

EDITORIAL

EL TEMOR PUEDE CONDUCIR A LA MEDICINA DEFENSIVA, NO EL RIESGO DE UNA MALA PRAXIS

Norra MacReady, conocida polemista americana que se ha dedicado a escribir sobre temas médicos, publica en Medscape el 06 de agosto de 2013, un artículo titulado "Fears May Drive Defensive Medicine, Not Malpractice Risk" en el que plantea un tema que nos preocupa a todos, como son las demandas por mal praxis, lo que ha llevado a la práctica de la llamada Medicina Defensiva (MD), definida por la OTA (Oficina de Asesoramiento Tecnológico o Office technology Assurance) como aquella que se practica cuando los médicos ordenan estudios, procedimientos o consultas a otra especialidad con el único objetivo de reducir su exposición médico-legal; o bien, evitan pacientes o procedimientos de alto riesgo – principal, pero no necesariamente - con la misma intención. Cuando se toma esta actitud para reducir ese riesgo, se está practicando MD positiva; pero cuando se evitan ciertos procedimientos o pacientes, se la está realizando MD negativa".

Si bien es cierto que esta práctica se toma desde los años 60, es desde hace unos años que se viene dando importancia por el significado en lo que a costos se refiere. El Dr. Sanjay Gupta, Jefe del servicio de Neurocirugía del Grady Memorial Hospital y corresponsal médico de CNN, usa el término en un amplio espectro de medidas tendientes a evitar las demandas judiciales y maximizar el lucro, a costa del riesgo de indicar tratamientos y pruebas extemporáneamente, o en el peor de los casos, sin ninguna indi-

cación sensata, pudiéndose derivarse a la máxima del Dr. Gupta: "A más pruebas y medicamentos, mayores errores" Es de hacer notar que esta actitud es de amplia difusión en la práctica clínica de Estados Unidos, así como en muchos otros países. A lo anteriormente mencionado, vale la pena recordar las recomendaciones oficiales de evitar, en sujetos sanos, la prueba de esfuerzo, a menos que previamente se haya detectado un claro riesgo o síntomas de enfermedad cardíaca, tal y como aparece en Annals of Internal Medicine. (<http://annals.org/onlineFirst.aspx>), a la que se suma aquella con respecto al uso del antígeno prostático específico (<http://annals.org/article.aspx?articleid=1216568>). Tales recomendaciones incluyen a la mamografía y al Papanicolaou en mujeres menores de 40 años, como a 45 pruebas más.

Emily R. Carrier, médico investigadora del Centro para el Estudio del Cambio del Sistema de Salud, en Washington, DC, comenta que hay un consenso generalizado de que los médicos alteramos nuestro comportamiento para reducir nuestra responsabilidad por negligencia, aunque existe un desacuerdo considerable sobre la magnitud de los costos de los daños y beneficios potenciales asociados a la práctica de tal tipo de medicina, aunque si se consideran que son cuantiosos. En este sentido, en 2011, México gastó 100 mil millones de pesos, atribuibles a MD, lo que constituye el 20% del presupuesto del país para la salud.

Desde la década de los 90, MD es reconocido como un grave problema que ha llegado a extrapolarse al ámbito académico.

Para acercarse a estas costosas consecuencias, los investigadores de MD en los Estados Unidos han encuestado a los médicos sobre las pruebas que indican para una entidad clínica específica, y luego vinculan las respuestas con los medidores del riesgo de responsabilidad civil, como las primas de seguros de responsabilidad profesional u otras disposiciones legales al respecto. También utilizan estos marcadores como una aproximación en el pronóstico de la tendencia de un determinado médico para practicar defensivamente, lo que puede ser impreciso. El problema con este método, según los autores, es que los médicos pueden exagerar sus temores de responsabilidad con la esperanza de influir en las reformas en políticas, o pueden equiparar sus percepciones de riesgo de responsabilidad civil con otras presiones como las expectativas de los pacientes o los incentivos de reembolso. Para ello, el equipo del Dr. Carrier analizó las preocupaciones de los médicos sobre el litigio de mala praxis, medido con una encuesta validada, contra reclamos del Medicare actuales, concluyendo que los médicos con altos niveles de preocupación respecto a la responsabilidad profesional ordenarían ciertas pruebas o procedimientos, relacionados a condiciones potencialmente serias, con mayor frecuencia que aquellos que están menos preocupados por el riesgo.

Dentro de los factores que inciden en la prevalencia de este fenómeno, los requisitos que exigen las aseguradoras y algunas especialidades, como la Anestesiología, podrían considerarse como responsables, en nuestro país, que esta actitud vaya ganando terreno día a día, a lo cual se sumaría la actitud del gobierno ante el gremio médico – y sobre todo – los de ámbito quirúrgico.

En este sentido, y ante la situación a la que estamos expuestos en Venezuela, donde se califica de “dolor eventual” las complicaciones que pueden ser inherentes a nuestra práctica, ¿Quién de nosotros puede decir que no practica la Medicina Defensiva? O en nuestro caso, ¿Cirugía Defensiva?. ¿En dónde queda el bienestar del paciente como premisa de nuestro ejercicio?

Saquen sus propias conclusiones.

Dr. Roger Escalona A.

Jefe del Departamento y Director del curso de postgrado en Cirugía General

Hospital “Dr. José Gregorio Hernández” Los Magallanes de Catia. Caracas.

Profesor Agregado de la Escuela de Medicina Dr. Luis Razetti. UCV

Director del Comité de Historia de la Cirugía de la S.V.C.
Individuo de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina