

Medicina defensiva en Atención Primaria

Defensive Medicine in Primary Care

doi.org/10.23938/ASSN.0296

J.J. Mira^{1,2,3}, I. Carrillo², Grupo SOBRINA⁴

Sr. Director:

Es conocido que la sobreutilización inadecuada de recursos diagnósticos y terapéuticos se relaciona con prácticas asistenciales inseguras, inadecuadas y/o ineficientes¹. La medicina defensiva se encuentra entre las causas de la sobreutilización².

La medicina defensiva (atender más al riesgo de ser objeto de una reclamación del paciente, o sus familiares, que a la evidencia científica³) está extendida en todos los sistemas sanitarios⁴, con cifras estimadas que oscilan entre el 93% de los médicos de hospitales norteamericanos y el 60% de los italianos^{3,4}. Se manifiesta o por una excesiva cautela, solicitando más pruebas de las necesarias con el fin de disuadir al paciente de cualquier reclamación (medicina defensiva positiva), o por rechazar llevar a cabo actos de mayor riesgo por si terminan en una demanda (medicina defensiva negativa). Ambas conductas suponen un riesgo para los pacientes y una amenaza a la sostenibilidad del sistema sanitario. En atención primaria (AP) apenas se ha estudiado este fenómeno⁵, aunque recientemente se ha sugerido que la medicina defensiva su-

pone hasta un 3% del coste total de la atención en este nivel asistencial⁶.

En el curso de un estudio nacional sobre la sobreutilización en AP (financiado por el FIS y Fondos FEDER, referencia PII6/00816) hemos realizado una estimación de la frecuencia con la que médicos de familia (MF) y pediatras de centros de salud (PAP) relacionan la sobreutilización con prácticas de medicina defensiva.

En el curso de este estudio observacional descriptivo realizamos una encuesta online a MF y PAP, entre marzo y julio de 2017, sobre la frecuencia y causas de la sobreutilización. Además, se les preguntó acerca de la frecuencia con la que indicaban pruebas o procedimientos bien para lograr un mayor control del caso o una mayor satisfacción del paciente, bien por no tener tiempo suficiente en la consulta o por miedo a una reclamación o a una demanda por parte del paciente. Estas preguntas se basaron en las utilizadas por la Fundación ABIM en EEUU⁷. En este caso, se consideró como variable de control la experiencia (conforme los siguientes niveles: inferior a 15 años, de 16 a 29 e igual o superior a 30 años) del profesional en AP.

An. Sist. Sanit. Navar. 2018; 41 (2): 273-275

1. Departamento de Salud Alicante-Sant Joan. Alicante.
2. Universidad Miguel Hernández de Elche. Elche.
3. REDISEC, Red de Servicios de Salud Orientados a Enfermedades Crónicas
4. <http://www.nohacer.es>

Correspondencia:

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

Para analizar las interrelaciones entre medicina defensiva y sobreutilización a partir de las experiencias de MF y PAP, se definió un tamaño muestral mínimo de 768 profesionales (384 MF y 384 PAP), considerando un error del 5%, un nivel de confianza del 95% y una $p=q=0,50$. Para determinar las variables que incidían en la medicina defensiva, analizamos las respuestas de 773 profesionales, obtenidas mediante el algoritmo de selección aleatoria del programa IBM SPSS Statistics versión 20, del 42% de los registros de respuestas de MF y del 57% de los registros de respuestas de PAP del estudio nacional (388 de 936 y 385 de 682, respectivamente). El análisis de los datos se realizó mediante estadísticos descriptivos y regresión lineal múltiple. El 65% (N=502) fueron mujeres. La mayoría (76%, N=590) sumaban más de 15 años de experiencia en AP. Un total de 287 (73,9%) MF y de 251 (65,2%) PAP afirmaron que la medicina defensiva era una de las razones por las que se indican procedimientos y pruebas innecesarias en AP. Los años de experiencia profesional no modificaron la visión de los MF sobre la frecuencia de me-

dicina defensiva. Sin embargo, el conjunto de PAP con menos de 15 años de experiencia (81 de 109; 74,3%) consideraron que la medicina defensiva era la responsable de la sobreutilización innecesaria en más de 16 puntos porcentuales ($\chi^2=6,8$, $p=0,033$) frente a quienes sumaban más de treinta años de experiencia (61 de 106, 57,5%). Quienes consideraron que la medicina defensiva era una práctica frecuente en AP fueron quienes dijeron solicitar habitualmente más pruebas y procedimientos innecesarios para evitar una posible reclamación (MF $\beta=1,5$ [IC95% 0,9-2,0] $p<0,001$; PAP $\beta=1,9$ [IC95% 1,1-2,7] $p<0,001$) o una demanda del paciente (MF $\beta=1,2$ [IC95% 0,7-1,7] $p<0,001$; PAP $\beta=1,3$ [IC95% 0,5-2,0] $p<0,001$). Los factores que incidieron directamente en la sobreutilización fueron ligeramente diferentes en el caso de MF y PAP (Fig. 1).

En este caso, el doble de MF (alrededor de dos de cada diez) que de PAP manifestaron que el motivo para solicitar pruebas o realizar procedimientos innecesarios a los pacientes era evitar reclamaciones o posibles demandas, cifra ligeramente inferior a lo que ocurre en los hospitales⁸, donde un

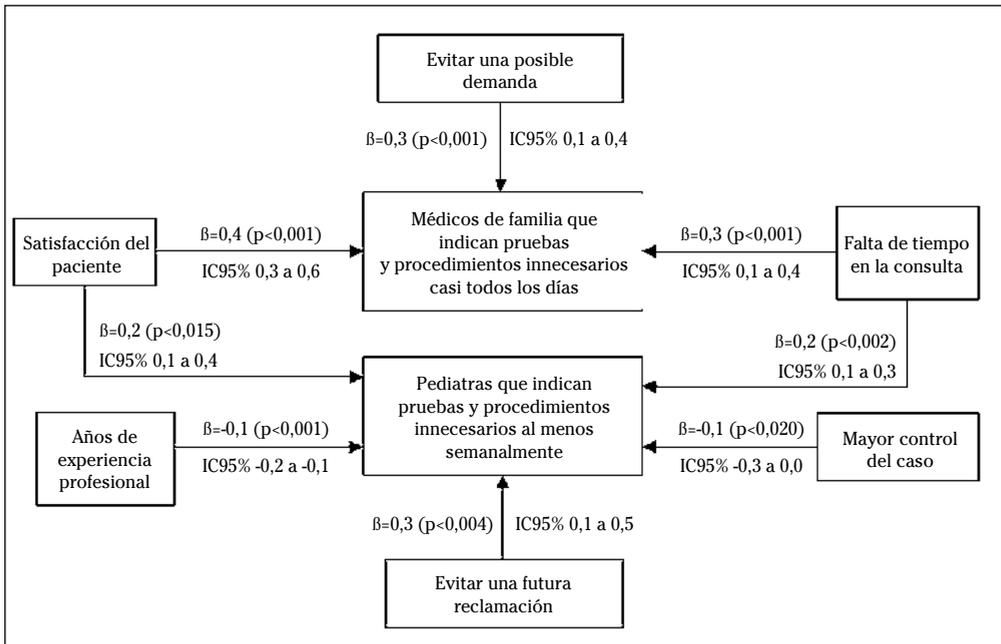


Figura 1. Factores asociados a la indicación de pruebas y procedimientos innecesarios.

30% de los profesionales atribuyó la sobreutilización de pruebas y procedimientos médicos a prácticas de medicina defensiva.

En su conjunto, estos resultados indican que la medicina defensiva explica parte de la sobreutilización de pruebas y procedimientos, en línea con lo sugerido en otros estudios^{9,10}, aunque no es la única causa. La presión de los pacientes al dudar de la pericia clínica del médico, unido a la presión asistencial y la incertidumbre, también contribuyen a esta sobreutilización, como vamos comprobando en el estudio que estamos realizando en el conjunto de la AP.

Este estudio se ha basado en la información proporcionada por profesionales de AP y no ha incluido en esta fase medidas directas de sobreutilización (por ejemplo, prácticas que no hay que hacer¹¹). Tampoco ha abordado prácticas de medicina defensiva relacionadas con la infrautilización de pruebas e intervenciones. Los datos deben entenderse como una primera aproximación al estudio de la medicina defensiva como causa de la sobreutilización en AP e invita a que se realicen nuevas investigaciones para identificar alternativas con las que ofrecer un marco de mayor seguridad a los profesionales para reducir esta sobreutilización inadecuada, incluidos estudios que nos ayuden a discriminar qué prácticas consideran inadecuadas los profesionales¹².

Estos resultados creemos que ponen de manifiesto la necesidad de estudiar, sistemáticamente, el impacto de la medicina defensiva en AP para mejorar la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la sostenibilidad del sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. CHASSIN MR, GALVIN RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA 1998; 280: 1000-1005.
2. PELLINO IM, PELLINO G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. 2015; 67: 331-337.
3. PANELLA M, LEIGHEB F, RINALDI C, DONNARUMMA C, TOZZI Q, DI STANISLAO F. Defensive Medicine: Defensive Medicine: Overview of the literature. 2015; Ig Sanita Pubbl 71: 335-351.
4. KESSLER DP, SUMMERTON N, GRAHAM JR. Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. Lancet 2006; 368: 240-264.
5. FENTON JJ, FRANKS P, FELDMAN MD, JERANT A, HENRY SG, PATERNITI DA et al. Impact of patient requests on provider-perceived visit difficulty in primary care. J Gen Intern Med 2015; 30: 214-220.
6. BRATEANU A, SCHRAMM S, HU B, BOYER K, NOTTINGHAM K, TAKSLER GB et al. Quantifying the defensive medicine contribution to primary care costs. J Med Econ 2014; 17: 810-816.
7. 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. <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/04/Final-Choosing-Wisely-Survey-Report.pdf>. Consultado el 2 de abril de 2018.
8. ZAMBRANA-GARCÍA JL, LOZANO RODRÍGUEZ-MANCHEÑO A. Actitudes de los médicos hacia el problema de las pruebas y los procedimientos innecesarios. Gac Sanit 2016; 30: 485-486.
9. 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 2017; doi: 10.1111/1475-6773.12660.
10. YAGIL D, MEDLER-LIRAZ H. Clinical expert or service provider? Physicians' identity work in the context of counter professional patient requests. Qual Health Res 2015; 25: 1199-1211.
11. GARCÍA-MOCHÓN L, OLRÝ DE LABRY A, BERMÚDEZ-TAMAYO L. Priorización de actividades clínicas no recomendadas en Atención Primaria. An Sist Sanit Navar 2017; 40: 401-412.
12. MIRA JJ, CARRILLO I, PÉREZ-PÉREZ P, OLIVERA G, SILVESTRE C, NEBOT C et al. Grado de conocimiento entre médicos de familia, pediatras y enfermería de la campaña Compromiso por la Calidad y de recomendaciones No hacer para Atención Primaria. An Sist Sanit Navar 2018; 41: 47-55.

