
Gestión de riesgos en Pediatría de Atención Primaria

Francisco José Martínez López

Médico Inspector de la Administración de la Seguridad Social.

Jefe de Área de Gestión de Responsabilidad Sanitaria. INSALUD. Servicios Centrales

Resumen

Las reclamaciones administrativas y demandas judiciales en solicitud de indemnizaciones económicas por posible responsabilidad sanitaria profesional o institucional se incrementan paulatinamente en nuestro país. Aunque en el ámbito de INSALUD más de un 80% de ellas se realizan en el nivel de atención especializada, fundamentalmente hospitales, también en Atención Primaria su número es importante, si bien conviene destacar que los Pediatras de Atención Primaria constituyen un "grupo profesional seguro", teniendo en cuenta el bajo número de reclamaciones que se presentan por su actuación.

En esta colaboración presentamos algunos datos sobre las reclamaciones que se han producido en el ámbito de la Pediatría de Atención Primaria y, a partir de ellos, exponemos los posibles motivos que pueden explicar esta escasa litigiosidad y también los conceptos básicos de la gestión de riesgos sanitarios, cuya incorporación a programas específicos pueden ayudar a mantener esta situación satisfactoria y a mejorar la calidad de la asistencia pediátrica, mejorar la seguridad de los pacientes y profesionales y controlar los costes siempre crecientes de la asistencia sanitaria.

Palabras clave: gestión de riesgos, responsabilidad civil, pediatría, atención primaria.

Abstract

Economic claims and judicial demands against health professionals and healthcare institutions are steadily increasing in the National Healthcare System. Although the specialised level (hospitals and its professionals) received about 80% of the total, primary care has an important number of claims. Despite that, Pediatricians in de Primary Care are un "sure professional group" having the shorter number of claims.

In this paper some facts on Pediatricians's Primary Care claims and judicial demands are presented, and some opinions that can explain the scarce conflicting situation are given; also are exposed the basic principles of healthcare risk management in order to implement specific programmes to assure the health care quality, the patients's and professionals's security and to control the healthcare costs.

Key Words: risk management, liability, pediatrics, primary health care.

Introducción

La Atención Primaria no es un concepto unívoco, y se le asignan distintas

definiciones y funciones según los sistemas sanitarios y por los diferentes profesionales y organismos. Común a cual-

quier concepto o definición de Atención Primaria es que sus actividades se llevan a cabo en el medio extrahospitalario. Qué tipos de profesionales los llevan a cabo, cuál será la especialidad que se exija, si se les exige alguna, a los médicos y demás profesionales que desempeñan su actividad en este nivel, cuáles son los servicios que deben prestarse, de qué modo se coordina con los otros escalones sanitarios y de apoyo social, cuál sea su modelo organizativo y la estructura de sus retribuciones y otros muchos aspectos difieren en los distintos sistemas sanitarios. Por ello, el lector debe tener en cuenta las características diferenciales de "nuestra Atención Primaria" respecto a los países de donde procedan los datos que se ofrezcan.

En nuestro país, la reforma sanitaria que se plasma, "avant la lettre", con el Real Decreto 137/1984 y, sobre todo, en la Ley General de Sanidad de 1986, mantiene la presencia y funciones de los Médicos Pediatras en la Atención Primaria y el desarrollo de su especialidad en beneficio de la población infantil que ya había devenido en un bien escaso dado el descenso de la natalidad, de acuerdo con los medios diagnósticos y terapéuticos que el sistema sanitario asigna a este nivel asistencial¹. A pesar de ello, existen problemas en cuanto a

su incardinación práctica en el modelo organizativo actual de la atención primaria².

La exigencia de responsabilidad a los médicos de atención primaria no es un hecho reciente; lo que sí es reciente es la proliferación de reclamaciones y demandas judiciales contra los profesionales sanitarios, en especial los médicos. Las causas que se aducen para explicar esta litigiosidad son muy variadas, pero cuando con motivo de la asistencia sanitaria recibida por un paciente se producen resultados no deseados o no esperados, el paciente, o sus familiares, cada vez con mayor frecuencia presentan reclamaciones judiciales o administrativas, o de ambos tipos.

En España, en el sistema sanitario público, la institución de la responsabilidad objetiva de la administración establece que toda pretensión de indemnización económica por responsabilidad sanitaria debe dirigirse contra la administración pública, no siendo preciso invocar ni demostrar culpabilidad alguna del profesional, como ocurre en otras vías judiciales. No obstante, los reclamantes siguen utilizando con cierta frecuencia la vía penal, que puede conducir a la apertura de diligencias previas y posteriormente juicio oral, como vía rápida de reclamación; aunque la inmensa mayo-

ría de estos procedimientos penales contra los profesionales terminan archivándose, esta vía tiene utilidad para presionar sobre el profesional implicado (imputado en la jerga judicial) y sobre el centro sanitario, y para obtener de manera rápida la documentación existente sobre el proceso asistencial. Común a las demás vías administrativas o judiciales de reclamación económica es la lentitud o el coste, o ambos, situación que no es diferente a la de otros países como el Reino Unido³ o Suiza⁴.

Riesgo, incertidumbre y gestión de riesgos sanitarios

Riesgo e incertidumbre son inherentes a la práctica profesional en el campo sanitario, y en especial en el nivel de atención primaria, en el que el profesional tiene que atender fundamentalmente "síntomas", que con frecuencia derivan en patología grave por la propia evolución natural de la enfermedad, pero que los pacientes o sus familiares pueden considerar como un error diagnóstico o como una asistencia de baja calidad. Cuando esta percepción se da, y la comunicación médico-paciente no ha sido satisfactoria⁵, se suelen plantear reclamaciones de índole económica, es decir, se ha materializado un riesgo, tanto para el reclamante –efecto no esperado o

no deseado que achaca a una asistencia inadecuada–, como para el profesional y la institución sanitaria: la reclamación y sus posibles consecuencias judiciales y económicas.

Diversos autores recalcan que el diagnóstico precoz de situaciones potencialmente letales o muy graves configuran un papel especial y casi único de los profesionales de atención primaria, puerta de entrada en muchos sistemas sanitarios públicos y también en el nuestro. Los diagnósticos erróneos constituyen una de las causas de efectos potencialmente adversos⁶, y tienen una importancia capital en atención primaria. La situación es todavía más compleja en Pediatría de Atención Primaria, cuyos pacientes precisan en la mayor parte de los casos un intermediario –los padres o familiares– entre ellos y los pediatras.

En este nivel asistencial, los profesionales están inmersos en ese escenario de riesgo y litigiosidad^{7,8}, aunque no todos los tipos de especialistas que trabajan en atención primaria corren el mismo riesgo, ni en intensidad ni en frecuencia.

La presentación de una reclamación judicial o administrativa supone, en principio, un fallo en la calidad de la asistencia recibida⁹, además de una posible falta de seguridad para el paciente

que reclama y un coste adicional para el servicio sanitario. Entre los componentes de este coste adicional figuran las cantidades que se tengan que satisfacer, finalmente, como indemnización al reclamante, bien directamente, bien a través de una compañía de seguros con la que se haya suscrito un contrato de seguro de responsabilidad civil, cuyo precio va en continuo aumento.

La calidad de la asistencia sanitaria, la seguridad de los pacientes y de los profesionales y el control de costes de la asistencia sanitaria son objetivos de todos los sistemas sanitarios. Para conseguir este triple objetivo se elaboran y ponen en práctica muy diferentes programas y actividades: la elaboración de guías y protocolos clínicos, las actividades de formación continua, la acreditación de profesionales y centros, la gestión de riesgos sanitarios en fin.

La gestión de riesgos, concepto que procede del sector empresarial y asegurador, también se aplica ya en el sector sanitario, constituyendo un subsistema de calidad que busca reducir los costes económicos mediante la reducción de los riesgos o de su probabilidad de ocurrencia o de sus consecuencias dañosas, o de la gravedad de éstas¹⁰.

Es una metodología que se comenzó a implantar en el mundo de las grandes

empresas USA y en la década de los setenta se adoptó, también en ese país, en el sector sanitario para hacer frente a la denominada "crisis por malpraxis", que disparó los precios de las primas de las aseguradoras. Actualmente se ha introducido en el Reino Unido, y en otros países europeos es creciente el interés por esta metodología. En el ámbito del INSALUD, la Subdirección General de Inspección Sanitaria está actuando como fermento en la aplicación de esta metodología, al tener asignada la gestión de la póliza de seguro de responsabilidad suscrita por el Instituto.

Conceptos y metodología de la gestión de riesgos

Existen muy diversas definiciones de la gestión de riesgos algunas complejas¹¹, pero todas se pueden resumir en que la gestión de riesgos sanitarios es un proceso que pretende establecer pautas de actuación para la toma de decisiones, de manera que eliminen o minimicen las pérdidas a que da lugar la materialización de los riesgos que conlleva la prestación de asistencia sanitaria.

Este proceso comprende, en esencia, las etapas de identificación, análisis, control y prevención¹² y, por supuesto, seguimiento o monitorización de los riesgos. Definiremos cada una de ellas y

su aplicación a la actividad de Pediatría de Atención Primaria.

Identificación

Los procedimientos o sistemas que permiten identificar las causas reales o previsibles de pérdidas o reclamaciones—qué puede ocurrir, dónde puede ocurrir, cómo puede ocurrir y por qué puede ocurrir, —son el fundamento de los programas de gestión de riesgos sanitarios. Una vez ocurrido el hecho— un resultado no deseado, o no esperado, o el error, —las actividades de identificación deben iniciarse lo antes posible— qué ha ocurrido, dónde ha ocurrido, cómo ha ocurrido, por qué ha ocurrido. —En el ámbito clínico, con alguna frecuencia estas actividades se hacen obligatorias— error en transfusión, accidentes anestésicos y otros.

El modelo de gestión de la póliza de seguro del INSALUD¹³ nos ha permitido identificar las situaciones que han dado motivo a una reclamación económica por responsabilidad sanitaria, imputable o imputada al profesional o al centro y cuyos resultados cuantitativos hemos presentado en otro lugar¹⁴, sin individualizar los expedientes relativos a Pediatría de Atención Primaria.

En el registro general de siniestros, a 30 de abril de 1999 se recogió 1.600

expedientes de reclamación económica, de los que 238 corresponden a centros de atención primaria, es decir, casi un 15% del total. Teniendo muy en cuenta que tanto el concepto como la organización de la atención primaria es muy diferente en USA y, sobre todo, en donde prácticamente cualquier médico de no importa cualquier especialidad puede desempeñar esas funciones, estamos afortunadamente todavía lejos del 23% que suponen las reclamaciones por malpraxis contra médicos de atención primaria⁸, de acuerdo con los datos de una aseguradora norteamericana. También los datos de reclamaciones y demandas contra los GP que presenta el Reino Unido son más preocupantes que los nuestros^{7,15}.

De estos 238 expedientes 14 (5,9%) correspondían a Pediatría de Atención Primaria, que representan un 0,9% del total de reclamaciones. En seis de estos casos aunque los médicos que atendieron a los niños tenían una gran experiencia no consta que fueran pediatras.

Un resumen de estos 14 expedientes (15 niños) figura en las tablas I y II, distribuidos por grupo de edad:

Sólo se han identificado reclamaciones en 8 provincias del territorio INSALUD, en cinco de las cuales sólo se había presentado una reclamación.

Análisis del riesgo

En el INSALUD, ante una reclamación o demanda económica se emite un "parte de siniestro" y se elabora un expediente administrativo, entre cuya documentación deben constar los informes del profesional o profesionales intervinientes y el informe de un inspector médico que se referirá, exclusivamente, a los aspectos científico-técnicos y administrativos del hecho reclamado. El expediente se valora por los peritos de la compañía aseguradora y se analiza nuevamente por una comisión paritaria formada por expertos del INSALUD y de la compañía aseguradora, que toma la decisión de indemnizar o rehusar la indemnización. Esta decisión no cierra ninguna vía de reclamación: el reclamante tiene abierta todas las vías judiciales y administrativas que en derecho le correspondan. Los motivos de recla-

mación, extraídos de la documentación presentada por los padres, fueron los siguientes:

En los pacientes menores de un año:

- Retraso en el diagnóstico de luxación congénita de cadera que se identificó a los cinco meses; los registros clínicos recogen las diferentes exploraciones negativas; un mes después de un accidente de tráfico se le pide una Radiografía donde se aprecia la luxación.
- Retraso en el diagnóstico de patología ocular, que se derivó a los 6 meses de edad y se confirmó un retinoblastoma; el niño recibió asistencia en diferentes ocasiones, incluso en el hospital, quedando registrada la negatividad de la exploración ocular específica, hasta que surge la sospecha y es derivado al especialista.

Tabla I. *Motivos de reclamación por grupos de edad.*

Motivo	Edad			
	<1año	>1- <2 años	>2 - < 3 años	>10 años
Fallecidos	1	3	-	2
Error diagnóstico	-	3	-	2
Error medicación	-	-	-	2
Retraso diagnóstico	3	-	-	1
Asistencia defetuosas	1	1	2	-
Total	6	7	2	7

- Asistencia defectuosa a un lactante al que llevan al centro de salud en parada, que no se recupera tras la reanimación a la que se le somete: muerte súbita.
 - Retraso en el diagnóstico de luxación de cabeza femoral y acetábulo distrófico, que se diagnostica a los nueve meses en el hospital; en las cuatro revisiones previas queda registrada la normalidad de las exploraciones general y específica.
- En los pacientes de entre 1-2 años:**
- Error diagnóstico en un niño que por la mañana y por la tarde del mismo día es visto por su médico, diagnosticando gastroenteritis y poniendo tratamiento antibiótico; tras la segunda visita, los padres lo llevan al hospital, donde diagnostican *sepsis a salmonella*.
 - Error diagnóstico en un niño HVC positivo, que tras ser vacunado y medicado con un broncodilatador por su bronquitis, pasa la noche con fiebre y vómitos, le aparecen por la mañana signos cutáneos de *sepsis meningocócica* y lo llevan al hospital. Repetidas atenciones previas en el centro de salud por bronquitis espástica, con abundante documentación clínica.
 - Error diagnóstico en un niño al que diagnostican de viriasis respiratoria y de infección intestinal inespecífica, le ponen tratamiento, lo vuelven a llevar al día siguiente y el médico mantiene la misma actitud diagnóstica y terapéutica; al tercer día, lo deriva al hospital en muy mala situación, diagnosticándose una meningitis por Gram positivo.
 - Atención defectuosa a un niño, ya que el padre presenta denuncia por-

Tabla II. Actuación penal y decisión Comisión de seguimiento por grupo de edad, en casos de fallecimiento⁶.

	<1año	>1- <2 años	>2 - < 3 años	>10 años
Niñas	-	-	-	1
Niños	1	3	-	1
D. Penales archivadas	1	3	-	1
Juicio oral		-	-	1
Decisión	rehuse	rehuse	rehuse	rehuse*

*1 pendiente

que no está conforme con la exploración realizada al paciente, que estaba afecto de un cuadro febril, en el centro de salud.

En pacientes entre 2-3 años:

– Atención defectuosa a mellizos que presentan cuadro febril e inapetencia; acuden al Pediatra en cuatro ocasiones en un período de ocho días: los padres los llevan al hospital donde dos días después establecen el diagnóstico de neumonía.

En mayores de 10 años:

– Error en medicación a un niño al que le recomiendan aspirina para el dolor de cabeza tras una caída de bicicleta aparentemente anodina; una hora después lo derivan al hospital para descartar patología traumológica craneal, realizándose posteriormente neurocirugía en otro hospital.

– Retraso diagnóstico en un niño al que a los trece años le diagnostican ligero genu valgo y escoliosis leve.

– Error diagnóstico en niño de 12 años que presentaba dolor inguinal, los médicos de guardia del centro de salud le recetan un analgésico; a los cuatro días lo llevan al hospital donde diagnostican torsión testicular.

– Error en medicación: suceso desgraciado, en que una serie de circunstancias motivan que una vacuna antiácaros se administre en condiciones no idóneas y no estén disponibles los elementos de acción inmediata paliativa de la reacción.

– Error diagnóstico en un niño que unas horas después de ser visto por su pediatra por un cuadro de gastroenteritis ingresa en un hospital con un cuadro de deshidratación.

El análisis de los siniestros puso de manifiesto:

1. Que en la mayoría de los casos la asistencia proporcionada a los pacientes fue la pertinente, aunque en alguno de ellos hubiera sido precisa una mayor familiaridad de los médicos con algunas manifestaciones o síntomas que pueden presentar los niños pequeños, como por ejemplo los signos precoces de sepsis.

2. Que la documentación clínica existente –fundamental para el análisis y valoración de lo sucedido– es mejorable en la mayoría de los casos, aunque en general fue suficiente para la toma de decisiones.

3. Que salvo en un caso, que todavía está pendiente, la vía penal elegida por algunos de los reclamantes ha conducido al sobreseimiento de las diligencias contra el personal sanitario.

4. Que ni los profesionales, ni los directivos, habían realizado un análisis de los factores y elementos que hayan podido conducir a la reclamación, más allá de razonar su actuación clínica. Es decir, no habían analizado ni el qué, ni el dónde, ni el cómo ni el por qué, al menos documentalmente.

5. Que los padres, en la actualidad, no aceptan ni están preparados para comprender y asumir que un niño sano pueda fallecer de una enfermedad infecciosa, o que cualquier anomalía al nacimiento no necesariamente se manifiesta o es detectable de manera inmediata.

Control del riesgo

Dado que es imposible reducir los riesgos a cero, y la asistencia sanitaria tiene que seguir proporcionándose a la población, es preciso llevar a cabo actuaciones para, en la medida de lo posible, controlar los costes de las reclamaciones y demandas judiciales. El control del riesgo económico de las indemnizaciones puede hacerse de diferentes maneras; la más habitual es mediante su transferencia a una compañía aseguradora, por medio de la contratación de un seguro de responsabilidad. Las posibles pérdidas económicas directas que en concepto de indemnización puedan derivarse de estas reclamaciones serán asumidas

por el INSALUD, bien a través de la compañía aseguradora del Instituto, bien por el procedimiento de la responsabilidad patrimonial de las administraciones públicas. Los costes indirectos de la reclamación— horas de trabajo perdidas en acudir a los tribunales, tiempo dedicado a elaborar los informes, la carga administrativa derivada de la reclamación, el coste psicológico para el profesional— no son transferibles, y tienen que ser asumidos por el profesional y la institución. De ahí la necesidad de llevar a cabo las medidas preventivas necesarias para, en la medida de lo posible, evitar estas situaciones. La asistencia sanitaria tiene que seguir proporcionándose, por lo que tenemos que poner en marcha medidas que minimicen las posibilidades de reclamación, sobre todo aquellas que están fundadas en algún error profesional u organizativo.

Prevención del riesgo

Consiste en tomar las medidas oportunas para que los riesgos no se materialicen, es decir, que la asistencia sanitaria sea de la suficiente calidad como para que el paciente o sus familiares se sientan satisfechos. Para nosotros es evidente que en los casos relatados, en general, la asistencia fue aceptable, pero sin embargo la reclamación se produjo. Es de-

cir, algo falló en el proceso asistencial, en la relación médico-paciente, que en Pediatría de Atención Primaria se realiza en gran medida con los padres.

Desconocemos si los profesionales que se encuentran involucrados han realizado un análisis de su actuación, o si los centros donde se llevó a cabo la asistencia han incorporado alguna medida o actividad conducentes a disminuir riesgos similares. Pero sería bueno que así fuera.

Comentarios

Llama la atención el escaso número de reclamaciones judiciales y administrativas que se han presentado, en el período analizado, en Pediatría de Atención Primaria. Ello nos hace pensar que los Pediatras de Atención Primaria, afortunadamente, constituyen un "grupo seguro", de bajo riesgo en relación con las probabilidades de ser reclamado. Y también son un grupo profesional seguro para los niños. Entre las razones que pudieran subyacer a esta situación consideramos:

- La alta cualificación profesional de los Pediatras.
- La buena relación médico-paciente (o con sus familiares), que establecen.
- Una conducta personal y profesional

empática, no agresiva desde el punto de vista diagnóstico-terapéutico.

- El predominio, en el territorio INSALUD, del sexo femenino en la especialidad, que ronda el 30% sobre el masculino, y que aporta una sensibilidad y experiencia de género a la práctica profesional.
- La facilidad que los padres tienen para llevar a los niños a los servicios de urgencia hospitalarios que, como regla general, no están saturados y atienden sin una gran presión asistencial.
- Tal vez tenga importancia que el paciente no puede reclamar directamente, lo tienen que hacer sus padres.

Este escenario razonablemente seguro no debe hacer bajar la guardia en mantener una praxis profesional de calidad y actualizada. No se debe olvidar que ya es clásico decir que la mejor gestión de riesgos sanitarios asistenciales consiste en:

- Una buena atención al paciente: la amabilidad, el tomar el tiempo preciso para que el paciente, y sus padres, puedan explicar de manera adecuada lo que le ocurre al niño, el interés no solo profesional sino humano manifestado hace que el paciente esté contento con la aten-

ción recibida, y probablemente no reclamará.

- Una buena práctica clínica, un buen quehacer científico-técnico, es una base fundamental: la actualización permanente, la formación continua en cualquiera de sus formas es esencial.
- La comunicación con el paciente, la información que se le facilita, debe ser la adecuada, dada de manera comprensible y, además, si es posible que quede reflejada por escrito.
- La calidad de la documentación clí-

nica nos facilitará poder elaborar los informes pertinentes en caso de reclamación o demanda; lo que no está escrito, en principio, no existe.

El seguir estos criterios y mantener su actualización permanente será un buen medio para que la Pediatría de Atención Primaria siga siendo una especialidad de bajo perfil de riesgo.

Agradecimientos

Doy las gracias a la Dra. Rodrigo Alfageme, por su lectura crítica y sugerencias al contenido de este manuscrito.

Bibliografía

1. Martínez López FJ. *La reforma sanitaria en España: 1978-1995*. En "Manual de Administración y Gestión Sanitaria". F. Lamata (ed). Díaz de Santos 1998.
2. *Editorial*. Pediatría Atención Primaria 1999; vol. 1, nº. 1.
3. *Access to Justice: Final Report by the Right Honourable Lord Woolf, Master of the Rolls*. London: HMSO, 1996.
4. Hugentobler, JF. *Erreurs médicales: les droits des victimes*. Edicom: Santé: Témoignages: Erreurs médicales.
5. Levinson W, Roter DL, Mulloy JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. *The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons*. JAMA 1997; 277:553-559.
6. Bhasale, A. *The wrong diagnosis: identifying causes of potentially adverse events in general practice using incident monitoring*. Family Practice 1998; 15:308-18.
7. Dyer, C. *GPs face escalating litigation*. BMJ 1999; 318; 830.
8. Harrington Preston S. *Malpractice Danger Zones. Why primary care?* Medical Economics. 24 de agosto, 1998.
9. Kenagy JW, Berwick DM, Shore MF. *Service quality in health care*. JAMA 1999; 281: 661-665.
10. Rodríguez Gutiérrez C, Martínez López FJ. *Dolor torácico y gestión de riesgos: análisis de las reclamaciones económicas por responsabilidad profesional y patrimonial en el diagnóstico y tratamiento del dolor torácico como herramienta para la gestión de riesgos*. Revista de Administración Sanitaria. Vol II, nº 7, Julio-septiembre 1998.
11. *Risk Management Handbook for Health Care Organizations*. Roberta Carroll, ed. American Hospital Publishing, Inc. 2ª ed. 1997.
12. *Clinical Risk Management*. C Vincent ed. BMJ, 1995.
13. *Instrucciones para la gestión del contrato de seguro de responsabilidad civil*. Notas Circulares de la Secretaría General y de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD-1995, 1998, respectivamente.
14. Martínez López FJ, Rodríguez Gutiérrez C, Sánchez Hernández JJ. *La gestión de riesgos sanitarios*. Epidemiología de las reclamaciones económicas por responsabilidad sanitaria en el Instituto Nacional de la Salud. Enero 1995-junio 1998.
15. Warden, J. All GPs to be required to have defence cover. BMJ 1999; 318; 830.
16. *Risk management handbook for health care organizations*. 2ª ed. Roberta Carroll, editor. American Hospital Publishing, Inc., 1997.