

Demandas por malpraxis pediátrica: epidemiología y etiología

Aaron E. Carroll, MD, MS^{a,b}, y Jennifer L. Buddenbaum, MHA^a

OBJETIVO: Examinar los datos de las demandas por malpraxis pediátrica y conocer más a fondo los efectos que ejerce la malpraxis sobre esta especialidad.

MÉTODOS: La Physician Insurer Association of America (PIAA) es una asociación comercial de compañías de seguros para la malpraxis médica. Los datos contenidos en su Data Sharing Project representan cerca de un 25% de las demandas por malpraxis médica en Estados Unidos en un período determinado. Aunque esta base de datos no es universalmente global, contiene información que no se halla disponible en el National Practitioner Data Bank (NPDB), como las demandas que finalmente no dan lugar a una indemnización y la especialidad del demandado. Nosotros solicitamos a la PIAA que realizara una búsqueda en su base de datos de Data Sharing Project sobre las demandas por malpraxis registradas entre el 1/1/1985 y el 31/12/2005, en las que la especialidad médica del demandado fuera la pediatría. Se extrajeron datos comparativos registrados en la base de datos para otras 27 especialidades.

RESULTADOS: Durante un período de 20 años (1985-2005) hubo 214.226 demandas cerradas registradas en el PIAA Data Sharing Project. Los pediatras estaban involucrados en el 2,97% de estas demandas y ocupaban el 10.º lugar entre las 28 especialidades en cuanto al número de demandas cerradas. Los pediatras ocupaban el 16.º lugar en términos del porcentaje de pago de indemnizaciones (28,13%); los odontólogos estaban situados en el primer lugar con 43,35%, seguidos por los tocoginecólogos con 35,50%. El pago de indemnizaciones se refiere a los acuerdos o concesiones establecidos directamente con los demandantes a consecuencia del proceso de resolución de la demanda. Se presentan datos sobre los cambios a lo largo del tiempo, el estado de adjudicación de la demanda, los gastos por las demandas, las causas de las demandas y los trastornos sufridos.

CONCLUSIONES: La malpraxis es un asunto grave. Algunos se sentirán aliviados después de leer los resultados de este análisis; otros verán los mismos datos con alarma y sorpresa. Los hallazgos, independientemente de su interpretación, son importantes porque informan el debate con hechos extrapolables.

El sistema de responsabilidad por malpraxis médica en Estados Unidos sirve a dos propósitos: 1) compensar a los individuos que sufren trastornos por conductas médicas negligentes, y 2) impedir la negligencia profesional¹. En opinión de muchos, el sistema actual de responsabilidad médica es deficiente por diversos motivos: las crecientes primas de los seguros de malpraxis médica^{2,3}, los retrasos y la falta de equidad en las compensaciones a los pacientes verdaderamente afectados¹ y el impacto cuestionable que ejercen las demandas sobre la calidad, los costes y el acceso a la asistencia sanitaria^{1,2,4}. Ello ha conducido a que surja la malpraxis médica como un tema caliente de debate en el escenario de la política sanitaria nacional⁴.

La American Medical Association (AMA) ha considerado que Estados Unidos se encuentra inmerso en una crisis de responsabilidad médica y busca enérgicamente una reforma de la misma⁵. En apoyo de esta posición, cita el rápido aumento de sentencias de los jurados que ha ocurrido entre 1997 y 2003 (con incremento medio desde 157.000 hasta 300.000 dólares) y los aumentos similares en la cuantía de los acuerdos⁵ (desde una media de 212.861 hasta 322.544 dólares). Según la General Accounting Office, las pérdidas por demandas de malpraxis médica, que constituyen la mayor parte de los costes para los aseguradores, son a la larga el principal impulsor de los aumentos en las tasas de los seguros de malpraxis médica³. Estas pérdidas incluyen los pagos a los demandantes para resolver las demandas, así como los costes relacionados con la defensa de las demandas. En opinión de la AMA, el crecimiento de las primas da lugar a una crisis en el acceso de los pacientes, pues los médicos se ven impelidos a limitar los servicios, a jubilarse anticipadamente o a trasladarse a otros Estados donde las primas por responsabilidad sean estables.

Los datos han demostrado que ciertas especialidades se ven más afectadas que otras. Por ejemplo, las primas por malpraxis para los médicos de toda la nación aumentaron por término medio un 15% entre 2000 y 2002,

^aChildren's Health Services Research, Indiana University School of Medicine, Indianápolis, Indiana; ^bRegenstrief Institute for Health Care, Indianápolis, Indiana, Estados Unidos.

Correspondencia: Aaron E. Carroll, MD, MS, HITS Building, Suite 1020, 410 W 10 th St, Indianápolis, IN 46202, Estados Unidos.

Correo electrónico: aaecarro@iupui.edu

mientras que ciertas especialidades como obstetricia y ginecología (O-G) (22%), cirugía general (33%) y medicina interna (33%) han experimentado aumentos más considerables⁶. Es importante que los miembros de cada especialidad conozcan la etiología, la epidemiología y la patología de las demandas por malpraxis, ya que así pueden identificarse las medidas a adoptar para que disminuya el riesgo de estas demandas. Aunque muchas especialidades ya han comenzado a estudiar sus propios datos, hasta la fecha sólo se dispone de información limitada sobre las demandas por malpraxis médica pediátrica⁷. La mayoría de los datos pediátricos publicados tienen relación con las especialidades pediátricas, como urgencias, radiología o neonatología⁸⁻¹⁰.

La Division of Health Policy de la American Academy of Pediatrics ha monitorizado las experiencias de los pediatras con la responsabilidad médica desde 1987, a través de su Periodic Survey of Fellows¹¹. Se trata de un cuestionario remitido por correo a una muestra aleatoria de unos 1.600 miembros estadounidenses en activo de la Academy; se valoran cuestiones como la frecuencia de juicios, la demografía de los demandados, el carácter de los pleitos y la situación de aseguramiento del demandante. La encuesta más reciente tuvo lugar en 2001 y se halló que el 26% de los médicos encuestados había sido demandado o enjuiciado (excluidas las demandas durante el período de residente). Entre quienes habían sufrido una demanda, en el 36% se llegó a un acuerdo extrajudicial y en el 33% renunció el demandante. Sólo el 3% de los pediatras manifestó que el demandante había ganado el caso.

En un artículo reciente publicado por Kain y Caldwell-Andrews en *Pediatrics*⁷ se utilizaron datos del National Practitioner Data Bank (NPDB) para examinar los pagos por malpraxis médica pediátrica. Se investigaron los pagos por malpraxis en niños ≤ 19 años registrados en el NPDB entre el 1/2/2004 y el 31/12/2005. Dado que en el NPDB no se registra la especialidad del demandado, los datos incluyen lo que puede considerarse como especialidades de alto riesgo de demandas por malpraxis, como la O-G. De hecho, el 28% de los casos presentados guardaban relación con la obstetricia. La inclusión de estos tipos de demandas conduce con toda probabilidad a abultar los resultados en cuanto al estado de la responsabilidad médica de los pediatras. Por lo tanto, el artículo de Kain y Caldwell-Andrews no proporciona una visión clara de la influencia que ejerce la malpraxis sobre los pediatras.

El objetivo del presente artículo consiste en examinar los datos de las demandas por malpraxis médica específicas de la pediatría, con el fin de conocer mejor el efecto que ejerce la actual crisis de malpraxis sobre esta especialidad en particular, así como determinar si estos datos pueden ilustrar sobre el modo de evitar las demandas por malpraxis médica.

MÉTODOS

Selección de una fuente de datos

Existen tres fuentes principales de datos disponibles sobre los juicios y sentencias por malpraxis médica: 1) National Practitioner Data Bank (NPDB); 2) Jury Verdict Research (JVR), y 3) Physician Insurers Association of America (PIAA) Data Sharing Project. Cada una de estas fuentes tienen ventajas e inconvenientes.

El NPDB está costeado por el Department of Health and Human Services, y según la Health Care Quality Improvement Act of 1986, todos los pagos por acuerdos en las demandas por malpraxis deben comunicarse a esta organización¹². Por lo tanto, NPDB es la fuente más global de información sobre demandas. Aunque pueden solicitarse los datos según la edad del querellante, no es posible obtenerlos según las distintas especialidades médicas. Por lo tanto, esta fuente de datos no puede utilizarse para este análisis específico, ya que la especialidad médica era nuestro criterio clave de búsqueda.

En JVR se recogen los datos sobre los veredictos del jurado según los informes de los abogados del demandante, los funcionarios del tribunal y los corresponsales¹³. Dado que los veredictos del jurado sólo representan un porcentaje muy pequeño de las demandas por malpraxis médica, y dado también que estos veredictos son significativamente mayores que el promedio de los acuerdos, estos datos proporcionan sólo una visión sesgada y limitada del sistema de malpraxis médica.

PIAA es una asociación comercial de más de 50 compañías de seguros de malpraxis médica¹⁴. En conjunto, estas compañías aseguran aproximadamente al 60% de todos los médicos y cirujanos en ejercicio privado en Estados Unidos. Desde 1985, PIAA ha sufragado el PIAA Data Sharing Project, una base de datos que acumula información de más de 15 compañías del grupo, lo que representa cerca del 25% de las demandas por malpraxis médica en Estados Unidos en un período determinado. Todos los datos se recogen en un formato genérico, en el que no se registra la identidad de los demandantes, los asegurados u otras terceras partes. Estos datos son analizados regularmente por organizaciones miembro para documentar las tendencias de las demandas e identificar los temas subyacentes de la seguridad del paciente que dan lugar a los casos de malpraxis. Aunque esta base de datos no es universalmente global, contiene información que no se halla disponible en el NPDB, como la referida a las demandas que no llegan a pagarse y la especialidad del demandado. Por lo tanto, los datos proporcionan una visión más amplia del sistema de demandas por malpraxis, en comparación con NPDB.

Dado que el objetivo del presente trabajo consiste en examinar los datos de las demandas por malpraxis médica pediátrica, se eligió el PIAA Data Sharing Project en preferencia a las otras dos fuentes de datos.

Análisis de los datos

Se solicitó a PIAA que realizara una búsqueda en su base de datos Data Sharing Project acerca de las demandas por malpraxis registradas entre el 1/1/1985 y el 31/12/2005 en donde la especialidad médica del demandado fuera la pediatría. En la definición de pediatría de la PIAA se incluyen varias especialidades pediátricas como neonatología, perinatología y cirugía pediátrica. Además, para comparar los pediatras con otras especialidades médicas, se extrajeron datos de las otras 27 especialidades registradas en la base de datos durante el mismo período.

Definiciones

Los términos se definen como sigue¹⁴:

- **Demanda:** es cualquier solicitud oral o escrita de compensación económica o de servicios, sin haber presentado una reclamación ante los tribunales. Las normas requieren que los asegurados notifiquen inmediatamente a la compañía la existencia de una demanda. Muchas demandas no resueltas acaban en los tribunales.
- **Indemnización:** se refiere a los acuerdos o concesiones establecidos directamente con los demandantes al resolverse el proceso de demanda.
- **Percances médicos:** término utilizado para describir una pretendida desviación de la práctica médica reconocida. En este estudio se consideran 28 percances médicos, divididos en percances relacionados con el diagnóstico, con los procedimientos o con el tratamiento del caso.
- **Gravedad:** la gravedad del trastorno de un paciente se califica según los códigos de gravedad de NAIC: 1 = sólo trastornos emocionales, 9 = fallecimiento.

RESULTADOS

Durante un período de 20 años (1985-2005) hubo 214.226 demandas cerradas registradas en el PIAA Data Sharing Project. Los pediatras estaban involucrados en el 2,97% de estas demandas (N = 6.363) y ocupaban el 10.º lugar entre las 28 especialidades en cuanto al número de demandas cerradas. Los tocoginecólogos tuvieron el mayor número de demandas cerradas, 29.453, que correspondían al 13,75% de las demandas cerradas registradas en la PIAA. En cuanto a los pediatras se pagaron 1.790 de las demandas cerradas, con una indemnización total de más de 460 millones de dólares. Los pediatras ocupaban el 16.º lugar en términos del porcentaje de pago de indemnizaciones (28,13%); los odontólogos se hallaban en primer lugar con 43,35%, seguidos por los tocoginecólogos con 35,50%. El porcentaje de pagos de indemnizaciones en pediatría varió a lo largo del tiempo: el más bajo ocurrió en 2004 (20,14%), y el más elevado en 1990 (33,45%) (fig. 1).

La media del pago de indemnizaciones en pediatría entre 1985 y 2005 fue de 261.263 dólares. La mediana de pagos fue de 100.000 dólares, la 7.ª más elevada entre las 28 especialidades. La neurocirugía tuvo la indemnización mediana más elevada, 150.000 dólares; la cirugía oral, la más baja, 13.000 dólares (fig. 2). Los pagos de indemnizaciones han ido aumentando uniformemente a lo largo del tiempo en pediatría. En dólares de 2005, la indemnización media pagada en 1985 fue de 232.987 dó-

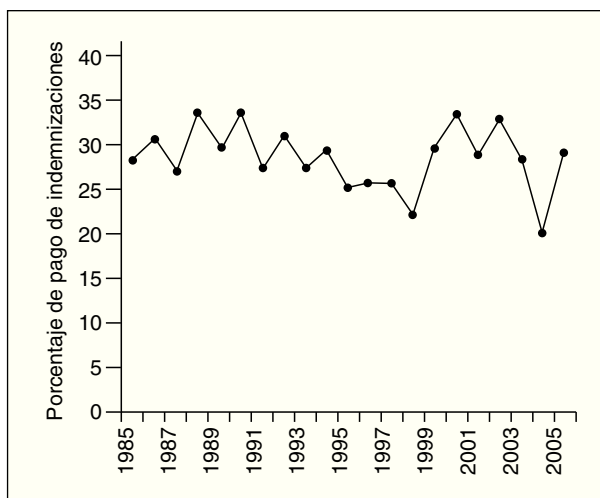


Fig. 1. Análisis de la tendencia del porcentaje de pago de indemnizaciones en pediatría (1985 a 2005).

lares, con una mediana de 65.287 dólares. Las cifras han aumentado hasta una media de 395.997 dólares en 2005, con una mediana de 270.000 dólares (fig. 3). Las demandas más cuantiosas (≥ 500.000 dólares) constituyeron el 17,54% de las demandas pagadas. En la mayoría

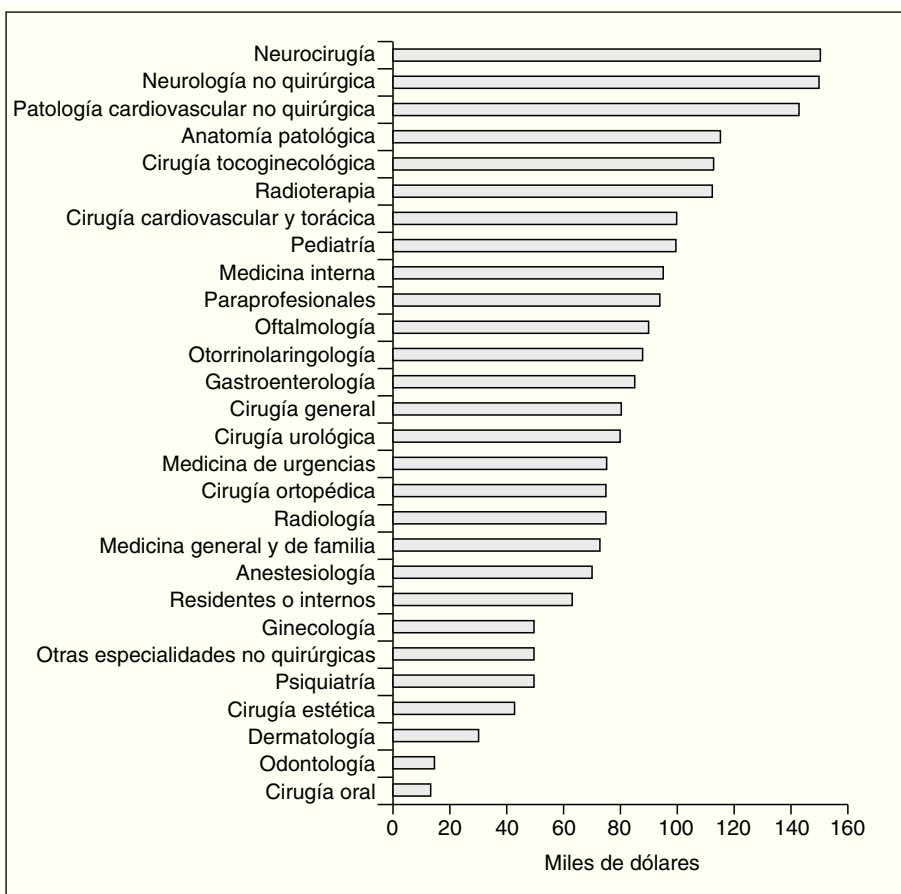


Fig. 2. Comparación de las cifras medianas de pagos de indemnizaciones según las distintas especialidades (1985-2005).

de las demandas pagadas (54,47%) la cuantía fue inferior a 100.000 dólares.

Hubo gastos relacionados con la defensa en 5.402 de las 6.363 demandas pediátricas cerradas entre 1985 y 2005. Los gastos totales para la defensa totalizaron más

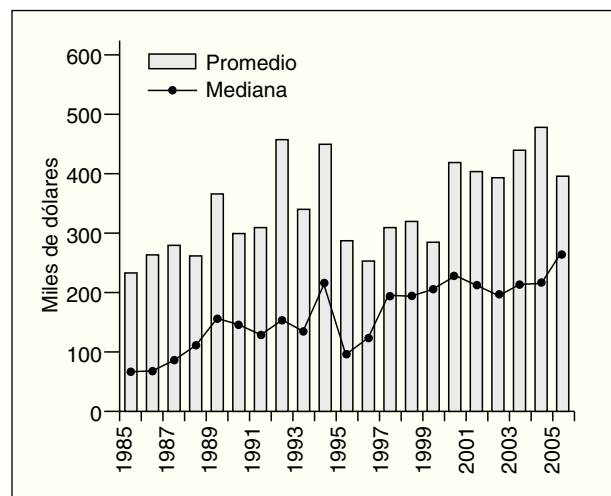


Fig. 3. Pago de indemnizaciones por demandas pediátricas (en dólares de 2005).

de 133 millones de dólares, con una media de 24.634 dólares por dichos gastos. Los pediatras ocuparon el 4.º lugar más elevado entre las 28 especialidades en términos de la media de gastos pagados (fig. 4). En dólares de 2005, el gasto medio en una demanda por malpraxis ha aumentado desde una media de 19.657 dólares en 1985 hasta 40.851 dólares en 2005 (fig. 5); los gastos medios en 2005 fueron considerablemente más bajos en los casos sin pago de indemnización (28.779 dólares) que en los casos con demandas pagadas (67.502 dólares). Entre 1985 y 2005, el gasto medio para la defensa letrada en las demandas pediátricas fue de 15.750 dólares, y el gasto medio para los peritos, de 2.692 dólares. La proporción entre los gastos y las indemnizaciones en todos los casos cerrados entre 1985 y 2005 fue de 28,45 centavos de gasto por cada dólar de indemnización.

La figura 6 muestra el porcentaje de demandas pediátricas cerradas entre 1985 y 2005 según el resultado. En el 5,19% de las demandas cerradas se produjo un veredicto, y la defensa ganó la gran mayoría de estas demandas (79,01%). El gasto medio para la defensa en las demandas que dieron lugar a un veredicto favorable al demandado fue de 59.147 dólares, con una mediana de 39.871 dólares. En las demandas que dieron lugar a un veredicto favorable al demandante, el pago medio por indemnización fue de 478.470 dólares (mediana 239.450 dólares), y los gastos medios para la defensa

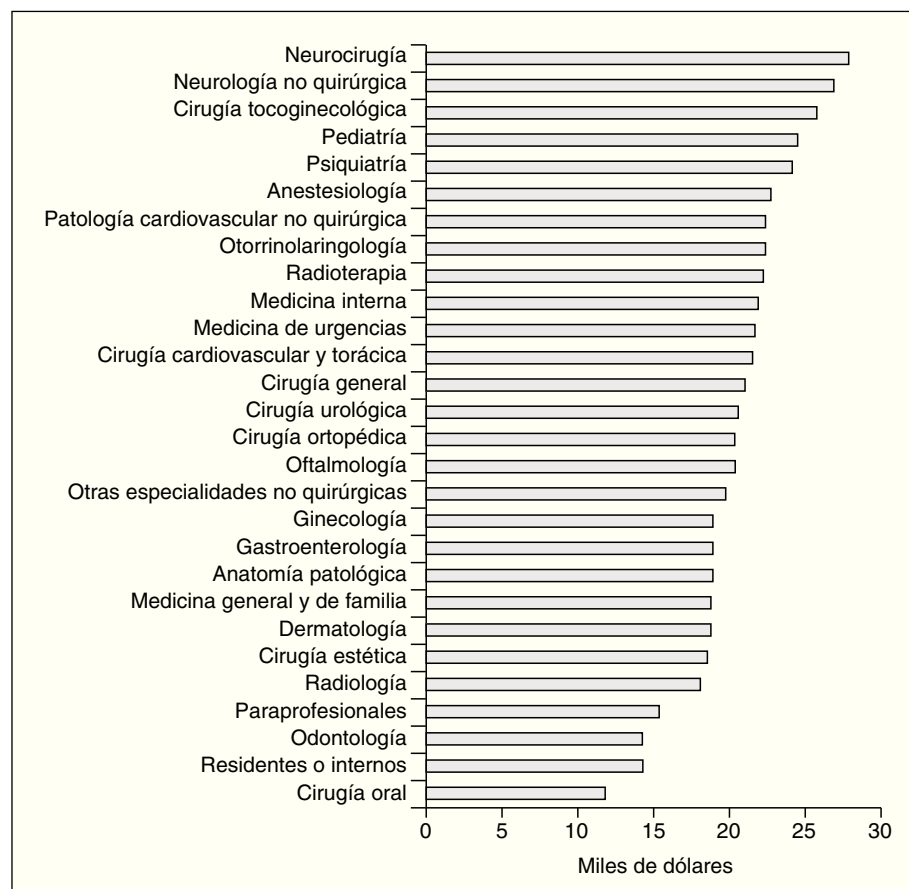


Fig. 4. Comparación de los gastos medios por especialidades (1985-2005).

fueron de 74.958 dólares (mediana 57.599 dólares). El 26,66% de las demandas se resolvió con un acuerdo con el demandante. La indemnización media en estos casos fue de 250.000 dólares (mediana 100.000 dólares) y los gastos medios para la defensa fueron de 33.710 dólares (mediana 20.973 dólares). Las demandas abandonadas, retiradas o rechazadas tuvieron los gastos más bajos para la defensa, con una media de 11.293 dólares y una mediana de 2.747 dólares.

La mayoría de los pediatras involucrados en una demanda registrada en el PIAA Data Sharing Project entre 1985 y 2005 eran varones (78,96%), diplomados (81,51%) y habían asistido a una facultad de medicina de Estados Unidos (66,10%). El 60,9% tenía experiencia previa con alguna demanda. La mayoría de las demandas fue por la asistencia recibida en un hospital (49,01%) o en el consultorio médico (43,41%). Entre las primeras, el 69,77% de los hospitales eran instituciones no docentes.

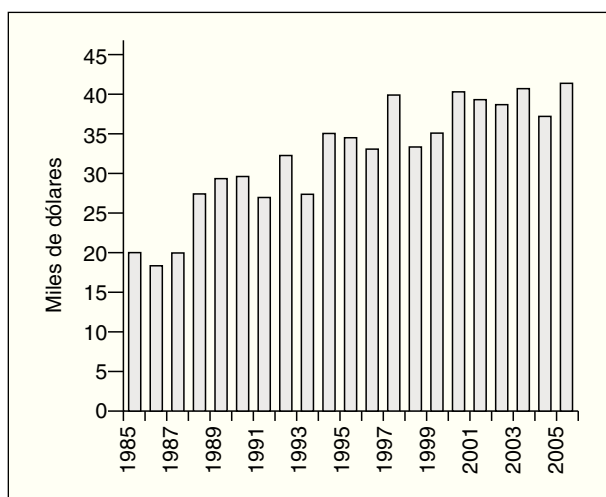


Fig. 5. Promedio de pago de gastos por demandas pediátricas (en dólares de 2005).

En la tabla 1 se presentan los 5 diagnósticos más comunes en las demandas por malpraxis médica pediátrica. Es importante señalar que estas demandas sólo representan el 21,07% de las demandas cerradas registradas entre 1985 y 2005. De estos 5 diagnósticos, las lesiones cerebrales del lactante fueron las que se acompañaron de unos pagos medios más elevados para indemnizaciones y defensa. La gravedad del trastorno varió considerablemente cuando el diagnóstico médico fue una exploración sistemática del lactante o el niño, problemas respiratorios neonatales o apendicitis. Sin embargo, el 33,33% de las demandas relacionadas con la meningitis ocurrieron con un demandante fallecido, y en los casos de lesiones cerebrales del lactante, la gran mayoría de los demandantes (90,93%) presentaba trastornos graves permanentes o su proceso se catalogó de grave.

En la tabla 2 se exponen los 5 percances médicos más prevalentes en pediatría. Los errores diagnósticos cons-

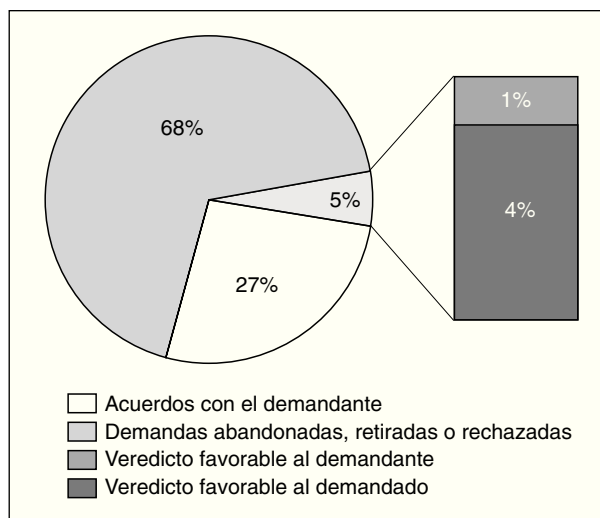


Fig. 6. Porcentaje de demandas según el resultado.

TABLA 1. Los cinco procesos más prevalentes en pediatría (1985-2005)

	% demandas cerradas	Pago de indemnizaciones		Gastos para defensa	
		Promedio	Mediana	Promedio	Mediana
Lesiones cerebrales en el lactante	8,66	439.232 \$	324.839 \$	31.466 \$	17.232 \$
Meningitis	4,90	430.396 \$	275.000 \$	28.788 \$	13.196 \$
Exploraciones sistemáticas del lactante o el niño sanos	2,83	150.189 \$	42.500 \$	18.849 \$	4.417 \$
Trastornos respiratorios neonatales	2,56	270.607 \$	162.500 \$	20.002 \$	4.962 \$
Apendicitis	2,12	118.877 \$	42.273 \$	17.411 \$	10.081 \$

TABLA 2. Los cinco percances médicos más prevalentes en pediatría (1985-2005)

	% de pagos por demandas cerradas	Pago de indemnizaciones		Gastos para defensa	
		Promedio	Mediana	Promedio	Mediana
Errores diagnósticos	31,87	260.015 \$	139.000 \$	21.759 \$	8.358 \$
Sin percance médico	21,63	332.442 \$	99.000 \$	17.539 \$	3.983 \$
Actuación incorrecta	13,25	204.737 \$	56.250 \$	18.986 \$	4.347 \$
Falta de supervisión o monitorización del caso	9,46	325.272 \$	134.750 \$	24.963 \$	8.661 \$
Errores en la medicación	4,70	166.636 \$	36.250 \$	17.574 \$	5.152 \$

TABLA 3. Gravedad del paciente en las demandas por malpraxis pediátrica (1985-2005)

	% del total de demandas cerradas	% del total de demandas pagadas	% del total de indemnizaciones	Promedio de indemnizaciones
Trastornos emocionales aislados	3,68	1,79	0,17	24.607 \$
Trastornos sin importancia	2,66	1,68	0,14	21.570 \$
Trastornos transitorios menores	10,56	8,04	2,42	78.584 \$
Trastornos transitorios mayores	10,18	8,77	5,23	155.877 \$
Trastornos permanentes menores	9,12	8,60	5,94	180.531 \$
Trastornos permanentes significativos	10,45	12,29	13,8	293.330 \$
Trastornos permanentes mayores	12,45	12,68	21,26	437.959 \$
Casos graves	12,76	16,42	32,43	515.802 \$
Fallecimiento	28,15	29,72	18,61	163.611 \$
Totales	100	100	100	261.263 \$

tituyen el percance médico más prevalente (31,87%) e incluyen las demandas en relación con una falta de diagnóstico o un diagnóstico incorrecto. Este tipo de percance presentó también las cifras medianas más elevadas de gastos para indemnización y defensa. El proceso médico más frecuente asociado con este percance médico fue la meningitis, aunque sólo representa el 8,17% de las demandas codificadas como *errores diagnósticos* en el percance médico.

El segundo percance más prevalente fue el de *Sin percance médico* (21,63%), que se refiere a aquellas demandas con consecuencias legales, aunque sin contratiempos médicos asociados. Un ejemplo de este tipo de percance médico sería la demanda presentada cuando se observa una lesión del plexo braquial en un recién nacido. La demanda podría incluir a varios demandados, incluido el anestesista que intervino en el parto, aunque no hubiera nada en la historia que indicara un error por su parte. En este caso, el asegurador del anestesista codificaría este percance como *Sin percance médico*, debido a la falta de pruebas de que la actuación del anestesista tuviera algo que ver con la lesión del plexo braquial. Este tipo de percance presentó la tasa más baja de pagos por indemnización entre los 5 percances médicos más prevalentes. Los procesos médicos que se asocian más frecuentemente con este percance médico, en orden de prevalencia, son: lesiones cerebrales del lactante (11,82%), exploración sistemática del lactante o el niño (4,28%), meningitis (3,46%), problemas respiratorios en el recién nacido (2,56%) y parto (2,14%).

Actuación incorrecta, el tercer percance más común (13,25%), incluye las demandas en las que una actuación médica dio lugar a que un procedimiento se realizara incorrectamente. Un ejemplo sería un procedimiento de circuncisión en el que la incisión fue demasiado corta o se lesionó el glande, con deformidad resultante del pene. Los dos trastornos médicos más prevalentes asociados con el percance médico de *actuación incorrecta* son las lesiones cerebrales del lactante (10,44%) y la circuncisión (5,11%).

El 9,46% de las demandas se deben a que el médico no monitorizó la asistencia del paciente o descuidó su tratamiento. Estos percances médicos se califican de *Falta de supervisión o monitorización de la asistencia* y presentan la tasa más elevada de pagos por indemnización entre los 5 percances médicos más prevalentes. De nuevo, las lesiones cerebrales del lactante, los problemas respiratorios del recién nacido y la meningitis se encuentran entre los procesos médicos que se asocian

con más frecuencia a este percance médico, aunque el asma y las convulsiones también se hallan entre los 5 más frecuentes.

El 5.º percance médico más prevalente es el de *Errores en la medicación* (4,70%). Este código se aplica a una demanda en la que un problema de medicación o un fallo de prescripción sea el tema central de la misma. Los trastornos médicos más prevalentes asociados con este percance médico son, en orden decreciente, el asma, la exploración sistemática del lactante o el niño, la pirosis, la bronquitis y las convulsiones.

Por lo que respecta a los pagos totales por indemnizaciones entre 1985 y 2005, los 5 percances médicos pediátricos más graves, en orden decreciente, fueron: *Errores diagnósticos*, *Falta de supervisión o monitorización de la asistencia*, *Actuación incorrecta*, *Sin percance médico* y *Retraso en la actuación*. El percance médico de *Retraso en la actuación* se refiere a los casos en que el médico difiere las pruebas o el tratamiento de un paciente.

En la tabla 3 se presentan los datos sobre la gravedad de los trastornos pediátricos sufridos por el demandante entre 1985 y 2005. Lo más común es que las demandas cerradas sean debidas a casos de fallecimiento (28,15%). La muerte compuso también el porcentaje más elevado de demandas pagadas (29,72%). Sin embargo, las lesiones graves dieron lugar al porcentaje más elevado de pagos por indemnización, 32,43%, con un pago medio de 515.802 dólares.

DISCUSIÓN

Los juicios por malpraxis son causa, sin duda, de una gran consternación para el médico, solamente superada por observaciones anecdóticas. En este informe presentamos una gran cantidad de datos sobre la experiencia de los pediatras con la malpraxis y su comparación con otras especialidades. Aunque estos datos no eliminan el sentimiento de consternación del médico en torno a la situación de malpraxis, sirven para informar mejor el debate. Aunque los pediatras ocuparon el 10.º lugar en las demandas pagadas, éstas representan menos del 3% del total de dichas demandas. Este número es algo menos alarmante que el hallado por Kain y Caldwell-Andrews (2006), quienes observaron que el 14% de los pagos por malpraxis en 2004 correspondía a pacientes pediátricos. Nosotros también hemos hallado que, en general, cerca del 28% de los casos dan lugar a un pago por indemnización, con una mediana de 100.000 dóla-

res. Estos datos presentan un panorama mucho más rosado que el descrito en la Pediatric Survey of Fellows de 2001¹¹.

Aún más preocupante para el pediatra que el pago de una indemnización es el posible coste para la defensa en un caso de malpraxis. Aunque no deben minimizarse estos costes, en 2005 se pagó un promedio inferior a 29.000 dólares cuando no hubo indemnización, e inferior a 68.000 dólares cuando la hubo. Además, sólo cerca del 5% de las demandas dan lugar a un veredicto, y únicamente en el 20% de éstas (1% del total de demandas) el veredicto es favorable para el demandante.

Los procesos más comunes en las demandas por malpraxis son las lesiones cerebrales del lactante y la meningitis; sin embargo, representan tan sólo un porcentaje muy pequeño de todas las demandas presentadas (cerca del 14%). El percance médico más frecuente fue el de *Errores diagnósticos*, seguido de *Sin percance médico*. Al ser frecuente este último, causa preocupación en muchos pediatras, aunque en un número significativo de casos no existe malpraxis. Es importante señalar que un número significativamente menor de estos casos (sólo un 6%) se paga realmente. Aunque en un mundo ideal ningún caso sin malpraxis real daría lugar a pagos o veredictos favorables al demandante, la buena noticia es que estos casos son realmente minoritarios en el sistema de malpraxis pediátrica. Sin embargo, es importante recordar que todos los casos de malpraxis, incluso los que dan lugar a un veredicto favorable para el médico, tienen costes emocionales y económicos (gastos para la defensa).

Como ocurre en todos los estudios, el actual presenta ciertas limitaciones que deben considerarse. La más obvia es la elección de la fuente de datos, PIAA Data Sharing Project. Sin embargo, ésta es la única fuente que permite analizar los casos que afectan sólo a los pediatras. La fuente no es global, ya que sólo representa cerca de un 25% de las demandas por malpraxis médica en Estados Unidos. Sin embargo, el PIAA Data Sharing Project es la única opción para analizar las demandas por especialidades y para examinar las demandas que no finalizan en pago, que constituyen un porcentaje muy significativo del total. También es importante señalar que el estudio no aborda los costes de los seguros de malpraxis. Para muchos médicos, dichos costes son aún más preocupantes que los juicios por malpraxis. Si el aumento de las primas de seguros está o no justificado o es apropiado no es el objetivo de este análisis y merece ulteriores estudios.

CONCLUSIONES

La malpraxis es una cuestión grave y preocupante para los pediatras y todos los médicos. En muchas ocasiones, el debate sobre este tema viene alimentado sólo por anécdotas o generalizaciones. El presente estudio no

pretende dar por finalizado el debate sobre el modo de reformar la malpraxis o mejorar la asistencia, ni minimizar los costes, tangibles e intangibles, para los médicos involucrados en casos de malpraxis. En lugar de ello, pretende ilustrar el debate. Algunos se sentirán aliviados después de leer los resultados de este análisis; otros verán los mismos datos con alarma y sorpresa. Los hallazgos, independientemente de su interpretación, son importantes porque informan realmente el debate con hechos extrapolables, en vez de hacerlo con anécdotas impregnadas de motivación política.

AGRADECIMIENTOS

Todos los datos proceden del Physician Insurers Association of America (PIAA) Data Sharing Project, Rockville, MD. Los autores desean expresar su agradecimiento a Lori Bartholomew y Catherine Bernstein, de PIAA, por la ayuda prestada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kessler D, McClellan M. The effects of malpractice pressure and liability reforms on physicians' perceptions of medical care. *Law Contemp Probl*. 1997;60:81-106.
2. American Medical Association. Medical liability reform: now! [consultado 5/9/2006]. Disponible en: www.ama-assn.org/go/mlrnow
3. Hillman R. Medical malpractice insurance: multiple factors have contributed to increased premium rates. Washington, DC: Government Accounting Office; 2003.
4. Ranji U, Gutierrez C, Salganicoff A. Kaiser Family Foundation background brief: medical malpractice policy [consultado 5/9/2006]. Disponible en: www.kaiseredu.org/topics_im.asp?id_226&parentID_59&imID_1
5. American Medical Association. America's medical liability crisis [consultado 5/9/2006]. Disponible en: www.ama-assn.org/ama/pub/category/6282.html
6. Beider P, Hagan S. Economic and budget issue brief: limiting tort liability for medical malpractice. Washington, DC: Congressional Budget Office; 2004.
7. Kain Z, Caldwell-Andrews A. What pediatricians should know about child-related malpractice payments in the United States. *Pediatrics*. 2006;118:464-8.
8. Mangurten H, Angst D, See C, Boyle D, Beckman S. Professional liability in a neonatal intensive care unit: a review of 20 years' experience. *J Perinatol*. 2000;20:244-8.
9. Royal S, Cloud G, Atchison W. Malpractice in pediatric radiology: a survey in the United States and Canada. *Pediatr Radiol*. 1994;24:519-22.
10. Selbst S, Friedman M, Singh S. Epidemiology and etiology of malpractice lawsuits involving children in US emergency departments and urgent care centers. *Pediatr Emerg Care*. 2005;21:165-9.
11. American Academy of Pediatrics, Divisions of Health Care Finance and Practice and Health Policy Research. Medical liability trends in pediatrics change little. *AAP News*. 2002; 20:159.
12. National Practitioner Data Bank [consultado 5/9/2006]. Disponible en: www.npdbhipdb.com/npdb.html
13. Jury Verdict Research [consultado 5/9/2006]. Disponible en: www.juryverdictresearch.com/About_JVR/about_jvr.html
14. Physician Insurers Association of America. What is PIAA? [consultado 5/9/2006]. Disponible en: www.piaa.us/about_piaa/what_is_piaa.htm