

“Estudio sobre el aumento de las reclamaciones de pacientes odontológicos y su relación con el cambio de modelo de asistencia dental”.



Dr. Bernardo Perea Pérez.

Profesor Titular de Medicina Legal y Forense de la Universidad Complutense de Madrid. Presidente de la Comisión Deontológica del Colegio de la Primera Región.

Dr. José María Vega del Barrio.

Profesor Titular del Departamento de Estomatología II de la Universidad Complutense de Madrid. Expresidente de la Comisión Deontológica del Colegio de la Primera Región.

Dra. María Elena Labajo González.

Colaboradora del Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria. UCM. Profesor Asociado del Departamento de Odontología de la UEM.

Dra. Ana María Fonseca Peña.

Colaboradora del Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria. UCM.

RESUMEN

Introducción: En los últimos años, se constata en la Comisión Deontológica un aumento de las reclamaciones de pacientes insatisfechos por tratamientos recibidos en clínicas dentales “no propiedad de dentistas”. Este estudio tiene por finalidad cuantificar estos datos y buscar posibles causas.

Material y método: El material empleado han sido las reclamaciones de pacientes presentadas ante la Comisión Deontológica del Colegio de la I Región durante los años 2003 y 2004, en total 315 expedientes. Estos expedientes se dividieron en tres grupos: asistencia privada, asistencia en franquicias y asistencia en otras sociedades “no propiedad de dentistas”.

Resultados: Del total de la muestra estudiada, el 71,75% de los casos corresponde a tratamientos realizados en clínicas “no propiedad de dentistas” y el 28,25% a clínicas propiedad de dentistas.

Conclusiones: El número de reclamaciones de pacientes procedentes de clínicas “no propiedad de dentistas” (franquicias, seguros y otras sociedades) se está disparando en los últimos años, constituyendo en la actualidad el 71,75% del total. Este número es mucho mayor que el porcentaje de asistencia bucodental que suponen.

PALABRAS CLAVE

Asistencia bucodental, reclamación, queja, Comisión Deontológica.

“Study on the increase of patients claims in odontology and it's relation with the change of dental care model”.

ABSTRACT

Introduction: In recent years, the Ethics Commission has come to notice an increase in complaints by patients unsatisfied with the treatments received at dental clinics “not owned by dentists”. The purpose of this study is to quantify this data and search for possible causes.

Material and Method: The materials used were the complaints filed by patients before the Ethics Commission of the Region I Association during the years of 2003 and 2004, for a total of 315 files. These files were divided into three groups: private care, care provided by franchises and care provided through other companies “not owned by dentists”.

Results: Of the total sample studied, 71.75% of the cases involved treatments performed at clinics “not owned by dentists” and 28.25% at clinics owned by dentists.

Conclusions: The number of complaints by patients who went to clinics “not owned by dentists” (franchises, insurance-related and other types of companies) has been skyrocketing in recent years and currently accounts for 71.75% of the total. This percentage is far greater than the portion of all dental care which these clinics represent.

KEY WORDS

Dental care, claim, complaint, Ethics Commission.

Correspondencia:

Bernardo Perea Pérez.
Escuela de Medicina Legal.
Facultad de Medicina.
Av. Complutense s/n. 28040-Madrid.
E-mail: bperea@med.ucm.es



INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el número de quejas y reclamaciones llegadas a la Comisión Deontológica del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región se ha incrementado de forma vertiginosa como se puede apreciar en el gráfico 1. Basta un dato, en 1982 hubo una sola reclamación, y en 2004 se abrieron 192 expedientes.^{1, 2, 3}

Este aumento obedece a múltiples motivos estudiados en otros trabajos.⁴ En primer lugar, la creencia de que la salud es un derecho y que, como todos los derechos, debe estar asegurado por el estado. Evidentemente, la asistencia sanitaria sí es un derecho recogido en la constitución, pero no el gozar de buena salud. De esta forma, parte de la población delega su responsabilidad a la hora de cuidar su salud en los estamentos públicos.

En segundo lugar, la creencia de que la odontología se ha convertido en una ciencia casi exacta. La existencia constante de noticias pseudocientíficas en muchos medios de comunicación que aseguran que cualquier patología tiene remedio está calando en la población. La gente piensa que si todo tiene solución, si su patología en concreto no la tiene, la culpa es del profesional que le está atendiendo.

En tercer lugar, la calidad de la comunicación entre el paciente y el odontoestomatólogo se está degradando (5). Cualquier conocedor del tema sabe perfectamente que el mejor método para evitar que se produzca una demanda contra cualquier profesional sanitario es no romper la comunicación. Si el paciente insatisfecho tiene un interlocutor capaz de explicar y, si llega el caso, de reconocer un error y enmendarlo, difícilmente demandará. Como se constata en el informe de la Comisión Deontológica del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región,³ en muchas ocasiones, es la impotencia de protestar ante lo que consideran un error profesional lo que lleva al paciente a demandar. Y la proliferación de macroclínicas donde los profesionales se ven obligados a trabajar con métodos de trabajo "semiindustriales" está agravando la situación.

Por último, otra causa que, a nuestro entender, está aumentando el número de demandas contra odontoestomatólogos es el ánimo de lucro de muchas personas animadas por noticias de indemnizaciones millonarias. El hecho de que no exista ningún baremo orientativo hace que las indemnizaciones señaladas por los jueces sean muy dispares. Esto afecta al principio de seguridad jurídica consagrado en la constitución y tiene, además, otros efectos perjudiciales: dificulta el arreglo extrajudicial, obliga a los odontólogos a asegurar su responsabilidad civil en cantidades muy elevadas y dificulta la provisión de fondos y la fijación de primas por parte de las compañías aseguradoras.

No obstante, otro suceso ha ido parejo a este aumento de quejas: la irrupción de los intermediarios en la asistencia sanitaria odontológica. Por intermediarios entendemos empresas que prestan este tipo de asistencia pero cuyo capital no pertenece a profesionales de la odontoestomatología.

El hecho de que las estrategias comerciales y financieras de estos establecimientos sean muy agresivas, y las supuestas garantías también, nos hizo plantear como premisa del presente estudio la relación entre el aumento de estos "intermediarios" y el aumento del número de reclamaciones llegadas a la Comisión Deontológica.

OBJETIVOS

1. Estudiar el motivo de las reclamaciones de pacientes llegadas de clínicas pertenecientes a sociedades mercantiles.
2. Comparar la casuística con la referente a la de clínicas pertenecientes a dentistas.
3. Estudiar la evolución en el tiempo de las reclamaciones procedentes de pacientes atendidos en estas clínicas pertenecientes a sociedades mercantiles.

MATERIALES

Los materiales utilizados para este estudio han sido las reclamaciones presentadas por pacientes ante la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región. Consideramos que es una muestra muy representativa de la realidad total, ya que a la Comisión Deontológica llegan la gran mayoría de las reclamaciones de pacientes, bien directamente, o bien vehiculizadas por lasOMIC (Oficinas Municipales de Información al Consumidor). También estimamos que el 80-90% de las reclamaciones judiciales previamente han sido tratadas en la Comisión Deontológica. Por ello, consideramos que la muestra realizada es suficientemente representativa.

El periodo analizado son los años 2003 y 2004.

Los criterios de inclusión en la muestra fueron:

- Reclamaciones formuladas ante la Comisión Deontológica por pacientes por la atención bucodental recibida durante los años 2003 y 2004.
- Que la reclamación contuviese los datos necesarios sobre la entidad que prestó la asistencia, así como datos sobre el tipo de tratamiento, motivo de la reclamación, etc. Los expedientes incompletos se trataron de completar consultando a las partes implicadas. En los casos en los que no fue posible, se descharon.
- Que hubiese permiso expreso del reclamante para el uso de los datos confiados con fines de investigación.



Del total de expedientes de la Comisión se incluyeron los siguientes:

- Año 2003: De los 177 expedientes abiertos, se desecharon 28 por no cumplir los criterios de inclusión. En total se incluyeron 149 reclamaciones.
- Año 2004: De los 192 expedientes abiertos, se consideró que 26 no cumplieron los criterios de inclusión. En total se completaron 166 reclamaciones.

El conjunto de la muestra quedó, de este modo, formado por un total de 315 expedientes correspondientes a los años 2003 y 2004.

METODOLOGÍA

Los expedientes incluidos se examinaron recabando datos del reclamante, del profesional o entidad reclamada y del estudio de la documentación aportada (datos, etc.)

Se distribuyeron en 4 grupos:

- Asistencia privada: Se consideró asistencia privada la prestada por un dentista en su propia clínica o en una clínica propiedad (parcial o totalmente) de un profesional.
- Asistencia intermediada: Sería la asistencia prestada en un establecimiento cuya propiedad no pertenece a ningún dentista, ni parcial ni totalmente.

Dentro de la asistencia intermediada se han considerado, a su vez, dos grupos:

- Franquicias: Cuando la clínica pertenece a una cadena de clínicas franquiciadas.
- General: el resto de las sociedades.

Se ha decidido diferenciar en este estudio los datos correspondientes a franquicias porque el número de reclamaciones que proceden de ellas es significativamente elevado.

Cuando la asistencia ha sido prestada por un dentista en su clínica y no tenemos datos sobre su pertenencia al cuadro de facultativos de un Seguro de Asistencia Dental hemos considerado, en todos los casos, que la asistencia es privada.

Cada uno de estos tres grupos (en ocasiones se han agrupado los intermediarios) se ha estudiado según los siguientes parámetros:

1. Área odontológica afectada: Nos referimos al área de conocimiento a la que afecta el tratamiento (operatoria dental, endodoncia, prótesis fija, prótesis removible, periodoncia, ortodoncia, cirugía oral, implantología, etc.)

2. Causa de la reclamación: Hemos considerado cuatro causas.

- Error diagnóstico: Confusión de patología o zona de actuación terapéutica.
- Accidente: Acontecimiento súbito ocurrido durante el

ejercicio profesional (fractura de prótesis o dientes vecinos, etc.).

- Insatisfacción: Es un término amplio que engloba tanto la insatisfacción ante los resultados del tratamiento (con más o menos razón) como la insatisfacción ante el trato humano o las condiciones económicas.

- Complicación terapéutica: Serían los sucesos que se pueden producir tras un tratamiento y son difícilmente evitables (dolor postendodoncia, etc.)

3. Finalidad de la reclamación: Nos referimos a lo que el paciente persigue en último extremo con la misma. Las hemos clasificado en cuatro grupos:

- Finalidad económica: Cuando el reclamante expresa claramente que persigue la devolución de lo pagado y/o una compensación.

- Reparación del problema: Cuando el paciente persigue que se le solucione un problema concreto, sin otra pretensión.

- Llamada de atención: El reclamante quiere llamar la atención sobre la situación que considera injusta para que el Colegio actúe.

- Sanción colegial: Sería la versión extrema de lo anterior. El reclamante quiere, y en ocasiones exige, que se sancione al profesional.

4. Intervención o no de una OMIC (Oficina Municipal de Información al Consumidor). En los últimos años, las OMIC han ido adquiriendo más importancia, según la asistencia odontológica pasaba de ser un acto sanitario al consumo de un servicio. Las OMIC habitualmente reenvían las quejas a la Comisión Deontológica.

5. Otros datos de interés: Estudiamos en este epígrafe datos que no pueden ser comparados, como la referencia de los pacientes a las garantías de "por vida" de la prótesis dental en algunos centros. También al hecho de que estas entidades colaboren o no con la Comisión Deontológica.

RESULTADOS

1.- Tipo de entidad que prestó la asistencia (Tabla 1).

- Año 2003: De los 149 expedientes consideramos:
 - Asistencia privada: 43 casos.
 - Asistencia intermediada: 106 casos.
 - Franquicias: 33
 - Otros intermediarios: 73
- Años 2004: De los 166 expedientes consideramos:
 - Asistencia privada: 46 casos.
 - Asistencia intermediada: 120 casos.
 - Franquicias: 58.
 - Otros intermediarios: 62.



- Total de la muestra (2003 + 2004) = 315 expedientes.
 - Asistencia privada: 89 (28,25%).
 - Asistencia intermediada: 226 (71,75%).
 - Franquicias: 91 (28,90%).
 - Otros intermediarios: 135 (42,85%).

TABLA 1. ENTIDAD QUE PRESTÓ ASISTENCIA.

1.A. Casos.

		2003	2004	Totales
Asistencia privada		43	46	89
Asistencia intermediada	Franquicias	33	58	91
	Otros	73	62	135
		149	166	315

1.B. Porcentajes.

		2003-2004
Asistencia privada		28,25%
Asistencia intermediada	Franquicias	28,90%
	Otros	42,85%
Porcentaje total:		100%

2.- Diferencias por áreas odontoestomatológicas implicadas (considerando las 4 primeras de cada grupo) (Tabla 2).

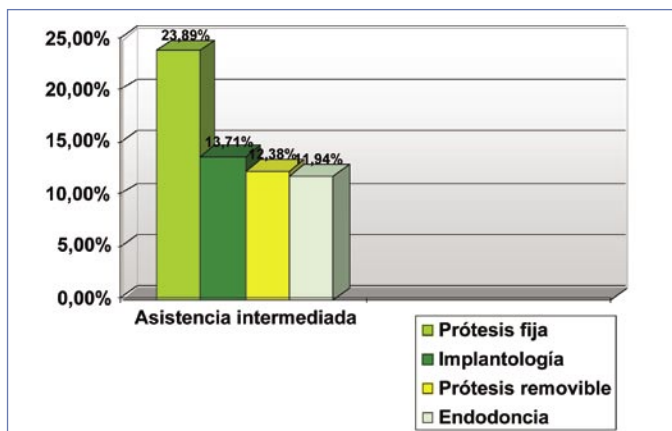
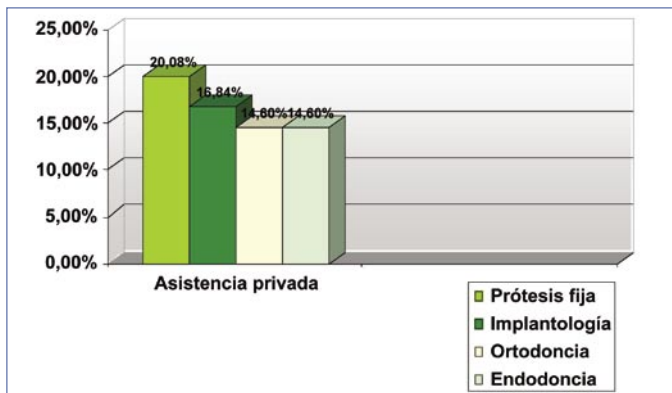


Tabla 2. Áreas odontoestomatológicas implicadas.

2.1.- Asistencia privada:

Las áreas de la odontoestomatología más reclamadas fueron:

1. Prótesis fija (28,08%)
2. Implantología (16,84%)
3. Ortodoncia (14,6%)
4. Endodoncia (14,6%)

2.2.- Asistencia intermediada (en general):

1. Prótesis fija (23,89%)
2. Implantología (13,71%)
3. Prótesis removibles (12,38%)
4. Endodoncia (11,94%)

3.- Diferencias en cuanto a las causas (considerando sólo las más frecuentes):

3.1.- Asistencia privada:

1. Insatisfacción: 59,55%
2. Complicación terapéutica: 35,95%

3.2.- Asistencia intermediada:

1. Insatisfacción: 65,48%
2. Complicación terapéutica: 26,10%

4.- Diferencias en cuanto a la finalidad de la reclamación:

4.1.- Asistencia privada:

1. Reparación económica: 52,8%
2. Llamada de atención colegial: 26,96%

4.2.- Asistencia intermediada:

1. Reparación económica: 56,63%
2. Llamada de atención: 27,87%

5.- Quejas procedentes de las OMIC:

- 5.1.- Asistencia privada: 13%
- 5.2.- Asistencia intermediada: 28,76%

6.- Otros datos de interés.

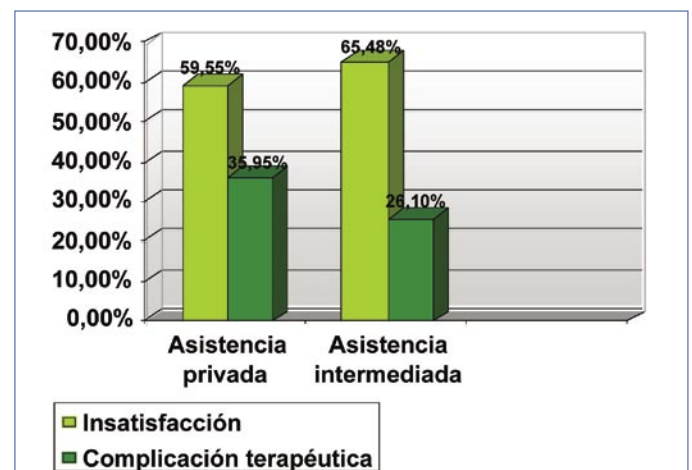


Tabla 3. Causas de las reclamaciones.

En las reclamaciones procedentes de asistencia intermediada por franquicias, etc., se da una queja que no se ve en la asistencia privada, que es la referencia a las garan-



tías. Un 12,08% de las quejas procedentes de franquicias mencionan el no cumplimiento de las garantías ofrecidas, y un 1,48% más se queja de tratamientos pagados y, sin embargo, no realizados.

Otro dato más, a nuestro juicio significativo, un 13,18% de los requerimientos de la Comisión Deontológica a las franquicias no fueron contestados, este porcentaje disminuye a un 2,22% en el caso de otros intermediarios y es nulo en caso de asistencia privada.

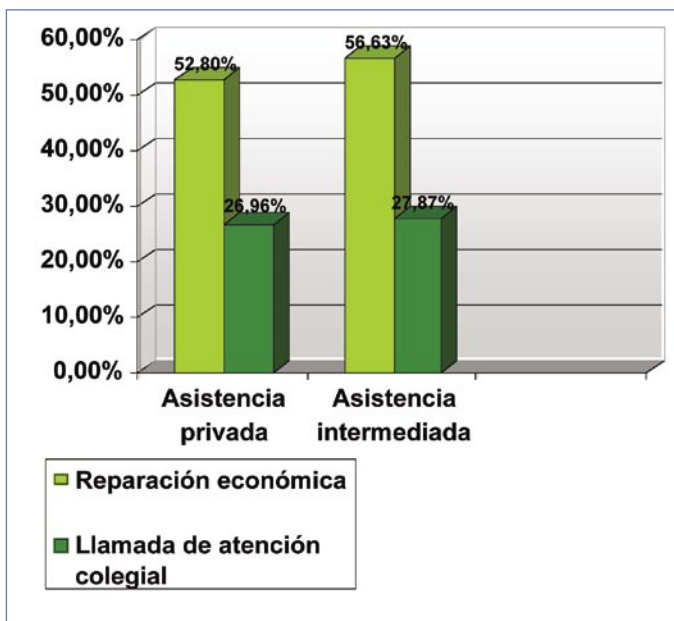


Tabla 4. Finalidad de las reclamaciones.

DISCUSIÓN

De todos los resultados obtenidos, sin duda es el tipo de entidad que prestó la asistencia la más llamativa.

El hecho de que más del 70% de las reclamaciones de pacientes insatisfechos procedan de clínicas cuya propiedad no pertenece a profesionales es un dato muy relevante. Y todavía lo es más si comparamos estos datos con otros análogos de periodos anteriores.^{1, 2, 3} El porcentaje de reclamaciones procedentes de estas entidades respecto al total de quejas se recoge en la tabla 1 y su evolución en el gráfico 2. Vemos que en el año 1996 estas clínicas produjeron el 17% de las quejas, y en 2004 el 72,28%. Posiblemente el incremento registrado en el estudio correspondiente a los años 2003 y 2004 no sólo se deba al aumento de la casuística, sino también al estudio específico de este aspecto particular (estudio de facturas, testimonios, etc.) que era secundario en los estudios previos.

No tenemos cifras exactas sobre el porcentaje que este tipo de asistencia puede suponer en la actualidad sobre el total de la asistencia odontológica, pero difícilmente puede suponer más del 30% del total.

Esto implicaría que un tipo de atención dental minoritaria produciría la mayor parte de las reclamaciones ¿Cuál puede ser el motivo? Con toda seguridad no hay un único motivo, pero hay diferentes factores que podrían influir:

1.- Al ser negocios creados para la obtención de beneficios por socios capitalistas ajenos a la profesión, las consideraciones profesionales contempladas en el Código de Ética y Deontología profesional pasarían a un segundo plano. Aunque los dentistas que trabajen en ellas (mayoritariamente muy jóvenes) quieran cumplir estrictamente con su Código de Ética y Deontología, las circunstancias asistenciales y la organización de la consulta, en la que no intervienen habitualmente, no se lo permite.

En este sentido queremos llamar la atención sobre la mayor desprotección que sufren los pacientes que acuden a este tipo de establecimientos, ya que la Comisión Deontológica de un Colegio no tiene autoridad real sobre ello. Cuando se requiere información tras producirse la queja, en ocasiones no contestan (13,18% de las franquicias) y en otras ocasiones la información es muy incompleta. La Comisión Deontológica de un colegio puede actuar sobre colegiados (y, por ende, sobre las clínicas que les pertenecen), pero no puede actuar sobre sociedades mercantiles de cualquier tipo que no pertenezcan a dentistas. En este sentido, la seguridad de los pacientes varía según acude a un tipo de clínica a otra.

2.- Las políticas comerciales y financieras de estos establecimientos son muy agresivas. Los dentistas colegiados debemos acatar las normas contenidas en el Código Deontológico y en la reglamentación del Consejo que nos exige mesura y prudencia en la publicidad. Este tipo de establecimientos no tiene esas cortapisas. Las políticas comerciales son muy agresivas y utilizan con mucha frecuencia términos equívocos como "garantía de por vida", "prestaciones gratuitas", etc., que, una vez estudiada la letra pequeña, no resulta ser tal. En nuestro estudio, el 12,08% de las quejas de pacientes procedentes de franquicias se refieren al no cumplimiento de las "garantías" ofrecidas.

En cuando a la financiación, también es agresiva. Con mucha frecuencia el que "vende" el tratamiento no es el profesional que diagnosticó, sino un agente comercial que va "a porcentaje" sobre la cantidad vendida. Imaginemos las consideraciones deontológicas en esta situación.

Esta situación está convirtiendo el "acto odontológico" en un acto de consumo más al que se le aplican las mismas consideraciones. Por ello, los pacientes de estas macroclínicas o cadenas denuncian y reclaman más. En ocasiones, repetimos, sin encontrar a nadie que responda.



3.- Existencia de una peor calidad en la comunicación entre pacientes y dentistas. Cualquier conocedor de los aspectos legales de los profesionales sanitarios sabe que existe un axioma de cumplimiento seguro: mientras se mantiene la comunicación con el paciente, éste raramente demanda.

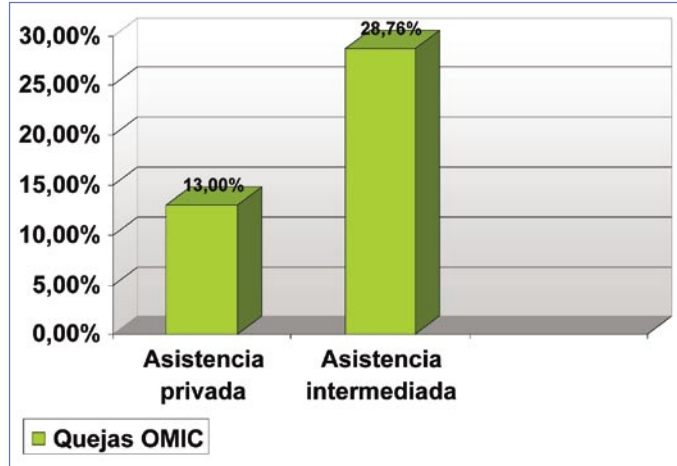


Tabla 5. Quejas procedentes de las OMIC.

En estos establecimientos, donde la asistencia es en muchos casos masiva, el dentista tiene que atender a un número elevado de pacientes, y la calidad de comunicación se resiente. Además, al trabajar muchos profesionales apremiados por el tiempo, las quejas sobre tratamientos no realizados por ellos mismos son atendidas generalmente con una atención limitada. A este factor se añade la alta rotación de profesionales que hay en estos centros. Es muy frecuente que el profesional que hizo el tratamiento no trabaje en este centro cuando llegue la reclamación. Esto dificulta la posible solución ya que los responsables de estas clínicas habitualmente descargan toda la responsabilidad sobre el dentista "ausente". El resto de parámetros comparados en este estudio no ofrece resultados tan evidentes. En cuanto al área odontológica afectada, la prótesis fija y la implantología son las primeras en los dos ámbitos.

Las causas de las reclamaciones también son las mismas, aunque la "insatisfacción" es más frecuente en la asistencia intermediada.

La finalidad de la reclamación es, en los dos casos, mayoritariamente económica.

Si existe una diferencia evidente en los datos procedentes de las OMIC, el 28,76% de las quejas procedentes de la "atención dental intermediada" vienen vehiculizadas por las OMIC, y sólo un 13% en el caso de la "atención privada". Ello posiblemente se deba a la mayor asociación existente entre el concepto de consumo y los establecimientos de carácter más comercial.

CONCLUSIONES

1. Las quejas de pacientes procedentes de clínicas cuya propiedad no pertenece a dentistas (franquicias, seguros y otros tipos de sociedades mercantiles) son mucho más frecuentes que las procedentes de las clínicas propiedad de dentistas en el periodo 2003-2004 (71,75% frente al 28,25%). A pesar de que la asistencia prestada en estas últimas es mucho mayor.
2. El incremento de las quejas procedentes de clínicas "no propiedad de dentistas" ha sido muy marcado, pasando de un 17% en 1996 al 72.28% en 2004.
3. La explicación de este marcado incremento puede estar, por un lado, en el aumento de la atención bucodental prestada por estos establecimientos y, por otro, a las agresivas políticas de publicidad y financiación de estas entidades que llevan a la confusión a sus clientes. Consideramos que este segundo aspecto es el más relevante.
4. Estos establecimientos "no propiedad de dentistas" no sólo son mucho más conflictivos, sino que sus pacientes están más desprotegidos al no poder actuar sobre ellos las Comisiones Deontológicas de los Colegios Profesionales. Estas Comisiones sí pueden actuar sobre los profesionales propietarios de sus clínicas. ▶

BIBLIOGRAFÍA:

1. Perea B, Vega JM, Sánchez JA, Fonseca A. *Estudio de las reclamaciones de pacientes odontológicos llegados a la Comisión Deontológica del Colegio de la 1ª Región (periodo 2003-2004)*. Científica Dental (en prensa).
2. Vega JM. *Estudio de las quejas presentadas en la Comisión Deontológica del Colegio de la 1ª Re-*

- gión (periodo 1982-1997). Monografía. Madrid. 1998.
3. Vega JM, Perea B. *Monografía de reclamaciones durante el periodo 1996-2002*. Comisión Deontológica. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la 1ª Región. Madrid. 2003.
4. Boswell S. *Manejo del paciente: los primeros cinco minutos*. Journal of Esthetic Dentistry (Ed. Esp.). 1995;4:33-35.

5. Perea B, Vega JM. *Medidas para prevenir la demanda o limitar sus consecuencias*. Profesión Dental. 2001;1:17-21.
6. Vega JM. *Los tratamientos deben ser vivamente deseados*. Profesión Dental. 1998;2:18-19.
7. Perea B. *Responsabilidad profesional en odontostomatología: concepto, definiciones y evolución actual*. Profesión Dental. 2001;5:20-23.