
Gestión de riesgos en Atención Primaria: casos pediátricos

N. Sanz Álvarez^a, J. Bermejo Crespo^b, FJ. Martínez López^c

^aMédico de Familia, CS El Bercial, Área 10, Instituto Madrileño de la Salud, Getafe. (Madrid)

^bMédico de Familia, CS Las Matas, Área 6, Instituto Madrileño de la Salud, Las Rozas. (Madrid)

^cMédico Inspector, Jefe de Área de Gestión de Riesgos de Responsabilidad Sanitaria, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:395-406

Francisco José Martínez López, fmartinez@insalud.es

Resumen

Objetivo: valorar la seguridad de la asistencia a la población infantil, analizando los expedientes de responsabilidad patrimonial del extinguido Insalud.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal; se analizaron los 56 expedientes con edad pediátrica por un grupo de trabajo con amplia experiencia profesional en Atención Primaria. El análisis estadístico se realizó con los programas SPSS versión 11 y S-PLUS versión 6.0.

Resultados: los casos pediátricos constituyen el 12,64% del total (443) de reclamaciones en Atención Primaria del período analizado (1995-2001); la edad media fue de 4,81 años, siendo los varones el 57,15%. En el 53,57% de los expedientes no había documentación clínica o ésta era de calidad inaceptable. Se habían originado secuelas orgánicas o funcionales en el 53,57% de las reclamaciones y el fallecimiento en el 23,21% de los casos. Había error diagnóstico en el 64,30% de los casos y una posible praxis inadecuada en el 35,71% (37% en el estudio global). Aplicando la CIE-9, los grupos XVII (28,57%), VI (10,71%), VIII (8,92%), X (8,92%) y XVI (8,92%) son los prevalentes.

Conclusiones: el análisis de casos pediátricos proporciona mejores resultados que los del total en Atención Primaria. La mayoría de las reclamaciones se fundan en supuestos errores médicos. En las áreas rurales, atendidas por médicos generales, existe un mayor riesgo de praxis inadecuada. La implantación de programas de gestión de riesgos ayudará a mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes.

Palabras clave: Control de riesgo, Atención Primaria, Pediatría, Seguridad.

Abstract

Objective: To assess the safety of health care to patients in paediatric age, analysing the patrimonial responsibility dossiers against the extinguished Insalud.

Material and methods: An observational, descriptive, transversal study; it were analysed all 56 dossiers in paediatric age by a work team with a large professional experience in

Primary settings was conformed. A technical document with proceedings and clinical specific judgement was accorded. The statistic analysis was made with the SPSS version 11 and S-Plus version 6.0 programs.

Results: *The paediatric cases accounted for 12.64% of total (443) of claims in primary care in the analysed period (1995-2001); the average age of 4.81 years, being the males 57.15%.*

In 53.57% of administrative dossiers there had not clinical records or its quality was not acceptable. Physical or organic sequelae were present in 53.75%; and death in 23.21%. Diagnostic error was identified in 64.30% of claims, and probable medical malpractice in 35.71% of cases (37% in global study). According with CIE-9, groups XVII (28, 57%), VI (10.71%), VIII (8.92%), X (8.92%) and XVI (8.92%) were prevalent.

Conclusions: *The pediatric cases analysis give better results than that we found in the overall number in primary care. The majority of claims are based on alleged medical errors. The rural areas deserved by general practitioners, present an increased risk of medical malpractice. When the attendant physician was paediatrician the minor percentage of malpractice was found. To implement specific programmes of risk healthcare management will help to increase the quality and safety of patients.*

Key words: *Risk Management, Primary Care, Pediatrics, Safety.*

Introducción

La progresiva incorporación de la metodología de la gestión de riesgos (*Risk Management*) en el sector sanitario europeo y nacional surge como consecuencia del incremento de las demandas y reclamaciones por responsabilidad profesional. Su establecimiento gradual en cada país varía en función del ritmo de los cambios socio-culturales, sanitarios y legislativos, así como de la repercusión que para los sistemas sanitarios han supuesto las consecuencias económicas de las reclamaciones y daños ocasionados al paciente derivados de la asistencia sanitaria¹.

El modelo elegido por el extinguido Insalud para la gestión de la póliza del seguro de responsabilidad y los procedi-

mientos establecidos en el R.D.429/19932 han permitido la incorporación de la metodología de gestión de riesgos al sector sanitario español. La asistencia a la población pediátrica en nuestro país, presenta características diferenciales derivadas de nuestro peculiar modelo de Atención Primaria (AP). Compartiendo la misma incertidumbre inherente a la práctica clínica del nivel primario, que atiende los "síntomas iniciales", la atención pediátrica se presta por facultativos con distintos grados de especialización (pediatría, médicos de familia con o sin titulación MIR, puericultores, generalistas), lo que potencialmente diseña un escenario de riesgo y litigiosidad, agravado por la situación de que la mayoría de los pacientes precisan de un interme-

diario (padres o familiares) necesario entre ellos y los facultativos.

Cuando se valora por los pacientes y/o los familiares que la asistencia es de baja calidad, o se ha cometido un error diagnóstico, y la comunicación médico-paciente no ha sido satisfactoria, se suele plantear la reclamación económica³.

La identificación y cuantificación de las situaciones de riesgo derivadas de la asistencia directa⁴ debe ser la primera fase de la puesta en marcha de un programa de prevención de riesgos clínicos.

Este trabajo es la primera aproximación publicada en España que intenta identificar patrones y comportamientos presentes en el complejo proceso que transforma la insatisfacción derivada de la asistencia clínica en un siniestro o reclamación patrimonial.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre la totalidad de las reclamaciones económicas efectuadas al extinguido Insalud, en el ámbito de la AP, en el período comprendido entre el mes de enero de 1995 y septiembre de 2001. Se excluyen las reclamaciones presentadas en los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios (061: Servicio Normal y Servicio Especial de Urgencias) por razones administrati-

vas y por considerar que las características y aspectos clínicos de dichos servicios presentan variaciones que distorsionan los objetivos del estudio. Sí están incluidos los siniestros originados en las guardias de los EAP y en los denominados Puntos de Atención Continuada.

Recogida de datos

Para el análisis se formó un grupo de trabajo con amplia experiencia en AP, tanto asistencial como en gestión e inspección médica. Se elaboró un documento técnico con las normas de actuación y metodología de trabajo, para garantizar pautas y criterios de valoración semejantes sobre la idoneidad de las prácticas clínicas revisadas. El estudio estadístico se realizó con el apoyo de un docente universitario de Estadística e Investigación Operativa. El análisis de los resultados se realizó mediante los programas SPSS versión 11 y S-PLUS versión 6.0.

Las variables consideradas independientes para el estudio de los expedientes se han agrupado en siete subgrupos: variables relacionadas con los pacientes, con la demanda asistencial, con el motivo de la reclamación, con el informe del médico inspector y de las compañías de seguros, y con la valoración del grupo investigador.

Se revisaron 460 expedientes, siendo excluidos del estudio 17: dos por no estar relacionados con la asistencia, y el resto por no tener disponibles más de tres de las variables consideradas imprescindibles para el estudio (motivo de la reclamación, diagnóstico clínico, resultado del siniestro, tipo de profesional y lugar del siniestro). Ninguno de estos 17 expedientes eran de casos pediátricos.

En este artículo se presentan las diferencias encontradas en la comparación de las variables estudiadas entre los expedientes pediátricos y el total de expedientes.

Resultados

Los 56 expedientes pediátricos representan el 12,64% del total de reclamaciones patrimoniales. En relación con la

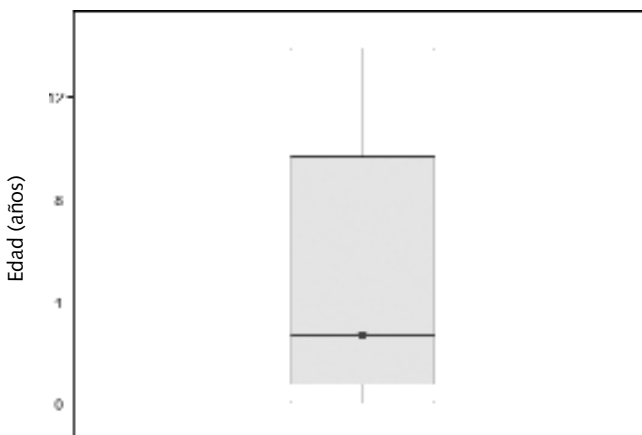
edad, la media es de 4,81 años y la mediana de 2,67. La distribución por cuartiles queda reflejada en el diagrama de caja (Figura 1).

Con respecto al sexo, 32 casos corresponden a varones (57,15%), frente al 52,94% de varones del total de expedientes.

La totalidad de las consultas que originaron las reclamaciones tuvieron lugar en el horario habitual del centro de salud. En el medio rural se localizaron 29 casos (51,80%) y 24 casos (42,85%) en el medio urbano, quedando sin adscripción 3 expedientes.

Únicamente en 23 casos (41%) se consultó la historia clínica del paciente; este porcentaje es muy superior al 29,57% de las consultas realizadas en la

Figura 1. Gráfico en cajas de la distribución de la edad en la población pediátrica.



totalidad de las reclamaciones. La Tabla I incluye la distribución del tipo de documentación clínica del acto asistencial reclamado, comparándose la muestra pediátrica con la total.

Variables relacionadas con los profesionales: los pediatras son, con 26 casos (46,42%), el grupo de profesionales más reclamado, seguido de 23 médicos de AP (41,07%). La enfermería aparece implicada en 2 casos como único responsable (3,57%). En 12 casos (21,42%) las reclamaciones afectan a dos profesionales correspondiendo 6 casos a enfermería. En

otras 5 ocasiones las reclamaciones afectaron a 3 ó más profesionales. En 7 casos la reclamación iba dirigida de forma conjunta a profesionales de Primaria y Especializada.

La Tabla II presenta la relación entre tipo de población y tipo de profesional implicado.

La categoría profesional no fue cumplimentada en 20 expedientes (35,71%). Los 30 casos de profesionales en plantilla representan el grupo mayoritario de las reclamadas, apareciendo 5 profesionales suplentes en segundo lugar.

Tabla I. Análisis según el tipo de documentación clínica

	Pediatría	Población total
No consta	25 (44,64%)	201 (45,4%)
Historia clínica AP	17 (30,35%)	102 (23%)
Informe clínico de urgencias	9 (16%)	84 (19%)
Libro de urgencias	4 (7,14%)	25 (5,6%)
Parte interconsulta	0	17 (3,8%)
Otros	1 (1,78%)	14 (3,2%)
Total	56 (100%)	443 (100%)

Tabla II. Relación entre población y tipo de profesional

	Rural	Urbana	No consta
Médico AP	17	5	1
Pediatra	9	15	2
Enfermería	0	2	0
MIR	0	1	0
Médico AE	0	1	0
Otros	3	0	0
Total	29	24	3

Consecuencias del siniestro: la Tabla III muestra los resultados del siniestro, haciendo una comparación entre los casos pediátricos y la población total, así como su distribución según las diferentes subvariables en que se clasifica la variable consecuencias del siniestro. En la Tabla IV se relaciona el tipo de profe-

sional implicado y el resultado del siniestro.

En cuanto a los motivos de las reclamaciones, en la Tabla V aparece su distribución, siendo las relacionadas con el diagnóstico las más prevalentes tanto en la edad pediátrica como en la población total. La Tabla VI desagrega la va-

Tabla III. Consecuencias de los siniestros. Comparación entre población pediátrica y población total

	Pediatría	Población total
Secuelas orgánicas y funcionales	30 (53,57%)	202 (45,6%)
Secuelas estéticas	1 (1,78%)	6 (1,4%)
Muerte	13 (23,21%)	180 (40,6%)
No daño	12 (21,42%)	45 (10,2%)
Otros	0	7 (1,6%)
No consta	0	3 (0,67%)
Total	56 (100%)	443 (100%)

Tabla IV. Relación entre tipo de profesional y resultado del siniestro

Tipo de profesional	Resultado del siniestro	
Médico AP	Secuelas orgánicas y funcionales	12
	Muertes	6
	No daño	5
MIR	Muertes	1
Pediatras	Secuelas orgánicas y funcionales	16
	Muertes	5
	No daño	5
Enfermería	Secuelas orgánicas y funcionales	0
	Secuelas estéticas	1
	No daño	1
Médico AE	Secuelas orgánicas y funcionales	1
Otros	Secuelas orgánicas y funcionales	1
	Muertes	1
	No daño	1

Tabla V. Motivo de las reclamaciones. Comparación entre población pediátrica y población total

	Población pediátrica	Población total
Relacionado con el diagnóstico	44 (78,57%)	278 (62,8%)
Relacionado con el tratamiento	7 (12,5%)	102 (23%)
Accidentes en centros sanitarios	1 (1,78%)	24 (5,4%)
Defectos organizativos	2 (3,57%)	18 (4%)
Otros	2 (3,57%)	17 (3,8%)
No consta	0	7 (1,6%)
Total	56 (100%)	443 (100%)

Tabla VI. Distribución de las variables por motivos relacionados con el diagnóstico entre la población pediátrica y la población total

	Pediatría	Población total
Error diagnóstico	36 (64,3%)	212 (78,7%)
Denegación de asistencia	2 (3,57%)	25 (9%)
Demora pruebas diagnósticas	3 (5,35%)	15 (5,4%)
Retraso valoración médico-quirúrgica	2 (3,57%)	11 (4%)
Demora AE (listas de espera)	1 (1,78%)	5 (1,8%)
Otros	0	3 (0,67%)
Total	56 (100%)	443 (100%)

riable motivos relacionados con el diagnóstico.

Al cruzar el tipo de población rural/urbana con el motivo de la reclamación, la distribución de casos es homogénea. La subvariable mayoritaria, que es la relacionada con el diagnóstico, presenta 21 casos en el ámbito rural y 20 en el urbano.

La Tabla VII presenta la clasificación de las reclamaciones pediátricas según los grupos diagnósticos de la CIE 9, siendo los traumatismos y envenenamientos, con un 28,57% de los casos, el grupo más numeroso.

La Tabla VIII explica la distribución de casos de efectos adversos o mala praxis según el tipo de profesional y el tipo de población. Como indicadores de la calidad asistencial se han utilizado la valoración del informe del médico inspector y la opinión expresada por el grupo evaluador.

Los resultados de los informes emitidos por los inspectores son los siguientes: en 4 casos (7,14%) se estimó a favor de los reclamantes; en 31 casos (55,35%) se desestimó la reclamación, y en 3 casos (5,35%) el informe realizado

Tabla VII. Clasificación de las reclamaciones pediátricas según los Grupos Diagnósticos de la CIE 9

Grupo	Nº de casos	Porcentaje
I Infecciosas	4	7,14%
II Tumores malignos y benignos	4	7,14%
VI Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	6	10,71%
VII Enfermedades del aparato circulatorio	1	1,78%
VIII Enfermedades del aparato respiratorio	5	8,92%
IX Enfermedades del aparato digestivo	1	1,78%
X Sistema genitourinario	5	8,92%
XI Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	1	1,78%
XII Enfermedades de la piel	1	1,78%
XIII Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo	1	1,78%
XIV Anomalías congénitas y cromosomopatías	2	3,57%
XV Afecciones originadas en periodo neonatal	0	0%
XVI Síntomas y signos mal definidos	5	8,92%
XVII Traumatismos y envenenamientos	16	28,57%
No clasificados	4	7,14%
Total	56	100%

Tabla VIII. Distribución de casos de mala praxis según tipo de profesional y tipo de población

	Médico AP/Efecto adverso		Pediatra/Efecto adverso		Enfermería/Efecto adverso	
Rural	17/9	52,9%	9/2	22,2%	0	0
Urbano	5/2	40%	15/3	20%	2/2	100%
No consta	1/1	100%	2/1	50%	0	0

Número de casos totales atribuidos a ese profesional/Casos de mala praxis del total atribuidos a ese profesional

fue no concluyente. En 18 expedientes (32,14%) no hubo constancia de informe por parte del médico inspector. No hubo concordancia entre la estimación por el inspector y el grupo evaluador en un caso.

Del total de expedientes, en 20 casos (35,71%) se encontraron indicios de no adecuación a las normas de buena prác-

tica clínica. La incidencia mayor de casos aparece en el capítulo XVII de la CIE 9 (traumatismos y envenenamientos): de los 8 traumatismos en zona rural, 6 fueron catalogados por el grupo evaluador como mala praxis; de los 7 casos urbanos, la mala praxis aparece en 2. Un caso no pudo incluirse en ningún tipo de población.

En estos 20 casos de efectos adversos o mala praxis se constató la existencia de 3 muertes, 12 secuelas orgánicas/funcionales, 4 no daño y 1 secuela estética.

Si comparamos con el total de expedientes, el porcentaje de mala praxis es muy similar (37% para la población general, 35,7% para la población pediátrica). Si hablamos de estimación total o parcial por parte del médico inspector, ésta es de un 16% en la población general y de un 7,14% en la pediátrica.

Discusión

Este artículo pretende un acercamiento a la realidad de las reclamaciones económicas derivadas de la asistencia a la población pediátrica.

En relación con la totalidad de las reclamaciones patrimoniales, los casos pediátricos mejoran los resultados referidos a la calidad de los registros y la utilización de la historia clínica, aunque la presencia de 30 casos (53,57%) con registros nulos o de escasa calidad representa una mayoría que creemos inaceptable.

De las 20 reclamaciones con asistencia inadecuada, el 60% afecta a varones. Aunque la asistencia pediátrica en nuestro modelo de AP presenta características diferenciales, en otras publicaciones el número de reclamaciones referidas a mujeres es superior⁵.

En la población general, el medio rural se presenta como un riesgo añadido. En la población pediátrica, hay 29 reclamaciones rurales y 24 urbanas. Si el 72,71% de la población del territorio Insalud es urbana, y el 27,68% rural⁵, porcentualmente el número de reclamaciones en relación con la población atendida es superior en el medio rural.

Según el grupo evaluador, la práctica inadecuada aparecía en el 42,4% de las reclamaciones rurales, y en el 31,81% de las urbanas.

Es de destacar que en el medio rural el profesional más reclamado es el médico de AP, no el pediatra. En este sentido, la población de 0 a 13 años en territorio Insalud en el año 2001 era de 1.929.740 niños, de los que 233.815 no tenían como médico de referencia un pediatra⁶.

Los pobres datos extraíbles de la documentación que acompaña a los expedientes de las reclamaciones no permiten deducir conclusiones objetivas sobre las reclamaciones interpuestas a la categoría profesional de suplentes, pero nuestra impresión coincide con los datos publicados: aparición de un mayor porcentaje de reclamaciones en las visitas iniciales y en el primer mes de "encuentro médico-paciente"⁷. Asimismo, por falta de información en los expedientes, no se puede constatar si el riesgo de re-

clamación es mayor cuando el profesional que atiende al niño no es su médico habitual, aun siendo de plantilla^{8,9}.

Los errores relacionados con el tratamiento son porcentualmente menores, tanto en relación con la totalidad de las reclamaciones de nuestro estudio, al disminuir los efectos adversos derivados de la polimedicación, como en relación con los datos de otras publicaciones^{10,11}. Es destacable que únicamente se ha encontrado un caso de error grave por sobredosificación, que requirió hospitalización, sin resultado de muerte. Aun con estos resultados, consideramos que nos encontramos ante un problema real, no sobredimensionado, que debe ser abordado en su integridad^{12,13}.

En el 50% de las reclamaciones pediátricas presentadas contra médicos de AP aparecen criterios de práctica inadecuada, según el grupo evaluador, siendo este porcentaje de un 20,8% cuando el profesional es pediatra. En territorio Insalud hay una plantilla de 1.760 pediatras¹⁴ que han recibido 26 reclamaciones en 6 años. Coincidimos con otras publicaciones^{15,16} en que la atención prestada a nuestra población pediátrica dibuja un entorno seguro y de alta cualificación.

Como escenario de riesgo de litigiosidad, se nos presenta la población pediá-

trica atendida en zona rural por facultativos de medicina general.

No existe constancia documental por parte de los directivos de informes complementarios y/o de evaluación de las situaciones de riesgo comunes en las reclamaciones, como tiempo de consulta del acto clínico denunciado, exceso de población asignada a cada profesional, o de cualquier otra deficiencia estructural o de calidad asistencial comúnmente aceptadas^{17,18}. Los estudios confirman la importancia del error en medicina^{19,20}. Creemos que es imprescindible una visión crítica y el conocimiento de los tipos de errores que ocurren en cada momento y lugar para elaborar estrategias preventivas frente al error²¹, pues se ha demostrado la existencia de conductas con mayor riesgo y que a su vez son modificables con la implantación de programas específicos²².

Diversos estudios^{23,24} han demostrado que la aparición de reclamaciones patrimoniales está estrechamente relacionada con la presencia de problemas de comunicación médico-paciente. Esta circunstancia es aun más relevante entre los profesionales de AP que en otras especialidades²⁵, aunque los efectos adversos originados presentan menor gravedad clínica²⁶. Ante la perspectiva de un aumento del número de reclamaciones, de-

bido a la actitud más reivindicativa de la población²⁷, es necesario dotar a la Atención Primaria de herramientas útiles en la

gestión de riesgos²⁸. La meta a alcanzar es una práctica clínica de calidad y permanentemente actualizada.

Bibliografía

1. Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM. Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. Madrid: Díez de Santos; 2001.
2. Martínez López, FJ. La opinión y la jurisdicción en la gestión de riesgos sanitarios: algunos aspectos a considerar. *Rev Adm Sanit.* 2004; 2(2):275-286.
3. Levinson W, Roter DL, Mulloy JP, et al. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA.* 1997;277:553-559.
4. Ruiz Ortega JM. Una vacuna contra el azar sanitario: la gestión de riesgos sanitarios. *Rev Adm Sanit.* 1999;12:167-181.
5. Pukk K, Lundberg J, Penazola-Pesantes RV. Do women simply complain more? National patient injuryclaims data show gender and age differences. *Qual Manag Health Care.* 2003;12(4): 225-231.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Insalud, Subdirección General de Atención Primaria. Indicadores de Actividad en Atención Primaria. Resumen Anual. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
7. Kraushar MF, Robb JH. Ophthalmic malpractice lawsuits with large monetary award. *Arch Ophthalmol* 1996;114(3):333-337.
8. Petersen LA, Brennan TA, O'Neil AC. Does housestaff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events? *Ann Intern Med.* 1994;121(11):866-872.
9. Wilson DG, McCartney RG, Newcombe RG, et al. Medications errors in paediatric practice: insights from a continuous quality improvement approach. *Eur J Pediatr* 1998;159(9):769-774.
10. Fischer G, Feters MD, Munro AP. Adverse events in primary care identified from a risk-management database. *J Fam Pract.* 1997;45(1): 40-46.
11. Jonville AP, Autret E, Bavoux F, et al. Characteristics of medication errors in pediatrics. *DICP.* 1991;25(10):1113-1118.
12. Kaushal R, Barker KN, Bates DW. How can information technology improve patient safety and reduce medication errors in children's health care? *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001;155(9): 1002-1007.
13. Barroso Pérez C, Juárez Jiménez J, Moraga Llop F. Errores de medicación en Pediatría. *An Esp Pediatr.* 2001;55(6):501-502.
14. Guerra Aguirre J. Las transferencias sanitarias y los médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2001;28(9):608-614.
15. Martínez López FJ. Gestión de Riesgos en Pediatría de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 1999;1(3):23-34.
16. Phillips JR RL, Bartholomew LA, Dovey SM. Learning from malpractice claims about negligent, adverse in primary care in the United States. *Qual Saf Health Care.* 2004;13(2):121-126.

17. Grupo de Consenso de Pediatría de Atención Primaria. Asociación Española de Pediatría, Confederación Española de Sindicatos Médicos. La calidad de la asistencia pediátrica de AP en los sistemas sanitarios públicos españoles. Madrid; 2001. p.12-14.

18. Centro Universitario de Salud Pública, Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad de Enfermería Madrileña de AP, Asociación Madrileña de Administración Sanitaria. La AP en la Comunidad de Madrid, reflexiones y propuestas de futuro. Documento de consenso. Madrid: Centro Universitario de Salud Pública; 2002. p. 36-38.

19. Eran Kozer MD, Dennis Scolnik MB, Alison Macpherson MS. Variables associated with medication errors in Pediatric Emergency Medicine. *Pediatrics*. 2002;110(4):737-742.

20. Glauber J, Goldmann DA, Homer CH. Reducing medical error through systems improvement: the management of febrile infants. *Pediatrics*. 2000;105(6):1330-1332.

21. Turnbull JE. All componentes of the system must be aligned. *Healthc Pap*. 2001;2(1):38-43.

22. Roger S. A structured approach for the investigation of clinical incidents in health care: ap-

plication in a general practice setting. *Br J Gen Pract*, 2002;52 Suppl:S30-S32.

23. Beckman HB, Markakis KM, Luchman AL, et al. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Inter Med*. 1994;154:1365-1370.

24. Nolan P. Time for humanity from doctors towards patients. *Postgrad Med J*. 2003;79:667-668.

25. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, et al. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997;277(7):553-559.

26. Fischer G, Feters MD, Munro AP, et al. Adverse events in primary care identified from a risk-management database. *J Fam Pract*. 1997;45:40-46.

27. AAP. Committee on Medical Liability. Malpractice claim review offers mixed news for pediatricians. *AAP News*. 2001;18(4):154-161.

28. Rosen AK, Reid R, Broemeling AM, Rakovski CC. Applying a risk-adjustment framework to primary care: can improve on existing measures? *Ann Fam Med*. 2003;1(1):44-51.

