

MEDICINA DEFENSIVA Y MALA PRAXIS *

Traducción y Adaptación Dr. Fabián Vítolo NOBLE S. A. ®

El sistema de mala praxis médica ha sido citado frecuentemente como el principal factor en el aumento de los costos del sistema de salud y ha sido uno de los blancos principales de todas las reformas como una fuente potencial de ahorro. El sistema de responsabilidad profesional médica puede incrementar los costos en salud directamente mediante aumentos en las primas de los seguros, los cuales suelen ser trasladados a los consumidores y a los terceros pagadores.

Sin embargo, los costos totales directos del sistema de praxis médica representan menos de 1% del costo total en salud de los Estados Unidos.

La litigiosidad también puede aumentar los costos en forma indirecta, llevando a que los médicos practiquen una medicina defensiva. En este análisis, el Office of Technology Assessment (OTA) examina primero la naturaleza de la medicina defensiva, adoptando una definición que abarque la complejidad del problema tanto desde el punto de vista del médico como del público en general. Luego realiza un análisis crítico de las evidencias acerca de la extensión de la medicina defensiva y finalmente comenta el potencial impacto de una variedad de reformas sobre la práctica de la medicina defensiva.

Esta evaluación fue preparada por pedido de la Cámara de Representantes de los EE.UU y del Comité de Recursos Humanos y Trabajo del Senado.

Introducción

Por más de dos décadas muchos médicos, investigadores y agentes del gobierno han proclamado que la peor y más costosa consecuencia de los juicios de mala praxis es la práctica de una medicina defensiva: la orden de estudios, procedimientos o consultas y el evitar ciertos procedimientos o pacientes debido al riesgo de ser demandados.

Los pedidos de reformas legales se han basado al menos en parte en argumentos tales como que dichas reformas disminuirían los costos en

salud al reducir las causas que una práctica defensiva. Dicho argumento formó parte del eje de campaña en el año 1992 entre Clinton y Bush, cuando en el debate presidencial éste último sostuvo que los abogados demandantes estaban aumentando los costos del sistema entre \$25 y \$50 billones de dólares.

Más allá de todo lo que se haya dicho, la extensión de la medicina defensiva y su impacto sobre los costos de la salud continúan siendo temas controvertidos. Algunos críticos sostienen que la medicina defensiva no es más que una explicación conveniente para prácticas que los médicos igual realizarían aún sin peligro de ser demandados.

Este estudio del OTA surge del interés del Congreso de los Estados Unidos en conocer el grado en la cual la medicina defensiva incide en la práctica y cómo diversos cambios en el sistema legal podrían incidir en dichas conductas.

OTA abordó las siguientes preguntas:

¿Qué se entiende por "medicina defensiva" y cómo puede ser medida?

¿Cuáles son las causas de la "medicina defensiva"?

¿Cuán extendida es la medicina defensiva hoy en día?

¿Qué efecto tendrían las actuales propuestas de reformas legales sobre la medicina defensiva?

* Principales hallazgos del informe realizado por el Office of Technology Assessment de los EE.UU a pedido del Congreso de dicho país.

Traducción y Adaptación. Dr. Fabián Vítolo. NOBLE Aseguradora de Responsabilidad Profesional

Medicina Defensiva: Definición

A pesar del uso generalizado del término en el debate actual, todavía hay una limitada comprensión, y menos aún consenso, acerca de la verdadera naturaleza de la medicina defensiva.

Definición

La definición de la OTA, adaptada de miles de diferentes fuentes es la siguiente:

“Hay medicina defensiva cuando los médicos ordenan estudios, procedimientos o consultas o bien evitan a pacientes o procedimientos de alto riesgo principalmente, pero no necesariamente en forma exclusiva, para reducir su exposición médico-legal en términos de mala praxis. Cuando los médicos ordenan estudios o procedimientos adicionales principalmente para reducir su riesgo, están practicando medicina defensiva positiva. Cuando evitan ciertos procedimientos o pacientes, están practicando medicina defensiva negativa”.

Los médicos pueden dejar de realizar algunos estudios o procedimientos para disminuir sus costos de seguro. El ejemplo más frecuentemente citado es la decisión de los médicos generalistas y aún de algunos tocoginecólogos de dejar la práctica obstétrica.

Cabe destacar que esta definición incluye sólo a aquellos cambios en la práctica que afectan la tasa de utilización de los servicios médicos. Los cambios cualitativos en los hábitos de práctica como por ejemplo el dedicar más tiempo a cada paciente, brindar mayor atención a la documentación o realizar un mayor esfuerzo para comunicarse u obtener el consentimiento informado no son prácticas defensivas bajo la definición de la OTA. La documentación de la extensión de estos cambios en los estilos de práctica sería muy difícil y sus implicancias positivas para la calidad de la atención son menos equívocas que las consecuencias de hacer más o menos estudios.

La definición de la OTA aborda tres temas importantes de interpretación que discutiremos a continuación:

a) Medicina defensiva consciente vs. Medicina defensiva inconsciente

La primera pregunta a hacernos es si el deseo de evitar juicios debe ser consciente para que una

determinada práctica sea catalogada como defensiva. La definición de la OTA permite que una práctica sea rotulada como tal aún si el médico que la realiza no estuvo conscientemente motivado para evitar un problema médico-legal.

¿Cómo puede un médico realizar una práctica defensiva sin saber que lo está haciendo?

A lo largo del tiempo, muchos procedimientos que originalmente fueron realizados por un temor consciente a problemas médico-legales se vuelven tan comunes en la práctica diaria que los médicos olvidan la motivación original y llegan a la creencia de que dicha práctica se encuentra médicamente indicada. La capacitación médica en general incorpora estas costumbres sin comunicar muchas veces a los residentes las consideraciones médico-legales que las motivaron. Es por ello que, si bien en algunos escenarios los médicos son muy conscientes de su práctica defensiva, la mayoría de la misma es el resultado acumulativo de la actitud médica a las señales que les envía el sistema de responsabilidad profesional.

b) Motivación principal vs. Motivación exclusiva

Bajo la definición de la OTA se asume que hay medicina defensiva aún cuando la motivación de defensa actúa en conjunto con otras motivaciones, como la creencia en la efectividad del procedimiento, el deseo de reducir la incertidumbre médica o incentivos financieros. Una definición más acotada de la medicina defensiva positiva la limitaría a la indicación de estudios o procedimiento con el sólo objeto de proteger al médico contra eventuales demandas. Bajo esta definición el médico se embarcaría en medicina defensiva sólo cuando cree que un determinado test o procedimiento no ofrece ninguna ayuda al paciente.

OTA desestimó esta definición más restrictiva de medicina defensiva por dos razones:

En primer lugar, dicha conducta, cuando es consciente, pareciera violar ciertos principios éticos.

Por otra parte, toda decisión médica implica colocar en la balanza y haber decidido que los beneficios de los estudios y procedimientos pesan más que sus costos y sus riesgos. El temor a ser demandado puede hacer que los médicos aumenten la tolerancia para dichos costos y riesgos.

Por ello, si bien la decisión de estudios o procedimientos para descartar un diagnóstico altamente improbable puede estar guiada por la preocupación de ser demandado, el médico en general también cree que la acción será de algún beneficio para el paciente. La frecuencia de estos casos supera ampliamente a la frecuencia con que se utilizan prácticas defensivas con el único objeto de protegerse en la certeza de que el paciente no se beneficiará.

c) Medicina Defensiva: ¿Buena, mala o un poco de las dos cosas?

La definición de la OTA no tiene en cuenta si la acción defensiva es buena o mala para el paciente. Sólo requiere que la principal motivación sea el deseo del médico de reducir su riesgo de ser demandado. Entonces, algunas prácticas defensivas pueden estar médicamente justificadas y ser apropiadas mientras que otras son médicamente inapropiadas.

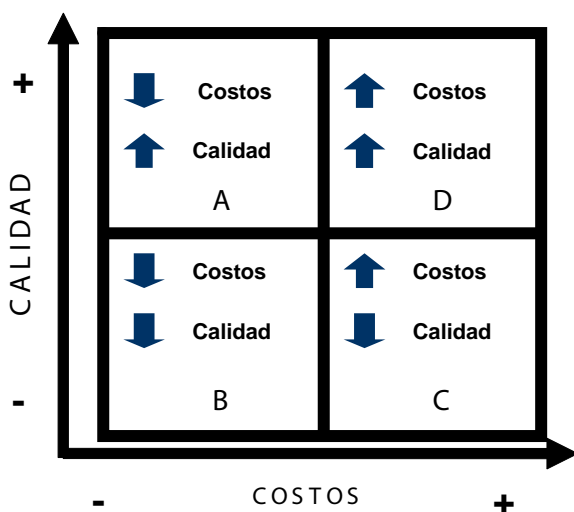
Esta definición contrasta con otras definiciones de Medicina Defensiva, como la de una Comisión que definió a la medicina defensiva incluyendo sólo aquellas prácticas médicas realizadas principalmente para evitar juicios que no están justificadas médicamente.

Esta definición es consistente con la visión peyorativa generalmente aceptada de médicos ordenando estudios y procedimientos costosos totalmente innecesarios por temor.

OTA también rechazó esta definición porque:

En primer lugar, medir la extensión de la medicina defensiva bajo dicha definición requeriría juicios acerca de lo apropiado o no de todas las prácticas médicas, una tarea fuera del alcance de dicho estudio. En segundo lugar, las reformas legales tendientes a disminuir la tendencia de los médicos a embarcarse en prácticas defensivas inapropiadas podrían también reducir la utilización de prácticas apropiadas.

Tipología De Prácticas Médicas Defensivas



- A. Disminuye los costos-Aumenta la calidad
- B. Disminuye los costos-Disminuye la calidad
- C. Aumenta los costos-Disminuye la calidad
- D. Aumenta los costos-Aumenta la calidad

El box A incluye prácticas que son incuestionablemente buenas tanto para el sistema de salud como para sus pacientes, ya que estos evolucionan mejor y se reducen los costos

El box C incluye prácticas que son incuestionablemente malas, ya que disminuye la calidad aumentando los costos.

El box B representa una situación de conflicto entre el financiamiento y la calidad.

Todas las prácticas defensivas en los boxes A y D contribuirían al efecto freno del sistema de mala praxis porque los pacientes evolucionan mejor cuando tienen acceso a dichas prácticas.

Qué prácticas en el box D son médicamente apropiadas, sin embargo, sería una cuestión de criterio. ¿Se justifica un test muy caro para un paciente que tiene una chance en 15.000 de tener la enfermedad en cuestión? ¿Qué tal si la chance de un estudio positivo es 1 en 100.000? ¿Qué tal si la enfermedad que se quiere descartar no es seria? Juicios como éstos son los que determinan la línea divisoria entre lo que es y lo que no es apropiado.

OTA no tiene evidencias acerca de la frecuencia de estas cuatro formas diferentes de medicina defensiva. No sólo porque es muy difícil medir la frecuencia de la medicina defensiva en general, sino también porque cuando se encuentra una presunta práctica defensiva también resulta muy difícil categorizarla de acuerdo a su último impacto sobre los costos y las evoluciones. Un ejemplo ayudará a aclarar este punto:

Estudios radiológicos en emergencias

Un estudio de la Universidad de Stanford en 1980 estudió las indicaciones de Rx en el departamento de emergencias del hospital universitario. Se analizaron las consultas a guardia de aquellos pacientes con antecedentes de trauma durante los 7 días anteriores. Antes de realizar las radiografías, un miembro del equipo de investigación (residente o interno) clasificó a los pacientes en alguna de las siguientes cuatro categorías utilizando una serie de criterios preestablecidos:

- Fractura positiva
- Alta sospecha de fractura
- Sospecha de fractura
- Medicolegal

De los 2179 radiografías solicitadas, el 46% (1.009) fueron solicitadas por motivos medicolegales. De estos estudios medicolegales, el 7,5% reveló fracturas, comparado con el 20% de las Rx solicitadas por otros motivos. La Tabla muestra los porcentajes de procedimientos en cada región del cuerpo que fueron clasificados como médico-legales. En sólo un caso de los 1009 Rx clasificadas como medicolegal -una fractura no desplazada de

muñeca-, se modificó la conducta a partir de la imagen.

Este estudio no explora hasta qué grado los médicos en esta guardia estaban practicando medicina defensiva. Pueden haber tenido otras motivaciones. Los autores del estudio sugieren que estos médicos, la mayoría residentes e internos, podrían no haber tenido la experiencia o el entrenamiento adecuado para discriminar entre los casos. El alto porcentaje de Rx de columna y de cráneo sugiere que los médicos tienden a ser más agresivos en su indicación cuando las consecuencias de equivocarse son serias.

Tabla.1 Estudios Radiológicos en Guardia de Emergencias. Motivaciones Medicolegales

Región	% de todos los procedimientos	% Clasificado Como médico-legal
Col.Cervical	1%	78%
Cadera	10%	71%
Cráneo	19%	70%
Sacro	0,5%	69%
Col. Lumbar	4%	62%
Otra	80%	39%

El Nº total de procedimientos fue de 2.359.
A algunos pacientes se les realizó más de un estudio
M Eilastam et. Al. Journal of Trauma 20(1) 61-66, 1980

Escenarios Predisponentes

Cuando un médico está muy convencido de un diagnóstico, es decir cuando la probabilidad de que un paciente tenga una determinada enfermedad es muy baja o muy alta, su deseo de estudios confirmatorios suele ser menor que cuando el médico tiene dudas acerca del diagnóstico. Es por ello que la frecuencia de indicaciones de estudios para diferentes pacientes debería crecer a medida que la probabilidad aumenta, llegar a una meseta y luego declinar, a medida que la probabilidad se acerca al 100%

Cuando las consecuencias de equivocarse son severas, como son aquellos casos de patologías que amenazan la vida y cuyo diagnóstico temprano significa un tratamiento precoz con mejor pronóstico, hay mayor necesidad de certeza y consecuentemente los estudios aumentan. Por ello, la frecuencia de la indicación de estudios debería ser mayor en pacientes con sospechas de enfermedades más serias

Aproximadamente el 25 al 30% de todos los casos de mala praxis se originan en errores o retrasos en el diagnóstico. Es por ello que cuando las consecuencias del error son severas, también los son los juicios de mala praxis.

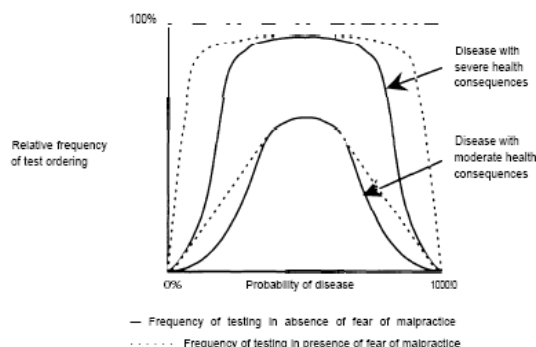
La medicina defensiva sería más frecuente en las siguientes situaciones clínicas:

- Cuando la enfermedad o condición a ser detectada o prevenida amenaza la vida o la integridad física.
- Cuando la detección temprana de esta enfermedad o condición modifica la conducta.
- Cuando se espera que el cambio en la conducta terapéutica marque una diferencia real en la evolución y el pronóstico.
- Cuando el estudio diagnóstico o el tratamiento alternativo se encuentra rápidamente disponible y es de bajo riesgo.

La figura ilustra la relación general entre la probabilidad de que un paciente tenga la enfermedad o condición que se pretende descartar y la probabilidad de que el médico pida el estudio. A medida que la severidad de la condición sospechada aumenta, el deseo de estudios aumenta en cualquier probabilidad dada de la enfermedad

En algunos casos, la preocupación acerca de los juicios disminuye la tolerancia a la duda y hace que los médicos ordenen estudios más frecuentemente cuando la probabilidad de la enfermedad es muy baja o muy alta. Cuando la probabilidad de la enfermedad es muy baja el médico puede querer descartar definitivamente esa posibilidad. Cuando la probabilidad de la enfermedad es muy alta, el médico puede estar preocupado por la documentación de la condición como protección contra potenciales reclamos por error de diagnóstico. En posibilidades intermedias, el efecto de del temor sobre los médicos suele no ser tan grande dado que el nivel de incertidumbre ya es alto.

Hipotético impacto de la incertidumbre y de la severidad de la enfermedad en la indicación de estudios



SOURCE: Office of Technology Assessment 1994

Nuevamente destacamos que la medicina defensiva es más pronunciada cuando la probabilidad de un test positivo es muy baja pero las consecuencias de no diagnosticar la condición es catastrófica.

Influencias Clínicas Y No Clínicas

No sólo los datos obtenidos del interrogatorio y del examen físico son los que determinan el pedido de estudios complementarios. El médico se ve frecuentemente influido por diversos factores, entre ellos:

- Cobertura del paciente
- Grado de certidumbre en el diagnóstico
- Gravedad de la enfermedad sospechada
- Familiaridad con el paciente
- Expectativas del paciente
- Tecnología disponible
- Riesgos y beneficios del estudio
- Conciencia y sensibilidad a los costos
- Precisión de los tests diagnósticos disponibles

Extensión De La Medicina Defensiva

Uno de los mayores desafíos a la hora de medir la extensión de las prácticas defensivas consiste en poder aislar la precisa contribución que el temor a los juicios tiene en las decisiones médicas. La medicina defensiva típicamente opera en tandem con otras fuerzas que también influyen. A veces, estos otros factores dominan al temor de la mala praxis, como por ejemplo los incentivos financieros.

En su informe al Congreso en 1994, OTA buscó evidencias de medicina defensiva en la literatura. Una de las conclusiones a las que arribaron es que resulta virtualmente imposible la medición precisa de este fenómeno. Existen diversos posibles abordajes para tratar este fenómeno. Veremos dos de ellos :

1. Encuestas Directas: La forma más sencilla de sopesar la extensión de la medicina defensiva (MD) radica en preguntarle a los médicos acerca de cómo se ha visto afectada su práctica por el temor a juicios. Típicamente en este tipo de abordaje se le pregunta al médico si el temor a ser demandado derivó en una mayor indicación de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos (MD positiva) o en que evitaran pacientes o procedimientos o directamente se retiraran (MD negativa). El mayor problema con este abordaje es que la gente no siempre informa en forma precisa qué es lo que realmente hace. Las encuestas de este tipo en general inducen demasiado al encuestado a pensar en

términos de mala praxis. Esta inducción puede llevar a los médicos a responder en una forma en la que no lo harían si simplemente se le preguntara acerca de sus prácticas habituales sin preguntarle directamente acerca del temor a juicios. Por ejemplo, la atención brindada a la medicina defensiva por parte de los medios o de las organizaciones médicas puede llevar a los médicos a exagerar el impacto del temor a los juicios en sus prácticas en la espera de obtener una respuesta política positiva al problema. Otra limitación de este tipo de encuestas radica en que no se pregunta acerca de la extensión de la práctica sino tan sólo si se practica o no.

2. Encuesta de Escenarios Clínicos: Estas encuestas generalmente presentan a los médicos un escenario simulado con opciones de diagnóstico y tratamiento. Una vez elegida alguna de estas opciones se le pide al médico que tilde en un listado en el que aparecen diversas razones que influyeron en la decisión tomada, una de las cuales es el temor a juicios de mala praxis. Una ventaja de este tipo de abordaje sobre las encuestas generales es que la inducción es menos directa, ya que el miedo a los juicios figura entre otras razones. Otra de las ventajas es que permiten focalizarse en áreas en las que la MD es más probable. OTA colaboró con tres sociedades médicas (Cardiology, Obstetricians y Surgeons) en la elaboración de encuestas utilizando escenarios hipotéticos diseñados por paneles de expertos. Los escenarios elegidos eran situaciones clínicas que el panel identificó como propensas a gatillar una práctica defensiva.

Casi todos los escenarios elegidos involucraban pacientes cuyos síntomas y signos de presentación sugerían un problema menor o autolimitado con muy pocas chances de transformarse en una enfermedad incapacitante o mortal. Quedaba implícito en la creación de cada escenario que la idea de una conducta conservadora era un curso de acción aceptable. Tomando en cuenta todos los escenarios presentados, entre el 5 al 29% de los médicos encuestados identificaron al factor médico-legal como la principal razón en la elección del curso de acción.

El escenario con mayor evidencia de medicina defensiva fue el de un chico de 15 años con un TEC leve resultante de una caída en skate. Ante dicho escenario, casi la mitad de los encuestados respondió que realizaría una TAC y el 45% de los mismos lo harían por temor a reclamos por mala praxis.

En todos los escenarios elegidos, excluyendo el esperar o no hacer nada, un promedio del 8% de los que escogieron conductas más agresivas

(estudios, procedimientos o internación) lo hicieron motivados principalmente por temor a juicios. Y eso que se trata de situaciones con alta exposición especialmente predisponentes para MD. Por ello, sólo una pequeña proporción de los procedimientos diagnósticos (< del 8%) sería motivado por el temor conciente a ser demandado.

Es virtualmente imposible utilizando estos escenarios estimar el impacto de la medicina defensiva en los costos de la salud. Primero porque los escenarios fueron elegidos especialmente para aumentar el hallazgo de prácticas defensivas y segundo porque están limitados a presentaciones muy específicas.

A pesar de ello, OTA estimó los costos a nivel nacional de la medicina defensiva en dos escenarios: Cesáreas en trabajos de parto dificultosos y Rx en guardia de emergencias de joven con TEC leve sin pérdida de conocimiento:

Los costos anuales de las “Cesáreas Defensivas” en casos de trabajo de parto prolongados en mujeres entre 30 y 39 años son aproximadamente de 8,7 millones de dólares

Los costos anuales de la radiología defensiva (TAC, Rx de cráneo y col. Cervical) en chicos entre 5 y 24 años de edad que ingresan con TEC leve en guardia es de aprox. \$45 millones. Si bien estas estimaciones representan un porcentaje minúsculo del gasto en salud, se trata de muy pocos procedimientos realizados en circunstancias muy específicas y reflejan sólo la porción de la medicina defensiva que los médicos realizan conscientemente. En la suma de estas pequeñas cantidades pueden llegarse a montos importantes

Resumen De Hallazgos

- Hay medicina defensiva cuando el médico ordena estudios, procedimientos o consultas o cuando evade pacientes o procedimientos de alto riesgo principalmente (pero no exclusivamente) por su temor a los juicios de mala praxis.
- La mayoría de la medicina defensiva tiene algún beneficio. Sin embargo, el temor hace que la tolerancia a la incertidumbre médica sea muy baja, cuando los beneficios esperados son muy pocos y los costos son altos.
- Muchos médicos sostienen que serían agresivos en el pedido de estudios diagnósticos en casos en donde los paneles de expertos consideran aceptable un manejo conservador. La mayoría

de los médicos que actúan así lo hacen principalmente porque creen que esos procedimientos están médicamente indicados, no por temor a un juicio.

- Es prácticamente imposible medir con exactitud el grado general y los costos nacionales de la medicina defensiva. Lo mejor que puede hacerse es un estimativo grosero de los límites superiores de extensión de algunos componentes de la medicina defensiva.
- En general, sólo un pequeño porcentaje de procedimientos diagnósticos –estimado en menos del 8%– es probablemente originado por una preocupación conciente sobre la mala praxis. Esta estimación surge de las respuestas de los médicos a escenarios clínicos hipotéticos diseñados especialmente para detectar estas conductas. Por ello, en general se sobreestima el índice de práctica conciente de medicina defensiva
- La medicina defensiva tiene una influencia sustancial en la conducta de los médicos ante algunas situaciones clínicas particulares. Por ejemplo, las cesáreas y el manejo del TEC en la guardia de emergencias.
- Los médicos son muy conscientes del riesgo de ser demandados y tienden a sobreestimar dicho riesgo. Un gran número de médicos cree que ser demandado afecta su estado profesional, financiero y emocional.
- El rol de los juicios de mala praxis como un freno a la mala medicina –uno de sus pretendidos propósitos– no ha sido cuidadosamente estudiado.
- Las reformas legislativas tradicionales, particularmente los topes, reducen los costos de los seguros, pero sus efectos sobre la medicina defensiva son desconocidos y se presumen escasos.
- Una reforma legal que podría disminuir la medicina defensiva más costosa y de bajo beneficio sería reforzar como prueba en juicio algunas guías clínicas seleccionadas. Sin embargo, los efectos de esta reforma sobre los costos probablemente sería escasa porque son muy pocas las situaciones clínicas que representan claros casos de medicina defensiva.

Puede acceder al informe completo en inglés desde nuestro Blog