

COMENTARIOS

Educación medicolegal pediátrica en el siglo XXI

La crisis de mala praxis médica más reciente que afecta a la nación ha subrayado la necesidad de mejorar la educación medicolegal de los médicos pediatras a todos los niveles de formación y experiencia. Además de las cuestiones relacionadas con la mala praxis, el aumento de la aplicación de las leyes reguladoras estatales y federales¹, las regulaciones relativas a los privilegios hospitalarios y los contratos de empleo² y una supervisión cambiante y más amplia de los comités de autorización estatales³ han intensificado la exigencia de ampliar los esfuerzos educativos actuales. Los educadores pediátricos deben apoyar la noción de que una base sólida en cuestiones medicolegales, junto con la formación continuada en esta área, será tan integral para que el médico tenga éxito como la competencia en el diagnóstico y el tratamiento. Una base sólida en los principios medicolegales no es simplemente interesante para el médico para reducir el riesgo de pleitos, sino que un buen manejo del riesgo puede contribuir a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención⁴.

Todas las encuestas periódicas sobre la responsabilidad médica llevadas a cabo desde 1987 por Fellows de la American Academy of Pediatrics (AAP) han encontrado que el 30% de los pediatras serán demandados durante su carrera con un promedio de 1,7 pleitos por pediatra⁵. El 10% de los pediatras declararon que habían sido demandados cuando eran internos/residentes con posibles ramificaciones para la futura atención dirigida y la acreditación hospitalaria debido a la declaración obligatoria al National Practitioner Data Bank (NPDB). A finales de 2003, había declaraciones de pagos en el NPDB de 1.561 internos y residentes alopáticos/osteopáticos⁶.

Aunque los pediatras no son demandados con tanta frecuencia como otros médicos, tienen la cuarta cuenta de pagos por indemnidad por mala praxis más alta de las 28 especialidades (por detrás de neurología/neurocirugía/obstetricia-ginecología) entre las quejas contabilizadas en 2004. Este pago fue un 43% superior al pago por indemnización global promedio de todas las especialidades médicas⁷. A pesar de que muchas demandas por mala praxis se interrumpen antes de una sentencia o del juicio, el aumento espectacular en los costes de defensa por las demandas (en 2004, un promedio de 35.000 dólares por demanda tanto si se produjo el pago como si no) puede suponer una mayor presión para que los pediatras satisfagan estas demandas. Las áreas principales de mala praxis para el pediatra siguen siendo meningitis, apendicitis en el niño pequeño, neumonía, anomalías no teratogénicas, cuestiones neonatales (problemas cerebrales y respiratorios) y errores de medicación⁷ (especialmente la medicación para el asma y las convulsiones).

Los residentes que se gradúan este año entran en un ambiente de atención sanitaria en el que sólo seis estados (California, Colorado, Indiana, Louisiana, Nuevo México y Wisconsin) son considerados por la American Medical Association como refugios seguros de la crisis de mala praxis⁸. En 2004-2005, el AAP Committee on Medical Liability entrevistó a los líderes de las secciones de estos estados para aclarar cómo describen los pediatras el entorno de responsabilidad médica en su estado. Del 67% de las secciones de la AAP que respondieron, el 18% describen el ambiente para los pediatras como "en crisis" y otro 46% describen el ambiente como de "casi crisis". El 61% de los que respondieron a esta encuesta observaron que los pacientes experimentaban dificultades para obtener los servicios pediátricos y la mitad de los que respondieron eran conscientes de que los servicios de atención sanitaria tenían problemas para reclutar pediatras. El 34% de los que respondieron afirmaron que los pediatras estaban teniendo problemas para hacer frente al seguro por mala praxis. Aunque la AAP y sus secciones estatales han contribuido decisivamente a trabajar con las asambleas y otras organizaciones médicas para promulgar la reforma de los agravios, es importante que los pediatras de todos los niveles de experiencia aumenten su conocimiento sobre los principios medicolegales. Sugerimos lo siguiente para ayudar en este proceso.

FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA

La formación debería empezar con el desarrollo de una base sólida en educación medicolegal en la facultad de medicina. Actualmente, 124 facultades de medicina declaran que ofrecen un promedio de 25 horas de instrucción en "ética médica" durante el currículum de 4 años; no se dispone de más información sobre si esto incluye un contenido medicolegal específico⁹. Un método empleado por uno de los autores (GNM) incluye un curso formal de cuatro días en jurisprudencia médica que se da al completar el tercer año. Esto ha sido bien recibido por los estudiantes. Este curso debería incluir temas como los principios de la mala praxis médica, incluyendo el proceso de declaración de expertos, el consentimiento informado y el rechazo de la atención, la visión general de las cuestiones reguladoras (por ejemplo, Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, Occupational Safety and Health Administration, Emergency Medical Treatment and Active Labor Act/American with Disabilities Act/Clinical Laboratory Improvement Amendments), el fraude y el abuso, las leyes Good Samaritan y su relación con la respuesta al desastre, capacidad/compromiso, responsabilidad de terceros, persecución criminal de los médicos, leyes antiguas

y cuestiones relacionadas con la genética, la reproducción y la tecnología. Es esencial incluir además temas específicos pediátricos como el abuso/abandono infantil, cuestiones relacionadas con los menores y los adolescentes, el programa de compensación por daños derivados de las vacunas y cuestiones neonatales como las relacionadas con la futilidad de la atención. Además, los aspectos de procedimiento de cómo se desarrolla una demanda (por ejemplo, citaciones y denuncias, descubrimiento, declaración, etc.) son importantes para iniciar al estudiante en lo “desconocido”, es decir, cómo funciona el proceso legal. Esto sólo puede ayudar a empezar a aliviar el temor que los estudiantes tienen acerca del proceso legal. La efectividad de este curso puede acentuarse con conferencias sobre bioética relevante. Si es posible, un juicio simulado ha sido una técnica efectiva para introducir a los estudiantes en el aspecto operativo de un juicio de mala praxis¹⁰.

FORMACIÓN DEL RESIDENTE

Estudios recientes han demostrado que los médicos en programas de formación pediátricos están recibiendo una exposición inadecuada a estos principios y que existen vacíos importantes en la educación medicolegal. La encuesta de 2004 de la AAP en residentes de pediatría graduados encontró que el 76% de los residentes declararon no tener instrucción para la declaración como expertos, el 76% declararon que no tenían instrucción en la responsabilidad sobre los daños derivados de las vacunas, el 65% declararon que no tenían instrucción sobre la crisis de mala praxis, el 57% declararon que no tenían instrucción en la legislación sobre la mala praxis médica, el 54% declararon que no tenían instrucción sobre el seguro de responsabilidad médica, el 50% declararon que no tenían instrucción sobre el manejo del riesgo y la prevención de la pérdida, y el 36% declararon que no tenían instrucción sobre la comunicación del riesgo.

En 1997, se hicieron efectivas las nuevas recomendaciones del Pediatric Residency Review Committee. Éstas incluían competencias obligatorias sobre manejo del riesgo, confidencialidad, consentimiento informado, conducta profesional, manejo práctico y valoración/mejoría de la calidad, muchas de las cuales se superponen con los principios medicolegales clave. Un currículum medicolegal en la residencia no debería centrarse sólo en aquellas cuestiones tratadas durante los años de la facultad de medicina, sino que debería ser intenso en áreas como las facturas y la codificación, la documentación, el empleo de la tecnología en la práctica médica, los riesgos asociados con la atención dirigida y otras formas de seguros sanitarios, el cumplimiento como un componente del fraude y la prevención del abuso y el manejo del riesgo. Los principios de manejo del riesgo deben destacarse en los escenarios de riesgo, como tratar a un paciente no habitual en un medio hospitalario cuando se está de guardia. La preocupación por los problemas con la comunicación debidos a limitaciones en el lenguaje y la incultura, especialmente relacionados con un consentimiento informado apropiado, es probable que sean una causa cambiante de procesos por mala praxis. Las cuestiones contractuales también son valiosas para el residente pediátrico y deben ser una parte de su formación pediátrica. Los directores de programa han expresado la

necesidad de ayudar a desarrollar un currículum sobre muchos de estos temas¹¹. Una fuente valiosa de educadores incluye el hospital, la compañía de seguros de mala praxis y los abogados y los especialistas en el manejo del riesgo de la comunidad. Reconocemos los desafíos que tienen los directores de programa cuando se enfrentan con nuevos temas en un currículum pediátrico que ya está ampliado. Sin embargo, también reconocemos la importancia de esta cuestión debido al impacto personal y profesional que tienen las cuestiones legales sobre el pediatra.

Los programas de formación deberían encargar a un facultativo (preferiblemente con interés en esta área) para asumir la responsabilidad de la educación medicolegal. El facultativo debería valorar la discusión de la columna “The Pediatricians & the Law” en *AAP News* y otros casos legales pediátricos de interés nacional en la conclusión de la revista. Otros materiales didácticos valiosos para el facultativo incluyen el manual *Medical liability for pediatricians* (2004) y la presentación *Medical liability for pediatric residents* (2005) para residentes, ambos disponibles en la AAP. Los subespecialistas pediátricos deberían estimular a que sus revistas especializadas dedicaran una sección a cuestiones medicolegales.

MÉDICOS PEDIATRAS

Los médicos deberían estimular a las organizaciones estatales, los hospitales infantiles y las facultades de medicina a patrocinar seminarios de medicina legal que sean relevantes para el médico pediatra. La National Conference and Exhibition anual y la Super CME de la AAP ofrecen típicamente sesiones didácticas dedicadas a diversos temas medicolegales y de manejo del riesgo. Las secciones estatales de la AAP pueden ser muy valiosas para ofrecer temas medicolegales didácticos a sus miembros. Como en toda la educación médica, deberían realizarse estudios independientes para todos los grados de experiencia. Los aseguradores de mala praxis suelen ofrecer una reducción de las primas si se completan los cursos de manejo del riesgo. Los pediatras deberían solicitar contenidos pediátricos específicos en estos cursos.

Los médicos deberían estar dispuestos a compartir las experiencias de mala praxis con los residentes y los estudiantes. La ley se basa en los precedentes; las demandas se completarán si los abogados conocen que los juicios sobre una cuestión específica han tenido éxito. Los médicos deben ser capaces de compartir sus experiencias ya que todos podemos aprender de los errores de los demás. La revelación puede disminuir la oportunidad de litigio, dar lugar a recompensas menores si existe litigio y mejorar la seguridad del paciente¹².

Existen algunas situaciones únicas para los pediatras que pretenden trabajar en áreas en las que hay pocos pediatras y la carga medicolegal relacionada con cuestiones de salud pública puede ser delegada en el pediatra. La AAP ha contribuido decisivamente para el desarrollo de políticas y recomendaciones para ayudar a los pediatras a sobrellevar esta responsabilidad¹³.

Apremiamos a los educadores pediátricos (en la facultad, en las instituciones pediátricas académicas o los médicos privados) a elevar la importancia y aumentar los esfuerzos referidos a la educación medicolegal de

forma que los futuros médicos estén mejor preparados para la práctica pediátrica en las próximas décadas.

AGRADECIMIENTO

Los autores quisiéran dar las gracias a Julie Ake, Senior Health Policy Analyst, Division of Health Care Finance & Practice, American Academy of Pediatrics, por su ayuda en la preparación de este comentario.

GARY N. MCABEE, DO, JD, FAAP, CHARLES DEITSCHEL, MD, FAAP,
Y JAN BERGER, MD, MJ, FAAP
Actuales y anteriores Chairs del Committee on Medical Liability de la American Academy of Pediatrics

BIBLIOGRAFÍA

1. Taglieri v Moss, 367 NJ Super 184 (App Div 2004).
2. OIG Advisory Opinion N.^o 04-19. 2005 January 6 [consultado 22/2/2006]. Disponible en: <http://oig.hhs.gov/fraud/docs/advisoryopinions/2004/ao0419.pdf>
3. Medical Society of NJ v Mottola, 2004 US Dist. LEXIS 10354 (2004).
4. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med.* 2004;351:1838-48.
5. American Academy of Pediatrics, Division of Health Policy Research. Periodic survey of fellows, pediatricians' experience with medical liability 1987-2001. Elk Grove Village, IL; American Academy of Pediatrics: 2001.
6. National Practitioner Data Bank. 2004 annual report. Rockville, MD: Health Resources and Services Administration, Bureau of Health and Human Services; 2005.
7. Physician's Insurers Association of America. PIAA claim trend analysis 1985-2004. Rockville, MD: Physician's Insurers Association of America; 2005.
8. Farish CM. Study: malpractice caps associated with growth in number of physicians. *AAP News.* 2005 August:18.
9. Baransky B, Etzel S. Educational programs in US medical schools, 2002-2003. *JAMA.* 2003;290:1190-6.
10. LeBlang TR. Use of a mock trial stimulation to enhance legal medicine education for medical students. *Caduceus.* 1997;13:65-75.
11. Donn S, Caspary G, McAbee G. Are pediatric residents adequately instructed in medicolegal pediatrics? [resumen 750920]. Presentado en: 2006 Pediatric Academic Society Annual Meeting; 2006 April 29; San Francisco, CA.
12. American Medical Association. Graduate medical education directory: 1997-1998. Chicago, IL: American Medical Association; 1997, p. 211-20.
13. Mulvey H, Ogle-Jewett E, Cheng T, Johnson R. Pediatric residency education. *Pediatrics.* 2000;106:323-9.