



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Universitat Autònoma de Barcelona

Facultad de Medicina

*Análisis de la responsabilidad profesional en
la especialidad de cirugía oral y maxilofacial*

Tesis Doctoral presentada por:

D. Sergio Bordonaba Leiva

Directores de la Tesis:

Dr. José María BALIBREA DEL CASTILLO

Dr. Josep ARIMANY MANSO

Dra. Coro BESCÓS ATÍN

2017

TESIS DOCTORAL

*Análisis de la responsabilidad profesional en
la especialidad de cirugía oral y maxilofacial*

Realizada por:
D. Sergio Bordonaba Leiva

Registrada en el
Programa de Doctorat de Cirurgia i Ciències Morfològiques
Departamento de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona

Dirigida por:
Dr. José María BALIBREA DEL CASTILLO
Dr. Josep ARIMANY MANSO
Dra. Coro BESCÓS ATÍN

Tutor:
Dr. José María BALIBREA DEL CASTILLO

2017

*~ A Patricia,
mi motivo de alegría diaria
y el amor de mi vida.*

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. José María Balibrea, co-director y tutor de la tesis doctoral, por transmitirme su entusiasmo por la cirugía y por su asesoramiento, ayuda y dedicación.

Al Dr. Josep Arimany Manso, co-director de la tesis doctoral y director del servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) del Col.legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB), a quién expreso mi más sincero agradecimiento por haberme ofrecido la posibilidad de realizar este trabajo, brindándome su máxima colaboración, abriéndome las puertas del servicio e integrándome en un espléndido equipo profesional y humano.

A la Dra. Coro Bescós, co-directora de la tesis doctoral por sus enseñanzas y constituir un pilar esencial en el período formativo de mi especialidad.

A la Dra. Esperanza L. Gómez Duran, por su constante y afectuoso ánimo desde el inicio de este proyecto pese a las adversidades y por su impecable dirección del mismo, reconociéndole la gran profesionalidad y conocimiento en el ámbito de la Medicina Legal y la responsabilidad profesional.

A todos los componentes del Servicio de Responsabilidad Profesional del COMB, al Dr. Josep Benet, a todo el equipo de abogados, a las secretarias y a Mariona Subirana, por su paciencia y completa disposición y colaboración.

Al Dr. Jaume Padrós, presidente del COMB y a toda la junta de gobierno y ejecutivos, por defender los intereses colectivos de nuestra profesión médica y, a la vez, velar por la buena práctica de la Medicina defendiendo el modelo catalán de responsabilidad profesional médica.

A los Dres. Javier Górriz y Gabriel Martí Amengual, por sus valiosos consejos, apoyo y sobretodo por despertar en mí el interés y pasión por el ámbito legal de la medicina y la cirugía.

A mi esposa Patricia y a nuestros hijos, Adriana y Lucas, que son los tres el motor de mi vida. Por su incondicional apoyo, tolerancia, paciencia, admiración y alegría, y sobretodo por vivir con tolerancia que dejara de dedicarles horas en beneficio de mi labor como médico.

A mis padres Luis y Carmen, personas totalmente entregadas que lo han dado todo por nosotros, sus hijos. Por su comprensión y perseverancia, impulsando y orientando nuestro desarrollo intelectual y perfeccionamiento tanto humano como moral.

A mis hermanos Luis, Javier y Alberto, los cuales hacen que me sienta una persona afortunada.

A los Sres. Pepe Martín Galindo y Alberto Batllori, profesores que guardo gratamente en el recuerdo y a los que debo el haber despertado en mí el amor por la Medicina y el haberme guiado hasta ella.

Al Dr. Antonio Vázquez, al Dr. Joaquim Anmella y al Dr. Jordi García Linares, cirujanos orales y maxilofaciales del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (HUGTiP), a los que he arrebatado su tiempo en bien de mi tesis, por acogerme tan cariñosamente, por su amistad y por compartir de forma continua y desinteresada su ayuda y experiencia.

Al Dr. Javier Mareque, cirujano maxilofacial compañero y amigo, por su incondicional apoyo, soporte y consejos en la realización de este trabajo y en los inicios de mi etapa profesional como especialista.

Y a todos los Cirujanos Orales y Maxilofaciales, porque gracias a ellos y para ellos hemos elaborado esta tesis, con mi mención especial para los que ejerciendo su profesión con entregada vocación, dedicación y honestidad, se han visto involucrados en alguna reclamación.

ÍNDICE

1 ÁMBITO TEÓRICO	13
1.1 Introducción a la Cirugía Oral y Maxilofacial. Evolución histórica	15
1.2 Responsabilidad profesional médica	18
1.2.1 Concepto de responsabilidad profesional médica	18
1.2.2 La responsabilidad sanitaria	19
1.2.3 Fundamentos de la responsabilidad profesional médica	21
1.2.4 Tipos de responsabilidad profesional médica	21
1.2.5 Concepto de normopraxis, práctica médica con riesgo de reclamación y defecto de praxis	25
1.2.6 El valor de la prueba pericial de la práctica médica en los casos de responsabilidad profesional	29
1.3 La responsabilidad profesional médica en España y Cataluña	31
1.4 Las reclamaciones por responsabilidad profesional médica en la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial	38
2 ÁMBITO EMPÍRICO	41
2.1 Planteamiento del estudio	43
2.2 Hipótesis y objetivos	44
2.3 Metodología	45
2.3.1 Muestra del estudio y procedencia de la misma	45
2.3.2 Definición de la muestra de estudio	46
2.3.3 Definición de las variables de estudio y elementos para su valoración. Confección de la base de datos	50
2.4 Aspectos médicos y ético-legales	68
2.5 Análisis estadístico	69
2.6 Resultados	70
2.6.1 Resultados globales, comparativa con otras especialidades y evolución en el tiempo	71
2.6.2 Resultados relativos a las variables de estudio. Resultados del estudio descriptivo de la muestra	74
2.6.3 Resultados del análisis estadístico	127
2.7 Discusión	140
2.8 Limitaciones	174
2.9 Conclusiones y recomendaciones	175

3) LISTADO DE FIGURAS	179
4) LISTADO DE TABLAS	185
5) BIBLIOGRAFÍA	189
6) ANEXO	199

01. ÁMBITO TEÓRICO

I.I. INTRODUCCIÓN A LA CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Como en otros campos de la medicina, las evidencias de tratamientos o actuaciones en el ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial se remontan a los orígenes de la humanidad. Se han encontrado evidencias de que ya en el período neolítico se realizaban exodoncias, lo que puede significar el primer acto quirúrgico efectuado sobre la cavidad oral. En la India de hace 2000 años, aparece el *Susrusta Samhita*, un libro de cirugía en el que aparecen técnicas de otoplastia y la descripción del colgajo pediculado frontal para reparación de la pirámide nasal, cuya amputación era el castigo por robo. En varios papiros descubiertos que datan del año 3500 a.C. (como por ejemplo el papiro de Ebers) se hacen referencias a incisiones y cauterizaciones en diferentes acciones orales, así como fórmulas cosméticas, injertos cutáneos, y en el papiro de Edwin Schmitt (1600 a. C.) se habla ya de luxación mandibular y de fracturas de mandíbula, nariz y tercio medio facial.

Ya en las grandes civilizaciones de la antigüedad, como la de los egipcios, griegos y fenicios, se usaban alambres de oro para reparar dientes sueltos, aunque fueron los etruscos de Italia los que mostraron gran maestría, pues se han encontrado, en los enterramientos, prótesis dentales fijas, móviles, dientes naturales o artificiales fijados con oro fundido. Hipócrates (Grecia, siglo V a. C.) en su canon hipocrático, analizó diferentes tipos de fracturas faciales e hizo referencia a la inmovilización mandibular como tratamiento de las mismas. En Roma, Celsus Cornelius (25 a.C. - 50 d.C.), empleó colgajos de vecindad de avance y en isla, y ya en tiempos de Galeno, se describen técnicas para la reparación del labio leporino, nariz, cara y orejas.

Más tardíamente, en los inicios de la Edad Media, también surgieron varias personalidades que nos dejaron su legado, tal es el caso de Avicena o Abultáis (ambos de origen hispano-árabe) que a mediados del siglo X dedicaron gran parte de su obra a la anatomía, cirugía y principios de higiene bucodental. Dentro de este período, numerosos autores como Guillermo de Saliceto (Italia), Andrea Vesalio (Bélgica), Bartolomé Hidalgo (España) y otros, ocuparon gran parte de su obra con temas relacionados con la especialidad de cirugía oral y maxilofacial como la inclusión del tercer molar, reimplantes y trasplantes dentarios, heridas faciales, prótesis quirúrgicas, etc.

Ambroise Paré (Francia, siglo XVI) hizo un estudio pormenorizado de las malformaciones congénitas y bautizó la hendidura labial con el nombre de “labio leporino”, describiendo un método de queilorrafia. Contemporáneo a este último autor, Tagiacozzi publica en 1597 *De chirurgia curtorum per insitionem* que describe reparaciones de los defectos nasales y de pabellón auditivo mediante injertos del antebrazo y retroauriculares, respectivamente.

Ya en el siglo XVII Wilhelm Fabry, cirujano alemán, estableció relaciones entre odon-

talgia y cefaleas, y Nathaniel Higmoro dio nombre al seno maxilar. En el siglo XVIII, Pierre Fauchard comienza estudios sobre la enfermedad periodontal, y Von Langenbeck amplía los conocimientos sobre la fisura palatina y la cirugía mandibular.

En el siglo XIX destacan Simon P. Mulliken, al que se considera uno de los padres de la Cirugía Maxilofacial por su condición de médico y dentista y por sus aportaciones a la cirugía de la fisura palatina y de los tumores maxilares, y James Garretson, también médico dentista y profesor de anatomía, que en 1869 fue nombrado cirujano oral por la Universidad de Pensilvania, con lo que la especialidad alcanzó un reconocimiento oficial.

La primera mitad del siglo XX viene marcada por un grandísimo avance debido en parte a los grandes conflictos bélicos y a la mejora en las técnicas anestésicas. Muchos autores datan el verdadero origen de la especialidad en la cirugía de guerra durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918).

En España, comienza el siglo XX con la instauración de la Licenciatura en Odontología en el año 1901. Posteriormente, Florestán Aguilar, catedrático de Odontología, incluyó en su programa lecciones dedicadas al acto quirúrgico y la cirugía oral. Aunque sin duda, el principal precursor de la Cirugía Oral y Maxilofacial en España fue Bernardino Landete (1879-1968), médico odontólogo y profesor de la Facultad de Medicina de Madrid. Tuvo importantes desavenencias con Florestán Aguilar al considerar la Odontología como especialidad médica (estomatólogos) formándose en 1914 la Asociación Española de Estomatología.

Durante el primer tercio del siglo, numerosos núcleos aislados en España se dedicaban a tratar una patología quirúrgica muy concreta, la bucofacial, incrementada por las guerras de la época. Estos núcleos, como el Centro de Especialidades Médicas de Santander (1929), o el Servicio de Odontología del Hospital Civil de Basurto en Bilbao (1935) y otros, constituirían el origen de una red que se vio aumentada con la creación del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial de Madrid, al que se le denominó Servicio de Estomatología y Cirugía Maxilofacial, dirigido por el profesor Marcos Gómez, al que posteriormente seguiría en su dirección el profesor Barrios García de Liébana (1950), donde se intervenían pacientes de todos los grupos de patologías que componen hoy nuestra especialidad.

En 1952 se creó el Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas del SOE (seguro obligatorio de enfermedad). Este mismo año se incorpora la especialidad al organigrama del Sistema Sanitario de la Seguridad Social y se crea en el año 1954 el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Instituto de Clínicas Quirúrgicas, dirigido por el doctor Víctor Sada Tejero.

En 1961, el Gran Hospital de la Beneficencia del Estado (actualmente el Hospital de la Princesa) transformó el servicio de Odontología en el de Estomatología. Poco después, el servicio pasó a denominarse de Cirugía Maxilofacial. El 28 de Octubre de 1956, un grupo de profesionales interesados en la patología oral y maxilofacial fundan la SECOM (Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial), presidida por el Dr Sada.

Sin embargo, y pese a todo este bagaje y la existencia de numerosos servicios a lo largo de toda la geografía española, no será hasta el año 1977 el momento en que se reconozca como tal en España gracias al RD 1133 de 11 de abril de 1977, que modificaba la hasta ese momento vigente Ley de Especialidades de 1955. Posteriormente, en el RD 2015/78 de 15 de julio (actualizado por el RD 127/1984, de 11 de enero) la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial aparece reconocida junto con el resto de especialidades. Se crea además la Comisión Nacional y el primer programa de formación.

El reconocimiento de la especialidad en Europa fue sin embargo posterior, entre otras razones debido a la existencia del título de cirujano bucal como especialidad odontológica en algunos países.

1.2. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA

1.2.1. Concepto de responsabilidad profesional médica

El término “responsabilidad” se puede analizar tanto desde el punto de vista etimológico como desde el punto de vista de responsabilidad médica en el contexto del marco médico-legal.

Desde el punto de vista etimológico, el término responsabilidad proviene del latín (*respondere*) que se traduce en la obligación de responder de alguna cosa o por alguna persona y es definido por la RAE (Diccionario de la Real Academia Española, vigésimo segunda edición) como:

1. f. Cualidad de responsable.
2. f. Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal.
3. f. Cargo u obligación moral que resulta para alguien del posible yerro en cosa o asunto determinado.
4. f. Der. Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente.

Desde el punto de vista de nuestro interés y también del de toda la comunidad médica, hay que definir este término en cuanto al significado de la que llamamos “responsabilidad profesional médica”, que es *“la obligación de responder del alcance de un acto. En el caso particular de la profesión médica, es la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión”* (Gisbert Grifo, 2005)

Por lo tanto, el médico tiene una responsabilidad, primero ante su propia conciencia, esto es, su responsabilidad ética (el individuo sabe cuándo ha actuado bien o cuándo no lo ha hecho; en este último caso tendrá sentimiento de culpa), y también tiene una responsabilidad social, es decir, está obligado a responder ante los demás, en virtud de que su actuación u omisión necesariamente tiene determinadas implicaciones en su entorno, con las demás personas con las que se relaciona.

El Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC), a través de los “Quaderns de bona praxi” (Quaderns de bona praxi, 2011) define la responsabilidad profesional médica como la obligación del médico de reparar las consecuencias de sus actos profesionales y las omisiones que hayan causado un daño o perjuicio, ya sea por :

- a) acciones que se derivan de la omisión o insuficiencia en la asistencia, como las que

ocurren en los servicios de urgencias ya sea por masificación o la no aplicación por cualquier motivo de una prueba diagnóstica indicada.

b) cuando la acción deriva en un error por la aplicación de una mala práctica y, como consecuencia, en un resultado lesivo. Esto puede darse cuando se desconoce o ignoran aspectos del ejercicio médico o bien se conocen pero se actúa de forma despreocupada, poco cuidadosa, con abandono o falta de estudio y profundización en la materia para el caso que se está tratando en concreto. Por ello, estos documentos también añaden el término “negligencia profesional” en su contenido, término jurídico que se aplica cuando se ha llevado a cabo un acto médico de calidad deficiente, ya sea como se ha mencionado anteriormente por falta de atención, pericia, acción u omisión (Quaderns de bona praxi, 2011)

c) situaciones de riesgo conocido y previsible con resultado final negativo (Gisbert Grifo, 2005). En estas situaciones la información correcta de estos riesgos al paciente y a la familia es de suma importancia.

Por lo tanto, la obligación del médico radica en poner al servicio del enfermo el caudal de conocimientos científicos y prestarle la diligencia que su estado requiera así como los medios adecuados para su atención, que evidentemente serán aquellos que se encuentren a su disposición en el lugar y tiempo de la prestación del servicio. Es decir, requiere sólo el apego a la *lex artis médica*, en el lugar y tiempo donde se produjo el tratamiento, definiéndose la “*lex artis médica*” (Hernández, 1999) como el conjunto de reglas para el ejercicio de la medicina contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo.

Cabe destacar que en los últimos años la comunidad médica se ha sensibilizado con lo que concierne a las reclamaciones contra profesionales de la medicina por presuntos daños por errores tras una actuación médica (Arimany-Manso, 2013a), y esto ha sido debido a toda la información que nos llega sobre un incremento en el número de reclamaciones por procedimientos médicos en los países anglosajones.

1.2.2. La responsabilidad sanitaria

Que exista responsabilidad en el ámbito sanitario hacia el paciente no quiere decir que ésta recaiga exclusivamente en el médico, sino que son diferentes los niveles o ámbitos dentro de la sanidad en los que puede repercutir:

1. Responsabilidad sanitaria de las administraciones.

Son las que se encargan no sólo de proveer sin riesgo la asistencia médico sanitaria a la población, sino también de planificarla de forma correcta y responsable de acuerdo con el precepto constitucional del derecho a la protección de la salud (Corbella, 1985), (Couceiro, 2006).

2. Responsabilidad de las instituciones sanitarias.

Se entiende por instituciones sanitarias las áreas de salud, los centros de atención primaria, las clínicas y hospitales. En todos ellos es prioritaria la correcta organización clínica, jerárquica y la coordinación asistencial entre los diferentes equipos de profesionales para lograr una correcta ejecución del trabajo. De ahí que en la práctica asistencial, la responsabilidad sanitaria se debe compartir entre el profesional sanitario y la institución y/o administración, generándose un vínculo de responsabilidad.

3. Responsabilidad sanitaria del médico.

Como ya se ha mencionado anteriormente, en los últimos años, la comunidad médica se ha sensibilizado en lo que concierne a las reclamaciones contra profesionales de la medicina por presuntos daños por errores tras una actuación médica (Arimany-Manso, 2013a), y la relación médico-paciente se ha ampliado al trabajo en equipo de los médicos en el contexto de una relación guiada por la autonomía del paciente.

Es decir, el paciente es más autónomo para la toma de decisiones, con una mayor capacidad de implicación y de decisión respecto al procedimiento médico, hecho potenciado por:

- el mejor conocimiento por parte del paciente de sus derechos y por lo tanto reclama que se cumplan (siendo las propias instituciones sanitarias las promovedoras de que el paciente denuncie y comente sus quejas o reclamaciones, como un esfuerzo para mostrar transparencia y no como perjuicio propio)
- el mayor acceso a contenidos médico-científicos a través de los medios de comunicación (sobretudo internet).
- la mayor comunicación entre el paciente y el médico a través de mails, chats, etc., hecho que puede crear en el paciente o en sus familiares confusiones o malas interpretaciones.
- el papel cada vez más frecuente de la familia como protagonista, influyendo en las decisiones del paciente.

Todo ello, y sobretodo la capacidad de tener mayor acceso a información médico-científica y la mayor frecuencia de comunicación directa a través de dispositivos móviles o mails fue ya debatido por las instituciones sanitarias de cara a regular y orientar su utilidad y correcto enfoque (Fernández, 2010) (Moya Garrido, 2009)

1.2.3. Fundamentos de la responsabilidad profesional médica

Para que se pueda hablar de responsabilidad profesional médica, es necesario que confluayan una serie de factores:

- a) *Que exista una atención por parte de un médico o profesional sanitario y que ésta haya desembocado en una falta ya fuere por acción u omisión.* Este último caso forma parte del deber de actuar o de la llamada «obligación preexistente» (dejar de hacer lo que se tiene obligación de realizar por un compromiso previo, bien de tipo contractual o bien de imperativo legal) (Gisbert Grifo, 2005) (Medallo Muñoz 2006) y puede ser el primer fundamento y origen de la responsabilidad cuando se produce daño, ya que como ya se ha comentado anteriormente, el médico responde (exceptuando la llamada medicina satisfactiva) de una obligación de medios, no de resultados.
- b) *Que la falta provocada ocasione un daño o un perjuicio (como la muerte, lesiones físicas o psíquicas y/o patrimoniales) al propio paciente, a su familia o incluso a terceras personas.*
- c) *Que se pueda demostrar una relación de causalidad entre la acción u omisión médica (falta) y el daño o perjuicio ocasionado.* Hay que tener en cuenta que en ocasiones, la valoración de esta causalidad puede ser extremadamente complicada cuando concurren diversas causas, debiéndose diferenciar cada una de ellas sobre el perjuicio ocasionado (Medallo Muñoz 2006).

1.2.4. Tipos de responsabilidad profesional médica

Con independencia de la responsabilidad ético-deontológica y colegial (que puede definirse como aquella que resulta del incumplimiento de los deberes establecidos por las normas reguladas por los estatutos generales de la Organización Médica Colegial y el Código de Deontología Médica, donde dichas reglas han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico) (Pujol Robinat, 2012), los médicos son responsables en diferentes esferas y ámbitos según los actos médicos derivados del ejercicio de su profesión, siendo estos ámbitos el penal, civil y contencioso-administrativo.

1) *Responsabilidad civil:*

El Derecho Civil es el derecho privado que regula las relaciones de las personas con los demás. En este contexto, de relaciones interpersonales en que la actividad médica también se halla inmersa, surge la responsabilidad médica de tipo civil (Tena, 2003). La responsabilidad civil nace de la ley, de los contratos y cuasi contratos, y de los actos y omisiones ilícitos o en los que intervenga la culpa o negligencia (artículo 1.089 del Código Civil, 1889)(Pujol Robinat, 2012)(Tena, 2003).

El que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima. La responsabilidad civil, a diferencia de la responsabilidad administrativa como más adelante se explicará, supone, necesariamente, la existencia de un daño, ya sea éste de tipo físico, patrimonial o moral, constituyendo un requisito sine qua non para su configuración.

Así pues, como elementos de esta responsabilidad encontramos, en primer término, que se cause un daño; en segundo lugar, que alguien haya causado ese daño procediendo con dolo o con simple culpa y, finalmente, que medie una relación de causalidad entre el hecho determinante del daño y éste último.

Dentro de la responsabilidad médica civil existen dos tipos:

- **Responsabilidad civil contractual:** Esta responsabilidad deriva del incumplimiento de un contrato por parte del médico, que le vincula al paciente, y presupone, por tanto, que aquél acudió al médico como cliente particular, o bien como miembro de una organización de naturaleza pública o privada.

El Tribunal Supremo lo ha calificado reiteradamente como **contrato de arrendamiento de servicios**, siendo un contrato bilateral, consensuado, oneroso, continuado e informal o tácito, luego sin la existencia de estipulación formal de contrato alguno, sino que los hechos concluyentes e inequívocos de acudir a un médico para que le cure y de someterse al tratamiento que le sanare implican ya por el enfermo una proposición y ejecución de contrato, que el médico implícitamente acepta, sometiéndose ambas partes, como en cualquier otro contrato, a las consecuencias de su incumplimiento, que son, conforme al artículo 1.101 del Código Civil, la indemnización de daños y perjuicios cuando incurrieron en dolo, negligencia, morosidad o de cualquier otro modo contravinieron el tenor de sus obligaciones.

Aún así, la doctrina científica pone de relieve las diferencias que existen entre el clásico contrato de arrendamiento de servicios y la relación jurídica médico-enfermo. Así, *se observa que el objeto del contrato no puede ser el compromiso del médico de curar al enfermo (porque no hay posibilidad de asegurar en ningún caso el resultado de sinnúmero*

factores). Por ello, se trata de una obligación de medios, no de resultados, sin olvidar que en ocasiones revisten la forma de **arrendamiento o contrato de ejecución de obra**, como por ejemplo cuando el médico se compromete a una prestación de resultado (realización de análisis clínicos, colocación de prótesis dentarias, intervenciones quirúrgicas de cirugía estética, etc..)

- **Responsabilidad civil extracontractual:** Cuando, según las circunstancias, no se trata de asistencia médica en base a un contrato ni cuasicontrato, las consecuencias perjudiciales de esa asistencia han de regularse por los artículos 1902 y siguientes del Código Civil, reguladores de la llamada culpa extracontractual. A este respecto, el sistema español sigue el criterio de aplicar una **responsabilidad subjetiva**, basada en la acción u omisión culposa del agente (Moya Jiménez, 2010). Es decir, es la responsabilidad basada en la culpa, que nace del daño causado a otro por acción u omisión interviniendo culpa o negligencia (art. 1902 del Código Civil) (Medallo Muñoz, 2006).

Actualmente, se considera que la responsabilidad contractual constituye la regla general de los médicos y que la extracontractual se da sólo excepcionalmente, pero cuando el mismo hecho constituye incumplimiento de una obligación y al mismo tiempo acto ilícito, el perjudicado podrá elegir entre invocar el art. 1902 o las normas contractuales infringidas. En casos de gravedad puede decirse que el incumplimiento del contrato de servicios lleva consigo la lesión de los derechos de la personalidad del paciente, lo que justifica la aplicación de normas extracontractuales. El acto ilícito por omisión de curas urgentes, así como por no prestación de la asistencia requerida (salvo, en este último caso, si constituye delito de omisión de socorro, art. 489 del Código Penal), encajaría dentro de dicha responsabilidad extracontractual.

Además, como ya se ha mencionado antes, el Tribunal Supremo ha ratificado en numerosas ocasiones que la obligación contractual o extracontractual del profesional sanitario no es la de obtener en todo caso la curación del enfermo, sino la de proporcionar al enfermo todos los cuidados que requiera su estado. Es decir, no es la suya una obligación de resultados sino una obligación de medios (Rodríguez Álvarez, 2003), con la excepción de la denominada medicina/cirugía satisfactiva o de resultados, estando, además, a cargo del paciente la prueba de relación o nexo de causalidad y culpa.

A pesar de esto, en ocasiones, deberá ser el médico quién acredite haber actuado conforme la *lex artis* y por ello, la inexistencia de culpa, invirtiéndose entonces la carga de la prueba. Esta última situación suele ocurrir en los llamados supuestos en los que prima el resultado sobre los medios, debiendo en estos casos ser el consentimiento informado amplio y exhaustivo. También se invierte la carga de la prueba cuando se aplica la teoría del riesgo o de la responsabilidad objetiva.

2) Responsabilidad penal:

En lo que se refiere al ámbito penal, todo médico puede verse imputado, mediante denuncia o querrela, en un ilícito penal en varias circunstancias (Medallo Muñiz, 2006):

- a) Como todo ciudadano, con independencia de su condición profesional.
- b) En su ejercicio profesional por infracción dolosa de preceptos legales. Entre otros, podemos destacar: la inducción, cooperación o consumación de la inducción al suicidio, la eutanasia activa, el aborto sin consentimiento o con consentimiento fuera de los casos permitidos por la ley, lesiones al feto, alterar el genotipo por manipulación genética con fines distintos de la eliminación o disminución de taras o enfermedades graves, la producción de armas biológicas mediante ingeniería genética, la reproducción asistida en una mujer sin su consentimiento, exposición dolosa a radiaciones ionizantes y el delito o falta de intrusismo.
- c) En ciertas circunstancias que suponen aumento de la pena por razón de la profesión: omisión del deber de socorro (se castiga al profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia o abandonare los servicios sanitarios y, como consecuencia, se derivare un grave riesgo para la salud de las personas), divulgación del secreto profesional, actos relacionados con el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, la certificación falsa (aumenta la pena si el facultativo es funcionario público).
- d) Conductas penadas por imprudencia profesional.

Al médico se le exige responsabilidad penal cuando habiendo cometido una falta (por acción u omisión), ésta puede ser constitutiva de delito o falta incluidos en el Código Penal. La condena puede llegar a implicar una pena privativa de libertad (prisión) en función del tipo de negligencia y la gravedad del perjuicio ocasionado, y siempre conlleva la inhabilitación temporal del ejercicio profesional (no sólo de la especialidad, sino de toda la medicina) (Moreno, 2001) junto con la obligación de resarcimiento económico de la víctima. De ahí la importancia de disponer de una póliza de responsabilidad profesional (Pujol Robinat, 2012).

3) Responsabilidad contencioso-administrativa:

Es aquel ámbito de la responsabilidad en el que los daños y perjuicios son reclamados a las Administraciones Sanitarias o Instituciones Sanitarias directamente y donde no se pone en tela de juicio la actuación concreta del médico, sino de la propia administración, tratando de analizar si se han puesto al alcance del paciente los medios necesarios

en función de las características del centro y los conocimientos médicos del momento. Como ya se ha mencionado antes, a diferencia de los procedimientos de responsabilidad profesional por la jurisdicción civil o penal en que se ha de probar que ha existido falta médica, en la vía contencioso-administrativa será suficiente con que se demuestre la existencia de daño y que exista una relación causal entre la atención sanitaria y el perjuicio, sin ser necesaria la demostración de una falta médica (Martin Fumadó, 2012) (Medallo Muñiz, 2006).

1.2.5. Concepto de normopraxis, práctica médica con riesgo de reclamación y defecto de praxis.

Para hablar de responsabilidad profesional médica, es crucial entender y tener bien definidos los conceptos de práctica médica correcta (o normopraxis) y en consecuencia el concepto jurídico de “lex artis” (Vargas Blasco, 2016).

La “lex artis” se entiende como el conjunto de reglas, normas o preceptos “para hacer bien las cosas” (García Blázquez, 1995), y en el ámbito de la medicina, el conjunto de prácticas médicas que se aceptan como adecuadas para el tratamiento del enfermo (Vázquez, 2010), cuyo concepto varía en función del conocimiento científico y del momento social.

Además, desde un punto de vista jurídico, la lex artis tiene dos niveles: la lex artis propiamente dicha como criterios generales de actuación y la *lex artis ad hoc* como criterio de actuación en determinadas circunstancias (Hernández Gil, 2008). Es decir, que la lex artis ad hoc constituye el criterio para valorar la corrección del acto médico concreto, ejecutado por el médico. De este modo, se suele entender por lex artis la observancia de las reglas propias de la profesión y, cuando se emplea la expresión lex artis ad hoc, se completa dicho sentido —añadiéndosele (ad hoc)—, de observancia de un comportamiento profesional con arreglo a las circunstancias específicas del caso. La doctrina y la jurisprudencia, cuando invocan la lex artis lo hacen entendiendo un “saber útil”, que comprende los conocimientos que se supone deben regir las actuaciones de los profesionales con un título (Morell Ocaña, 2000).

Hoy en día, los juristas definen una intervención médica como correcta si está médicamente indicada, si se ha realizado de acuerdo a la *lex artis* y sí se ha informado correcta y específicamente al paciente.

Así pues y según lo expuesto anteriormente, malapraxis significa cualquier forma de ejercicio inadecuado de una profesión, en este caso de la medicina, concretamente cuando el ejercicio de la medicina no se ajusta a lo que el lenguaje jurídico se conoce como *lex artis* y que la doctrina anglosajona denomina *standard of care* (Brown JP, 1973). Se

trata de un concepto legal y no médico, 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 circunstancias (Ryan M, 2002) (Brendel, 2007).

De todos estos fundamentos deriva la “idealidad” del médico tratante, que incurrirá en mala praxis cuando omita la apropiada prestación del servicio a que está obligado. Es así como surge la responsabilidad médica, que para estos efectos es de tipo culposo, es decir, aquella en que se incurre sin tener la intención de causar daño a otro y comprende cuatro variantes: Impericia, Negligencia, Imprudencia e Inobservancia de Reglamentos (Salazar Ureña, 1993):

- a) La impericia: consiste en la incapacidad técnica para el ejercicio de una función, profesión o arte determinada. Son los actos que se ejercen con la ignorancia de las reglas respectivas.
- b) La negligencia es aparentemente una de las formas más frecuentes de mala praxis. La negligencia está presente ya sea que el médico no posea la destreza requerida o que a pesar de poseerla no la ejerza. Por ello algunos autores la consideran la forma pasiva de la imprudencia porque implica el “olvido” de las precauciones impuestas por la prudencia. Algunas formas son:
 - Abandono del paciente: Cuando el médico unilateralmente termina la relación médico-paciente sin notificación adecuada para que busque un sustituto, aun cuando éste requería de su atención.
 - Negligencia por desactualización: comete negligencia quien no estudia, que se conforma con lo que aprendió en sus años de universidad, no se prepara bien para sus casos y que no los consulta. Dentro de los deberes del médico se encuentran el de informarse sobre los progresos científicos de la medicina.
 - La imprudencia: es la actuación temeraria o precipitada inexcusable, siendo una conducta positiva, consistente ya sea en una acción de la cual había que abstenerse o en una acción que se ha realizado de manera inadecuada, precipitada o prematura.
 - La inobservancia del reglamento: se lleva a cabo cuando un médico viola disposiciones expresamente dispuestas que han sido dictadas por la autoridad pública. También pueden estar predispuestas por los particulares con la finalidad de evitar daños en bienes jurídicos, debido al desarrollo de actividades que implica riesgo y que requieren, por ende de precauciones especiales.

En los últimos años, la comunidad médica se ha sensibilizado con lo que concierne a las reclamaciones contra profesionales de la medicina por presuntos daños por errores tras

una actuación médica, probablemente no solo por la información que nos llega sobre un incremento en el número de reclamaciones por procedimientos médicos en los países anglosajones (Arimany-Manso, 2013) sino también porque la práctica de la medicina está en constante evolución y perfeccionamiento técnico y sofisticación, lo cual fomenta entre la población la creencia de que dicho mayor alcance técnico de la medicina debe ir acompañado de resultados mejores y sin complicaciones adyacentes. Además, hoy en día el médico trabaja bajo una constante presión asistencial y sobrecarga administrativa, lo que resta tiempo útil para la atención al paciente, el cual a su vez, está cada vez mejor formado e informado, con mayor capacidad de decisión y autonomía, objetivándose esto con el documento de consentimiento informado (Gisbert, 2004) (Quaderns de la bona praxis. COMB, 2008).

Dentro de las causas más frecuentes del incremento de estas reclamaciones en nuestro entorno se encuentran las siguientes (Sttudert, 2004):

- mayor conciencia pública de los errores médicos, ya que actualmente existe la tendencia al aumento de seguridad del hombre moderno y la menor resignación de éste delante de un hecho que antes se podría haber considerado inevitable pero para el que hoy en día se intenta buscar las causas y responsables (Fernández Hierro, 2007). Es decir, la sociedad actual cada vez es más reivindicativa, con un aumento del nivel de exigencia considerable y reaccionando de manera no contemplativa cuando el resultado no es el esperado.
- el aumento de la actividad médica debido a la masificación de pacientes, aumento de las listas de espera y mayor capacidad asistencial que genera un incremento de los actos médicos y asistenciales (Vargas Blasco, 2016)(Hernández Gil, 2008).
- la aparición cada vez más frecuente de avances tecnológicos en medicina, sobre todo en cuanto a técnicas diagnósticas y terapéuticas, lo que genera por un lado que el paciente tenga una distorsión de la percepción de la realidad, creyendo que todo es solucionable, y en segundo lugar, que el avance técnico y del conocimiento implica la realización de técnicas más arriesgadas y agresivas (Hernández Gil, 2008), incrementando la posibilidad de que los pacientes sufran efectos adversos como consecuencia de la intervención médica.
- la “vulgarización” del conocimiento médico, que ha condicionado que muchas personas ajenas a la medicina consideren que tienen el conocimiento de las premisas necesarias para poder identificar un error profesional, contribuyendo a ello el acceso universal a medios informáticos como internet, donde la disponibilidad de la información médica es inmediata (Vargas Blasco, 2016).
- la existencia de seguros de responsabilidad civil también ha influido en el posible aumento de reclamaciones por responsabilidad médica, ya que supone una fuente de ingresos para abogados (en cuanto a la utilización, en ocasiones por profesiona-

les del derecho, de los enfermos o familiares, a quienes se plantean reclamaciones a veces sin posibilidades o poco fundadas por falta de pruebas) (Martínez Pereda, 1994)), procuradores y peritos, así como para las compañías aseguradoras, que incrementan a gran escala el número de pólizas de cobertura de responsabilidad y la cantidad de la misma (Hernández Gil, 2008).

- el aumento de la información, en ocasiones triunfalista y engañosa, desde medios de comunicación, asociaciones de usuarios o perjudicados por errores médicos sobre el alcance no sólo de los avances técnicos, sino también de las posibilidades de reclamaciones y de las cuantías de las indemnizaciones.

Por ello, así como antes el médico ejercía un rol paternalista y no se cuestionaba su autoridad (Arimany-Manso, 1994 y 2007), en la actualidad y debido a esta exigencia profesional creciente por parte del paciente, se ha objetivado un incremento de demandas en el ámbito médico, lo cual ha condicionado a los facultativos a una actuación en la práctica profesional más segura, pudiendo llegar a conllevar la solicitud de pruebas y procedimientos diagnósticos adicionales que entrarían en la práctica de la denominada “medicina defensiva”.

Este tipo de asistencia, además de poder generar situaciones de insatisfacción profesional en los médicos, comporta un incremento del gasto sanitario, mayor riesgo para el paciente y contribuye a aumentar las listas de espera (Martín Fumadó, 2012).

Se ha utilizado el símil de efecto boomerang a las consecuencias que pueden conllevar las actitudes extremadamente defensivas (Arimany Manso, 2007). Si las demandas y reclamaciones de los pacientes son la principal causa del proceder defensivo del médico, podría afirmarse que, si las primeras no se plantearan, la medicina defensiva no existiría. Tancredi se refería en la revista *Science* a la Medicina Defensiva como el ejemplo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica (Tancredi, 1978). En un análisis publicado en Méjico en el año 2003, se ratificaba que las prácticas defensivas del médico no son éticas médicamente aún considerando que se realizaban para auto protección (Paredes R, 2003).

Entre las prácticas defensivas más habituales, la principal consistía en evitar los procedimientos de riesgo, aunque por otra parte, consideraban que al concentrar determinados actos médicos en unos pocos especialistas se contribuía a aumentar la calidad de la atención (Summerton, 1995).

1.2.6. El valor de la prueba pericial de la práctica médica en los casos de responsabilidad profesional.

La prueba pericial médica es una declaración de conocimiento a la que llega el perito sobre los hechos que han sido motivo del proceso, o de las investigaciones realizadas, sobre la base de principios de la ciencia médica (Arimany Manso, 2004). Se realiza ante el juez o tribunal y está regulada por las leyes procesales (Ley de Enjuiciamiento Criminal, 1882 y Ley de Enjuiciamiento Civil, 2000).

La peritación médica sirve para asesorar a la Administración de Justicia y para ello se precisan conocimientos científico-médicos, procesales y médico-legales; no debe ser nunca un tratado de patología médica o quirúrgica, una clase magistral ni un artículo científico (Martín Fumadó, 2012)

En los procedimientos civiles, tanto la parte demandada como la demandante pueden proponer sus peritos, los cuales, a diferencia de lo que ocurre en el ámbito penal, pueden o no aceptar el cargo.

En los procesos penales, la prueba pericial puede ser acordada de oficio por el juez instructor, u ordenada por éste a propuesta del ministerio fiscal o de las partes, y como ya se ha mencionado antes, el cargo de perito en la jurisdicción penal es obligatorio siempre que no se den circunstancias de recusación contempladas en la ley procesal (parentesco, interés directo o indirecto en la causa y por amistad íntima o enemistad manifiesta) (Medallo Muñiz, 2006).

El incumplimiento de la pericia de forma injustificada puede significar responsabilidad penal o disciplinaria, y en materia penal, se comete delito de falso testimonio cuando se falta de forma maliciosa a la verdad en un dictamen pericial o se altera con reticencias, inexactitudes o silenciando dolosamente hechos o datos relevantes.

Considerando todo lo anterior y con independencia de la jurisdicción de que se trate, la valoración de la prueba pericial médica la realiza el juez o tribunal encargado de dictar la sentencia, y así queda reflejado en las leyes procesales y en la múltiple jurisprudencia existente al efecto. Y aún así, la prueba fundamental en los procedimientos judiciales por imprudencia médica es la pericial médico-forense, sin que determine el resultado del procedimiento (Arimany Manso, 2004).

Un buen informe pericial médico en casos de valoración de la asistencia médica deberá contener (Medallo Muñiz, 2007):

1. Filiación y titulación del perito y el motivo de la pericia, incluyendo quién solicita la prueba pericial.

2. Los medios de valoración: el contenido de la denuncia, informes médicos, historia clínica, exploraciones complementarias aportadas, bibliografía médica sobre el tema, etc.
3. Los antecedentes clínico-asistenciales.
4. Los resultados de la exploración física o psíquica efectuada (o de la autopsia) y análisis complementarios realizados.
5. Las consideraciones médico-legales, donde se evaluará la práctica médica dentro de los cánones de la *lex artis*, escribiendo las conclusiones con lenguaje comprensible, sin demasiados tecnicismos para la correcta comprensión por parte de aquellas personas profanas a la medicina.
6. Las conclusiones médico-forenses, donde se concretarán especialmente:
 - La existencia o no de error o falta médica.
 - La presencia de daño o perjuicio (daño corporal o muerte).
 - La valoración de la posible relación de causalidad entre el error médico y el perjuicio apreciado.
 - Evaluación de otras circunstancias concurrentes que pudieron contribuir en el resultado final.
 - Evaluación del tratamiento realizado para asistir al daño inicial. Este dato es especialmente importante en el ámbito penal, ya que interesa conocer y concretar al juez o tribunal las características del tratamiento médico o quirúrgico realizado para reparar el daño causado inicialmente y así poder calificar el tipo penal.
 - Evaluación de las secuelas y plazos legales (de sanidad o estabilización lesional, impeditivos para las ocupaciones habituales y de ingreso hospitalario).

Por lo tanto, y como conclusión a toda la información expuesta anteriormente, un buen peritaje necesita no sólo de un amplio conocimiento en la materia que se va a peritar (lo ideal es que se realice por un médico especialista en la materia que se está tratando), sino también el poseer conocimientos médico-legales que permitan la correcta orientación y realización de la prueba pericial, además de ser necesaria en la mayoría de las ocasiones una buena revisión bibliográfica.

1.3. LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA EN ESPAÑA Y CATALUÑA.

La responsabilidad médica sigue siendo un tema de grandes controversias y abundantes conflictos judiciales, siendo el reflejo del deterioro de la ciencia médica como una rama paternalista, desplazándose cada vez más la relación vertical médico-paciente, en virtud de las exigencias sobre consentimiento informado y la aplicación responsable de las nuevas técnicas y avances tecnológicos para el tratamiento e investigación de enfermedades.

Fue a partir de los años 60 cuando se produce un cambio en la percepción social de la llamada “clase médica” y su responsabilidad profesional en España. Este fenómeno que llegó a nuestro país después que emergiera en los países anglosajones, supuso el inicio de la transición de la sociedad sometida a la voluntad y palabra incuestionable del médico a la fase de participación (Llovet, 1993)

En España, el desarrollo jurisprudencial sobre la responsabilidad civil médica tiene su origen en la década de los setenta, y hoy en día el examen de cualquier colección jurisprudencial muestra como cada año se incrementa sustancialmente el número de demandas y sentencias sobre responsabilidad médica, un proceso de judicialización de la actividad médica y hospitalaria que resulta igualmente inquietante para médicos y jueces. Sólo en los últimos diez años se ha profundizado de una manera exponencial en temas como el consentimiento informado y la prueba de la negligencia médica (Martín Fumadó, 2012).

Considerando que no podemos olvidar que la actividad médica constituye uno de los ámbitos de la realidad social más expuesto a las exigencias de responsabilidad, especialmente por la naturaleza de los bienes jurídicos que pueden resultar afectados, como son la vida o la integridad (sin obviar la intimidad), entorno a los años 2000, la responsabilidad penal médica es objeto de un constante interés por parte de la doctrina especializada, así como de lógica preocupación para los profesionales sanitarios sometidos a ella, y los tribunales penales españoles se han pronunciado sobre este tipo de cuestiones referentes a la actividad médica en varias ocasiones.

No obstante, ha de reconocerse que son muchos más los supuestos en los que han debido intervenir los Jueces y Tribunales de las jurisdicciones civil y contencioso-administrativa (Urruela, 2011).

Así pues, es cierto que en los últimos veinte años se ha generado un incremento de la tendencia a la generación de reclamaciones, no sólo ha nivel del estado español (Pujol Robinat, 2012), sino también a nivel internacional, con su consiguiente aparición en los diferentes medios de comunicación así como sus repercusiones judiciales (en la actualidad es frecuente la aparición en prensa de presuntos casos de malapraxia y la publicación de las consecuencias generadas por el mismo).

Así, hasta bien entrado el siglo XIX, el problema de las reclamaciones por responsabilidad profesional médica apenas ha tenido trascendencia en España. Sin embargo, en los últimos tiempos ha adquirido una enorme importancia práctica.

Desde el punto de vista internacional, Estados Unidos es uno de los países que encabezan el número de denuncias por supuestas imprudencias médicas. En dicho país, toda la información en cuanto a litigiosidad está contenida en grandes bases de datos, como la National Practitioner Data Bank (www.npdb-hipdb.hrsa.gov), lo cual permite su rápido y cómodo acceso para su consulta y análisis de cara a la prevención de nuevas situaciones de riesgo. Por contra, los datos de los que se dispone en España proceden de fuentes muy diversas y sólo muestran resultados parciales. Además, suelen ser fuentes a veces sesgadas debido a que proceden de compañías de seguros o asociaciones de pacientes (Carles M, 2003). También existen pocos estudios que analicen la situación actual en relación con la responsabilidad médica, las causas y su origen. Pocos estudios tienen datos objetivos, homogéneos y comparables a causa de la gran dispersión de los datos, como ya hemos mencionado (compañías aseguradoras, juzgados de diferentes jurisdicciones, partidos judiciales...) y por tratarse de material sensible en términos de protección de datos (Perea Perez, 2009) (Vargas Blasco, 2016)

En definitiva, pese a la mencionada ausencia de datos estadísticos completos, en España es notorio el aumento de las reclamaciones presentadas en los juzgados contra profesionales médicos, especialmente en los últimos veinte años (Pujol Robinat, 2012), aunque en controversia, el Servicio de Responsabilidad Médica (SRM) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) demuestra que en los últimos años, no es tal el aumento sino que se está produciendo una estabilización en las demandas (Informe Anuario COMB 2014).

Un estudio interesante desarrollado en este campo de las reclamaciones y de la responsabilidad profesional médica es el realizado por la Subdirección Sanitaria del Instituto Nacional de Salud (INSALUD) en hospitales públicos del Estado Español, de expedientes abiertos entre 1995 y 1999, destacando como aspectos más importantes los siguientes:

- el 85% de los siniestros se producen en un hospital, el 13% en un centro de salud, el 1% en centros concertados y el 1% restante en servicios especiales de urgencias.
- las áreas asistenciales donde se producen más reclamaciones son las urgencias (27%), seguidas de las áreas quirúrgicas (quirófanos, 25%).
- en un 70% las reclamaciones son por lesiones o secuelas, y en un 30% por éxitus.
- las especialidades con más riesgo de ser reclamadas según dicho estudio son la traumatología (14,38%), medicina de familia y general (13,03%), ginecología (11,71%), cirugía (7,03%) y medicina de urgencias (6,73%).

- predominancia del sexo femenino sobre el masculino como reclamante (el 51,71% son mujeres) (Hernández Gil, 2008)

Ante tal situación, la mayoría de los profesionales médicos ha optado por contratar pólizas de responsabilidad civil para la gestión de las reclamaciones interpuestas, y en este sentido, dicha gestión es muy variable a lo largo de todo el país. En la mayoría de comunidades autónomas los colegios profesionales no gestionan los conflictos judiciales profesionales ni las reclamaciones extrajudiciales por presunta responsabilidad profesional médica. Así, las diferentes compañías de seguros serán las que tramiten las reclamaciones por presunta responsabilidad profesional, defenderán al profesional y cubrirán la posible indemnización que de ello se derive.

En Cataluña, existe un modelo de responsabilidad civil médica profesional de características singulares, único en Europa, por el cual la administración (Servei Català de la Salut –SCS–, Institut Català de la Salut –ICS–), los hospitales concertados y el Consejo de Colegios Médicos de Cataluña (CCMC), integrado por los cuatro colegios de médicos de Catalunya, poseen un póliza de seguro de responsabilidad civil conjunta.

La renovación de la póliza de responsabilidad civil se efectúa por 4 años, prorrogables dos más, adjudicándose por concurso público ofertado por la administración y publicándose en el Boletín Oficial del Estado (B.O.E), en el Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE) y en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC).

Esta posición en la póliza de los médicos la ostenta el SRP del COMB y, por su parte, un órgano similar para el SCS. Este sistema está regulado por diversas comisiones:

1. tripartita (organismo de estrategia económica).
2. la comisión técnica (que prepara las estrategias de defensa de las reclamaciones y propone los casos de pacto).
3. la comisión de seguimiento (donde se autorizan acuerdos de la comisión técnica).

En todas las comisiones están presentes todos los interlocutores del sistema: abogados de la administración, ICS, SCS, hospitales concertados, médicos asesores de la compañía así como médicos y abogados del CCMC.

Así pues, el Col·legi de Metges de Barcelona atesora uno de los modelos de gestión de denuncias más eficiente de los colegios profesionales y actualmente ofrece a los facultativos una de las mejores pólizas de responsabilidad vigentes, tanto por coberturas como por coste.

Es más, este modelo del COMB ha conseguido disminuir el coste de la póliza del colegiado en un 30%, con una póliza que incluso ofrece mejores coberturas que la anterior. Como mejoras destacables, resaltamos el aumento de cuantía asegurada por siniestro (de 750.000 a 1 millón de euros), al aumento de los límites por año asegurado (de 35 millones a 40 millones de euros), la cobertura de pacientes sometidos a ensayos clínicos o tratamientos avanzados y un aumento de la prestación económica en caso de inhabilitación (de 24 a 30 meses y de 3600 a 3800 euros al mes). Además, aporta un descuento del 20% de la cuota a colectivos como médicos internos residentes (MIR) y médicos de familia, un pago reducido a jubilados del 10% del importe y coste cero a los MIR de primer año (Vargas Blasco, 2016) Todo ello puede ser sostenible sólo si existe una gestión muy directa de los siniestros y con un sistema organizativo del proceso, como comentaremos a continuación.

Por lo tanto, y antes de entrar en detalle sobre algunas características de esta póliza, relataremos como se desarrolla una reclamación desde la llegada al COMB hasta su cierre o resolución (Clos-Masó, 2013).

En el momento que se recibe una reclamación, se dirige a una persona encargada de iniciar el proceso de valoración interno. Existe un primer filtro que define si la reclamación progresa por vía judicial o extrajudicial. En ambos casos se realiza una primera comunicación a la compañía aseguradora. Paralelamente se notifica al implicado o implicados que se ha recibido una reclamación y se organiza una reunión a la que acuden, el médico especialista del área de praxis, el letrado de la compañía aseguradora y la gestora de casos.

Una vez se ha dado a conocer el expediente se solicita por escrito al reclamado un informe. Se realiza una evaluación interna del caso a través de los propios médicos evaluadores del área de praxis que en el COMB se conoce como SRP (Servei de Responsabilitat Professional) o bien a los especialistas de cada una de las disciplinas y se realiza un análisis jurídico. Se evalúa la praxis y se determina si existe normopraxis o ha habido praxis de riesgo. En caso de determinar una actuación correcta se comunica al demandante el desacuerdo. Si el proceso es judicial se prepara la defensa judicial, que requerirá de uno o más peritajes a defender en las vistas judiciales (Roche Rebollo, 2013).

En caso de detección de una situación “de riesgo” basada en defectos de praxis o posible negligencia se establece una comisión técnica para intentar llegar a un acuerdo.

En caso de no llegar a un acuerdo y el demandante inicia una vía judicial se asigna un abogado y se solicitan uno o dos peritajes profesionales para poder sustentar los argumentos de la defensa. Cuando se convocan las vistas judiciales y la celebración del juicio, el médico siempre es acompañado por el abogado de la compañía aseguradora la que a su vez es la persona con la que ha estado en contacto durante todo el proceso, y por el

abogado de la institución donde trabaja (si es empleado por cuenta ajena).

La tramitación de todo el proceso es extremadamente personalizada y el profesional se siente en todo momento protegido aun tratándose de situaciones contrarias donde todos los esfuerzos irán en la línea de la negociación (Arimany, 2013b) (Arimany - Manso, 2015)

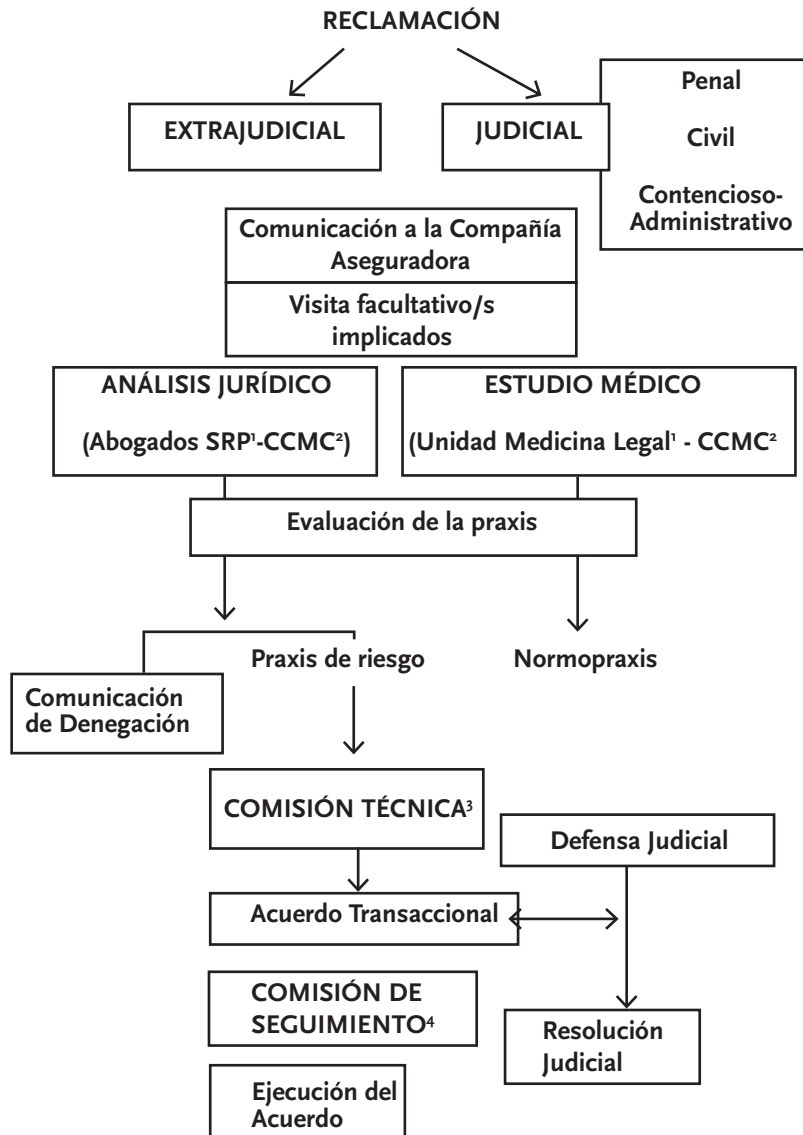


Figura 1. Algoritmo de funcionamiento del SRP ante una demanda. Adaptado de Arimany et al Med Clin 2013b

1 SRP- Servicio de Responsabilidad Profesional.

2 CCMC – Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña.

3 COMISIÓN TÉCNICA – Director del SRP, 2 expertos asesores externos, la Responsable de Gestión y Tramitación del SRP, la Responsable de la Unidad de Medicina Legal e Investigación, los miembros de la misma y los abogados especialistas del SRP.

4 COMISIÓN DE SEGUIMIENTO – 4 vocales del CCMC, 4 vocales del CatSalut (que presentan casos propios), 4 vocales de la Compañía Aseguradora y 1 vocal de cada correduría de seguros (con voz pero sin voto). Pudiendo asistir otros profesionales que acuerde la Comisión.

Una de las ventajas de este modelo se basa en que la póliza de responsabilidad profesional es gestionada directamente por el personal del COMB, que tiene implicados en la misma estructura funcional a ambas partes, la profesional médica y la representante legal, personalizada en un grupo de abogados cuya cercanía y proximidad facilita cualquier gestión (Roche Rebollo, 2013).

Este modelo basa su actividad en:

1. La gestión directa desde el personal del área de praxis (abogados y médicos expertos y especialistas en prueba pericial) de cada uno de los expedientes o reclamaciones recibidas. Ello confiere al sistema no sólo un manejo profesionalizado y cercano al médico sino un conocimiento profundo de la materia y de todos los detalles del caso.
2. El análisis de toda la casuística con objeto de generar información que se traslada al colegiado con el objetivo de mejorar la seguridad clínica.
3. La existencia de una Unidad de “Medicina Legal i Recerca”, la cual trata de articular todo el conocimiento sedimentado del análisis de cada una de las líneas de investigación para generar documentos, publicaciones y recomendaciones en materia de seguridad clínica y seguridad jurídica (Gómez-Durán, 2013a) (Arimany-Manso, 2013b).

El análisis de las diferentes vías de reclamación desde el año 2002 hasta el año 2014 sin entrar en detalle de cada una de las especialidades estudiadas (de un total de 4.118 reclamaciones), muestran un incremento en la resolución de conflictos por la vía extrajudicial, pasando de un 21% en 2002 a un 57,8% en 2014. De la vía judicial sigue siendo la penal, más frecuente que la civil, aunque con tendencia a igualarse en los últimos años (Vargas Blasco, 2016)

Otro de los hallazgos interesantes es que paralelamente al aumento de las demandas que se resuelven por una vía extrajudicial existe como contrapartida un aumento de demandas contra la administración sanitaria, hecho asociado a la propia disposición de la Ley 29/1998 reguladora de la jurisdicción contencioso administrativa (Martin-Fumadó, 2011)

Como se puede observar la siguiente figura, el número de reclamaciones por 1000 colegiados y año fluctúa entre 17,1 y 11,1 lo cual no representa una cifra aparentemente alta y tiende a la estabilidad.

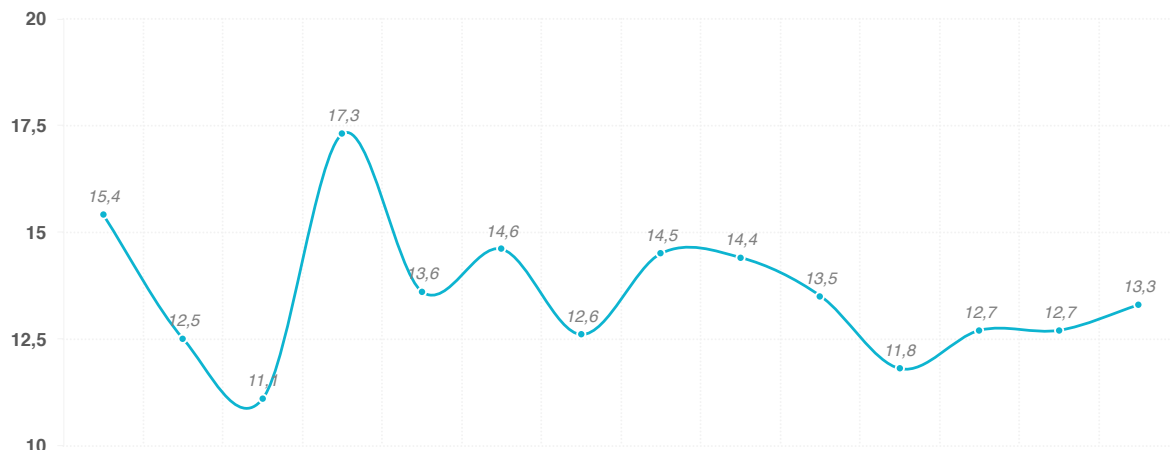


Figura 2 . Evolución de las reclamaciones por médico/año. Fuente: CCMC.

En definitiva, el análisis de estos datos no tendrían valor si no los podemos utilizar para que el profesional conozca cuáles son los riesgos y conductas susceptibles de ser demandado. La sensibilización no punitiva de esta línea de investigación tiene como objeto la promoción y fomento de la seguridad clínica.

Mención especial merece la actual póliza de RC (responsabilidad civil) vigente para cualquier profesional médico incluso de fuera de Cataluña. Es una póliza voluntaria y colectiva, pero su carácter competitivo hace que la mayoría de los colegiados del Consell de Col·legis Metges de Catalunya la tengan contratada.

1.4. LAS RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.

La Cirugía Oral y Maxilofacial es una especialidad relativamente “joven” y dinámica, la cual abarca diferentes campos de acción en los cuales los especialistas pueden subspecializarse, llegando a englobar desde procedimientos estéticos hasta procedimientos oncológicos y de deformidades craneofaciales (de gran complejidad y riesgo), pasando por la cirugía bucodental y de las glándulas salivales.

En este contexto, se trata de una especialidad que aparenta bajo/medio riesgo de reclamaciones en comparación con otras especialidades, aunque no existe en nuestro país ningún estudio o publicación que analice la frecuencia de reclamaciones dentro de esta especialidad desde el punto de vista medico-legal, y sobretodo de las patologías y procedimientos más implicados (Arimany-Manso, 2013c).

Los litigios médicos debidos a intervenciones quirúrgicas son problemas que influyen no sólo en la práctica de la Cirugía Oral y Maxilofacial, sino también en la práctica de la mayoría de las especialidades médicas y especialmente en las quirúrgicas.

Aunque el ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial es amplia, los procedimientos más comúnmente realizados por un cirujano oral y maxilofacial son:

- cirugía oral (dento-alveolar, implantología, cirugía preprotésica)
- cirugía oncológica
- cirugía de las glándulas salivales
- cirugía ortognática o de las deformidades dentofaciales
- cirugía estética facial.

La literatura científica muestra que hay determinados procedimientos en el ámbito de la cirugía oral y maxilofacial que implican más riesgo de ser reclamados y que además, generan varios grados de riesgo para los pacientes. Por ejemplo: en el contexto español, Perea et al (Perea-Pérez, 2014) publicaron que las reclamaciones en relación a la colocación de implantes osteointegrados (IOI) fueron muy superiores en número a las presentadas por la realización de otros procedimientos de cirugía oral, y a nivel internacional, en Irán, las extracciones de las piezas dentales incorrectas y los errores quirúrgicos resultantes en parestesias fueron la principal causa de reclamación en el ámbito de la cirugía oral (Kiani, 2009).

En el caso de la cirugía estética a nivel facial, varias publicaciones coinciden en que los casos más reclamados fueron las blefaroplastias y rinoplastias, en las cuales, la mayoría de los casos de estos dos procedimientos se resolvieron en favor del acusado.

En el ámbito de la cirugía de las glándulas salivales, en un estudio retrospectivo del año 2013 (Hong, 2013), se analizaron veintiséis casos, en los que las sentencias a favor de los demandantes fueron los más frecuentes (58%), y la suma promedio de las indemnizaciones para dichos demandantes fue de 933.235 dólares. Dieciséis casos (62%) hacían referencia a lesiones en la glándula parótida o en su conducto, con 10 casos involucrando lesión del nervio facial. En nueve casos (35%), se produjo lesión en la glándula submandibular o/y en su conducto.

En definitiva, las alegaciones legales más comunes que reflejó este estudio fueron : la mala ejecución quirúrgica seguida de la realización de procedimientos innecesarios.

En cuanto a las complicaciones perioperatorias que pueden generar dichos actos quirúrgicos en el ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial, la colocación de implantes osteointegrados en la región más posterior de la mandíbula conlleva mayor riesgo de lesiones del nervio alveolar inferior (0,08%) (Greenstein, 2006) (Vázquez, 2008), y que en la cirugía de extracción de los cordales, el riesgo de lesión del nervio dentario inferior o lingual oscila entre el 2,7 al 36% y 0,25 a 23%, respectivamente (Howe, 1960) (Bui, 2003). En el caso de la cirugía ortognática y en concreto en el caso de las osteotomías sagitales de la mandíbula para realización de avances o retrocesos mandibulares, este riesgo se eleva al 55,7% en el postoperatorio inmediato (Kim, 2011).

En los EE.UU., Lee et al (Lee, 2007) reflejaron que las principales demandas por negligencia en el caso de la cirugía oral y bucodental reportadas por una compañía de seguros fueron las parestesias tras las extracciones de terceros molares y la colocación de implantes osteointegrados, así como las infecciones y las realizaciones de exodoncias incorrectas.

En un estudio publicado en el año 2013 en *The Laryngoscope* (Svider, 2013), las principales reclamaciones dentro de los diferentes estados de EEUU y en este ámbito de la cirugía oral y maxilofacial fueron las alteraciones en la cicatrización/desfiguración, la dificultad para el cierre de la hendidura palpebral en el caso de blefaroplastias y los dolores postoperatorios.

Uno de los estudios publicados en el ámbito de la responsabilidad médica en cirugía oral en el Reino Unido, refleja que la cantidad total de las indemnizaciones pagadas por el Servicio Nacional de Salud en el ámbito de la especialidad de cirugía oral y maxilofacial durante los últimos 15 años superaron los 5 millones de libras (Gulati, 2012).

Por todo ello, sea cual sea el procedimiento, la patología o el territorio anatómico involucrado, el riesgo de reclamaciones por responsabilidad médica se ha convertido en un motivo esencial para llevar a cabo un análisis de todas las reclamaciones en las diferentes especialidades médicas, en este caso relacionados con la práctica de la Cirugía Oral y Maxilofacial (Orosco, 2012) (Lydiatt, 2003), determinando así las causas y motivos más comunes, ya que en el momento actual, se desconoce la existencia de datos concluyentes acerca del perfil característico de las reclamaciones como consecuencia de responsabilidad profesional médica en el campo de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial.

02.ÁMBITO EMPÍRICO

2.I. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

Tras la revisión crítica de la literatura científica al respecto, como ya se ha mencionado con anterioridad, desconocemos que en nuestro entorno existan datos concluyentes como resultado del análisis de las reclamaciones por responsabilidad médica en el todo el ámbito o espectro de la Cirugía Oral y Maxilofacial.

La escasez de bases de datos que contengan este tipo de información, así como la inaccesibilidad de las mismas, dificultan enormemente la existencia de estudios al respecto. En otras ocasiones, el tamaño de la muestra estudiada es limitado, y también lo es la fiabilidad y riqueza de los datos contenidos en estas bases de datos, por lo que los resultados obtenidos poseen menor evidencia científica.

En los casos en los que existen trabajos interesantes al respecto, el contexto del mismo, generalmente internacional como se ha podido comprobar en el apartado “las reclamaciones por responsabilidad profesional médica en la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial” y muy diferente al nuestro, imposibilita en gran medida la extrapolación de los resultados.

Sin embargo, es un hecho demostrado que a través de la comprensión del fenómeno y del conocimiento de las características específicas o perfil de las reclamaciones por responsabilidad profesional médica puede hacerse un trabajo eficaz en materia de seguridad del paciente y la consiguiente prevención de las reclamaciones.

Resulta fundamental que los facultativos conozcan los relevantes aspectos médico-legales que rigen en la asistencia sanitaria y los estudios que analizan reclamaciones o sentencias sobre responsabilidad profesional.

En este sentido, disponer de una base de datos potente al respecto, la obtención del perfil específico y propio de las reclamaciones como consecuencia de responsabilidad profesional médica en el campo de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial es de interés indudable para todos los profesionales que ejercen esta especialidad médica, para los profesionales dedicados al ámbito de la responsabilidad profesional médica y para los propios pacientes y la sociedad en conjunto.

2.2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

El **objetivo principal** es conocer la incidencia y frecuencia de reclamaciones relacionadas con la práctica de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial en nuestro ámbito, y tras el análisis de las variables que intervienen en las mismas desde un punto de vista general, del profesional involucrado y del perjudicado, obtener el perfil específico y propio de las reclamaciones, las patologías y los procedimientos derivados más involucrados, así como también identificar las variables asociadas con la existencia de responsabilidad profesional en las reclamaciones analizadas.

Como **objetivos secundarios**, destacan en primer lugar el identificar entre las reclamaciones aquellas en las que exista defecto de praxis, las patologías y los procedimientos implicados, y en segundo lugar identificar las variables clínicas y jurídicas diferentes de las anteriores asociadas a reclamaciones en Cirugía Oral y Maxilofacial.

El presente estudio facilitará la comprensión del fenómeno de las reclamaciones por responsabilidad profesional en Cirugía Oral y Maxilofacial y contribuirá la prevención de las mismas y de los eventos adversos que las ocasionan.

En relación con los objetivos planteados, se enumeran las siguientes hipótesis:

1. Las reclamaciones como consecuencia de responsabilidad profesional médica en el ámbito de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial suponen un porcentaje considerable en relación con el total de reclamaciones como consecuencia de responsabilidad profesional médica.
2. El porcentaje de reclamaciones sobre responsabilidad profesional médica en Cirugía Oral y Maxilofacial en que finalmente se considera probada la existencia de responsabilidad por parte del facultativo, (entendida como la determinación, judicial o extrajudicial, de haber existido una situación real de responsabilidad profesional médica) resulta baja frente al porcentaje de la no existencia de responsabilidad médica por parte del facultativo.
3. En el ejercicio de la Cirugía Oral y Maxilofacial, existen áreas de especial riesgo que se asocian significativamente con la determinación final de que ha existido responsabilidad profesional por parte del facultativo implicado.

2.3. METODOLOGÍA

2.3.1. Muestra del estudio y procedencia de la misma

El Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) es la corporación que agrupa a los cuatro colegios oficiales de médicos catalanes (Barcelona, Girona, Lleida y Tarragona), encargándose de la coordinación de su actuación al mismo tiempo que representa a la profesión ante las instituciones sanitarias.

El CCMC (www.ccmc.cat) dispone de una base de datos única en el estado español que contiene la información integrada de todos los expedientes abiertos con motivo de una reclamación de responsabilidad profesional que recaiga sobre alguno de los profesionales médicos colegiados en alguno de los cuatro colegios oficiales de médicos a los que representa y asegurados en la póliza de responsabilidad civil. Esta base de datos contiene la información acumulada de más de 25 años de experiencia de los siniestros tramitados. Por ello, se ha convertido en un potente elemento de información para valorar los casos de reclamaciones por responsabilidad profesional, además de ser una importante fuente de datos sanitarios y de realizar funciones de prevención de riesgos sanitarios.

Cabe tener en cuenta que los expedientes abiertos en dicha base de datos no se corresponden exclusivamente con los relativos a reclamaciones interpuestas ante la autoridad judicial competente como consecuencia de supuestas negligencias médicas si no que, en ocasiones, los expedientes contienen la información derivada de expedientes extrajudiciales (en ausencia de la interposición de una denuncia ante la autoridad judicial competente) o, incluso en los primeros años contemplados por consultas de algún colegiado/a ante alguna situación de la que supuestamente pudiera derivarse una responsabilidad profesional. En consecuencia, la información contenida en los expedientes es muy heterogénea, en función del tipo de expediente, los documentos que ha generado el mismo o su evolución y resolución. Por la misma razón, contiene datos que abarcan más allá del ámbito judicial y en consecuencia, el análisis que pueda derivarse del estudio de los mismos supera en riqueza de información al que pueda realizarse a partir de, únicamente, fuentes judiciales.

Los expedientes que integran la base de datos del CCMC contienen la información de todos los casos gestionados en los cuatro colegios de médicos catalanes desde 1990 hasta el momento actual (conteniendo hasta el día 31/12/2014 un total de 7.909 expedientes), en relación a todas las especialidades médicas, lo que la convierte en una base de datos potentísima y de extraordinario valor científico. En la actualidad no existe otra base de datos de características equivalentes en España.

La citada base de datos es propiedad y de uso exclusivo del CCMC y está gestionada por el Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB).

La obtención de información contenida en los expedientes que componen dicha base de datos y su utilización con fines de investigación sólo es posible mediante el acceso y consulta a través de dicho programa, por lo que para acceder a los mismos se procedió a solicitar dicha autorización al CCMC.

La recogida de los datos se realizó a partir del mes de septiembre de 2015 hasta el mes de marzo de 2016 (ambos incluidos), en las dependencias del Servicio de Responsabilidad Profesional del COMB, fuera del horario laboral del doctorando, bajo la supervisión de la Dra. Esperanza Gómez Duran y el Dr. Carles Martí Fumadó, cumpliendo en todo momento la normativa vigente sobre protección de datos, lo que permitió tener acceso a la muestra objeto de estudio.

Para ello, se solicitó la autorización pertinente por parte de la comisión deontológica del COMB que cumpliera con los criterios básicos de un estudio de investigación preservando el anonimato de los pacientes y profesionales médicos objeto del estudio en todo momento.

2.3.2. Definición de la muestra de estudio

La muestra objeto de estudio está constituida por todos los expedientes abiertos en el CCMC, desde 1990 hasta 2014, resultantes de las reclamaciones judiciales presentadas como consecuencia de supuestas negligencias médicas en el campo de la Cirugía Oral y Maxilofacial, así como los correspondientes expedientes abiertos en el CCMC con carácter extrajudicial (en ausencia de la interposición de una denuncia ante la autoridad judicial competente) en el ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial.

Así, los Criterios de Inclusión de la muestra fueron:

1) *Respecto al objeto de la muestra:*

- La apertura en el CCMC de un expediente como consecuencia de la interposición contra un médico colegiado en alguno de los cuatro colegios oficiales de médicos de Cataluña de una reclamación ante los tribunales como consecuencia de una supuesta negligencia médica, o bien
- La apertura en el CCMC a un médico colegiado en alguno de los cuatro colegios oficiales de médicos de Cataluña de un expediente con carácter extrajudicial (en ausencia de la interposición de una denuncia ante la autoridad judicial competente).

2) Respecto al criterio temporal:

- La apertura del expediente en el CCMC durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1990 hasta el 31 de diciembre de 2014 (con independencia de la fecha del acto médico que motivó la apertura de dicho procedimiento).

3) Respecto a la especialidad médica objeto del expediente:

- El acto médico o quirúrgico que motivó la apertura del procedimiento correspondía al ámbito de actuación de la Cirugía Oral y Maxilofacial.

Tras la obtención de los permisos requeridos al efecto, se procedió mediante la supervisión del Dr Josep Benet Travé (médico epidemiólogo) a la localización de casos de la muestra atendiendo a los criterios definidos para la misma, para lo que fueron utilizados algunos de los ítems codificados en la base de datos del CCMC.

Respecto al primero de los criterios de inclusión de la muestra no hubo que realizar ninguna depuración, ya que el criterio definido para la muestra era coincidente con el de la base de datos.

Respecto al segundo de los criterios, el criterio temporal, tampoco se tuvo que realizar ninguna depuración de casos, ya que el inicio del periodo que define la muestra (1990) era posterior al de la creación de la base de datos (1986), y en el momento de la finalización de la recogida de datos (mes de marzo de 2016) ya se habían incluido todos los expedientes relativos al año 2014 en la base de datos.

Respecto al último de los criterios, relativo a la especialidad objeto del expediente, se usó el ítem de “especialidad médica del acto médico objeto de la apertura del expediente” , así como el de “ acto médico objeto de la apertura del expediente” de la propia base de datos, para poder abarcar así procedimientos dentro del ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial que no estuvieran clasificados como tales (ej. rinoplastia estética, clasificada dentro de la especialidad de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, pero que forma parte también del ámbito de actuación de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial).

Nótese que, a priori y tras lo expuesto, la especialidad del profesional médico objeto del procedimiento (si la tuviere) no debía obligatoriamente coincidir con la de la especialidad del acto médico objeto de la apertura del expediente.

Mediante el uso de estos tres criterios, se obtuvo una muestra en bruto de un total de 485 expedientes, que fueron solicitados al archivo del CCMC.

Tras la recepción física de los expedientes, se realizó un análisis inicial de todos ellos focalizado en los criterios de inclusión de la muestra, siendo eliminados por depuración un total de 170 casos.

Así pues, de estos 485 expedientes inicialmente seleccionados, 129 fueron eliminados por ser procedimientos puramente odontológicos, como por ejemplo complicaciones ocurridas tras la endodoncia de piezas dentales o bien complicaciones derivadas de puentes convencionales sobre piezas dentales naturales, procedimientos sobre los cuales no se había realizado ni había indicación de realización de ningún procedimiento quirúrgico.

De los 356 expedientes restantes, se depuraron también 11 de ellos puesto que no se llegaron a encontrar dichos expedientes, 17 se descartaron por pertenecer a procedimientos que aunque pudiendo ser realizados por un cirujano Oral y Maxilofacial, otorgaban poca relevancia clínica, como por ejemplo procedimientos de inyección de material de relleno, peelings químicos para rejuvenecimiento facial o terapias con láser pulsado de CO₂ o de diodo.

Por último, de los restantes expedientes (328), 13 más fueron descartados debido a que se trataron de reclamaciones también poco significativas e inapropiadas por no encontrar justificación racional para las mismas, quedando finalmente 315 expedientes para el análisis de los mismos.

485 EXPEDIENTES INICIALES		
DESCARTES / DEPURACIÓN	129 EXPEDIENTES	ODONTOLÓGICOS PUROS (ENDODONCIAS, PROTESIS CONVENCIONAL, ORTODONCIA...)
	17 EXPEDIENTES	FILLERS, LASERS, PEELINGS... (MEDICINA COSMÉTICA FACIAL).
	11 EXPEDIENTES	NO ENCONTRADOS
	13 EXPEDIENTES	INAPROPIADOS (SE MANCHA CON SANGRE LA CAMISA DEL PACIENTE, ETC)
315 EXPEDIENTES FINALES		

Tabla 1. Número de expedientes descartados del estudio y motivos.

Los 129 expedientes odontológicos puros que se descartaron, estaban relacionados con los temas reclamados que se enumeran a continuación:

1. Debut de endocarditis por higiene bucal
2. Fracaso de endodoncias, obturaciones y pulpectomías
3. Fracaso o mal resultado de tratamiento ortodoncia.
4. Fracaso, inestabilidad o fracturas de puentes convencionales.
5. Tratamientos de periodoncia en pacientes con gingivitis crónica.
6. Fracaso de empastes y reconstrucciones.
7. Administración de atención odontológica sin convalidación de título o sin el mismo.
8. Debut de convulsiones tras un tratamiento odontológico conservador.
9. Debut de una neuralgia del trigémino tras tratamiento odontológico conservador.
10. Deglución de material odontológico (lima de endodoncia).
11. Mal resultado estético en tratamiento con carillas dentales.

Respecto a los 13 expedientes que fueron descartados (por ser reclamaciones poco significativas e inapropiadas, ya que no se encontró justificación racional para las mismas y no generaron ningún tipo de secuela), éstos (los más significativos) estaban relacionados con los temas reclamados que se enumeran a continuación:

1. Mancha de sangre en la camisa por el odontólogo tratante.
2. Paciente con antecedentes psicóticos que a raíz de la colocación de dos implantes osteointegrados de forma correcta y sin complicaciones refiere movimientos anómalos mandibulares que relaciona con el tratamiento odontológico recibido.
3. Desgaste de prótesis tras más de 10 años con la misma
4. Debut de infección de glúteos tras la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) intramusculares por presentar dolor tras tratamiento de blefaroplastia.
5. Desmayo tras incorporación rápida después de finalizar visita exploratoria.

2.3.3. Definición de las variables de estudio y elementos para su valoración. Confección de la base de datos.

Para el estudio de la muestra objeto constituida por todos los expedientes abiertos en el CCMC desde 1990 hasta 2014, se establecieron una serie de variables de cara a que el resultado de su análisis pudiera establecer conclusiones.

Estas variables se dividieron en cuatro grupos:

- Variables relacionadas con la reclamación propiamente dicha.
- Variables relacionadas con el acto médico y/o quirúrgico que motivó la reclamación.
- Variables relacionadas con el demandante (perjudicado).
- Variables relacionadas con el profesional implicado.

a) Relacionadas con la reclamación propiamente dicha:

- Motivo que generó la reclamación.
- Tipo de perjuicio que se reclamó y aspecto legal presuntamente vulnerado.
- Tipo de expediente.
- Si era expediente judicial, vía de reclamación.
- Resultados del procedimiento, resolución.
- Tiempo transcurrido desde el acto médico hasta la resolución.
- Tiempo transcurrido desde la presentación de la reclamación hasta la resolución.
- Cuantía de la indemnización (si ésta existiera).
- Si se concurrió en responsabilidad médica.
- Si existió defecto de praxis o criterios jurídicos.

b) Relacionadas con el acto médico y/o quirúrgico que motivó la reclamación:

- Tipo de acto que motivó la reclamación.
- Urgencia del acto que propició la reclamación.
- Mes del acto que motivó la reclamación.
- Año del acto que motivó la reclamación.
- Lugar geográfico del acto que motivó la reclamación.

- Ámbito asistencial donde el acto se realizó.
- Área asistencial donde el acto se realizó.
- Tipo de secuela o daño reversible (ya fuera físico, moral o patrimonial) del procedimiento o acto que motivó la reclamación (si existiera).
- Tipo de ejercicio del acto reclamado.
- Tipo de medicina del acto reclamado (satisfactiva o no satisfactiva)
- Existencia del documento de consentimiento informado (DCI)

c) Relacionadas con el demandante (perjudicado):

- Edad del perjudicado
- Sexo del perjudicado
- Tipo de patología padecida por el perjudicado en el momento del acto médico/quirúrgico que motivó la realización del acto que propició la reclamación.

d) Relacionadas con el profesional implicado:

- Edad del profesional implicado
- Sexo del profesional implicado
- Especialidad del profesional implicado
- Tiempo transcurrido desde la licenciatura hasta la realización del acto que motivó la reclamación.
- Reincidencia del profesional implicado.
- Número de implicados en la reclamación.

A continuación se describen individualmente cada una de las variables que fueron recogidas para cada uno de los casos que componen la muestra así como los elementos básicos para su valoración y las posibilidades de registro tenidas en cuenta a tal efecto.

Dichas posibilidades de registro se tuvieron en cuenta posteriormente de cara a la codificación que fue usada en una base de datos de creación específica para posibilitar el posterior tratamiento estadístico de los datos.

a.) Variables relacionadas con la reclamación propiamente dicha:

a.1. Motivo que generó la reclamación:

Para todos los casos de la muestra se registró el motivo del inicio del procedimiento atendiendo a la disconformidad en alguna/s de las siguientes parcelas de la actuación médica:

- Disconformidad por la aparición de complicaciones postoperatorias.
- Disconformidad en un aspecto relacionado con la documentación e información médica.
- Disconformidad con la practica médica y/o quirúrgica llevada a cabo.
- Disconformidad con la relación médico-paciente establecida.
- Disconformidad con el seguimiento clínico del paciente.
- Disconformidad en el diagnóstico (incluyendo en este apartado tanto el supuesto error diagnóstico como el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico).
- Falta de medios.
- Disconformidad por aparición de secuelas.
- Contagio de hepatitis.
- Disconformidad por denegación de auxilio.
- Disconformidad por retraso asistencial.
- Disconformidad por revelación de secreto profesional
- Disconformidad por falsificación de documentos.

a.2 Tipo de perjuicio que se reclamó y aspecto legal presuntamente vulnerado:

Para los supuestos penales, como tipo de perjuicio de los casos de la muestra, se registraron los siguientes (en relación al CP de 1995*):

	ART CP 95
HOMICIDIO POR IMPRUDENCIA PROFESIONAL GRAVE	142.3
LESIONES POR IMPRUDENCIA PROFESIONAL GRAVE	152.3
FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTO	391
OMISIÓN DEL DEBER DE SOCORRO	196

Tabla 2. Artículos del código penal de 1995 según el tipo de perjuicio registrado.

(*) En los casos de supuestos penales presuntamente vulnerados, atendiendo a la fecha de comisión de los hechos objeto de reclamación de la muestra, se tuvo en consideración lo expuesto en el prólogo a la primera edición del Código Penal (CP) aprobado por LO 10/1995 del 23 de noviembre (Ley Orgánica, 1995a) y la nota a la quinta edición del mismo (Ley Orgánica, 1995b), donde aclara que el CP de 1973 debe seguir aplicándose para los hechos cometidos con anterioridad al 24 de mayo de 1996, tal como se reconoce en la sentencia del TC 215/1998, de 11 de noviembre, cuando entró en vigor el CP de 1995. Para los hechos ocurridos a partir de esa fecha es de aplicación el CP de 1995.

Fueron registrados todos los supuestos, pero a la hora de la codificación se registró únicamente el más relacionado con la causa que motivó el procedimiento.

Como se ha señalado, para los actos médicos que han motivado alguno de los casos de la muestra ocurridos con anterioridad al 24 de mayo de 1996 es de aplicación el CP de 1973, con la correspondencia establecida en la siguiente tabla (tabla 1) respecto a los artículos del mismo texto legal de 1995.

DELITO	ART CP DE 1973	ART CP DE 1995
HOMICIDIO POR IMPRUDENCIA PROFESIONAL	565	142.3
LESIONES POR IMPRUDENCIA PROFESIONAL	565	152.3
FALSEDAD DE DOCUMENTO PÚBLICO	565	391

Tabla 3. Correspondencia de artículos entre el código penal de 1973 y el de 1995

Destacar que en algunos casos de la muestra, se registró la existencia de una disconformidad en la praxis médica sin que la misma constituyera claramente la vulneración de ningún supuesto legal.

a.3 Tipo de expediente:

Se registró si el expediente era **judicial o extrajudicial**.

Se entiende por expediente judicial aquel que deriva de la interposición ante el juzgado competente de una denuncia motivada por el acto médico objeto del procedimiento.

Se entiende por expediente extrajudicial aquel que deriva de todas las acciones previas a la interposición ante el juzgado competente de una denuncia motivada por el acto médico objeto del procedimiento, es decir, el contacto del perjudicado o sus representantes con el profesional médico, el contacto del perjudicado o sus representantes con el área de praxis del colegio de médicos o el contacto del profesional médico con el área de praxis del colegio de médicos. La existencia de un expediente extrajudicial no implica necesariamente su conversión posterior a expediente judicial.

a.4 Vía de reclamación:

En los casos en los que el expediente derivaba de la interposición ante el juzgado competente de una denuncia o demanda motivada por el acto médico objeto del procedimiento (expediente judicial), se registró si la vía del mismo era **civil o penal**.

Como ya se ha comentado en apartados anteriores, al médico se le exige responsabilidad penal cuando habiendo cometido una falta (por acción u omisión), ésta puede ser constitutiva de delito o falta incluidos en el Código Penal. La condena puede llegar a implicar una pena privativa de libertad (prisión) en función del tipo de negligencia y la gravedad del perjuicio ocasionado, y siempre conlleva la inhabilitación temporal del ejercicio profesional (no sólo de la especialidad, sino de toda la medicina) junto con la obligación de resarcimiento económico de la víctima.

Así pues, se entiende como demanda civil aquella en la que, el que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, estando obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima.

a.5 Resultados del procedimiento, resolución:

En los casos de expedientes judiciales, en los cuales, como ha sido definido, existió la interposición ante el juzgado competente de una denuncia motivada por el acto médico objeto del procedimiento, se registró el **resultado final del procedimiento**, en base a las siguientes posibilidades:

EXPEDIENTES JUDICIALES
SOBRESEIMIENTO O ARCHIVO DE LAS ACTUACIONES
CONDENA
ABSOLUCIÓN
ACUERDO EXTRAJUDICIAL
ACTO DE CONCILIACIÓN CON INDEMNIZACIÓN
ACTO DE CONCILIACIÓN SIN INDEMNIZACIÓN
NO EXISTE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (DCI). NO COBERTURA POR PÓLIZA RC
CASO AÚN ABIERTO / PENDIENTE DE JUICIO
NO REGISTRADO

Tabla 4. Posibilidades en cuanto al resultado final del procedimiento en los casos judiciales

Entendiéndose por:

- **SOBRESEIMIENTO O ARCHIVO.** Se trata de la decisión tomada por los instructores del caso a través de una vía Judicial (PENAL o CIVIL) que tras recibir y estudiar la demanda ya desestiman dar opción de desarrollar un proceso judicial.
- **ACUERDO EXTRAJUDICIAL.** Supone que ambas partes se han puesto de acuerdo para cerrar el caso. Este tipo de resolución puede ser incluso propuesta por el propio fiscal del caso cuando se observa en el proceso una situación de difícil resolución. Este acuerdo puede llegar en cualquier vía.
- **SENTENCIA ABSOLUTORIA.** Una vez se ha desarrollado el juicio (penal o civil), el juez dictamina y establece en sentencia que el demandado no es culpable y por tanto no debe hacerse responsable ni a él ni a su compañía aseguradora de ningún pago indemnizatorio.
- **SENTENCIA CONDENATORIA.** Una vez se ha celebrado el juicio (penal o civil), el juez dictamina y establece que el demandado es culpable y con la sentencia detalla cual es la pena y el montante económico con el que debe responder el médico y su compañía aseguradora. Es importante remarcar que cuando un médico se somete a un juicio penal por imprudencia médica está inmerso en un procedimiento que en caso de sentencia condenatoria, la pena privativa de libertad va asociada a la inhabilitación de la profesión de médica.

En los casos judiciales se registró de manera diferenciada los casos en los que el resultado del procedimiento fue una **condena** de alguno de los profesionales médicos implicados y en los que hubo un **acuerdo extrajudicial**, registrándose el tipo (económico o no económico) y sus características.

En los casos extrajudiciales, también se valoró la existencia de un **acuerdo extrajudicial**, registrándose el tipo de acuerdo al que se llegó (económico) y sus características, además de las siguientes posibilidades:

EXPEDIENTES EXTRAJUDICIALES
ACUERDO EXTRAJUDICIAL
DESESTIMAMIENTO POR EL COMB (EXPEDIENTE DE DEFENSA, ESCRITO DE RESOLUCIÓN O NO)
NO EXISTE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (DCI). NO COBERTURA POR PÓLIZA RC
CASO AÚN ABIERTO / PENDIENTE DE JUICIO
NO REGISTRADO

Tabla 5. Posibilidades en cuanto al resultado final del procedimiento en los casos extrajudiciales

a.6 Tiempo transcurrido desde el acto médico hasta la resolución:

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la fecha de la resolución del mismo y además se disponía de la información relativa a la fecha en la que tuvo lugar el acto médico objeto del procedimiento, se calculó el **tiempo transcurrido, en meses**, desde el momento del acto médico objeto del procedimiento hasta la resolución de dicho procedimiento.

a.7 Tiempo transcurrido desde la presentación de la reclamación (apertura del expediente en el colegio de médicos) hasta la resolución:

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la fecha de apertura del mismo en el colegio de médicos y además se disponía de la información relativa a la fecha en la que tuvo lugar la resolución del procedimiento, se calculó el **tiempo transcurrido, en meses**, desde el momento de la **apertura del expediente** de dicho procedimiento hasta la fecha de su resolución.

a.8 Cuantía de la indemnización (si ésta existiera):

En los casos tanto judiciales como extrajudiciales, también se valoró la existencia de un acuerdo extrajudicial, registrándose el tipo de acuerdo al que se llegó (económico) y sus características en cuanto a la cuantía de los mismos en euros.

En los casos analizados anteriores a la instauración de la moneda común (euro), se registraron los datos en pesetas con su posterior conversión a euros según los valores actuales para poder realizar un correcto análisis de los datos.

a.9 Responsabilidad médica:

Se codificó positivamente la variable responsabilidad cuando, tras el análisis del procedimiento, se identificó que se había determinado (judicial o extrajudicialmente) que se había concurrido responsabilidad profesional médica.

a.10 Si existió defecto de praxis o criterios jurídicos

Se codificó positivamente la variable “defecto de praxis o criterios jurídicos” cuando, tras el análisis del procedimiento, se identificó que se cumplían los criterios jurídicos establecidos para definir o catalogar el procedimiento realizado como una mala praxis médica.

b) Variables relacionadas con el acto médico y/o quirúrgico que motivó la reclamación:***b.1 Tipo de acto que motivó la reclamación.***

La actividad médico-quirúrgica objeto del procedimiento es uno de los criterios de inclusión de la muestra, por lo que, al ser tan amplio el abanico de acción de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, la muestra incluye casos no sólo de esta especialidad, sino también de otras que comparten los mismos procedimientos médicos y área de acción, como por ejemplo la Otorrinolaringología y la Cirugía Plástica y Reparadora. Así pues, no sólo existe, para el presente estudio, la posibilidad del registro “especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial” para la variable “especialidad médica objeto del procedimiento”.

Por ello y según lo expuesto anteriormente, es reseñable que para la recopilación de datos y el análisis de la muestra, se ha tenido en cuenta no sólo el ítem de “especialidad del acto médico” registrado en la base de datos del CCMC como punto de partida,

sino también el ítem “tipo de acto médico/quirúrgico” también registrado en la base de datos del CCMC.

Debe recordarse de nuevo en este momento que, a priori y tras lo expuesto, la especialidad del profesional médico objeto del procedimiento (si la tuviere) no debe obligatoriamente coincidir con la de la especialidad del acto médico objeto que ha motivado la apertura del expediente.

Para esta variable, se registraron las siguientes posibilidades: (*Ver Tabla 6 en la página siguiente*)

CIRUGÍA ONCOLÓGICA (excluyendo la de glándulas salivales)	CIRUGÍA ESTÉTICA FACIAL	CIRUGÍA ORAL	TRAUMATOLOGÍA	CIRUGÍA DE LAS DEFORMIDADES DENTO-FACIALES	CIRUGÍA GLÁNDULAS SALIVALES	CIRUGÍA DE LAS INFECCIONES	OTRAS
RESECCIÓN DE TUMOR / MASA / LESIÓN CABEZA/ CUELLO	BLEFAROPLASTIA	IMPLANTOLOGÍA	ATENCIÓN/ CIRUGÍA TRAUMÁTICA CRANEO-FACIAL (EXCLUYENDO MANDÍBULA)	CIRUGÍA ORTOGNÁTICA	PAROTIDECTOMÍA TOTAL/SUPERFICIAL	TTO ABSCESO / CELULITIS CERVICO-FACIAL	INYECCION INTRA-MUSCULAR
VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL (VGC)	CIRUGÍA CUTÁNEA (QUISTES, MANCHAS, NEVUS...)	CIRUGÍA DEL 3º MOLAR INCLUIDO	ATENCIÓN/ CIRUGÍA TRAUMÁTICA MANDIBULAR	CIRUGÍA DE LA ATM (ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR)	CIRUGÍA DE LA RÁNULA	LEGRADO OSTEO-MIELITIS	FÉRULA DE DESCARGA
OBTENCIÓN DE INJERTO MICRO-VASCULARIZADO	RINOPLASTIA	EXODONCIAS QUIRÚRGICAS DE PIEZAS NO INCLUIDAS	ATENCIÓN / CIRUGÍA HERIDAS PARTES BLANDAS CRANEO-FACIALES TRAUMÁTICAS			CIRUGÍA DE LOS QUISTES FACIALES	VISITA MÉDICA
	LIFTING	EXODONCIA DE PIEZA DENTAL EQUIVOCADA					
	IMPLANTES ESTÉTICOS (MALARES...)	CIRUGÍA DE OTRAS INCLUSIONES DENTARIAS					
	LIPOFILLING	CIRUGÍA PRE-PROTESICA-ORTODONTICA (FRENILLOS...)					
		CIRUGÍA DE LOS QUISTES MAXILO-MANDIBULARES					

Tabla 6. Tipo de acto médico que motivó la reclamación.

b.2 Urgencia del acto que propició la reclamación.

Se realizó una clasificación del acto médico que motivó la reclamación atendiendo a la urgencia de dicho acto, de acuerdo con las siguientes posibilidades:

- **Urgente** (necesidad de atención médica inmediata)
- **Programado** (no existe necesidad de atención médica inmediata. El acto médico-quirúrgico es electivo, programado en el tiempo).

b.3 Mes del acto que motivó la reclamación.

A partir del registro de la fecha en la que tuvo lugar el acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio, se ha tenido en cuenta el **mes** de la misma.

b.4 Año del acto que motivó la reclamación.

A partir del registro de la fecha en la que tuvo lugar el acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio, se ha tenido en cuenta el **año** de la misma.

b.5 Lugar geográfico del acto que motivó la reclamación.

En los casos en los que el expediente disponía de la información al respecto, se registró el **lugar** (provincia) en el que tuvo lugar el acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

b.6 Ámbito asistencial donde el acto se realizó.

Se registró el ámbito asistencial en el que tuvo lugar el acto médico que motivó el procedimiento de acuerdo con las siguientes posibilidades:

- a) Hospitalario: entendiéndose de un centro con unas mínimas infraestructuras, camas de hospitalización, urgencias y servicios centrales. Este ámbito no discrimina la titularidad o tipo de prestación administrada en el centro.
- b) Extrahospitalario: Se refiere a los actos médicos desarrollados en consultas médicas, clínicas médicas o centros médicos.
- c) No registrado.

b.7 Área asistencial donde el acto se realizó.

Se registró el **área asistencial** en el que tuvo lugar el acto médico que motivó el procedimiento de acuerdo con las siguientes posibilidades:

ÁREA DE URGENCIAS
PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN
QUIRÓFANO /CMA (CIRUGÍA AMBULATORIA)
CONSULTA ODONTOLÓGICA
CONSULTA PARTICULAR (EXCEPTUANDO LA ODONTOLÓGICA)

Tabla 7. Área donde fue realizado el acto médico que motivó la reclamación

b.8 Tipo de secuela o daño reversible del procedimiento o acto que motivó la reclamación (si existiera).

Se registró si el acto médico que motivó el expediente objeto de estudio supuso algún tipo de secuela o bien simplemente un daño reversible en el/la perjudicado/a. Se entiende por secuela como el menoscabo permanente, estable, definitivo e irreversible como consecuencia o resultado de algo, en este caso, de la actuación médica, a diferencia de un daño reversible, que no es permanente, estable ni definitivo. Así, se clasificaron los **posibles tipos de secuelas/daños en:**

(Ver Tabla 8 en página siguiente)

ESTÉTICA	FUNCIONAL	ALGICA	PROTESICA (funcional/estética)	SENSORIAL/ MOTORA	OTRAS	MUERTE	NINGUNA	FRACTURAS
ALOPECIA CICATRIZIAL	EXODONCIA PIEZA EQUIVOCADA/NO PREVISTA	SINUSITIS DE REPE- TITION	DISCONFOME CON RESULTADOS PRO- TÉSICOS	PARESIA /ANESTE- SIA NERVIIO DENTA- RIO INFERIOR (NDI)	NECESIDAD RE-INTER- VENCION			MAXILAR
CICATRIZ FACIAL	PÉRDIDA IMPLANTE OSTEOINTEGRADO (IOI)	ÚLCERA LINGUAL		PARESIA /ANES- TESIA NERVIIO LINGUAL	CUERPO EXTRAÑO			MANDIBULAR
NÓDULOS FACIA- LES	FÍSTULA CRANEONA- SAL	INFECCION HERIDA	NEURALGIA NER- VIO GLOSO-FARIN- GEO	ABSCESO CERVICAL				
QUEMADURA QUI- MICA FACIAL	INSUFICIENCIA RESPI- RATORIA NASAL	DOLOR CRÓNICO INESPECÍFICO		PARESIA FACIAL	EXÉRESI LESION EQUI- VOCADA			
QUEMADA FACIAL POR INSTRUMEN- TAL	ALTERACION DE LA OCLUSION	DOLOR/IMPOTEN- CIA ATM		PARESIA RADIAL	SHOCK			
NECROSIS PIEL FACIAL	PSEUDOARTROSIS			PARESIA CUBITAL	FRACASO DEL TRATA- MIENTO			
DEFECTO ESTÉTI- CO FACIAL / NO SE CONSIGUE RESUL- TADO ESTÉTICO DESEADO	APNEA DEL SUEÑO			PARESIA ESPINAL	FRACASO INJERTO OSEO			
EDEMA NASAL	IMPLANTE EN SENO MAXILAR			ACCIDENTE VAS- CULAR CEREBRAL (AVC)	HEMORRAGIA			
	PERFORACION TABI- QUE NASAL			PÉRDIDA VISION	DIAGNOSTICO FINAL DE TUMOR MALIGNO			
	FÍSTULA OROANTRAL			SORDERA	COMA			
				ANESTESIA NERVIIO INFRA-ORBITARIO (NIO)				

Tabla 8. Tipo de secuela o daño reversible del procedimiento o acto que motivó la reclamación.

Debemos destacar que en el apartado de secuelas o daños estéticos, se categorizó de la misma manera el resultado de “defecto estético facial” y el “no se consigue el resultado estético deseado”, debido a que es un parámetro muy subjetivo (siempre dependiente de las expectativas del paciente) y en muchos de los expedientes realmente la reclamación era por defecto estético objetivo mientras que en otros era la percepción errónea del resultado por parte del paciente lo que llegaba a propiciar la reclamación.

b.9 Tipo de ejercicio del acto reclamado.

Se registró si el ejercicio del acto médico que motivó el expediente objeto de estudio se realizó en los ámbitos:

- **Público** : Dentro de este grupo se incluyeron los centros públicos “puros“ que serían los pertenecientes al Instituto Catalán de la Salut (ICS).
- **Privado** : Referido a actividad laboral individual e independiente
- **No registrado**

b.10 Tipo de medicina del acto reclamado.

Se registró si el tipo de medicina del acto médico que motivó el expediente objeto de estudio fue:

- **Medicina satisfactiva**, entendida como aquella que engloba los actos médicos en los que el profesional tiene una obligación de resultados y no de medios.
- **No medicina satisfactiva (curativa).**

b.11 Existencia del documento de consentimiento informado (DCI)

Se registró si previamente a la realización del acto médico que motivó el expediente objeto de estudio se había informado al paciente y registrado dicha acción mediante la firma del DCI.

c) Variables relacionadas con el demandante / perjudicado/a en los procedimientos objeto de estudio:

Destacar que, en éste apartado, se debe diferenciar entre la persona demandante y la perjudicada, debido a que en muchos de los casos, la persona que ejecuta la reclamación no coincide con la persona perjudicada en cuanto a la aparición del daño (como por ejemplo en aquellos expedientes en los cuales el perjudicado era un menor de edad o bien en aquellos casos de reclamación por muerte). Por todo ello, los resultados de las variables se han obtenido a partir de los datos del perjudicado directamente, y no de quien interpuso la reclamación.

c.1. Edad del/de la perjudicado/a en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Se registró la **edad**, en años, **de los perjudicados/as** implicados en cada uno de los procedimientos objeto de estudio en el momento de llevarse a cabo el acto médico que motivó el procedimiento objeto de estudio. En algunos casos se pudo obtener dicha información mediante la consulta directa de la edad en el expediente y en otros se infirió a partir del conocimiento de la fecha de nacimiento del perjudicado/a y la fecha del acto médico objeto de estudio.

c.2 Sexo del/de la perjudicado/a en los procedimientos objeto de estudio.

Se registró el **sexo de los/as perjudicados/as** implicados en cada uno de los procedimientos **objeto de estudio**.

c.3 Tipo de problema/patología padecida por el perjudicado en el momento del acto médico/quirúrgico que motivó la realización del acto que propició la reclamación.

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información, se registró qué tipo de problema o patología padecía el perjudicado en el momento del acto médico/quirúrgico que motivó la realización del acto que propició la reclamación.

Para dicha variable pues, se registraron las siguientes posibilidades, las cuales fueron clasificadas según el grupo general de patología a la que pertenecían, distinguiéndose ocho grupos:

ESTÉTICO FACIAL	BUCODENTAL	ONCOLÓGICO/ TUMORAL ÁREA CABEZA Y CUELLO	FUNCIONAL	ÁLGICO	TRAUMÁTICO	INFECCIOSO	OTROS
DEFECTO ESTÉTICO FACIAL (EXCEPTUANDO NARIZ)	RESTO RADICULAR	QUISTE FACIAL	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL (TABIQUE DESVIADO, ETC)	DOLOR CRÓNICO TERRITORIO CRÁNEO-FACIAL (A EXCEPCIÓN DE ATM)	HERIDA CRANEO-FACIAL PARTES BLANDAS	ABSCESO O CELULITIS ÁREA CABEZA Y CUELLO	HEMORRAGIA DIGESTIVA
DEFORMIDAD NASAL	CORDALES	CARCINOMA ESCAMOSO ÁREA CABEZA Y CUELLO (CC)	DEFORMIDAD DENTOFACIAL	DOLOR +/- IMPOTENCIA ATM	TRAUMA NASAL AISLADO	SINUSITIS CRÓNICA	TUMOR PULMONAR
LÉNTIGO	CANINO INCLUIDO	CARCINOMA BASOCELULAR CC	(DDF)		TRAUMA CRANEO-FACIAL (A EXCEPCIÓN DE NASAL Y MANDIBULAR AISLADO)	SUB-MAXILITIS	
	PIEZA/S DENTAL/ES EN MAL ESTADO	QUERATO-ACANTOMA FACIAL	ANQUILOGLOSIA		FRACTURA MANDIBULAR AISLADA		
	AUSENCIA DE PIEZA/S DENTAL/ES	ANGIOMA FACIAL	BRUXISMO				
	QUISTE MANDIBULAR	ADENOMA PLEOMORFO PAROTIDA	TRISMUS				
		PARAGANGLIOMA DE CARÓTIDA					
		LIPOMA PARAFARÍNGEO					
		CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO PARÓTIDA					

Tabla 9. Tipo de problema/patología padecida por el perjudicado en el momento del acto médico/quirúrgico que motivó la realización del acto que propició la reclamación

d) Variables en relación a los distintos profesionales médicos implicados en los procedimientos objeto de estudio:

d.1 Edad del profesional médico principal implicado en el procedimiento objeto de estudio.

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la fecha en la que se llevó a cabo el acto médico denunciado, y además se disponía de la fecha de nacimiento del profesional médico denunciado, se calculó la **edad**, en años, de ese **profesional** en el momento de llevarse a cabo el acto médico objeto del procedimiento.

d.2 Sexo del profesional médico principal implicado en el procedimiento objeto de estudio.

Se registró el **sexo del profesional médico principal** implicado en cada uno de los procedimientos **objeto de estudio**.

d.3 Especialidad del profesional implicado

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la especialidad médica (registrada en las bases de datos del COMB) del profesional implicado, se registró la especialidad de ese **profesional** en el momento de llevarse a cabo el acto médico objeto del procedimiento.

d.4 Tiempo transcurrido desde el momento de la obtención de la licenciatura del profesional médico principal implicado en el procedimiento objeto de estudio y el acto médico objeto del procedimiento.

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la fecha de obtención de la licenciatura en Medicina y además se disponía de la información relativa a la fecha en la que se produjo el acto médico objeto del procedimiento, se calculó el **tiempo** transcurrido, en años, desde el momento de la obtención de dicha licenciatura y el acto médico objeto del procedimiento.

d.5 Reincidencia del profesional médico principal implicado en el procedimiento objeto de estudio.

Se registró si el profesional médico principal implicado en cada procedimiento obje-

to de estudio era reincidente en los procedimientos sucesivos analizados, existiendo las siguientes opciones para la variable “reincidencia del profesional”:

- a) **si**
- b) **no**

De este modo, se registró en cuántos de los expedientes analizados el profesional médico principal era reincidente y en cuántos no lo era.

d.6 Número de profesionales médicos implicados en cada uno de los procedimientos objeto de estudio.

Se registró el **número de profesionales médicos implicados** en cada procedimiento. Atendiendo a los criterios de inclusión en la muestra, para que exista un caso debe existir como mínimo un profesional médico implicado por lo que el número mínimo de profesionales implicados de cada caso es de 1. Sin embargo, existen procedimientos en los que se encuentran implicados diversos profesionales médicos.

2.4. ASPECTOS MÉDICOS Y ÉTICO-LEGALES

El presente estudio se ha realizado con el más riguroso respeto a los aspectos éticos y médico-legales en investigación y con las autorizaciones requeridas, del CCMC y del IMLC.

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 protección de datos.

Los resultados expuestos no permiten de ningún modo la identificación de ningún paciente ni facultativo implicado en los casos de la muestra estudiada.

La totalidad del presente estudio se ha realizado sobre registros de datos 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.

2.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En una primera fase se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables registradas y se estudiaron, mediante medidas de frecuencia, la distribución de los casos en las diferentes variables.

Posteriormente, en una segunda fase, se estudiaron las posibles asociaciones con la variable principal (existencia de responsabilidad profesional médica).

Para llevar a cabo el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS. (IBM® SPSS® Statistics 12.0).

En el análisis de asociación entre variables se utilizó la tabulación cruzada por la que se obtienen tablas de contingencia para representar los valores de las frecuencias cruzadas de dos variables. Así, en relación con las hipótesis a contrastar, se llevó a cabo el cruce mediante crosstabs del SPSS de la variable “existencia o no de responsabilidad profesional médica” (por condena o acuerdo extrajudicial) y las variables edad del profesional implicado, sexo del profesional implicado, especialidad del profesional implicado, años transcurridos desde la licenciatura médica hasta la realización del acto motivo de reclamación, edad del perjudicado/a, sexo del perjudicado/a, patología presentada por el perjudicado/a en le momento de la realización del acto motivo de reclamación, tipo de acto médico-quirúrgico, urgencia del acto quirúrgico, tipo de ejercicio del acto reclamado, secuelas o daños provocados por el acto motivo de reclamación, ámbito de realización del acto motivo de reclamación, existencia o no de documento de consentimiento informado y tipo de medicina del acto motivo de reclamación.

Para el contraste de hipótesis de asociación entre variables se utilizó el test de la Chi cuadrado de Pearson y el nivel de significación estadística se situó en el 0,05.

2.6. RESULTADOS

En el siguiente apartado, se realiza un análisis descriptivo pormenorizado de los resultados en el estudio de las diferentes variables.

Se realizará en primer lugar un análisis del resultado en comparación de forma global con las otras especialidades y posteriormente se analizarán los datos organizándolos en cuatro grupos principales, siendo éstos los resultados relativos:

- a la reclamación objeto de estudio
- al acto médico o quirúrgico que propició la reclamación.
- a la persona demandante/perjudicada
- al profesional que ejecutó el acto médico/quirúrgico que propició la reclamación.

1	VARIABLES RELACIONADAS CON LA RECLAMACIÓN PROPIAMENTE DICHA
2	VARIABLES RELACIONADAS CON EL ACTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO QUE MOTIVÓ LA RECLAMACIÓN
3	VARIABLES RELACIONADAS CON EL DEMANDANTE / PERJUDICADO/A EN LOS PROCEDIMIENTOS OBJETO DE ESTUDIO
4	VARIABLES EN RELACIÓN A LOS DISTINTOS PROFESIONALES MÉDICOS IMPLICADOS EN LOS PROCEDIMIENTOS OBJETO DE ESTUDIO

Así pues, se expondrán los resultados relativos a la muestra compuesta por aquellos procedimientos que tengan como motivo del origen del procedimiento un acto médico/quirúrgico del ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial.

2.6.1. Resultados globales, comparativa con otras especialidades y evolución en el tiempo.

a) *Resultados globales y comparativa con el resto de especialidades:*

Como ya se ha comentado en apartados anteriores, de las 7.909 reclamaciones registradas en el SRP del COMB entre 1990 y 2014, 315 se relacionaron directamente con algún procedimiento o complicación médico-quirúrgica correspondiente al ámbito de acción de la Cirugía Oral y Maxilofacial.

Así pues, una vez revisada la base de datos, se muestra la frecuencia de reclamaciones en las diferentes especialidades, donde se puede observar que la Cirugía Oral y Maxilofacial es una especialidad con un número relativamente elevado de reclamaciones, situándose entre las primeras 10 especialidades con mayor número de casos reclamados con 485 expedientes (356 puramente de la especialidad si restamos los 129 que se depuraron por ser puramente odontológicos). Aún así, existe gran diferencia con las especialidades más reclamadas (Traumatología y Ginecología y Obstetricia).

Para la concreción de los datos y su mejor estudio, en este análisis se han contemplado aquellas especialidades con más de 50 reclamaciones.

Debemos remarcar también que en estas 356 reclamaciones, se engloban y coinciden reclamaciones también contadas dentro de los grupos de la Cirugía Plástica y la Otorrinolaringología debido al solapamiento anatómico-quirúrgico que existe entre las tres especialidades.

ESPECIALIDAD DEL ACTO MÉDICO	CASOS
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	1.325
OBSTETRICÍA Y GINECOLOGÍA	1.078
CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA	696
CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	606
OFTALMOLOGÍA	501
MEDICINA GENERAL	410
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	249
NEUROCIRUGÍA	195
UROLOGÍA	193
MEDICINA INTERNA	169
OTORRINOLARINGOLOGÍA (O.R.L.)	145
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	135
PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS	131
CARDIOLOGÍA	115
PSIQUIATRÍA	112
APARATO DIGESTIVO	97
ANGIOLOGÍA I CIRUGÍA VASCULAR	95
DERMATOLOGÍA MEDICOQUIRÚRGICA I VENEREOLÓGIA	91

ESPECIALIDAD DEL ACTO MÉDICO	CASOS
ONCOLOGÍA MÉDICA	91
NEUROLOGÍA	81
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	78
RADIODIAGNÓSTICO	63

Tabla 10. Número de reclamaciones por especialidades entre los años 1990 y 2014. Se han incluido las especialidades con más de 50 reclamaciones y se han excluido aquellas con menos de 50.

b) Distribución temporal (año) del procedimiento/reclamación objeto de estudio.

Distribución de casos de reclamaciones en Cirugía Oral y Maxilofacial en el periodo comprendido entre 1990 y 2014, atendiendo a los distintos años.

En el periodo de tiempo comprendido entre los años 1990 y 2014, se registraron un total de 315 reclamaciones bajo el epígrafe de “ ámbito de acción de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial”, con la siguiente distribución según los distintos años:

		1993	9 (2,86%)	1999	8 (2,54%)	2005	17 (5,4%)	2011	10 (3,17%)
		1994	11 (3,49%)	2000	7 (2,22%)	2006	10 (3,17%)	2012	15 (4,76%)
		1995	7 (2,22%)	2001	12 (3,81%)	2007	17 (5,4%)	2013	19 (6,03%)
1990	6 (1,90%)	1996	12 (3,81%)	2002	7 (2,22%)	2008	21 (6,67%)	2014	14 (4,44%)
1991	13 (4,13%)	1997	15 (4,76%)	2003	13 (4,13%)	2009	27 (8,57%)		
1992	11 (3,49%)	1998	13 (4,13%)	2004	8 (2,54%)	2010	13 (4,13%)	TOTAL	315 (100%)

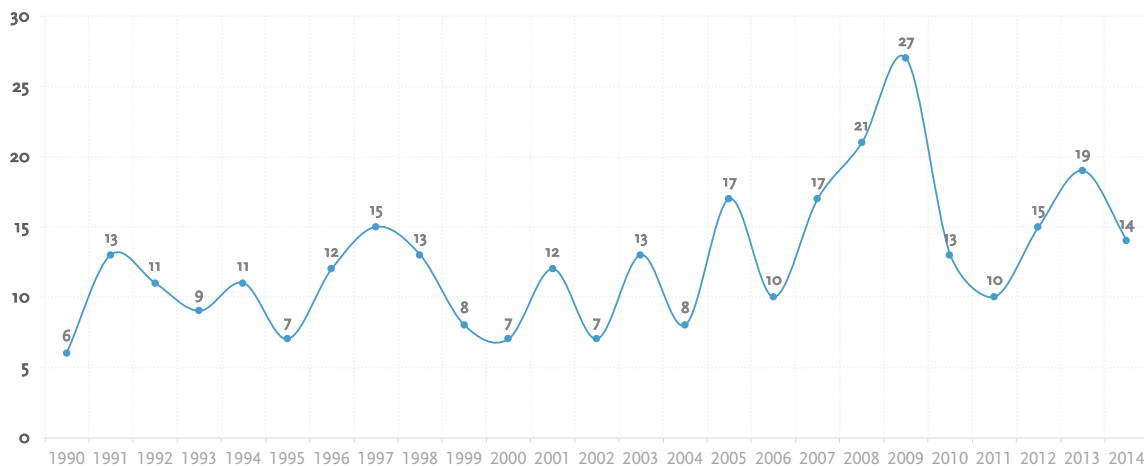


Figura 3. Número de reclamaciones/año desde el año 1990 hasta el año 2014, ambos incluidos.

El cálculo correspondiente a las 315 reclamaciones reflejó un promedio total de 12,6 reclamaciones/año, con un número mínimo de reclamaciones de 6 por año y un máximo de 27 reclamaciones por año, con una desviación estándar de 4,93.

Además, y tal como se muestra en la figura que describe la evolución en el tiempo del número de reclamaciones/año (Figura 3), se objetiva un incremento de las mismas a partir del año 2004, siendo el promedio de reclamaciones/año desde el año 1990 al 2004 de 10,13, mientras que el promedio desde el año 2005 al 2014 fue de 16,3.

Destacar que en este trabajo, a la hora de establecer la frecuencia de reclamaciones en la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, como ya se detalló en el apartado “Definición de la muestra de estudio”, se utilizó el ítem de “especialidad médica del acto médico objeto de la apertura del expediente”, así como el de “acto médico objeto de la apertura del expediente” de la propia base de datos, para poder abarcar así procedimientos dentro del ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial que no estuvieran clasificados como tales y que comparte con otras especialidades (ej. rinoplastia estética, clasificada dentro de la especialidad de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, pero que forma parte también del ámbito de actuación de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial).

Este hecho aumenta la frecuencia encontrada de reclamaciones en el ámbito de acción de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, pero aún así, un hallazgo relevante ha sido observar que la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial no supone una especialidad con elevado riesgo si se compara con otras especialidades quirúrgicas como la Ginecología o Traumatología, que son con diferencia las especialidades más reclamadas.

2.6.2. Resultados relativos a las variables de estudio. Resultados del estudio descriptivo de la muestra

a) Resultados relativos a la reclamación objeto de estudio

- a.1) Motivo que generó la reclamación.
- a.2) Tipo de expediente.
- a.3) Si era expediente judicial, vía de reclamación.
- a.4) Tipo de perjuicio que se reclamó y aspecto legal presuntamente vulnerado.
- a.5) Resultados del procedimiento, resolución.
- a.6) Tiempo transcurrido desde el acto medico hasta la reclamación.
- a.7) Tiempo transcurrido desde la presentación de la reclamación hasta la resolución.
- a.8) Cuantía de la indemnización (si ésta existiera).
- a.9) Si se concurrió en responsabilidad médica.
- a.10) Si existió defecto de praxis o criterios jurídicos.

a.1) Motivo que ha generado el procedimiento objeto de estudio

Distribución de los motivos, para la totalidad de los casos de la muestra:

PRÁCTICA MÉDICA/QUIRÚRGICA	205	65,1 %
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS /DAÑOS REVERSIBLES	42	13,33 %
DIAGNÓSTICO	22	6,98 %
SECUELAS	19	6,03 %
DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN	12	3,81 %
SEGUIMIENTO	7	2,22 %
RETRASO ASISTENCIAL	4	1,27 %
FALTA DE MEDIOS	1	0,32 %
HEPATITIS	1	0,32 %
DENEGACIÓN DE AUXILIO	1	0,32 %
FALSEDAD DE DOCUMENTO PÚBLICO	1	0,32 %
TOTAL	315	100 %

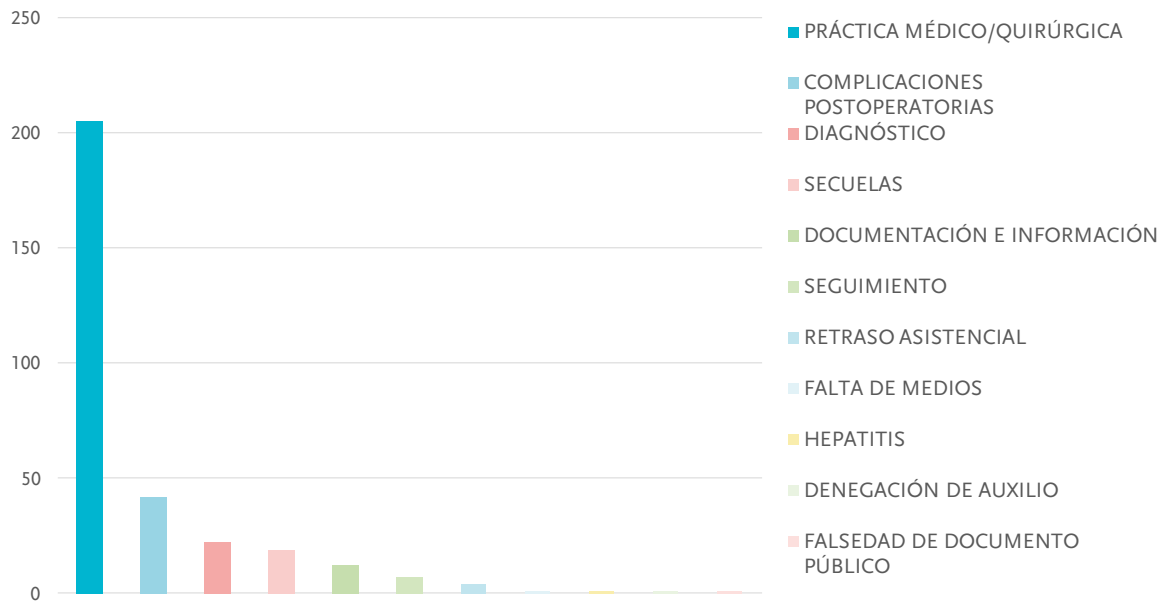


Figura 4. Distribución de los motivos, para la totalidad de los casos de la muestra que han motivado el procedimiento objeto de estudio

a.2) Tipo de expediente

Distribución del tipo de expediente , para la totalidad de los casos de la muestra:

EXPEDIENTE JUDICIAL	172	54,60 %
EXPEDIENTE EXTRAJUDICIAL	143	45,40 %
TOTAL	315	100 %

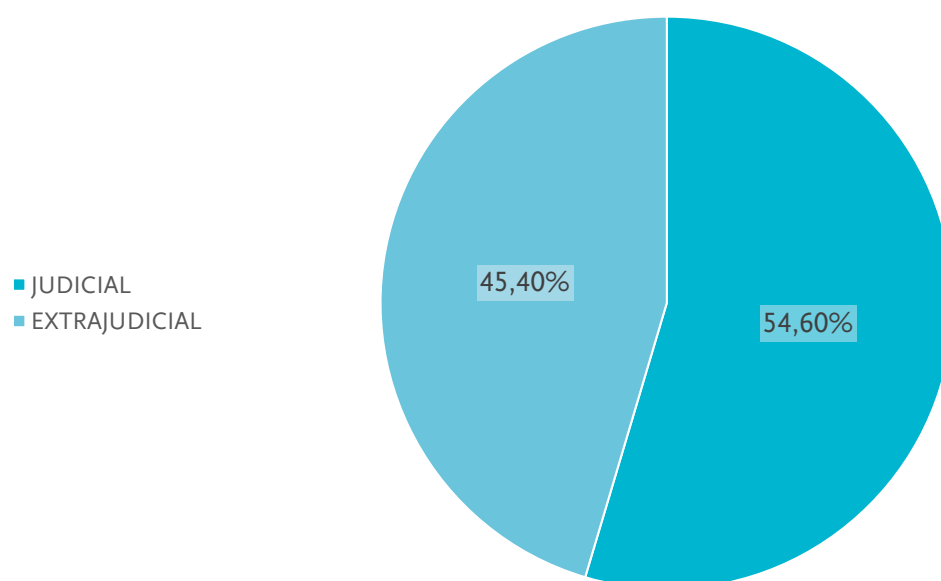


Figura 5. Distribución del tipo de expediente , para la totalidad de los casos de la muestra

a.3) Vía de reclamación.

Distribución de la vía de reclamación, para :

a.3.1) La totalidad de los casos de la muestra

VÍA DE RECLAMACIÓN CIVIL	108	34,29 %
VÍA DE RECLAMACIÓN PENAL	64	20,32 %
EXPEDIENTES EXTRAJUDICIALES	143	45,40 %
TOTAL	315	100 %

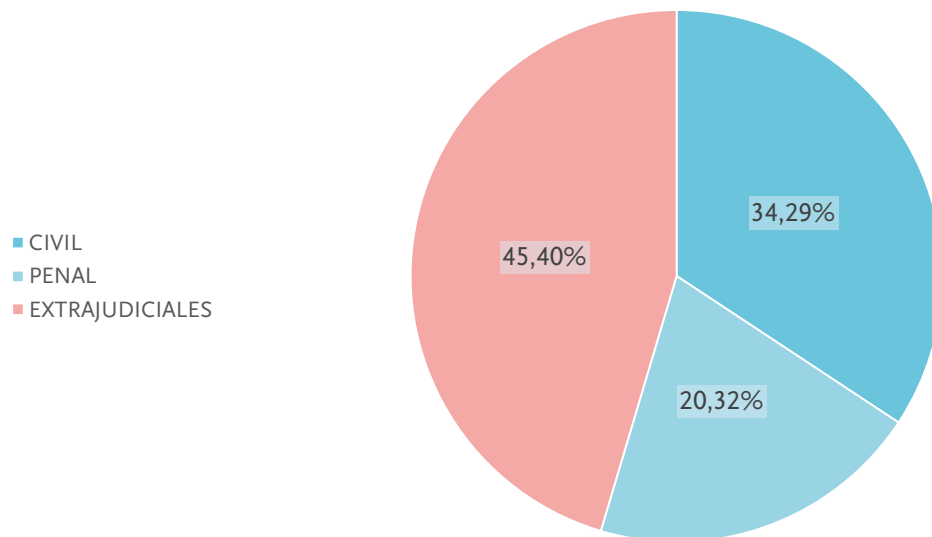


Figura 6. Distribución de la vía de reclamación para la totalidad de los casos de la muestra

a.3.2) La submuestra para la cual el tipo de expediente fue “judicial”.

VÍA DE RECLAMACIÓN CIVIL	108	62,79 %
VÍA DE RECLAMACIÓN PENAL	64	37,21 %
TOTAL	172	100 %

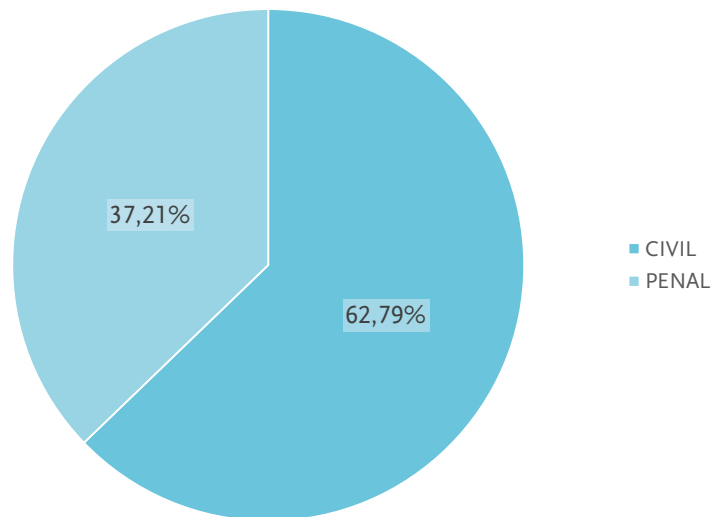


Figura 7. Distribución de la vía de reclamación para la submuestra para la cual el tipo de expediente fue "judicial".

a.4) Tipo de perjuicio que se reclamó y aspecto legal presuntamente vulnerado

Distribución de los tipos de perjuicios, para la totalidad de los casos de la submuestra "expediente judicial vía penal":

DELITO DE LESIONES POR IMPRUDENCIA PROFESIONAL GRAVE	50	78,13 %
NO REGISTRADO	7	10,94 %
DELITO DE HOMICIDIO POR IMPRUDENCIA PROFESIONAL GRAVE	6	9,38 %
DELITO DE FALSEDAD EN DOCUMENTO	1	1,56 %
TOTAL RECLAMACIONES PENALES	64	100 %

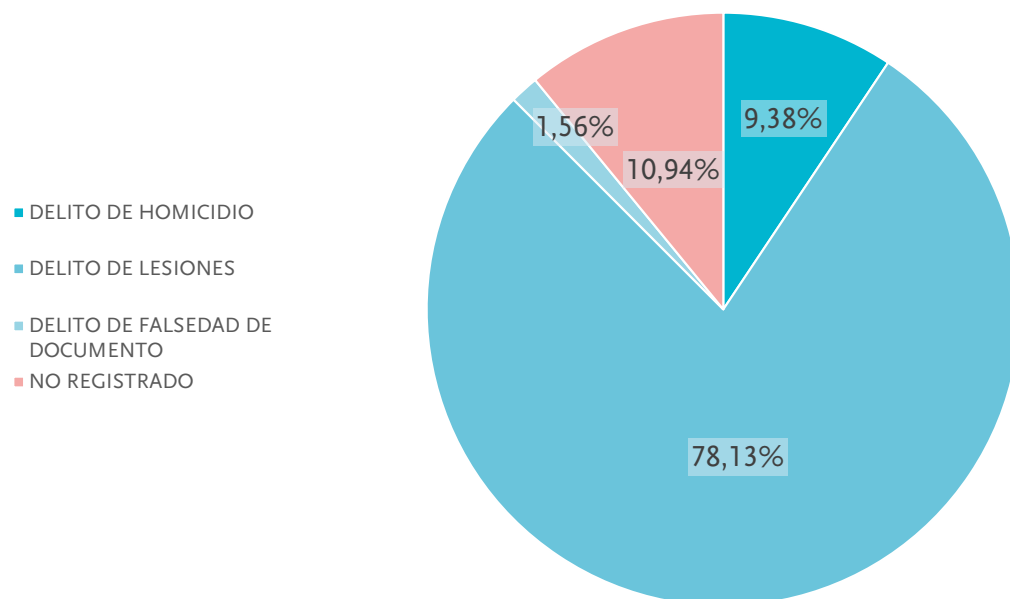


Figura 8. Distribución de los tipos de perjuicios, para la totalidad de los casos de la submuestra "expediente judicial vía penal"

a.5) Resultados del procedimiento, resolución.

a.5.1) Distribución de los resultados del procedimiento (resolución), para la totalidad de los casos de la muestra:

DESESTIMACIÓN DEL COMB	96	30,48 %
ACUERDO EXTRAJUDICIAL	67	21,3 %
SOBRESEIMIENTO/ARCHIVO	52	16,5 %
ABSOLUCIÓN	44	13,97 %
CONDENA	34	10,79 %
NO DCI/NO COBERTURA	6	1,90 %
CASO AÚN ABIERTO / PENDIENTE DE JUICIO	6	1,90 %
NO REGISTRADO	4	1,27 %
ACTO CONCILIACIÓN SIN INDEMNIZACIÓN	4	1,27 %
ACTO CONCILIACIÓN CON INDEMNIZACIÓN	2	0,63 %
TOTAL	315	100 %

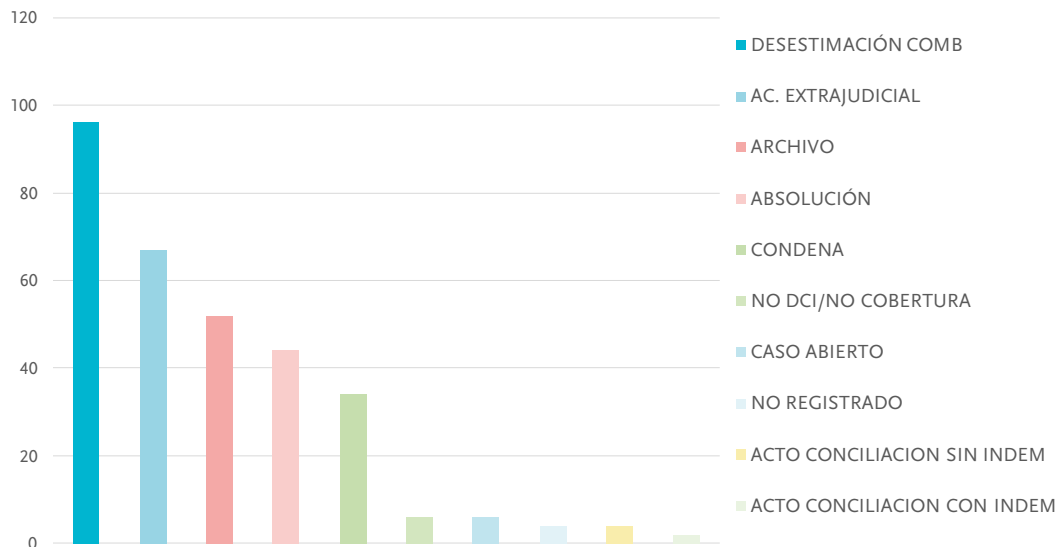


Figura 9. Distribución de los resultados del procedimiento (en %) para la totalidad de los casos de la muestra.

a.5.2) Distribución de los resultados del procedimiento (resolución), para la totalidad de los casos de la submuestra “expedientes JUDICIALES”:

De los 315 expedientes que componen la muestra, 172 fueron expedientes que se tramitaron por la vía judicial, de los cuales 108 fueron civiles y 64 penales.

EXPEDIENTES JUDICIALES		
SOBRESEIMIENTO/ARCHIVO	52	30,23 %
ABSOLUCIÓN	44	25,6 %
CONDENA	34	19,77 %

ACUERDO EXTRAJUDICIAL	25	14,53 %
CASO AÚN ABIERTO / PENDIENTE DE JUICIO	6	3,5 %
NO REGISTRADO	4	2,32 %
ACTO CONCILIACIÓN SIN INDEMNIZACIÓN	4	2,32 %
ACTO CONCILIACIÓN CON INDEMNIZACIÓN	2	1,16 %
NO DCI/NO COBERTURA	1	0,58 %
TOTAL	172	100 %

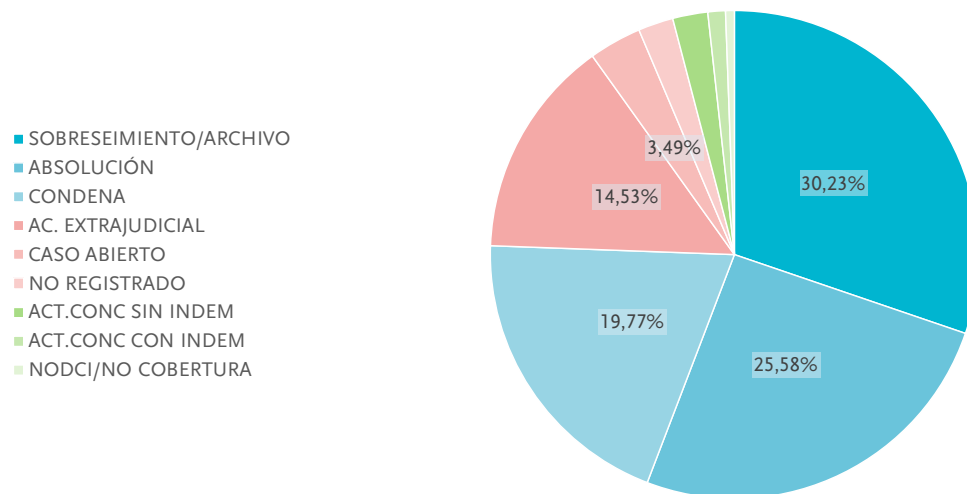


Figura 10. Distribución de los resultados del procedimiento (en %) para la totalidad de los casos/expedientes judiciales.

a.5.3) Distribución de los resultados del procedimiento (resolución) , para la totalidad de los casos de la submuestra **“expedientes judiciales CIVILES”**:

De los 315 expedientes que componen la muestra, 172 fueron expedientes que se tramitaron por la vía judicial, de los cuales 108 fueron civiles y 64 penales.

EXPEDIENTES JUDICIALES CIVILES		
CONDENA	33	30,56 %
ABSOLUCIÓN	31	28,70 %
ACUERDO EXTRAJUDICIAL	20	18,52 %
SOBRESEIMIENTO/ARCHIVO	12	11,11 %
ACTO CONCILIACIÓN SIN INDEMNIZACIÓN	4	3,70 %
CASO AÚN ABIERTO / PENDIENTE DE JUICIO	4	3,70 %
ACTO CONCILIACIÓN CON INDEMNIZACIÓN	2	1,85 %
NO REGISTRADO	2	1,85 %
TOTAL	108	100 %

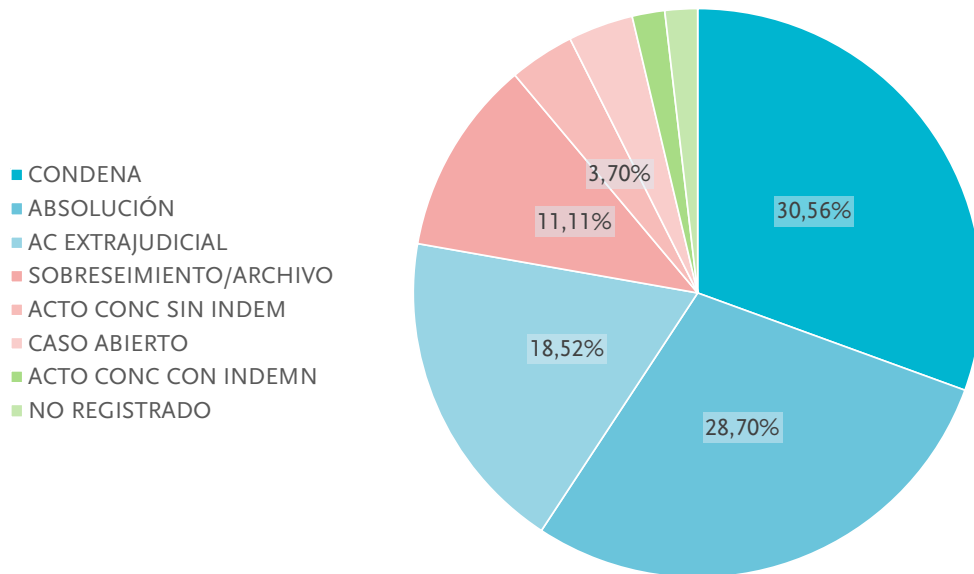


Figura 11. Distribución de los resultados del procedimiento (en %) para la totalidad de los expedientes judiciales civiles.

a.5.4) Distribución de los resultados del procedimiento (resolución) , para la totalidad de los casos de la submuestra “expedientes judiciales PENALES”:

De los 315 expedientes que componen la muestra, 172 fueron expedientes que se tramitaron por la vía judicial, de los cuales 108 fueron civiles y 64 penales.

EXPEDIENTES JUDICIALES PENALES		
SOBRESEIMIENTO/ARCHIVO	40	62,5 %
ABSOLUCIÓN	13	20,31 %
ACUERDO EXTRAJUDICIAL	5	7,81 %
NO REGISTRADO	2	3,12 %
CASO AÚN ABIERTO / PENDIENTE DE JUICIO	2	3,12 %
CONDENA	1	1,56 %
NO DCI/NO COBERTURA	1	1,56 %
TOTAL	64	100 %

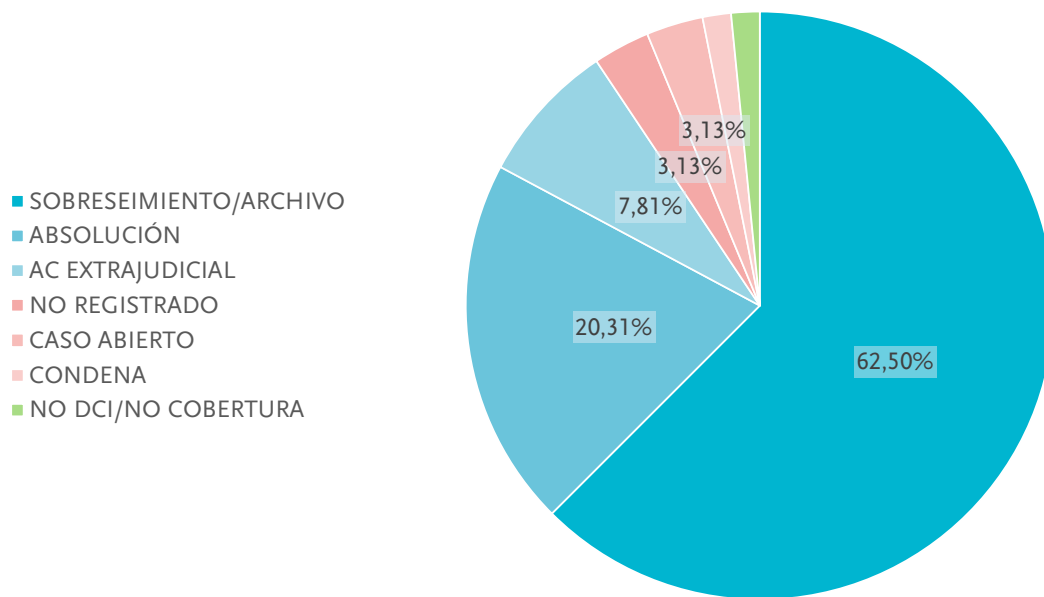


Figura 12. Distribución de los resultados del procedimiento (en %) para la totalidad de los expedientes judiciales penales.

a.5.5) Distribución de los resultados del procedimiento (resolución) , para la totalidad de los casos de la submuestra “**expedientes EXTRAJUDICIALES**”:

De los 315 expedientes que componen la muestra, 172 fueron expedientes que se tramitaron por la vía judicial y 143 por vía extrajudicial.

EXPEDIENTES EXTRAJUDICIALES		
DESESTIMAMIENTO POR EL COMB (EXPEDIENTE DE DEFENSA, ESCRITO DE RESOLUCIÓN O NO)	96	67,13 %
ACUERDO EXTRAJUDICIAL	42	29,37 %
NO DCI/NO COBERTURA	5	3,50 %
TOTAL	143	100 %

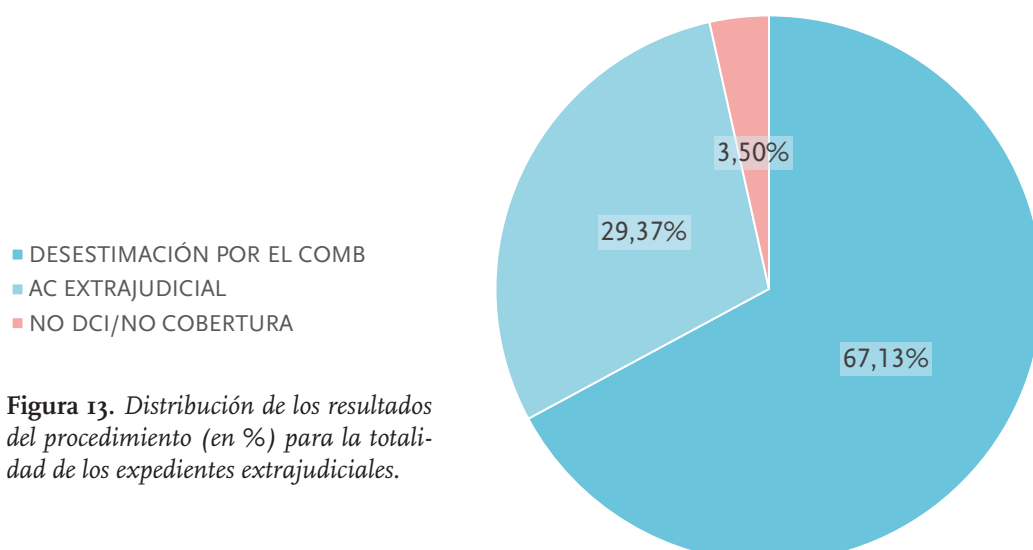


Figura 13. Distribución de los resultados del procedimiento (en %) para la totalidad de los expedientes extrajudiciales.

a.6) Tiempo transcurrido desde el acto médico hasta la resolución

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la fecha de la resolución del mismo y además se disponía de la información relativa a la fecha en la que tuvo lugar el acto médico objeto del procedimiento, se calculó el tiempo transcurrido, en meses, desde el momento del acto médico objeto del procedimiento hasta la resolución de dicho procedimiento.

Así pues, de los 315 expedientes que conforman la muestra de este estudio, en 82 de los mismos no pudo calcularse dicho tiempo debido a la falta, o bien de la fecha de la resolución del expediente o bien de la fecha en la que tuvo lugar el acto médico objeto del procedimiento. En los 233 restantes sí pudo obtenerse este dato.

a.6.1) Distribución del tiempo transcurrido desde el acto médico hasta la resolución, para la totalidad de los casos de la muestra:

Como ya se ha comentado, en 233 de los 315 casos fue registrada la fecha de resolución del expediente así como la fecha del acto médico motivo del procedimiento, lo que permitió inferir el tiempo transcurrido desde el acto médico objeto del procedimiento hasta el momento de la resolución. El tiempo medio transcurrido, en meses, en estos 233 casos fue de 47,41 meses (3,95 años), con una desviación estándar de 34,22 meses (2,85 años), un valor máximo de 192 meses (16 años) y un valor mínimo de 2 meses.

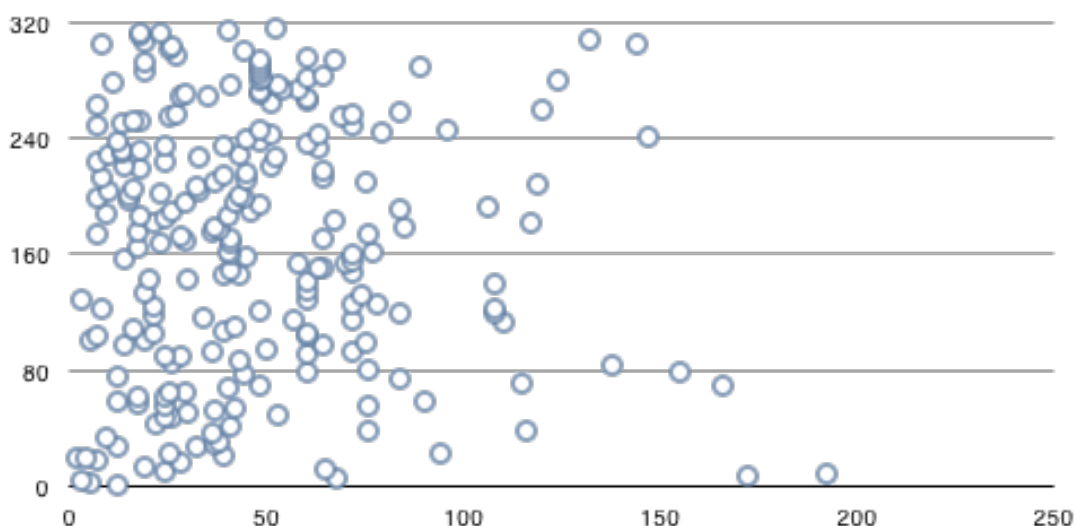


Figura 14. Distribución del tiempo transcurrido desde el acto médico hasta la resolución, para la totalidad de la muestra objeto de estudio (en meses). El número del caso está situado en el eje de ordenadas y los meses transcurridos en el eje de abscisas.

a.6.2) Distribución del tiempo transcurrido desde el acto médico hasta la resolución, para la totalidad de los casos de las submuestras “**reclamación extrajudicial, reclamación vía civil, reclamación vía penal**”:

	PROMEDIO DE MESES TRANSCURRIDOS	PROMEDIO DE AÑOS TRANSCURRIDOS
EXTRAJUDICIAL	36,84 MESES	3,1 AÑOS
JUDICIAL PENAL	44,22 MESES	3,68 AÑOS
JUDICIAL CIVIL	58,13 MESES	4,84 AÑOS

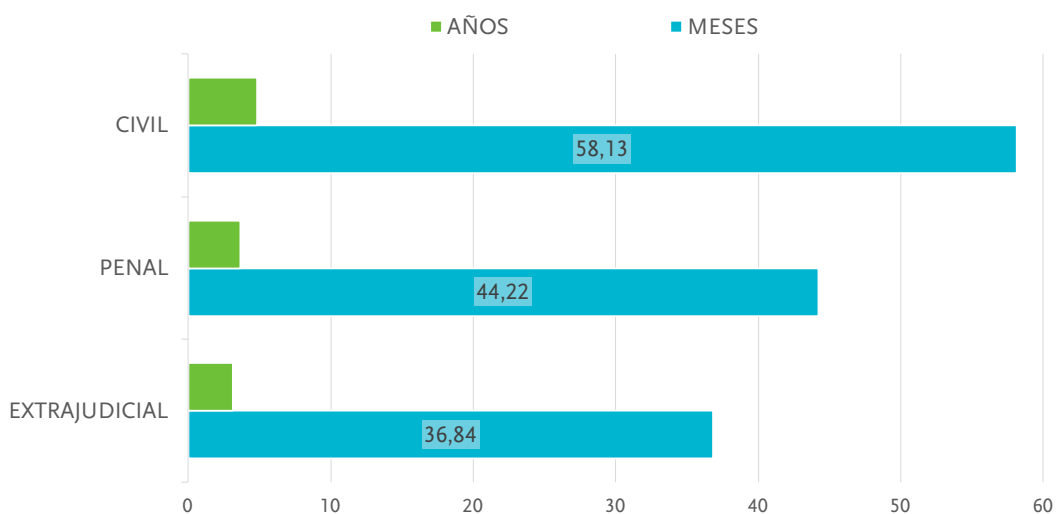


Figura 15. Distribución del tiempo transcurrido en meses y años desde el acto médico hasta la resolución, para la totalidad de los casos extrajudiciales, judiciales civiles y penales.

a.7) Tiempo transcurrido desde la presentación de la reclamación hasta la resolución

En los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la fecha de apertura del mismo en el colegio de médicos y además se disponía de la información relativa a la fecha en la que tuvo lugar la resolución del procedimiento, se calculó el tiempo transcurrido, en meses, desde el momento de la apertura del expediente de dicho procedimiento hasta la fecha de su resolución.

Así pues, de los 315 expedientes que conforman la muestra de este estudio, en 82 de los mismos no pudo calcularse dicho tiempo debido a la falta de la fecha de la resolución del expediente. En los 233 restantes sí pudo obtenerse este dato.

a.7.1) Distribución del tiempo transcurrido desde la presentación de la reclamación hasta la resolución, para la **totalidad de los casos de la muestra**:

Como ya se ha comentado, en 233 de los 315 casos fue registrada la fecha de re-

solución del expediente así como la fecha de apertura del expediente motivo del procedimiento, lo que permitió inferir el tiempo transcurrido desde la apertura del expediente (presentación de la reclamación) hasta el momento de la resolución. El tiempo medio transcurrido, en meses, en estos 233 casos fue de 21,45 meses (1,79 años), con una desviación estándar de 22,74 meses (1,89 años), un valor máximo de 160 meses (13,33 años) y un valor mínimo de 1 mes.

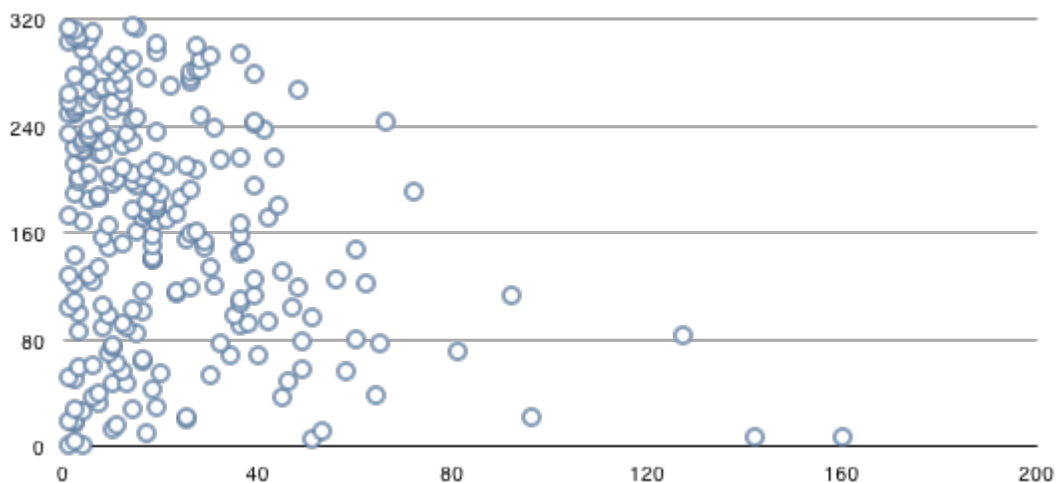


Figura 16. Distribución del tiempo transcurrido desde la apertura del expediente hasta la resolución, para la totalidad de la muestra objeto de estudio (en meses). El número del caso está situado en el eje de ordenadas y los meses transcurridos en el eje de abscisas.

a.7.2) Distribución del tiempo transcurrido desde la presentación de la reclamación hasta la resolución, para la totalidad de los casos de las submuestras “reclamación extrajudicial, reclamación vía civil, reclamación vía penal”:

	PROMEDIO DE MESES TRANSCURRIDOS	PROMEDIO DE AÑOS TRANSCURRIDOS
JUDICIAL CIVIL	28,16 meses	2,35 años
JUDICIAL PENAL	26,83 meses	2,23 años
EXTRAJUDICIAL	9,85 meses	0,82 años

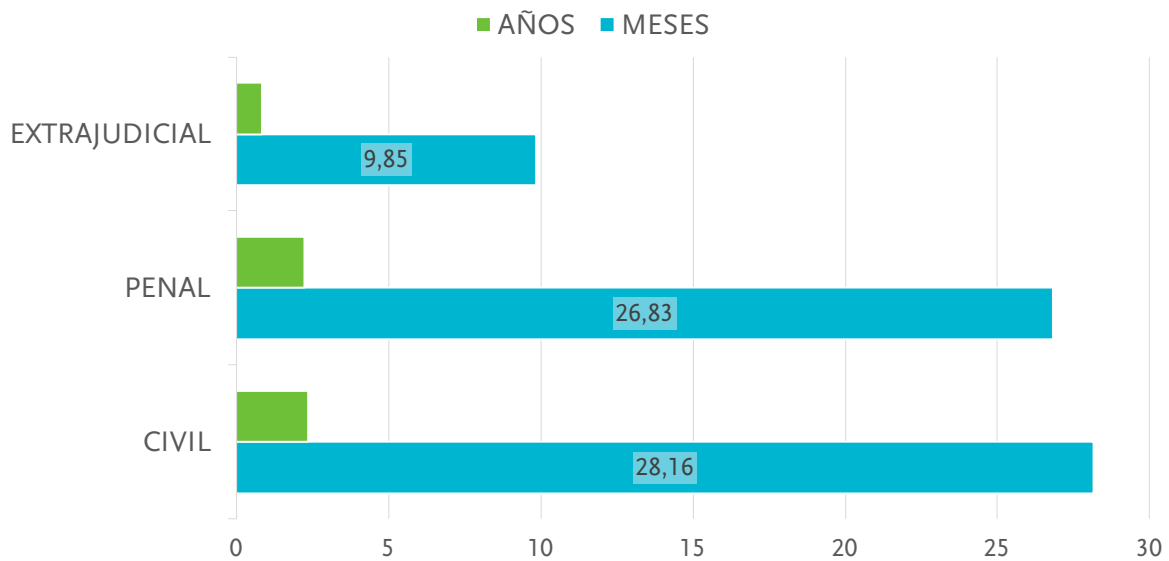


Figura 17. Distribución del tiempo transcurrido en meses y años desde la presentación de la reclamación hasta la resolución del expediente, para la totalidad de los casos judiciales y extrajudiciales.

a.8) Cuantía de la indemnización

De los 315 expedientes que conforman la muestra de este estudio, en 12 de los mismos no pudo registrarse dicho valor debido a la falta de información en el expediente. En los 303 restantes sí pudo saberse si se procedió a indemnización económica o no (y su cuantía).

Los motivos por los que en 12 expedientes no pudo obtenerse este dato fueron:

- 2 expedientes judiciales penales en los que no constaba la resolución.
- 2 expedientes judiciales civiles en los que no constaba la resolución.
- 2 expedientes judiciales civiles con acuerdo extrajudicial pero sin figurar el quantum.
- 6 expedientes aún abiertos y pendientes de juicio.

Destacar que, dentro de las posibilidades en base a las cuales se registró el resultado final del procedimiento, se otorgó el valor de 0 euros en aquellos casos en los que para la aseguradora o médico en cuestión no supuso un gasto o desembolso económico, como por ejemplo los resultados de sobreseimiento o archivo del caso, absolución de la parte demandada, desestimación por el COMB y no progresión, acto de conciliación sin indemnización o la no existencia de DCI (por lo que no existía cobertura de responsabilidad civil).

Así pues, la indemnización económica media (en euros) en los 100 casos que finalmente fueron indemnizados fue de 19.639,58 euros, con un importe máximo de 144.500 euros y un mínimo de 1.020 euros.

a.8.1) Distribución de los resultados de la cuantía de la indemnización, para la totalidad de los casos de la muestra:

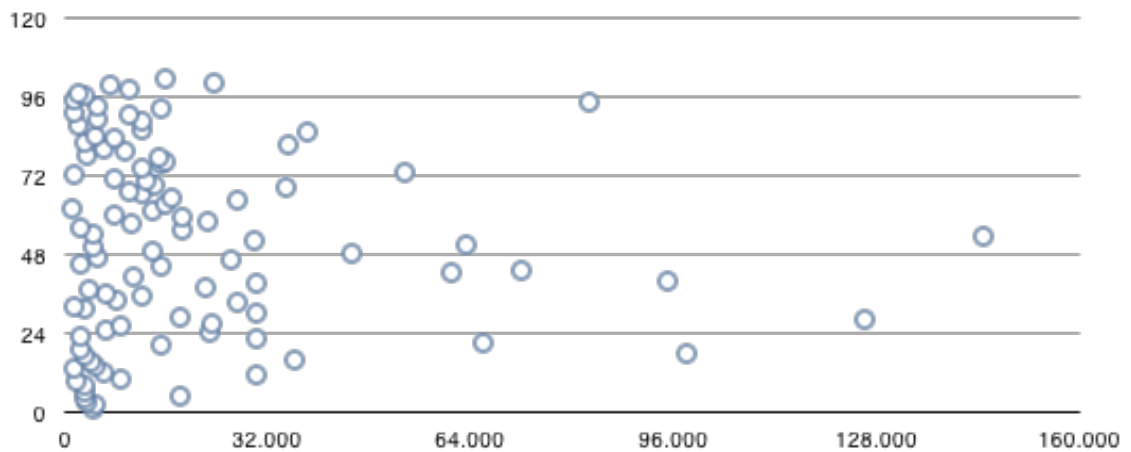


Figura 18. Distribución de las indemnizaciones económicas para la totalidad de la muestra indemnizada objeto de estudio (en euros). El número del caso está situado en el eje de ordenadas y las indemnizaciones en el eje de abscisas.

a.8.2) Distribución de los resultados de la cuantía de la indemnización (promedio) en función del resultado de la variable **“tipo de acto que motivó la reclamación”**:

CIRUGÍA ONCOLÓGICA (EXCLUYENDO LA DE GLAND SALIVALES)	90.833,33 EUROS
CIRUGÍA GLANDULAS SALIVALES	65.778,3 EUROS
CIRUGÍA DE LAS DDF	60.952,66 EUROS
CIRUGÍA DE LAS INFECCIONES	53.446,5 EUROS
TRAUMATOLOGÍA	30.050,6 EUROS
OTRAS	15.850 EUROS
CIRUGIA ORAL	15.590,59 EUROS
CIRUGÍA ESTÉTICA FACIAL	15.355,77 EUROS

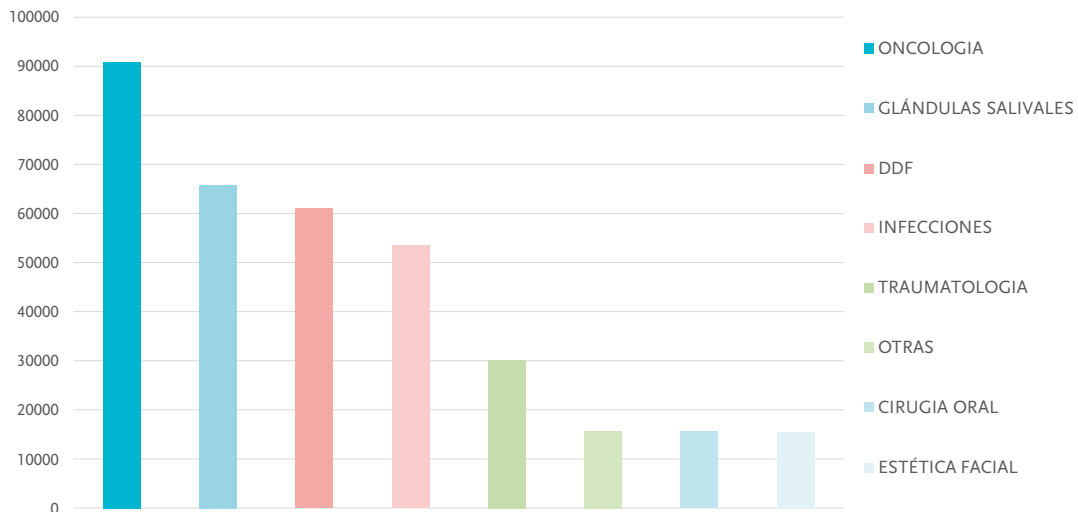


Figura 19. Distribución de los resultados de la cuantía de la indemnización (promedio y en euros) en función del tipo de acto que motivó la reclamación.

a.8.3) Distribución de los resultados de la cuantía de la indemnización (promedio) en función del resultado de la variable “**tipo de acto que motivó la reclamación**”, considerando el número total de casos por cada tipo de acto médico que propició la reclamación y el número de casos indemnizados por cada tipo de acto médico:

	CUANTÍA	Nº CASOS TOTALES	Nº CASOS INDEMNIZADOS	% RESPECTO A LOS CASOS TOTALES
CIRUGÍA ESTÉTICA FACIAL	15.355,77 EUROS	81	29	35,8%
CIRUGÍA ORAL	15.590,59 EUROS	184	62	33,7 %
CIRUGÍA DE LAS INFECCIONES	53.446,5 EUROS	7	2	28,57 %
CIRUGÍA GLÁNDULAS SALIVALES	65.778,3 EUROS	4	1	25 %
OTRAS	15.850 EUROS	4	1	25 %
CIRUGÍA ONCOLÓGICA (EXCLUYENDO LA DE GLAND SALIVALES)	90.833,33 EUROS	11	3	27,3 %
CIRUGÍA DE LAS DDF	60.952,66 EUROS	10	1	10 %
TRAUMATOLOGÍA	30.050,6 EUROS	14	1	7,14 %

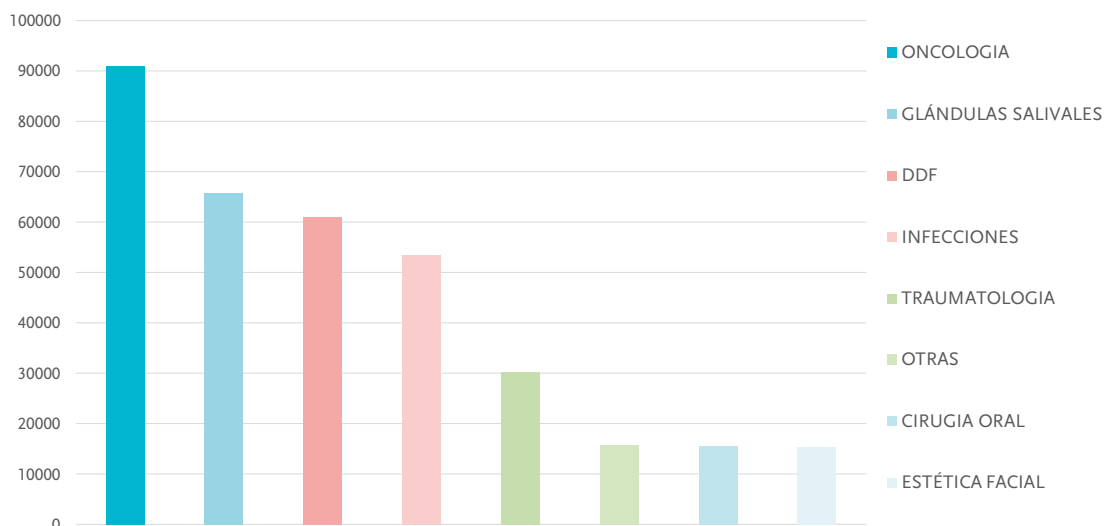


Figura 20. Distribución de los resultados de la cuantía de la indemnización considerando el número total de casos por cada tipo de acto médico que propició la reclamación y el número de casos indemnizados por cada tipo de acto médico.

a.9) Existencia de criterios de haber concurrido en responsabilidad médica.

Se codificó positivamente la variable responsabilidad cuando, tras el análisis del procedimiento, se identificó que se había determinado, judicial o extrajudicialmente, que había concurrido responsabilidad profesional médica.

Así pues, de los 315 expedientes, este dato no se pudo obtener en 10 de los mismos, por lo que sí se analizó el resultado de esta variable en los 305 restantes.

Los motivos por los que no se obtuvo dicho dato en los 10 expedientes mencionados fueron:

- 2 expedientes judiciales penales en los que no constaba la resolución.
- 2 expedientes judiciales penales aún abiertos y pendientes de juicio.
- 2 expedientes judiciales civiles en los que no constaba la resolución.
- 4 expedientes judiciales civiles aún abiertos y pendientes de juicio.

a.9.1) Distribución de los resultados de la variable “responsabilidad médica”, para la totalidad de los casos de la muestra:

NO RESPONSABILIDAD MÉDICA	202	64,13 %
SÍ RESPONSABILIDAD MÉDICA	103	32,7 %
NO REGISTRADO	10	3,17 %

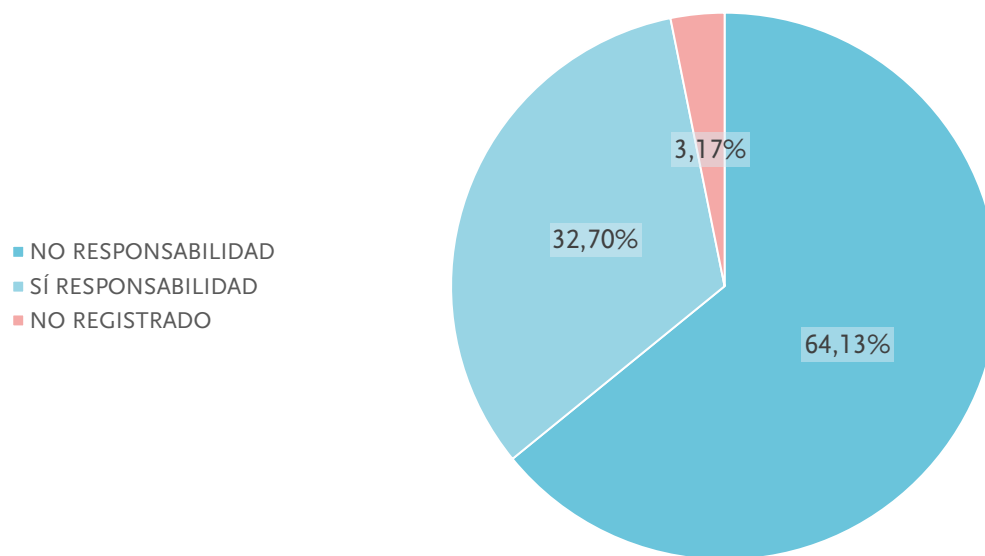


Figura 21. Distribución de los resultados de la variable “responsabilidad médica”, para la totalidad de los casos de la muestra

a.9.2) Distribución de los resultados de la variable “responsabilidad médica”, para la totalidad de los casos de la muestra y desglosada según el tipo de acto médico que propició la reclamación:

	NO RESPONSABILIDAD	SÍ RESPONSABILIDAD	NO REGISTRADO	TOTAL CASOS	% SÍ RESPONSABILIDAD
CIRUGÍA ESTÉTICA FACIAL	49	30	2	81	37 %
CIRUGÍA ORAL	115	64	5	184	34,8 %
CIRUGÍA DE LAS INFECCIONES	5	2	0	7	28,6 %
CIRUGÍA ONCOLÓGICA (EXCLUYENDO LA DE GLAND SALIVALES)	8	3	0	11	27,3 %
CIRUGÍA GLÁNDULAS SALIVALES	3	1	0	4	25 %
OTRAS	2	1	1	4	25 %
CIRUGÍA DE LAS DDF	9	1	0	10	10 %
TRAUMATOLOGÍA	11	1	2	14	7,14 %

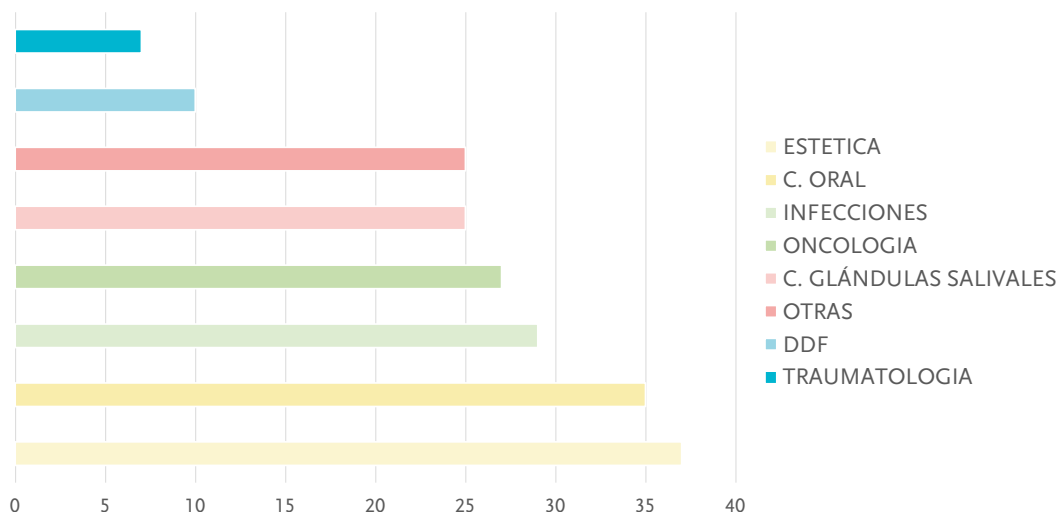


Figura 22. Distribución de los resultados de la variable “responsabilidad médica” (% sí responsabilidad), para la totalidad de los casos de la muestra y desglosada según el tipo de acto médico que propició la reclamación.

a.10) Existencia de defecto de praxis o criterios jurídicos.

Se codificó positivamente la variable “defecto de praxis o criterios jurídicos” cuando, tras el análisis del procedimiento, se identificó que se cumplían los criterios jurídicos establecidos para definir o catalogar el procedimiento realizado como una mala praxis médica.

De los 315 expedientes, este dato no se pudo obtener en 10 de los mismos (por los mismos motivos expuestos anteriormente en el apartado 1.9), por lo que sí se analizó el resultado de esta variable en los 305 restantes.

a.10.1) Distribución de los resultados de la variable “defecto de praxis o existencia de criterios jurídicos”, para la totalidad de los casos de la muestra:

NO DEFECTO DE PRAXIS O CRITERIOS JURIDICOS	245	77,8 %
SÍ DEFECTO DE PRAXIS O CRITERIOS JURIDICOS	60	19,04 %
NO REGISTRADO	10	3,17 %
TOTAL	315	100 %

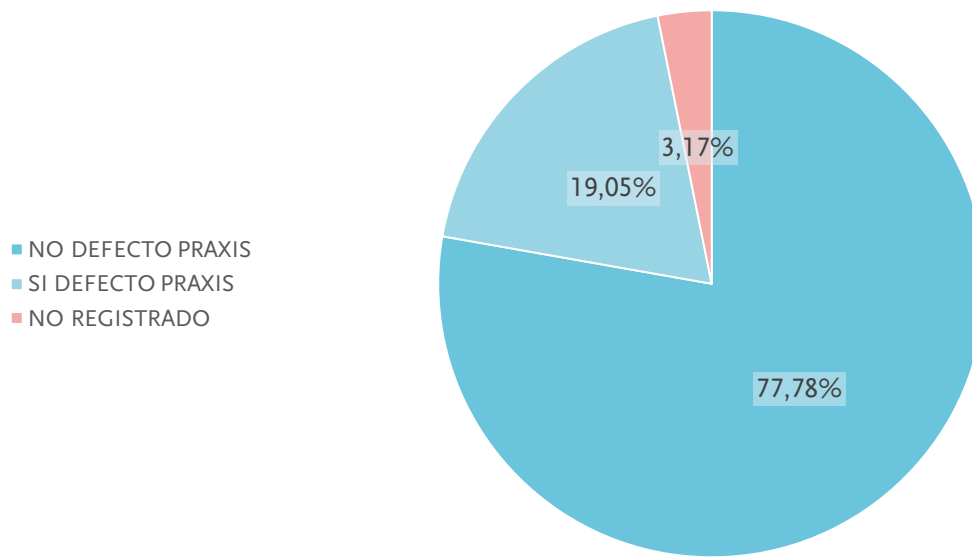


Figura 23. Distribución de los resultados de la variable “defecto de praxis o existencia de criterios jurídicos”, para la totalidad de los casos de la muestra.

a.10.2) Distribución de los resultados de la variable “defecto de praxis o existencia de criterios jurídicos”, para la totalidad de los casos de la muestra y desglosada según el tipo de acto médico que propició la reclamación:

	NO DEFECTO DE PRAXIS O CRITERIOS JURIDICOS	SI DEFECTO DE PRAXIS O CRITERIOS JURIDICOS	NO REGISTRADO	TOTAL CASOS	% SI DEFECTO PRAXIS O CRITERIOS JURIDICOS
OTRAS	2	1	1	4	25 %
CIRUGÍA GLÁNDULAS SALIVALES	3	1	0	4	25 %
CIRUGÍA ORAL	140	39	5	184	21,2 %
CIRUGÍA ESTÉTICA FACIAL	63	16	2	81	19,75 %
CIRUGÍA ONCOLÓGICA (EXCLUYENDO LA DE GLAND SALIVALES)	9	2	0	11	18,2 %
CIRUGÍA DE LAS INFECCIONES	6	1	0	7	14,28 %
CIRUGÍA DE LAS DDF	10	0	0	10	0 %
TRAUMATOLOGÍA	12	0	2	14	0 %

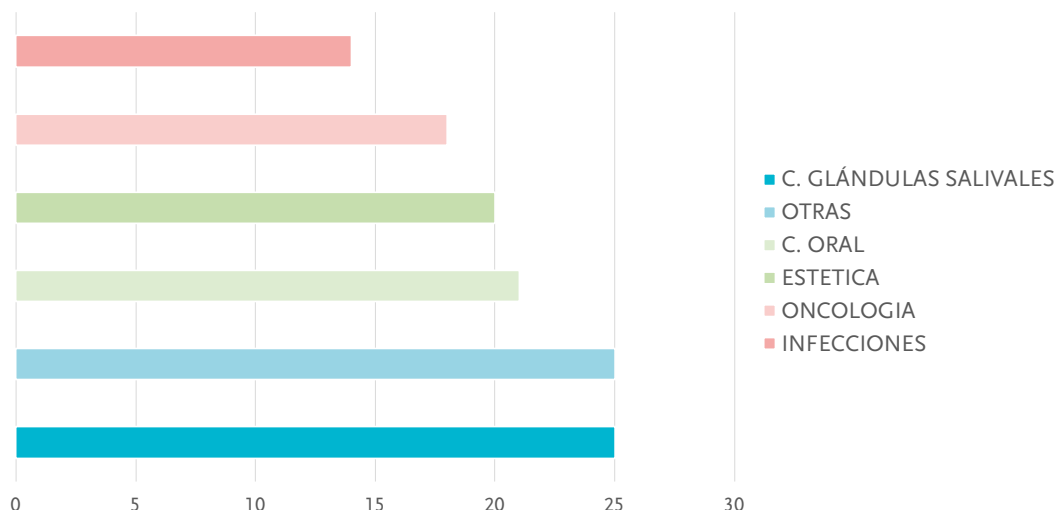


Figura 24. Distribución de los resultados de la variable “defecto de praxis o existencia de criterios jurídicos” (%), para la totalidad de los casos de la muestra y desglosada según el tipo de acto médico que propició la reclamación

a.10.3) Comparativa de la distribución de los resultados de la variable “defecto de praxis o existencia de criterios jurídicos” y de la variable “existencia de responsabilidad médica” para la totalidad de los casos de la muestra y desglosada según el tipo de acto médico que propició la reclamación:

	% SÍ RESPONSABILIDAD	% SÍ DEFECTO PRAXIS O CRITERIOS JURÍDICOS
CIRUGÍA ONCOLÓGICA (EXCLUYENDO LA DE GLAND SALIVALES)	27,3 %	18,2 %
CIRUGÍA ESTÉTICA FACIAL	37 %	19,75 %
CIRUGÍA ORAL	34,8 %	21,2 %
CIRUGÍA DE LAS INFECCIONES	28,6 %	14,28 %
CIRUGÍA GLÁNDULAS SALIVALES	25 %	25 %
OTRAS	25 %	25 %
CIRUGÍA DE LAS DDF	10 %	0 %
TRAUMATOLOGÍA	7,14 %	0 %

Debemos destacar que, en el total de la muestra, de los 103 expedientes (32,7%) para los cuales existió responsabilidad médica, en 60 de los mismos también coexistieron los criterios jurídicos de mala praxis, constituyendo un 58,2% de casos con mala praxis dentro del grupo de casos con responsabilidad médica.

b . Resultados Relativos Al Acto Médico Y/O Quirúrgico Que Motivó La Reclamación:

- b.1) Tipo de acto que motivó la reclamación.
- b.2) Urgencia del acto que propició la reclamación.
- b.3) Mes del acto que motivó la reclamación.
- b.4) Año del acto que motivó la reclamación.
- b.5) Lugar geográfico del acto que motivó la reclamación.
- b.6) Ámbito asistencial donde el acto se realizó.
- b.7) Área asistencial donde el acto se realizó.
- b.8) Tipo de secuela o daño reversible del procedimiento o acto que motivó la reclamación (si existiera).
- b.9) Tipo de ejercicio del acto reclamado.
- b.10) Tipo de medicina del acto reclamado.
- b.11) Existencia del documento de consentimiento informado (DCI).

b.1) Causa (tipo de acto médico) que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.**b.1.1) Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la muestra:**

CIRUGÍA ORAL	184	58,41 %
CIRUGÍA ESTÉTICA	81	25,71 %
TRAUMATOLOGÍA CRANEOFACIAL	14	4,44 %
CIRUGÍA ONCOLÓGICA	11	3,49 %
CIRUGIAS DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES	10	3,17 %
CIRUGIA DE LAS INFECCIONES DE CABEZA Y CUELLO	7	2,22 %
CIRUGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES	4	1,27 %
OTROS	4	1,27 %
TOTAL	315	100 %

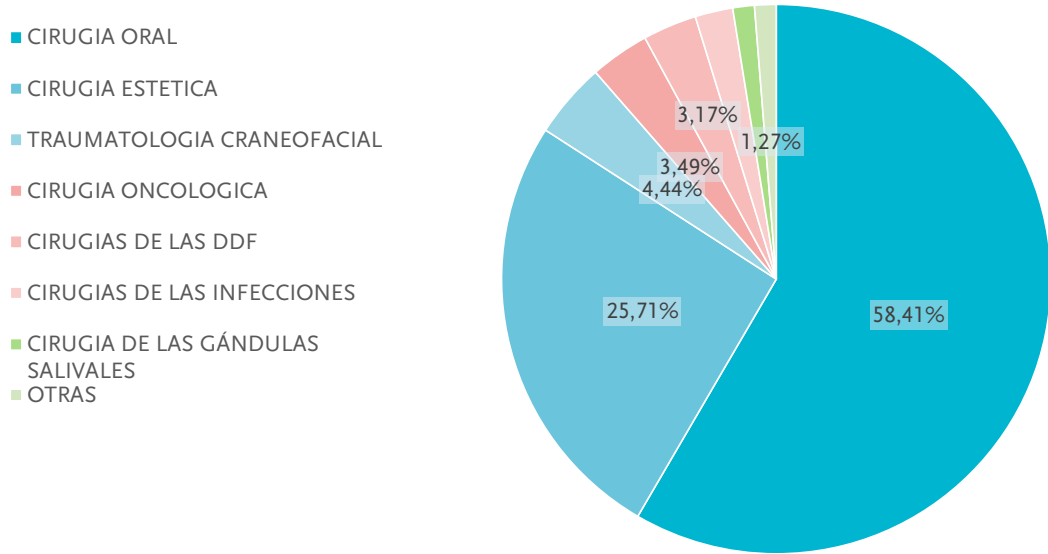


Figura 25. Distribución de las causas para la totalidad de los casos de la muestra.

b.1.2) Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA ORAL”:

			% RESPECTO AL TOTAL DE LA MUESTRA
IMPLANTOLOGÍA	95	51,63 %	30,15 %
CIRUGÍA DEL 3 ER MOLAR	60	32,61 %	19,05 %
EXODONCIA DE PIEZA EQUIVOCADA	15	8,15 %	4,76 %
EXODONCIA DE PIEZA NO INCLUIDA	11	5,98 %	3,5 %
CIRUGÍA DE OTRAS INCLUSIONES DENTARIAS	1	0,54 %	0,32 %
CIRUGÍA PREPROTÉSICA- ORTODÓNCICA	1	0,54 %	0,32 %
CIRUGÍA DE LOS QUISTES MAXILOMANDIBULARES	1	0,54 %	0,32 %
TOTAL	184	100 %	

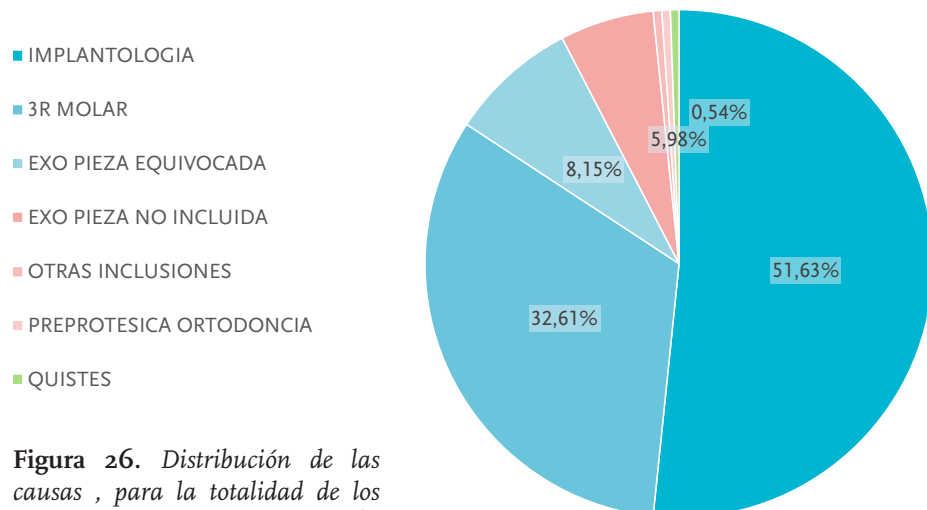


Figura 26. Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA ORAL”.

b.1.3) Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA ESTÉTICA FACIAL”:

RINOPLASTIA	53	65,43 %
LIFTING	21	25,93 %
BLEFAROPLASTIA	3	3,70 %
IMPLANTES ESTÉTICOS	2	2,47 %
LIPOFILLING	2	2,47 %
TOTAL	81	100 %

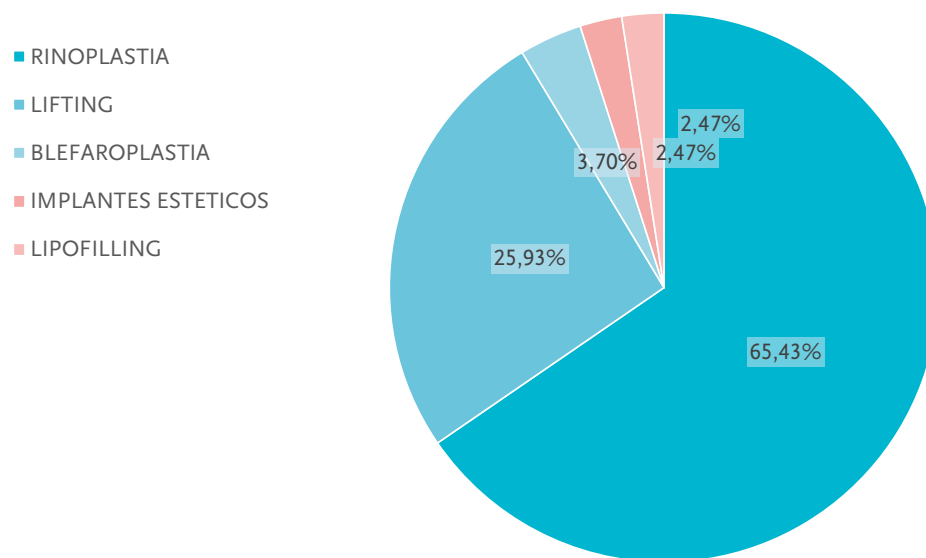


Figura 27. Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGIA ESTÉTICA FACIAL”.

b.1.4) Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “TRAUMATOLOGIA CRANEOFACIAL”:

ATENCION/CIRUGÍA TRAUMA CRANEOFACIAL (EXCLUYENDO MANDÍBULA)	8	57,14 %
ATENCION/CIRUGÍA TRAUMA MANDIBULAR	3	21,43 %
ATENCION /CIRUGÍA HERIDAS PARTES BLANDAS CRANEOFACIALES TRAUMATICAS	3	21,43 %
TOTAL	14	100 %

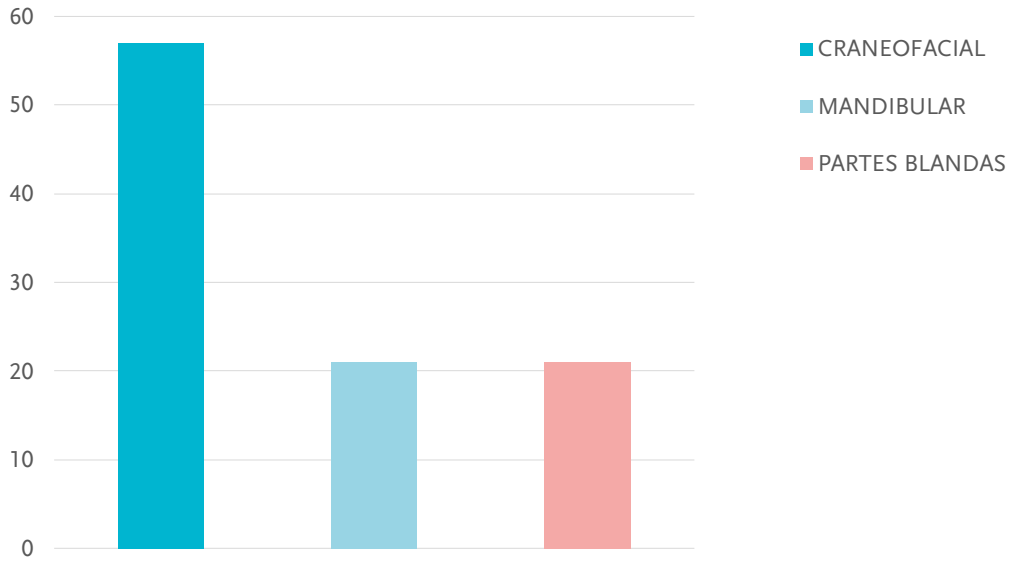


Figura 28. Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “TRAUMATOLOGIA CRANEOFACIAL”

b.1.5) Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA ONCOLÓGICA”:

RESECCIÓN DE TUMOR/MASA/ LESIÓN EN CABEZA Y CUELLO	8	72,73 %
VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL	2	18,18 %
OBTENCIÓN DE INJERTO MICROVASCULARIZADO	1	9,09 %
TOTAL	11	100 %

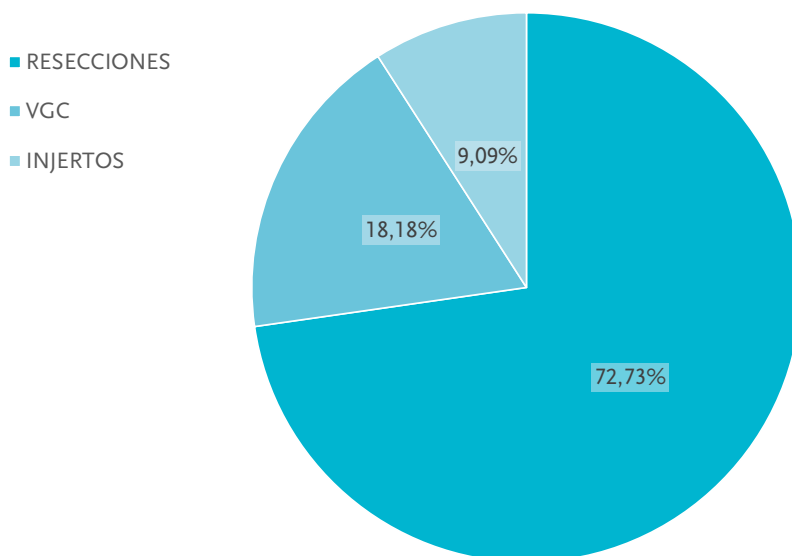


Figura 29. Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA ONCOLÓGICA”

b.1.6) Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES”:

CIRUGÍA ORTOGNÁTICA	9	90 %
CIRUGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM)	1	10 %
TOTAL	10	100 %

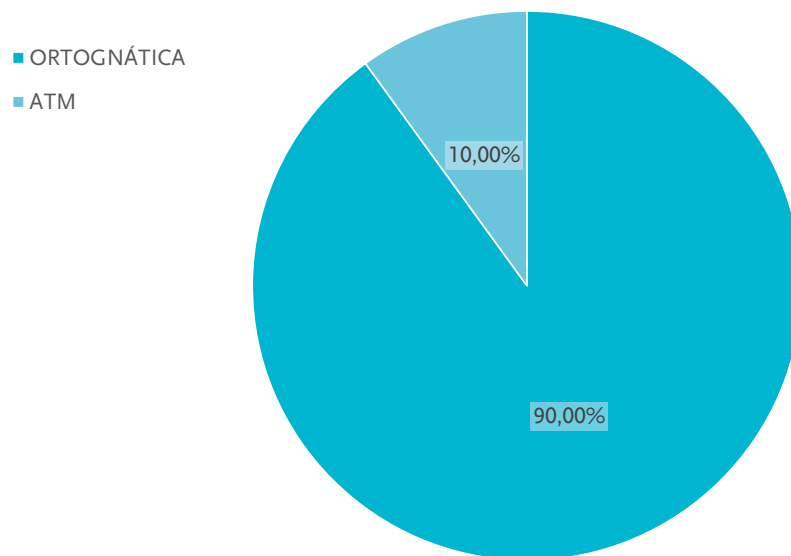


Figura 30. Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES”.

b.1.7) Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA DE LAS INFECCIONES DE CABEZA Y CUELLO”:

QUISTECTOMAS FACIALES (PARTES BLANDAS)	4	57,14 %
ABSCESOS/CELULITIS CERVICOFACIALES	2	28,57 %
LEGRADO OSTEOMIELITIS	1	14,29 %
TOTAL	7	100 %

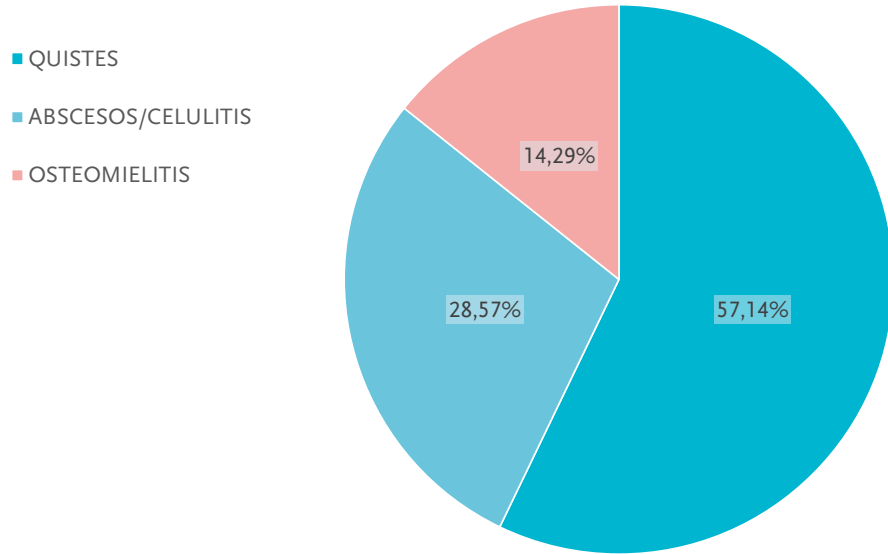


Figura 31. Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA DE LAS INFECCIONES DE CABEZA Y CUELLO”.

b.I.8) Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES”:

PAROTIDECTOMIA TOTAL/SUPERFICIAL	3	75 %
RÁNULA	1	25 %
TOTAL	4	100 %

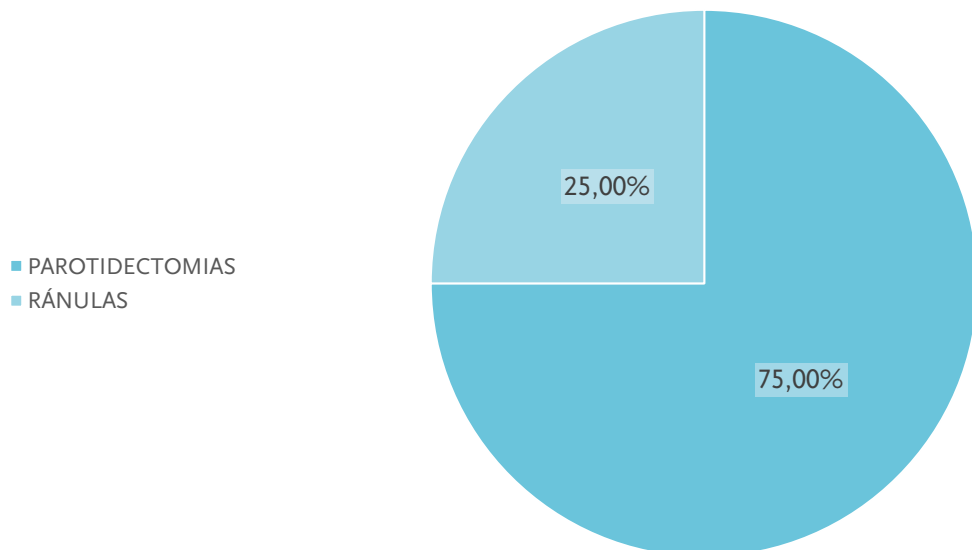


Figura 32. Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES”.

b.1.9) Distribución de las causas, para la totalidad de los casos de la submuestra “ OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS”:

VISITA MÉDICA	2	50 %
CONFECCIÓN DE FÉRULA DE DESCARGA	1	25 %
INYECCIÓN INTRAMUSCULAR	1	25 %
TOTAL	4	100 %

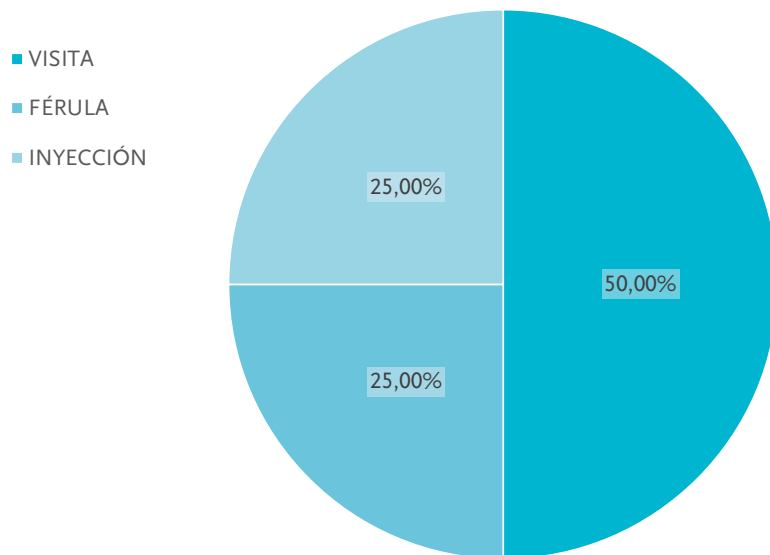


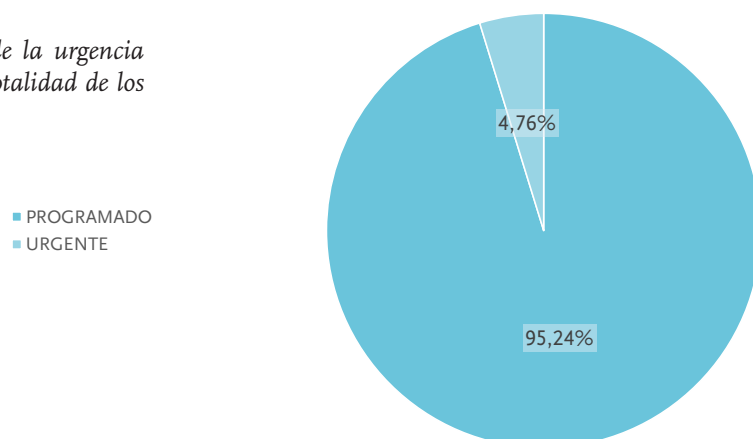
Figura 33. Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS”.

b.2) Urgencia del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Distribución de la urgencia del acto médico , para la totalidad de los casos de la muestra:

PROGRAMADO	300	95,24 %
URGENTE	15	4,76 %
TOTAL	315	100 %

Figura 34. Distribución de la urgencia del acto médico, para la totalidad de los casos de la muestra.



b.3 y b.4) Distribución temporal (año y mes) del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

b.3.1) Distribución temporal atendiendo al AÑO en el que se realiza el acto médico, para la totalidad de los casos de la muestra:

En el periodo de tiempo comprendido entre los años 1990 y 2014, se registraron un total de 315 actos médicos pertenecientes a reclamaciones bajo el epígrafe de “ámbito de acción de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial”, con la siguiente distribución según los distintos años:

1987	3 (0,95%)	1993	7 (2,22%)	1999	9 (2,86%)	2005	17 (5,4%)	2011	6 (1,90%)
1988	3 (0,95%)	1994	8 (2,54%)	2000	15 (4,76%)	2006	17 (5,4%)	2012	8 (2,54%)
1989	6 (1,90%)	1995	14 (4,44%)	2001	13 (4,13%)	2007	22 (6,98%)	2013	6 (1,90%)
1990	11 (3,49%)	1996	18 (5,71%)	2002	11 (3,49%)	2008	19 (6,03%)	2014	2 (0,63%)
1991	14 (4,44%)	1997	13 (4,13%)	2003	10 (3,17%)	2009	16 (5,08%)		
1992	7 (2,22%)	1998	9 (2,86%)	2004	13 (4,13%)	2010	18 (5,71%)	TOTAL	315 (100%)

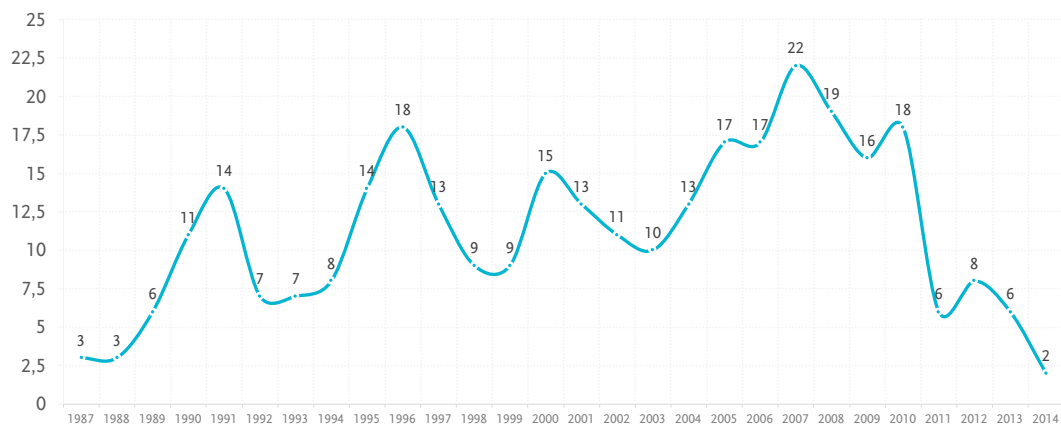


Figura 35. Distribución temporal atendiendo al año en el que se realiza el acto médico, para la totalidad de los casos de la muestra.

b.3.2) Distribución temporal atendiendo al MES en el que se realiza el acto médico , para la totalidad de los casos de la muestra:

Distribución de casos de reclamaciones en Cirugía Oral y Maxilofacial en el periodo comprendido entre 1990 y 2014, atendiendo a los distintos meses.

ENERO	41 (13,01 %)	JULIO	24 (7,62%)
FEBRERO	27 (8,57%)	AGOSTO	8 (2,54%)

MARZO	27 (8,57%)	SEPTIEMBRE	23 (7,30%)
ABRIL	36 (11,43%)	OCTUBRE	29 (9,21%)
MAYO	15 (4,76%)	NOVIEMBRE	47 (14,92%)
JUNIO	23 (7,30%)	DICIEMBRE	15 (4,76%)
		TOTAL	315 (100%)

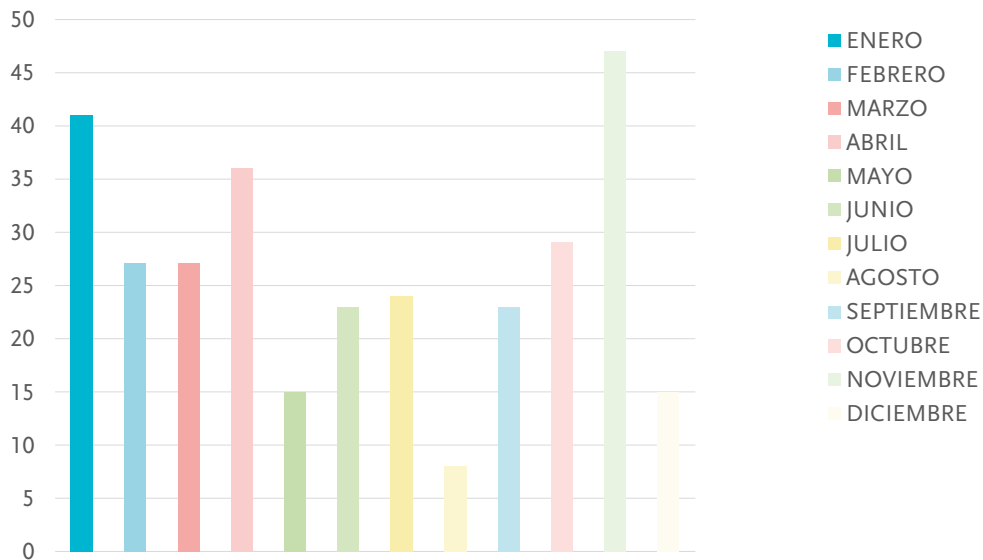


Figura 36. Distribución temporal atendiendo al mes en el que se realiza el acto médico, para la totalidad de los casos de la muestra.

b.5) Distribución geográfica del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Distribución de casos de reclamaciones para el total de la muestra objeto de estudio, atendiendo a la provincia en la que se produjo el acto médico reclamado.

BARCELONA	279 (88,57%)	MADRID	1 (0,32%)
TARRAGONA	4 (1,27%)	LEÓN	1 (0,32%)
LÉRIDA	8 (2,54%)	MÁLAGA	1 (0,32%)
GERONA	16 (5,08%)	CÓRDOBA	1 (0,32%)
BALEARES	2 (0,63%)	VALENCIA	2 (0,63%)
		TOTAL	315 (100%)

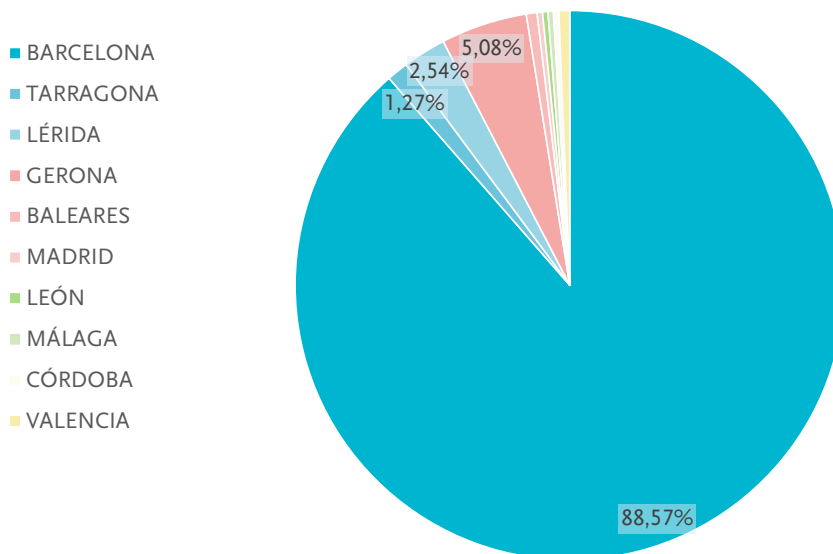


Figura 37. Distribución de casos de reclamaciones para el total de la muestra objeto de estudio, atendiendo a la provincia en la que se produjo el acto médico reclamado.

b.6) Ámbito asistencial donde se realiza el acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Distribución de casos de reclamaciones en el ámbito de acción de la Cirugía Oral y Maxilofacial, atendiendo al ámbito asistencial implicado en el acto médico reclamado.

HOSPITALARIO	163	51,75 %
EXTRAHOSPITALARIO	152	48,25 %
TOTAL	315	100 %

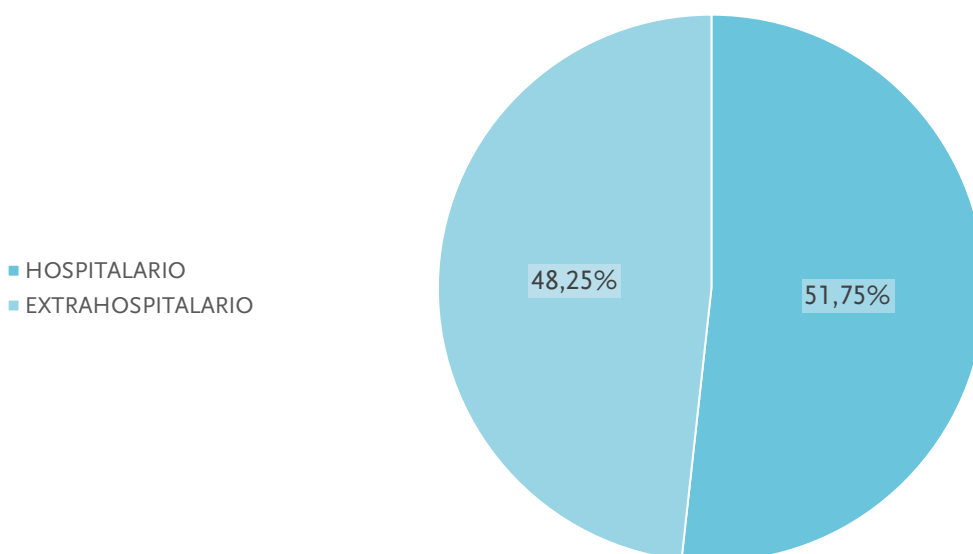


Figura 38. Distribución de casos de reclamaciones atendiendo al ámbito asistencial implicado en el acto médico reclamado.

b.7) Área asistencial donde se realiza el acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Distribución de casos de reclamaciones en el ámbito de acción de la Cirugía Oral y Maxilofacial, atendiendo al área asistencial implicada en el acto médico reclamado.

QUIRÓFANO GRAL /CMA	156	49,52 %
CONSULTA ODONTOLÓGICA	143	45,39 %
ÁREA DE URGENCIAS	13	4,13 %
PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN	2	0,63 %
CONSULTA PARTICULAR (EXCLUYENDO LA ODONTOLÓGICA)	1	0,32 %
TOTAL	315	100 %

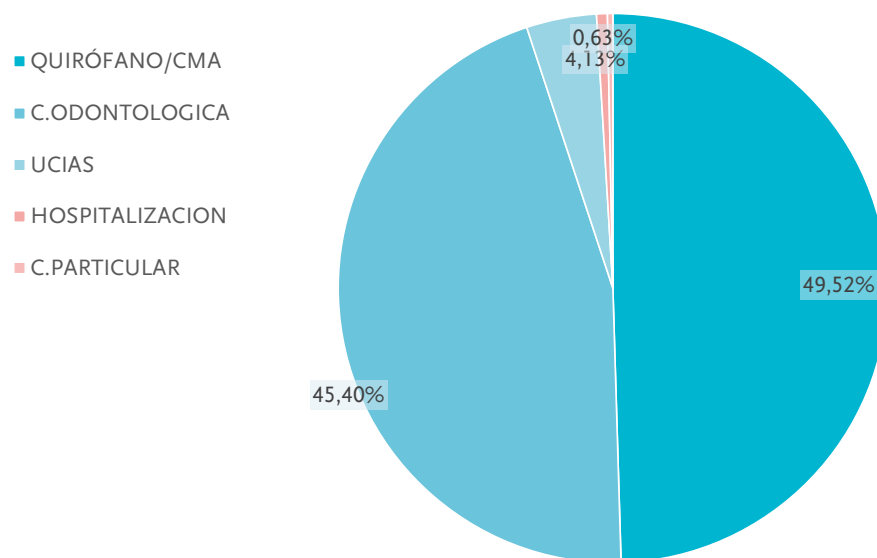


Figura 39. Distribución de casos de reclamaciones atendiendo al área asistencial implicada en el acto médico reclamado.

b.8) Tipo de secuela o daño reversible del procedimiento o acto que ha motivado el procedimiento objeto de estudio (si existiera).

b.8.1) Distribución de casos de reclamaciones para el total de la muestra objeto de estudio, atendiendo al tipo de secuela o daño reversible del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio, clasificado por grupos.

ESTÉTICA		FUNCIONAL		ÁLGICA	
ALOPECIA	1 (0,32%)	EXO EQUIVOCADA/NO PREVISTA	15 (4,76%)	SINUSITIS DE REPETICIÓN	4 (1,27%)
CICATRIZ FACIAL	16 (5,08%)	PÉRDIDA IOI	45 (14,28%)	ÚLCERA LINGUAL	1 (0,32%)
NÓDULOS FACIALES	1 (0,32%)	FÍSTULA CRANEO-NASAL	1 (0,32%)	INFECCIÓN HERIDA QUIRÚRGICA	8 (2,54%)
QUEMADURA POR INSTRUMENTAL	7 (2,22%)	IR NASAL	7 (2,22%)	DOLOR CRÓNICO INESPECÍFICO	15 (4,76%)
NECROSIS CUTÁNEA	2 (0,63%)	ALTERACIÓN EN OCLUSIÓN	1 (0,32%)	DOLOR/IMPOTENCIA ATM	6 (1,90%)
DEFECTO ESTÉTICO/NO SE CONSIGUE RESULTADO	41 (12,7%)	PSEUDOARTROSIS	1 (0,32%)		
EDEMA NASAL	1 (0,32%)	APNEA DEL SUEÑO	1 (0,32%)		
		IOI EN SENO MAXILAR	3 (0,95%)		
		PERFORACIÓN TABIQUE NASAL	1 (0,32%)		
		FÍSTULA OROANTRAL	1 (0,32%)		
TOTAL	69 (21,9%)		76 (24,13%)		34 (10,8%)

PROTÉSICA		SENSITIVO/MOTORA		OTRAS	
DISCONFORTIDAD CON RESULTADO PROFÉTICO	11 (3,5%)	ANEST/PAREST NDI	30 (9,52%)	NECESIDAD DE REINTERVENCIÓN	2 (0,63%)
		ANEST/PAREST LINGUAL	19 (6,03%)	CUERPO EXTRAÑO	3 (0,95%)
		NEURALGIA GLOSOFA-RINGEO	2 (0,63%)	ABSCESO CERVICAL	2 (0,63%)
		PARESIA FACIAL	10 (3,17%)	EXÉRESIS DE LESIÓN EQUIVOCADA	1 (0,32%)
		PARESIA RADIAL	2 (0,63%)	SHOCK	2 (0,63%)
		PARESIA CUBITAL	1 (0,32%)	FRACASO DEL TRATAMIENTO	2 (0,63%)
		PARESIA ESPINAL	1 (0,32%)	FRACASO INJERTO ÓSEO	3 (0,95%)
		AVC	1 (0,32%)	HEMORRAGIA	4 (1,27%)

		PÉRDIDA VISIÓN	3 (0,95%)	DIAGNÓSTICO FINAL DE TUMOR MALIGNO	1 (0,32%)
		SORDERA	1 (0,32%)	COMA	1 (0,32%)
		ANESTESIA NIO	1 (0,32%)		
TOTAL	11 (3,5%)		71 (22,54%)		21 (6,67%)

MUERTE		FRACTURA		NINGUNA	
	12 (3,81%)	MAXILAR	1 (0,32%)		7 (2,22%)
		MANDIBULAR	13 (4,13%)		
TOTAL	12 (3,81%)		14 (4,44%)		7 (2,22%)

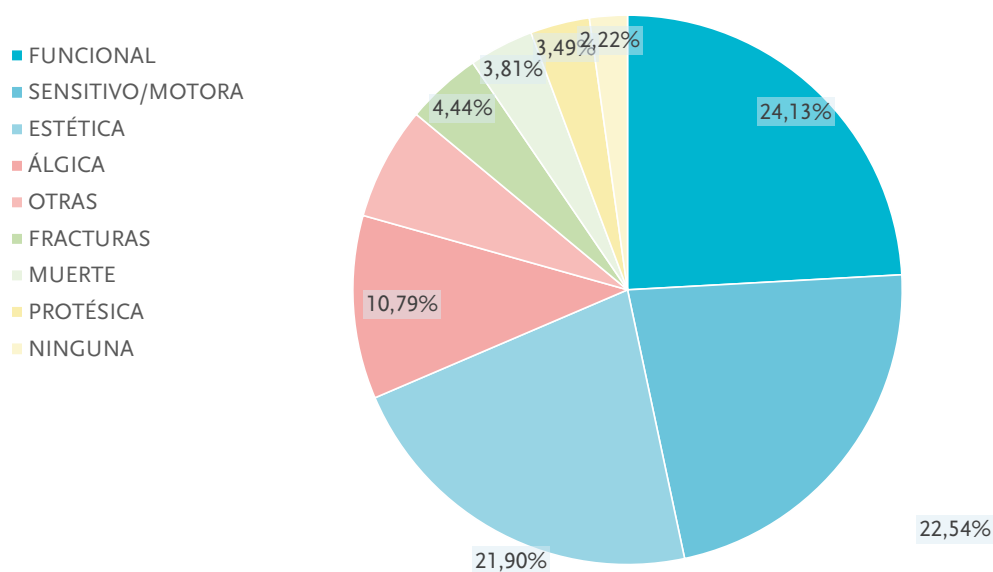


Figura 40. Distribución de casos de reclamaciones atendiendo al tipo de secuela o daño reversible del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio.

b.8.2) Distribución de secuelas o daño reversible, clasificados según el tipo de acto médico realizado que motivó el procedimiento objeto de estudio:

CIRUGÍA ONCOLÓGICA (EXCLUYENDO LA DE GLÁNDULAS SALIVALES)		
MUERTE	3	27,27 %
CICATRIZ FACIAL	2	18,18 %
PARESIA FACIAL	2	18,18 %
PARESIA RADIAL	1	9,1 %
PARESIA NERVIOS ESPINAL	1	9,1 %
EXÉRESIS DE LESIÓN EQUIVOCADA	1	9,1 %
FRACASO DEL TRATAMIENTO	1	9,1 %
TOTAL	11	100 %

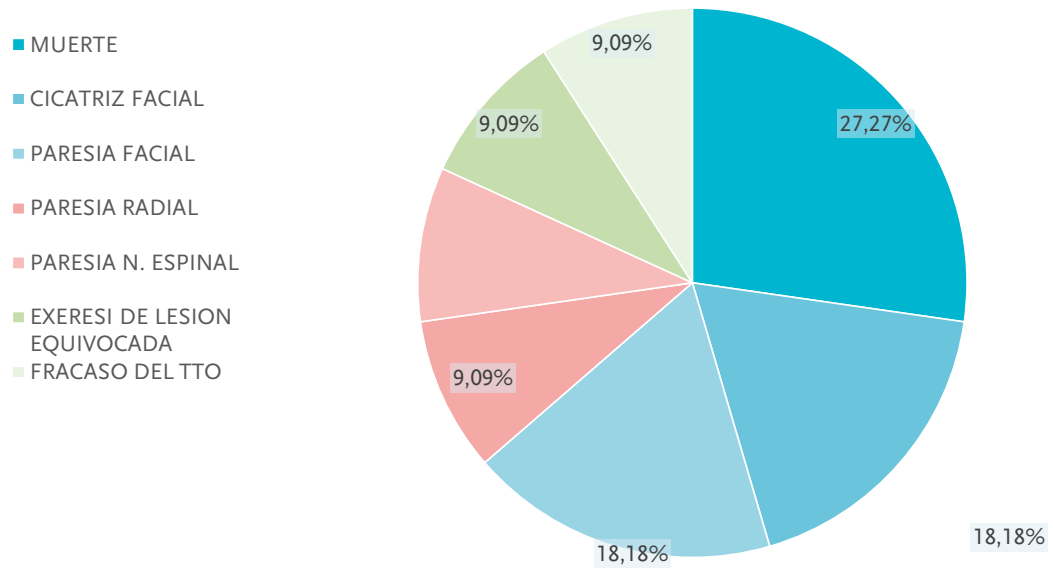


Figura 41. Distribución de secuelas o daño reversible en los casos de reclamaciones en cirugía oncológica.

CIRUGÍA ESTÉTICA FACIAL		
DEFECTO ESTÉTICO FACIAL/NO SE CONSIGUE EL RESULTADO ESTÉTICO DESEADO	37	45,68 %
CICATRIZ FACIAL	10	12,34 %
INSUF RESP NASAL	7	8,64 %
PAREZIA FACIAL	5	6,17 %
HEMORRAGIA	3	3,70 %
QUEMADURA POR INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO	2	2,47 %
NECROSIS PIEL FACIAL	2	2,47 %
DOLOR CRONICO CRANEOFACIAL INESPECIFICO	2	2,47 %
CUERPO EXTRAÑO	2	2,47 %
MUERTE	2	2,47 %
NODULOS FACIALES	1	1,23 %
EDEMA NASAL	1	1,23 %
ALOPECIA CICATRICIAL	1	1,23 %
FÍSTULA CRANEONASAL	1	1,23 %
PERFORACIÓN TABIQUE NASAL	1	1,23 %
PAREZIA CUBITAL	1	1,23 %
AVC	1	1,23 %
SHOCK	1	1,23 %
COMA	1	1,23 %
TOTAL	81	100 %

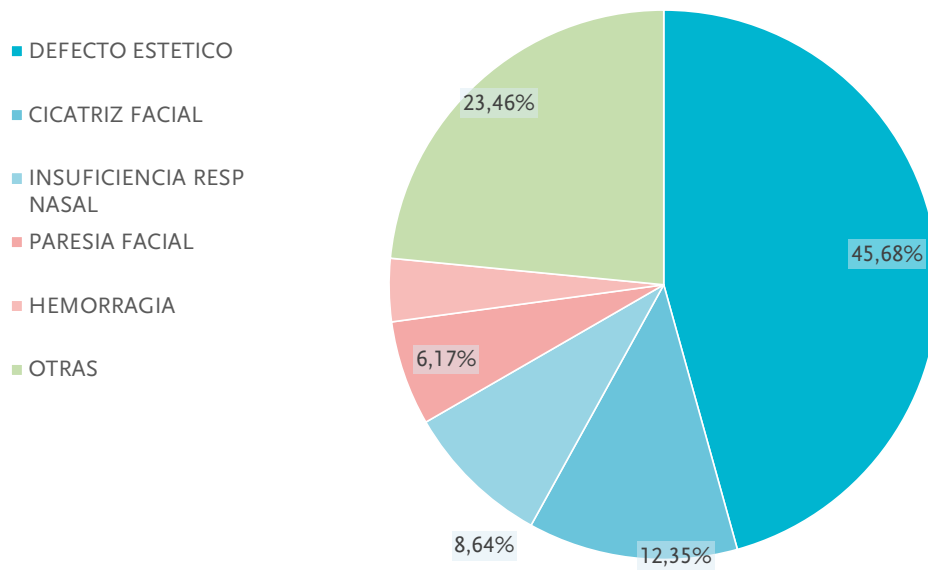


Figura 42. Distribución de secuelas o daño reversible en los casos de reclamaciones en cirugía estética facial.

CIRUCÍA ORAL		
PÉRDIDA IOI	45	24,46 %
ANESTESIA/PARESTESIA NDI	29	15,76 %
ANESTESIA/PARESTESIA LINGUAL	18	9,78 %
EXODONCIA DE PIEZA EQUIVOCADA/NO PREVISTA	15	8,15 %
DOLOR CRONICO CRANEOFACIAL INESPECIFICO	12	6,52 %
DISCONFORME CON RESULTADOS PROTESICOS	11	5,98 %
FRACTURA MANDIBULAR	11	5,98 %
NINGUNA	7	3,80 %
QUEMADURA POR INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO	5	2,72 %
SINUSITIS DE REPETICIÓN	4	2,17 %
INFECCION HERIDA	4	2,17 %
DOLOR /IMPOTENCIA ATM	4	2,17 %
IOI EN SENO MAXILAR	3	1,63 %
FRACASO DE INJERTO ÓSEO	3	1,63 %
MUERTE	3	1,63 %
NEURALGIA GLOsofaríngeo	2	1,09 %
ABSCESO CERVICAL	2	1,09 %
FÍSTULA OROANTRAL	1	0,54 %
ÚLCERA LINGUAL	1	0,54 %
SORDERA	1	0,54 %
ANESTESIA NIO	1	0,54 %
FRACASO DEL TRATAMIENTO	1	0,54 %
FRACTURA MAXILAR	1	0,54 %
TOTAL	184	100 %

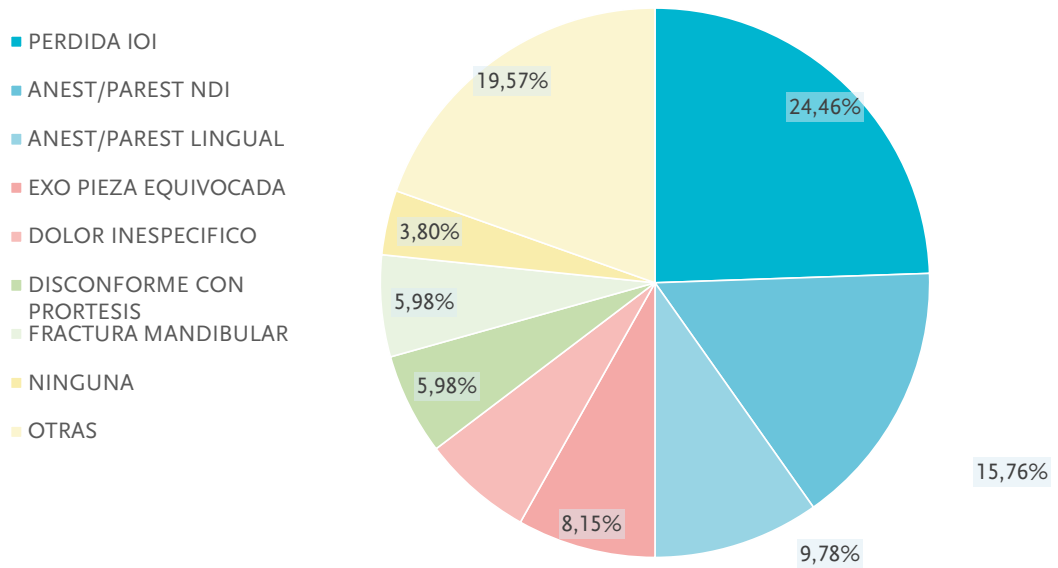


Figura 43. Distribución de secuelas o daño reversible en los casos de reclamaciones en cirugía oral.

TRAUMATOLOGÍA		
DEFECTO ESTÉTICO FACIAL/NO SE CONSIGUE EL RESULTADO ESTÉTICO DESEADO	2	14,29 %
CICATRIZ FACIAL	2	14,29 %
MUERTE	2	14,29 %
FRACTURA MANDIBULA	2	14,29 %
INFECCIÓN DE LA HERIDA	1	7,14 %
DOLOR/IMPOTENCIA ATM	1	7,14 %
ANESTESIA/PARESTESIA NDI	1	7,14 %
PÉRDIDA DE VISION	1	7,14 %
CUERPO EXTRAÑO	1	7,14 %
HEMORRAGIA	1	7,14 %
TOTAL	14	100 %

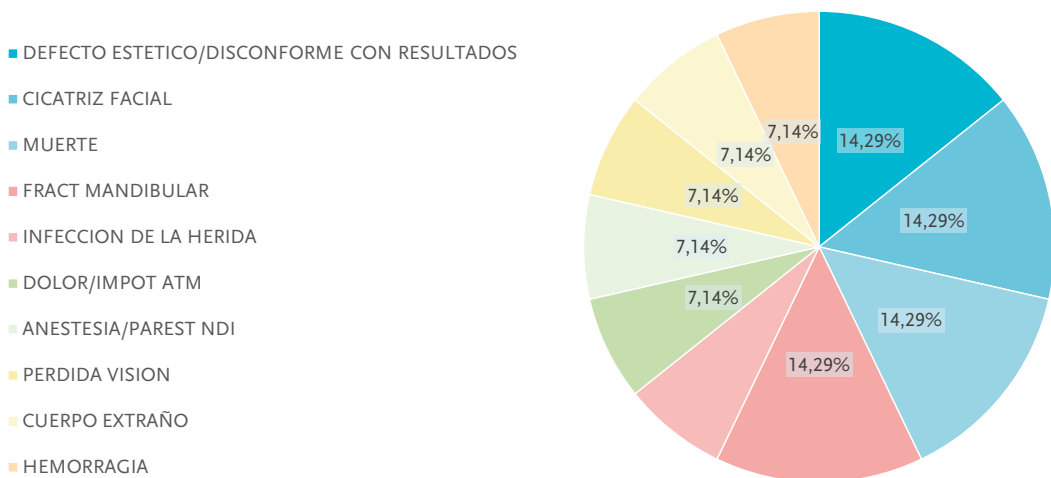


Figura 44. Distribución de secuelas o daño reversible en los casos de reclamaciones en traumatología.

CIRUGIA DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES (DDF)		
INFECCIÓN DE LA HERIDA	2	20 %
DEFECTO ESTÉTICO FACIAL/NO SE CONSIGUE EL RESULTADO ESTÉTICO DESEADO	1	10 %
DOLOR/IMPOTENCIA ATM	1	10 %
ANESTESIA/PARESTESIA LINGUAL	1	10 %
PÉRDIDA DE VISIÓN	1	10 %
NECESIDAD DE RE-INTERVENCIÓN	1	10 %
PSEUDOARTROSIS	1	10 %
APNEA	1	10 %
DOLOR CRÓNICO INESPECÍFICO	1	10 %
TOTAL	10	100 %

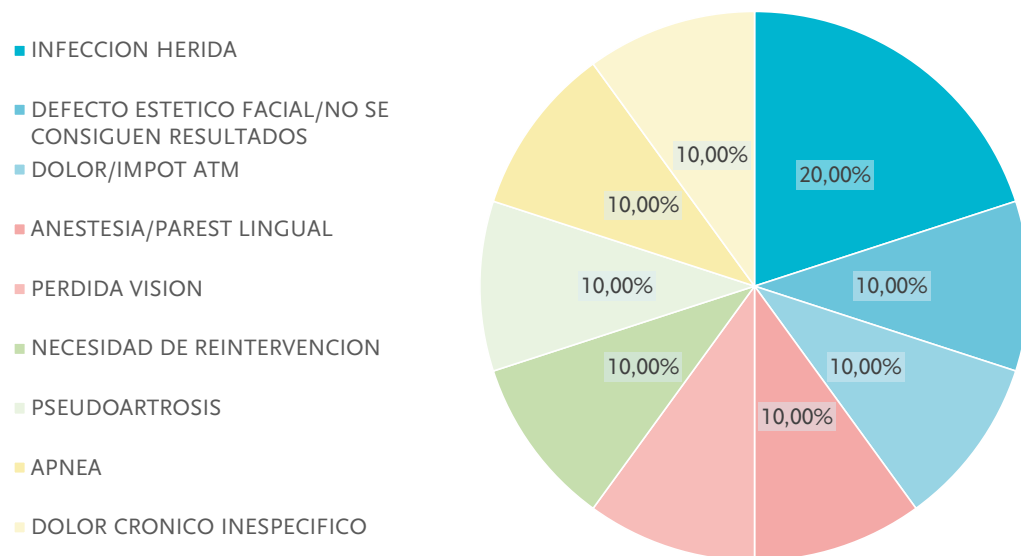


Figura 45. Distribución de secuelas o daño reversible en los casos de reclamaciones en la cirugía de las deformidades dentofaciales.

CIRUGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES		
PARESIA FACIAL	2	50 %
NECESIDAD DE RE-INTERVENCIÓN	1	25 %
MUERTE	1	25 %
TOTAL	4	100 %

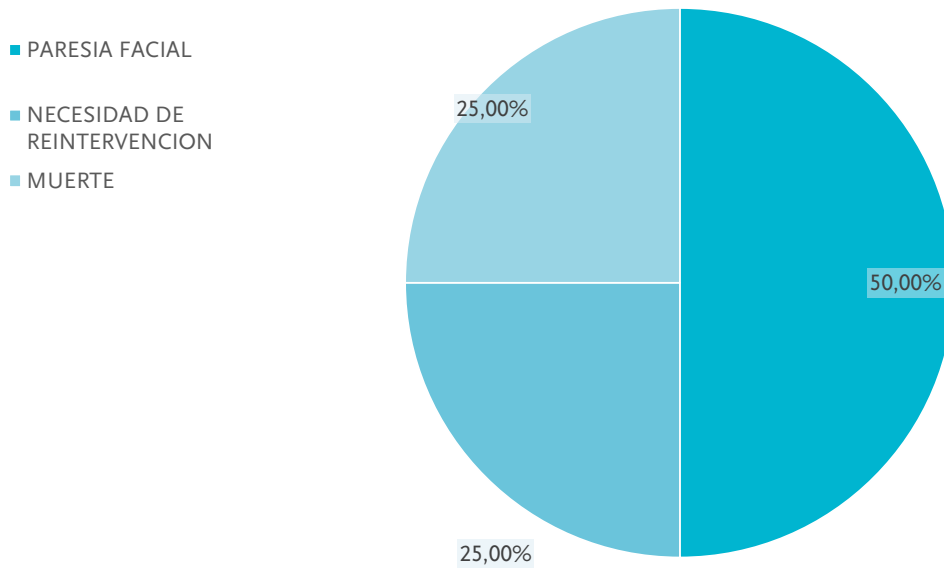


Figura 46. Distribución de secuelas o daño reversible en los casos de reclamaciones en la cirugía de las glándulas salivales.

CIRUGÍA DE LAS INFECCIONES DE CABEZA Y CUELLO		
CICATRIZ FACIAL	3	42,86 %
PARESIA FACIAL	1	14,28 %
INFECCIÓN DE LA HERIDA	1	14,28 %
PÉRDIDA DE VISIÓN	1	14,28 %
SHOCK	1	14,28 %
TOTAL	7	100 %

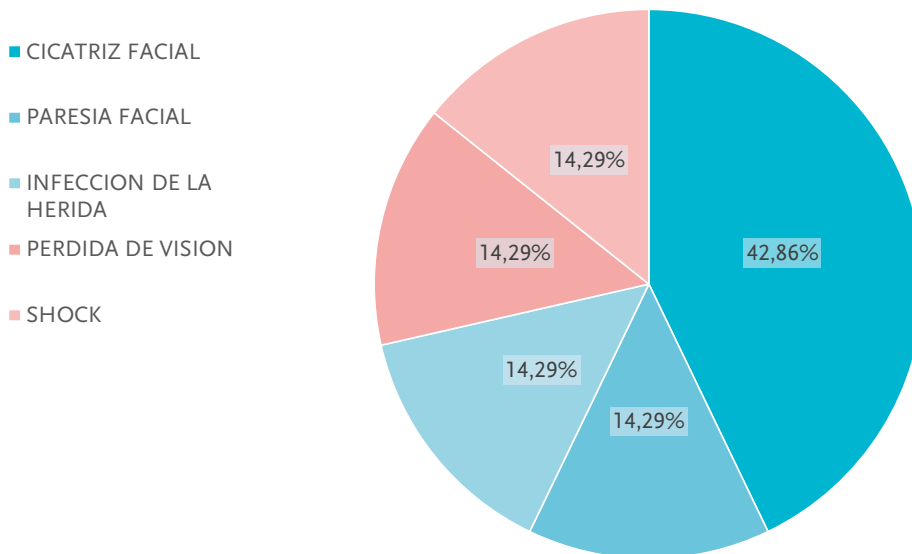


Figura 47. Distribución de secuelas o daño reversible en los casos de reclamaciones en la cirugía de las infecciones cervicofaciales

OTROS PROCEDIMIENTOS		
ALTERACIÓN DE LA OCLUSIÓN	I	25 %
PARESIA RADIAL	I	25 %
MUERTE	I	25 %
DIAGNÓSTICO DE TUMOR MALIGNO	I	25 %
TOTAL	4	100 %

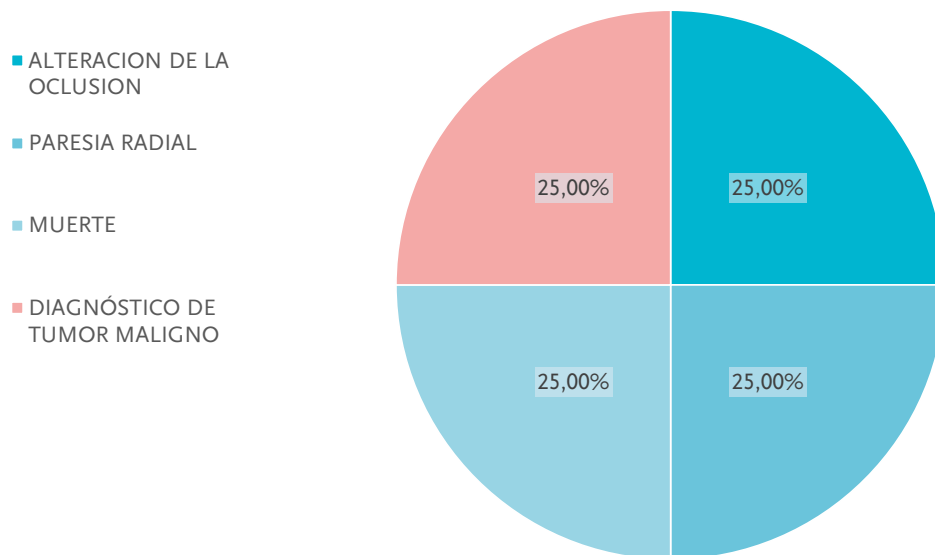


Figura 48. Distribución de secuelas o daño reversible en los casos de reclamaciones en otros procedimientos.

b.9) Tipo de ejercicio del acto que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Distribución de casos de reclamaciones en el ámbito de acción de la Cirugía Oral y Maxilofacial, atendiendo al tipo de ejercicio implicado en el acto médico reclamado.

PÚBLICO	44	13,97 %
PRIVADO	271	86,03 %
TOTAL	315	100 %

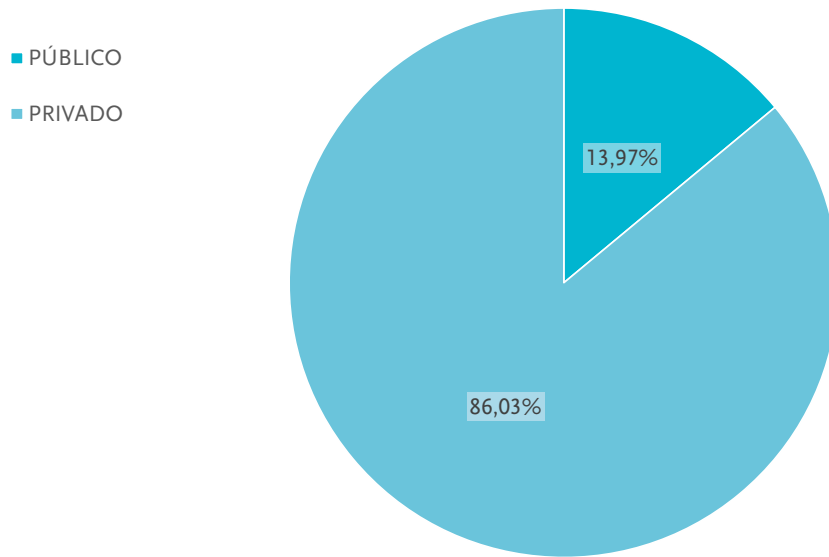


Figura 49. Distribución de casos de reclamaciones en el ámbito de acción de la Cirugía Oral y Maxilofacial, atendiendo al tipo de ejercicio implicado en el acto médico reclamado.

b.10) Tipo de medicina del acto reclamado.

Distribución de casos de reclamaciones en el ámbito de acción de la Cirugía Oral y Maxilofacial, atendiendo al tipo de medicina del ejercicio implicado en el acto médico reclamado.

SATISFACTIVA	177	56,2 %
NO SATISFACTIVA	138	43,8 %
TOTAL	315	100 %

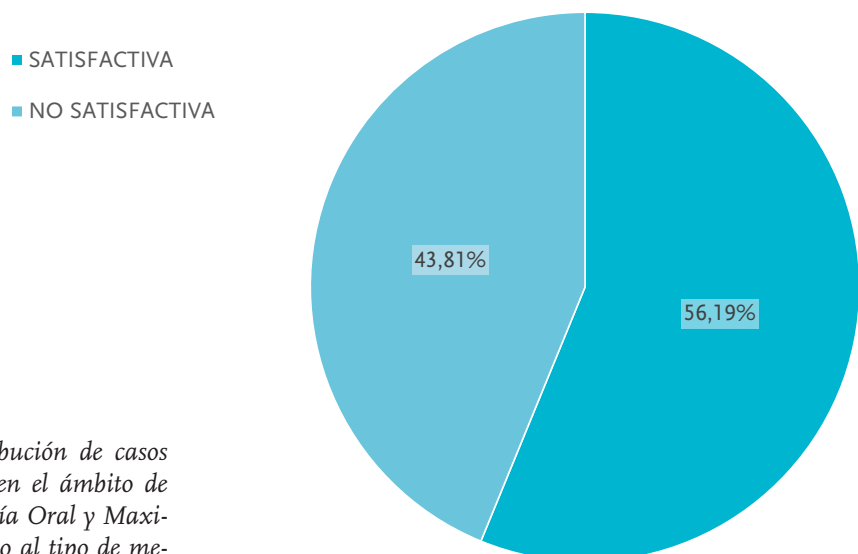


Figura 50. Distribución de casos de reclamaciones en el ámbito de acción de la Cirugía Oral y Maxilofacial, atendiendo al tipo de medicina implicado en el acto médico reclamado.

b.11) Existencia del documento de consentimiento informado (DCI)

Distribución de casos de reclamaciones en el ámbito de acción de la Cirugía Oral y Maxilofacial, atendiendo a la existencia o no de DCI previo a la realización del ejercicio implicado en el acto médico reclamado.

SÍ EXISTENCIA DE DCI	243	77,14 %
NO EXISTENCIA DE DCI	23	7,30 %
NO REGISTRADO	49	15,56 %
TOTAL	315	100 %

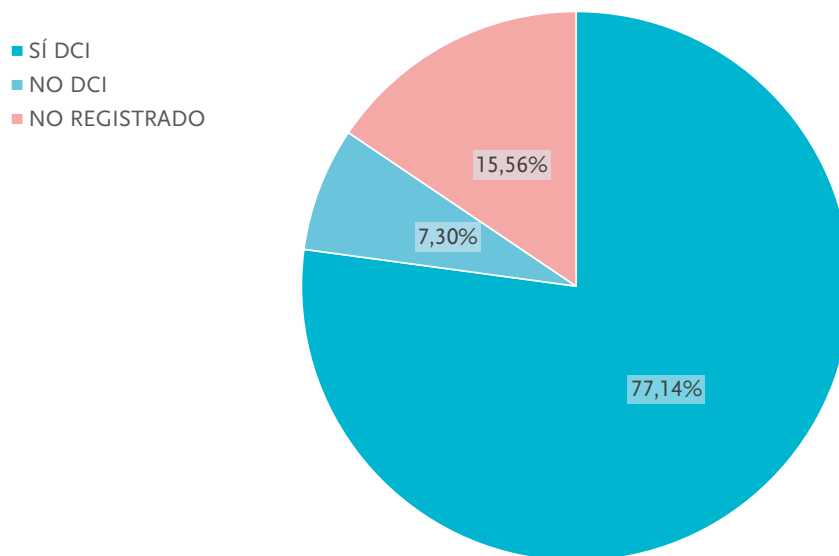


Figura 51. Distribución de casos de reclamaciones en el ámbito de acción de la Cirugía Oral y Maxilofacial, atendiendo a la existencia o no de DCI previo a la realización del ejercicio implicado en el acto médico reclamado

c. Resultados relativos al perjudicado/a en los procedimientos objeto de estudio:

c.1) Edad del perjudicado/a en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

c.2) Sexo del perjudicado/a en los procedimientos objeto de estudio.

c.3) Tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento del acto médico/quirúrgico que motivó la realización del acto que propició la reclamación.

c.1) Edad del perjudicado/a en los procedimientos objeto de estudio, en el momento del acto médico que ha motivado el procedimiento objeto de estudio.

Se registró la edad de los perjudicados/as involucrados/as en la muestra correspondiente a la totalidad de los procedimientos objeto de estudio en el momento del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio.

Del total de los 315 procedimientos analizados y seleccionados para su análisis, no fue posible registrar la edad del perjudicado/a en 49 expedientes.

El cálculo correspondiente a los 266 perjudicados/as restantes reflejó una media de edad de **42,75 años** en el momento de la realización del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio, con una edad mínima en toda la serie de 3 años y una máxima de 79 años, con una desviación estándar de 15,37 años.

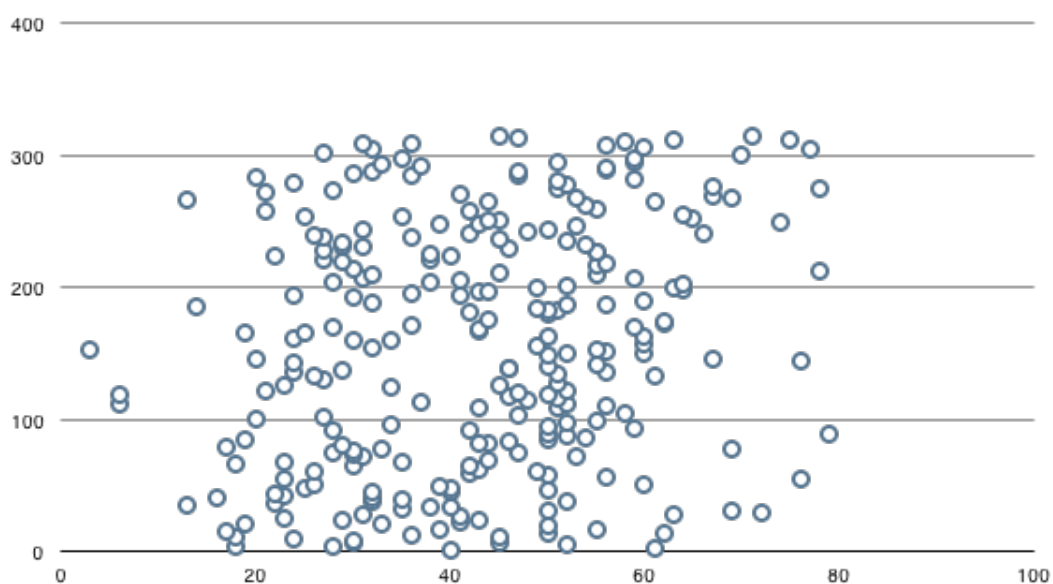


Figura 52. Distribución de la edad media de los perjudicados/as de la totalidad de la muestra objeto de estudio (en años). El número del caso está situado en el eje de ordenadas y la edad en años en el eje de abscisas.

c.2) Sexo del perjudicado/a en los procedimientos objeto de estudio.

Se registró el sexo del perjudicado/a en cada uno de los procedimientos objeto de estudio. De los 315 involucrados en el total de la muestra, 204 (64,76%) correspondían a **mujeres**, mientras que 111 (35,24%) correspondían a **varones**.

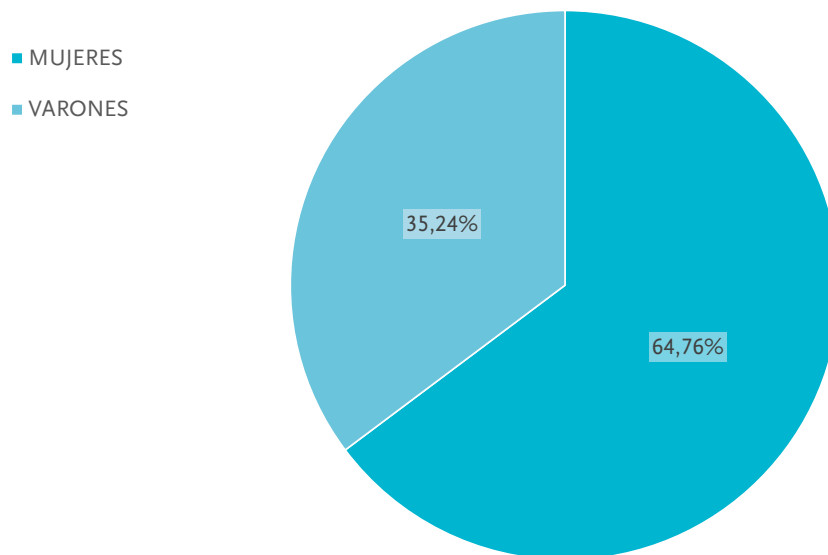


Figura 53. Distribución de los perjudicados/as de la totalidad de la muestra atendiendo al sexo de los mismos.

c.3) Tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento del acto médico/quirúrgico que motivó la realización del acto que propició la reclamación.

c.3.1) Distribución de casos de reclamaciones para el **total de la muestra** objeto de estudio, atendiendo al tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento de la realización del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio, clasificado por grupos.

ESTÉTICO FACIAL		BUCO-DENTAL		ONCOLÓGICO/TUMORAL ÁREA CABEZA Y CUELLO		FUNCIONAL	
DEFECTO ESTÉTICO FACIAL (EXCEPTUANDO NARIZ)	29 (9,21%)	RESTO RADICULAR	2 (0,63%)	QUISTE FACIAL	4 (1,27%)	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL (TABIQUE DESVIADO, ETC)	8 (2,54%)
DEFORMIDAD NASAL	42 (13,33%)	CORDALES	61	CARCINOMA ESCAMOSO ÁREA CABEZA Y CUELLO (CC)	6 (1,9%)	DDF	10 (3,17%)
		CANINO INCLUIDO	1 (0,32%)	CARCINOMA BASOCELULAR CC	4 (1,27%)	ANQUILOGLOSIA	1 (0,32%)
		PIEZA/S DENTAL/ES EN MAL ESTADO	47 (14,92%)	QUERATOACANTOMA FACIAL	1 (0,32%)	BRUXISMO	1 (0,32%)
		AUSENCIA DE PIEZA/S DENTAL/ES	66 (20,95%)	ADENOMA PLEOMORFO PAROTIDA	3 (0,95%)	TRIISMUS	1 (0,32%)
		QUISTE MANDIBULAR	1 (0,32%)	PARAGANGLIOMA DE CARÓTIDA	1 (0,32%)		
				LIPOMA PARAFARÍNGEO	1 (0,32%)		
				CAQ PARÓTIDA	1 (0,32%)		
TOTAL	71 (22,54%)		178 (56,51%)		21 (6,67%)		21 (6,67%)

ÁLGICO		TRAUMÁTICO		INFECCIOSO		OTROS	
DOLOR CRÓNICO TERRITORIO CC (A EXCEPCIÓN DE ATM)	1 (0,32%)	HERIDA CRANEO-FACIAL PARTES BLANDAS	3 (0,95%)	ABSCESO O CELULITIS CC	4 (1,27%)	HEMORRAGIA DIGESTIVA	1 (0,32%)
DOLOR +/- IMPO-TENCIA ATM	1 (0,32%)	TRAUMA NASAL AISLADO	1 (0,32%)	SINUSITIS CRÓNICA	1 (0,32%)	TUMOR PULMONAR	1 (0,32%)
		TRAUMA CRANEO-FACIAL (A EXCEPCIÓN DE NASAL Y MANDIBULAR AISLADO)	6 (1,9%)	SUBMAXILITIS	1 (0,32%)		
		FRACTURA MANDIBULAR AISLADA	3 (0,95%)				
TOTAL	2 (0,63%)		13 (4,13%)		6 (1,9%)		2 (0,63%)

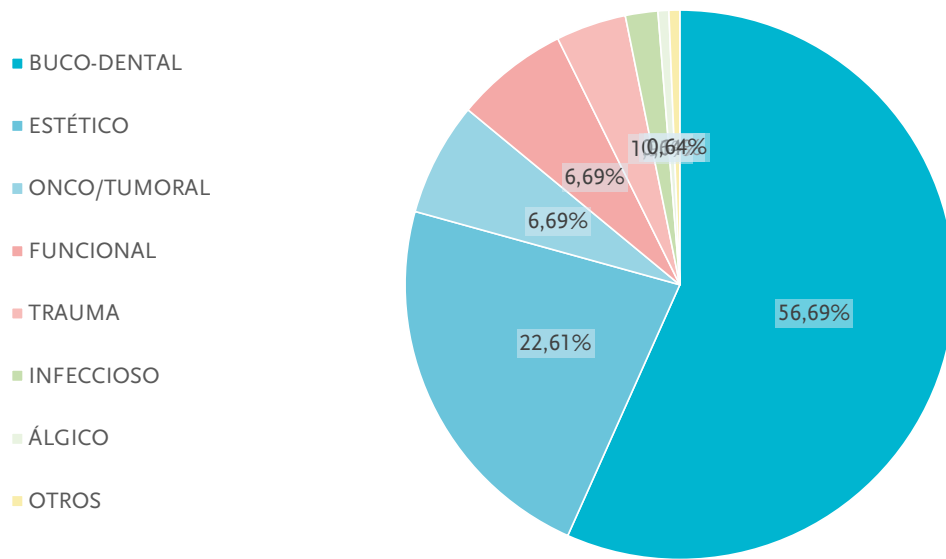


Figura 54. Distribución de casos de reclamaciones atendiendo al tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento de la realización del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio.

c.3.2) Distribución de casos de reclamaciones para la submuestra “**patología buco-dental**”, atendiendo al tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento de la realización del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio:

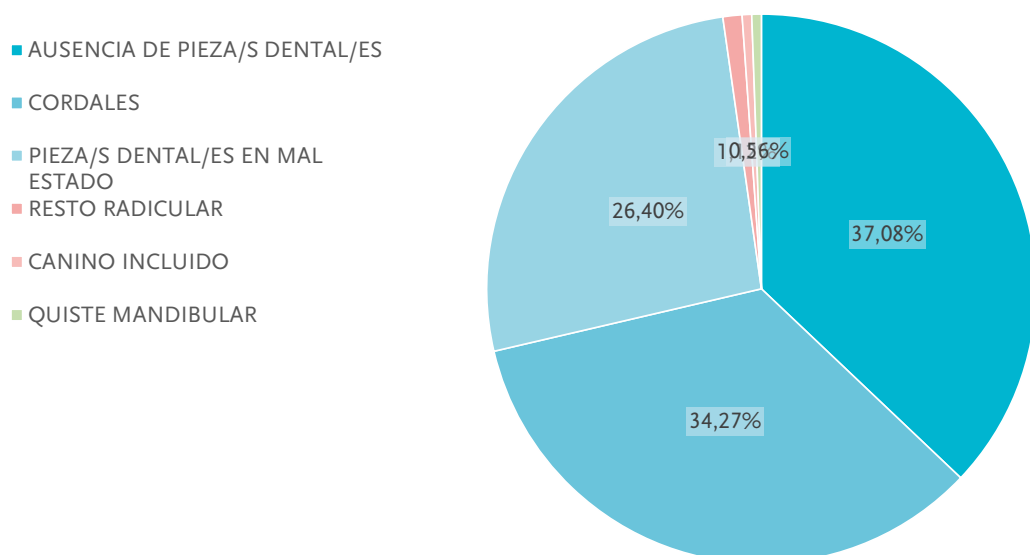


Figura 55. Distribución de casos de reclamaciones para la submuestra “patología buco-dental” atendiendo al tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento de la realización del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio.

c.3.3) Distribución de casos de reclamaciones para la submuestra “estética facial” objeto de estudio, atendiendo al tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento de la realización del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio:

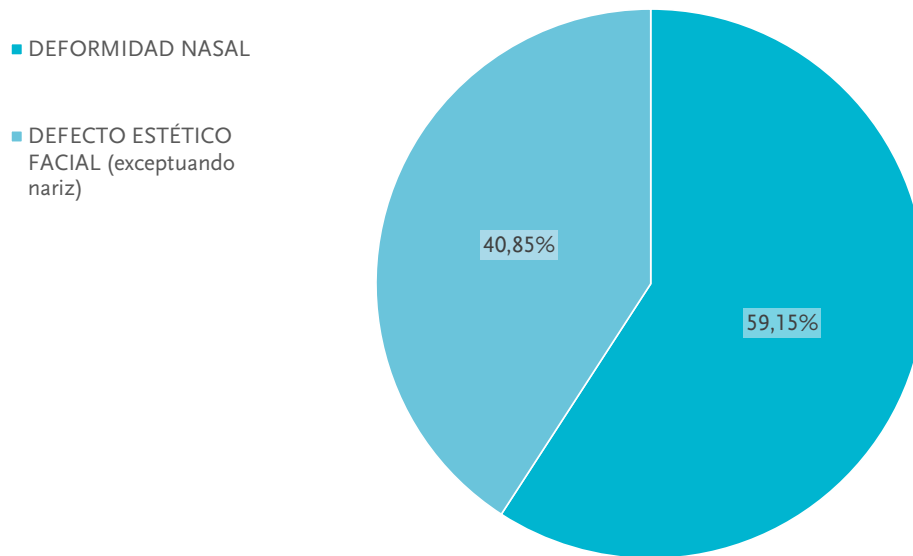
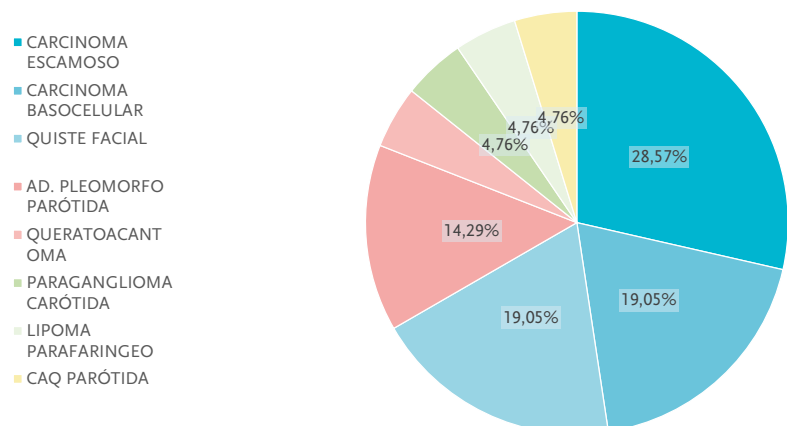


Figura 56. Distribución de casos de reclamaciones para la submuestra “estética facial” atendiendo al tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento de la realización del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio.

c.3.4) Distribución de casos de reclamaciones para la submuestra “patología oncológica/tumoral de cabeza y cuello” objeto de estudio, atendiendo al tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento de la realización del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio:

Figura 57.

Distribución de casos de reclamaciones para la submuestra “patología oncológica” atendiendo al tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento de la realización del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio.



c.3.5) Distribución de casos de reclamaciones para la submuestra “**patología funcional**” objeto de estudio, atendiendo al tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento de la realización del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio:

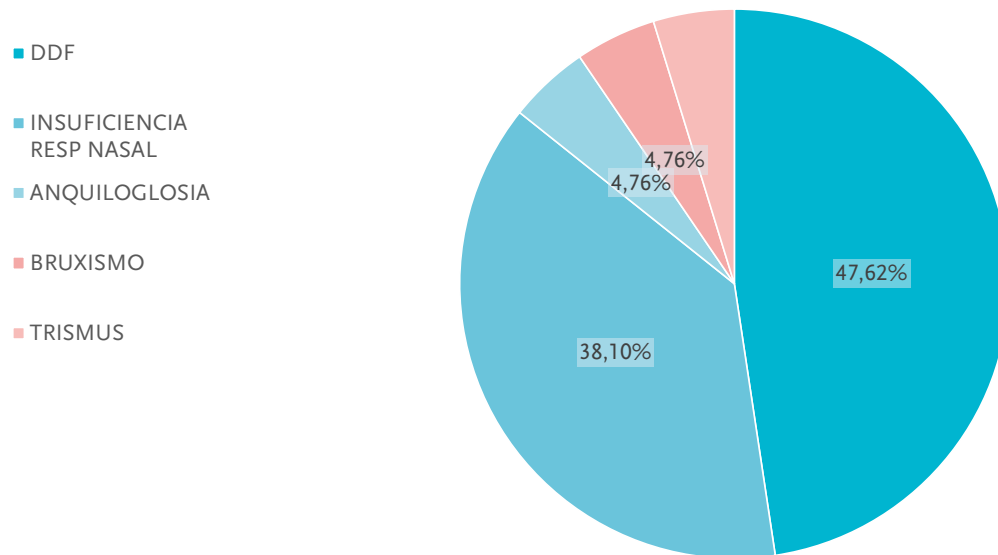


Figura 58. Distribución de casos de reclamaciones para la submuestra “patología funcional” atendiendo al tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento de la realización del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio.

d. Resultados relativos al profesional en los procedimientos objeto de estudio:

- d.1) Edad del profesional médico implicado en el procedimiento objeto de estudio.
- d.2) Sexo del profesional médico implicado en el procedimiento objeto de estudio.
- d.3) Especialidad del profesional médico implicado en el procedimiento objeto de estudio.
- d.4) Tiempo transcurrido desde la licenciatura en medicina del profesional médico implicado en el procedimiento objeto de estudio hasta la realización del acto que motivó la reclamación.
- d.5) Incidencias múltiples del profesional médico implicado en el procedimiento objeto de estudio.
- d.6) Número de profesionales médicos implicados en cada uno de los procedimientos objeto de estudio.

d.1) Edad del profesional médico implicado en el procedimiento objeto de estudio.

Se registró la edad del profesional médico implicado en la muestra correspondiente a la totalidad de los procedimientos objeto de estudio en el momento del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio.

Del total de los 315 procedimientos analizados y seleccionados para su análisis, no fue posible registrar la edad del profesional médico implicado en 65 de dichos expedientes.

El cálculo correspondiente a los 250 profesionales médicos implicados restantes reflejó una media de edad de **45,23 años** en el momento de la realización del acto médico motivo del procedimiento objeto de estudio, con una edad mínima en toda la serie de 27 años y una máxima de 80 años, con una desviación estándar de 9,48 años.

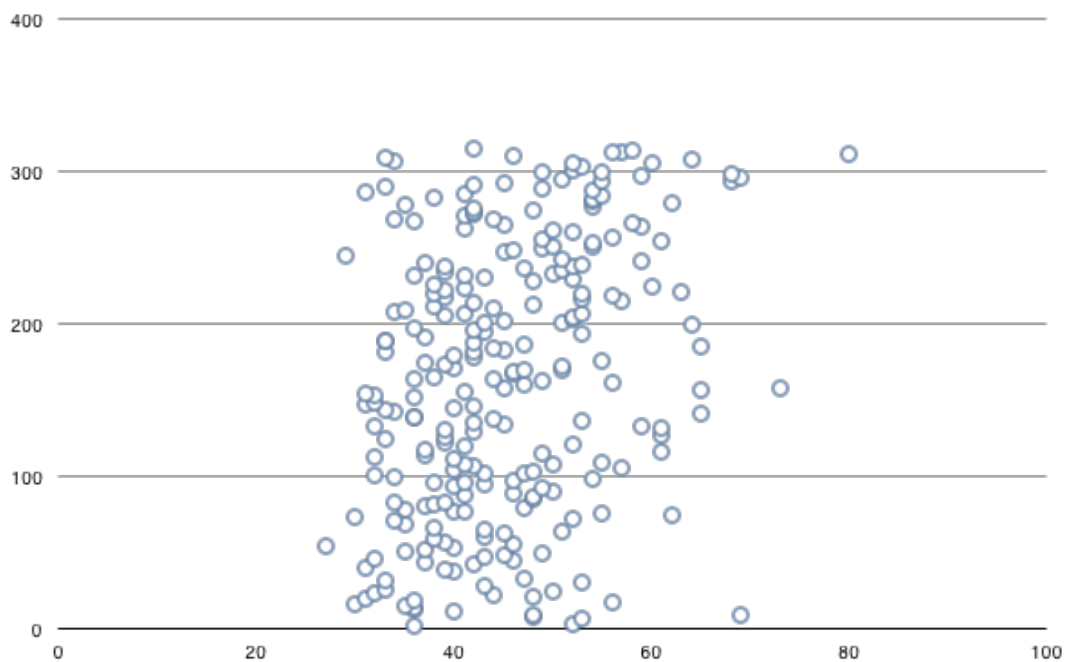


Figura 59. Distribución de la edad media de los profesionales médicos implicados de la totalidad de la muestra objeto de estudio (en años). El número del caso está situado en el eje de ordenadas y la edad en años en el eje de abscisas.

d.2) Sexo del profesional médico implicado en el procedimiento objeto de estudio.

Se registró el sexo del profesional médico implicado en cada uno de los procedimientos objeto de estudio. De los 315 involucrados en el total de la muestra, 294 (93,33%) correspondían a **varones**, mientras que 21 (6,67%) correspondían a **mujeres**.

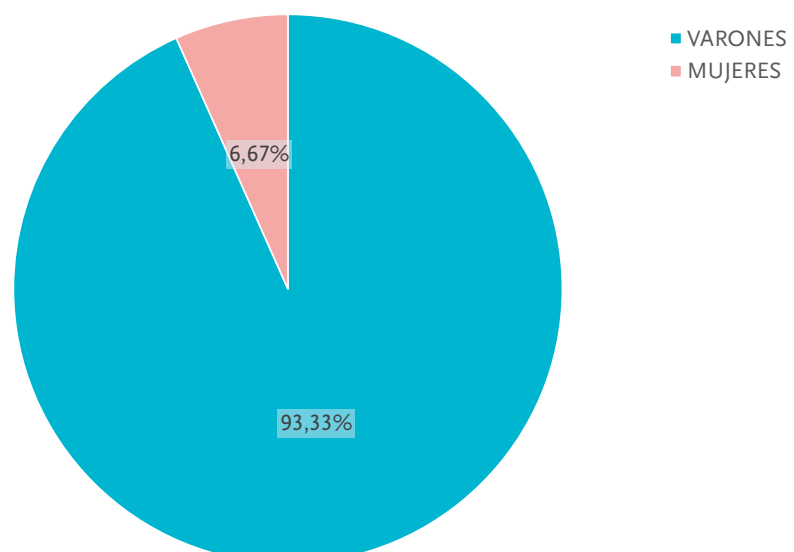


Figura 60. Distribución de los profesionales médicos implicados de la totalidad de la muestra atendiendo al sexo de los mismos.

d.3) Especialidad del profesional médico implicado en el procedimiento objeto de estudio.

En 297 del total de 315 profesionales médicos que componen la muestra fue posible registrar mediante la consulta de la base de datos si constaba alguna especialidad médica por parte del profesional médico implicado en el procedimiento objeto de estudio, mientras que no pudo registrarse en 18 de los 315 expedientes.

Los resultados de dicho análisis fueron los siguientes:

CIRUJANO/A MAXILOFACIAL	96 (30,47%)
ESTOMATÓLOGO /ODONTÓLOGO	72 (22,86%)
CIRUJANO/A PLÁSTICO/A	63 (20%)
CIRUJANO/A MAXILOFACIAL Y ODONTÓLOGO/A	29 (9,21%)
OTORRINOLARINGÓLOGO/A (ORL)	16 (5,08%)
DERMATÓLOGO/A	2 (0,63%)
CIRUJANO/A GENERAL	11 (3,49%)
OTRAS	8 (2,54%)
NO REGISTRADO	18 (5,71%)
TOTAL	315 (100%)

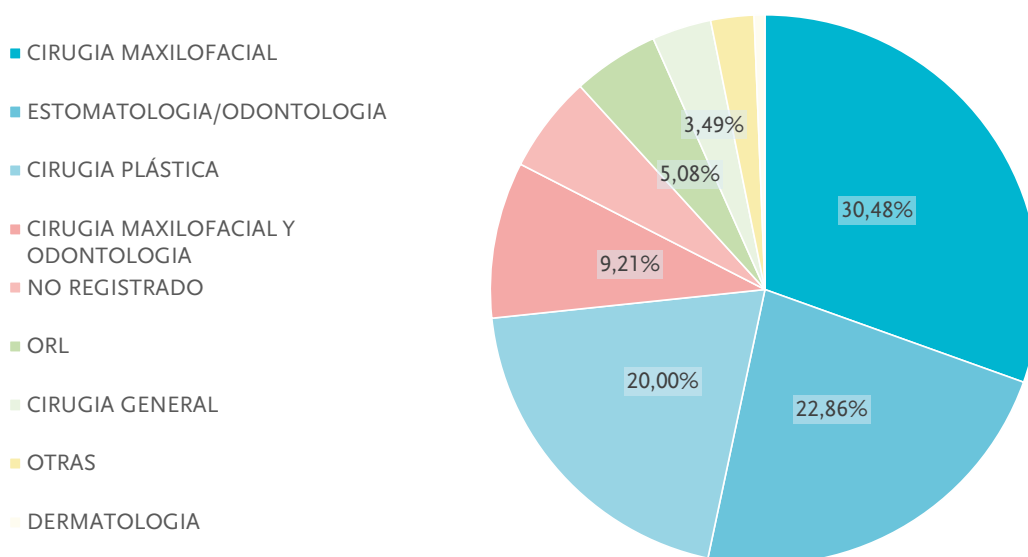


Figura 61. Distribución de los profesionales médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio atendiendo al registro en la base de datos del CCMC de alguna especialidad médica, atendiendo a la totalidad de la muestra.

Dentro de la submuestra “otras especialidades”, la distribución de frecuencias fue la siguiente:

CIRUJANO/A PEDIÁTRICO/A	1 (12,5%)
ANESTESISTA	1 (12,5%)

TRAUMATÓLOGO/A	4 (50%)
MÉDICO DE FAMILIA	1 (12,5%)
ONCÓLOGO/A	1 (12,5%)
TOTAL	8 (100%)

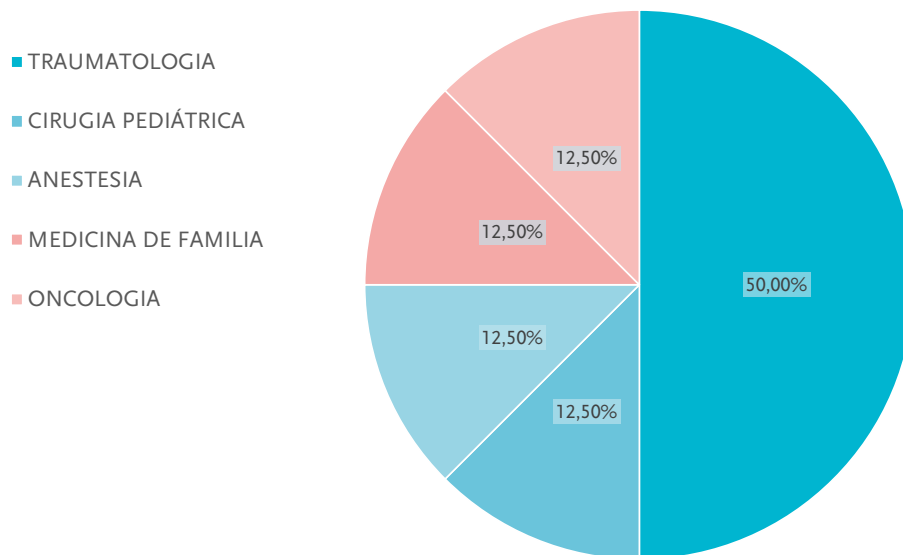


Figura 62. Distribución de los profesionales médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio atendiendo al registro en la base de datos del CCMC de alguna especialidad médica, atendiendo a la totalidad de la submuestra “OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS”.

d.4) Tiempo transcurrido desde la licenciatura en medicina del profesional médico implicado en el procedimiento objeto de estudio hasta la realización del acto que motivó la reclamación.

De un total de 315 profesionales médicos que componen la muestra, en 207 fue registrada la fecha de obtención de su licenciatura (en 108 casos no se disponía de la información necesaria para obtener este dato), así como la fecha del acto médico motivo del procedimiento, lo que permitió obtener el tiempo transcurrido desde el momento de la obtención de la licenciatura de los profesionales médicos implicados en el procedimiento de estudio hasta el acto médico objeto del procedimiento.

El tiempo medio transcurrido, en años, en estos 207 casos fue de **20,39 años**, con un tiempo mínimo de 3 años y un máximo de 44 años, con una desviación estándar de 8,77 años.

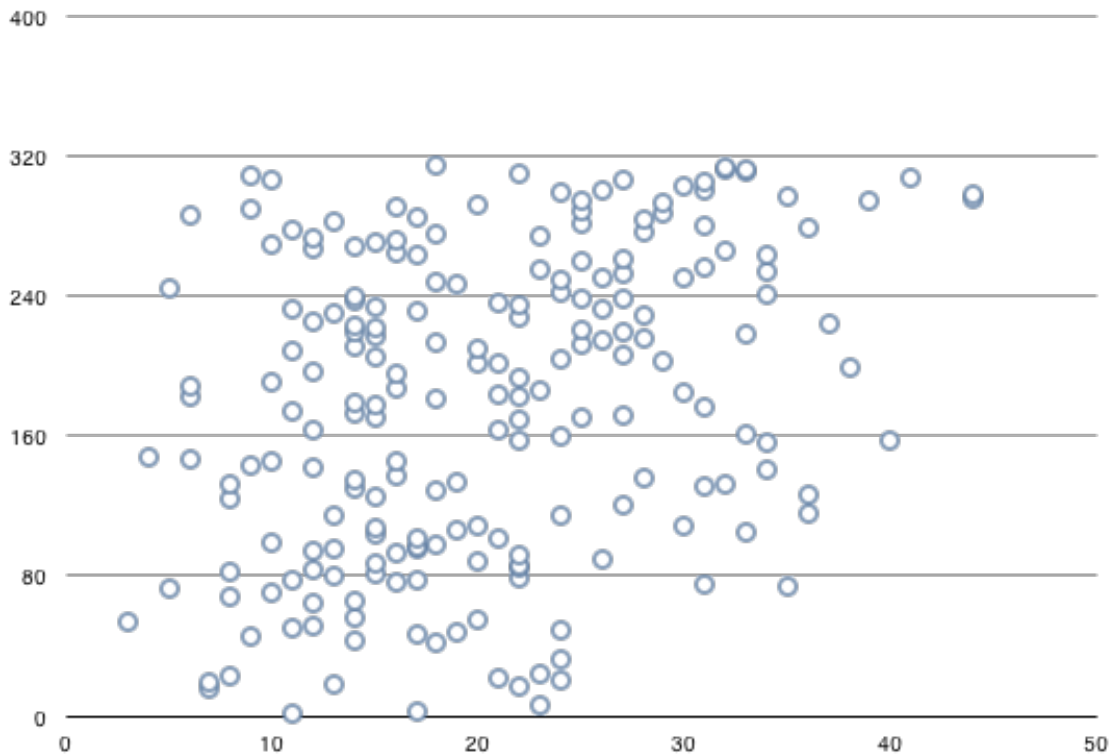


Figura 63. Distribución del tiempo medio transcurrido desde la obtención de la licenciatura de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio hasta el acto médico motivo del procedimiento (en años). La edad en años está representada en el eje de abscisas, y los casos en el eje de ordenadas.

d.5) Incidencias múltiples del profesional médico implicado en el procedimiento objeto de estudio.

Se ha definido la reincidencia (o incidencia múltiple) como el hecho de que alguno de los profesionales médicos objeto del estudio haya sido incluido en más de un procedimiento.

Del total de los 315 profesionales médicos que componen la muestra (1 profesional médico por cada expediente analizado), en 115 de los expedientes, los profesionales médicos implicados en el procedimiento de estudio han sido registrados como reincidentes. En los 200 expedientes restantes, no se ha registrado reincidencia.

En todos los casos se ha podido registrar la información necesaria para el análisis de los datos, sin prescindir de la misma por no estar correctamente identificados los profesionales médicos.

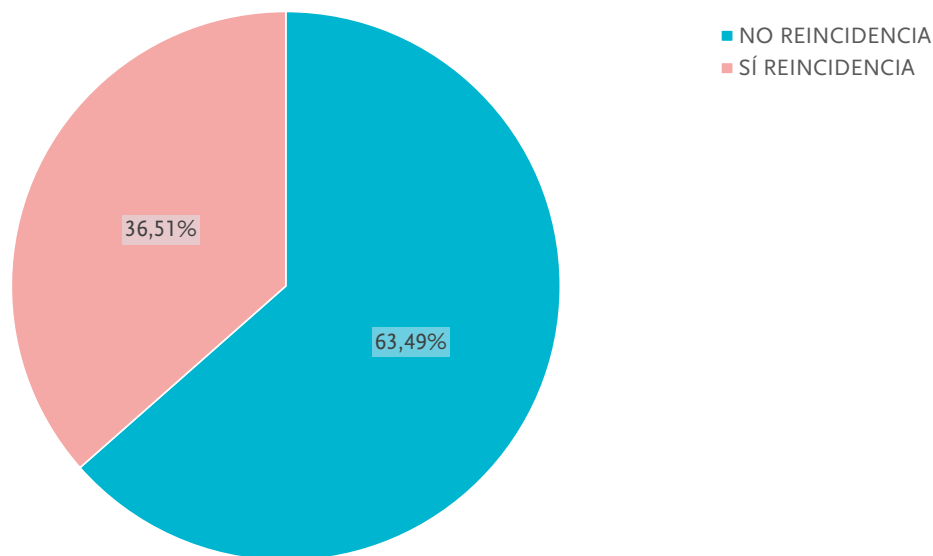


Figura 64. Distribución de las Incidencias múltiples del profesional médico implicado en el procedimiento objeto de estudio.

d.6) Número de profesionales médicos implicados en cada uno de los procedimientos objeto de estudio.

Se registró el número de profesionales médicos implicados en cada procedimiento. Atendiendo a los criterios de inclusión en la muestra, para que exista un caso debe existir como mínimo un profesional médico implicado.

En nuestro estudio, para el análisis del resto de variables de este apartado (edad, sexo, especialidad, tiempo desde la licenciatura hasta la realización del acto médico, incidencia múltiple del profesional), se ha tenido en cuenta el médico principal involucrado. Sin embargo, como ya se ha mencionado en apartados anteriores, existen procedimientos en los que se encuentran implicados diversos profesionales médicos.

Así pues, en los 315 casos de la muestra, se registraron un total de 315 profesionales principales implicados, aunque en varios expedientes (en concreto 39) se registraron también más de 1 profesional implicado, siendo la distribución como se muestra a continuación:

CASOS CON 1 PROFESIONAL IMPLICADO	276	87,62 %	87,62 %
CASOS CON 2 PROFESIONALES IMPLICADOS	31	9,84 %	12,37 %
CASOS CON 3 PROFESIONALES IMPLICADOS	6	1,9 %	
CASOS CON 4 PROFESIONALES IMPLICADOS	2	0,63 %	
TOTAL	315	100 %	100 %

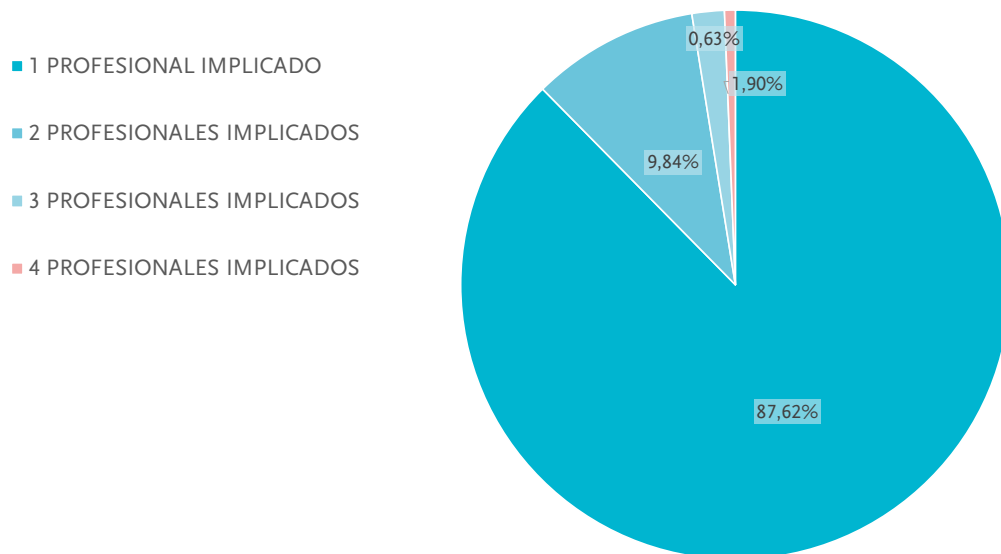


Figura 65. Distribución del número de profesionales médicos implicados en cada uno de los casos de la totalidad de la muestra.

2.6.3. Resultados del análisis estadístico bivariable.

En el análisis bivariable de la muestra se pretendía explorar la relación de la variable principal (existencia o no de responsabilidad médica profesional) con las diferentes variables que podrían tener interés para las reclamaciones por responsabilidad profesional en Cirugía Oral y Maxilofacial.

Se analizó la relación entre la consideración de que había existido responsabilidad profesional por parte del facultativo y: la edad del facultativo, el sexo del facultativo, la especialidad del facultativo, los años transcurridos desde la licenciatura del facultativo hasta la realización del acto médico-quirúrgico que motivó la reclamación, la edad del/la perjudicado/a, el sexo del/la perjudicado/a, el tipo de acto médico/quirúrgico, la urgencia del acto médico/quirúrgico, el tipo de ejercicio del acto reclamado, el tipo de secuela o daño reversible padecido por el/la perjudicado/a, el ámbito asistencial donde se realizó el acto médico/quirúrgico, la presencia o no de DCI y si el acto médico/quirúrgico motivo de reclamación se consideró medicina satisfactiva o no.

La variable responsabilidad demostró una asociación estadísticamente significativa con: el **tipo de ejercicio del acto reclamado** ($p=0,012$; estadístico exacto de Fisher= $0,013$; suponiendo los casos de responsabilidad un mayor porcentaje en la práctica privada que en la pública, con un 36,5% frente a un 17,6%), el **urgencia del acto reclamado** ($p=0,042$; estadístico exacto de Fisher= $0,067$; suponiendo los casos de responsabilidad un mayor porcentaje en los actos programados que en los urgentes, con un 35% frente a un 8%), el **tipo de secuela o daño reversible** sufrido por el/la perjudicado/a ($p=0,042$; suponiendo el mayor porcentaje de casos de responsabilidad en las secuelas o daños reversibles nerviosos de tipo sensitivo o motor, con un 42,6%) y finalmente la **presencia o no de DCI** ($p=0,000$; suponiendo los casos de responsabilidad un mayor porcentaje en los actos en los que no se disponía de DCI frente a los actos en los que éste sí estaba presente, con un 73,9% frente a un 32,1%).

Comparación entre edad del médico y existencia de responsabilidad médica

RESUMEN DE PROCESAMIENTO DE CASOS						
	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS			
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
EDAD (AÑOS) DEL MÉDICO *						
HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?	243	,8	72	,2	315	1,0

INFORME				
EDAD (AÑOS) DEL MÉDICO				
HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?		MEDIA	N	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
	SI	45,52	87	9,200
	NO	44,76	156	9,431
	TOTAL	45,03	243	9,337

TABLA DE ANOVA						
		SUMA DE CUADRADOS	GL	MEDIA CUADRÁTICA	F	SIG.
EDAD (AÑOS) DEL MÉDICO *	ENTRE GRUPOS COMBINADO)	31,788	1	31,788	,364	,547
	DENTRO DE GRUPOS	21065,948	241	87,411		
HAY RESPON- SABILIDAD MÉDICA?	TOTAL	21097,737	242			

Comparación entre sexo del médico y existencia de responsabilidad médica:

RESUMEN DE PROCESAMIENTO DE CASOS						
CASOS						
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
SEXO (MÉDICO)*						
HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?	305	1,0	10	,0	315	1,0

SEXO (MÉDICO)* HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA? TABULACIÓN CRUZADA					
			HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?		TOTAL
			SI	NO	
SEXO (MÉDICO)	HOMBRE	RECuento	98	186	284
		% DENTRO DE MÉDICO: SEXO	35 %	65 %	100 %
	MUJER	RECuento	5	16	21
		% DENTRO DE MÉDICO: SEXO	24 %	76 %	100 %
TOTAL		RECuento	103	202	305
		% DENTRO DE MÉDICO: SEXO	34 %	66 %	100 %

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO					
	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)	SIGNIFI- CACIÓN EXACTA (2 CARAS)	SIGNIFI- CACIÓN EXACTA (1 CARA)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	1,000	1	,317		
CORRECCIÓN DE CONTINUIDAD (B)	,579	1	,447		
RAZÓN DE VEROSIMILITUD	1,057	1	,304		
PRUEBA EXACTA DE FISHER				,473	,227
ASOCIACIÓN LINEAL POR LINEAL	,997	1	,318		
N DE CASOS VÁLIDOS	305				

Comparación entre la especialidad del médico y existencia de responsabilidad médica

RESUMEN DE PROCESAMIENTO DE CASOS						
CASOS						
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
ESPECIALIDAD (MÉDICO) * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?	288	,9	27	,1	315	1,0

ESPECIALIDAD (MÉDICO) * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA? TABULACIÓN CRUZADA					
			HAY RESPON-SABILIDAD MÉDICA?		TOTAL
			SI	NO	
ESPECIALIDAD (MÉDICO)	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	RECuento	28	66	94
		% DENTRO DE MÉDICO: ESPECIALIDAD	30 %	70 %	100 %
	ODONTOLOGÍA	RECuento	1	1	2
		% DENTRO DE MÉDICO: ESPECIALIDAD	50 %	50 %	100 %
	CIRUGÍA MAXILOFACIAL Y ODONTOLOGÍA	RECuento	9	18	27
		% DENTRO DE MÉDICO: ESPECIALIDAD	33 %	67 %	100 %
	CIRUGÍA PLÁSTICA	RECuento	26	35	61
		% DENTRO DE MÉDICO: ESPECIALIDAD	43 %	57 %	100 %
	ESTOMATOLOGÍA	RECuento	28	41	69
		% DENTRO DE MÉDICO: ESPECIALIDAD	41 %	59 %	100 %
	OTORRINO-LARINGOLOGÍA	RECuento	2	14	16
		% DENTRO DE MÉDICO: ESPECIALIDAD	13 %	88 %	100 %
	DERMATOLOGÍA	RECuento	0	2	2
		% DENTRO DE MÉDICO: ESPECIALIDAD	0 %	100 %	100 %
	OTRAS ESPECIALIDADES	RECuento	4	13	17
		% DENTRO DE MÉDICO: ESPECIALIDAD	24 %	76 %	100 %
	TOTAL	RECuento	98	190	288
		% DENTRO DE MÉDICO: ESPECIALIDAD	34 %	66 %	100 %

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO			
	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	9,482	7	,220
RAZÓN DE VEROSIMILITUD	10,668	7	,154
ASOCIACIÓN LINEAL POR LINEAL	,011	1	,918
N DE CASOS VÁLIDOS	288		

Comparación entre el tiempo transcurrido desde la licenciatura del médico hasta la realización del acto médico y existencia de responsabilidad médica:

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE CASOS						
	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
T TRANSCURRIDO DESDE LICENCIATURA HASTA ACTO M/Q (AÑOS) * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?	201	,6	114	,4	315	1,0

INFORME				
T TRANSCURRIDO DESDE LICENCIATURA HASTA ACTO M/Q (AÑOS)				
		MEDIA	N	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?	SI	20,45	78	8,597
	NO	19,85	123	8,533
	TOTAL	20,08	201	8,542

TABLA DE ANOVA						
		SUMA DE CUADRADOS	GL	MEDIA CUADRÁTICA	F	SIG.
T TRANSCURRIDO DESDE LICENCIATURA HASTA ACTO M/Q (AÑOS) * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?	ENTRE GRUPOS (COMBINADO)	16,901	1	16,901	,231	,631
	DENTRO DE GRUPOS	14574,661	199	73,240		
	TOTAL	14591,562	200			

Comparación entre la edad del/la perjudicado/a y existencia de responsabilidad médica:

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE CASOS						
	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
EDAD (AÑOS) DEL AFECTADO * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?	258	,8	57	,2	315	1,0

INFORME				
EDAD (AÑOS) DEL AFECTADO				
HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?		MEDIA	N	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
	SI	43,06	88	15,557
	NO	42,11	170	15,199
	TOTAL	42,43	258	15,299

TABLA DE ANOVA						
		SUMA DE CUADRADOS	GL	MEDIA CUADRÁTICA	F	SIG.
EDAD (AÑOS) DEL AFECTADO * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?	ENTRE GRUPOS (COMBINADO)	52,434	1	52,434	,223	,637
	DENTRO DE GRUPOS	60098,810	256	234,761		
	TOTAL	60151,244	257			

Comparación entre el sexo del/la perjudicado/a y existencia de responsabilidad médica:

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE CASOS							
CASOS							
		VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
		N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
SEXO (AFECTADO) * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?		305	1,0	10	,0	315	1,0

SEXO (AFECTADO) * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA? TABULACIÓN CRUZADA						
				HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?		TOTAL
				SI	NO	
SEXO (AFECTADO)	HOMBRE	RECuento		32	76	108
		% DENTRO DE AFECTADO: SEXO		,3	,7	1,0
	MUJER	RECuento		71	126	197
		% DENTRO DE AFECTADO: SEXO		,4	,6	1,0
TOTAL		RECuento		103	202	305
		% DENTRO DE AFECTADO: SEXO		,3	,7	1,0

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO					
	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTI- CA (2 CARAS)	SIGNIFICA- CIÓN EXAC- TA (2 CARAS)	SIGNIFI- CACIÓN EXACTA (1 CARA)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	1,282	1	,258		
CORRECCIÓN DE CONTINUIDAD (B)	1,011	1	,315		
RAZÓN DE VEROSIMILITUD	1,295	1	,255		
PRUEBA EXACTA DE FISHER				,311	,157
ASOCIACIÓN LINEAL POR LINEAL	1,278	1	,258		
N DE CASOS VÁLIDOS	305				

Comparación entre el tipo de acto quirúrgico y existencia de responsabilidad médica

TIPO DE ACTO QUIRÚRGICO * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA? TABULACIÓN CRUZADA					
			HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?		TOTAL
			SI	NO	
TIPO DE ACTO QUIRÚRGICO	CIRUGÍA ONCOLÓGICA	RECuento	3	8	11
		% DENTRO DE TIPO DE ACTO QUIRÚRGICO	27,3 %	72,7 %	100,0 %
	CIRUGÍA ESTÉTICA FACIAL	RECuento	30	49	79
		% DENTRO DE TIPO DE ACTO QUIRÚRGICO	38,0 %	62,0 %	100,0 %
	CIRUGÍA ORAL	RECuento	64	115	179
		% DENTRO DE TIPO DE ACTO QUIRÚRGICO	35,8 %	64,2 %	100,0 %
	TRAUMATOLOGIA	RECuento	1	11	12
		% DENTRO DE TIPO DE ACTO QUIRÚRGICO	8,3 %	91,7 %	100,0 %
	CIRUGÍA DE LAS DDF	RECuento	1	9	10
		% DENTRO DE TIPO DE ACTO QUIRÚRGICO	10,0 %	90,0 %	100,0 %
	CIRUGÍA GLÁNDULAS SALIVALES	RECuento	1	3	4
		% DENTRO DE TIPO DE ACTO QUIRÚRGICO	25,0 %	75,0 %	100,0 %
	CIRUGÍA INFECCIONES	RECuento	2	5	7
		% DENTRO DE TIPO DE ACTO QUIRÚRGICO	28,6 %	71,4 %	100,0 %
	OTRAS	RECuento	1	2	3
		% DENTRO DE TIPO DE ACTO QUIRÚRGICO	33,3 %	66,7 %	100,0 %
	TOTAL	RECuento	103	202	305
		% DENTRO DE TIPO DE ACTO QUIRÚRGICO	33,8 %	66,2 %	100,0 %

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO			
	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI- CUADRADO DE PEARSON	7,367	7	.392
RAZÓN DE VEROSIMILITUD	8,810	7	.267
ASOCIACIÓN LINEAL POR LINEAL	1,689	1	.194
N DE CASOS VÁLIDOS	305		

Comparación entre el tipo de atención y existencia de responsabilidad médica

URGENCIA DEL ACTO M/Q * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA? TABULACIÓN CRUZADA					
			HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?		TOTAL
			SI	NO	
URGENCIA DEL ACTO QUIRÚRGICO	URGENTE	RECuento	1	12	13
		% DENTRO DE URGENCIA DEL ACTO M/Q	8 %	92 %	100 %
	PROGRAMADO	RECuento	102	190	292
		% DENTRO DE URGENCIA DEL ACTO M/Q	35 %	65 %	100 %
TOTAL		RECuento	103	202	305
		% DENTRO DE URGENCIA DEL ACTO M/Q	34 %	66 %	100 %

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO					
CHI-CUADRADO DE PEARSON	4,129	1	.042		
CORRECCIÓN DE CONTINUIDAD (B)	3,001	1	.083		
RAZÓN DE VEROSIMILITUD	5,184	1	.023		
PRUEBA EXACTA DE FISHER				.067	.033
ASOCIACIÓN LINEAL POR LINEAL	4,115	1	.042		
N DE CASOS VÁLIDOS	305				

Comparación entre el tipo de ejercicio del acto reclamado y la existencia de responsabilidad médica:

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE CASOS						
	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
TIPO DE EJERCICIO DEL ACTO RECLAMADO *	305	1,0	10	.0	315	1,0

TIPO DE EJERCICIO DEL ACTO RECLAMADO * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA? TABULACIÓN CRUZADA					
			HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?		TOTAL
			SI	NO	
TIPO DE EJERCICIO DEL ACTO RECLAMADO	PÚBLICO	RECuento	7	35	42
		% DENTRO DE TIPO DE EJERCICIO DEL ACTO RECLAMADO	16,7 %	83,3 %	1,0
	PRIVADO	RECuento	96	167	263
		% DENTRO DE TIPO DE EJERCICIO DEL ACTO RECLAMADO	36,5 %	63,5 %	1,0
TOTAL		RECuento	103	202	305
		% DENTRO DE TIPO DE EJERCICIO DEL ACTO RECLAMADO	33,8 %	66,2 %	100,0 %

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO					
	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTI-CA (2 CARAS)	SIGNIFICA-CIÓN EXAC-TA (2 CARAS)	SIGNIFI-CACIÓN EXACTA (1 CARA)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	6,371	1	,012		
CORRECCIÓN DE CONTINUIDAD (B)	5,515	1	,019		
RAZÓN DE VEROSIMILITUD	7,060	1	,008		
PRUEBA EXACTA DE FISHER				,013	,007
ASOCIACIÓN LINEAL POR LINEAL	6,350	1	,012		
N DE CASOS VÁLIDOS	305				

Comparación entre la secuela/daño reversible sufrido por el/la perjudicado/a y la existencia de responsabilidad médica

SECUELA/DAÑO REVERSIBLE * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA? TABULACIÓN CRUZADA					
			HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?		TOTAL
			SI	NO	
SECUELA/ DAÑO REVER- SIBLE	ESTÉTICA	RECuento	24	42	66
		% DENTRO DE SECUELAS	36,4 %	63,6 %	100,0 %
	FUNCIONAL	RECuento	31	44	75
		% DENTRO DE SECUELAS	41,3 %	58,7 %	100,0 %
	ÁLGICA	RECuento	7	27	34
		% DENTRO DE SECUELAS	20,6 %	79,4 %	100,0 %
	PROTÉSICA	RECuento	1	8	9
		% DENTRO DE SECUELAS	11,1 %	88,9 %	100,0 %
	SENSORIAL/MOTORA	RECuento	29	39	68
		% DENTRO DE SECUELAS	42,6 %	57,4 %	100,0 %
	OTRAS	RECuento	4	17	21
		% DENTRO DE SECUELAS	19,0 %	81,0 %	100,0 %
	MUERTE	RECuento	2	9	11
		% DENTRO DE SECUELAS	18,2 %	81,8 %	100,0 %
	NINGUNA	RECuento	0	7	7
		% DENTRO DE SECUELAS	0,0 %	100,0 %	100,0 %
	FRACTURAS	RECuento	5	9	14
		% DENTRO DE SECUELAS	35,7 %	64,3 %	100,0 %
TOTAL	RECuento	103	202	305	
	% DENTRO DE SECUELAS	33,8 %	66,2 %	100,0 %	

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO			
	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	16,043	8	,042
RAZÓN DE VEROSIMILITUD	19,089	8	,014
ASOCIACIÓN LINEAL POR LINEAL	1,822	1	,177
N DE CASOS VÁLIDOS	305		

Comparación entre el ámbito asistencial y la existencia de responsabilidad médica:

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE CASOS						
	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
ÁMBITO ASISTENCIAL * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?	305	1,0	10	,0	315	1,0

ÁMBITO ASISTENCIAL DONDE SE REALIZÓ EL ACTO MÉDICO * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?					
TABULACIÓN CRUZADA					
			HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?		TOTAL
			SI	NO	
ÁMBITO ASISTENCIAL DONDE SE REALIZÓ EL ACTO MÉDICO	HOSPITALARIO	RECuento	54	105	159
		% DENTRO DE ÁMBITO ASISTENCIAL	34,0 %	66,0 %	100,0 %
	EXTRA-HOSPITALARIO	RECuento	49	97	146
		% DENTRO DE ÁMBITO ASISTENCIAL	33,6 %	66,4 %	100,0 %
TOTAL		RECuento	103	202	305
		% DENTRO DE ÁMBITO ASISTENCIAL	33,8 %	66,2 %	100,0 %

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO						
CHI-CUADRADO DE PEARSON	,005	1	,941			
CORRECCIÓN DE CONTINUIDAD (B)	,000	1	1,000			
RAZÓN DE VEROSIMILITUD	,005	1	,941			
PRUEBA EXACTA DE FISHER				1,000	,519	
ASOCIACIÓN LINEAL POR LINEAL	,005	1	,941			
N DE CASOS VÁLIDOS	305					
N DE CASOS VÁLIDOS	305					

Comparación entre la existencia de dci y la existencia de responsabilidad médica:

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE CASOS						
	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
DCI * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?	305	1,0	10	,0	315	1,0

DCI * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA? TABULACIÓN CRUZADA					
			HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?		TOTAL
			SI	NO	
DCI	NO REGISTRADO	RECuento	11	37	48
		% DENTRO DE DCI	22,9 %	77,1 %	100,0 %
	SI	RECuento	75	159	234
		% DENTRO DE DCI	32,1 %	67,9 %	100,0 %
	NO	RECuento	17	6	23
		% DENTRO DE DCI	73,9 %	26,1 %	100,0 %
TOTAL		RECuento	103	202	305
		% DENTRO DE DCI	33,8 %	66,2 %	100,0 %

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO			
	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (2 CARAS)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	19,408	2	,000
RAZÓN DE VEROSIMILITUD	18,464	2	,000
N DE CASOS VÁLIDOS	305		

Comparación entre el tipo de medicina del acto reclamado y la existencia de responsabilidad médica:

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE CASOS						
	CASOS					
	VÁLIDOS		PERDIDOS		TOTAL	
	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE	N	PORCENTAJE
SE CONSIDERA MEDICINA SATISFACTIVA? * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?	305	1,0	10	,0	315	1,0

SE CONSIDERA MEDICINA SATISFACTIVA? * HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA? TABULACIÓN CRUZADA					
			HAY RESPONSABILIDAD MÉDICA?		TOTAL
			SI	NO	
SE CONSIDERA MEDICINA SATISFACTIVA?	SI	RECuento	56	107	163
		% DENTRO DE MEDICINA SATISFACTIVA?	34,4 %	65,6 %	100,0 %
	NO	RECuento	47	95	142
		% DENTRO DE MEDICINA SATISFACTIVA?	33,1 %	66,9 %	100,0 %
TOTAL		RECuento	103	202	305
		% DENTRO DE MEDICINA SATISFACTIVA?	33,8 %	66,2 %	100,0 %

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO					
	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTI- CA (2 CARAS)	SIGNIFICA- CIÓN EXAC- TA (2 CARAS)	SIGNIFI- CACIÓN EXACTA (1 CARA)
CHI-CUADRADO DE PEARSON	,054	1	,817		
CORRECCIÓN DE CONTINUIDAD (B)	,012	1	,912		
RAZÓN DE VEROSIMILITUD	,054	1	,817		
PRUEBA EXACTA DE FISHER				,903	,456
ASOCIACIÓN LINEAL POR LINEAL	,053	1	,817		
N DE CASOS VÁLIDOS	305				

2.7. DISCUSIÓN

A continuación se ha realizado un análisis y discusión de los resultados de las variables obtenidas derivadas del mismo comparándolos con los publicados en la bibliografía, en primer lugar de un modo general en base a los resultados de las variables relacionadas con la reclamación propiamente dicha, con el acto médico o quirúrgico, con el perjudicado y por último con el profesional médico, y en segundo lugar en base a los actos médicos o subespecialidades más frecuentemente reclamadas.

2.7.1. Análisis general de los resultados de las variables de las reclamaciones registradas en el ámbito de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Incidencia y evolución en el tiempo.

En primer lugar, y para la mejor comprensión del análisis de la responsabilidad profesional médica derivada del ejercicio de la Cirugía Oral y Maxilofacial, es primordial una visión inicial global respecto a lo que se refiere a su incidencia y a la incidencia acumulada.

La incidencia se corresponde con el número de casos nuevos de reclamación para la especialidad analizada en el periodo estudiado en la muestra estudiada, mientras que la incidencia acumulada consiste en la proporción de la muestra estudiada en la que existe un caso de reclamación de la especialidad analizada, en el periodo de tiempo estudiado. La diferenciación entre estos dos conceptos, permitirá una mejor comprensión y contextualización de la totalidad del análisis.

En este sentido y habiendo realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva, podemos empezar afirmando que tanto la incidencia propiamente dicha como la incidencia acumulada de reclamaciones en el ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial ha sido poco estudiada, existiendo pocos trabajos publicados en la literatura y por tanto haciendo difícil las comparaciones entre los mismos y el presente análisis, no sólo por la escasez de los mismos ya mencionada, sino también por la diferente categorización utilizada en cada uno de los trabajos, la contextualización propia de cada estudio y sobretodo por el hecho de que la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial en España no está categorizada o definida igual que en otros países, como por ejemplo en EEUU, donde la Cirugía Oral y Maxilofacial propiamente dicha es una especialidad dentro del ámbito odontológico y no médico (correspondiéndose pues nuestra especialidad con la especialidad de Head and Neck Surgery, que seria su equivalente en dicho país).

Así pues y en el presente estudio, dentro del análisis global inicial, considerando la

totalidad de las reclamaciones registradas en la base de datos del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) entre los años 1990 y 2014 (24 años), se correspondieron con reclamaciones relacionadas con el ámbito de actuación de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial 356 de las mismas (485 expedientes iniciales menos 129 que se depuraron por ser puramente odontológicos). Por ello, y teniendo en cuenta que en este periodo de 24 años (1990-2014) en el CCMC se registraron 7.909 reclamaciones, esto se corresponde con una incidencia acumulada de un 0,045 (4,5%) para la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial en 24 años, concluyéndose que se trata de una especialidad con riesgo medio de reclamación, siendo dichos resultados compatibles con todos los hallados en el resto de la literatura científica, nacional e internacional.

Datos similares se concluyen del estudio de A.R. Simonsen (Simonsen, 2012), donde en el transcurso de 29 años (desde 1978 hasta 2007) y tras la recogida de la información de 16 diferentes compañías médicas de seguros (pertenecientes a la Asociación de Aseguradoras Médicas de América, PIAA), se obtuvieron un total de 315 reclamaciones en el ámbito de la cirugía de cabeza y cuello (aunque no se menciona el número total de reclamaciones en ese periodo para un cálculo fiable de la incidencia acumulada).

En el caso del trabajo de EK. Badenoch-Jones et al (Badenoch-Jones, 2015), se buscaron y analizaron los expedientes tramitados por la vía judicial civil relacionados con los campos de la odontología general (en concreto los procedimientos de cirugía oral) y de la Cirugía Oral y Maxilofacial en también un periodo similar al nuestro (20 años), utilizando las tres principales bases de datos legales del país (Westlaw AU, LexisNexis AU, y AustLII)

En esta publicación, sólo se objetivaron 15 casos de negligencia en el ámbito medicolegal en el campo de la Cirugía Oral y Maxilofacial, casos registrados en todas las jurisdicciones australianas excepto en el territorio norte del país.

Estos datos indican un incidencia baja de reclamaciones en dicho ámbito, aunque debe remarcarse que una característica a destacar de este estudio es que únicamente fueron registrados los expedientes en los que figuraban resoluciones judiciales en el ámbito civil, por lo que no pudieron registrarse aquellas reclamaciones extrajudiciales, judiciales penales e incluso aquellas tramitadas por la vía judicial civil pero que finalmente se solucionaron mediante acuerdo extrajudicial, limitando pues los datos para el análisis comparativo con nuestra serie.

Los autores A. Gulati et al (Gulati, 2012) , en su estudio publicado en la bibliografía fruto del análisis de todos los datos de las reclamaciones registradas en el ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial entre los años 1995 y 2010 obtenidos mediante una ex-

haustiva revisión utilizando la NHS Litigation Authority (NHSLA, fundada en 1995 con el objetivo de indemnizar a los miembros ingleses del sistema nacional de salud frente a las reclamaciones por supuesta negligencia médica), registraron en esos 15 años un total de 318 reclamaciones relacionadas con el ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial. Dicha cifra es similar a la de nuestro estudio, aunque con la excepción de que no especifica el número total de reclamaciones registradas en ese período para poder deducir la incidencia acumulada.

Por otro lado, Svider P.F et al (Svider, 2015), en su estudio analizando los resultados adversos en Cirugía Craneofacial mediante el análisis de los expedientes con veredicto judicial final o bien con acuerdo extrajudicial obtenidos mediante la consulta de la base de datos legal Westlaw (base de datos que constituye un recurso muy utilizado y que contiene los casos judiciales federales y estatales que progresan hasta el punto de su inclusión a disposición pública), obtuvieron 122 expedientes iniciales (que después fueron depurados a 42) correspondientes al ámbito de la Cirugía Craneofacial, entre los años 1989 y 2013. Comparando estos datos con nuestros hallazgos, se objetiva una baja incidencia acumulada en este estudio, aunque debemos destacar que en el mismo no se incluyeron los datos relacionados con la cirugía estética facial o cirugía oral, por lo que dicha comparación no es relevante.

Desde el punto de vista de la evolución en el tiempo del número de reclamaciones en nuestro ámbito, según los datos obtenidos mediante el análisis de los expedientes (315) incluidos en la base de datos del CCMC, se puede objetivar una ligera tendencia al alza, con una cierta variabilidad en cuanto al número de reclamaciones/año pero alcanzando su máximo en los últimos años del análisis.

El promedio total de reclamaciones/año de la totalidad de la muestra fue de 12,6, con un número mínimo de reclamaciones de 6 por año y un máximo de 27 reclamaciones por año, con una desviación estándar de 4,93.

De hecho, dicho incremento es más notorio a partir del año 2004, donde se objetiva un aumento en la línea de base del número de reclamaciones por año, teniendo su máximo pico en el año 2009, con 27 reclamaciones registradas ese año, lo que supone un 8,57% del total de las 315 reclamaciones.

Este incremento a partir del año 2004 se refleja en los datos de los promedios, siendo el promedio de reclamaciones/año desde el año 1990 al 2004 de 10,13, mientras que el promedio desde el año 2005 al 2014 fue de 16,3.

Esta tendencia se ve reflejada también en el estudio publicado por A. Gulati et al (Gulati, 2012), donde también se objetiva una tendencia al alza en cuanto al número de reclamaciones por año a lo largo de los años, habiéndose registrado 48 reclama-

ciones en 2009, en comparación con 33 en 2001 y 6 en el año 2000.

Este hecho es generalizado y como consecuencia, también se ha observado en otras especialidades, tal y como muestran Khan y Giddins (Khan, 2010) en su estudio del análisis de las reclamaciones en cirugía de la mano, donde registraron entre los años 1995 y 1996 un total de 13 reclamaciones en este ámbito, incrementándose posteriormente el número hasta 40 reclamaciones entre los años 2000 y 2001.

Tipo de paciente (o perjudicado) más relacionado con la interposición de una reclamación.

Si nos centramos en los resultados relativos al perjudicado/a, podemos observar que de los 315 involucrados en el total de la muestra, un 65% se correspondía a mujeres, mientras que un 35% a varones, cuya media de edad se situaba en los 42,75 años en el momento de la realización del acto médico-quirúrgico que propició la reclamación, con una edad mínima de 3 años, una máxima de 79 años y con una desviación estándar de 15,37 años.

En el trabajo publicado por A.R. Simonsen et al (Simonsen, 2012), el promedio de edad del perjudicado/a fue de 47 años, dato muy similar al de nuestra serie, siendo el rango de edad más predominante el de los 36-45 años (rango donde se situaron el 24,6% de las reclamaciones).

Lo mismo ocurre en el estudio realizado por Svider P.F et al (Svider, 2015), donde de los 40 casos donde se pudo obtener el sexo del perjudicado, en un 60% de los casos fueron mujeres las perjudicadas frente a un 40% de hombres, datos que concuerdan con nuestros resultados. Respecto a la edad de los perjudicados, Svider et al pudieron obtener el dato en 30 de los 42 expedientes, comprobando que la media de edad fue de 32.5 años, con un rango de 8 meses hasta los 56 años, datos similares a nuestra serie aunque siendo la edad media y rangos de edad ligeramente inferiores.

El tipo de patología padecida por el perjudicado/a y por el cual solicitó atención médico/quirúrgica estuvo relacionada, en primer lugar y en más de la mitad de los casos (56,51%) con patología a nivel bucodental, y en segundo lugar (22,54%) por alteraciones o defectos estéticos a nivel facial, seguidos de patología oncológica/tumores a nivel de cabeza y cuello (6,67%), patología funcional (6,67%, como por ejemplo las deformidades dentofaciales (3%) y la insuficiencia respiratoria nasal (2,5%)), patología por antecedente de traumatismo facial (4%), infeccioso (2%) y alérgico (0,6%, como el dolor +/- impotencia de la ATM o el dolor crónico en otro territorio de cabeza y cuello exceptuando las ATM).

Así pues y analizando los dos grupos más frecuentes, dentro de la patología buco-

dental, la ausencia de piezas dentales (21% del total de casos de la muestra) seguida por la necesidad de exodoncia por presencia de los terceros molares (19,36%) y por la presencia de pieza/s dental/es en mal estado con necesidad de extracciones y su rehabilitación posterior (15%) fueron las patologías más frecuentes encontradas en nuestra serie, y dentro de las alteraciones estéticas faciales, la deformidad nasal (13,33%) fue la patología o problema más frecuente en este segundo grupo seguido de otros defectos estéticos faciales (tanto objetivos como subjetivos, excluyendo los nasales y constituyendo un 9% del total de los casos de la muestra).

Resultados relacionados con los profesionales médicos implicados.

Así como en el grupo de pacientes perjudicados/as en el total de la muestra los principales perjudicados/as eran de sexo femenino, en el caso de los profesionales médicos implicados en los procedimientos objetos de estudio, el mayor porcentaje de involucrados pertenecía a varones (93%) frente a un 7% de mujeres, con edades promedio de 45 años en el momento de la realización del acto médico-quirúrgico que propició la reclamación, con una edad mínima de 27 años, una máxima de 80 años y con una DS de 9,48 años, siendo implicado un único profesional en un 88% del total de los casos de la muestra y entre dos y cuatro profesionales en el 12% del total de casos muestrales.

Aún así, independientemente de la edad presentada por el profesional médico involucrado, se registró (en los casos que fue posible), el tiempo transcurrido desde la licenciatura hasta el momento de la realización del acto que motivó la reclamación, siendo el promedio de 20 años, por lo que si consideramos que (en la actualidad y sin sufrir incidencias en el curso de los acontecimientos) tras la obtención de la licenciatura en Medicina (que se cursa en 6 años), se invierte 1 año de preparación de las pruebas selectivas para entrar en la especialización como médico interno residente (MIR) y que en la mayoría de las especialidades quirúrgicas, el periodo de formación hasta ser especialista dura 5 años, los resultados muestran finalmente que se trataba de profesionales médicos con más de 10 años de experiencia.

En cuanto a la especialidad médica de los diferentes profesionales implicados, en el 82% de los casos de la muestra se trataba de: cirujanos maxilofaciales (30%), estomatólogos (23%), cirujanos plásticos (20%) y cirujanos maxilofaciales con doble licenciatura (medicina y odontología) (9%).

En este apartado, llama la atención que un 23% de los reclamados sean estomatólogos, lo que se justifica porque gran parte de los procedimientos en cirugía oral y bucodental es compartido por ambas especialidades (aunque el espectro de acción de

la Cirugía Oral y Maxilofacial sea mayor) y porque como ya se verá más adelante, el principal acto reclamado está relacionado con la cirugía oral/bucodental, seguido por la cirugía estética facial.

Por ello, consideramos coherente que si los procedimientos más reclamados (como ya se expondrá más adelante en esta discusión) son la cirugía oral y la cirugía estética facial, el mayor porcentaje de especialistas lo constituyan cirujanos orales y maxilofaciales, estomatólogos y cirujanos plásticos.

El resto de especialidades médicas lo constituyen otorrinolaringólogos, dermatólogos, cirujanos generales, traumatólogos, cirujanos pediátricos, oncólogos, anestesiólogos, médicos de familia y en un 5,71% de los casos una especialidad médica no registrada.

Debemos destacar en este apartado que aunque el porcentaje de estomatólogos reclamados en el total de la muestra sea del 23%, en lo que se refiere al porcentaje de reclamados dentro de la submuestra de los actos relacionados exclusivamente con la cirugía oral, dicho porcentaje no es mayor al de los Cirujanos Orales y Maxilofaciales, siendo el porcentaje de reclamaciones recibidas por ambos grupos similar cuando se trata de procedimientos de cirugía oral. Este último dato se concreta más adelante en este estudio.

En su estudio de reclamaciones relacionadas con la cirugía craneofacial, Svider P.F. et al (Svider, 2015) reflejaron que la especialidad de los profesionales médicos reclamados con una mayor incidencia acumulada fue la cirugía plástica, seguida por la cirugía maxilofacial y la otorrinolaringología.

Como ya se mencionó en nuestro trabajo con anterioridad, en Estados Unidos, los profesionales que realizan de forma más frecuente cirugía de cabeza y cuello son los cirujanos plásticos y los otorrinolaringólogos, lo cual explica en el estudio de Svider la aparición de la figura del cirujano plástico como especialidad más frecuente aún no habiendo incluido en su serie la cirugía estética facial, del mismo modo que no aparece la especialidad de odontología o estomatología, al no haber incluido en su estudio los procedimientos relacionados con la cirugía oral. Este hecho, pues, hace difícil extrapolar estos datos para compararlos con los de nuestra serie.

En el caso del trabajo de Badenoch-Jones et al (Badenoch, 2015) ocho de los quince casos reclamados fueron procedimientos realizados por odontólogos generales (53,3%) mientras que los siete restantes (46,7%) fueron realizados por especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial (uno de los casos realizado por un residente en formación), porcentajes que se acercan a los de nuestra serie (en cuanto a la igualdad entre la especialidad de unos profesionales y otros y teniendo en cuenta las limitaciones de

este estudio mencionadas con anterioridad).

En cuanto a la reincidencia o las incidencias múltiples de los profesionales médicos (es decir, profesionales incluidos en más de un procedimiento), se registró que un 63% de los profesionales reclamados eran reincidentes, frente a un 37% que no lo eran.

Este alto porcentaje de reincidencia podría ser debido a que los procedimientos médico-quirúrgicos más reclamados, sobretodo si nos centramos en los de cirugía oral, son procedimientos relativamente rápidos en su realización, sin necesidad de ingreso postoperatorio y actualmente rentables desde el punto de vista económico, por lo que los profesionales tienden a realizarlos frecuentemente en su práctica privada. Si a esto le asociamos que desde el punto de vista legal son procedimientos muy “reclamables”, (debido al elevado componente de medicina satisfactiva que poseen y debido a que suelen suponer un esfuerzo económico para el paciente que si no lo ve recompensado tenderá a reclamar), el número de profesionales médicos reclamados y reincidentes tenderá a aumentar.

Predominio de reclamaciones relacionadas con el tipo de acto quirúrgico.

Dentro del tipo de acto médico que motivó el procedimiento objeto de estudio para la totalidad de los casos de la muestra, tal como ya se ha introducido anteriormente, un 84% de los actos médicos fueron procedimientos relacionados con: la cirugía oral y la cirugía estética facial (58% y 26% respectivamente).

Muy atrás quedan otros procedimientos como la cirugía/atención del trauma craneofacial (4%), la cirugía oncológica (3,5%), la cirugía de las deformidades dentofaciales (DDF,3%), la cirugía/tratamiento de las infecciones de cabeza y cuello (2%) y la cirugía de las glándulas salivales (1,3%).

Éste 84% constituye un porcentaje elevado de reclamaciones atribuidas en su totalidad a procedimientos de cirugía oral y cirugía estética facial, debiéndose este hecho, tal como ya se mencionó anteriormente, al elevado componente de medicina satisfactiva (el paciente busca un resultado concreto) que poseen y debido a que suelen suponer un esfuerzo económico para el paciente.

Esto se refleja en los resultados del análisis del tipo de cirugías que son más reclamadas dentro de estos dos grupos principales.

Áreas de mayor frecuencia de reclamación

Así pues, dentro de los procedimientos de **cirugía oral**, en la mitad de los casos son los procedimientos de implantología (95/184 casos, 52%) los que generan más reclamaciones, seguidos de la exodoncia del tercer molar incluido (60/184 casos, 33%) y de la exodoncia de la pieza dental equivocada o no prevista (15/184 casos, 8%).

Datos similares arroja el trabajo publicado por Perea-Pérez B. et al (Perea-Pérez, 2014). En él, se realiza un análisis de 4.149 reclamaciones legales (tanto dentro como fuera de los juzgados) basadas en la supuesta malapraxis en el ámbito dental y de la cirugía oral desde el año 2000 a 2010 en España. Las demandas fueron obtenidas a partir de la colección de sentencias judiciales sobre malas prácticas médicas en la Escuela de Medicina Legal de la Universidad Complutense de Madrid, el Archivo de informes de expertos en esta Escuela de Medicina Legal, el Archivo de reclamaciones de pacientes de la Comisión de Ética del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid, y las comunicaciones emitidas al Observatorio Español para la Seguridad del paciente dental (OESPO) por las compañías de seguros que proporcionan cobertura de responsabilidad civil al profesional odontólogo.

En este estudio, y dentro de los procedimientos de cirugía oral analizados, también fueron los procedimientos de implantología los que generaron más reclamaciones (25,54%). El resto de procedimientos de cirugía oral (20,24%) se situaron en tercer lugar por detrás de los procedimientos de endodoncia (20,72%)

En la serie de EK. Badenoch-Jones et al (Badenoch, 2015) este porcentaje se invierte, siendo los procedimientos de exodoncia del tercer molar los que generaron más reclamaciones (11 de 15 casos, un 73,3%), seguidos de los procedimientos de cirugía ortognática (3/11 casos, 20%) y un sólo caso de cirugía implantológica.

En los procedimientos de **cirugía estética facial**, en más de la mitad de los casos (53/81, 65%) es la rinoplastia la práctica más reclamada, seguida del lifting o estiramiento facial (21/81, 26%) y a mucha distancia la blefaroplastia (3/81, 4%).

En otro estudio realizado por Svider P et al (Svider, 2013), en este caso analizando los resultados adversos en cirugía estética facial también mediante el análisis de los expedientes con veredicto judicial final o bien con acuerdo extrajudicial obtenidos mediante la consulta de la base de datos legal Westlaw, se obtuvieron resultados similares a los de nuestra serie, donde en 88 reclamaciones analizadas en su trabajo desde 1984 hasta 2012, los procedimientos más reclamados por los perjudicados fueron las blefaroplastias, rinoplastias y liftings faciales.

En cuanto al resto de procedimientos:

- respecto a los incluidos dentro de la **traumatología facial**, el más reclamado es la atención/cirugía del trauma craneofacial (excluyendo mandíbula), con un 57% de los casos (8/14). Le siguen la atención/cirugía del trauma mandibular y la atención/cirugía de las heridas de partes blandas del territorio craneofacial, ambas con 3/14 casos suponiendo un 21% de los casos de la submuestra.
- continuando con la **cirugía oncológica**, el procedimiento más reclamado es la resección de una tumoración /lesión/masa en el territorio de cabeza y cuello (8/11 casos, 73%), seguido de los vaciamientos ganglionares cervicales (VGC, 2/11 casos, 18%) y por último de los procedimientos de obtención de injertos microvascularizados (1/11, 9%).
- en el caso de los procedimientos dentro de la submuestra cirugía de las **deformidades dentofaciales (DDF)**, el procedimiento que generó más reclamaciones fue la cirugía ortognática o de movilización de los maxilares (9/10, 90%), seguida por la cirugía de la articulación temporomandibular (ATM, 1/10, 10%).
- en los procedimientos relacionados con la **cirugía de las infecciones de cabeza y cuello**, en más de la mitad de los casos, las quistectomías faciales de partes blandas fueron las más reclamadas (57%), seguidas por la cirugía de los abscesos/celulitis cervicofaciales (29%) y los legrados de osteomielitis (14%).
- respecto a los procedimientos quirúrgicos incluidos dentro de la **cirugía de las glándulas salivales**, la parotidectomía (total o parcial/superficial) fue el procedimiento más reclamado (75%), seguido por el segundo y único procedimiento reclamado aparte del anterior, la cirugía de la ránula sublingual, con un 25% de los casos de la submuestra.

Estos hallazgos son similares a los obtenidos por Hong SS et al (Hong, 2013) en su serie de reclamaciones relacionadas con la cirugía de las glándulas salivales, analizadas desde el año 1987 hasta el 2011, donde, de los 26 casos que cumplieron los criterios de inclusión, un 62% (16 de los 26 casos) estaban relacionados con lesión del conducto/glándula parótida, 10 de ellos con lesión del nervio facial y un 35% con lesión del conducto/glándula submaxilar.

En la serie analizada en el trabajo de A. Gulati et al (Gulati, 2012), el mayor número de reclamaciones (un 37%) fue a raíz de la realización de procedimientos relacionados con la cirugía oral, y en segundo lugar aquellos relacionados con la cirugía del traumatismo facial (15%). Detrás, en orden de frecuencia, quedan cirugías como la de las DDF, oncológica, estética o de las glándulas salivales. En este sentido, coincidimos con este estudio en cuanto al procedimiento médico más reclamado.

En las publicaciones de los estudios llevados a cabo por Andrew R. Simonsen et al (Simonsen, 2012), los procedimientos quirúrgicos más involucrados en la aparición de reclamaciones fueron la excisión de masas cervicales (22%), la parotidectomía (15%), los procedimientos con endoscopio rígido (10%), la tiroidectomía (9%) y la traqueotomía (9%) entre otros. Este es un trabajo que hace difícil la discusión con los resultados de nuestro análisis, al tener su origen en Estados Unidos (EEUU), donde la cirugía de cabeza y cuello es más de tipo médico-oncológico mientras que la cirugía oral y maxilofacial es más de origen dental, lo que explica que este estudio incluya un determinado tipo de cirugías que un cirujano maxilofacial no suele realizar en nuestro país (como por ejemplo las laringuectomías) y viceversa, es decir, procedimientos quirúrgicos que en nuestro análisis se incluyen pero en éste último no, como por ejemplo la cirugía oral y la estética facial.

Además, este trabajo de A.R. Simonsen (Simonsen, 2012) presenta otras limitaciones: en primer lugar, el estudio representa una muestra de los datos de 16 de las casi 50 empresas o compañías aseguradoras que son miembros de la PIAA, por lo que, si bien parece razonable que se pueda extrapolar a partir de este grupo de muestra, podría existir un riesgo de sesgo de selección por la manera en que dichos grupos optaron por participar en el estudio. Además, hay que señalar que el PIAA representa a los médicos asegurados de forma privada, por lo que los médicos asegurados por las diferentes instituciones o centros académicos no están incluidos en el conjunto de datos.

Correlación entre el tipo de ejercicio (público o privado), la urgencia y el tipo de medicina (satisfactiva o no satisfactiva) del acto quirúrgico con la concurrencia de responsabilidad.

De los 315 actos médico-quirúrgicos revisados, la mitad (52%) se realizó en ámbito hospitalario (entendiéndose de un centro con unas mínimas infraestructuras, camas de hospitalización, urgencias y servicios centrales) y el otro 48% en un ámbito extra-hospitalario (desarrollados en consultas médicas/odontológicas, clínicas médicas o centros médicos), siendo casi la totalidad de dichos actos de carácter programado y no urgente (95% y 5% respectivamente) y siendo desarrollados sobretodo en quirófano y consultas odontológicas. La variable responsabilidad demostró una asociación estadísticamente significativa con la urgencia del acto reclamado ($p=0,042$; estadístico exacto de Fisher= $0,067$), suponiendo los casos de responsabilidad un mayor porcentaje en los actos programados que en los urgentes, con un 35% frente a un 8%.

La mitad de la totalidad de los procedimientos médico-quirúrgicos analizados (156/315, 49,5%) se realizaron en quirófano general o cirugía mayor ambulatoria (CMA), y un 45% (143/315) de la totalidad de los procedimientos se realizó en una

consulta odontológica, englobando entre las dos áreas asistenciales un 95% de los casos tratados y analizados.

El resto de procedimientos fueron realizados en el área de urgencias (13/315, 4%), en planta de hospitalización (2/315, 0,63%) y en consultas médicas particulares (excluyendo las odontológicas) (1/315, 0,3%).

Respecto al tipo de ejercicio, de los 315 actos quirúrgicos revisados, 44 (13,97%) fueron realizados en ámbito de la sanidad pública, mientras que 271 (86,03%) fueron realizados en ámbito privado. Respecto a la asociación de esta variable con la presencia de responsabilidad médica, se ha confirmado mediante el análisis estadístico la asociación entre dichas variables ($p=0,013$), con una mayor incidencia de responsabilidad profesional en los actos de ámbito privado que público (36,5% frente al 16,7%)

Así pues, llama la atención que siendo la Cirugía Oral y Maxilofacial una especialidad médica y de carácter hospitalario, se hayan realizado la mitad de los procedimientos reclamados en un ámbito asistencial extrahospitalario, y dentro de este ámbito asistencial extrahospitalario, un 45% en consultas odontológicas.

Todo ello se corresponde con el hecho de que el principal acto médico-quirúrgico reclamado haya sido la cirugía oral (58%), y dentro de éste la implantología, la cual se suele desarrollar casi exclusivamente a nivel extrahospitalario en consultas odontológicas y con financiación de carácter privado.

Además, debido al alto porcentaje de este tipo de intervenciones tras el análisis de los expedientes de nuestra muestra, debemos remarcar que en operaciones que se refieran al ámbito estético u odontológico, al igual que en las intervenciones quirúrgicas de vasectomía, existe una obligación de resultados: de hecho, el Tribunal Supremo tiene declarado (sentencias 20/11/2009 y 03/03/2010 entre otras) que, por el carácter voluntario de la operación, que no atiende a la necesidad de la curación del paciente, nos encontramos a medio camino entre un supuesto de arrendamiento de servicios (el más general en el ámbito de la actuación médica) y el arrendamiento de obra. En una relación jurídica que se encuadra dentro del concepto de arrendamiento de obra existe el compromiso de garantizar el resultado propio de la operación y la jurisprudencia sitúa en este marco a determinados procedimientos en cirugía oral/odontología y cirugía estética.

En este sentido se ha pronunciado el Tribunal Supremo, entre otras en las sentencias del Tribunal Supremo del 13/12/1997 y 587 de 1999, en la que se indica que “ si bien es cierto que la relación contractual entre médico y paciente deriva normalmente de contrato de prestación de servicio y el médico tiene la obligación de actividad (o de medios) de prestar sus servicios profesionales en orden a la salud del paciente, sin

obligarse al resultado de curación que no siempre está dentro de sus posibilidades, hay casos en que se trata de obligación de resultado en que el médico se obliga a producir un resultado” (sentencia del Tribunal Supremo del 13 de Diciembre de 1997, donde se ratifica que se da el contrato de obra en 3 supuestos como son la cirugía estética, odontología y vasectomía).

Sin embargo, hay sentencias como las del Tribunal Supremo del 12/03/2008 y 30/06/2009, que reiteran las del 19/07/2013 y 7/5/2014 que “la responsabilidad del profesional médico es de medios y como tal no puede garantizar un resultado concreto. Obligación suya es poner a disposición del paciente los medios adecuados comprometiéndose no solo a cumplimentar las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis, sino a aplicar estas técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención quirúrgica y en particular, a proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención. Los médicos actúan sobre personas, con o sin alteraciones de la salud, y la intervención médica está sujeta, como todas, al componente aleatorio propio de la misma, por lo que los riesgos o complicaciones que se pueden derivar de las distintas técnicas de cirugía utilizadas son similares en todos los casos y el fracaso de la intervención quirúrgica puede no estar tanto en una mala praxis cuanto en las simples alteraciones biológicas. Lo contrario supondría prescindir de la idea subjetiva de culpa, propia de nuestro sistema, para poner a su cargo una responsabilidad de naturaleza objetiva derivada del simple resultado alcanzado en la realización del acto médico, al margen de cualquier otra valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad y de la prueba de una actuación médica ajustada a la *lex artis*, cuando está reconocido científicamente que la seguridad de un resultado no es posible pues no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual”.

Por lo tanto, y una vez expuesto lo anterior, se puede decir que es doctrina reiterada de la sala del Tribunal Supremo que los actos de medicina voluntaria o satisfactiva no comportan por sí la garantía del resultado perseguido, por lo que sólo se tomará en consideración la existencia de un aseguramiento del resultado por el médico al paciente cuando resulte de la narración fáctica de la resolución (así se deduce de la evolución jurisprudencial, de la que son expresión las sentencias de la sala del Tribunal Supremo del 25 de abril de 1994, 11 febrero de 1997, 7 abril de 2004, 21 de octubre de 2005, 4 de octubre de 2006, 23 de mayo de 2007, 19 de julio de 2013 y 7 de mayo del 2014).

En nuestra serie, de los 315 expedientes analizados en el ámbito de acción de la Cirugía Oral y Maxilofacial, 169 de los mismos (53,65%) se trataron de actos médicos

encuadrados en el marco de la medicina satisfactiva (o de obligación de resultados), mientras que 146 de los 315 expedientes (46,35%) en el marco de la no satisfactiva.

En ambos casos y en proporciones muy similares (como se puede observar a continuación en la Tabla 10), la mayoría de los expedientes se tramitaron por la vía extrajudicial, existiendo un mayor porcentaje de indemnizaciones y condenas en los casos de medicina satisfactiva (33,14% y 11,83% respectivamente) frente a los expedientes donde el acto médico no se consideraba medicina satisfactiva (30,14% indemnizaciones y 9,59% de condenas), aunque desde el análisis descriptivo de los resultados, estas diferencias fueron mínimas. Como consecuencia, también existió una relativa igualdad en la distribución de los porcentajes de responsabilidad médica en los actos de medicina satisfactiva frente a los actos que no lo fueron (33,14% frente al 32,2% respectivamente) (Tabla 10).

De hecho, desde el punto de vista del análisis estadístico, tampoco se halló una asociación estadísticamente significativa ($p=0,903$) entre el tipo de medicina y la existencia o no de responsabilidad profesional médica.

SÍ MEDICINA SATISFACTIVA	(N= 169, 53,65%)	
	N	%
EXP EXTRAJUDICIAL	79	48 %
EXP JUDICIAL CIVIL	63	36,72 %
EXP JUDICIAL PENAL	27	15,25 %
NO RESPONSABILIDAD	107	60,45 %
SÍ RESPONSABILIDAD	56	33,14 %
NO REGISTRADO	6	3,55 %
DESESTIMACIÓN COMB	54	31,95 %

NO MEDICINA SATISFACTIVA	(N= 146, 46,35%)	
	N	%
EXP EXTRAJUDICIAL	64	43,83 %
EXP JUDICIAL CIVIL	45	30,82 %
EXP JUDICIAL PENAL	37	25,34 %
NO RESPONSABILIDAD	95	65,1 %
SÍ RESPONSABILIDAD	47	32,2 %
NO REGISTRADO	4	2,74 %
DESESTIMACIÓN COMB	42	28,77 %

SÍ MEDICINA SATISFACTIVA	(N= 169, 53,65%)	
	N	%
ACUERDO EXTRAJUDICIAL	35	20,71 %
SOBRESEIMIENTO/ARCHIVO	22	13,02 %
ABSOLUCIÓN	22	13,02 %
CONDENA	20	11,83 %
NO DCI/NO COBERTURA	6	3,55 %
CASO AÚN ABIERTO	4	2,37 %
ACTO CONCILIACIÓN SIN INDEMN	3	1,77 %
NO REGISTRADO	2	1,18 %
ACTO CONCILIACIÓN CON INDEMN	1	0,59 %
EXPEDIENTES INDEMNIZADOS	56	33,14 %

NO MEDICINA SATISFACTIVA	(N= 146, 46,35%)	
	N	%
SOBRESEIMIENTO/ARCHIVO	30	20,55 %
ACUERDO EXTRAJUDICIAL	32	21,92 %
ABSOLUCIÓN	22	15,1 %
CONDENA	14	9,59 %
CASO AÚN ABIERTO	2	1,37 %
NO REGISTRADO	2	1,37 %
ACTO CONCILIACIÓN SIN INDEMN	1	0,68 %
ACTO CONCILIACIÓN CON INDEMN	1	0,68 %
EXPEDIENTES INDEMNIZADOS	44	30,14 %

Tabla II. *Distribución de los resultados para las diferentes variables según el tipo de medicina del acto médico objeto de reclamación (satisfactiva vs no satisfactiva).*

La información al paciente y la obligatoriedad de prestar consentimiento como factores determinantes en el resultado de la reclamación

En lo que respecta a la información al paciente y la obligatoriedad de prestar consentimiento expreso previo a la intervención quirúrgica realizada, podemos afirmar que una vez analizada la jurisprudencia, el documento de consentimiento informado (DCI) es presupuesto y elemento esencial de la *lex artis* y como tal, forma parte de toda actuación asistencial (STS del 29 de Mayo y 23 de julio de 2003, 21 de diciembre de 2005, 15 de noviembre de 2006 y 7 de mayo de 2014), constituyendo una exigencia ética y legalmente exigible a los miembros de la profesión médica, antes con la Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad, y ahora, con más precisión, con la Llei 21/2000 del 29 de diciembre sobre “els drets d’informació concernent a la salut, a l’autonomia del pacient i la documentació” (DOGC 3303) y la Ley 41/2002 del 14 de noviembre de la autonomía del paciente, en la que se contempla como derecho básico a la dignidad de la persona y autonomía de su voluntad. De hecho, cabe mencionar que Cataluña fue la primera comunidad autónoma que legisló sobre la información del paciente.

Además, dicha información es más acusada en medicina voluntaria, en la que el paciente tiene un mayor margen de libertad para optar por su rechazo habida cuenta la inexistencia o falta de premura de la misma que en la asistencial (STS 21 de octubre de 2005, 4 de octubre de 2006, 29 de junio de 2007, 27 de septiembre de 2010 y 20 de enero de 2011).

De hecho, la trascendencia de la información previa a cualquier tratamiento se muestra como tema recurrente en la bibliografía internacional. Parece aconsejable utilizar la información generada en consensos de la especialidad para la redacción de los DCI que hagan referencia a las complicaciones más comunes (Arimany-Manso, 2007).

De las 315 reclamaciones analizadas en nuestra muestra, en 243 (77,14%) existía dicho documento, mientras que en 23 expedientes (7,3%) no figuraba. Este dato no pudo ser registrado en un 15,56% de los casos del total de la muestra (49/315) por la falta de información de los expedientes, siendo la mayoría de éstos anteriores al año 1998 (Tabla II).

A pesar pues de que en la muestra total la proporción de casos donde existe firma del DCI previa a la realización del acto médico es elevada (77,14%), si estos datos los analizamos teniendo en cuenta el tipo de medicina (satisfactiva vs no satisfactiva), los resultados no arrojan mucha más información (sobre todo en el ámbito de los actos

catalogados como medicina satisfactiva) debido a que no se pudo registrar el dato en un 23,1% de los casos (porcentaje que es elevado). Únicamente en 6 de los 169 expedientes de medicina voluntaria (3,55%) no se firmó el DCI y por lo tanto se consideró que la información no fue lo suficientemente acusada (Tabla 11), mientras que en un 73,4% de los casos de medicina de resultados y en un 81,51% de los de medicina no satisfactiva sí se le otorgó dicha información al paciente.

Estas cifras las podemos considerar correctas, aunque cabría esperar que el porcentaje de presencia de DCI fuera más alto por 2 motivos principales: las campañas de concienciación de la necesidad del consentimiento en cualquier acto quirúrgico o exploratorio, y sobretodo por la proporción de casos de reclamaciones en medicina voluntaria que abarca la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, que es más de la mitad de los casos (53,65% en nuestra muestra total).

Además, en nuestro estudio se ha demostrado una asociación estadísticamente significativa entre la presencia o no de DCI y existencia o no de responsabilidad por parte del profesional médico ($p=0,000$), con un mayor porcentaje de responsabilidad (73,9%) en los casos en los que no existió DCI.

DCI	N	%	MEDICINA SATISFACTIVA		MEDICINA NO SATISFACTIVA	
SI	243	77,14 %	124	73,4 %	119	81,51 %
NO	23	7,30 %	6	3,55 %	17	11,64 %
NO REGISTRADO	49	15,56 %	39	23,1 %	10	6,85 %
TOTAL	315	100 %	169	100 %	146	100 %

Tabla 12. Distribución de los resultados para la variable “presencia de documento informado” y distribución de dicha variable según el tipo de medicina del acto médico objeto de reclamación (satisfactiva vs no satisfactiva).

Las secuelas o daños reversibles en el perjudicado secundarios al acto quirúrgico y la responsabilidad profesional médica

En cuanto a la existencia de secuelas o daños derivadas de estos procedimientos o actos médico-quirúrgicos que motivaron la reclamación, en el presente estudio se dividieron los daños o secuelas del total de los procedimientos de la muestra en 9 grupos:

- daños o secuelas estéticas
- daños o secuelas funcionales

- daños o secuelas álgicas
- daños o secuelas sensitivo-motores
- daños o secuelas protésicas
- daños o secuelas por fracturas
- muerte del perjudicado/a
- otros daños o secuelas
- ningún daño o secuela

Las consecuencias, daños o secuelas más frecuentes registradas, del total de los procedimientos, fueron las funcionales, las sensitivo-motoras y las estéticas, sumando entre las tres un 68% del total de los daños.

Dentro de estas tres más frecuentes, las funcionales se sitúan en primer lugar (76/315, 24%) y dentro de éstas la pérdida de implantes osteointegrados (45/76 casos, 59%) y la exodoncia de la pieza equivocada o no prevista (15/76, 20%) son las dos más predominantes.

En relación a las secuelas o daños sensitivo-motores por daño nervioso, éstas se sitúan en segundo lugar, con 71 de 315 casos conformando un 22,5% del total de los daños, siendo dentro de este grupo la anestesia/parestesia del nervio dentario inferior y la anestesia/parestesia del nervio lingual las más frecuentes (42% y 27% respectivamente).

En la serie publicada por EK. Badenoch-Jones et al (Badenoch, 2015) , el daño sensitivo fue la principal secuela o daño registrado, ya que éste fue objetivado en 8 de los 15 casos analizados (53,3%).

En cambio, en el estudio de A. Gulati et al (Gulati, 2012), el principal daño o secuela del total de las reclamaciones registradas en el ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial fueron la presencia de dolor inespecífico (19%), seguida de la intervención quirúrgica supuestamente innecesaria (14%), el defecto estético (12,5%) y las secuelas neurológicas (10%), entre otras.

En cuanto al tercer grupo en orden de frecuencia (las secuelas o daños estéticos) y muy cerca del segundo grupo (suponiendo un 22% del total de daños o secuelas tras los procedimientos médico-quirúrgicos incluidos en la muestra (69/315)), la secuela o daño más frecuente es el defecto estético final (hecho objetivo) o la no consecución del resultado esperado (41/69 casos, 59%), seguido a distancia por la presencia de cicatriz facial (16/69 casos, 23%).

Respecto al resto de los grupos, los cuales en total conforman el 32% restante de todas las secuelas o daños reversibles, podemos destacar que la principal complicación dentro del grupo de las secuelas álgicas (34/315, 11%) fue la presencia de dolor crónico inespecífico, del grupo de secuelas o daños protésicos (11/315 casos, 3,5%), el 100% fue por disconformidad con el resultado protésico, y del grupo de las secuelas o daños por fracturas (14/315, 4%) la mayoría (13/14, 93%) fueron por fracturas mandibulares.

En los resultados del estudio realizado por A.R. Simonsen (Simonsen, 2012), las principales complicaciones, secuelas o daños reversibles fueron, por orden: la lesión nerviosa (38% de los casos, la mayoría relacionados con el nervio facial), las complicaciones relacionadas con la vía aérea (16%), las alteraciones en el resultado estético (8,3%) y el daño esofágico (8,3%) entre otras. Destacar que dicho estudio fue realizado en los Estados Unidos (EEUU), y que como ya se comentó en apartados anteriores, al no corresponderse de forma exacta el concepto de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial en nuestro país con el de la mayoría de países en el extranjero (entre ellos y quizás de forma más notoria en los EEUU), se hace difícil la comparativa de nuestra serie con este trabajo.

Finalmente, 12 de 315 casos fueron éxitos tras el procedimiento quirúrgico, suponiendo un 3,8% del total de los daños del total de la muestra. Casi la mitad de dicho porcentaje de muertes tras procedimientos quirúrgicos en el ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial (1,6%) fue descrita en el trabajo de Gulati et al (Gulati, 2012) (5 de un total de 318 procedimientos).

En 7 de los 315 procedimientos no hubo secuelas o daños (2,22%).

En el análisis estadístico, se corroboró la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de secuela y la existencia o no de responsabilidad profesional médica ($p=0,042$), con un mayor porcentaje de casos con responsabilidad en los casos de secuelas o daños con más repercusión para el paciente como son las secuelas o daños sensitivos (42,6% de responsabilidad) y los funcionales (41,3% de responsabilidad).

Resultados relacionados con las variables que hacen referencia a la reclamación objeto de estudio

En relación a las variables concernientes a la reclamación objeto de estudio, en lo que representa a los motivos de la reclamación en la muestra estudiada en la presente investigación, los principales motivos que han generado el procedimiento objeto de estudio han sido heterogéneos, aunque en la mayoría y más de la mitad de los casos ha sido la supuesta deficiencia en la práctica médico-quirúrgica la que ha generado más reclamaciones (205/315, 65%), seguida de la presencia de complicaciones postoperatorias (13,33%), los problemas en el diagnóstico (ya fuere por retraso o error) (7%) y la aparición de secuelas tras el procedimiento médico-quirúrgico (6%), entre otras más minoritarias.

Los resultados de Svider P.F. et al (Svider, 2015) coinciden en que el motivo principal de la reclamación en su muestra de estudio fue el relacionado con el defecto en la práctica quirúrgica, seguido por la aparición de secuelas o daños y la necesidad de reintervención quirúrgica, entre otros.

En el artículo de Andrew R. Simonsen et al (Simonsen, 2012), en lo que se refiere a dicho motivo de reclamación, el principal fue la aparición de complicaciones postoperatorias (53,7%), seguida por los errores o retrasos en el diagnóstico (34,6%) y en tercer lugar la persistencia o recurrencia de la lesión (6,7%).

Otro dato que consideramos de trascendencia en nuestro estudio de investigación es que, del total de todas las reclamaciones (315), un 54,6% fueron tramitadas por la vía judicial y un 45,4% por la vía extrajudicial, y dentro de la vía judicial (en nuestro caso la vía de reclamación predominante en más de la mitad de los casos), el 34,3% fueron tramitadas por la vía civil y el 20,3% por la vía judicial penal.

Es decir, que si nos centramos únicamente en los expedientes o reclamaciones del total de la muestra tramitadas a través de la vía judicial, el 63% de los expedientes fueron reclamaciones por lo civil y el 37% procedimientos penales, siendo éstos últimos la minoría pero no un porcentaje despreciable.

En otro orden de cosas, la presente investigación ha analizado la variable que se ha denominado tipo de perjuicio (atendiendo al supuesto legal presuntamente vulnerado), y consideramos que dicho análisis puede ser de gran interés:

En el ámbito de acción de la Cirugía Oral y Maxilofacial, el supuesto delito de lesiones por imprudencia profesional grave constituye el 16% del total de las reclamaciones (un 78% del total de las reclamaciones tramitadas a través de la vía judicial penal), mientras que el supuesto delito de homicidio por imprudencia profesional grave se

corresponde con un 2% de los casos (un 9,38% del total de las reclamaciones tramitadas a través de la vía judicial penal).

Consideramos pues que el primero de los casos (porcentaje del total de las reclamaciones atribuido a un delito de lesiones por imprudencia profesional grave) apunta que una importante proporción o porcentaje de reclamaciones que se presentan tienen, a priori, un supuesto perjuicio considerable (16 de cada 100 reclamaciones). Lo mismo no podemos decir que ocurra en el segundo de los casos (porcentaje del total de las reclamaciones atribuido a un delito de homicidio por imprudencia profesional grave), ya que dicho porcentaje es muy bajo (2 de cada 100 reclamaciones). De hecho, de todos los casos del total de la muestra cuya secuela o daño principal motivo de reclamación fue la muerte (12 casos de 315), la mitad de dichos expedientes (6/12, 50%) fueron tramitados a través de la vía penal reclamándose un supuesto perjuicio de delito de homicidio por imprudencia profesional grave.

En definitiva, en el caso del ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial y tras el análisis de nuestra base de datos, la existencia de alguna disconformidad en la praxis médica (concretamente en el defecto de la práctica quirúrgica), en la que la misma constituyó claramente la vulneración de algún supuesto legal, supuso únicamente 1 sólo caso de 315 analizados (0,32%). Éste es un dato alentador por el bajo porcentaje que supone para nuestra especialidad las resoluciones en las cuales finalmente se condena al profesional médico por cumplir criterios jurídicos de perjuicio.

Estos resultados no han podido ser comparados con los de otras series debido a que no existen datos publicados en la bibliografía que hagan referencia a este apartado.

En este sentido, debe recordarse que al médico se le exige responsabilidad penal cuando habiendo cometido una falta (por acción u omisión), ésta puede ser constitutiva de delito o falta incluidos en el Código Penal, y que la condena puede llegar a implicar una pena privativa de libertad (prisión) en función del tipo de negligencia y la gravedad del perjuicio ocasionado. Por ello, la autoridad judicial debe tener la certeza de que el hecho, en este caso el acto médico, es negligente o imprudente, y por tanto, constitutivo de delito o falta, para dictar sentencia condenatoria, ya que ante la mínima duda, no se podrá condenar y corresponde la absolución. Esto explicaría el escaso porcentaje de condenas de profesionales de la sanidad en el ámbito penal (Pujol-Robinat, 2012)

Partiendo pues de lo expuesto anteriormente, un análisis importante que se ha llevado a cabo en este estudio es el relativo al resultado del procedimiento, la existencia o no de una situación real de responsabilidad profesional médica y si realmente han existido criterios jurídicos de mala praxis (directamente por condena por parte de la autoridad judicial o indirectamente por la obtención de un acuerdo extrajudicial

reconociendo la mala praxis a parte de la existencia de responsabilidad profesional médica).

Respecto a los resultados del procedimiento (tipo de resolución del expediente) en el total de la muestra, teniendo en cuenta que esta información no pudo ser registrada en 4 casos (2 expedientes tramitados por la vía civil y 2 por la vía penal) de los 315 (1,27%), la resolución más frecuente fue la desestimación del caso por parte del COMB (no era caso de riesgo para defensa judicial y se descartó la misma, sin que el expediente llegara a progresar a la via judicial, 30,5%), el acuerdo extrajudicial (21.3%), seguido por el sobreseimiento/archivo del expediente (16,5%) y la absolución por parte de la autoridad judicial (14%). En definitiva, respecto al total de los casos de la muestra, la resolución fue favorable al profesional médico en un 84,18% de los casos, considerando como resultados favorables para el total de la muestra los siguientes:

- el acuerdo extrajudicial
- el sobreseimiento o archivo
- la absolución
- la desestimación del caso por parte del COMB (no era caso de riesgo para defensa judicial y se descarta la misma, sin que el expediente llegara a progresar a la vía judicial).
- el acto de conciliación con o sin indemnización.

En el trabajo de Svider P.F. et al (Svider, 2015), casi la mitad de los procedimientos (48%) se resolvieron a favor del profesional médico demandado, mientras que el resto de resoluciones (52%) correspondieron a: acuerdos extrajudiciales (26%) y a resoluciones favorables para el perjudicado/a (26%). Estos resultados son muy similares a los obtenidos en nuestro estudio.

Si en los expedientes de nuestra serie desglosamos los resultados anteriores según el tipo de expediente (judicial o extrajudicial), los resultados ofrecen datos interesantes, sobretodo en cuanto a los datos obtenidos tras el análisis de los expedientes judiciales (civiles y penales):

En el caso de los **resultados de los procedimientos extrajudiciales**, éstos se asemejan mucho a los del total de la muestra (en el tipo de resolución), siendo la resolución más frecuente la desestimación del caso por parte del COMB (96 expedientes de 153, 65,73%), seguida por el acuerdo extrajudicial (42 casos de 143 expedientes extrajudiciales, 29,37%) . Se observa que en este caso el tipo de resolución más frecuente

en el subgrupo de expedientes extrajudiciales es la desestimación del caso por parte del COMB, al igual que en el total de la muestra (evidentemente en ésta última a expensas exclusivamente de los expedientes extrajudiciales, ya que en los expedientes judiciales el resultado de la variable “resolución” no puede ser “desestimación por el COMB”).

Estos resultados se deben probablemente al análisis pormenorizado, crítico, estructurado y justo que realiza el SRP del COMB cuando una reclamación es recibida, sin existir una tendencia exagerada y “descontrolada” hacia la indemnización ni tampoco hacia la no indemnización, sin evitar en este último caso la progresión del caso hacia las vías judiciales.

Por tanto, y tras dicho análisis, vemos que entre las resoluciones de acuerdo extrajudicial y desestimación del COMB suman la mayoría de las resoluciones dentro de los expedientes extrajudiciales, constituyendo un 95% del total de los resultados del proceso dentro de los casos extrajudiciales.

En referencia al total de los **expedientes tramitados por la vía judicial**, se observa que los resultados son homogéneos en cuanto al porcentaje de las resoluciones más frecuentes, destacando con un 30,23% de los resultados el sobreseimiento o archivo del caso (52/172 casos judiciales), seguido por la absolución (25,6%), la condena (19,77%) y el acuerdo extrajudicial (14,53%).

En este sentido, el dato que más llama la atención dentro de este grupo de expedientes judiciales es la elevada frecuencia de condenas (19,77%), teniendo en cuenta el porcentaje de absoluciones, el cual es muy similar (25%).

Aún así, si nos limitamos a calcular el porcentaje de resultados favorables para el profesional médico, vemos que la diferencia es grande a favor de dicho profesional (73,84% frente al 20% de condenas, teniendo en cuenta un 2,32% donde no se registró el resultado y un 0,58% (1 caso de 172 expedientes judiciales) donde no existía DCI y por tanto la no cobertura por parte del seguro de responsabilidad profesional.

Una vez llegados a este punto y considerando, como ya se comentó con anterioridad en este trabajo, que en el ámbito penal está en juego la libertad individual, la autoridad judicial debe tener siempre la certeza de que el acto médico ha sido, por su negligencia o imprudencia, constitutivo de delito o falta para dictar sentencia condenatoria. Pero si nos centramos en el ámbito civil, existe una mayor laxitud en el análisis de los elementos constitutivos de responsabilidad profesional y, en especial, la falta médica derivada de negligencia o imprudencia, por lo que en consecuencia, es más fácil que el resultado sea condenatorio, puesto que se trata de una cuestión exclusivamente económica de un profesional que ha de disponer de póliza de responsabilidad profesional.

Por todo ello, y teniendo en cuenta ese 20% de condenas del total de todos los expedientes judiciales, cabría esperar que un porcentaje minoritario del mismo se correspondiera con condenas penales, y un porcentaje mayor con las civiles.

Tras el análisis de los resultados en esta investigación, se corrobora que el porcentaje de condenas en el ámbito judicial civil es mayor que en el penal, siendo de un 30,5% de condenas (33 de 108 expedientes judiciales civiles) frente a un 1,56% respectivamente (1 de 64 procedimientos judiciales penales).

Dentro del grupo de resoluciones en los expedientes judiciales civiles, las más frecuentes fueron la condena (33 de 108 expedientes civiles, 30,56%), la absolución (28,7%) y el acuerdo extrajudicial (18,52%).

En el grupo de expedientes penales, la resolución más frecuente fue el sobreseimiento o archivo (62,5%, 40 de 64 casos penales), la absolución (20,31%) y el acuerdo extrajudicial (7,81%).

A continuación se ha elaborado una tabla comparativa entre las resoluciones más frecuentes en el ámbito penal y el civil, donde se objetiva la diferencia entre ambos debido a (como ya se ha puntualizado anteriormente en este apartado):

- la mayor dificultad de que el resultado sea condenatorio en el ámbito penal debido a la necesidad del cumplimiento de los requisitos para que el acto constituya delito.
- la mayor flexibilidad en el análisis de los elementos constitutivos de responsabilidad profesional en el ámbito judicial civil, por lo que es más difícil que el resultado sea condenatorio, hecho que ya se ha puntualizado anteriormente en este apartado.

RESOLUCIÓN	JUDICIAL CIVIL	JUDICIAL PENAL
ABSOLUCIÓN	28,70 %	20,31 %
CONDENA	30,56 %	1,56 %
ACUERDO EXTRAJUDICIAL	18,52 %	7,81 %
SOBRESEIMIENTO/ARCHIVO	11,11 %	62,5 %
OTROS	11,11 %	7,82 %

Tabla 13. Comparativa entre las resoluciones más frecuentes en el ámbito penal y el civil.

Respecto al apartado de si existieron criterios de haber concurrido en responsabilidad médica, tras el análisis de los 315 casos que componen la muestra del estudio, se recogió que había existido una situación real de responsabilidad profesional médica en un total de 103 casos (32,7% del total de la muestra), 61 de los cuales fueron casos

judiciales (59,22% de los casos con responsabilidad médica) y 42 casos extrajudiciales (40,78% del total de casos donde existió responsabilidad médica).

Referente a si existieron defectos de praxis médica, tras el análisis de los 315 casos de la muestra de estudio, se objetivó que había existido una situación de mala praxis médica en un total de 60 casos (19,04% del total de la muestra), 37 de ellos en expedientes judiciales (61,67%) y 23 en extrajudiciales (38,33%), teniendo en cuenta que dicho dato no pudo obtenerse en 10 de los 315 casos analizados (3,17% del total de la muestra).

Así pues, de los 103 expedientes en los que existió responsabilidad médica, en 60 de ellos existieron criterios de mala praxis y en 43 de los mismos no, lo cual ofrece un porcentaje relativamente elevado de expedientes en los cuales finalmente existe, además de criterios de haber incurrido en responsabilidad médica, criterios de malapraxis médica (en concreto un 58,25% de los expedientes con responsabilidad médica y un 19% del total de los casos de la muestra).

Un factor importante pero de diferente orden y que debemos tener en cuenta, es el intervalo de tiempo que transcurre desde el acto médico que motiva el procedimiento hasta la resolución del asunto:

Toda interposición de una denuncia contra un profesional médico con motivo de una reclamación por responsabilidad profesional supone un severo efecto estresante en dicho profesional y la lentitud procedimental propia de estos casos hace que esta situación estresante se prolongue en el tiempo. Por ello, conocer este dato y proponer soluciones para la reducción de dicho tiempo hasta la resolución del procedimiento se considera un ítem de gran interés.

Por lo tanto, lo primero es poder llegar a conocer cuáles son los intervalos de tiempo para poder posteriormente poder llegar a reducirlos.

En consecuencia, en nuestro estudio se registró no sólo el tiempo transcurrido desde el acto médico que motivó el procedimiento hasta la resolución judicial o extrajudicial del asunto, sino también el tiempo transcurrido desde la interposición de la reclamación hasta la resolución del procedimiento. Con dichos datos, también pudimos averiguar la variable “tiempo transcurrido desde el acto médico-quirúrgico hasta la interposición de la demanda” (o apertura del expediente en las dependencias del SRP del COMB), siendo este último dato importante, ya que creemos que podría reflejar la tendencia de que la reclamación de un paciente hacia un profesional no se realiza de forma inmediata al acto médico-quirúrgico, sino que podría existir un proceso de reflexión en el perjudicado y/o en su entorno más próximo (familiar) que podría abrir las puertas a la mediación por parte del propio profesional.

Así pues y según esta reflexión, en los casos en los que el expediente consultado disponía de la información relativa a la fecha de la resolución del mismo y además se disponía de la información relativa a la fecha en la que tuvo lugar el acto médico objeto del procedimiento, se calculó el tiempo transcurrido (en meses), desde el momento del acto médico objeto del procedimiento hasta la resolución de dicho procedimiento.

De los 315 expedientes que conforman la muestra de este estudio, en 82 de los mismos no pudo calcularse dicho tiempo debido a la falta de la fecha de la resolución del expediente. En los 233 restantes sí pudo obtenerse este dato, siendo la distribución del tiempo transcurrido desde el acto médico hasta la resolución de 47,41 meses (3,95 años), con una desviación estándar de 34,22 meses (2,85 años), un valor máximo de 192 meses (16 años) y un valor mínimo de 2 meses.

Así mismo, también se calculó el tiempo transcurrido desde el momento de la apertura del expediente de dicho procedimiento hasta la fecha de su resolución, siendo la distribución del tiempo transcurrido de 21,45 meses (1,79 años), con una desviación estándar de 22,74 meses (1,89 años), un valor máximo de 160 meses (13,33 años) y un valor mínimo de 1 mes.

Por lo tanto, y teniendo en cuenta los resultados anteriores, el promedio de tiempo transcurrido desde el momento del acto médico-quirúrgico a la apertura del expediente de dicho procedimiento es de 25,96 meses (2,16 años), lo que confirma que generalmente existe un periodo ventana entre el acto médico y la interposición o demanda que correspondería a un periodo de reflexión del perjudicado o familiares que podría abrir puertas a la mediación.

Si desglosamos la información anterior respecto a los resultados del tiempo transcurrido desde la presentación de la reclamación hasta la resolución según se trate de procedimientos extrajudiciales, judiciales civiles o penales, podemos comprobar que la máxima celeridad en la resolución del expediente se da en las vías extrajudiciales, donde no llega al año (promedio de 9,85 meses, 0,82 años), mientras que la vía judicial es más lenta en ofrecer las resoluciones de los casos (más del doble de tiempo que las extrajudiciales), siendo similar se trate de una vía judicial penal (26,83 meses (2,23 años)) o civil (28,16 meses (2,35 años)).

A continuación se ha elaborado una tabla para la mejor comprensión es estos datos:

TIEMPO DESDE PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN HASTA LA RESOLUCIÓN	PROMEDIO DE MESES TRANSCURRIDOS	PROMEDIO DE AÑOS TRANSCURRIDOS
JUDICIAL CIVIL	28,16 MESES	2,35 AÑOS
JUDICIAL PENAL	26,83 MESES	2,23 AÑOS
EXTRAJUDICIAL	9,85 MESES	0,82 AÑOS

Tabla 14. Resultados del tiempo transcurrido desde la presentación de la reclamación hasta la resolución según se trate de procedimientos extrajudiciales, judiciales civiles o penales.

Otro aspecto de interés relacionado con la responsabilidad es el de la cuantía de las indemnizaciones, independientemente de que se tratara de condenas judiciales o acuerdos extrajudiciales.

Debemos recordar que en la presente investigación, dentro de las posibilidades en base a las cuales se registró dicho resultado final del procedimiento, en las siguientes que se mencionan a continuación se otorgó el valor de 0 euros por considerarse que, en dichos casos, para la aseguradora o médico en cuestión no suponía un gasto o desembolso económico:

- resultado de sobreseimiento o archivo del caso.
- absolución de la parte demandada.
- desestimación por el COMB y no progresión.
- acto de conciliación sin indemnización
- no existencia de DCI, por lo que no existe cobertura de responsabilidad civil

Considerado esto, la indemnización económica media (en euros) en los 100 casos donde finalmente se llevó a cabo, fue de **19.639,58 euros**, con un importe máximo de **144.500 euros** y un mínimo de **1.020 euros** (excluyendo de dicho promedio todos los expedientes donde se consideró que la indemnización fue de 0 euros), habiéndose pagado en total **1.963.958,581 euros**.

En el estudio de A. Gulati et al (Gulati, 2012), en el momento de su finalización (noviembre 2010), 253 expedientes de los 318 estaban ya cerrados, mientras que 65 seguían abiertos. De estos 253 expedientes, en 137 (54%) se otorgaron indemnizaciones para el/la perjudicado/a. De hecho, la indemnización promedio de su serie se sitúa en las 36.488 libras esterlinas (47.690,5 euros), dato este último alejado respecto al de nuestra serie.

En la serie de Svider P.F. et al (Svider, 2015) no hablan de promedios económicos en cuanto a las indemnizaciones, sino de las cantidades totales que se tuvieron que abonar como indemnizaciones en el periodo de tiempo comprendido desde el año 1989 hasta el 2013, reflejando que, de un total de 50,1 millones de dólares (\$) indemnizados, \$31,6 M correspondieron a condenas judiciales a favor del perjudicado mientras que \$18,5M se asociaron a acuerdos extrajudiciales.

En nuestra serie, como ya se ha comentado anteriormente, para el total de 315 casos que componen la muestra de la presente investigación, se registraron un total de 100 indemnizaciones económicas (32,1%).

De estas 100 indemnizaciones, menos de la mitad (42) fueron por acuerdo extrajudicial (42%) mientras que la mayoría (58, 58%) fueron por condena judicial, de las cuales un 89,65% (52/58) fueron por condena judicial en el ámbito civil y un 10,34% (6/58) por condena judicial en el ámbito penal.

La indemnización más elevada de nuestro estudio (144.500 euros) fue fruto de un acuerdo extrajudicial en un procedimiento penal.

100 CASOS INDEMNIZADOS	58 JUDICIALES (58%)	
	PROMEDIO = 24.217 EUROS	52 VÍA CIVIL (52%)
		6 VÍA PENAL (6%)
	42 EXTRAJUDICIALES (42%)	
	PROMEDIO = 13.318,39 EUROS	

Tabla 15. Distribución y promedio de las indemnizaciones según el tipo de expediente.

En la tabla anterior se puede corroborar como las indemnizaciones se otorgan, con más frecuencia (más de la mitad de los casos) en los procedimientos judiciales civiles, si comparamos dichos datos con los obtenidos en los casos de resoluciones indemnizatorias en los procesos extrajudiciales.

Estos resultados son coherentes si tenemos en cuenta el tipo de resolución de los procedimientos judiciales civiles comparados con los procedimientos extrajudiciales, donde el sumatorio de resoluciones que incluyen indemnizaciones en estos procedimientos civiles supone un 50,93% de los mismos (sumatorio de las condenas, acuerdos extrajudiciales y actos de conciliación con indemnización), a diferencia de lo que ocurre con los expedientes tramitados extrajudicialmente, donde dicho porcentaje es del 29,37%, correspondiente a la resolución de “acuerdo extrajudicial”.

Por otro lado, si bien es cierto que la muestra abarca 24 años y por tanto las indemnizaciones y su repercusión económica varía según los años, sí puede establecerse de forma global que la media de indemnización es inferior en la vía extrajudicial, en la que se pacta con el reclamante una cantidad y siempre que haya indicios de que las posibilidades de absolución, si se lleva a vía judicial, sean bajas.

Como dato adicional, de los diferentes tipos de actos médico-quirúrgicos que motivaron la reclamación, en nuestro análisis, los que recibieron cantidades indemnizatorias promedio más grandes fueron la cirugía de las glándulas salivales y la cirugía oncológica (65.778,3 euros y 90.833,33 euros respectivamente), mientras que los actos más reclamados (cirugía oral y cirugía estética facial) fueron los que recibieron las cantidades indemnizatorias promedio más bajas (15.590,59 euros y 15.355,77 euros respectivamente).

Por otra parte, analizando el promedio de cantidad en euros otorgada en las indemnizaciones de cada acto médico-quirúrgico pero teniendo en cuenta el número de casos totales de cada acto y el número de casos indemnizados dentro de cada acto médico-quirúrgico, vemos que los resultados obtenidos son coherentes debido al bajo número de casos indemnizados en las cirugías de las glándulas salivales (4/315, con uno sólo de ellos indemnizado) y oncológica (11/315, con únicamente 3 casos indemnizados), en comparación con los casos de cirugía estética facial (81/315, con 29 casos indemnizados) y de cirugía oral (184/315, con 62 casos indemnizados).

Por tanto, si al menor número de casos indemnizados en los dos primeros actos quirúrgicos (cirugía de las glándulas salivales y oncológica) le añadimos que las cantidades son mayores por ser la secuela más invalidante para el paciente, el promedio de la cantidad de las indemnizaciones en estos procedimientos ascenderá, mientras que en la cirugía oral y estética facial disminuirá.

2) Análisis de los resultados y discusión en función del acto médico-quirúrgico más reclamado en el ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial.

En este apartado, se analizarán y discutirán los resultados más relevantes referentes a los actos médico-quirúrgicos más reclamados en el ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial, los cuales fueron, como ya se mencionó con anterioridad, la cirugía oral (con 184 de 315 casos del total de la muestra, 58,4%) y la cirugía estética facial (con 81 de 315 casos, 25,7%).

Respecto a la **CIRUGÍA ORAL**, el acto médico más reclamado fue la implantología (51,63% de los casos), seguida de la cirugía del 3º molar (32,6%).

En esta cirugía, el motivo principal que generó la reclamación o motivó el procedimiento objeto de estudio fue el supuesto defecto en la práctica médica/quirúrgica (136 casos de 184, 74%), y en segundo lugar pero muy a distancia las apariciones de complicaciones postoperatorias (19 de 184 casos, 10,33%).

En España, Perea et al (Perea-Pérez, 2014) hallaron en su estudio que el mayor número de reclamaciones presentadas fueron en relación a la colocación de implantes dentales, seguido en orden de frecuencia por todo el resto de procedimientos de cirugía oral.

En nuestro estudio, dichos actos quirúrgicos orales fueron llevados a cabo principalmente por varones (96,2%, 177 casos de 184), siendo el porcentaje de mujeres minoritario (3,8%), y en cuanto a la especialidad de estos profesionales, 76 de los 184 (41,30%) eran cirujanos maxilofaciales y 71 de los 184 (38,59%) odontólogos/estomatólogos, siendo dicho porcentaje muy similar sin existir a priori mayor riesgo de reclamaciones por tener una u otra especialidad. Destacar que 24 profesionales de los 184 registrados poseían la doble titulación en medicina (cirugía oral y maxilofacial) y odontología (13%), y que del total de los profesionales de la muestra referente al acto médico incluido como cirugía oral (184 profesionales), 75 fueron reincidentes (41%), lo cual supone un alto porcentaje.

Además, en cuanto a lo que concierne a la realización de la cirugía oral en sí, a raíz del análisis y resultados de los datos de nuestra investigación, se obtiene que el 100% de dichos procedimientos se realizaron de forma programada y no con carácter urgente, siendo la financiación del acto de tipo privada en el 94% de los casos (173/184) y realizándose la mayoría de los mismos en un ámbito extrahospitalario (77,2%, 142 de 184 casos de cirugía oral), concretamente en consultas odontológicas (76,1%, 140 de 184 casos).

Un dato importante obtenido en este estudio son los resultados de los daños reversibles o secuelas que se generaron en el perjudicado/a (la mayoría mujeres, con un 64,7%), en los casos exclusivamente donde el acto médico-quirúrgico fue la cirugía oral.

Gran parte de los daños o secuelas se atribuyeron a la pérdida de los implantes (24,4%, 45 de 184 casos), la parestesia/anestesia del nervio dentario inferior (15,8%), la parestesia/anestesia del nervio lingual (9,8%) y la exodoncia de la pieza equivocada o no prevista (8,15%), seguidas por la aparición de dolor crónico inespecífico, la disconformidad con el resultado protésico y la fractura mandibular (con un 6,5%, 6% y 6% respectivamente) entre otras más minoritarias.

En un estudio realizado en Estados Unidos, Lee et al (Lee, 2007) tras el análisis de la base de datos de una compañía de seguros objetivaron que las principales demandas por negligencia médica fueron las parestesias tras los procedimientos de exodoncia de los terceros molares y tras las cirugías de colocación del implantes, las infecciones de la herida quirúrgica y la exodoncia de alguna pieza dental equivocada/no prevista.

En Irán, Kiani M et al (Kiani, 2009) publicaron un estudio donde la exodoncia de la pieza dental equivocada/no prevista, la realización de forma inapropiada del procedimiento quirúrgico y los supuestos errores resultantes en parestesias fueron los procedimientos más reclamados en los juzgados en el ámbito de la cirugía oral.

Volviendo a nuestro estudio, en los individuos/as perjudicados/as mencionados anteriormente, el principal motivo por el que consultaron al profesional médico que realizó el acto de cirugía oral que propició la reclamación fue, por orden de frecuencia, la ausencia de piezas dentales (66 de 184 casos, 36%), la presencia de cordales o 3r molar (33%) y la presencia de pieza/s dental/es en mal estado (25,5%), entre otros motivos más minoritarios en cuanto a su frecuencia.

En cuanto a lo que se refiere al tipo de expediente o la vía de tramitación del mismo, existió una gran igualdad en cuanto a esta variable, siendo tramitados 93 de los 184 expedientes por la vía extrajudicial (50,5%) y 91 de los 184 por la vía judicial (49,45%). Dentro de todos estos expedientes judiciales, 62 de los 91 fueron por la vía civil (68,13%) y 29 por la vía penal (31,9%). Así pues, en el caso de los expedientes abiertos en los que el principal acto fue la cirugía oral, la mitad fueron tramitados por la vía extrajudicial y la otra mitad por la vía judicial, y dentro de ésta, la mayoría (68%) por la vía civil.

Dentro de los expedientes de tipo penal (29 de los 184), el principal tipo de perjuicio que se reclamó fue el delito de lesiones por imprudencia profesional grave (25 de los 29 casos, 86,21%), siendo reclamado únicamente 1 delito de homicidio por impru-

dencia profesional grave (que corresponde a un 3,45% de los expedientes penales en los procedimientos de cirugía oral).

Otro dato importante son los resultados del procedimiento (resolución) para la totalidad de los casos en los cuales el acto médico-quirúrgico correspondió al de cirugía oral.

Teniendo en cuenta que en un 0,5% de los casos (1 de 184) no se pudo obtener este dato, las principales resoluciones fueron, por orden: la desestimación de la demanda por parte del COMB por considerarse un expediente de defensa, mediante comunicado de resolución o no (31%), el acuerdo extrajudicial (24%), el sobreseimiento/archivo (14,13%) y la absolución (13%) entre otras más minoritarias, siendo indemnizados (ya fuere por sentencia judicial o por acuerdo extrajudicial) 62 de los 184 casos (33,7%), siendo el promedio de las cuantías indemnizadas de 15.590,59 euros.

En cuanto a las condenas en los procedimientos de cirugía oral, se registró un 9,78% (18 de 184 casos).

Además, de los 184 casos en los que el acto médico-quirúrgico del expediente que motivó la reclamación fue la cirugía oral, se objetivó que en un 34,8% se cumplían criterios de responsabilidad profesional médica (64/184 casos) y que a su vez, en un 21,2% (39/184 casos) se cumplían también criterios jurídicos de mala praxis médica, existiendo pues un 13,6% de casos en los cuales, a pesar de existir responsabilidad médica profesional, no existió un defecto de la praxis.

Marei H. et al (Marei, 2013), en su estudio retrospectivo y descriptivo que analizó las reclamaciones en el ámbito de la cirugía oral en la provincia este de Arabia Saudí entre los años 2009 y 2012, obtuvieron que de los 20 casos analizados que cumplían los criterios de inclusión, 16 (80%) se llevaron a cabo en el ámbito privado mientras que los 4 restantes (20%) se realizaron en hospitales públicos.

Además, la secuela o daño colateral más frecuente que motivó la reclamación fue la aparición de comunicación oroantral tras la realización de una exodoncia dental (30%), seguido por la anestesia/parestesia nerviosa tras la exodoncia de terceros molares (20%), la fractura de mandíbula tras la exodoncia de los terceros molares (10%) y muy a distancia, entre varias otras causas, la falta de integración/pérdida de los implantes dentales (5%). Dichos resultados se alejan mucho respecto a los obtenidos en nuestro estudio.

En esta serie, el procedimiento quirúrgico más reclamado (dentro de la cirugía oral) fue la exodoncia simple de una pieza dental (50%), seguido de la exodoncia quirúrgica de terceros molares (35%), la colocación de implantes dentales (10%) y la cirugía ortognática (5%).

Otro dato muy importante y recordando lo anteriormente ya explicado, si bien es cierto que la relación contractual entre médico y paciente deriva normalmente de contrato de prestación de servicio y el médico tiene la obligación de actividad (o de medios) de prestar sus servicios profesionales en orden a la salud del paciente, sin obligarse al resultado de curación que no siempre está dentro de sus posibilidades, hay casos en que se trata de obligación de resultado en que el médico se obliga a producir un resultado” (sentencia del Tribunal Supremo (STS) del 13 de Diciembre de 1997, donde se ratifica que se da el contrato de obra en 3 supuestos como son la cirugía estética, odontología y vasectomía).

Por lo tanto y según lo anterior, en todos los casos de reclamaciones de cirugía estética facial se consideró que el acto quedaba enmarcado dentro de lo que es medicina satisfactiva, pero no así con los casos de reclamaciones que hicieron referencia a la cirugía oral, ya que dentro del espectro de “odontología”, no todos los actos se engloban dentro de la llamada medicina de resultados.

De hecho, dentro de todas las reclamaciones relacionadas con procedimientos de cirugía oral, únicamente se consideraron dentro de la medicina satisfactiva la mitad de ellos (un 49,5%, Tabla 15) siendo 89 de 95 casos de implantología y 2 de 60 casos de cirugía del tercer molar los implicados, excluyéndose el resto de los procedimientos de cirugía oral (Tabla 15).

PROCEDIMIENTOS MUESTRALES DE C. ORAL	N CIRUGÍA ORAL	% RESPECTO AL TOTAL DE LOS CASOS DE CIRUGÍA ORAL	N CIRUGÍA ORAL CONSIDERADA MEDICINA SATISFACTIVA	% RESPECTO A LOS CASOS DE C ORAL CONSIDERADOS M .SATISFACTIVA
IMPLANTOLOGÍA	95	51,63 %	89	48,4 %
CIRUGÍA DEL 3 ER MOLAR	60	32,61 %	2	1,1 %
EXODONCIA DE PIEZA EQUIVOCADA	15	8,15 %	0	0 %
EXODONCIA DE PIEZA NO INCLUIDA	11	5,98 %	0	0 %
CIRUGÍA DE OTRAS INCLUSIONES DENTARIAS	1	0,54 %	0	0 %
CIRUGÍA PREPROTÉSICA- ORTODÓNCICA	1	0,54 %	0	0 %
CIRUGÍA DE LOS QUISTES MAXILOMANDIBULARES	1	0,54 %	0	0 %
TOTAL	184	100 %	91	49,5 %

Tabla 16. Comparativa de la distribución del total de casos de cirugía oral respecto a los considerados como actos de cirugía oral enmarcados en la medicina satisfactiva.

Respecto a la **CIRUGÍA ESTÉTICA FACIAL**, el acto médico más reclamado en este apartado fue la rinoplastia (65,43% de los casos), seguida de la cirugía del lifting facial (25,93%).

El motivo principal que generó la reclamación o motivó el procedimiento objeto de estudio, al igual que en los procedimientos de cirugía oral, fue el supuesto defecto en la práctica médica/quirúrgica (52 casos de 81, 64,2%), y en segundo lugar las apariciones de complicaciones postoperatorias (14 de 81 casos, 17,3%).

Svider P et al (Svider, 2013), en su análisis de los expedientes con resultados adversos en cirugía estética facial obtenidos mediante la consulta de la base de datos legal Westlaw, tal y como ya mencionamos con anterioridad, obtuvieron resultados similares a los de nuestra serie, donde en 88 reclamaciones analizadas en su trabajo desde 1984 hasta 2012, los procedimientos más reclamados fueron las blefaroplastias, rinoplastias y liftings faciales.

Dichas cirugías con carácter estético a nivel facial, fueron también llevados a cabo principalmente por varones (87,65%, 71 casos de 81), siendo el porcentaje de mujeres más bajo pero a su vez, mayor que en los procedimientos de cirugía oral (12,3%).

En cuanto a la especialidad de estos profesionales, más del 85% de las especialidades las abarcaban cirujanos plásticos y otorrinolaringólogos, con 57 de los 81 especialistas (70,4%) pertenecientes al primer grupo y 13 de los 81 (16%) al segundo grupo, existiendo únicamente 2 casos de los 81 donde el reclamado fue un cirujano maxilofacial (2,5%),

Además, del total de los profesionales de la muestra referente al acto médico incluido como cirugía estética facial (81 profesionales), 24 fueron reincidentes (29,6%), porcentaje mucho menor que en las reclamaciones por procedimientos relacionados con la cirugía oral.

En el estudio de Svider P et al (Svider, 2013), las especialidades más frecuentes de los profesionales médicos implicados también fueron, por orden, la cirugía plástica, oftalmología y otorrinolaringología.

En cuanto a lo que concierne a la realización de la cirugía en sí, a raíz del análisis y resultados de los datos de nuestra investigación, se obtiene que también, al igual que en los actos de cirugía oral, el 100% de dichos procedimientos se realizaron de forma programada y no con carácter urgente, siendo la financiación del acto de tipo privada en el 96,3% de los casos (78/81) y realizándose la mayoría de los mismos en un ámbito hospitalario (95%, 77 de 81 casos de cirugía estética facial), todo lo contrario que en los procedimientos de cirugía oral, que fueron realizados en su gran mayoría en un ambiente extrahospitalario.

Un dato importante obtenido también en este estudio son los resultados de los daños reversibles o secuelas que se generaron en el perjudicado/a (la mayoría mujeres, con un 74,1%, lo cual refleja que es una actividad quirúrgica mayoritariamente reclamada por personas de sexo femenino).

Gran parte de los daños o secuelas se atribuyeron a la presencia de un defecto estético facial objetivo tras la cirugía o a la no consecución del resultado previsto por el/la perjudicado/a (45,7%, 37 de los 81 casos), la presencia de una cicatriz facial inestética (12,3%), y la aparición postquirúrgica de insuficiencia respiratoria nasal (8,64%), entre otras más minoritarias.

En los individuos/as perjudicados/as mencionados anteriormente, el principal motivo por el que consultaron al profesional médico que realizó el acto de cirugía estética facial que propició la reclamación fue, por orden de frecuencia, la presencia de deformidad nasal (42 de 81 casos, 52%) y la presencia de algún defecto estético facial (exceptuando la nariz) (35,8%), entre otros motivos más minoritarios en cuanto a su frecuencia.

En cuanto a lo que se refiere al tipo de expediente o la vía de tramitación del mismo, existió una tendencia a la desigualdad en cuanto a esta variable, siendo tramitados 34 de los 81 expedientes por la vía extrajudicial (42%) y 47 de los 81 por la vía judicial (58%). Dentro de todos estos expedientes judiciales, 31 de los 47 fueron por la vía civil (66%) y 16 por la vía penal (34%).

Así pues, en el caso de los expedientes abiertos en los que el principal acto fue la cirugía estética facial, más de la mitad fueron tramitados por la vía judicial (a diferencia de lo obtenido en los procedimientos de cirugía oral, donde exista una tendencia al equilibrio en este aspecto), y dentro de ésta, la mayoría (66%) por la vía civil.

Dentro de los expedientes de tipo penal (16 de los 81), el principal tipo de perjuicio que se reclamó fue también el delito de lesiones por imprudencia profesional grave (12 de los 16 casos, 75%), siendo reclamados en este apartado 2 delitos de homicidio por imprudencia profesional grave (que corresponden a un 12,5% de los expedientes penales en los procedimientos de cirugía estética facial).

Otro dato importante son los resultados del procedimiento (resolución) para la totalidad de los casos en los cuales el acto médico-quirúrgico correspondió al de cirugía estética.

Teniendo en cuenta que en un 12,34% de los casos (1 de 81) no se pudo obtener este dato, las principales resoluciones fueron, por orden: la desestimación de la demanda por parte del COMB por considerarse un expediente de defensa, mediante comunicado de resolución o no (30,9%) el acuerdo extrajudicial (23,5%), el sobreseimiento/

archivo, la absolución y la condena (todas ellas con el mismo porcentaje, un 13,6%) entre otras más minoritarias, siendo indemnizados (ya fuere por sentencia judicial o por acuerdo extrajudicial) 29 de los 81 casos (35,8%), siendo el promedio de las cuantías indemnizadas de 15.355,77 euros.

En cuanto a las condenas en los procedimientos de cirugía estética, se registraron un 13,6% (11 de 81 casos).

Así pues, las resoluciones favorables al profesional médico en las reclamaciones relacionadas con los procedimientos de cirugía estética facial fueron un 82,8% del total (suma de resoluciones de acuerdo extrajudicial, sobreseimiento/archivo, absolución, desestimación por parte del COMB y acto de conciliación sin indemnización), datos que se asemejan a los obtenidos por Svider P et al. en su serie (62,5% de casos resueltos en favor del profesional médico) ,sobre todo en lo que respecta al elevado porcentaje de resultados favorables al profesional respecto a los no favorables.

Además, de los 81 casos en los que el acto médico-quirúrgico del expediente que motivó la reclamación fue la cirugía estética, se objetivó que en un 37% (30 de 81 casos) se cumplían criterios de responsabilidad profesional médica y que a su vez, en un 20% (16 de 81 casos) se cumplían también criterios de mala praxis médica, existiendo pues un 17% de casos en los cuales, a pesar de existir responsabilidad médica profesional, no existió un defecto de la praxis, porcentaje mayor que en los obtenidos en el análisis de los procedimientos de cirugía oral.

2.8. LIMITACIONES DEL PROYECTO

Durante el desarrollo de la presente investigación se han puesto de manifiesto algunas limitaciones metodológicas que deben ser expuestas, siendo éstas fundamentalmente relativas a la base de datos utilizada en el acceso a la muestra, ya que dicha base de datos no incluye todos los casos de reclamación por presunta responsabilidad profesional médica para el periodo estudiado en el área de cobertura del CCMC (los cuatro colegios oficiales de médicos de Catalunya). En ella, constan los procedimientos en los que están involucrados profesionales que han contratado su póliza de responsabilidad civil a través del CCMC, y no aquellos en los que el profesional ha contratado su póliza por cualquier otra vía. Sin embargo, esta circunstancia (denominada Single Insurance) no debe desmerecer la presente investigación. Al contrario, estudios de referencia en este ámbito, como el estudio de Jena (Jena, 2011), en Estados Unidos, han asumido la misma limitación. Jena, además, añade otras limitaciones, concordantes con nuestra investigación, incluyendo el uso de datos antiguos, la limitada cobertura geográfica, la existencia de una información limitada sobre la especialidad del médico o el vacío de información en relación a la cantidades de las indemnizaciones.

Además, no se han incluido en el presente estudio los datos relativos a los procedimientos posteriores al año 2014 debido a que en su mayor parte no estaban finalizados.

2.9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1) Aunque se ha objetivado una tendencia al alza en lo que hace referencia al número de reclamaciones anuales (alcanzando su máximo en los últimos años), en nuestro ámbito geográfico (Cataluña, España), la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial no se muestra como una especialidad de alto riesgo de reclamación (4,5%) y se sitúa en el grupo de especialidades de riesgo medio.

Esta tendencia al alza es debida probablemente a que hasta ahora nos encontrábamos en un ámbito europeo en que la relación médico-paciente se basaba en una relación de confianza, pero poco a poco se ha ido entrando en una dinámica anglosajona, en la cual ésta relación es más de resultados, derivando en un aumento de la exigencia por parte de los pacientes.

2) Dentro del ámbito de la especialidad, la frecuencia de reclamaciones es mayor en las afecciones o patologías a nivel bucodental (56,51%) seguidas de las alteraciones o defectos estéticos (objetivos o subjetivos) a nivel facial (22,54%), por lo que en consecuencia, los actos quirúrgicos más reclamados son los de cirugía oral (58%) y los de cirugía estética facial (26%).

3) Dentro de estos procedimientos mencionados en el apartado número 2, destacan las incidencias de los procedimientos de implantología dental y la exodoncia del tercer molar incluido en el primer grupo (cirugía oral) y de la rinoplastia y el lifting facial en el segundo (cirugía estética facial).

4) Por lo tanto y en base a estos resultados, no llama la atención que siendo la Cirugía Oral y Maxilofacial una especialidad médica y de carácter preferentemente hospitalario, se hayan realizado casi la mitad de los procedimientos reclamados (48,25%) en un ámbito asistencial extrahospitalario, y dentro de este ámbito asistencial extrahospitalario, un 45% en consultas odontológicas.

5) Así como vemos que existe un mayor número de reclamaciones en médicos con más de 10 años de experiencia profesional en su especialidad, no se ha demostrado una relación estadísticamente significativa entre esta experiencia del cirujano (y sus años de actividad médica) con un mayor índice de responsabilidad profesional.

6) Aunque (como cabe esperar) la mayor parte de los procedimientos son realizados por especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial, tampoco se ha demostrado una relación estadísticamente significativa entre el tipo de especialista que realiza el acto quirúrgico (estomatólogo, estomatólogo/cirujano maxilofacial, etc.) y una mayor incidencia de responsabilidad médica.

7) En el ámbito de la Cirugía Oral y Maxilofacial, existe un alto porcentaje de reincidencia por parte del profesional médico (63%), hecho relacionado probablemente con el/los tipo/s de acto/s quirúrgico/s más reclamado/s por dos motivos:

- se trata de actos quirúrgicos (sobre todo los relacionados con la implantología) breves, que no requieren ingreso, con pocas complicaciones y rentables desde el punto de vista económico para el profesional, por lo que por dichos motivos son realizados de forma más repetida por el profesional médico.
- son actos quirúrgicos más “reclamables” por parte del paciente debido al elevado componente de medicina satisfactoria que poseen y probablemente debido a que suelen suponer un esfuerzo económico para el paciente que si no lo ve recompensado tenderá a reclamar.

8) Los principales motivos de reclamación son los defectos de la práctica quirúrgica, y las secuelas o daños reversibles que se producen, fundamentalmente y en primer lugar los daños funcionales (destacando la pérdida de los implantes dentales colocados y la exodoncia de la pieza dental equivocada) y en segundo lugar los daños nerviosos sensitivo/motores (destacando la anestesia/parestesia de nervios dentario y lingual), existiendo una clara asociación estadísticamente significativa con la existencia de responsabilidad por parte del médico. En un 3,81% de los casos el motivo de reclamación se derivó del fallecimiento del paciente.

9) La mayor parte de las reclamaciones fueron tramitadas por la vía judicial (54,6%), y dentro de ésta, el 20,3% por la vía judicial penal. La vía extrajudicial, que busca llegar a pactos entre las partes, supuso un 45,4%, con un 29,37% de los cierres de estas reclamaciones con un acuerdo.

De hecho, el promedio de tiempo transcurrido desde el momento del acto quirúrgico a la apertura del expediente de dicho procedimiento fue de 2 años, lo que confirma que generalmente existe un periodo ventana entre el acto médico y la interposición o demanda que correspondería a un periodo de reflexión del perjudicado o familiares que podría abrir puertas a la mediación.

Este porcentaje de reclamaciones extrajudiciales debería ir en aumento a lo largo de los años, siendo una tendencia que debería mantenerse para bien de todas las partes implicadas, ya que supone una resolución más rápida y menos costosa, evitando someter al médico a pasar por un proceso judicial que siempre es desagradable.

Además, de las 64 reclamaciones presentadas en vía penal, únicamente hubo condena en 1 demanda (1,56%) por fallecimiento del paciente. En la vía civil, se consideró que hubo responsabilidad profesional y ello motivó una indemnización y/o condena en el 51% de los casos.

10) La resolución más frecuente en resultados generales fue la desestimación del caso por parte del COMB (30,5%, no era caso de riesgo para defensa judicial y se descartó la misma, sin que el expediente llegara a progresar a la vía judicial) seguida por el acuerdo extrajudicial (21,3%). En el resultado global de todos los casos, la resolución fue favorable al profesional médico en un 84,2%

Para finalizar, enumeramos un decálogo de **recomendaciones** que se adaptan a las conclusiones de nuestro estudio, y aunque se podrían aplicar de forma general, son de especial utilidad para los especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial:

1- Es prioritario hoy en día que, debido al aumento en la tendencia a reclamar los actos médicos, existan medidas que permitan una correcta defensa por parte del profesional. En este sentido, es importantísimo el registro de una buena historia clínica, donde se utilice un lenguaje médico adecuado, evitando abreviaturas y la mezcla de datos médicos y económicos, así como los registros fotográficos prequirúrgicos y postquirúrgicos, que plasmarán la objetividad del tratamiento en los casos en los que se presenten más dudas y se exijan resultados estéticos, como son la cirugía estética facial y la implantología dental (documentar el caso).

2- Fomentar en todo momento una buena relación médico-paciente, lo cual es la base para la generación de la confianza y seguridad que necesitan los pacientes y sus familiares en cualquier acto médico o quirúrgico.

3- En tratamientos quirúrgicos electivos, procurar una información exhaustiva que in-

cluya la información sobre el procedimiento planeado, los riesgos significativos del mismo, las alternativas razonables y sobretodo quién realizará el procedimiento, utilizando si fuera preciso la discusión verbal, diagramas, esquemas y/o anotaciones.

4- Solicitar también el DCI específico y detallado (aceptado por las diferentes sociedades de especialidades médicas) con tiempo suficiente para que el paciente lo lea y pueda plantear las cuestiones que no entienda.

5- Aplicar medidas de seguridad clínica tipo “check-list” y aplicar las guías de práctica clínica publicadas por las sociedades científicas, así como un buen estudio, planificación del caso y utilización de una técnica depurada junto con procedimientos protocolizados.

6- Ofrecer al paciente el soporte postoperatorio adecuado como la información en cuanto a las instrucciones postoperatorias detalladas y las normas de reconsulta en el caso de que fuera necesario.

7- Ante la aparición de una complicación, gestionarla con rapidez, transparencia y máxima colaboración.

8- Ante un efecto adverso, nunca despreciar la insatisfacción del paciente. Mostrarse comprensivo y generoso en dar toda la información necesaria tranquilizando y ofreciendo, si fuera posible, los tratamientos complementarios para resolverlo.

9- La gestión extrajudicial de la responsabilidad médica profesional sería lo más adecuado. Es más rápida, ahorra costos y genera menos ansiedad al médico y paciente. Por ello, es recomendable disponer también de un buen seguro de responsabilidad civil con el que se le pueda dar el soporte legal necesario al médico implicado.

10- La valoración pericial de la responsabilidad profesional debería ser más profunda y concreta y ajustarse a criterios propuestos por la Unión Europea, sobretodo ejecutándose por especialistas formados al respecto.

03.*LISTADO DE FIGURAS*

Figura 1. Algoritmo de funcionamiento del SRP ante una demanda. Adaptado de Arimany et al Med Clin 2013b.

Figura 2 . Evolución de las reclamaciones por médico/año.

Figura 3. Número de reclamaciones/año desde el año 1990 hasta el año 2014, ambos incluidos.

Figura 4. Distribución de los motivos , para la totalidad de los casos de la muestra que han motivado el procedimiento objeto de estudio.

Figura 5. Distribución del tipo de expediente, para la totalidad de los casos de la muestra.

Figura 6. Distribución de la vía de reclamación para la totalidad de los casos de la muestra.

Figura 7. Distribución de la vía de reclamación para la submuestra para la cual el tipo de expediente fue “judicial”.

Figura 8. Distribución de los tipos de perjuicios , para la totalidad de los casos de la submuestra “expediente judicial vía penal”.

Figura 9. Distribución de los resultados del procedimiento (en %) para la totalidad de los casos de la muestra.

Figura 10. Distribución de los resultados del procedimiento (en %) para la totalidad de los expedientes judiciales.

Figura 11. Distribución de los resultados del procedimiento (en %) para la totalidad de los expedientes judiciales civiles.

Figura 12. Distribución de los resultados del procedimiento (en %) para la totalidad de los expedientes judiciales penales.

Figura 13. Distribución de los resultados del procedimiento (en %) para la totalidad de los expedientes extrajudiciales.

Figura 14. Distribución del tiempo transcurrido desde el acto médico hasta la resolución, para la totalidad de la muestra objeto de estudio (en meses). El número del caso está situado en el eje de ordenadas y los meses transcurridos en el eje de abscisas.

Figura 15. Distribución del tiempo transcurrido en meses y años desde el acto médico hasta la resolución, para la totalidad de los casos extrajudiciales, judiciales civiles y penales.

Figura 16. Distribución del tiempo transcurrido desde la apertura del expediente hasta la resolución, para la totalidad de la muestra objeto de estudio (en meses). El número del caso está situado en el eje de ordenadas y los meses transcurridos en el eje de abscisas.

Figura 17. Distribución del tiempo transcurrido en meses y años desde la presentación de la reclamación hasta la resolución del expediente, para la totalidad de los casos judiciales y extrajudiciales.

Figura 18. Distribución de las indemnizaciones económicas para la totalidad de la muestra objeto de estudio (en euros). El número del caso está situado en el eje de ordenadas y las indemnizaciones en el eje de abscisas.

Figura 19. Distribución de los resultados de la cuantía de la indemnización (promedio y en euros) en función del tipo de acto que motivó la reclamación.

Figura 20. Distribución de los resultados de la cuantía de la indemnización considerando el número total de casos por cada tipo de acto médico que propició la reclamación y el número de casos indemnizados por cada tipo de acto médico.

Figura 21. Distribución de los resultados de la variable “responsabilidad médica”, para la totalidad de los casos de la muestra.

Figura 22. Distribución de los resultados de la variable “responsabilidad médica”, para la totalidad de los casos de la muestra y desglosada según el tipo de acto médico que propició la reclamación.

Figura 23. Distribución de los resultados de la variable “defecto de praxis o existencia de criterios jurídicos”, para la totalidad de los casos de la muestra.

Figura 24. Distribución de los resultados de la variable “defecto de praxis o existencia de criterios jurídicos”, para la totalidad de los casos de la muestra y desglosada según el tipo de acto médico que propició la reclamación.

Figura 25. Distribución de las causas para la totalidad de los casos de la muestra.

Figura 26. Distribución de las causas, para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA ORAL”.

Figura 27. Distribución de las causas, para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA ESTÉTICA FACIAL”.

Figura 28. Distribución de las causas, para la totalidad de los casos de la submuestra “TRAUMATOLOGÍA CRANEOFACIAL”.

Figura 29. Distribución de las causas, para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA ONCOLÓGICA”.

Figura 30. Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES”.

Figura 31. Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA DE LAS INFECCIONES DE CABEZA Y CUELLO”.

Figura 32. Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “CIRUGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES”.

Figura 33. Distribución de las causas , para la totalidad de los casos de la submuestra “OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS”.

Figura 34. Distribución de la urgencia del acto médico , para la totalidad de los casos de la muestra.

Figura 35. Distribución temporal atendiendo al año en el que se realiza el acto médico , para la totalidad de los casos de la muestra.

Figura 36. Distribución temporal atendiendo al mes en el que se realiza el acto médico , para la totalidad de los casos de la muestra.

Figura 37. Distribución de casos de reclamaciones para el total de la muestra objeto de estudio, atendiendo a la provincia en la que se produjo el acto médico reclamado.

Figura 38. Distribución de casos de reclamaciones atendiendo al ámbito asistencial implicado en el acto médico reclamado.

Figura 39. Distribución de casos de reclamaciones atendiendo al área asistencial implicada en el acto médico reclamado.

Figura 40. Distribución de casos de reclamaciones atendiendo al tipo de secuela o daño colateral del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio.

- Figura 41.** *Distribución de secuelas o daño colateral en los casos de reclamaciones en cirugía oncológica.*
- Figura 42.** *Distribución de secuelas o daño colateral en los casos de reclamaciones en cirugía estética facial.*
- Figura 43.** *Distribución de secuelas o daño colateral en los casos de reclamaciones en cirugía oral.*
- Figura 44.** *Distribución de secuelas o daño colateral en los casos de reclamaciones en traumatología.*
- Figura 45.** *Distribución de secuelas o daño colateral en los casos de reclamaciones en la cirugía de las deformidades dentofaciales.*
- Figura 46.** *Distribución de secuelas o daño colateral en los casos de reclamaciones en la cirugía de las glándulas salivales.*
- Figura 47.** *Distribución de secuelas o daño colateral en los casos de reclamaciones en la cirugía de las infecciones cervicofaciales.*
- Figura 48.** *Distribución de secuelas o daño colateral en los casos de reclamaciones en otros procedimientos.*
- Figura 49.** *Distribución de casos de reclamaciones en el ámbito de acción de la Cirugía Oral y Maxilofacial, atendiendo al tipo de ejercicio implicado en el acto médico reclamado.*
- Figura 50.** *Distribución de casos de reclamaciones en el ámbito de acción de la Cirugía Oral y Maxilofacial, atendiendo al tipo de medicina implicado en el acto médico reclamado.*
- Figura 51.** *Distribución de casos de reclamaciones en el ámbito de acción de la Cirugía Oral y Maxilofacial, atendiendo a la existencia o no de DCI previo a la realización del ejercicio implicado en el acto médico reclamado.*
- Figura 52.** *Distribución de la edad media de los perjudicados/as de la totalidad de la muestra objeto de estudio (en años). El número del caso está situado en el eje de ordenadas y la edad en años en el eje de abscisas.*
- Figura 53.** *Distribución de los perjudicados/as de la totalidad de la muestra atendiendo al sexo de los mismos.*
- Figura 54.** *Distribución de casos de reclamaciones atendiendo al tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento de la realización del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio.*
- Figura 55.** *Distribución de casos de reclamaciones para la submuestra “patología buco-dental” atendiendo al tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento de la realización del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio.*
- Figura 56.** *Distribución de casos de reclamaciones para la submuestra “estética facial” atendiendo al tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento de la realización del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio.*
- Figura 57.** *Distribución de casos de reclamaciones para la submuestra “patología oncológica” atendiendo al tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento de la realización del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio.*
- Figura 58.** *Distribución de casos de reclamaciones para la submuestra “patología funcional” atendiendo al tipo de patología padecida por el perjudicado/a en el momento de la realización del procedimiento o acto que motivó el procedimiento objeto de estudio.*
- Figura 59.** *Distribución de la edad media de los profesionales médicos implicados de la totalidad de la muestra objeto de estudio (en años). El número del caso está situado en el eje de ordenadas y la edad en años en el eje de abscisas.*
- Figura 60.** *Distribución de los profesionales médicos implicados de la totalidad de la muestra atendiendo al sexo de los mismos.*

Figura 61. *Distribución de los profesionales médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio atendiendo al registro en la base de datos del CCMC de alguna especialidad médica, atendiendo a la totalidad de la muestra.*

Figura 62. *Distribución de los profesionales médicos implicados en el procedimiento objeto de estudio atendiendo al registro en la base de datos del CCMC de alguna especialidad médica, atendiendo a la totalidad de la submuestra "OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS".*

Figura 63. *Distribución del tiempo medio transcurrido desde la obtención de la licenciatura de los profesionales médicos implicados en la totalidad de la muestra objeto de estudio hasta el acto médico motivo del procedimiento (en años). La edad en años está representada en el eje de abscisas, y los casos en el eje de ordenadas.*

Figura 64. *Distribución de las Incidencias múltiples del profesional médico implicado en el procedimiento objeto de estudio.*

Figura 65. *Distribución del número de profesionales médicos implicados en cada uno de los casos de la totalidad de la muestra.*

o4.LISTADO DE TABLAS

- Tabla 1.** *Número de expedientes descartados del estudio y motivos.*
- Tabla 2.** *Artículos del código penal de 1995 según el tipo de perjuicio registrado.*
- Tabla 3.** *Correspondencia de artículos entre el código penal de 1973 y el de 1995.*
- Tabla 4.** *Posibilidades en cuanto al resultado final del procedimiento en los casos judiciales.*
- Tabla 5.** *Posibilidades en cuanto al resultado final del procedimiento en los casos extrajudiciales.*
- Tabla 6.** *Tipo de acto médico que motivó la reclamación.*
- Tabla 7.** *Área donde fue realizado el acto médico que motivó la reclamación.*
- Tabla 8.** *Tipo de secuela o daño colateral del procedimiento o acto que motivó la reclamación.*
- Tabla 9.** *Tipo de problema/patología padecida por el perjudicado en el momento del acto médico/quirúrgico que motivó la realización del acto que propició la reclamación.*
- Tabla 10.** *Número de reclamaciones por especialidades entre los años 1990 y 2014.*
- Tabla 11.** *Distribución de los resultados para las diferentes variables según el tipo de medicina del acto médico objeto de reclamación (satisfactiva vs no satisfactiva).*
- Tabla 12.** *Distribución de los resultados para la variable “presencia de documento informado” y distribución de dicha variable según el tipo de medicina del acto médico objeto de reclamación (satisfactiva vs no satisfactiva).*
- Tabla 13.** *Comparativa entre las resoluciones más frecuentes en el ámbito penal y el civil.*
- Tabla 14.** *Resultados del tiempo transcurrido desde la presentación de la reclamación hasta la resolución según se trate de procedimientos extrajudiciales, judiciales civiles o penales.*
- Tabla 15.** *Distribución de las indemnizaciones según el tipo de expediente.*
- Tabla 16.** *Comparativa de la distribución del total de casos de cirugía oral respecto a los considerados como actos de cirugía oral enmarcados en la medicina satisfactiva.*

05. BIBLIOGRAFÍA

En esta tesis se sigue, para la notación de su bibliografía, el sistema de citación nombre-año (o sistema Harvard) . En el texto, cada referencia se identifica por el apellido(s) de (los) firmante(s) y el año de publicación.

En la bibliografía, el estilo de las referencias bibliográficas sigue las recomendaciones de los “requisitos de Uniformidad para manuscritos Presentados a revistas Biomédicas” tal y como indican las normas del Comité de Editores de revistas médicas (ICMJE) en su última edición, disponibles en http://www.icmje.org/manuscript_iprepare.html

Bibliografía

1. Arimany, J. , Pujol, A., Aspectos medicolegales de las malpraxis en dermatología, *Piel*, 1994;9:16-22
2. Arimany J., Pujol, A. Tribuna: La prueba pericial médica en casos de responsabilidad profesional. *Diario Médico*. 7 abril 2004;8.
3. Arimany-Manso J et al. Un modelo integral y de gestión directa del aseguramiento de la responsabilidad profesional médica de Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2013a. Jan-Feb; 27(1): 92-3.
4. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Aubía Marimón J. Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. *Gac Sanit*. 2013b Jan-Feb;27(1):92-3.
5. 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*. 2013c;39(4):142-8.
6. Arimany-Manso J. La medicina defensiva: un peligroso boomerang. *Humanitas, Humanidades Médicas* 2007; 12: monográfico.
7. Arimany-Manso. “Reconocer los errores favorece su resolución extrajudicial” *Diario Médico*. 11 mayo 2015; 19.
8. Badenoch-Jones E, White BP, Lynham A. Oral and Maxillofacial Surgery and General Dentistry (Oral Surgery procedures): An Analysis of Litigation Cases. *The Aust Dent J*. 2015 Sep 11. doi: 10.1111/adj.12374.
9. Brendel RW, Schouten R. Legal concerns in psychosomatic medicine. *Psychiatr Clin N Am* 2007;30:663-76.

10. Brown JP. Toward an economic theory of liability. *J Legal Stud* 1973;2:323-49
11. Bui CH, Seldin EB, Dodson TB. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61:1379e89
12. Carles M. Responsabilidad por una práctica médica inadecuada: una perspectiva económica. *Gac Sanit* 2003;17:494-503.
13. Carnicero MA, Echeverría F. Malpraxis o negligencia médica en el partido judicial de San Sebastián durante el período 1985-1995. En: Libro de ponencias de las Cuartas Jornades Catalanes d'Actualització en Medicina Forense. Barcelona: Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya; 1999. p. 173-81.
14. Clos-Masó D, Gómez-Durán EL, Morales JI, Arimany-Manso J. Los seguros de responsabilidad civil profesional médica. Problemas jurídicos en Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. ISBN: 978-84-695-7381-5 (2013).
15. Código Penal. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. Quinta edición. Editorial Tecnos. Madrid, 1999.
16. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Informe anual 2014. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 2015.
17. Corbella J. La responsabilitat del metge i de les institucions sanitàries. Discurso de ingreso en al Real Academia de Medicina de Barcelona. Barcelona 1985.
18. Corbella, J. Evolución del concepto de responsabilidad médica. *Organización Médica Colegial*, 1991;13:27-28.
19. Couceiro A. The levels of health justice and the distribution of resources. *An. Sit. Saint. Navar.* 2006;29 (Supl.3): 61-74.
20. Fernández A. Improving the quality of informed consent: it is not all about the risks. *Ann Intern Med.* 2010 Sept 7; 153(5):342-3
21. Fernández Hierro JM. Sistema de responsabilidad médica. Granada: Ed Comares; 2007. p 1-9.
22. García Blázquez M, Molinos Cobo JJ. Manual práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica (Aspectos jurídicos y médico-forenses). Granada : Biblioteca Comares de Ciencia Jurídica; 1995.

23. Gisbert Grifo MS, Fiori A. Responsabilidad médica. En: Villanueva Cañadas E, editor. Gisbert Calabuig. Medicina legal y toxicología. 6a ed. Barcelona: Masson; 2005; p.109-24.
24. Gómez-Durán EL, Gómez-Alarcón M, Arimany-Manso J. Las agresiones a profesionales sanitarios. *Rev Esp Med Legal* 2012;38:1-2.
25. Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Arimany-Manso J. Legal medicine contributions to patient safety. From ascertainment and evaluation to research in medical liability. *Int J Legal Med.* 2013a Jul 5. DOI: 10.1007/s00414-013-0885-9
26. Greenstein G, Tarnow D. The mental foramen and nerve: clinical and anatomical factors related to dental implant placement: a literature review. *J Periodontol* 2006;77:1933e43.
27. 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 Jul;50(5):385-8.
28. Gutiérrez Carbonell M. Tratamiento procesal de la pericia médica en el procedimiento penal. Diligencias de instrucción y pruebas: preconstituidas, anticipadas y plenas. En: Consejo General del Poder Judicial, editores. Medicina legal. Madrid: CGPJ. 1993;5:9-43.
29. Hernández Gil A. Estudio médico forense de la responsabilidad profesional médica. *Revista de Estudios Jurídicos.* 2008; 8: 1-30. Disponible a:<revistas electrónicas. ujaen.es
30. Hernández,Nelsón. De la responsabilidad jurídica del médico. Editorial Ateproca, 1999.
31. Hong SS, Yheulon CG, Sniezek JC.Salivary gland surgery and medical malpractice. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013 Apr;148(4):589-94.
32. Howe GL, Poyton HG. Prevention of damage to the inferior dental nerve during the extraction of mandibular third molars. *Br Dent J* 1960;109:355e63.
33. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med* 2011;365:629-36
34. Khan IH, Giddins G. Analysis of NHSLA claims in hand and wrist surgery. *J Hand Surg Eur Vol* 2010;35:61-4.

35. Kiani M, Sheikhzadi A. A five-year survey for dental malpractice claims in Tehran. Iran. *J Forensic Leg Med* 2009;16:76e82
36. Kim YK, Kim SG, Kim JH. Altered sensation after orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2011;69:893e8
37. Lee JS, Curley AW, Smith RA. Prevention of wrong-site tooth extraction: clinical guidelines. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:1793e9.
38. LEY 1/2000 de 7 de Enero de enjuiciamiento civil BOE no 7 de 08/01/2000
39. LEY de Enjuiciamiento Criminal de 14 septiembre de 1882 y disposiciones de reforma BOE
40. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
41. Llei 21/2000 del 29 de desembre sobre els drets d'informació concernent a la salut, a l'autonomia del pacient i la documentació (DOGC 3303).
42. Llovet JJ. Las reclamaciones judiciales por mala praxis médica. *Rev Esp Salud Pública* 1993;67:315-23.
43. Lydiatt DD. Litigation and the lingual nerve. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61:197-200
44. Marei HF. Medical litigation in oral surgery practice: lessons learned from 20 lawsuits. *J Forensic Leg Med.* 2013 May;20(4):223-5.
45. Martín Fumadó C. “ Análisis de la responsabilidad profesional médica derivada del ejercicio de la Psiquiatría y de la Medicina Legal”. Tesis doctoral. U.A.B. 2012.
46. Martín-Fumadó C, Barbería Marcalain E, Pujol Robinat A, Arimany -Manso J. Revista Española de Medicina Legal: Análisis de la nueva etapa. *Rev Esp Med Legal.* 2011;37(1):1-4
47. Martínez-Pereda JM. La responsabilidad penal del médico y del sanitario. 2.a ed. Madrid: Colex; 1994.
48. Medallo Muñoz J, Pujol Robinat A, Arimany Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc).* 2006;126:152-6
49. Morell Ocaña, “Deontología de los quehaceres sanitarios. Códigos de buenas prácticas y lex artis”, *Noticias de la Unión Europea*, 184, 2000, pp. 95-108.

50. Moreno P. El TS rechaza que la inhabilitación se aplique sólo a la especialidad. *Diario Médico*. 26 noviembre 2001;7.
51. Moya Garrido, M^a N. Internet, salud y ciudadanía. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2009. CONSEJERIA DE SALUD Agencia de de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía Sevilla (Aetsa) Informe de Evaluación. La Biblioteca Cochrane Plus.
52. Moya Jiménez A. La responsabilidad de la Administración sanitaria y médica. *Revista de Responsabilidad Civil, Circulación y Seguro*. 2010; 7: 6-34.
53. National Health Service Litigation Authority (NHSLA). <http://www.nhsla.com/home.htm>.
54. National Practitioner Data Bank Annual Report. Combined 2007, 2008, 2009 Annual Report. U.S. Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration. Bureau of Health Professions. Division of Practitioner Data Bank.
55. Orosco RK, Talamini J, Chang D, et al. Surgical malpractice in the United States, 1990-2006. *J Am Coll Surg*. 2012;20:10.
56. Paredes R. Ética y Medicina Defensiva, Seminario El ejercicio actual de la medicina, Facultad de Medicina UNAM, Méjico, 2003
57. Perea Pérez B, Santiago Sáez A, Labajo González ME, Albarrán Juan ML, 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 odontostomatología. *Trauma Fund MAPFRE*. 2009; 20: 264-8.
58. 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 Sep 1;19(5):e500-5.
59. Pujol Robinat A, Martin 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.
60. Pujol Robinat A, Puig Bausili L. El informe médico-forense en las denuncias por malpraxis médica. En: *Terceres Jornades Catalanes d'actualització en Medicina Forense*. Barcelona. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya; 1997.p.177-88.

61. Quaderns de Bona Praxi. El consentiment informat. La presa de la decisió informada del pacient. Març 2008. COMB.
62. Quaderns de Bona Praxi. Praxi mèdica i reclamacions judicials. Maig 2011. COMB.
63. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española (Vigésimo segunda edición) Consulta electrónica en <http://www.rae.es/rae.html>
64. Roche Rebollo E. “ Aspectos médico-legales de la práctica de la Angiología y Cirugía Vascul ar”. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. 2013
65. Rodríguez Álvarez P. Nociones de derecho procesal. En: García Barrios PJ, editor. Medicina legal: responsabilidad por las actuaciones sanitarias. Alcalá la Real: Formación Alcalá; 2003. p. 17-29.
66. Ryan M. Medical malpractice: a review of issues for providers. Hematol Oncol Clin N Am 2002;16:1331-50.
67. Salazar Ureña L., Quintana Rodriguez R. La mala praxis: responsabilidad penal del profesional en medicina. Medicina Legal . Diciembre 1993-Mayo 1994.
68. Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B, Albarrán-Juan ME, Labajo-González E, Reneses-Prieto B. Análisis de las sentencias judiciales contra psiquiatras resueltas en segunda instancia en España entre 1992 y 2007. Actas Esp Psiquiatr 2011;39(6):393-400.
69. Simonsen AR, Duncavage JA, Becker SS. Malpractice in Head and Neck Surgery: A Review of Cases. Otolaryngol Head Neck Surg. 2012 Jul;147(1):69-73
70. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ, 1995;310:27-29
71. Svider PF, Eloy JA, Folbe AJ, Carron MA, Zuliani GF, Shkoukani MA. Craniofacial Surgery and Adverse Outcomes: An Inquiry Into Medical Negligence. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2015 Jul;124(7):515-22.
72. Svider PF, Keeley BR, Zumba O, Mauro AC, Setzen M, Eloy JA. From the operating room to the courtroom: a comprehensive characterization of litigation related to facial plastic surgery procedures. Laryngoscope. 2013 Aug;123(8):1849-53.
73. Tancredi LR, Barondess JA. The problem of defensive medicine. Science 1978;200:879-82.
74. TenaTC, SánchezGJ, RiveraCA, HernándezGL. La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. Revista Médica del IMSS 2003; 41: 407-13.

75. Urruela Mora A, Romeo Malanda S Tendencias actuales de la jurisprudencia española en materia de responsabilidad penal Médica. Revista de Derecho Penal Jurisprudencia española responsabilidad penal médica en 2011.
76. Vargas Blasco C. “Responsabilidad profesional médica en urología”. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona. 2016.
77. Varios autores, El ejercicio en grupo de profesiones liberales, Granada, 1993; Calvo Sánchez, Régimen jurídico de los colegios profesionales, Madrid, 1998.
78. Vázquez JE. “lex artis ad hoc” como criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico. A propósito de un caso basado en la elección de la técnica empleada en el parto (parto vaginal vs cesárea). Cuad. Med. Forense. 2010;16:179-82.
79. Vazquez L, Saulacic N, Belser U, Bernard JP. Efficacy of panoramic radiographs in the preoperative planning of posterior mandibular implants: a prospective clinical study of 1527 consecutively treated patients. Clin Oral Implants Res 2008;19:81e5.

o6. ANEXOS

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO

D. Sergio Bordonaba Leiva, con D.N.I. 45637729-W, en calidad de colaborador investigador en la tesis doctoral sobre responsabilidad profesional médica en Cirugía oral y Maxilofacial, bajo la dirección del Director del Área de Praxis del Colegio de Médicos de Barcelona, Dr. Josep Arimany-Manso y la Jefa de Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Vall d'Hebron, la Dra. Coro Bescós, suscribe el presente acuerdo de confidencialidad.

Que a los efectos de este acuerdo, tendrá la consideración de información confidencial, toda la información susceptible de ser revelada por escrito, de palabra o por cualquier otro medio o soporte, tangible o intangible, actualmente conocido o que posibilite el estado de la técnica en el futuro, conocida mediante el análisis de datos del Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio de Médicos de Barcelona.

El investigador colaborador se compromete a:

- a. Utilizar dicha información de forma reservada.
- b. No divulgar ni comunicar la información e impedir la copia o revelación de esa información a terceros, salvo que gocen de la aprobación escrita de la otra parte y únicamente en términos de tal aprobación.
- c. Restringir el acceso a la información a cualquier persona ajena al Servicio de Responsabilidad Profesional.
- d. Divulgar el resultado de sus análisis de manera que los sujetos o casos concretos no resulten identificables y siempre con la aprobación del Servicio.
- e. Cumplir la normativa vigente en protección de datos de carácter personal. El investigador colaborador podría tener acceso a datos de carácter personal protegidos por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, por lo que se compromete a efectuar un uso y tratamiento de los datos afectados que será acorde a las actuaciones que resulten necesarias para el desarrollo de las tesis en que participe, según las instrucciones facilitadas en cada momento.
- f. Asimismo, asume la obligación de guardar secreto profesional sobre cuanta información pudiera recibir, gestionar y articular con relación a los datos personales y a no comunicarlos a terceros, así como a destruirlos, cancelarlos o devolverlos en el momento de la finalización de la tesis doctoral, así como a aplicar las medidas de seguridad necesarias.

La información a analizar en estas investigaciones es propiedad del Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio de Médicos de Barcelona y la divulgación de información no implica transferencia o cesión de derechos.

Independientemente de las responsabilidades que por ley pudieran derivarse del incumplimiento del presente acuerdo, el incumplimiento de estas obligaciones podrá determinar la resolución de la relación de colaboración.

Y en prueba de conformidad de cuanto antecede, firma el presente acuerdo por duplicado y a un solo efecto en el lugar y fecha citados.

Firmado en Barcelona, a 9 de julio de 2015.

