

## Pediatras y malpraxis médica

En el artículo de Carroll y Buddenbaum<sup>1</sup> en la presente edición, y en otro<sup>2</sup> publicado recientemente en esta revista, se analizan las demandas por malpraxis médica pediátrica a partir de dos importantes fuentes: Physician Insurers Association of America (PIAA) Data Sharing Project y National Practitioner Data Bank. Aunque los propios autores reconocen las limitaciones de estos datos, existen aspectos importantes del proceso de litigio que pueden recogerse de este trabajo.

Los pediatras no deben dejar de leer con detenimiento este tipo de artículos. Puesto que la ley se basa en los precedentes, una importante técnica para afrontar el riesgo consiste en que el médico conozca los motivos para la presentación de una demanda (p. ej., errores diagnósticos), los procesos médicos que presentan un riesgo más elevado de derivar en una demanda y la cuantía de las indemnizaciones a pagar, de tal modo que se mantenga un seguro suficiente de malpraxis. Esta información es importante para poner en práctica unas técnicas eficaces en la gestión del riesgo, destinadas no sólo a minimizar el riesgo de una demanda, sino también a mejorar la seguridad de los pacientes. Los anestelistas fueron uno de los primeros grupos que analizaron la elevada tasa de juicios por malpraxis al centrarse en la seguridad del paciente, mientras valoraban los motivos de las demandas. Ello dio lugar a que se instituyeran unas estrictas normas internas e iniciativas organizadas, con una espectacular disminución en el número de pleitos y de las indemnizaciones pagadas<sup>3</sup> (el 20.º lugar más bajo de 28 especialidades en la mediana de la cuantía de indemnizaciones).

Estos datos ponen de manifiesto diversos temas relevantes para una *Tort Reform* (reforma del agravio) eficaz. Durante 20 años, el 67-80% (media 72%) de las demandas fueron sobreesfadas o resueltas sin indemnización. Aunque los costes para la defensa fueron menores que en los casos en que se realizaron pagos, los costes totales que alcanzaron estos juicios infructuosos son asombrosos. Con unas iniciativas más idóneas para monitorizar estos casos (p. ej., supervisión pericial) podría conseguirse un ahorro importante. Además, transcurren unos cinco años hasta que se resuelve un caso de malpraxis pediátrica, y el 54% de los casos se resolvieron por menos de 100.000 dólares. Por estos motivos deben estudiarse otros sistemas alternativos para resolver las querellas. Un método aparentemente satisfactorio consiste en evitar el proceso de litigio; para ello se insti-

tuyen procedimientos en los que se reconocen los errores, se ofrecen excusas y se pagan los acuerdos internamente<sup>4</sup>.

Sólo en el 6% de los casos no hubo “percances médicos”, lo cual sugiere que las demandas nimias pocas veces dan lugar a pagos al querellante. Esto confirma las observaciones de otros autores<sup>5</sup>, y esta información debe propagarse a la comunidad jurídica.

La noticia instructiva del estudio PIAA es que sólo el 5% de los casos van a juicio (con veredicto) y sólo el 20% dan lugar a un veredicto favorable al querellante. Ello debiera mitigar algo la carga emocional de los pediatras demandados, dado que la mayoría de los juicios no es probable que sean publicados, y los detalles pueden mantenerse en el ámbito del consultorio o el hospital.

Lamentablemente, las demandas por malpraxis médica se han convertido en una parte integrante de la vida profesional. Las demandas no son infrecuentes en los negocios, y son una carga que probablemente seguirá formando parte del aspecto económico de la vida profesional. Nuestro sistema de agravios se basa en los resultados; por lo tanto, continuarán las demandas contra los médicos. La reforma del agravio es sólo una solución parcial. Quizá un método más idóneo sería centrarse en la seguridad del paciente y en el control de calidad, con la utilización simultánea de unos principios sólidos para gestionar el riesgo, además de una comunicación eficaz entre los proveedores, los pacientes y las familias y una mejoría de la documentación de los archivos médicos.

STEVEN M. DONN, MD, FAAP<sup>a,b</sup>,

Y GARY MCABEE, JD, FAAP, FACOP, FCLM<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup>Division of Neonatal-Perinatal Medicine, Department of Pediatrics, University of Michigan Health System, Ann Arbor, Michigan, Estados Unidos; <sup>b</sup>American Academy of Pediatrics Committee on Medical Liability and Risk Management;

<sup>c</sup>Department of Pediatrics (Neurology), Robert Wood Johnson School of Medicine, Camden, New Jersey, Estados Unidos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Carroll AE, Buddenbaum JL. Malpractice claims involving pediatricians: epidemiology and etiology. *Pediatrics*. 2007; 120:10-7.
2. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA. What pediatricians should know about child-related malpractice payments in the United States. *Pediatrics*. 2006;118:464-8.
3. Pierce EC Jr. Looking back on the anesthesia critical incident studies and their role in catalysing patient safety. *Qual Saf Health Care*. 2002;11:282-3.
4. Boothman RC. Apologies and a strong defense at the University of Michigan Health System. *Physician Exec*. 2006; 32:7-10.
5. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, et al. Claims, errors and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med*. 2006;354:2024-33.

Las opiniones expresadas en estos comentarios son las de los autores y no necesariamente las de la American Academy of Pediatrics o sus comités.