

Réplica de los autores a la carta

Medicina defensiva: significado vs medición

Defensive Medicine: meaning vs measurement

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0384>

J.J. Mira^{1,2}, I. Carrillo¹

Sr. Editor:

Agradecemos las aportaciones de Cruz-Valiño¹ al hilo de nuestra reciente publicación en Anales del Sistema Sanitario de Navarra², en la que presentamos datos de la frecuencia con la que médicos de familia (MF) y pediatras de centros de salud (PAP) señalan a la medicina defensiva como una de las causas de la sobreutilización.

En este análisis se consideró como medicina defensiva (MD) aquellas prácticas clínicas adoptadas atendiendo más al riesgo de ser objeto de una reclamación del paciente, o de sus familiares, que a la evidencia científica³. Esta conceptualización, como señalamos al describir las limitaciones del estudio, obvia las prácticas de MD ligadas a la infrautilización⁴. Nuestro estudio, centrado en las causas de la sobreutilización⁵, ha permitido señalar las que, a juicio de MF y PAP, son las principales razones para no seguir las recomendaciones de la literatura y de las sociedades científicas. Entre estas causas aparecieron las prácticas de MD que, en este caso, se concretaban en indicaciones médicas más relacionadas con la finalidad de evitar

una posible demanda o una reclamación a juicio de los propios profesionales encuestados. Otras causas, también relevantes a su juicio para justificar la sobreutilización, se centraron en evitar la insatisfacción del paciente que solicitaba una determinada prueba o intervención convencido de su idoneidad para su caso, en la incertidumbre clínica presente en casos más complejos, o en la falta de tiempo en consulta para, por ejemplo, hablar con el paciente y explicarle por qué su petición no era adecuada. El hecho de que entre las causas de sobreutilización se citara de forma tan directa a la MD, nos pareció un dato relevante para exponerlo a la comunidad científica con la intención de llamar la atención sobre esta particular y persistente problemática de la práctica médica en países desarrollados y no tan desarrollados.

En la citada publicación se presentan de forma independiente los resultados de MF y PAP y, aunque se observan similitudes en algunos casos, no deja de ser llamativo que los MF que reconocen indicar con mayor frecuencia pruebas y procedimientos inadecuados hayan señalado, entre otras

An. Sist. Sanit. Navar. 2019; 42 (1): 113-114

1. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.
2. Departamento de Salud Alicante-Sant Joan. Alicante.

Correspondencia:

José Joaquín Mira
Universidad Miguel Hernández
Edificio Altamira
Avda. de la Universidad s/n
03202 Elche (Alicante)
E-mail: jose.mira@umh.es

Recepción: 04/11/2018
Aceptación definitiva: 07/11/2018

razones, creer que de este modo pueden evitar una posible demanda, mientras que entre los PAP una de las causas de esta sobreutilización se relacionó con evitar reclamaciones interpuestas a través de los servicios de atención al paciente. En ambos casos, como se señalaba en el texto, el estudio de prácticas de MD era incompleto ya que no se incluyó ninguna medida objetiva de la frecuencia de dichas prácticas que contrastara con el número de actos médicos que eran reconocidos por los propios profesionales como defensivos, ni se analizó su experiencia previa (por ejemplo tras un error clínico con consecuencias negativas para el paciente⁶), su percepción de seguridad jurídica o las habilidades de relación con sus pacientes⁷. Tampoco se exploraron las consecuencias de esa MD o los posibles factores causales que, como señala Cruz-Valiño, son múltiples y complejos, alejados de postulados causa-efecto.

En el futuro sugerimos que estas prácticas de MD deberían ser analizadas, ya que afectan a la calidad asistencial y a la sostenibilidad de la prestación sanitaria en los términos que disfrutamos hoy día en España. Este análisis, como bien se señala, debiera indagar la naturaleza y caracterización de la MD y las medidas (tanto del mundo clínico como social y jurídico) que pueden contribuir a su reducción, lo que se espera que repercuta positivamente en la efectividad y eficiencia de las intervenciones sanitarias⁸, sin impedir una experiencia positiva de los pacientes en su interacción con el sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. CRUZ-VALIÑO A. Medicina defensiva: significado *us* medición. *An Sist Sanit Navar* 2019; 42: 109-111. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0383>
2. 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>
3. PANELLA M, LEIGHEB F, RINALDI C, DONNARUMMA C, TOZZI Q, DI STANISLAO F. Defensive medicine: defensive medicine: overview of the literature. *Ig Sanita Pubbl* 2015; 71: 335-351.
4. MONTALVO JÄÄSKELÄINEN F, ARANAZ ANDRÉS JM. La medicina defensiva. En: Aranaz Andrés JM, editor. *La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes*. Madrid: Fundación MAPFRE; 2017.
5. PERRYUNDEM RESEARCH/COMMUNICATION. Unnecessary tests and procedures in the health care system: what physicians say about the problem, the causes, and the solutions: results from a national survey of physicians. ABIM Foundation; 2014.
6. MIRA JJ, CARRILLO I, LORENZO S, FERRÚS L, SILVESTRE C, PÉREZ-PÉREZ P et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 151. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0790-7>
7. MIRA JJ, ROMEO-CASABONA CM, ASTIER-PEÑA MP, URRUELA A, CARRILLO I, LORENZO S et al. Si ocurrió un evento adverso piense en decir "lo siento". *An Sist Sanit Navar* 2017; 40: 279-290. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0031>
8. RESCHOVSKY JD, SAIONTZ-MARTINEZ CB. Malpractice claim fears and the costs of treating Medicare patients: a new approach to estimating the costs of defensive medicine. *Health Serv Res* 2018; 53: 1498-1516. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12660>