

¿Qué es la medicina defensiva?

Resumen:

La “medicina defensiva” (MD), fenómeno surgido en la década de los 70 en los EE.UU. al introducir cambios en la práctica médica a consecuencia de las denuncias por mala praxis, se extiende hoy a otras realidades geográficas y sanitarias.

Objeto: Establecer el marco teórico de la MD para delimitar el ámbito de la investigación y asentar investigaciones futuras.

Metodología: Revisión de la literatura científica e integración narrativa posterior de los resultados, para identificar el contenido semántico de la expresión.

Resultados: Elementos para una definición contemporánea de MD.

Palabras clave: medicina defensiva, sobre-diagnóstico, sobre-tratamiento, recursos sanitarios, mala praxis, eventos adversos.

Abstract:

Defensive medicine (MD), a phenomenon that emerged in the 1970s in the US by introducing changes in medical practice as a result of malpractice complaints, is now spread into many other countries and healthcare areas.

Purpose: To establish the theoretical framework of the MD in order to define the research scope and establish future lines of research.

Methodology: Review of the scientific literature and subsequent narrative integration of the results in order to identify the semantic content of the expression.

Results: Elements for a contemporary definition of MD

Key words: defensive medicine, overdiagnosis, overtreatment, healthcare resources, malpractice, adverse events.

1. Precisiones metodológicas

El objeto de este artículo no es realmente ofrecer una respuesta al interrogante del título sino mostrar los pasos y elementos que permitan ofrecer una definición contemporánea de medicina defensiva (MD). Resume la comunicación defendida en el “XIII Congreso de la ABFyC”; y se apoya en una revisión de la literatura científica dedicada a la MD desde los años 70 hasta la actualidad que incluye fuentes primarias y secundarias en bases de datos, revisiones y monografías de disciplinas y países diferentes. El criterio de inclusión es considerar aquellas definiciones que contemplan elementos diversos. Con posterioridad, se hizo una integración narrativa con el resultado de este análisis y una aproximación semántica y pragmática al uso del lenguaje para identificar el contenido semántico de la expresión *medicina defensiva*.

El objetivo es establecer el marco teórico que permita 1) delimitar el ámbito de investigación, y 2) asentar líneas de investigación futuras. La literatura es amplia y variada; sin embargo, el problema siempre es el mismo: definir qué es medicina defensiva. Hay que comenzar por explorar el concepto, analizar por qué es tan prevalente y examinar prácticas extendidas que se desconocen (Anderson, 1999).

2. Antecedentes históricos

Los antecedentes históricos se dividen en dos etapas: 1) la génesis (años 70) y 2) el punto de inflexión (año 1994) hasta la actualidad, ante la falta de un hito histórico que permita distinguir otras etapas en esta segunda parte de la evolución.

2.1. Génesis

En 1978, Tancredi & Barondess (Tancredi, 1978), en un prestigioso artículo publicado en la revista *Science*, ofrecen una definición: “la MD ocurre cuando para evitar una posible demanda se emplean específicas medidas diagnósticas y terapéuticas explícitamente para proporcionar una documentación adecuada conforme se utilizó una amplia gama de tratamientos y pruebas en el cuidado del paciente”. No es la primera definición, sino que sintetizan armónicamente las propuestas de otros autores que a comienzos de la década de los años 70 estudian los cambios introducidos en la práctica médica por el aumento de las demandas por negligencia: la idea de desviación de la práctica clínica; ver al paciente como potencial litigante (Hershey, 1972); el imperativo tecnológico (Mecanich, 1975); el deterioro de la relación clínica que promueve las demandas; la desconocida percepción del médico como patógeno (Somers, 1975); y concluyen que la MD no es el problema del sistema sanitario, sino un síntoma de que algo no va bien dentro de éste.

2.2. El punto de inflexión hasta la actualidad

El debate da un giro en el año 1994 en que la OTA (OTA, 1994), en un valioso documento sobre MD, proporciona otra definición: “ocurre cuando los médicos ordenan exámenes, procedimientos o visitas, o evitan determinados pacientes o procedimientos de alto riesgo, principalmente (no exclusiva) a causa de la preocupación por la responsabilidad por negligencia”. Se amplía así el marco conceptual de la MD al contemplar diversas motivaciones, en concreto el conflicto de intereses. La mayor parte de los investigadores (Bishop 2010) adoptan este contenido semántico. No obstante, otros autores introducen nuevos elementos que alteran el contenido; amplían o anuncian nuevas problemáticas de política sanitaria: la MD evita la crítica del paciente (Veldhuis, 1994); proporciona beneficio psicológico al médico (Hermer); daña la salud; lesiona la autonomía; y cosifica al paciente (Seoane, 2013).

3. Marco conceptual

El marco conceptual exige conocer las causas, los tipos y los efectos de la MD.

3.1. Causas de la MD

Los autores identifican otras “causas” o factores determinantes de la MD más allá del temor a las demandas, aunque con un menor peso en su génesis:

1. La aparición del consentimiento informado, dada la interpretación legalista, victimista y reactiva que tuvieron los profesionales (Simon, 2000).
2. La Bioética, subrayando el sentido jurídico que finalmente adopta el principio de autonomía y que finalmente se consolida en toda la teoría del consentimiento informado (Gracia, 2014).
3. Los avances tecnológicos como causa de MD asumen un doble rol sustitutivo y aditivo: 1) reemplaza los procedimientos invasivos y la hospitalización prolongada; 2) estimula la demanda del público hacia la tecnología y conecta con las expectativas del consumidor (Tancredi, 1978; Knaus, 1977).
4. El papel de los medios de comunicación que, en un efecto paradójico, magnifican el avance médico pero también dan notoriedad al evento adverso en los casos más extremos; y dañan la reputación de los profesionales (Torraldo, 2015; Pellino, 2015; Kerentz-Paz, 2010).
6. La pérdida de la confianza en la relación médico-paciente se muestra como causa fundamental de las demandas. La confianza permite al paciente ejercer con responsabilidad la gestión de la enfermedad o la incapacidad (Somers, 1977); su falta, lo somete a procedimientos innecesarios (McKinstry, 2008).

7. La Medicina Legal, en una relación colaborativa y dialéctica que se establece entre Derecho y Medicina retroalimenta el fenómeno (Mechanic, 1976; Hirsh, 1989; Bassett, 2000).

8. El conflicto de intereses se apunta como causa de MD (OTA, 1994). Algunas definiciones se establecen en términos comparativos: “[...] con el propósito del médico de protegerse de la crítica más que de diagnosticar o tratar al paciente” (Mcquade, 1991) e, incluso, algún autor (De Ville, 1998) considera que la MD es un conflicto de intereses per se, en la que “el médico antepone su propio interés en conseguir la inmunidad legal o el reembolso financiero”.

9. La contención del gasto sanitario y el marco de trabajo. Prescribir más pruebas de relativo bajo riesgo refuerza los diagnósticos inciertos; se ve como una conducta deseable (Bishop, 2011); si salvan la vida del paciente “ningún coste es demasiado” (Wagner, 1990), si bien, en un contexto de contención sanitaria esta noción de “mejor prevenir” no se ve como la opción más óptima; lo que genera otros problemas (Bishop, 2011). A su vez, la falta de tiempo para consulta promueve prescripciones incómodas (Veldhuis, 1994) o exámenes adicionales; se opta por la comodidad y no tener que explicar que son innecesarias (Toraldó, 2015). La MD emerge como una suerte de refugio para compartir la responsabilidad con otros profesionales o con el sistema sanitario (Toraldó, 2015).

10. La condición de segunda víctima es causa de MD en el médico que es demandado; siente que erosiona su vida personal; condiciona la práctica médica subsiguiente (Wu, 2000; Panella, 2016).

3.2. Clases de MD

Los autores acuden a una terminología diversa para clasificar los tipos de MD. Se intentó reconducir a cuatro tipos en torno a un criterio organizador, si bien, se respetó los términos utilizados por los autores a fin de identificar, en cada texto científico, el contenido semántico de estas clasificaciones: 1. Criterio objetivo (conducta), 2. Criterio volitivo (intención), 3. Criterio consecuencialista (efectos), y 4. Criterio subjetivo (pluralidad de sujetos).

3.2.1. Criterio objetivo

En atención a la conducta del profesional, tanto de sobreactuación o evitación, se identifica la MD positiva, en sus manifestaciones más conocidas (derivaciones, prescripciones no indicadas, hospitalizaciones innecesarias), y la MD negativa, en aquellas otras en la que se evitan procedimientos de alto riesgo; en ocasiones, al propio paciente (Hersey, 1972; Tancredi, 1978; Wagner, 1990; OTA, 1994; Studdert, 2005).

Conviene precisar que esta denominación yerra al aplicar una estimación de valor cuando lo que distingue son prácticas activas (positiva) o conductas de sobreactuación frente a las conductas omisivas (negativa) de evitación. Una clasificación actual distingue la MD omisiva de la comisiva (Mariotti, 2011).

3.2.2. Criterio volitivo

La OTA (OTA, 1994) confirma la posibilidad de practicar MD inconsciente, ya anticipada con anterioridad (Tancredi, 1978). Algunos médicos practican MD todo el tiempo, pero solo algunos lo reconocen y aceptan (Anderson, 1999). De otra parte, la percepción del riesgo hace disminuir el umbral de tolerancia ante la incertidumbre (Broggi, 2017). Otros autores, con clara influencia del Derecho, consideran que la MD debe practicarse “a sabiendas” (Ruscalleda, 2007).

3.2.3. Criterio consecuencialista

En atención a los efectos, los autores hablan de prácticas defensivas con distintas denominaciones: buena o mala MD, falsa o auténtica MD (Hirsh 1998) o positiva vs negativa (Summerton, 1995). Las positivas no producen perjuicio al paciente sino que mejora la relación médico-paciente; aumenta la transparencia y la comunicación (Hirsh, 1998; Summerton, 1995). Las negativas incluyen los estudios superfluos de diagnóstico, los estudios invasivos y los procedimientos potencialmente arriesgados, y las interconsultas excesivas (De Ville, 1998). Cabe precisar que la clasificación falsa vs auténtica (Hirsh, 1998) apunta más bien a la finalidad, que a la consecuencia, y tal vez haya que hablar de un subtipo. Summerton (Summerton, 1995) acierta en la terminología empleada al distinguir la MD positiva y negativa según los efectos que estas prácticas tienen sobre el paciente o

la relación clínica. Si bien la tendencia general es que los autores utilicen los términos positiva y negativa para identificar la MD activa u omisiva.

3.2.4. *Criterio subjetivo*

A decir de algunos autores (Kessler, 2005), la MD se manifiesta, bien a través de decisiones lineales adoptadas por los médicos que se abstienen conjuntamente de realizar ciertos procedimientos o a tratar ciertas enfermedades, o bien por las decisiones individuales tomadas por un médico que trata de evitar a determinados pacientes (Kessler, 2005). Afirmaciones recientes denuncian que los colectivos profesionales y las administraciones están más a la defensiva que los propios clínicos (Broggi, 2017). Así, el profesional que fuera de la clínica redacta un protocolo o una guía se muestra garantista frente a los futuros damnificados; los profesionales se “queman” entre estos fríos protocolos; siguen indiscriminada y acríticamente lo que estiman pautado; sin discernir lo que le interesaría al paciente (Broggi, 2017).

3.3. *Efectos MD*

Tras examinar las definiciones, aparecen dos tipos de efectos: 1) negativos y 2) positivos, si bien no es de descartar la posibilidad de un tercer tipo, de efectos neutros.

3.3.1. *Efectos positivos*

Algunas prácticas no plantean problemas éticos; no someten al paciente a riesgos físicos o emocionales adicionales y, aunque impulsadas por el miedo al litigio, el coste financiero compensa por los beneficios en la mejora de los procedimientos de consentimiento informado; la gestión del riesgo efectivo y la buena práctica (De Ville, 1998).

3.3.2. *Efectos negativos*

Entre los daños se observan a su vez tres tipos: 1. Daño a los pacientes, 2. Daño a la profesión médica, y 3. Daño al sistema sanitario.

3.3.2.1. *Daño a los pacientes*

La MD expone a los pacientes a los daños potenciales evitables, los efectos adversos o los altos riesgos de los procedimientos innecesarios (Summerton, 1995; Ridic, 2012); y no proporcionan una mayor calidad asistencial (Pellino, 2015). Las pruebas que no están medicamente indicadas, aunque inocuas, devienen costosas cuando lesionan al paciente (Ridic, 2012), lo que requiere ponderar los riesgos entre las medidas de protección médico-legal y la toma de decisiones clínicas adecuadas, sobre todo en procedimientos invasivos (Schroeder, 1978).

Los factores iatrogénicos causan enfermedad; la agravan; o se perpetúan en la salud (Somers, 1977). La sociedad aun no es consciente de "que el propio médico es a menudo patógeno" al permitir la dependencia del paciente hacia él, evita que éste asuma cierta responsabilidad en su propia sanación y prolonga o "fija" los síntomas fisiológicos (Somers, 1977). El paciente que se somete a estos procedimientos innecesarios (McKinstry, B 2008) desconoce la motivación tras estas prácticas. La autonomía irresponsable y la separación entre sujeto-objeto del conocimiento médico actúan conjuntamente, en una relación de proporcionalidad directa; aumenta la lesión a la autonomía del paciente; cosifica al paciente (Seoane, 2013). La MD es causa de iatrogenia (Broggi, 2017).

3.3.2.2. *Daño al sistema sanitario*

Las prácticas defensivas tales como las pruebas diagnósticas y los tratamientos innecesarios y las derivaciones en el cuidado del paciente aumentan los costes sanitarios (Wagner, 1990; Spaeth, 1983; Zuckerman, 1984); constituyen un despilfarro de recursos humanos, organizativos y económicos (Ridic, 2012; Panella, 2015) y los desvía de su primer objetivo: la producción de servicios médicos (Zuckerman, 1984). La MD es un problema para el sistema sanitario y, cuando sus costes aumentan más que otro segmento de la economía, sería negligente no considerarlo (Spaeth, 1983).

La MD disminuye la calidad asistencial (Wagner, 1990; Spaeth, 1983); y exacerba dos problemas del sistema de salud (Wagner, 1990): 1. La prescripción de pruebas de motivación dudosa que se ordenan por las preocupaciones legales y los costes de los seguros de responsabilidad, y 2. El riesgo financiero que presentan los centros e instituciones sanitarias por los costes de las pruebas excesivas (Wagner, 1990); hacen que la MD se identifique como un elemento de la atención de bajo valor, definida como “aquella atención que es mayor en lo que perjudica, en términos de recursos, gastos financieros o daño al paciente que los beneficios clínicos obtenidos (Korestein, 2012).

3.3.2.3. Daño a la profesión

La MD produce daños en la profesión médica a tres niveles. 1) Erosiona al profesional; disminuye la habilidad del médico para tomar decisiones clínicas con juicios independientes; trata de testificar con otros médicos; y huye de la toma de decisiones unilateral (Wagner, 1990). 2) La ansiedad que presenta el médico por el miedo a la mala praxis afecta a la relación clínica; la hace ineficaz e insatisfactoria para ambas partes (De Ville, 1998). 3) Paradójicamente, eleva el riesgo de demandas (De Ville, 1998); no ofrece una protección segura contra la negligencia, sino que es contraproducente (Broggi, 2017).

4. Resultados

El primer resultado que se obtiene es la falta de una definición única de MD y sus dos consecuencias inmediatas: 1) dificulta la detección y la medición de los costes (De Ville, 1998) porque las mediciones asociadas no agrupan medidas homogéneas (Rothstein, 2010); y 2) aumenta el sesgo de valoración en los instrumentos más utilizados: la entrevista estructurada sobre encuestas *ad hoc* subjetivas cuya definición de MD infla los efectos aparentes (Kapp, 1993) y el escenario clínico (Forti, 2008).

En segundo lugar, las definiciones de MD son incompletas: no contemplan manifestaciones extendidas como un consentimiento informado sin informar (Mariotti, 2011) o una anamnesis incompleta (Borrell, 2002) que no anota los síntomas del paciente, solo los signos que se objetivan.

En tercer lugar, las causas y los efectos se mezclan en la MD (Rioalti, 2012); se retroalimentan en un círculo vicioso, como explica Broggi “la iatrogenia es la causa, pero en ella está su peligro porque la MD es iatrogenia” (Broggi, 2017).

5. Aproximación semántica a los términos e integración de los resultados

Convoca realizar la integración de los resultados con una aproximación semántica, es decir, el estudio del significado de los términos “Medicina” y “defensiva”, y también desde una aproximación pragmática, al uso del lenguaje.

El término defensivo/a se define en sus dos acepciones como: 1) útil para defender y resistir un ataque, 2) y en una segunda acepción, “a la defensiva” significa estar en alerta; recelando; y defendiéndose aunque no haya ataque (Diccionario de la lengua española Espasa Calpe, 2001).

De lo que se concluye que la medicina “a la defensiva” es la solución incorrecta al problema: no se dirige a la cuestión clave (la relación médico-paciente); y acepta el litigio ineludiblemente; se prepara para éste (Hayes, 1975).

6. Elementos para una definición contemporánea

Tras este análisis se ofrece una propuesta de elementos para una definición contemporánea de MD.

Sujetos: ¿quién puede practicar la MD? La MD convoca el acto clínico, la toma de decisiones clínicas en condiciones de incertidumbre, ante lo que se concluye que el profesional médico. Por lo que otras manifestaciones defensivas (protocolos, consentimientos, etc.) que tienen lugar fuera de él por profesionales en un momento ajeno al acto clínico, aunque su finalidad sea defensiva constituirían otro tipo de conductas, pero no, en puridad, medicina defensiva.

Objeto: Es el conjunto de las prácticas médicas o decisiones clínicas activas u omisivas que consiste en:

- a) la sobreutilización de medios diagnóstico-terapéuticos,
- b) el exceso o ausencia de información,
- c) que evita prácticas de riesgo o pacientes;
- d) sesga la anotación de datos o la aumenta con datos irrelevantes para el acto clínico;

Motivación: Solo cabe una única motivación: el temor a las demandas. La MD mira al propósito de documentar las actuaciones (autoprotección) que antepone la inmunidad legal (interés secundario) al interés del paciente (primario); y trata de proporcionar una defensa segura en caso de litigio que documente las actuaciones clínicas.

Intención: No se requiere que exista un elemento volitivo “a sabiendas”, puede ser consciente o inconsciente. Una razón pragmática aconseja que los aspectos subjetivos no se reflejen en la definición, ya que frustran todo intento de objetivar las prácticas defensivas; evita así el sesgo de valoración en los estudios empíricos.

Naturaleza objetiva: hay prácticas explícitas que se pueden objetivar, son medibles y cuantificables, pero otras, como el consentimiento no informado, se diluyen en el sistema. Lo que un médico considera una práctica defensiva, otro puede verlo como una buena práctica clínica al no conocer la motivación.

Efectos: la misma razón pragmática aconseja evitar cualquier estimación de valor que influya en la respuesta del entrevistado y contrarrestar así las limitaciones de la investigación.

7. Conclusión

Cabe preguntarse el porqué de la importancia de definir la medicina defensiva. El propósito de esta propuesta es ofrecer unos elementos que, a modo de anclaje, eviten que se desdibuje el perímetro conceptual de la MD y no alimente así esa gran “excusa moralmente aceptada”, cuando menos sospechosa, de lo que siempre fue etiquetado como “pobre o desordenado juicio clínico” (Pellegrino, 1993).

Ana-Belén Cruz

Licenciada en Derecho (UDC) y en Ciencias Políticas y Sociología (Uned)
Experta en Bioética Clínica (FCS-Udima)
Universidade da Coruña (España)
Ana.cvalino@udc.es

Referencias bibliográficas

Anderson RE. “Effective Legal Reform and the Malpractice Insurance Crisis”. *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics* 2013; 5(1):8.

Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. “Physicians' views on defensive medicine: a national survey”. *Arch Intern Med* 2010 Jun 28; 170(12):1081-1083.

Congress U. Office of Technology Assessment. *Defensive medicine and medical malpractice*. Washington, DC: US Government Printing Office; July 1994. Pub. No.: OTAH-602.

De Ville K. Act first and look up the law afterward?: medical malpractice and the ethics of defensive medicine. *Theor Med Bioeth* 1998; 19(6):569-589.

Gracia, Prólogo. “Consentimiento Informado”. *Revista Julgar* (2014)

Hayes LF. “Defensive medicine the incorrect solution”. *Mich Med* 1977 May; 76 (14):267-268.

- Hershey N. "The defensive practice of medicine: myth or reality". *Milbank Mem Fund Q* 1972; 50(1):69-97.
- Hirsh HL. "Defensive medicine--friend or foe?" *Leg Med* 1989:145-180.
- Keren Paz. "Liability regimes, reputation loss and defensive medicine". *Medical Law Review*. 18(3): 363-388, Jan 2010.
- Kessler DP, Sage WM, Becker DJ. "Impact of malpractice reforms on the supply of physician services". *JAMA* 2005; 293(21):2618-2625.
- Korestein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S. "Overuse of health care services in the United States: an understudied problem". *Arch Intern Med* 2012 Jan 23; 172 (2): 171-8.
- Mariotti P, Caminiti R. *La medicina difensiva. Questioni giuridiche, assicurative, medico-legali*: Maggioli Editore; 2011.
- Mechanic D. "Some social aspects of the medical malpractice dilemma". *Duke Law J* 1976; 1975(6):1179-1196.
- McQuade JS. "The medical malpractice crisis--reflections on the alleged causes and proposed cures: discussion paper". *J R Soc Med* 1991 Jul; 84 (7): 408-411.
- Panella M, Rinaldi C, Leigheb F, Donnarumma C, Kul S, Vanhaecht K, et al. "The determinants of defensive medicine in Italian hospitals: The impact of being a second victim". *Revista de Calidad Asistencial* 2016; 31:20-25
- Pellegrino, E. *Defensive medicine*. Pharos, Summer; 56(3): 40-41 1993
- Ridic G, Howard T, Ridic O. "Medical malpractice in connecticut: defensive medicine, real problem or a red herring - example of assessment of quality outcomes variables". *Acta Inform Med* 2012 Mar; 20(1): 32-39
- Roiati A. *Medicina difensiva e colpa professionale medica in diritto penale. Tra teoria e prassi giurisprudenziale*: Giuffrè Editore; 2012.
- Rothstein MA. "Currents in contemporary bioethics. Health care reform and medical malpractice claims". *J Law Med Ethics* 2010 Winter; 38(4):871-874.
- Seoane JA. *La construcción jurídica de la autonomía del paciente*. Eidon 2013; 1:39.
- Spaeth GL. "Physicians are Responsible for the Practice of "Defensive Medicine"". *Ophthalmic Surgery, Lasers and Imaging Retina* 1983; 14(12):1009-1010
- Somers HM. "The malpractice controversy and the quality of patient care". *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 1977:193-232.
- Summerton N. "Trends in negative defensive medicine within general practice". *Br J Gen Pract* 2000 Jul; 50(456):565-566.
- Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. "Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment". *JAMA* 2005; 293(21):2609-2617.
- Tancredi LR, Barondess JA. "The problem of defensive medicine". *Science* 1978 May 26; 200(4344):879-882.
- Veldhuis M. "Defensive behavior of Dutch family physicians. Widening the concept". *Fam Med* 1994 Jan; 26(1):27-29.
- Wagner L. "Defensive medicine: is legal protection the only motive?" *Mod Health* 1990 Sep 10; 20(36):41-2, 44-8.
- Wu AW. "Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too". *BMJ* 2000 Mar 18; 320(7237):726-727.
- Zuckerman S. "Medical malpractice: claims, legal costs, and the practice of defensive medicine". *Health Aff (Millwood)* 1984 Fall; 3(3):128-133.