**The challenge of defensive medicine starts on the definition**

*Abstract*

Defensive medicine (DM), which "consists in ordering or avoiding tests or procedures mainly due to negligence liability" (Snyder Sulmasy & Weinberger, 2014), is an increasingly underlined significant problem in contemporary health care. This is a global phenomenon present in the health system of developed countries that encourages the overuse of medical services and that compromises its viability and affects vulnerable patients in countries with scarce resources. This is considerated an element of low-value health care that causes more harm than good.

Eventhough society has no conscieus still about the need to reduce wasteful health care spending such as diagnostic tests and interventions which offer patients little or no benefit. Neither the inequality acces to health care servicies, especially for vulnerable people.

This term is not simple to define and embraces a range of different kinds of medical overactivity such as overdiagnosis, overtreatment and overuse or avoid practices with clinical value. Finally, this type of medical practice erodes the professional and causes iatrogenia.

This phenomenon emerged in the 1970s in the USA by introducing changes in medical practice as a result of malpractice complaints, but nowadays it extends to other geographical and health realities. Attention globally is focusing on the possible harms and avoidable waste of this cause of overuse and underuse of hecalthcare servicies.

There is no single definition of DM and it makes difficult to detect and measure defensive practices. Since Tancredi & Barondess´definition in 1978, other authors have offered new definitions and they not only have identified new motivations as criticism, medical psicological benefits, or avoid the conflicts, but also includes the effects on patient´s health, autonomy and the health system.

The literature is wide and varied, nevertheless the problem is always the same: what does mean defensive medicine?

Purpose: The aim of this work was to determine the theoretical framework of DM to delimit the scope of the research and establish future research. To defining clearly obeys both epistemological and ethical reasons. This research includes, among others, the conceptual dimension and ethics from a consecuencialism point of view. Sumery, it analyzed the causes of DM (1), classes of DM (2) and effects of DM (3).

Methodology: The review was conducted according non systematic reviews of the scientific literature and made a subsequent narrative integration of the results, to identify the semantic content of the expression.

Results. There is no single definition of DM, which makes it difficult to detect and measure defensive practices. In sumary, causes and effects are mixed in DM. This research tried to delineate the elements for a contemporary definition of defensive medicine. Further studies are needed to better understand prevalence and features of DM in medical practice.

*Key words:* Defensive medicine, iatrogenia, low-value health care, overuse; overdiagnosis, overtreatment, healthcare resources, malpractice, adverse events.

**INTRODUCCIÓN**

**1. Precisiones metodológicas**

El objeto de esta comunicación es mostrar los pasos y los elementos que permitan ofrecer un definición contemporánea de medicina defensiva (MD). 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.

**2. Antecedentes históricos**

Los antecedentes históricos se dividen en dos etapas: 1) la génesis (década de los 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.

* 1. Génesis

En 1978, Tancredi & Barondess ofrecen una definición en un prestigioso artículo publicado en la revista *Science*: [..]

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; el imperativo tecnológico; el deterioro de la relación clínica que promueve las demandas; la desconocida percepción del médico como patógeno; y concluyen que la MD no es el problema del sistema sanitario, sino un síntoma de que algo no va bien dentro de éste.

* 1. El punto de inflexión hasta la actualidad

El debate da un giro en el año 1994 en que la OTA, en un valioso documento sobre MD, proporciona otra definición: [..]. 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 adoptan este contenido semántico. No obstante, otros autores introducen nuevos elementos que alteran el contenido; amplían o anuncian nuevas problemáticas de política sanitaria como evitar la crítica del paciente; proporcionar beneficio sicológico al médico; dañar la salud; lesiona la autonomía del paciente y lo cosifica.

**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.

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

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

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

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; su falta, lo somete a procedimientos innecesarios.

7. La Medicina Legal, en una relación colaborativa y dialéctica que se establece entre Derecho y Medicina retroalimenta el fenómeno.

8. El conflicto de intereses se apunta como causa de MD. Algunas definiciones se establecen en términos comparativos: “[..] e, incluso, algún autor considera que la MD es un conflicto de intereses *per se* en la que [..].

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; si salvan la vida del paciente “ningún coste es demasiado”, 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. A su vez, la falta de tiempo para consulta promueve prescripciones incómodas o exámenes adicionales; se opta por la comodidad y no tener que explicar que son innecesarias. La MD emerge como una suerte de refugio para compartir la responsabilidad con otros profesionales o con el sistema sanitario.

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.

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).

* + 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.

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.

*Positiva*

1. Prescribir en exceso

2. Derivar innecesariamente

3. Documentar en exceso

4. Comunicar información excesiva o de forma inadecuada

5. Obstinarse en tratamientos terapeúticos

*Negativa*

1. Evitar la realización de ciertos procedimientos o intervenciones

2. Evitar la atención de pacientes de alto riesgo

3. Documentar o informar por defecto o en forma inadecuada

* + 1. *Criterio volitivo*

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

*consciente/ inconsciente*

1.decisiones conscientes

2.decisiones no específicamente meditadas que no obedecen al interés principal del paciente

* + 1. *Criterio consecuencialista*

En atención a los efectos, los autores hablan de prácticas defensivas con distintas denominaciones: buena o mala MD, falsa o auténtica MD o positiva *vs* negativa. Las positivas no producen perjuicio al paciente sino que mejora la relación médico-paciente; aumenta la trasparencia y la comunicación. Las negativas incluyen los estudios superfluos de diagnóstico, los estudios invasivos y los procedimientos potencialmente arriesgados, y las interconsultas excesivas. Cabe precisar que la clasificación falsa *vs* auténtica apunta más bien a la finalidad, que a la consecuencia, y tal vez haya que hablar de un subtipo. 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.

*positiva*

1. derivar es buena práctica médica que refuerza el curso terapéutico

2. realizar un mayor seguimiento y evaluar de la enfermedad

3. acelerar las pruebas que permite la detección precoz y el tratamiento adecuado

*Negativa*

1.altera la práctica sin seguir su mejor juicio clínico

2.arriesgar la salud y la seguridad del paciente

*3.2.4. Criterio subjetivo*

A decir de algunos autores, 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*.* Afirmaciones recientes denuncian que los colectivos profesionales y las administraciones están más a la defensiva que los propios clínicos. 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.

*Individual*: todas

*Colectivo*:

1.consentimiento defensivo de sociedades científicas

2.rechazo colectivo a tratamiento o evitación de pacientes

3.3. Efectos MD

Tras examinar las definiciones, emergen 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.

*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.

* + - 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; y no proporcionan una mayor calidad asistencial. Las pruebas que no están medicamente indicadas, aunque inocuas, devienen costosas cuando lesionan al paciente, 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.

Los factores iatrogénicos causan enfermedad; la agravan; o se perpetúan en la salud. 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. El paciente que se somete a estos procedimientos innecesarios 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. La MD es causa de iatrogenia.

* + - 1. 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; constituyen un despilfarro de recursos humanos, organizativos y económicos y los desvía de su primer objetivo: la producción de servicios médicos. 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.

La MD disminuye la calidad asistencial; y exacerba dos problemas del sistema de salud: 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; 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.

* + - 1. 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. 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. 3) Paradójicamente, eleva el riesgo de demandas; no ofrece una protección segura contra la negligencia, sino que es contraproducente.

**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 porque las mediciones asociadas no agrupan medidas homogéneas; 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 y el escenario clínico.

En segundo lugar, las definiciones de MD son incompletas: no contemplan manifestaciones extendidas como un consentimiento informado sin informar o una *anamnesis* incompleta 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; 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”.

**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.

**6. Elementos para una definición contemporánea**

Tras este análisis se realiza una propuesta de elementos para una definición contemporáneade MD.

*Sujetos*: ¿quién puede practicar la MD? La MD convoca el acto clínico, la toma de decisiones clínicas en condiciones de incertidumbre, por lo que se concluye que es el profesional médico. Por lo cual otras manifestaciones defensivas (protocolos, consentimientos, etc.) que tienen lugar fuera de este por los profesionales en un momento ajeno al acto clínico, aunque con finalidad defensiva, constituyen 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”.