sus progenitores.

De los 508 pacientes, 355 fueron mujeres (69,9 %) y 153 fueron hombres (30,1%) (figura 7).

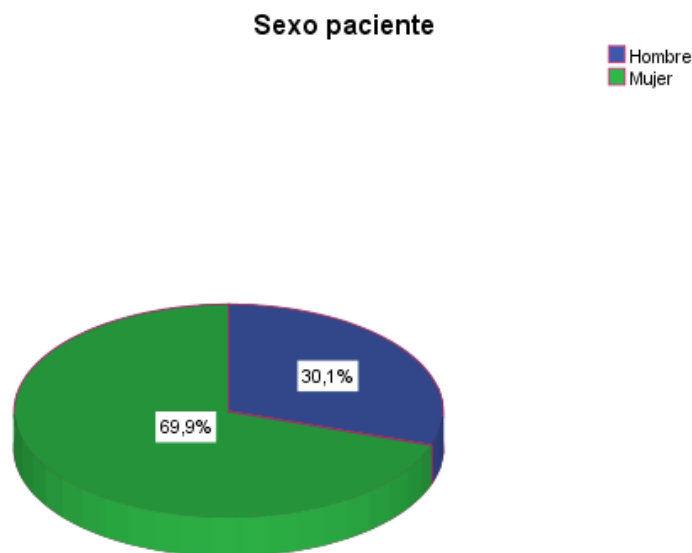


Figura 7. Diagrama circular atendiendo al sexo de los pacientes demandantes

1.4. Variables en relación al profesional implicado

Número de profesionales implicados

Un total de 556 odontólogos o estomatólogos estuvieron implicados en las 504 sentencias analizadas. En el 71,8 % de las sentencias estuvo implicado un profesional, en el 17,9 % de los casos se demandó a la clínica y en el 10,3 % de los casos estuvieron implicados 2 profesionales.

III.- RESULTADOS

Sexo del profesional

En el 56,7 % de las sentencias, el dentista demandado fue hombre mientras que en el 22 % fueron mujeres. Se demandaron tanto a un hombre como a una mujer en el 3,4 % de los casos y se demandó a la clínica en el 17,9 % de los casos, no especificando el sexo del dentista implicado (figura 8).

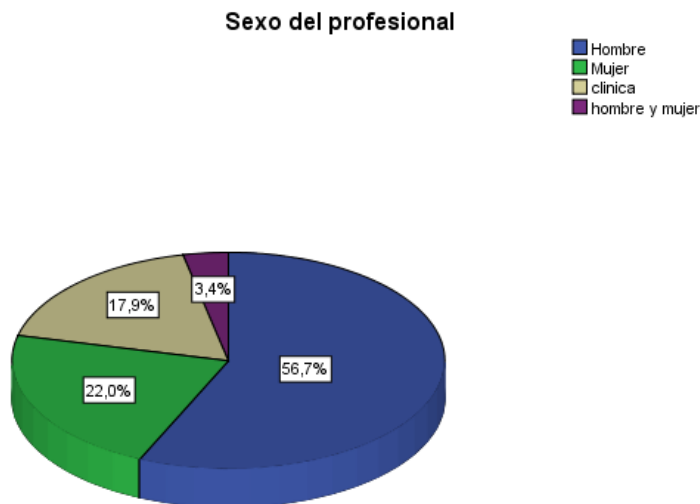


Figura 8. Diagrama circular atendiendo al sexo del profesional demandado

1.5. Variables judiciales

Tipo de responsabilidad profesional

De las 504 sentencias, en 207 casos (41,1 %) el profesional quedó absuelto y no se le exigió ningún tipo de responsabilidad, mientras que en 297 casos (58,9 %) el profesional fue condenado. Se exigió responsabilidad profesional civil en 276 sentencias (54,76 %), responsabilidad penal en 16 sentencias (3,2 %) y contencioso-administrativa en 5 (1 %) (figura 9).

Respecto al tipo de responsabilidad exigida, la responsabilidad civil representó el 54,8 %, la responsabilidad penal supuso el 3,2 % y la contencioso-administrativa el 1,0 %. El 41,1 % de los casos no se especificó el tipo de responsabilidad.

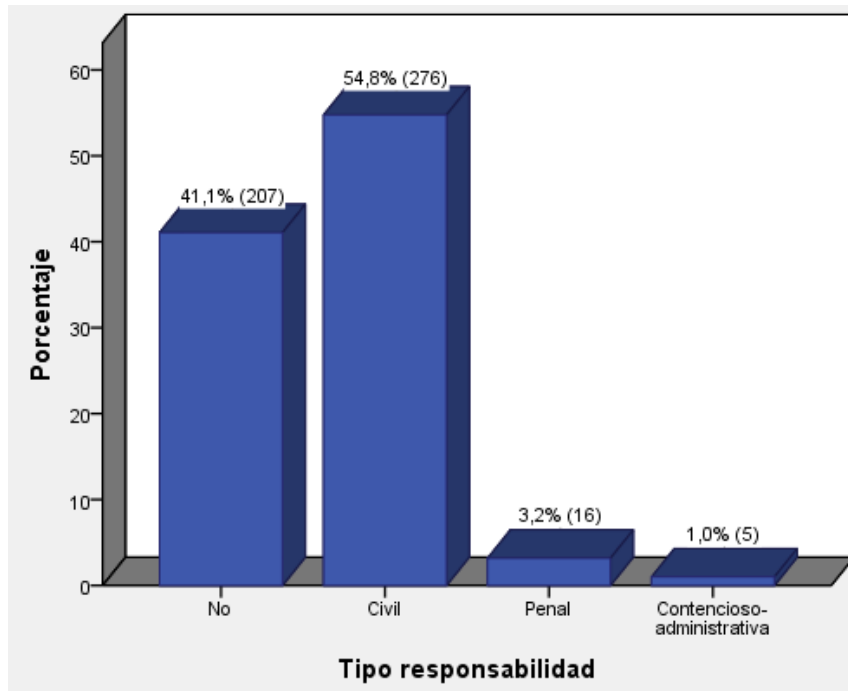


Figura 9. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y el porcentaje (%) de las sentencias en función del tipo de responsabilidad profesional

Resolución judicial o fallo de la sentencia

En el 41,1% de los casos (n=207) el fallo de la sentencia determinó la absolución del dentista. En el 24,8% (n=125) se condenó al odontólogo o estomatólogo; en el 19% se condenó a la clínica (n=96), en el 9,3% (n=47) la clínica y el profesional resultaron condenados; en 8 casos el profesional fue condenado a devolver el importe pagado por el paciente; en 5 casos se optó por la reparación del daño producido sin especificar el importe; en 11 casos la condena penal consistió en una multa, la inhabilitación de la profesión y un arresto; en 3 casos la condena penal consistió en una multa y arresto; y en 2 casos la pena consistió en una multa e indemnización económica (figura 10).

III.- RESULTADOS

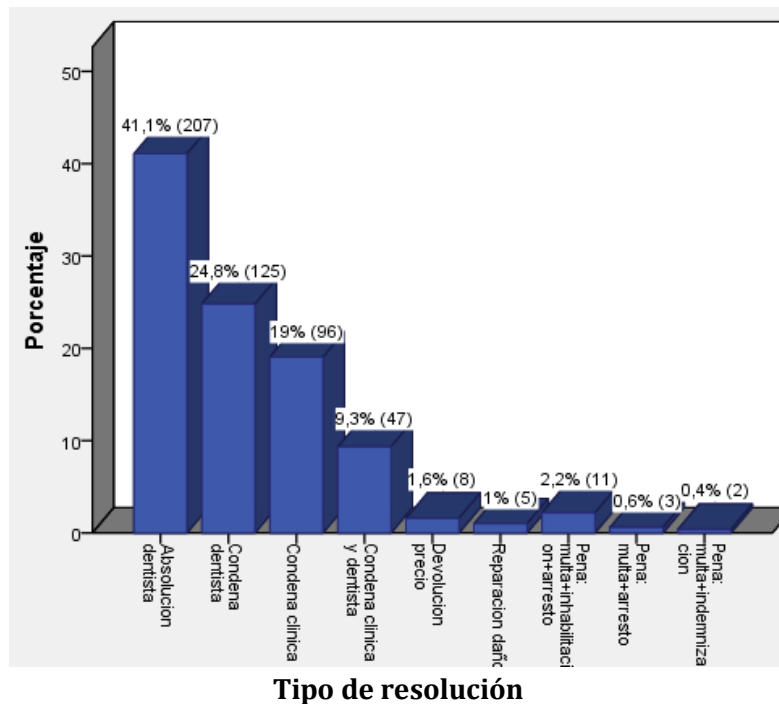


Figura 10. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y el porcentaje (%) de las sentencias en función del tipo de resolución judicial

Tipo de imprudencia

En los casos en los que existió responsabilidad penal (n=16; 3,2 %) se clasificaron 4 casos en imprudencia leve, 2 casos en imprudencia grave y 10 casos en imprudencia profesional.

De los 11 casos en los que hubo inhabilitación para ejercer la profesión de odontólogo, en 6 casos el tiempo fue de 1 año; en 1 caso el tiempo de inhabilitación fue de 1 año y 6 meses; en 2 casos fueron 2 años de inhabilitación; en 1 caso fue de 2 años y 6 meses. El tiempo máximo de inhabilitación fue de 3 años, en este caso el dentista fue acusado de imprudencia grave por la extracción de la pieza dental infectada a un niño y causarle una septicemia y finalmente la muerte.

Existencia de mala praxis

En 199 de los casos (39,5 %), se consideró que no hubo mala praxis. En 267 casos (53 %) si hubo mala praxis y en 38 casos (7,5 %) no se especificó (figura 11).

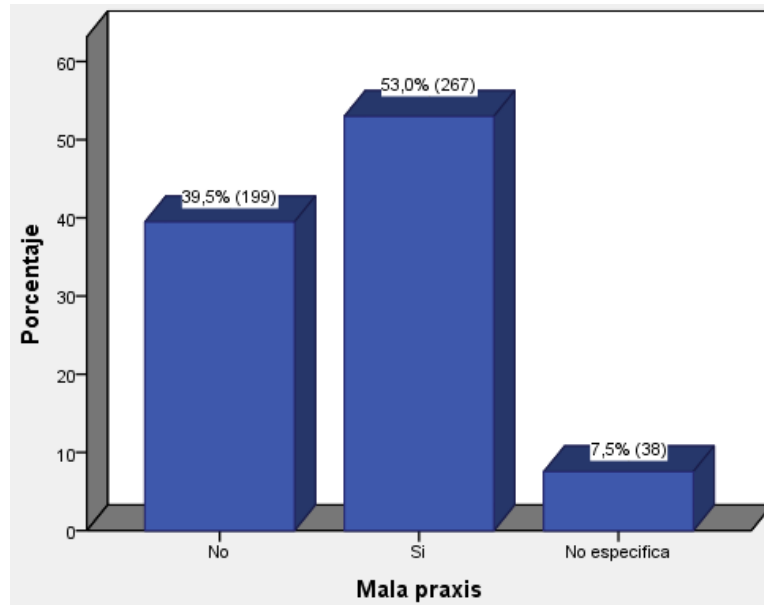


Figura 11. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y el porcentaje (%) de las sentencias en función de la consideración de mala praxis durante el acto odontológico demandado

Tipo de obligación

En la figura 12 se muestra un diagrama de barras con la frecuencia y el porcentaje (%) de las sentencias en función del tipo de obligación considerada en el tratamiento odontológico. La obligación de resultados se consideró en 255 casos (50,6 %) de las 504 sentencias analizadas. La obligación de medios en 78 casos (15,5 %) y se consideró una situación intermedia entre la obligación de medios y de resultados en 7 sentencias (1,4 %). En 164 casos (32,5 %) no se especificó el tipo de obligación.

III.- RESULTADOS

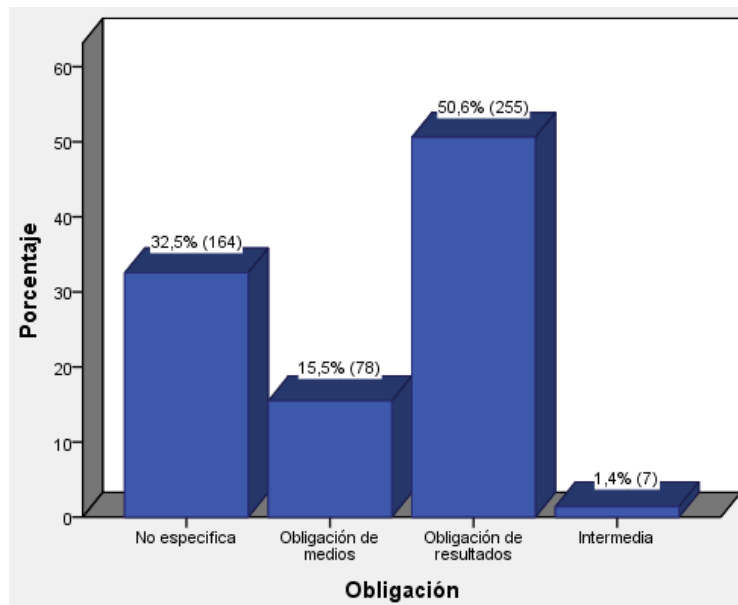


Figura 12. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias en función del tipo de obligación

Existencia de daño

De los actos odontológicos demandados, no se consideró la existencia de daño en 47 de las 504 sentencias estudiadas (9,3 %). Mientras que si se consideró en el 89,7 % de los casos (en 452 de las 504 sentencias). En 5 sentencias no se especificó la existencia o no de daño.

Relación de causalidad

Respecto a la existencia de un nexo causal con el daño producido, en el 24 % de los casos (121 de 504) se consideró que no existía relación de causalidad con el acto odontológico demandado mientras que en el 62,5 % (315 de 504) si existió nexo causal. Se consideró que la actuación fue correcta en 64 casos (12,7 %). No se especificó la relación de causalidad en 4 sentencias.

Cantidad reclamada/cantidad indemnizada

La cantidad mínima solicitada por el paciente fue 100 euros mientras que el máximo alcanzó los 6.000.000 de euros. La cantidad media reclamada fue 89.215,4 euros y la cantidad media indemnizada 15.149,7 euros. Sin embargo, la cantidad mínima cuando hubo indemnización fue 229 euros y la cantidad máxima fue 224.854,7 euros. (tabla 11).

Tabla 11. Media, desviación estándar, mínimo y el máximo de la cantidad solicitada por el demandante y de la cantidad indemnizada

	Cantidad solicitada (euros)	Cantidad indemnizada (euros)
Media	89.215,4	15.149,7
Desviación estándar (±)	442.882,8	23.807,8
Mínimo	100	229
Máximo	6.000.000	224.854,76

Rango reclamado

Respecto a la cuantía solicitada por el actor de la demanda, en 187 de las 504 sentencias analizadas se mostró la cantidad solicitada por el demandante. Los datos analizados fueron en euros.

En la figura 13 se observa el diagrama de barras de los distintos intervalos de la cuantía reclamada. El 18,7 % de los casos, los demandantes solicitaron de 10.000 € a 20.000 €; en el 19,8 % reclamaron entre 20.000 € a 40.000 €; en el 26,20 % de 40.000 € a 100.000 € y solicitaron más de 100.000 € en el 15,5 % de las sentencias.

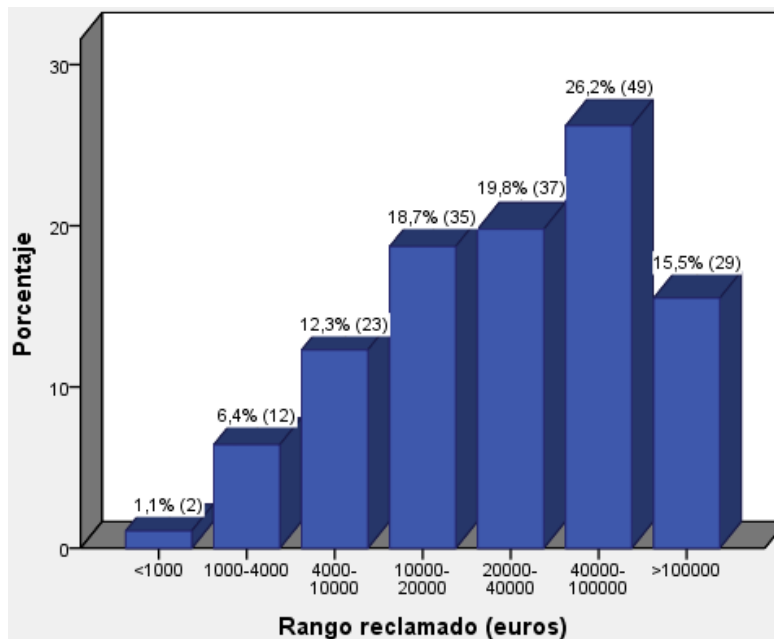


Figura 13. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias en función del rango reclamado por el demandante. El rango reclamado se analizó en 187 sentencias.

III.- RESULTADOS

Rango indemnizado

Se clasificaron las cantidades indemnizadas en rangos en las 286 sentencias que mostraron este dato. En la figura 14 se observa como en un 8,7 % de los casos la indemnización fue inferior a 1.000 €. En el rango de 1.000 € a 4.000 € correspondió el 22,4 % de las indemnizaciones; de 4.000 € a 10.000 € el 28,0 %; en el 22,0 % de los casos la cantidad indemnizada se encontró en el rango de 10.000 € a 20.000 €; de 20.000 a 40.000 el 12,9 % y las indemnizaciones mayores de 40.000 € representaron el 5,9 %.

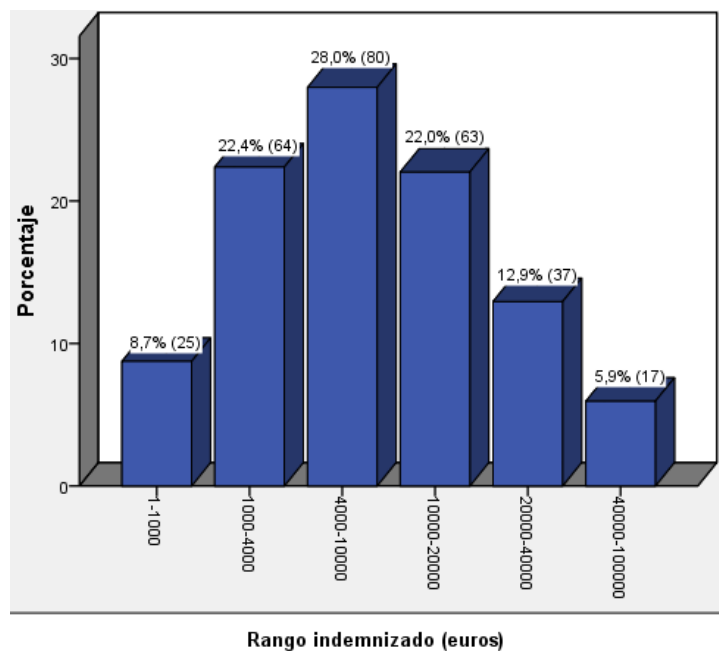


Figura 14. Diagrama de barras de la frecuencia (n) y porcentaje (%) de las sentencias en función del rango indemnizado tras la condena. Este valor se analizó en 286 sentencias.

2. DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DE ALGUNAS VARIABLES

Se realizaron mediante cruces a través de tablas de contingencia chi cuadrado.

Distribución temporal del ámbito de actuación

Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) en la distribución temporal del ámbito asistencial donde se llevó a cabo el tratamiento.

En el diagrama de barras de la figura 15 se observa la distribución temporal de las sentencias atendiendo al tipo de ámbito asistencial del tratamiento odontológico demandado. En el periodo 1990-2000, la mayoría de las sentencias se dieron en una “clínica privada” (83,3 % con respecto a un 59,1 % del total) mientras que en

“franquicias” no hubo ninguna sentencia (0 % del 21,6 % total). En el periodo 2001-2005 hubo pocas sentencias en “franquicias” (9,6 % respecto a un 21,6 %). En el periodo 2006-2010 se observaron pocas sentencias en “clínicas privadas” (52 % respecto a un 59,1 %) y en el 2011-2015 se dieron muchas sentencias en “franquicias” (29,8 % respecto a un 21,6 % total).

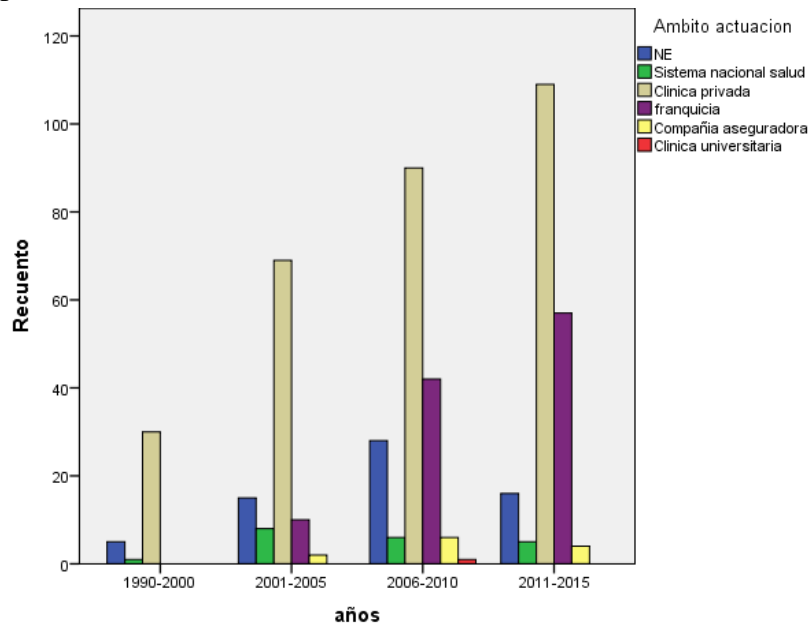


Figura 15. Diagrama de barras de la distribución temporal (según rango de años) de las sentencias atendiendo al tipo de ámbito asistencial del tratamiento odontológico demandado.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

NE: No específica.

Distribución temporal del tipo de tratamiento odontológico demandado

Hubo diferencias estadísticamente significativas en la distribución temporal del tipo de tratamiento odontológico ($p < 0,01$).

En la figura 16 observamos la distribución de los distintos tipos de tratamientos odontológicos demandados en función de los rangos de años estudiados.

En el periodo 1990-2000, hay pocas sentencias relacionadas con la “colocación de implantes dentales” (8,3 % respecto a un 15 %) y muchas relacionadas con “tratamiento endodónico” (33,3 % respecto a un 12,1 %).

En el periodo de 2001-2005, existen pocas sentencias con la “colocación de implantes dentales” (11,5 % de 15,1 %), “ortodoncia” (4,8 % de 7,7 %) y de “implantes y prótesis sobre implantes” (6,7 % de 10 %); sin embargo existen muchas sentencias relacionadas con la “extracción dental” (14,4 % de 6,9 %), “prótesis fija” (20,2 % de 12,9 %) y “endodoncia y prótesis fija sobre dientes” (8,7 % de 5,4 %).

III.- RESULTADOS

En el periodo de 2006-2010, se observan un menor número de sentencias relacionadas con la “colocación de implantes dentales” (13,9 % respecto a un 15,1 %), “prótesis sobre implantes” (4 % de un 7,5 %) y de “implantes y prótesis sobre implantes” (6,9 % de 10,1 %); sin embargo se observa un mayor número de sentencias relacionadas con el tratamiento de “prótesis removible” (7,5 % respecto a un 3,6 %).

En el intervalo de 2011 al 2015, se observa un gran aumento del número de sentencias relacionadas con la “colocación de implantes dentales” (19,4 % de un 15,1 %), con la “prótesis implantosoportada” (12 % de un 7,5 %), con la “ortodoncia” (9,4 % de 7,7 %) y con los “implantes y la prótesis implantosoportada” (15,7 % de 10,1 %). Por el contrario se observa un menor número de sentencias relacionadas con la “endodoncia” (5,8 % de 12,1 %), con la “extracción dental” (4,2 % de 6,9 %), la “prótesis fija sobre dientes” (7,9 % de 12,9 %) y la “prótesis removible” (1 % de 3,6 %).

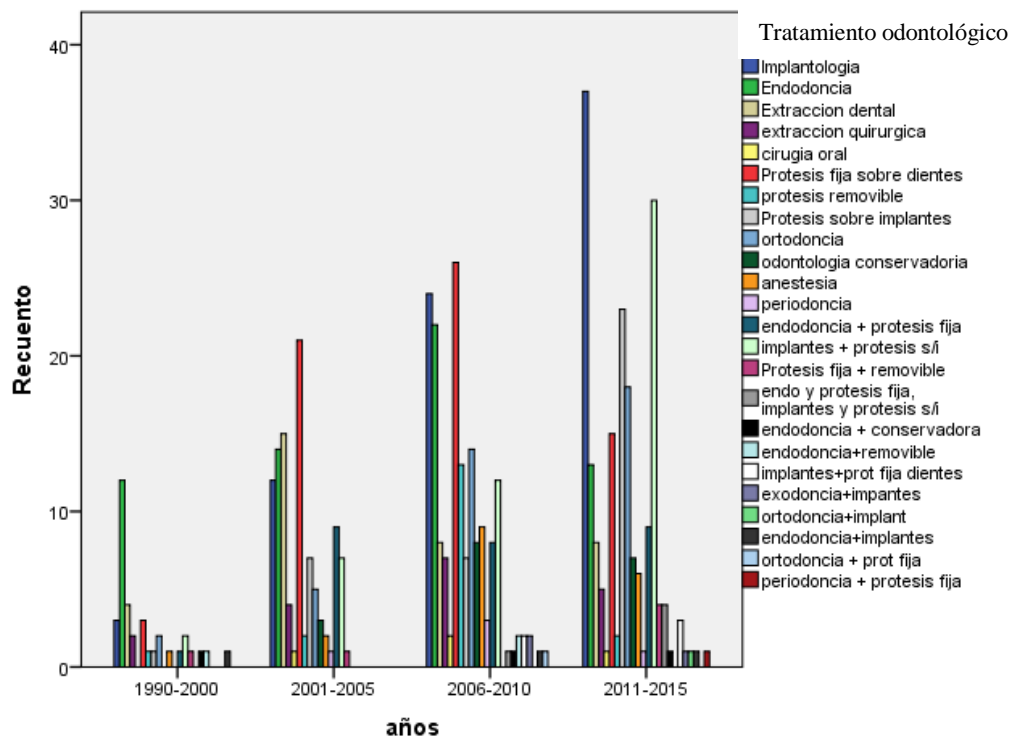


Figura 16. Diagrama de barras de la distribución temporal (según rango de años) de las sentencias atendiendo al tipo de tratamiento odontológico demandado.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

NE: No específica.

Distribución temporal del sexo del paciente

No hubo diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Distribución temporal del sexo del profesional

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) en la evolución cronológica del sexo del dentista. En el periodo 1990-2000 hubo un mayor número de sentencias contra “hombres” (77,8 % respecto a un 56,7 %) mientras que en el periodo 2011-2015 hay un mayor número de sentencias contra la “clínica” (26,7 % respecto a un 17,9 %) (figura 18).

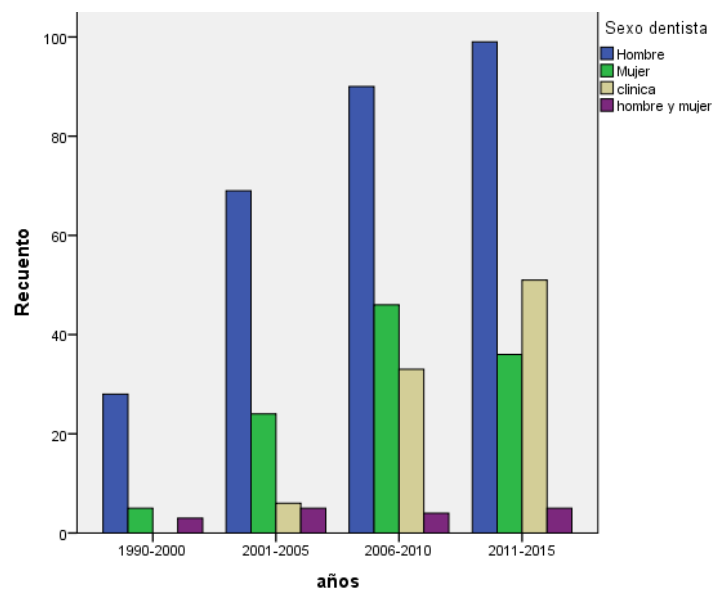


Figura 17. Diagrama de barras de la distribución temporal (según rango de años) de las sentencias atendiendo al sexo del profesional demandado. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Distribución temporal del tipo de responsabilidad profesional

No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) respecto al tipo de responsabilidad en el tiempo (figura 19).

III.- RESULTADOS

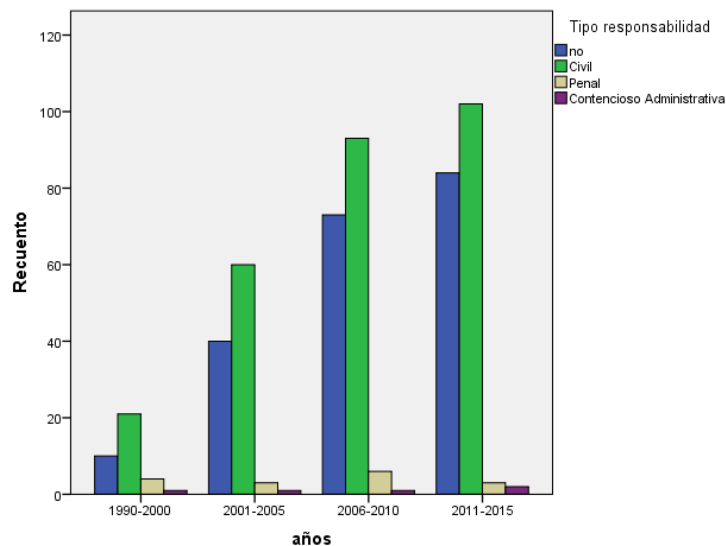


Figura 18. Diagrama de barras de la distribución temporal (según rango de años) de las sentencias atendiendo al tipo de responsabilidad profesional exigida. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$).

Distribución temporal de la cuantía de indemnización

No hubo diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$).

3. CRUCE ESTADÍSTICO ENTRE VARIABLES ANALIZADAS

En el análisis bivariable de la muestra se pretendía explorar la relación de la variable “tipo de responsabilidad” con las diferentes variables que podrían tener interés para la responsabilidad profesional del odontólogo. También se relacionaron otras variables entre sí. El cruce estadístico entre las variables analizadas se realizó mediante cruces a través de tablas de contingencia chi cuadrado.

Tipo de responsabilidad y tipo de ámbito de actuación

En cuanto la relación entre el tipo de responsabilidad y el ámbito de actuación, existieron diferencias estadísticamente significativas ($p<0,01$).

Cuando no hubo responsabilidad profesional estuvo relacionada con las sentencias del “sistema de sanidad pública” (7,2 % respecto a un 4 %) y menor número de sentencias relacionadas con las “franquicias” (12,6 % respecto a un 21,6 %). La responsabilidad civil estuvo más relacionada con el ámbito asistencial de la “franquicia” (29 % respecto a un 21 %) y la responsabilidad contencioso-administrativa estuvo relacionada con el “sistema de sanidad pública” (100 % respecto a un 4 %) (figura 20).

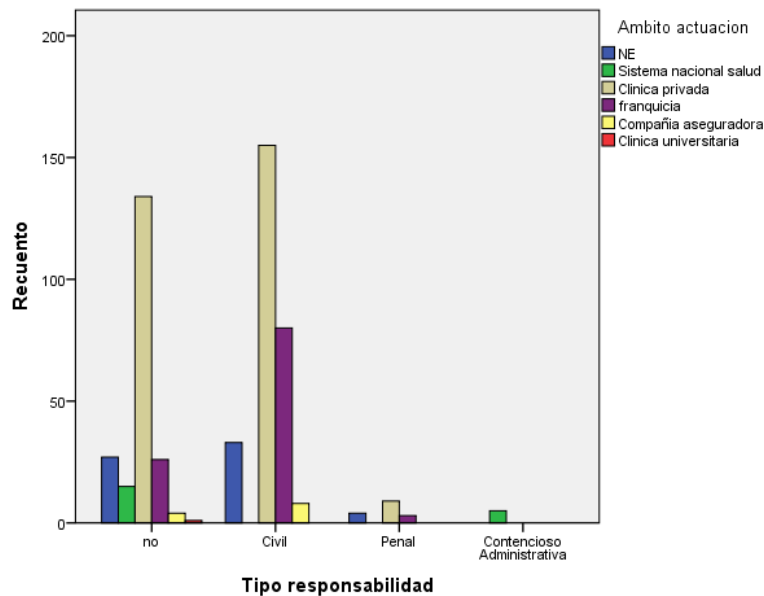


Figura 19. Análisis bivariante. Diagrama de barras de la asociación entre el tipo de responsabilidad y el tipo de ámbito de actuación. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$). NE: No específica.

Tipo de responsabilidad y tipo de tratamiento odontológico demandado

Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$). Los datos que se explican a continuación quedan reflejados en la figura 21.

Respecto a las sentencias en las que hubo responsabilidad, se observaron menos sentencias relacionadas con la “colocación de implantes dentales” (10,1 % respecto a un 15,1 %). Sin embargo, hubo más sentencias relacionadas con el tratamiento de la “extracción dental” (10,1 % respecto un 6,9 %) y de “odontología conservadora” (6,3 % de un 3,6 %).

En cuanto a la responsabilidad civil, se dieron más sentencias relacionadas con la “colocación de implantes dentales” (19,6 % respecto a un 15,1 %), con el tratamiento de “implantes y prótesis sobre implantes” (14,1 % respecto a un 10,1 %). Hubo menos sentencias relacionadas con la “extracción dental” (3,3 % respecto a un 6,9 %).

En la responsabilidad penal, hubo más sentencias relacionadas con la “endodoncia y prótesis fija” (18,8 % respecto a un 5,4 %).

En la responsabilidad contenciosa-administrativa hubo más sentencias con el tratamiento de “extracción dental” (40 % respecto de un 6,9 %) y “extracción quirúrgica” (60 % respecto de un 3,6 %).

III.- RESULTADOS

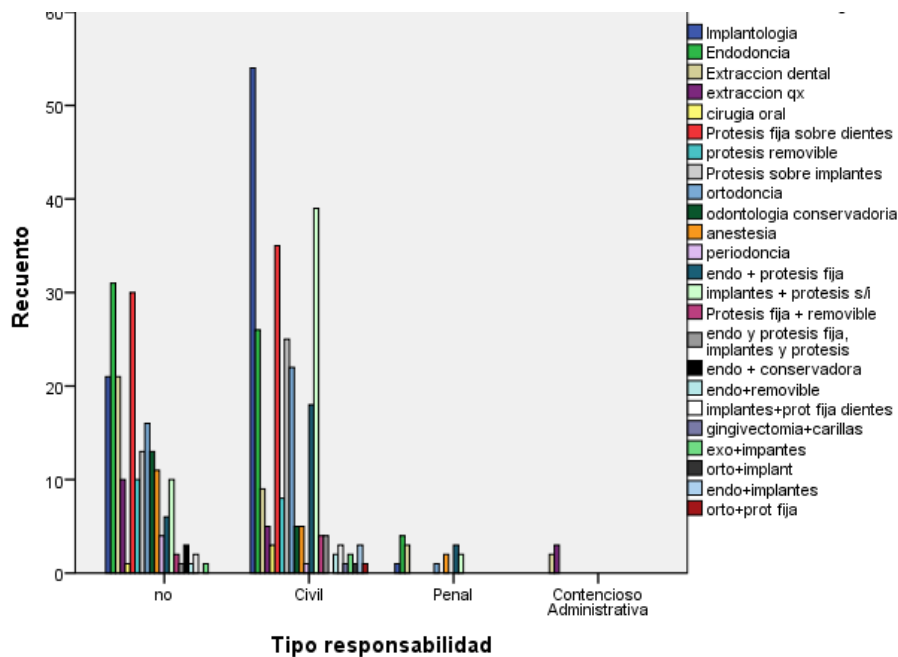


Figura 20. Análisis bivariable. Diagrama de barras de la asociación entre el tipo de responsabilidad y el tipo de tratamiento odontológico demandado. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Tipo de responsabilidad y tipo de evento adverso

Al relacionar el tipo de responsabilidad y el tipo de evento adverso, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) (figura 22).

En las sentencias que no hubo responsabilidad profesional, estuvieron más relacionadas con las sentencias con “ausencia de evento adverso” (51,2 % respecto a un 21 %) y las sentencias con “complicación” (44 % respecto a un 23,8 %). Se dio en menor número en las sentencias con “error de planificación” (1,9 % respecto a un 6,3 %), con “error de procedimiento” (0,5 % respecto a un 19,2 %), “error de información” (0 % de un 8,9 %) y “error de planificación y procedimiento” (0 % respecto a un 10,7 %).

En la responsabilidad civil se dio en mayor número de sentencias con “error de procedimiento” (33 % de un 19,2 %) y “error de información” (15,9 % de un 8,9 %) y menos sentencias de “ausencia de evento adverso” (0 % respecto de un 21 %) y “complicación” (10 % respecto de un 23,8 %).

En la de tipo penal, se observaron más sentencias relacionadas con “accidente” (12,5 % respecto de un 1,6 %) y “error de planificación y procedimiento” (50 % respecto de un 10,7 %).

En la de tipo contencioso-administrativo se observaron más sentencias relacionadas con “error de seguimiento” (20 % respecto de un 1,8 %) y “error diagnóstico” (20 % respecto de un 18 %).

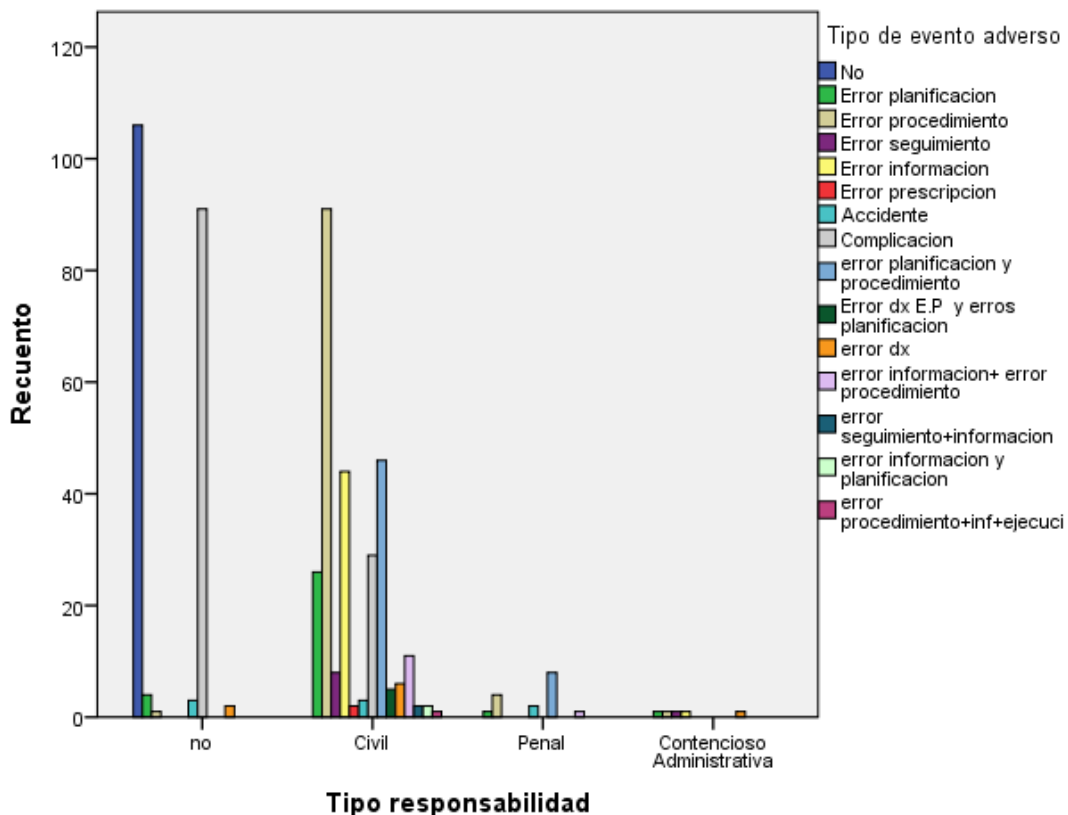


Figura 21. Análisis bivariable. Diagrama de barras de la asociación entre el tipo de responsabilidad y el tipo de evento adverso. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Tipo de responsabilidad y documento de consentimiento informado

No hubo diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tipo de responsabilidad y tipo de secuela

En cuanto al cruce entre el tipo de responsabilidad y tipo de secuela, existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

La ausencia de responsabilidad se relacionó con pocas sentencias con “pérdida dentaria” (8,2% respecto un 14,5%) y muchas sentencias con “ausencia de secuelas” (69,6% de un 58,1%).

La responsabilidad civil estuvo relacionada con muchas sentencias con “pérdida dentaria” (18,1 % de 14,5 %) y “pérdida ósea” (4 % respecto un 2,4 %) y pocas sentencias con “ausencia de secuelas” (53,6 % de un 58,1 %).

III.- RESULTADOS

La responsabilidad penal estuvo relacionada con pocas sentencias con “ausencia de secuelas” (6,3 % respecto un 58,1 %) y con muchas sentencias con “lesión del nervio facial” (6,3 % con respecto 0,8 %), “fallecimiento” (6,3 % de 0,6 %), “fractura mandibular” (6,3 % de 0,4 %) y “pérdida dentaria y perjuicio estético” (12,5 % de 0,4 %).

En la responsabilidad contencioso-administrativa se dieron pocas sentencias con “ausencia de secuelas” (0 % de 58,1 %) y muchas sentencias con “lesión del nervio lingual” (40 % de 1,6 %).

Tipo de responsabilidad y tipo de tratamiento requerido

Al relacionar el tipo de responsabilidad con el tipo de tratamiento requerido, las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,01$) (figura 23).

Cuando no se exigió responsabilidad profesional se relacionó menos con el tratamiento realizado en “otra clínica diferente a la demandada” (15,5 % de 26,4 %).

La responsabilidad civil estuvo relacionada con el tratamiento en “otra clínica dental diferente a la demandada” (34,8 % de 26,4 %) y la responsabilidad contencioso-administrativa se relacionó más con el “ingreso hospitalario” (40 % de 3,4 %).

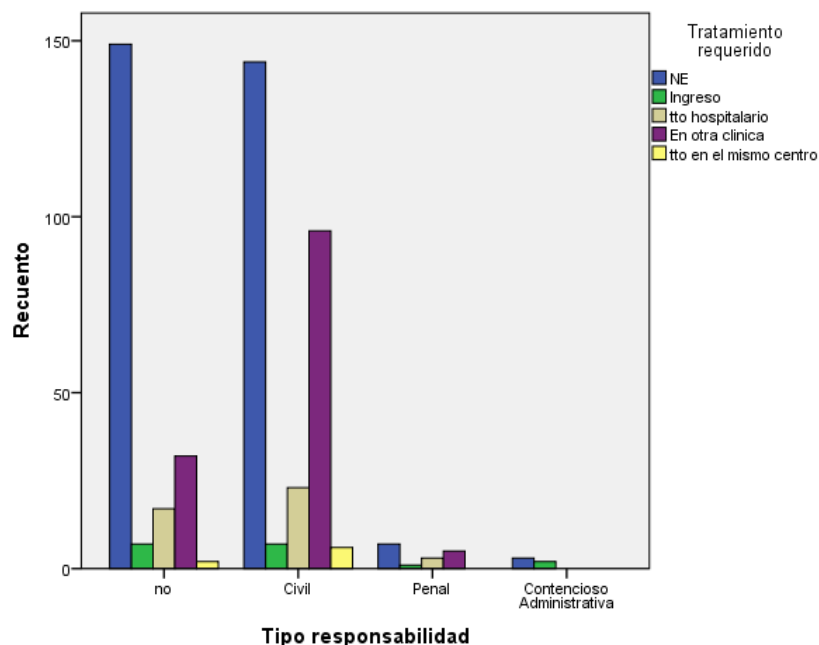


Figura 22. Análisis bivariante. Diagrama de barras de la asociación entre el tipo de responsabilidad y el tipo de tratamiento requerido. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Tipo responsabilidad y sexo del dentista

No hubo diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tipo de responsabilidad y tipo de obligación

Fue estadísticamente significativo ($p < 0,01$).

Como se observa en la figura 24, cuando no hubo responsabilidad profesional se observaron un mayor número de sentencias con la “obligación de medios” (29,5 % de 15,5 %) y un menor número con la “obligación de resultados” (29 % de 50,6 %).

En la responsabilidad civil se encontraron menos sentencias relacionadas con la “obligación de medios” (5,8 % de 15,5 %) y más sentencias con la “obligación de resultados” (69,9 % de 50,6 %).

En la responsabilidad penal hubo más sentencias en las que no se especificaba el tipo de obligación (87,5 % de 32,5 %) y menos sentencias relacionadas con la “obligación de resultados” (12,5 % de 50,6 %).

Cuando la responsabilidad fue de tipo contencioso-administrativa, se encontraron más sentencias en las que no se especificaba el tipo de obligación (80 % de 32,5 %) y menos sentencias con el tipo de “obligación de resultados” (0 % de 50,6 %).

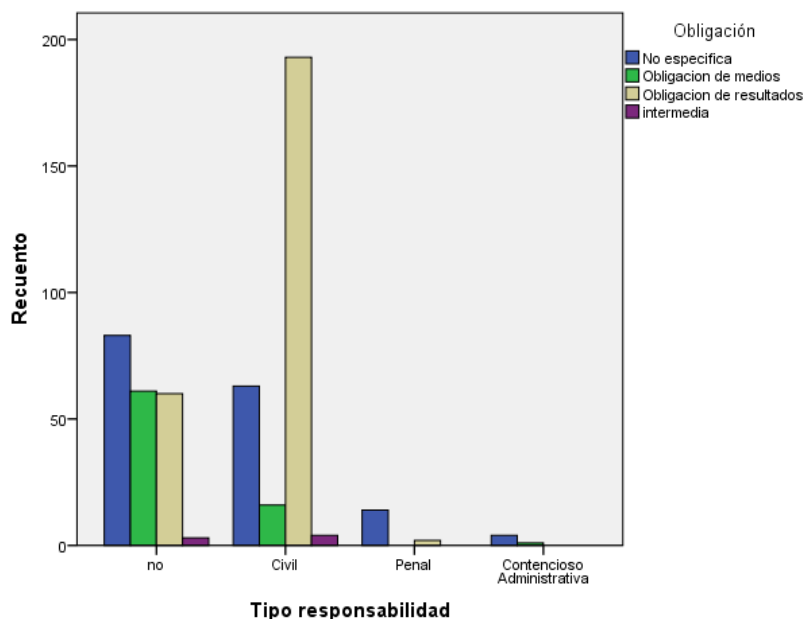


Figura 23. Análisis bivariable. Diagrama de barras de la asociación entre el tipo de responsabilidad y el tipo de obligación. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Tipo de responsabilidad y rango indemnizado

No hubo diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

III.- RESULTADOS

Tipo de ámbito de actuación y tipo de tratamiento odontológico

Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

El sistema de sanidad público estuvo relacionado con la “extracción dental” (31,4 % de 4 %) y la “extracción quirúrgica” (22,2 % de 4 %).

Tipo de obligación y tipo de tratamiento odontológico

Fue estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

En la obligación de medios, se obtuvieron más sentencias relacionadas con el “tratamiento endodóncico” (20,5 % respecto de 12,1 %).

La obligación de resultados estuvo más relacionada con la “prótesis removible” (5,5 % de 2,3 %), “implantes y prótesis sobre implantes” (14,1 % respecto de un 10,1 %). En cambio, se observó un menor número de sentencias con el procedimiento de la “extracción dental” (2,7 % de 6,9 %), “extracción quirúrgica” (1,2 % de 3,6 %) y “anestesia” (1,6 % de 3,6 %).

Área odontológica demandada y tratamiento requerido

Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

El “ingreso hospitalario” estuvo relacionado con el área de “cirugía e implantes” (64,7 % de 27 %) y el “tratamiento hospitalario” se relacionó con la “cirugía e implantes” (44,2 % respecto de un 27 %) y la “anestesia” (11,6 % respecto de uno 3,6 %).

Sexo del paciente y sexo del profesional

No hubo diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tipo de tratamiento odontológico y rango indemnizado

Hay diferencias significativas ($p < 0,01$).

En la “colocación de implantes dentales” existe un mayor número de sentencias con indemnización de 20.000 a 40.000 euros (27,8 % respecto de un 12,9 %). Cuando se realizaron “prótesis removibles” hubo más sentencias con un rango de indemnización de 1.000 a 4.000 euros (62,5 % respecto de un 22,4 %).

Tipo de secuela y rango indemnizado

Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Cuando no hubo secuelas se relacionó con un rango de indemnización menor de 1.000 euros (14,9 % de 8,7 %) y la secuela de “pérdida ósea y sinusitis” se relacionó con el rango de indemnización entre 40.000 a 100.000 euros (100 % de 5,9 %).

Tipo de ámbito de actuación y rango indemnizado

No hubo diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Rango reclamado y rango indemnizado

Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Cuando la cantidad reclamada fue inferior a 1.000 €, en el 100 % de las sentencias la cantidad indemnizada fue inferior a 1000 €.

Cuando la cantidad reclamada fue de 1.000 a 4.000 €, en el 100 % de las sentencias se indemnizaron de 1.000 a 4.000 €.

En el caso de reclamarse entre 4.000 a 10.000 € hubo más sentencias con un rango de indemnización de 1.000 a 4.000 € (63,6 % respecto de un 26 %).

Cuando la cantidad reclamada fue de 20.000 a 40.000 € hubo más sentencias con una cantidad de indemnización de 10.000 a 20.000 € (42,3 % respecto de un 25 %).

Cuando se reclamó entre 40.000 y 100.000 € hubo más sentencias con una indemnización entre 20.000 a 40.000 € (32 % respecto de un 16 %).

En el caso de que la cantidad reclamada fue mayor de 100.000 €, se observaron más sentencias de 20.000 a 40.000 € (42,9 % respecto de un 16 %) y más sentencias de 40.000 a 100.000 € (14,3 % respecto de un 3 %).

III.- RESULTADOS

IV.- DISCUSIÓN

IV.- DISCUSIÓN

En primer lugar, debemos considerar que en España, existen pocos estudios¹⁰ que analicen los aspectos médico-legales asociados con la responsabilidad profesional del odontólogo y hasta la fecha no existe ningún estudio publicado con un análisis de sentencias tan numeroso y durante un periodo de tiempo tan largo como en el presente trabajo. Esta escasez de estudios puede deberse a que la mayor parte de las reclamaciones no llegan a solventarse mediante la vía judicial ya que tanto el demandante como el demandado pueden preferir resolver la disputa de forma extrajudicial con el consecuente ahorro de tiempo, de dinero y de estrés psicológico. En el estudio de Pinchi et al.⁸, solo el 9,9 % de las reclamaciones por mala praxis en implantología fueron tramitados por el tribunal civil, el resto se tramitaron extrajudicialmente. Este hallazgo concuerda con el trabajo de Conrad et al.⁷⁶, en el que observó que gran parte de las reclamaciones dentales se resuelven extrajudicialmente, lo que significa que sólo un pequeño porcentaje de daños relacionados con negligencia son el resultado de las reclamaciones formales por mala praxis contra el dentista. Esto hace que los estudios sobre reclamaciones por mala praxis en odontología sean escasos y por tanto es difícil mostrar diferencias y similitudes entre los diferentes países⁵.

En la revisión de la literatura observamos un aumento del número de sentencias en los últimos años^{10, 65}. En nuestro estudio se incluyeron un total de 504 sentencias, que mostraron un número de sentencias bajo desde el año 1991 hasta el año 2000, y un aumento súbito del número en el periodo 2001-2005, aumentando estrepitosamente desde el año 2006 hasta principios del 2015. Estos resultados no los podemos comparar con otros estudios porque los estudios encontrados no son recientes y analizan un escaso número de sentencias. En España, lo podemos comparar con el estudio de Perea-Pérez et al.¹⁰ que analizaron 63 sentencias relacionadas con el tratamiento de cirugía oral e implantológico desde 1993 a 2007; en este estudio analizaron la evolución del número de sentencias en intervalos de 5 años; siendo el último intervalo (desde 2003 a 2007) el más numeroso de todos los analizados (36 sentencias de un total de 63; el 57,14 % de todos los casos). En nuestro estudio, el año con más sentencias reportadas fue 2013 (56 sentencias de 504; 11,1 % del total) (tabla 2), siendo el último periodo (de 2011 a 2015) el que tuvo un mayor número de sentencias registradas (191 sentencias de 504; 37,9 %

IV.- DISCUSIÓN

del total) teniendo en cuenta que en el año 2015 sólo se recogieron las sentencias de los 3 primeros meses.

Uno de los factores que debemos tener en cuenta al analizar este aumento de sentencias en los últimos 5 años, podría ser el aumento del número de dentistas en España y por lo tanto del número de tratamientos realizados. En un estudio de reclamaciones presentadas en el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Murcia durante el periodo 1993-2005, observaron que el aumento de las reclamaciones era proporcional al aumento del número de profesionales trabajando en la provincia⁶⁵. Según fuentes del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁷⁷, el número total de dentistas colegiados en el 2000 fue de 17.538, mientras que en el año 2014, el número total de dentistas colegiados era de 33.286. Se observa en la figura 25, una gráfica lineal con el crecimiento de dentistas desde 1991 a 2014.

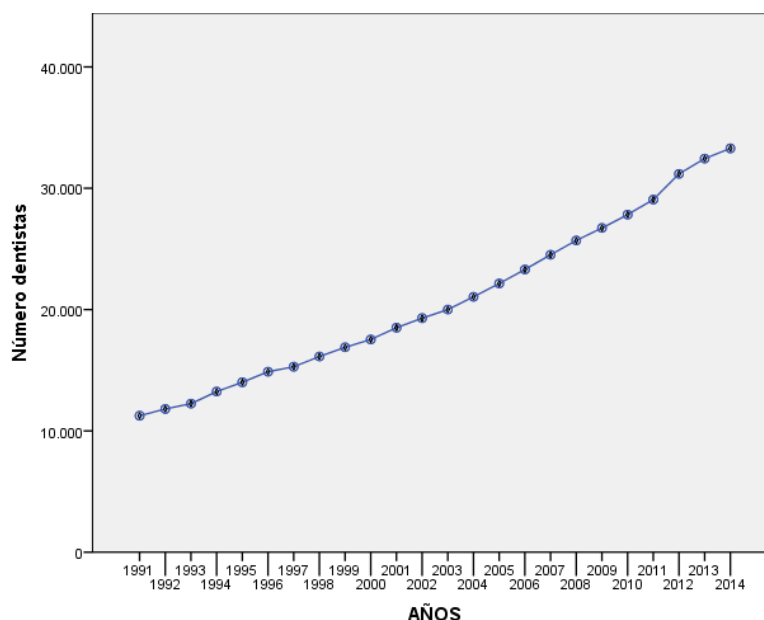


Figura 24. Evolución del número de dentistas desde el año 1991 hasta 2014 (datos del INE⁷⁷)

En cuanto a la **distribución de las sentencias por comunidades autónomas**, hay que tener en cuenta que la distribución del número de dentistas en las comunidades autónomas no es homogénea. En el año 2014, la tasa total de dentistas por 100.000 habitantes (datos INE⁷⁷) en España fue de 71,65 dentistas por 100.000 habitantes. Tomando como referencia el valor nacional (71,65:100.000) un grupo de comunidades autónomas se encontraron por debajo de la media (Melilla, Ceuta, Navarra, Extremadura, Castilla la Mancha, Castilla y León, Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria), otras se aproximaron a la media (Cataluña, La Rioja, Murcia, Galicia,

Comunidad Valenciana) y en otras las tasas fueron superiores a la media (Madrid, Asturias, País Vasco). Sin embargo, en nuestro estudio el mayor número de sentencias se dio en la Comunidad de Madrid (22,4 %), Cataluña (15,3 %) y Andalucía (9,7 %), seguidas de la Comunidad Valenciana (8,7 %), Galicia (6,2 %), el Principado de Asturias (6 %), y Castilla y León (5 %).

Respecto a la **distribución de las sentencias según la provincia**, en nuestro estudio se dio con más frecuencia en la provincia de Madrid (113 de 504; 22,4 % del total), seguido de Barcelona (69 de 504; 13,7 % del total) y Asturias (30 de 504; 6 % del total). En el resto de provincias la frecuencia fue inferior al 5 %. Estos resultados son comparables al estudio de Perea-Pérez et al.¹⁰ en el que se analizan 63 sentencias relacionadas con cirugía e implantología; se registraron sentencias en todas las provincias aunque de manera más notable en Madrid (11; 17,5 %), Barcelona (7; 11 %), Asturias (4; 6,3 %) y Cantabria (4; 6,3 %).

En cuanto al **tipo de jurisdicción**, en la mayoría de estudios sobre sentencias relacionadas con mala praxis en odontología, estas principalmente se resuelven por la vía civil. Perea-Pérez et al.¹⁰ analizaron 63 sentencias relacionadas con tratamientos de cirugía oral, el 96,8 % pertenecían a la jurisdicción civil y el 3,2 % a la penal. En nuestra serie, la mayoría se resolvieron mediante la jurisdicción civil (91,9 %). Mediante la vía penal el 4,6 % y la vía contencioso-administrativa en el 3,6 % de las sentencias estudiadas. En un estudio de Díaz-Flores et al.⁹ en el que se analizaron 74 sentencias relacionadas con la endodoncia, 6 fueron penales y 68 fueron civiles.

En cuanto al **tipo de tribunal**, este tipo de demandas suelen resolverse en la Audiencia Provincial. En el estudio de 63 sentencias por mala praxis en cirugía oral e implantología, la mayoría de las sentencias (92,1 % del total) se resolvieron en la Audiencia Provincial mientras que en el 7,9 % en el Tribunal Supremo¹⁰. En nuestra serie, la mayoría de las sentencias se resolvieron en la Audiencia Provincial (95,2 %) y el resto correspondieron al Tribunal Superior de Justicia (2,6 %), el Tribunal Supremo (1,7 %) y la Audiencia Nacional (0,8 %).

Otro factor a tener en cuenta es el **ámbito de actuación**. En España la mayor parte de la asistencia dental a la población se realiza a través del sistema privado, limitándose las prestaciones del sector público al diagnóstico y al alivio del dolor mediante la extracción dentaria en adultos, ampliándose las prestaciones en la población

IV.- DISCUSIÓN

infantil y adolescente con programas preventivos, así como algunos tratamientos de odontología conservadora⁷⁸. Debido a la escasa oferta de prestaciones de nuestro sistema público, la mayoría de los recursos humanos existentes trabajan en el sector privado. La red pública, a pesar de que ha experimentado un enorme crecimiento en los últimos 10 años, apenas recoge un 10 % del total de los dentistas en ejercicio⁷⁹. En nuestro estudio, el sistema sanitario público supuso el 4 % de los casos (19 casos en total). En Finlandia, en un estudio⁸⁰ llevado a cabo con la intención de evaluar las reclamaciones dentales descritas por pacientes durante un periodo de 12 años, se observó que el sector dental privado recibió más reclamaciones de forma estadísticamente significativa que el sector público ($p < 0.01$).

Hace unos años la práctica más común era la prestación de servicios por parte del dentista en su propia consulta, sin intermediación de ninguna compañía de seguros y mediante el pago por acto médico. En la actualidad se ha producido una importante reestructuración del sector. La incursión en el mercado de servicios de salud oral de grupos económicos con grandes carteras de potenciales clientes, como es el caso de las compañías aseguradoras, ha propiciado una situación de pérdida de poder de la profesión⁸¹. Las mutuas y compañías aseguradoras, así como las grandes cadenas de franquicias dentales, acentúan aún más los problemas del mercado de servicios dentales. Ante la escasez de medidas de regulación estas organizaciones están imponiendo fuertes descuentos a modo de sistemas de financiación en la mayoría de los productos aseguradores, o estrategias de precio gancho en el caso de las franquicias, sistemas que debilitan la competencia y alientan la realización de tratamientos de escasa calidad y mala praxis⁸². Esto concuerda con los resultados obtenidos en nuestra serie en la que durante el periodo 1990-2000, la mayoría de las sentencias se relacionaron con tratamientos odontológicos realizados en clínicas privadas mientras que en franquicias no hubo ninguna sentencia. En el periodo 2001-2005 hubo pocas sentencias en franquicias y en el intervalo de años 2011-2015 se observaron más sentencias relacionadas con franquicias que en el resto de los periodos estudiados.

En nuestra serie, el 59,1 % de las sentencias (298 casos de 504) tuvo lugar en una clínica privada y el 21,6 % de los casos (109 casos) sucedieron en alguna franquicia. En 19 casos (4 %) tuvo lugar en el sistema sanitario público; en 12 casos (2,4 %) la clínica pertenecía a una compañía de seguros y en 1 caso ocurrió en una clínica universitaria. Para determinar si estos datos son significativos deberíamos

conocer el número de clínicas dentales que son privadas, franquiciadas o intermediarias de compañías aseguradoras pero lamentablemente no disponemos de estos datos. Sabemos que el número de clínicas dentales inscritas en los colegios es de 25.196 (fecha de 5 de junio de 2015) ⁸³ pero no tenemos cifras exactas sobre el porcentaje referente a cuantas clínicas son privadas o franquicias.

En la revisión de la literatura, encontramos un trabajo publicado por Perea-Pérez et al.⁸⁴ en 2005, en el que se valoró el tipo de ámbito asistencial de la reclamación por mala praxis odontológica. En dicho trabajo se analizaron 315 reclamaciones de pacientes presentadas ante la Comisión Deontológica del Colegio de la I Región durante los años 2003 y 2004; estos 315 expedientes los clasificaron en dos grupos principales: 1) asistencia privada y 2) asistencia intermediada (clínica cuya propiedad no pertenece a ningún dentista). Dentro de la asistencia intermediada, se consideraron dos grupos: 1) franquicias y 2) resto de las sociedades. Concluyeron que el número de reclamaciones de pacientes procedentes de clínicas “no propiedad de dentistas” (franquicias, seguros y otras sociedades) son mucho más frecuentes que las procedentes de las clínicas propiedad de dentistas en el periodo 2003-2004 (71,75% frente al 28,25%). Además, el incremento de las quejas procedentes de clínicas “no propiedad de dentistas” ha sido muy marcado, pasando de un 17 % en 1996 al 72,28 % en 2004. Este número es mucho mayor que el porcentaje de asistencia bucodental que suponen. La explicación de este marcado incremento puede estar, por un lado, en el aumento de la atención bucodental prestada por estos establecimientos y, por otro, a las agresivas políticas de publicidad y financiación de estas entidades que llevan a la confusión a sus clientes. En la presente investigación, el tipo de responsabilidad se relacionó con el tipo de ámbito de actuación y se observó que las franquicias estuvieron más relacionadas con la responsabilidad civil y menos relacionada con la ausencia de responsabilidad del dentista.

Respecto al **área odontológica** más demandada, en la literatura revisada (tabla 1) ^{4-8, 11, 64, 65}, en la mayoría de los estudios, las áreas odontológicas con un mayor número de reclamaciones fueron la prostodoncia, la implantología y la endodoncia. Resultados similares encontramos en nuestro estudio, siendo el área más frecuentemente demandada la de “cirugía e implantes” seguida del área de “prostodoncia” y de la “endodoncia”. Las áreas menos demandadas fueron la “ortodoncia”, la “odontología conservadora”, la “anestesia” y la “periodoncia”. En un trabajo Perea-Pérez et al.¹¹ en el que se analizaron 415 eventos adversos, el área más reclamada fue la “implantología

IV.- DISCUSIÓN

oral” (25,5 % de los casos), seguida por la “endodoncia” (20,7 % de los casos), y la “cirugía oral” (20,2 % de los casos). Menos frecuentes fueron la prostodoncia (12,53 %), la ortodoncia (8,91 %), la odontología conservadora (4,57 %), la anestesia bucodental (4,1 %) y la periodoncia (0,48 %).

Estos porcentajes pueden ser comparables a la distribución de tratamientos llevados a cabo en una clínica dental. Sin embargo, no tenemos acceso a la frecuencia de los distintos tipos de tratamientos realizados en las clínicas dentales de España. Para entender esta situación, serían necesarios más estudios que nos permitan comparar los porcentajes de los tratamientos reclamados y la frecuencia con la que se llevan a cabo. Sabemos que las tendencias en cuanto a necesidades de tratamiento dental han cambiado a lo largo del tiempo. Eklund⁸⁵ realizó un estudio sobre las necesidades de tratamiento en los seguros dentales de Michigan desde 1992 a 2007 siendo el número de pacientes estudiados en 1992 de 1,25 millones y en 2007 de 1,84 millones. Este autor observó que el número per cápita de los tratamientos restauradores continuaba disminuyendo. El número de extracciones (excepto la de los terceros molares) y los tratamientos endodóncicos disminuían ligeramente. En general, los tratamientos prostodóncicos disminuían mientras que los implantes continuaban aumentando. Una tendencia similar hemos observado en la distribución temporal de los tratamientos odontológicos denunciados en las sentencias de nuestro trabajo, ya que en el periodo 1990-2000 predominaron las sentencias relacionadas con la “endodoncia”. Mientras que desde 2006 hasta la actualidad empiezan a predominar las sentencias relacionadas con la “colocación de implantes”. En el último quinquenio estudiado en nuestra serie (del 2011 al 2015) las sentencias estuvieron más relacionadas con la “colocación de implantes”, con la “prótesis implantosoportada” y con la “ortodoncia”. Sin embargo los tratamientos menos relacionados fueron la “endodoncia”, la “extracción dental” y las “prótesis dentosoportadas”. Debemos tener en cuenta que la frecuencia de las intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo por los dentistas probablemente sea menor que la frecuencia de otros tipos de tratamientos odontológicos.

El **área de la cirugía oral y la implantología** es de las más frecuentemente demandadas por mala praxis en diferentes estudios (tabla 1)^{4-8, 11, 64, 65}. A pesar de una adecuada planificación, ejecución del tratamiento y un buen seguimiento, los pacientes pueden sufrir complicaciones en los procedimientos de cirugía oral⁸⁶. En España, en el análisis de los 415 eventos adversos¹¹, los procedimientos quirúrgicos (la suma de la cirugía oral y la implantología) predominaron claramente sobre el resto (46,7 %). En

nuestro estudio, el área más demandada fue la de “cirugía e implantes” con un 27 % de los casos (136 casos de 504) siendo la “colocación de implantes” el tratamiento más demandado, con un 15,1 % de los casos.

En implantología oral, las complicaciones que se han descrito con más frecuencia en la literatura y las más graves, suceden durante la cirugía, y pueden ser consecuencia de una planificación quirúrgica inadecuada. Pinchi et al.⁸ analizaron 121 reclamaciones por mala praxis en implantología; la mayoría de errores ocurrieron durante la inserción del implante (82,6 %), en el 52,1 % de las reclamaciones se observaron errores en la planificación preoperatoria y el 20 % ocurrieron en la fase postoperatoria. Las lesiones que más se demandaron en implantología fueron los déficits neurológicos^{8, 11, 87, 88} que se manifiestan en el postoperatorio inmediato como un déficit sensorial normalmente no asociado a dolor y que puede ser transitorio⁸⁹. En concordancia con los resultados obtenidos en nuestro estudio la lesión del nervio alveolar inferior (NAI) fue la más frecuente, seguida de la lesión del nervio lingual^{8, 10}. En el trabajo de Pinchi et al.⁸ de las reclamaciones por mala praxis en implantología, el 29,7 % constituyeron la lesión del NAI, y el 2,5 % la lesión del nervio lingual. Sin embargo, en el estudio de Perea-Pérez et al.¹¹ fueron el 30,95 % y 11,90 % respectivamente. Otras lesiones demandadas con menos frecuencia fueron la comunicación oro-sinusal y la lesión del diente adyacente⁸. En el trabajo de Perea-Pérez et al.¹¹ observan una correlación positiva entre las lesiones del NAI y la cirugía bucal; también se dio una correlación positiva fuerte entre la implantología y las lesiones del NAI y las pérdidas importantes de hueso.

En nuestra serie, una de las complicaciones más relacionada con el tratamiento implantológico fue el fracaso del implante. El **fracaso** biológico de los implantes puede ser definido como la incapacidad del tejido de establecer o mantener la osteointegración. Estos fracasos se clasifican en tempranos (fracaso en establecer la osteointegración) y tardíos (fracaso en mantener la osteointegración)⁹⁰. En la literatura revisada se observa un mayor número de fracasos tempranos respecto a los tardíos⁹¹. Pinchi et al.⁸ incluyeron en su estudio 121 reclamaciones relacionadas con la colocación de 411 implantes dentales y observaron que las complicaciones quirúrgicas más frecuentes fueron el fracaso temprano y tardío del implante y la periimplantitis. En nuestro análisis, en 46 casos hubo fracaso temprano y 30 casos fueron fracasos tardíos del implante con el consiguiente fracaso de la prótesis implantosoportada.

IV.- DISCUSIÓN

Dentro del área de la cirugía oral, las extracciones son los procedimientos que más frecuentemente se realizan y también son la fuente de más reclamaciones por mala praxis⁸⁶. En nuestro estudio, la extracción dental junto a la extracción quirúrgica supuso el 10,5 % del total de los tratamientos demandados. En la extracción de dientes, las lesiones más demandadas descritas en la literatura son los déficits neurológicos^{5, 87, 88}, la comunicación oro-antral⁸⁸, la extracción del diente equivocado^{5, 87, 88}, el sangrado postextracción⁸⁸, la lesión del diente adyacente⁸⁸, la fractura mandibular⁸⁸, la lesión de la ATM¹⁰ y la infección⁸⁷.

Respecto al área de la **endodoncia**, en las series publicadas en la literatura, las reclamaciones por motivo endodóncico son las segundas o terceras más frecuentes^{5, 8, 11, 64, 92, 93}. En España, Díaz-Flores et al.⁹ analizaron las sentencias sobre tratamiento endodóncico desde 2000 a 2010 y llegaron a las siguientes conclusiones: 1) la incidencia de casos de endodoncia en los tribunales desde 2000 a 2010 es fundamentalmente de tipo civil, 2) el tratamiento endodóncico puede ser considerado como una obligación de medios y no de resultados y 3) el consentimiento informado escrito y la buena praxis son imprescindibles en la práctica de la endodoncia.

En la literatura se han descrito diferentes causas de reclamación como la utilización de limas defectuosas, la presencia de lesión periapical, el tratamiento del diente equivocado⁶, la perforación de la raíz, la fractura de la raíz, y el dolor postoperatorio⁹². En nuestra serie alguno de los motivos de reclamación relacionados con el tratamiento endodóncico fueron la endodoncia infraobturada, la endodoncia sobreobturada, la rotura de la lima, la infección periapical, la rotura de la lima con desplazamiento al seno y el accidente por hipoclorito sódico.

En cuanto al **tipo de evento adverso**, la primera consideración a realizar es la falta de series representativas de eventos adversos provocados durante la práctica odontológica. Muchos de los eventos adversos en odontología no son reportados por los dentistas y su incidencia real es desconocida⁶³. La diferenciación entre los distintos tipos de eventos adversos es, en ocasiones, difícil¹¹. La mayoría de los errores llevados a cabo por los dentistas, ocurren por un fallo en el diagnóstico, por una incorrecta planificación o ejecución del tratamiento^{4, 94}. En un estudio realizado en España¹¹, de los 415 eventos adversos originados por tratamientos odontológicos, fueron clasificados como errores el 40 % de los casos, y como complicaciones el 40 % de los casos. Se clasificaron como accidentes el 20 % de los casos restantes. En nuestra serie, en 106

casos de 504 (21 %) no se consideró la presencia de un evento adverso. Los eventos adversos más frecuentes fueron las “complicaciones” (23,8 %), el “error en el procedimiento” (19,2 %), el “error de planificación y procedimiento” (10,7 %).

Debemos de considerar que en ocasiones es difícil diferenciar el tipo de evento adverso, aunque recientemente se ha publicado una revisión de la literatura sobre los eventos adversos durante el tratamiento odontológico⁹⁵. En total se analizaron 182 publicaciones con 270 casos y concluyeron que se necesitaban más estudios relacionados con los eventos adversos ya que la mayoría no son reportados y menos aún publicados en revistas. Los resultados de este estudio muestran que hay un nivel de riesgo asociado a la práctica dental diaria y que los eventos adversos dentales son un fenómeno global. Estos autores suponen que si hubiera más fuentes de datos disponibles sobre eventos adversos posiblemente tendríamos más oportunidades de aprender de ellos y reducirlos. Estos autores proponen una clasificación del daño en categorías (tabla 12) y una escala de severidad del evento adverso dental (tabla 13).

IV.- DISCUSIÓN

Tabla 12. Clasificación de daño del evento adverso dental según Obadan⁹⁵

Alergia o reacción de hipersensibilidad.	Otras complicaciones sistémicas.
Aspiración de cuerpo extraño.	Otros tratamientos erróneos o innecesarios.
Retraso en el tratamiento, progresión de la enfermedad, tratamiento innecesario asociado a un mal diagnóstico, o combinación de estas.	Pobre resultado estético tras el tratamiento.
Reacción cuerpo extraño o rechazo.	Pobre hemostasia o hemorragia prolongada.
Lesión tejidos duros.	Tratamiento en el paciente equivocado.
Daño no especificado.	Tratamiento en el lugar erróneo.
Ingestión del cuerpo extraño.	Estrés o desorden psicológico.
Lesión o daño nervioso.	Secuela por retención de un cuerpo extraño en un paciente.
Lesión ocular.	Inflamación o daño en los tejidos blandos.
Infección orofacial.	Infección sistémica.
Otras complicaciones orofaciales.	Toxicidad o sobredosis medicamentosa.
	Transmisión de enfermedad infecciosa.

Tabla 13. Escala de severidad del evento adverso según Obadan⁹⁵

Categoría A	Circunstancias o eventos que tienen la capacidad de causar error.
Categoría B	Un error que no afecta al paciente.
Categoría C	Un error que afecta al paciente pero no le causa ningún daño.
Categoría D	Un error que afecta al paciente y requiere seguimiento para confirmar que no ha lesionado al paciente.
Categoría E1	Daño mínimo temporal (reversible o transitorio) que requiere una intervención mínima.
Categoría E2	Daño mínimo temporal (reversible o transitorio) que requiere una intervención significativa.
Categoría E3	Daño significativo temporal (reversible o transitorio) que requiere una mínima intervención.
Categoría E4	Daño significativo temporal que requiere una significativa intervención.
Categoría F	Daño reversible que requiere tratamiento de emergencia, hospitalización o estancia prolongada en el hospital.
Categoría G1	Daño permanente mínimo que requiere una mínima intervención.
Categoría G2	Daño permanente mínimo que requiere una significativa intervención.
Categoría G3	Daño permanente significativo que requiere una mínima intervención.
Categoría G4	Daño permanente significativo que requiere una significativa intervención.
Categoría H	Intervención requerida para mantener la vida del paciente.
Categoría I	Muerte del paciente.

El **documento de consentimiento informado** no protege contra las demandas, pero su ausencia las agrava⁹⁶. En nuestro estudio se consideró mala praxis debido a un error de información en 45 casos (8,9 %); siendo 113 los casos que cursaron con la ausencia de DCI y 9 casos en los que fue inespecífico o tardío. La comunicación oral y escrita es fundamental durante el procedimiento del consentimiento informado y muchas de las demandas se presentan por la falta de comunicación durante el proceso del consentimiento⁹⁷. En la mayoría de los estudios^{5, 6, 10, 52, 65, 88} se observa que la falta de información y la falta del DCI es un problema frecuente en las demandas; además esta falta de información puede causar problemas durante la defensa de casos por mala praxis⁹⁸ ya que puede decantar un caso hacia la condena o absolución ya que sirve como prueba documental ante cualquier posible petición de responsabilidad sobre el tratamiento⁹. Para Ozdemir et al.⁴, 2 de cada 8 dentistas fueron culpables no por el

IV.- DISCUSIÓN

tratamiento que realizaron si no por la falta del consentimiento del paciente. López-Nicolás et al.⁶⁵ estudiaron 84 casos de reclamaciones presentadas en el Colegio Oficial de Odontólogos de Murcia desde el año 1993 al 2005. Se consideraron 55 casos con mala praxis, de los cuales en 32 casos fueron considerados técnicamente correctos pero con error en el deber de información y en 23 casos se observaron errores técnicos. El consentimiento informado por escrito estuvo ausente en 40 casos, aunque se proporcionó información verbal en 14 casos. Cuando el documento de consentimiento informado estuvo presente (12 casos) fue inadecuado, aunque fue adecuadamente complementado con información oral.

El consentimiento se expresa habitualmente de forma verbal, dejando constancia en la historia clínica y cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo se obtendrá un consentimiento por escrito⁵⁰; pese a esto, en las demandas por cirugía oral, la falta de comunicación y la falta del DCI es un problema frecuente^{8, 10, 88}. Marei⁸⁸ llegó a la conclusión que la mayoría de las demandas en cirugía oral podrían prevenirse con una adecuada planificación preoperatoria o con un adecuado manejo del error quirúrgico a través de una adecuada comunicación con el paciente. De las 63 sentencias analizadas por Perea-Pérez et al.¹¹ en 22 sentencias se observó la falta del DCI. En nuestra muestra, en 113 sentencias no hubo DCI y en 9 casos este se consideró incompleto o inespecífico.

En relación a las **secuelas** ocasionadas al paciente a consecuencia del evento adverso, en nuestra serie, la pérdida dentaria fue la secuela más frecuente seguida de las alteraciones neurosensitivas. Esto concuerda con un análisis de 415 eventos adversos relacionados con el tratamiento odontológico¹¹, siendo la pérdida dentaria la secuela más frecuente, seguido de los daños permanentes en troncos nerviosos, y la pérdida ósea importante. Otras secuelas menos frecuentes fueron el daño sinusal crónico, la lesión permanente del nervio lingual, el daño crónico de la ATM, el fallecimiento, el daño ocular crónico, el daño hepático crónico y el daño permanente del nervio facial. En nuestro estudio las secuelas más relacionadas con la responsabilidad civil fueron la pérdida dentaria y la pérdida ósea. Las más relacionadas con la responsabilidad penal fueron la lesión del nervio facial, el fallecimiento, la fractura mandibular y la secuela estética y pérdida dentaria. En la responsabilidad contencioso-administrativa se observaron más sentencias con lesión del nervio lingual.

Las alteraciones sensitivas deficitarias o neuropatías trigeminales se producen por la lesión de la tercera rama del nervio trigémino durante la intervención quirúrgica; esto se manifiesta en el postoperatorio inmediato como un déficit sensorial normalmente no asociado a dolor y que suele ser transitorio⁸⁹. En nuestra serie, las alteraciones sensitivas fue la segunda secuela más frecuente, siendo los nervios más afectados el NAI y el nervio lingual.

Otro aspecto a destacar de los resultados obtenidos respecto al tipo de secuela son los 3 casos de fallecimiento registrados en nuestro estudio. En 2 casos el dentista resultó absuelto por no existir nexo causal y en 1 caso fue condenado penalmente por una extracción dental con infección y la consecuente septicemia. En el estudio de Ozdemir et al.⁴; de las 14 demandas por mala praxis durante el tratamiento odontológico, en 2 de ellas se causó el fallecimiento del paciente; uno fue debido a un shock anafiláctico tras la inyección local de morfina y otra tras una infección por un tratamiento endodóncico. En un caso el dentista resultó culpable tras la aplicación de morfina como anestésico local ya que hoy en día no se utiliza y no supervisó al paciente tras las 3 horas de la aplicación de la morfina. Son muy significativos los 11 fallecimientos recogidos en la serie Perea-Pérez et al.¹¹ relacionados con el tratamiento odontológico o producidos por otras causas durante la estancia del paciente en el centro. Las causas fueron las siguientes: 1) procesos infecciosos posteriores al tratamiento dental (n=5; 1,2 %), 2) reacciones adversas a fármacos (n=2; 0,5 %), 3) reacción anafiláctica al látex (n=1; 0,2 %), 4) hemorragia subaracnoidea que se produjo durante la inyección anestésica (n=1; 0,2 %), 5) insuficiencia respiratoria aguda en un paciente con restricción previa importante (n=1; 0,2 %), 6) fallo hepático agudo por hepatitis B aguda adquirida en consulta) (n=1; 0,2 %). De ellos, algunos tienen una relación directa con el tratamiento, y otros se deben a patologías previas que se manifestaron durante el mismo. Pero todos estos casos han requerido la actuación activa del dentista para el tratamiento de la urgencia vital.

Los **tratamientos requeridos** por los pacientes tras el evento adverso no suelen estar recogidos en la mayoría de series valoradas. En el estudio de Perea-Pérez et al.¹¹ en el 46,2 % de los casos se requirió ingreso hospitalario; en el 35,8 % se requirió tratamiento médico u hospitalario externo; en el 18,6 % de los casos tratamiento odontológico en otro centro y en el 3,4 % de los casos el tratamiento fue en el propio centro donde se produjo el evento adverso. En el estudio de 63 sentencias¹⁰, la

IV.- DISCUSIÓN

hospitalización por complicaciones operatorias o postoperatorias supuso el 16,6 % del total. En nuestro trabajo, en muchas sentencias no se especificaba el tipo de tratamiento requerido (en el 60,1 %), en la mayoría de los casos el tratamiento requerido se realizó en otra clínica dental diferente a la demandada (26,4 %), en el 8,5 % de los casos requirió tratamiento hospitalario y en un 3,4 % hubo un ingreso hospitalario. El ingreso hospitalario y el tratamiento hospitalario se relacionaron con el área de cirugía e implantes. Solo en un 1,6 % de los casos el tratamiento se realizó en el mismo centro donde ocurrió la demanda.

En relación al **sexo del paciente demandante**, en nuestro estudio la mayoría de los pacientes que demandaron fueron del sexo femenino; el 69,9 % de los casos fueron mujeres y en 30,1 % fueron hombres. Este porcentaje es similar al obtenido por Pinchi et al.⁸ en el que las mujeres representaron el 73,6 % de las reclamaciones. La mayoría de los estudios encontrados en la literatura coinciden en que las mujeres reclamaron con más frecuencia respecto a los hombres^{6, 52, 92, 99}. En otro estudio¹⁰ se repartió de forma equitativa. Sin embargo, en un estudio de Kiani y Sheikhzadi⁵ realizado en Irán, se observó que las mujeres realizaron menos reclamaciones que los hombres (45,9 %:54,1 %). Este hallazgo no tiene un valor significativo ya que es probable que se deba al hecho de que en Irán, las mujeres utilicen menos los servicios dentales que los hombres.

En el presente trabajo, a pesar de que las mujeres demandaron mucho más que los hombres (69,9 %:30,1 %) no podemos establecer conclusiones definitivas ya que no disponemos de estudios que analicen la proporción de hombres y mujeres que son sometidos a tratamientos odontológicos en España, aunque posiblemente sean las mujeres las que realicen un mayor número de visitas a su dentista. En un estudio de tendencias basado en el análisis de la Encuesta de Salud de Cataluña¹⁰⁰ en los años 1994, 2002 y 2006 observaron que las mujeres tendían a visitar más al médico general o al pediatra, al especialista y al dentista que los hombres.

Respecto al **sexo del profesional implicado**, en nuestra serie, los dentistas demandados de sexo masculino representaron más del doble que las dentistas demandadas de sexo femenino. El 56,75 % fueron hombres y el 22 % fueron mujeres, poniendo de manifiesto una predominancia importante del sexo masculino. Se demandaron tanto a un hombre como a una mujer en el 3,37 % de los casos y se demandó a la clínica en el 17,86 % de los casos, no especificando el sexo del dentista implicado. Al igual que en muchos estudios, las dentistas mujeres fueron menos

demandadas que los dentistas hombres^{4, 6, 7, 8, 10, 80, 92}. En el estudio de Kiani y Sheikhzadi⁵ en Irán, no se observó ninguna relación entre la prevalencia de reclamaciones y el género del dentista. En España, en el estudio de 63 sentencias de Perea-Pérez et al.¹⁰, el 84,1 % de los profesionales fueron hombres (53 de 63 sentencias) y en Dinamarca (cita) 9 de cada 11 dentistas implicados en casos de mala praxis fueron hombres. Algunos autores^{101, 102, 103} han demostrado que la falta de comunicación entre el paciente y el profesional aumenta las demandas indicando la relevancia del género del profesional en el patrón de la comunicación. De hecho, las mujeres dentistas tienden a adoptar una comunicación centrada en el paciente con la potencial importancia de minimizar la probabilidad de demandas^{101, 102}. Esta situación podría reflejarse en la práctica dental y explicar el mayor número de hombres dentistas implicados en las reclamaciones⁹².

Debemos tener en cuenta que en España, el número total de hombres dentistas ejerciendo ha sido mayor que el número de mujeres dentistas hasta el año 2012 en el que se empieza a observar un mayor número de dentistas mujeres que de hombres (datos INE⁷⁷). Esto indica, que en relación al reparto por sexo se ha producido una feminización de la profesión (figura 26). Estos datos concuerdan con los obtenidos en nuestro trabajo, ya que en el periodo 1990-2000 hubo un mayor número de sentencias contra hombres con respecto a otros periodos.

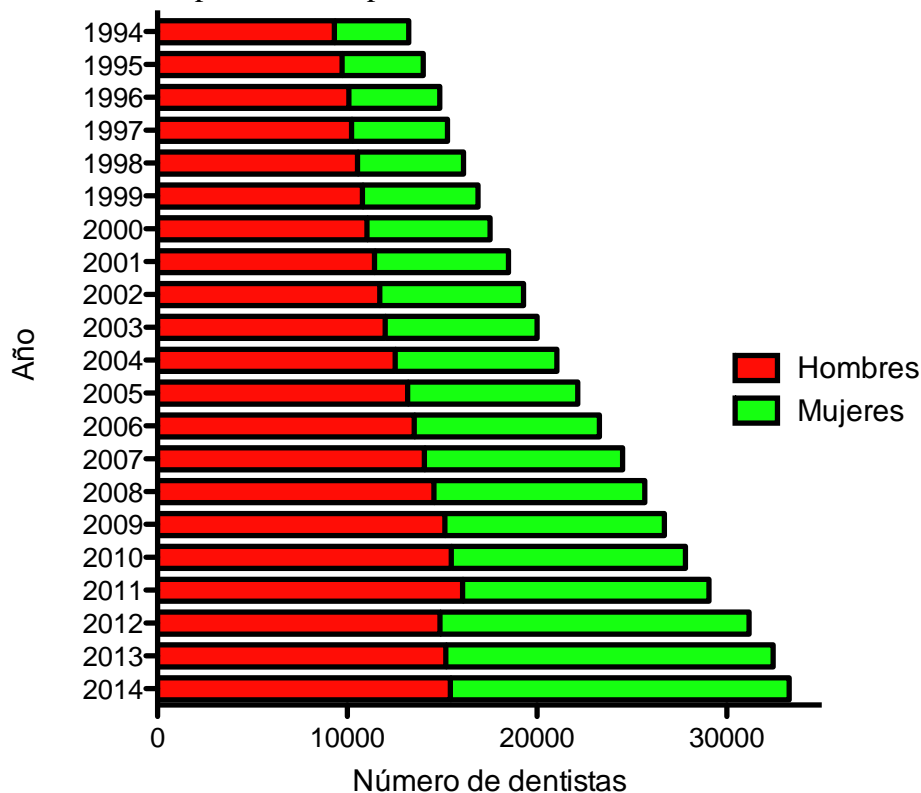


Figura 25. Distribución de hombres y mujeres dentistas colegiados desde el año 1994 hasta 2014 (datos INE 2014⁷⁷)

IV.- DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación demuestran que las demandas han sido más frecuentemente realizadas por pacientes mujeres contra hombres dentistas. Esta relación de paciente mujer/dentista hombre también se ha observado en otros estudios⁸. De acuerdo con el estudio de Givol et al.⁹⁹ las pacientes mujeres eran más propensas a realizar reclamaciones de tratamientos frente a hombres dentistas; además en este estudio observaron una tendencia de pacientes mujeres jóvenes que interponían reclamaciones contra dentistas hombres más mayores. En nuestro estudio no hemos podido analizar la edad del paciente demandante ni la del dentista demandado ya que en las sentencias no se reflejaba este dato.

Respecto al **tipo de responsabilidad**, de las 504 sentencias analizadas, el 58,9 % de los casos dieron lugar a una condena judicial (297 casos) y en el 41,1% de los casos los profesionales quedaron absueltos (207 casos). En el trabajo de Perea-Pérez et al.¹⁰ en el 71,4 % de los casos (45 sentencias), el dentista fue condenado por casos de mala praxis en cirugía oral mientras que en el 28,6 % (18 sentencias) el profesional quedó absuelto. Esta diferencia en los casos de condena y absolución entre ambos estudios puede deberse a que en el trabajo de Perea-Pérez et al.¹⁰ las sentencias que analizaron estaban únicamente relacionadas con el área de cirugía oral e implantología. Esto concuerda con los resultados obtenidos en nuestro análisis ya que las sentencias relacionadas con la ausencia de responsabilidad o absolución del dentista estaban menos relacionadas con el tratamiento implantológico.

Respecto al tipo de responsabilidad exigida en los casos condenados, la mayoría fue responsabilidad civil (92,9 %). La responsabilidad penal representó el 5,4 % y la contencioso-administrativa el 1,7 %. En cuanto a la responsabilidad civil, se dieron más sentencias relacionadas con el tratamiento de implantes dentales, implantes y prótesis sobre implante y menos sentencias relacionadas con la extracción dental. En la responsabilidad penal, hubo más sentencias de endodoncia y prótesis fija. En la responsabilidad contencioso-administrativa hubo más sentencias con tratamientos de extracción dental y extracción quirúrgica.

En relación al **tipo de obligación**, de las 504 sentencias analizadas, la obligación de resultados se consideró en 255 casos (50,6 %) mientras que la obligación de medios en 78 casos (15,5 %); se consideró una situación intermedia entre la obligación de medios y de resultados en 7 sentencias (1,4 %). En muchos de los casos no se especificó el tipo de obligación (32,5 %). Cuando la obligación fue de medios, se observó un

mayor número de sentencias en la que no se exigió responsabilidad profesional mientras que cuando fue de resultados se observaron más sentencias relacionadas con la responsabilidad profesional civil.

El tipo de obligación se relacionó de forma estadísticamente significativa con el tipo de tratamiento odontológico demandado. El área de la endodoncia se relacionó más con la obligación de medios mientras que los tratamientos protésicos como la prótesis removible, los implantes y la prótesis sobre implantes estuvieron más relacionados con la obligación de resultados. En un análisis de 63 sentencias referentes a cirugía e implantología oral, la obligación de resultados se observó en el 55,6 % de las sentencias (35 sentencias)¹⁰.

En lo referente a la **cuantía de indemnización** encontrada en nuestro estudio, la cantidad máxima indemnizada fue de 224.854,7 € y el mínimo de 229 €. La media de ambas cantidades (cantidad reclamada y cantidad indemnizada) fue muy diferente, siendo 89.215,4 euros la cantidad media reclamada y 15.149,6 euros la cantidad media indemnizada. No hubo diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre el tipo de responsabilidad y la cuantía de indemnización. En cambio, sí que hubieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) entre el tipo de tratamiento odontológico demandado y la cuantía de indemnización. Se observó un mayor número de sentencias con indemnizaciones de entre 20.000 a 40.000 euros relacionadas con el tratamiento implantológico. Por el contrario, hubo más sentencias con un rango de indemnización de 1.000 a 4.000 euros cuando se realizaron prótesis removibles. En el mismo sentido, en un trabajo publicado por Perea-Pérez et al.¹⁰ en 2011 indicaron que el área con mayor cuantía indemnizada fue el área de la implantología; en el 77,7 % de los casos de implantología oral, el intervalo de indemnización fue de 18.001 a 60.000 €.

Estas cantidades indemnizadas son menores que las observadas en otros campos de la medicina. En un estudio realizado por Santiago-Sáez et al.⁶⁶ analizaron las sentencias judiciales en la práctica de cardiología resueltas en segunda instancia en España entre 1992 y 2007 y observaron que la distribución de la cuantía inicialmente solicitada resultó similar a la indemnización finalmente sentenciada, siendo mayoritarias las indemnizaciones superiores a 60.000 euros. En el citado estudio, la cuantía media de indemnización por caso fue de 113.506,3 euros. En otro estudio realizado por el mismo autor¹⁰⁴, se evaluaron las sentencias judiciales contra psiquiatras entre 1992 y 2007; y determinaron que de los casos en los que ha existido condena, el rango de

IV.- DISCUSIÓN

indemnizaciones entre 18.001 y 60.000 euros constituyó el 45,8 % y el rango de indemnizaciones entre 60.001 y 600.000 euros el 50 %. Ambos grupos suponen prácticamente la totalidad de las cuantías establecidas en las sentencias. La cuantía media de la indemnización fijada en los tribunales es de 57.588 euros.

Tras el análisis jurisprudencial las **recomendaciones que nos hemos planteado para minimizar el riesgo de posibles demandas por responsabilidad profesional odontológica** o por lo menos poder limitar sus consecuencias, son las siguientes:

- Planificar preoperatoriamente cada caso y realizar las pruebas diagnósticas convenientes (por ejemplo: pruebas radiológicas, modelos de estudio, fotografías, exploración de la ATM, etc).
- Rellenar correctamente la historia clínica así como los hallazgos clínicos que presenta el paciente al inicio del tratamiento.
- Fomentar en todo momento una buena relación odontólogo-paciente.
- Solicitar un documento de consentimiento informado específico y detallado que indique el tipo de procedimiento (sobre todo en procedimientos invasivos), las posibles complicaciones y los riesgos individualizados y ofrecer la información exhaustiva.
- Realizar un correcto seguimiento a corto y largo plazo de los tratamientos realizados.
- Aplicar las medidas de seguridad clínica tipo Check-list y aplicar las guías de práctica clínica publicadas por las sociedades científicas.
- Cumplir el código de ética y deontología profesional.
- Derivar al paciente a otro compañero competente en la materia ante circunstancias que sobrepasen los conocimientos, habilidades o experiencias del profesional.
- Ante una complicación, gestionarla con rapidez, transparencia, máxima colaboración y reconocimiento del error si ha existido.
- Ante un evento adverso estético nunca despreciar la insatisfacción del paciente. Mostrarse comprensivo, generoso en dar toda la información necesaria tranquilizando y ofreciendo tratamientos complementarios.

V.- CONCLUSIONES

V.- CONCLUSIONES

V.- CONCLUSIONES

1.- Se estudiaron 504 sentencias por mala praxis en el tratamiento odontológico desde enero de 1991 a marzo de 2015. En el año 2013 se registró el mayor porcentaje de sentencias (11,1 %), seguido de 2014 (9,9 %), y los años 2011 y 2009 (9,1 %). En los años 1992, 1993, 1995 y 1996 no se obtuvieron sentencias y en el resto se observó una incidencia inferior al 8 %. El quinquenio con mayor número de sentencias encontradas fue 2011-2015 con 191 sentencias.

2.- La provincia con mayor porcentaje de sentencias fue Madrid (22,4 %), seguida de Barcelona (13,7 %) y Asturias (6 %). En el resto fue inferior al 5 %. La mayoría se resolvieron mediante la jurisdicción civil (91,9 %). La vía penal (4,6 %) y la vía contencioso-administrativa (3,6 %) fueron menos frecuentes. En cuanto al tipo de tribunal, la mayoría se dictaron en la Audiencia Provincial (95,2 %). El resto correspondieron al Tribunal Superior de Justicia (2,6 %), el Tribunal Supremo (1,7 %) y la Audiencia Nacional (0,8 %).

3.- En cuanto al acto odontológico demandado, el 59,1 % de los casos tuvo lugar en una clínica privada, el 21,6 % en alguna franquicia, el 4 % en el sistema sanitario público; en el 2,4 % la clínica pertenecía a una compañía de seguros y un caso ocurrió en una clínica universitaria. Los tratamientos odontológicos más demandados fueron la “colocación de implantes”, la “prótesis fija sobre dientes”, la “endodoncia” y la “prótesis implantosoportada” siendo las áreas más demandadas la “cirugía e implantes” (27 %), la “prostodoncia” (25,2 %) y la “endodoncia” (12,1 %).

4.- Los eventos adversos más frecuentes fueron la “complicación”, el “error de procedimiento”, el “error de planificación” y el “error de información”. Los daños generados más frecuentes fueron el “fracaso de la prótesis dentosoportada”, el “fracaso temprano del implante” y el “fracaso de la prótesis sobre implantes”. Mientras que las secuelas producidas que se repitieron con más frecuencia fueron la “pérdida dentaria” y las “alteraciones neurosensitivas”. Solamente en tres casos de las 504 sentencias estudiadas, se produjo el fallecimiento del paciente; en dos casos el dentista resultó absuelto al no existir nexo causal y únicamente en un caso el dentista fue condenado.

V.- CONCLUSIONES

5.- En la mayoría de las sentencias (68,3 %) no se especificó si hubo o no documento de consentimiento informado. En el 22,4 % no hubo consentimiento o se consideró incompleto, tardío o inespecífico (1,4 %). El 7,5 % de las sentencias sí que especificaban la existencia de documento de consentimiento informado.

6.- El paciente actúa como demandante en todas las sentencias, excepto en cuatro de ellas que demandaron dos pacientes al mismo tiempo. Del total de los demandantes (508), el 69,9 % fueron mujeres mientras que el 30,1 % fueron hombres. Los odontólogos o estomatólogos demandados fueron 556, de ellos el 56,7 % corresponden a hombres mientras que en el 22 % fueron mujeres. Se demandaron tanto a un hombre como a una mujer en el 3,4 % de los casos.

7.- En el 58,9 % de los casos el profesional resultó condenado y en el 41,1 % de los casos el profesional quedó absuelto. Respecto al tipo de responsabilidad profesional exigida, se consideró responsabilidad civil en el 92,9 %, responsabilidad penal en el 5,4 % y responsabilidad contencioso-administrativa en el 1,7 %. En 267 casos si hubo mala praxis (53 %) y en 199 de los casos (39,5 %), se consideró que no hubo mala praxis. La obligación de resultados se consideró en el 50,6 % de las 504 sentencias analizadas. La obligación de medios en el 15,5 % y se consideró una situación intermedia entre la obligación de medios y de resultados en el 1,4 %.

8.- La cantidad media indemnizada fue 15.149 euros, estando el rango de indemnización de 20.000 a 40.000 euros más relacionado con el tratamiento implantológico. El rango de indemnización de 1.000 a 4.000 euros estuvo más relacionado con el tratamiento de “prótesis removible”. Las indemnizaciones menores de 1.000 euros estuvieron más relacionadas con la “ausencia de secuelas”. El rango de 40.000 a 100.000 euros se relacionó con la “pérdida ósea y sinusitis”.

9.- En cuanto a la distribución temporal de algunas de las variables, destacamos que en el periodo de 1990 a 2000, se observaron más sentencias relacionadas con profesionales “hombres”, en “clínicas privadas” y por “tratamientos endodóncicos”. En el intervalo 2001-2005, se observaron más sentencias relacionadas con los tratamientos de “extracción dental”, “prótesis fija y la endodoncia” y la “prótesis fija sobre dientes”. De 2006 a 2010 las sentencias se relacionaron más con la “prótesis removible” y en los últimos 5 años (2011-2015) se encontró un mayor número de sentencias relacionadas con las “franquicias” y con los tratamientos de la “colocación de implantes dentales”, “prótesis implantosoportadas” y la “ortodoncia”.

10.- Las sentencias en las que no hubo responsabilidad, se presentan con mayor frecuencia en el “sistema de sanidad pública”, en el tratamiento de la “extracción dental” y la “odontología conservadora”, en “ausencia de eventos adversos y secuelas” y cuando existe una “obligación de medios”.

11.- Cuando existe responsabilidad civil hay mayor número de sentencias relacionadas con la “colocación de implantes” y la “prótesis implantosoportada”, con “error de procedimiento” y “error de información”, y en la “obligación de resultados”.

12.- Las sentencias con responsabilidad penal están más relacionadas con la “endodoncia y la prótesis fija”, con los “accidentes”, “error de planificación y procedimiento”, y en las secuelas de “lesión del nervio facial”, “fallecimiento”, “fractura mandibular” y “pérdida dentaria y perjuicio estético”.

13.- En el caso de la responsabilidad contencioso-administrativa observamos un mayor número de sentencias que se relacionan con el “sistema de sanidad pública”, con la “extracción dental” y “extracción quirúrgica”, con el “error de seguimiento”, y con la secuela de la “lesión del nervio lingual” y con el “ingreso hospitalario”.

14.- Para minimizar el riesgo de una demanda por responsabilidad profesional odontológica sería conveniente seguir unas recomendaciones como realizar una correcta historia clínica y fomentar en todo momento una buena relación odontólogo-paciente, solicitar un documento de consentimiento informado específico y detallado. Ante un evento adverso nunca despreciar la opinión del paciente y siempre dar toda la información necesaria tranquilizando y ofreciendo tratamientos complementarios.

15.- Serán necesarios un mayor número de estudios relacionados con eventos adversos y con el fracaso de tratamientos en la práctica odontológica para que nos proporcionen mayor información y nos permitan unificar criterios médicos.

V.- CONCLUSIONES

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gisbert-Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. 2004. Barcelona: Ed. Masson.
2. Perea-Pérez B, Labajo-González ME, Santiago-Sáez A, Albarrán-Juan ME. Responsabilidad profesional en odontología. Rev Esp Med Legal. 2013; 39:149-156.
3. Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, Labajo-González ME, 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 Fund Mapfre. 2009; 20:264-268.
4. Ozdemir MH, Saracoglu A, Ozdemir AU, Ergonen AT. Dental malpractice cases in Turkey during 1991-2000. J Clin Forensic Med. 2005; 12:137-42.
5. Kiani M, Sheikhzadi A. A five-year survey for dental malpractice claims in Tehran, Iran. J Forensic Leg Med. 2009; 16:76-82.
6. Hashemipour MA, Movahedi Pour F, Lotfi S, Gandjalikhan Nassab AH, Rahro M, Memaran Dadgar M. Evaluation of dental malpractice cases in Kerman province (2000-2011). J Forensic Leg Med. 2013; 20:933-8.
7. Mohebbi SZ, Bonabi M, Abbasi AJ, Hosseini-Todashki H. The share of implant treatments in dental claims in Iran. J Craniomax Res. 2014; 1:25-7.
8. Pinchi V, Varvara G, Pradella F, Focardi M, Donati MD, Norelli G. Analysis of professional malpractice claims in implant dentistry in Italy from insurance company technical reports, 2006 to 2010. Int J Oral Maxillofac Implants. 2014; 29:1177-84.
9. Díaz-Flores V, Cisneros R, Perea, B. La endodoncia en los tribunales españoles. Estudio de la jurisprudencia entre los años 1990 a 2010. Cient Dent 2011; 8;2:133-139.
10. Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, Labajo-González ME, Albarrán-Juan ME. Professional liability in oral surgery: Legal and medical study of 63 court sentences. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011; 16:e526- 31.
11. Perea-Pérez B, Labajo-González E, Santiago-Sáez A, Albarrán-Juan E, Villa-Vigil A. Analysis of 415 adverse events in dental practice in Spain from 2000 to 2010. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014; 19:e500-5.

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12. Lara Peinado F. Código de Hammurabi. 2008. Madrid: Tecnos.
13. Díaz-Ambrona Bardaji M, Serrano Gil A, Fuertes Rocañi J, Hernández Díaz-Ambrona P. Introducción a la medicina legal. 2007. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
14. Medallo-Muliz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126:152-6.
15. Ruiz Vadillo E. la responsabilidad civil y penal de los profesionales de la medicina. *Actualidad Penal*. 1994; 2:499-519.
16. Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, y cols. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y como defenderse judicialmente. *Rev Clin Esp*. 2012; 212:198-205.
17. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE nº77, de 31 de marzo de 2015.
18. Moreno P. El TS rechaza que la inhabilitación se aplique sólo a la especialidad. *Diario Médico*. 26 noviembre 2001; 7.
19. Benítez Ortúzar IF, Cruz Blanca MJ. La imprudencia punible en el ámbito de la actividad médico-quirúrgica. En: *Estudios jurídicos sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico y otros agentes sanitarios*. 2009. Madrid: Ed. Dykinson;. P. 155-99.
20. Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. BOE nº 206, de 25 de julio de 1889.
21. Arimany-Manso J, Gómez Durán EL. La gestión de la responsabilidad profesional médica desde el colectivo de la profesión médica y enfocada a la seguridad clínica. *Rev Esp Med Legal*. 2013; 39:142-148.
22. Andreu-Tena E, Azparren Lucas A, Donat Laporta E. Estudio jurisprudencial en medicina satisfactiva. *Rev Esp Med Legal*. 2013; 39:162-7.
23. Brown JP. Toward an economic theory of liability. *J Legal Stud* 1973; 2:323-49.
24. Meyer DJ, Simon RI. Psychiatric malpractice and the standard of care (capítulo 9: paginas 185-203) En: *The American Psychiatric Publishing textbook of forensic psychiatry*. Simon RI, Gold LH, editors. Washington, DC:American Psychiatric Publishing;2004.
25. Ryan M. Medical malpractice: A review of issues for providers. *Hematol Oncol Clin N Am*. 2002; 16:1331-50.

26. Berrocal Lanzarot AI. A propósito de la responsabilidad civil médica. La teoría de la pérdida de oportunidad y del resultado o daño desproporcionado. *Revista de la Escuela de Medicina Legal*. 2011; 16:24-42.
27. Llamas Pombo E. La responsabilidad civil del médico: aspectos tradicionales y modernos. 1998. Madrid: Trivium.
28. Martínez-Calcerrada Gómez L. “Lex artis ad hoc” y la responsabilidad médico profesional. *Anales de la Real Academia de Doctores*.1998; 2:155-66.
29. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274, de 15 de noviembre de 2002.
30. Perea-Pérez B, Berrocal-Lanzarot A, Sánchez-Sánchez JA. Consentimiento informado en Odontología: concepto, obligación y clases. *Prof. Dent*. 2005; 8: 16-20.
31. Arimany-Manso J. La responsabilidad profesional en cardiología. *Revista Española de Cardiología*. 2012; 65:788-90.
32. Sox Jr HC, Woloshin S. How many deaths are due to medical error? Getting the number right. *Eff Clin Pract*. 2000; 3:277-83.
33. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, et al. Malpractice risk according to physician specialty. *NEJM*. 2011; 65:629-36.
34. Carles, M. Liability for medical malpractice: an economic approach. *Gaceta Sanitaria*. 2003; 17:494-503.
35. INSALUD. Memoria Estadística INSALUD. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
36. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Bruguera M, Aubia J. Un modelo integral y de gestión directa del aseguramiento de la responsabilidad profesional médica en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2013; 141:300-4.
37. Arimany-Manso J, Benet-Travé J, Bruguera-Cortada M, Torné-Escasany R, Klamburg-Pujol J, Gómez-Durán EL. Surgical procedures involved in claims for alleged defects in praxis. *Med Clin (Barc)*. 2014; 142:47-51.
38. Martínez-Pereda JM. La responsabilidad penal del médico y del sanitario. 2.a ed. Madrid: Colex; 1994.
39. Pujol Robinat A, Martín Fumadó C, Giménez Pérez D. Responsabilidad profesional médica. En: *Medicina legal en asistencia primaria. Guía práctica*. Coordinador: Castellà García J. Barcelona. EdikaMed; 2012; p.99-114.

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

40. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz JR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity in global population. *N Engl J Med.* 2009; 360:491-9.
41. Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, por el que se desarrolla lo previsto en la Ley 10/1986, que regula la profesión de Odontólogo, Protésico e Higienista dental. BOE núm. 215, de 8 de septiembre de 1994.
42. Sanz M y cols. Libro Blanco: Título de Grado en Odontología. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). 2004. Disponible en: http://www.aneca.es/media/150344/libroblanco_odontologia_def.pdf.
43. Perea-Pérez B. Responsabilidad profesional en odontoestomatología: requisitos y clases de responsabilidad. *Prof Dent.* 2001; 4:20-5.
44. Moya-Pueyo V, Roldán-Garrido B, Sánchez-Sánchez JA. *Odontología Legal y Forense.* Barcelona: Ed. Masson; 1994.
45. Martínez-Pereda JM. Responsabilidad del Odontólogo y Estomatólogo. *Actualidad Penal.* 1996; 37:701-27.
46. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: result of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991; 324: 370-6.
47. Arimany J, Pujol A. La prueba pericial médica en casos de responsabilidad profesional. *Diario Médico,* 7 abril 2004, página 8.
48. Escobar-Córdoba F. Responsabilidad médica del psiquiatra. *Rev Colomb Anestesiol.* 2012; 40:17-20.
49. Perea-Pérez B. Responsabilidad profesional en odontoestomatología: circunstancias profesionales que dan lugar a responsabilidad profesional y responsabilidad civil. *Prof Dent.* 2001; 4:20.
50. Consejo general de odontólogos y estomatólogos de España; Código Español de Ética y Deontología Dental; 2012. [Último acceso 28 junio 2015]. Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/el-consejo/codigo-etico-y-deontologico/codigo-etico>.
51. Pollack BR. *Law and Risk Management in Dental Practice.* Quintessence Books Surrey. 2002.
52. Moles DR, Simper RD, Bedi R. Dental negligence: a study of cases assessed at one specialised advisory practice. *Br Dent J.* 1998; 184:130-3.

53. 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.
54. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Bruguera M, Aubia J. Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. *Gac Sanit.* 2013; 27:92-3.
55. Yamalik N, Perea-Pérez B. Patient safety and dentistry: what do we need to know? Fundamentals of patient safety, the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice. *Int Dent J.* 2012; 62:189-196.
56. Pemberton MN. Developing patient safety in dentistry. *Br Dent J.* 2014; 217:335-7.
57. Perea B. Seguridad del paciente y odontología. *Cient Dent.* 2010; 1:9-15.
58. Lang NP. Professional liability, patient safety, and first do no harm. *Am J Surg.* 2001; 182:537-41.
59. Perea-Perez B, Santiago-Sáez A, García-Marín F, Labajo-González E, Villa-Vigil A. Patient safety in dentistry: dental care risk management plan. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011; 16:e805-9.
60. Ashkenazi M, Bijaoui E, Blumer S, Gordon M. Common mistakes, negligence and legal offences in paediatric dentistry: a self-report. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2011; 12:188-94.
61. Thusu S, Panesar S, Bedi R. Patient safety in dentistry - state of play as revealed by a national database of errors. *Br Dent J.* 2012; 213:E3.
62. Peleg O, Givot N, Halamish-Shani T, Taicher S. Wrong tooth extraction: root cause analysis. *Quintessence Int.* 2010; 41:869-72.
63. Hiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Murtomaa H. Patient safety incidents reported by Finnish dentists; results from an internet-based survey. *Acta Odontol Scand.* 2013; 71:1370-7.
64. Hapcook CP Sr. Dental malpractice claims: percentages and procedures. *J Am Dent Assoc.* 2006; 137:1444-5.
65. Lopez-Nicolas M, Falcón M, Perez-Carceles MD, Osuna E, Luna A. Informed consent in dental malpractice claims. A retrospective study. *Int Dent J.* 2007; 57:168-72.
66. Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B, Albarrán-Juan ME, Labajo-González E, Anadón-Baselga MJ, Almendral-Garrote J. Analysis of judgments in the practice of

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- cardiology resolved on appeal in Spain between 1992 and 2007. *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65:801-6.
67. Medallo-Muñiz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso, J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc).* 2006; 126:152-6.
68. Medallo J, Montero F, Bono N, Gené M. La responsabilidad penal y civil del médico. *El procedimiento judicial. Cuadernos de Gestión.* 1997; 3:37-49.
69. Thomson Reuters Aranzadi. Base de datos Aranzadi digital. [Último acceso: 25 marzo 2015]. Disponible en: <http://www.aranzadidigital.es>.
70. Forum of End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Rena Physicians Association, Renal Physicians Association. National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001.
71. Annibali S, Ripari M, La Monaca G, Tonoli F, Cristalli MP. Local accidents in dental implant surgery: prevention and treatment. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2009; 29:325-31.
72. World Health Organization (WHO). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo [Internet]. Geneva; 2009 [Último acceso: 2 junio 2015]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
73. IBM SPSS. SPSS Statistics 22.0 Command Syntax Reference. SPSS Inc. 2013.
74. Ferrán Aranaz, M. SPSS para Windows. Programación y Análisis Estadístico. Mc Graw Hill. 1996.
75. Everitt, B. S. *The Analysis of Contingency Tables.* Chapman & Hall. Second Edition. 1992.
76. Conrad D, Milgrom P, Whitney C, O Hara D, Fiset L. The incentive effects of malpractice liability rules on dental practice behaviour. *Med Care* 1998;36:706-71.
77. Instituto Nacional de Estadística. INE-base. [En línea]. Último dato publicado: Año 2014. [Último acceso: 12 junio 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p416&file=inebase>.
78. García C. Algunos aspectos de los sistemas de atención bucodental en España y en la Unión Europea. *Rev Adm Sanit.* 2000; 15:483-9.
79. Pinilla J. La economía de los servicios de atención bucodental en España. *Cuad Econ ICE.* 2004; 67:135-60.

80. Hiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Tefke HL, Murtomaa H. An analysis of dental patient safety incidents in a patient complaint and healthcare supervisory database in Finland. *Acta Odontol Scand.* 2015; 13:1-9.
81. Pinilla J. Dominio de las aseguradoras en el mercado español de servicios de salud oral: perjuicios para la competencia derivados de la comercialización de seguros que no realizan actividad aseguradora. Madrid: Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España; 2009.
82. Pinilla J. y Stoyanova A. Nuevas formas de organización empresarial en el mercado español de servicios dentales. *Revista de Administración Sanitaria.* 2008; 6:339-56.
83. Organización Colegial de Dentistas de España. Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. [En línea]. [Último acceso: 5 de junio de 2015]. Disponible en: www.guiadentistas.es.
84. Perea-Pérez B, Vega del Barrio JM, Labajo-González ME, Fonseca-Peña A. Estudio sobre el aumento de las reclamaciones de pacientes odontológicos y su relación con el cambio de modelo de asistencia dental. *Cient. Dent.* 2005; 3:187-192.
85. Eklund SA. Trends in dental treatment, 1992 to 2007. *J Am Dent Assoc.* 2010; 141:391-9.
86. Curley AW. The law and dentoalveolar complications: trends and controversies. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2011; 23:475-84.
87. Lee JS, Curley AW, Smith RA; Insitute of Medicine. Prevention of wrong-site tooth extraction: clinical guidelines. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65:1793-9.
88. Marei HF. Medical litigation in oral surgery practice: lessons learned from 20 lawsuits. *J Forensic Leg Med.* 2013; 20:223-5.
89. Palma-Carrió C, Balaguer-Martínez J, Peñarrocha-Oltra D, Peñarrocha-Diago M. Irritative and sensory disturbances in oral implantology. Literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011; 16:e1043-6.
90. Esposito M, Hirsch JM, Lekholm U, Thomsen P. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants. (I). Success criteria and epidemiology. *Eur J Oral Sci.* 1998; 106:527-51.
91. Palma-Carrió C, Maestre-Ferrín L, Peñarrocha-Oltra D, Peñarrocha-Diago MA, Peñarrocha-Diago M. Risk factors associated with early failure of dental implants. A literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011; 16:e514-7.
92. Bjørndal L, Reit C. Endodontic malpractice claims in Denmark 1995-2004. *Int Endod J.* 2008; 41:1059-65.

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

93. Purmal K, Nambiar P. Mediation--the Malaysian Dental Association experience. *Int Dent J.* 2009; 59:155-60.
94. Rene N, Owall B. malpractice reports in prosthodontics in Sweden. *Swed Dental J.* 1990; 15:205-17.
95. Obadan EM, Ramoni RB, Kalenderian E. Lessons learned from dental patient safety case reports. *J Am Dent Assoc.* 2015; 146:318-26.
96. Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B, Labajo-González E, Albarrán-Juan ME, Barcia JA. Analysis of judicial sentences against neurosurgeons resolved in second court of justice in Spain in the period from 1995 to 2007. *Neurocirugia (Astur).* 2010; 21:53-60.
97. Gulati A, Herd MK, Nimako M, Anand R, Brennan PA. Litigation in National Health Service oral and maxillofacial surgery: review of the last 15 years. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2012 ;50:385-8.
98. Keeling SD, Martin CS. The malpractice morass and practice activities of othodontists. *Am J Orthodont Dentofacial Orthopedic.* 1990. 97:229-239.
99. Givol N, Rosen E, Taicher S, Tsesis I. Risk management in endodontics. *J Endod* 2011; 36:982-984.
100. Borrell C, Palència L, Rodríguez-Sanz M, Malmusi D, Bartoll X, Puigpinós R. Trends in social inequalities in health in Catalonia, Spain . *Med Clin (Barc).* 2011; 137 Suppl 2:60-5.
101. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277:553-559.
102. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication a meta-analytic review. *JAMA.* 2002; 288:756-64.
103. Hall JA, Horgan TG, Stein TS, Roter DL. Liking in the physician-patient relationship. *Patient Educ Counsel.* 2002; 48:69-77.
104. Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B, Albarrán-Juan ME, Labajo-González E, Reneses-Prieto B. Analysis of judicial sentences against psychiatrists dictated by appellate courts in Spain between 1992 and 2007. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011; 39:393-400.

VII.- ANEXOS

VII.- ANEXOS

Anexo 1. Autorización de la base de datos Aranzadi Digital.

Anexo 2. Hoja de recogida de datos.

ANEXO 1. AUTORIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS ARANZADI DIGITAL

Pamplona, a 9 de febrero de 2015

Dña. Amalia Iraburu Allegue, en calidad de Directora de Contenidos, actuando en nombre y representación de EDITORIAL ARANZADI, S.A., C.I.F. A-81.962.201,

AUTORIZA

a doña Cristina Palma Carrio, a la reproducción de citas y selección jurisprudencia, obtenidas de ARANZADI DIGITAL, para su publicación en su Tesis doctoral, en el Departamento de Medicina Legal de la Universidad de Valladolid.

Todas las sentencias deberán llevar la referencia de la base de datos de Aranzadi y se hará constar, expresamente, en la tesis, que las sentencias se han extraído de Aranzadi Digital.

Sirva este email como certificado de autorización.

ANEXO 2. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS.

A) Variables administrativas

Nº Sentencia:

Fecha sentencia:

Provincia y comunidad autónoma:

Tipo de tribunal: 1) Audiencia Provincial; 2) Tribunales Superior de Justicia (TSJ); 3) Tribunal Supremo; 4) Audiencia Nacional (AN)

Jurisdicción: 1) Civil; 2) Penal; 3) Contencioso-administrativa

B) Variables en relación al acto odontológico

Ámbito de actuación	Área odontológica	Tipo de evento adverso	Tratamiento requerido	Documento consentimiento informado
1) NE 2) Sistema sanitario público 3) Asistencia privada 4) Franquicia 5) Compañía aseguradora 6) Clínica universitaria	1) Cirugía oral e implantología 2) Endodoncia 3) Prostodoncia 4) Odontología conservadora 5) Ortodoncia 6) Anestesia bucodental 7) Periodoncia ■ Tratamiento específico realizado:	1) No 2) Error planificación 3) Error procedimiento 4) Error seguimiento 5) Error información 6) Complicación 7) Accidente 8) Error planificación y procedimiento 9) Error información + procedimiento 10) Error seguimiento + información 11) Error información + planificación 12) Error procedimiento, información y ejecución	1) NE 2) Ingreso 3) Tratamiento hospitalario 4) Tratamiento dental en otra clínica 5) Tratamiento en el mismo centro	1) No 2) Si 3) No especifica 4) Incompleto 5) Tardío 6) Inespecífico

- Daño generado:
- Tipo de secuela:
- Daño moral: 1) No; 2) Si; 3) NE

ANEXO 2. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS.

C) Variables en relación al paciente

- Sexo: 1) Hombre; 2) Mujer; 3) Dos: hombre y mujer; 4) Dos mujeres; 5) Dos hombres.
- Mayor edad: 1) No; 2) Si

D) Variables en relación al profesional implicado

- Número de profesionales implicados: 1) Uno, 2) Dos; 3) Clínica; 4) Más de dos
- Sexo: 1) Hombre; 2) Mujer; 3) Clínica; 4) Hombre y mujer

E) Variables judiciales:

Tipo de responsabilidad	Fallo de la sentencia	Tipo de imprudencia	Mala praxis	Tipo de obligación	Existencia de daño	Relación causalidad
1) No 2) Civil 3) Penal 4) Contencioso-administrativa	1) Absolución 2) Condena indemnización económica 3) Condena clínica 4) Condena clínica y dentista 5) Devolución de la cantidad pagada 6) Reparación daño sin especificar la cantidad 7) Pena: Multa + inhabilitación + arresto 8) Pena: Multa +arresto 9) Pena: Multa + indemnización	1) Imprudencia leve 2) Imprudencia grave 3) Imprudencia profesional	1) No 2) Si 3) NE	1) No especifica 2) Obligación medios 3) Obligación resultados 4) Obligación de medios y resultado	1) No 2) Si 3) NE	1) No hay causalidad 2) Si causalidad 3) Actuación correcta 4) NE

- Cantidad reclamada en euros:
- Cuantía de la indemnización en euros:

