

---

**Medicina defensiva: significado vs medición*****Defensive Medicine: meaning vs measurement***

---

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0383>

**A.B. Cruz-Valiño**

---

**Sr. Editor:**

Agradezco la publicación *Medicina defensiva en Atención Primaria*<sup>1</sup> que ha servido para abordar esta temática en Anales del Sistema Sanitario de Navarra. La medicina defensiva (MD), que *consiste en ordenar o evitar las pruebas o los procedimientos principalmente por la responsabilidad por negligencia*<sup>2</sup>, es un elemento de la atención sanitaria de bajo valor que causa más perjuicios que beneficios en términos de recursos, costes y daño al paciente<sup>3</sup>. La MD es un fenómeno global presente en el sistema sanitario de países desarrollados como EE.UU. (90%) o Italia (60%)<sup>4</sup> que alienta el sobreuso de servicios médicos<sup>5</sup> y que compromete su viabilidad y afecta a los pacientes vulnerables de los países con recursos escasos<sup>6</sup>. Lejos de presentar una debilidad, la ausencia de trabajos empíricos en España deviene fortaleza, y permite no incurrir en los errores previos de investigadores y responsables sanitarios. La lección que se extrae de la historia es que replicar los estudios de MD en territorios con sistemas sanitarios y jurídicos diversos visibiliza el fenómeno pero no ahonda en sus causas o consecuencias.

El mencionado estudio observacional descriptivo<sup>1</sup> sobre qué motiva la sobreutilización y su frecuencia se centra en cuatro causas: 1) la satisfacción, 2) la falta de tiempo, 3) el miedo a una demanda, y 4) tener más control del caso. El resultado es que, frente al 65,2% de los pediatras, el 73,9% de los médicos de Atención Primaria (AP) considera que la MD es *una razón* para sobreutilizar pruebas y procedimientos. Al margen de la validez metodológica de la muestra o la comparación entre dos grupos, el estudio presupone que los entrevistados comparten la misma comprensión de la MD, por lo que habría sido interesante que los autores especificaran qué es la MD. Atemperan sus resultados por ser una primera aproximación y mencionan el estudio de Bretenau y col<sup>7</sup> que concluye que el 3% del coste total sanitario en AP se debe a la MD, lo que sirve para argumentar en una revisión<sup>8</sup> el escaso impacto económico. Lo anterior sugiere que parte de lo que se considera MD se relaciona con la incertidumbre propia de la clínica, una comunicación inadecuada y el escaso tiempo que motiva las *prescripciones incómodas*: es más fácil y rápido prescribir que

*An. Sist. Sanit. Navar. 2019; 42 (1): 109-111*

---

Grupo de Investigación Filosofía, Constitución y Racionalidad. Universidade da Coruña. A Coruña.

Recepción: 10/10/2018  
Aceptación definitiva: 05/11/2018

**Correspondencia:**

Ana B. Cruz-Valiño  
Facultade de Dereito  
Universidade da Coruña  
Campus de Elviña s/n  
15071 A Coruña  
E-mail: ana.cvalino@udc.es

explicar<sup>9,10</sup>. No en vano, alguna definición aún a el temor legal con la crítica como motivaciones de la MD<sup>9</sup> o desplaza aquel a un segundo plano y arrincona la autoridad prescriptora del médico ante el paciente que decide qué es una necesidad sanitaria<sup>11</sup>. Un sugerente enfoque hermenéutico aplicado en Dinamarca a médicos generalistas<sup>12</sup> concluyó que casi la mitad actúa *a la defensiva*, en un sentido impropio de la expresión, y ahondó en la infalibilidad médica como presión añadida.

Tras la preocupación inicial mostrada por la MD y el futuro de la asistencia sanitaria en los años 70 en los EE.UU., el esfuerzo científico se dirigió a medir su extensión a partir de los años 90. No obstante, los estudios empíricos presentan limitaciones: no emplean una definición unánime ni exhaustiva, no miden realidades homogéneas y no responden a la investigación más estricta<sup>13,14</sup>. Además, los sesgos de valoración comprometen los resultados: la sobreestimación del riesgo de acciones legales contra los médicos en las definiciones *ad hoc* amplifica el fenómeno y el “sesgo de respuesta socialmente deseable” hace complejo aislar el rol de la administración<sup>14,15</sup>.

Para afrontar los desafíos de la MD conviene ir a su génesis y su significado genuino. La complejidad inherente a la MD hace que cada estudio adopte un perfil político enfocando una causa, lo que lleva a soluciones diversas y a la confusión subsiguiente de gestores y políticos. Preguntas que evalúan conductas médicas controvertidas con matices emocionales se unen a la aversión por el sistema de negligencia y la percepción del propio juicio clínico<sup>8</sup>, cuyo resultado apunta, con frecuencia, a la reforma del sistema. Sin embargo, el concepto de cuidado óptimo (maximizar el bienestar del consumidor para unos recursos dados) hace que la atención que excede de los beneficios devenga excesiva y defensiva y los estudios de medición de los costes de la MD tras las reformas de responsabilidad extracontractual no revelen cambios significativos<sup>16</sup>. Otra explicación plausible es que los médicos no se sienten protegidos, siendo más efectivos los incentivos financieros<sup>8</sup>. Al

final, todo esfuerzo por racionalizar la práctica médica con indicaciones prudentes se frustra por la aprensión legal y exige una respuesta múltiple que combine diversos enfoques<sup>17</sup>.

Frente a la tendencia cuantificadora, este grupo de investigación considera que clarificar el marco teórico es un paso previo imprescindible para asentar las líneas de investigación futuras y avanzar de forma apropiada. Definir con claridad obedece tanto a razones epistemológicas como a razones éticas. Comencemos, por tanto, con una investigación sistemática que incluya, entre otras, la dimensión conceptual y la ética, para luego afrontar una práctica que erosiona al profesional médico y causa iatrogenia<sup>18</sup>, lesiona la autonomía y cosifica al paciente<sup>19</sup>, y compromete la sostenibilidad del sistema sanitario. Así debe hacerlo una sociedad implicada ante un problema social complejo: “no hay respuestas fáciles al enigma de la medicina defensiva”<sup>8</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. MIRA JJ, CARRILLO I, GRUPO SOBRINA. Medicina defensiva en Atención Primaria. *An Sist Sanit Navar* 2018; 41: 273-275. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0296>
2. SNYDER SULMASY L, WEINBERGER SE. Better care is the best defense: high-value clinical practice vs defensive medicine. *Cleve Clin J Med* 2014; 81: 464-467. <https://doi.org/10.3949/ccjm.81a.14037>
3. KORESTEIN D, KALE M, LEVINSON W. Teaching value in academic environments: shifting the ivory tower. *JAMA* 2013; 310: 1671-1672. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.280380>
4. 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. *Rev Calid Asist* 2016; 31 (Suppl 2): 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.010>
5. BROWNLE S, CHALKIDOU K, DOUST J, ELSHAUG AG, GLASZIOU P, HEATH I et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet* 2017; 390: 156-168. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
6. SÁNCHEZ-GONZÁLEZ JM, TENA-TAMAYO C, MAHUINA CAMPOS-CASTOLO E, HERNÁNDEZ-GAMBOA LE, RIVERA-CISNEROS AE. Medicina defensiva en México:

- una encuesta exploratoria para su caracterización. *Cir Cir* 2005; 3: 299-306.
7. BREATEANU A, SCHRAMM S, HU B, BOYER K, NOR-  
TINGHAM K, TAKSLER GB et al. Quantifying the  
defensive medicine contribution to primary  
care costs. *J Med Econ* 2014; 17: 810-816.  
<https://doi.org/10.3111/13696998.2014.959125>
  8. KAPP MB. Defensive medicine: no wonder po-  
licymakers are confused. *Int J Risk Saf Med*  
2016; 28: 213-219.
  9. VELDHUIS M. Defensive behavior of Dutch fa-  
mily physicians. Widening the concept. *Fam*  
*Med* 1994; 26: 27-29.
  10. TORALDO DM, VERGARI U, TORALDO M. Medical  
malpractice, defensive medicine and role of  
the “media” in Italy. *Mutidiscip Respir Med*  
2015; 10: 12. <https://doi.org/10.1186/s40248-015-0006-3>
  11. ADWOK J, KEARNS EH. Defensive medicine: effect  
on costs, quality and Access to healthcare.  
*Journal of Biology, Agriculture and Healthca-*  
*re* 2013; 3: 29-35.
  12. ASSING HVUIDT E, LYKKEGAARDA J, PEDERSEN LB,  
PEDERSEN KM, MUNCK A, ANDERSEN MK. How is  
defensive medicine understood and experien-  
ced in a primary care setting? A qualitative  
focus group study among Danish general  
practitioners. *BMJ Open* 2017; 7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-01985>
  13. ROTHSTEIN MA. Currents in contemporary  
bioethics. Health care reform and medical  
malpractice claims. *J Law Med Ethics* 2010;  
38: 871-874. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2010.00540.x>
  14. HIYAMA T, YOSHIHARA M, TANAKA S, URABE Y, IKEGAMI  
Y, FUKUHARA T et al. Defensive medicine prac-  
tices among gastroenterologists in Japan.  
*World J Gastroenterol* 2006; 12: 7671-7675.  
<https://doi.org/10.3748/wjg.v12.i47.7671>
  15. STUDDERT DM, MELLO M, BRENNAN TA. Defensi-  
ve medicine and tort reform: a wide view. *J*  
*Gen Intern Med* 2010; 25: 380-381. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1319-8>
  16. SLOAN FA, SHADLE JH. Is there empirical eviden-  
ce for “defensive medicine”? A reassessment.  
*J Health Econ* 2009; 28: 481-491. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.12.006>
  17. KAPP M. Getting physicians and patients to  
*choose wisely*: does the law help or hurt?  
(2014). 46 University of Toledo Law Review;  
FSU College of Law, Public Law Research Pa-  
per 716. <https://ssrn.com/abstract=2535567>
  18. BROGGI MA. Medicina defensiva o miedo a la  
responsabilidad. En: *Introgenia y medicina*  
*defensiva*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols  
i Lucas; 2017: 44-53.
  19. SEOANE JA. La construcción jurídica de la au-  
tonomía del paciente. *Eidon* 2013; 39: 13-34.  
<https://doi.org/10.13184/eidon.39.2013.13-34>

