

# Medicina defensiva e gasto sanitario en Galicia

Luis Verde Remeseiro<sup>1</sup>, Antón Acevedo Prado<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Médico de Atención Primaria. Xerente da Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela (Servizo Galego de Saúde)

<sup>2</sup>Técnico de Saúde. Director de Procesos de Soporte da Área Sanitaria de Xestión Integrada de Ferrol (Servizo Galego de Saúde)

Cad Aten Primaria  
Ano 2013  
Volume 19  
Páx. 150-152

A problemática suscitada no presente artigo susténtase en dous grandes alicerces. Por unha banda a medicina defensiva, que en 1978, Tancredi definiu como o emprego de procedementos diagnósticos-terapéuticos co propósito explícito de evitar demandas por mala práctica e por outro o impacto que esta medicina ten no gasto sanitario na actualidade e que, aínda que é un factor que sempre ha ter relevancia á hora de xestionar uns recursos limitados, evitar ineficiencias e mellorar a calidade da atención dos nosos pacientes, cobra unha especial relevancia no actual contexto de crise económica mundial na que nos atopamos e pola que o sector sanitario tamén se está vendo gravemente afectado.

Pode definirse a medicina defensiva como a desviación da práctica clínica habitual, estandarizada e protocolizada, motivada fundamentalmente polo medo a consecuencias legais derivadas dos actos médicos e a defender aos profesionais sanitarios da crítica ás súas actuacións e os resultados derivados destas.

A medicina defensiva comprende a indicación de cuidados, probas e tratamentos suplementarios; noutros casos produce a modificación ou reemplazamento dos que xa se están dando aos pacientes e nalgúns, casos provoca o rexeitamento a tratar a determinados pacientes ou grupos de pacientes que se consideran "complicados" ou con alto risco de derivar nalgún tipo de responsabilidade civil ou penal. Son moitos os profesionais que solicitan o máximo de exploracións, moitas delas innecesarias, co fin de cubrirse a responsabilidade de posibles erros. Por outra banda, os médicos tamén poden optar por deixar de realizar algúns estudos ou procedementos para reducir os custos do seu seguro, o exemplo máis significativo é a renuncia dalgúns toxicólogos de deixar a práctica obstétrica.

Algúns autores falan de dous tipos de medicina defensiva: Medicina defensiva "positiva", que incluíría a prestación de servizos de interese marxinal e efectividade dubidosa co obxectivo de reducir potenciais

efectos adversos para os profesionais, e a medicina defensiva negativa, que motiva o alonxamento dos profesionais sanitarios daqueles pacientes que consideran virtuais fontes de conflito e responsabilidade co paso do tempo, moitos procedementos que orixinalmente foron realizados por un temor consciente a repercusións médico-legais, vólvense tan comúns que pasan a incorporarse á práctica diaria esquecéndose da motivación orixinal.

O custo económico que se asocia aos eventos adversos é altísimo, comeza co investimento necesario para o súa prevención e termina na reclamación xudicial de indemnizacións, pasando polo incremento do custo das pólizas de seguros de responsabilidade civil, práctica da medicina defensiva e a condonación de débedas adquiridas pola atención da saúde. Calcúlase que se gastan entre 17.000 e 29.000 millóns de U\$ ao ano en concepto de erros médicos, dos cales o 50% representan os de custos directos de atención ao paciente.

Para coñecer o impacto que os eventos adversos teñen nos nosos pacientes, podemos acudir a distintos estudos que se realizaron nos últimos tempos.

O **HARVARD MEDICAL PRACTICE STUDY**, cunha revisión de 30.121 historias clínicas de pacientes ingresados en hospitais de Nova York en 1984 concluíu que os eventos ocorrían no 3,7% das admisións hospitalarias. Nun 70% destes o resultado foi de incapacidade leve ou transitoria, nun 2,6% discapacidade permanente e nun 13,6% resultaron en morte.

Outro estudo, realizado por Thomas e Studdert a principios dos 90 nos estados de Utah e Colorado, chegouse a conclusións bastante similares. Polo tanto a cifra de U\$ 10.000 millóns que se gastan en Estados Unidos en prevención, e considerada un bo investimento, tendo en conta os 29.000 millóns de U\$ que se poden chegar a gastar cando os danos están consumados.

En España, no ano 2005, levouse a cabo o Estudo Nacional sobre Efectos Adversos ligados á hospitalización, **ENEAS**. Neste estudo, que incluíu 5.624 suxeitos, se evidenciou que a incidencia de pacientes con efectos adversos relacionados coa asistencia hospitalaria estudada é de 8,4% e a incidencia relacionada coa asistencia sanitaria é do 9,3%.

No ano 2008 publicouse unha **revisión sistemática dos estudos sobre os efectos adversos ligados á hospitalización** entre os que se incluían estudos nos que se avaliaba a incidencia de efectos adversos en adultos hospitalizados recolléndose información sobre máis de 74.000 pacientes. Os resultados mostraron que a incidencia media de efectos adversos asociados á hospitalización é do 9,2%, podendo clasificarse como prevenibles ata o 43,5%. De todos estes calculouse que ata o 7% podería derivar nunha incapacidade permanente para os pacientes e o 7,4% podería relacionarse directamente coa morte dos mesmos.

Derivado do anterior, estimouse que o número de mortes asociadas a eventos adversos hospitalarios en EEUU podíase cifrar entre 44.000 e 98.000 ao ano cun custo total atribuíble aos eventos adversos de entre 37.000 e 50.000 millóns de U\$, dos cales entre 17.000 e 29.000 millóns corresponderían aos eventos prevenibles.

Todo este tipo de eventos adversos desembocan inevitablemente nun incremento do número de denuncias e reclamacións presentadas contra os nosos profesionais e a Administración Sanitaria.

O que hai uns anos era unha práctica excepcional, máis propia do mundo anglosaxón, veuse incrementado ata niveis nunca anteriormente vistos na noso contorno.

Segundo datos aportados pola asociación "o Defensor de Paciente", en España interpóñense unhas 50.000 demandas por negligencia médica ao ano, ao que sumamos un número maior de reclamacións cuxo impacto total, é imposible de coñecer aínda que, distintos cálculos cifran nunha media de entre 5 e 6 reclamacións durante a vida laboral dun médico. A confianza dos pacientes no sistema sanitario vese influída pola ocorrencia de eventos adversos. A enfermidade é un proceso incerto e o médico non pode garantir resultados. Aínda que os pacientes tenden a considerar que é improbable que sexan vítimas dun erro, para o 31% dos españois prodúcese "bastantes" erros clínicos e o 12% consideran que o risco dun erro quirúrxico é alto.

Todo iso repercute de forma clara na práctica clínica dos nosos profesionais. Segundo un estudo realizado no ano 2002 polos médicos psiquiatras José Carlos Fortes e José Cabrera, cunha mostra de case

1.000 profesionais encuestados, o 69% dos participantes recoñeceu practicar medicina defensiva de forma habitual. Aínda que o 75% dos encuestados eran médicos de familia, os resultados non variaban significativamente en función do nivel asistencial ao que pertencen os facultativos. Segundo a tese doutoral de Responsabilidade Profesional Sanitaria, realizada polo Dr Anxo Hernández, do Instituto de Medicina legal de Jaén, en enquisas remitidas simultaneamente a profesionais da medicina e a avogacía, coincidían (85% de médicos e 93,5% de avogados) en sinalar á malapraxia é o medo ás responsabilidades xurídicas derivadas da mesma, como a influencia máis determinante á hora de exercer unha medicina defensiva.

Tratouse, por diferentes medios, de realizar unha cuantificación aproximada do efecto da medicina defensiva no gasto sanitario. Diversos estudos acadaron aproximacións, como veremos máis adiante, pero non é fácil cuantificar exhaustivamente estes custos.

Os datos de España, sitúan o gasto sanitario público, incluíndo gasto de cuidados de longa duración, en 58.466 millóns de euros, o que supón un 71,2% do gasto sanitario total do país, que ascende a 82.064 millóns de euros. Como porcentaxe do PIB, o gasto sanitario total en España é de 8,4% (Fonte: OECD HEALTH DATA 2008, versión xuño. Datos correspondentes a 2006.) Sería moi útil coñecer que parte deste gasto sería innecesario e en que parte imputable aos custos que se derivan da práctica, cada vez máis xeneralizada, dunha medicina cada vez máis defensiva.

O orzamento da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia para o ano 2011 supera os 3.700 millóns de euros, o que representa máis do 30% do orzamento de toda a comunidade autónoma para o mesmo exercicio. Vemos pois que cando falamos de gasto sanitario estamos referíndonos a unhas cifras considerables de recursos nos cales o control do gasto superfluo derivado de ineficiencias no sistema como pode ser a medicina defensiva cobra un papel crucial. A correcta cuantificación destes gastos así como a implementación de medidas de control e racionalización do mesmo se nos presentan como elementos de oportunidade real na mellora da xestión dos recursos e na consecución de mellores resultados na saúde da nosa poboación.

Nas discusións sobre a reforma do sistema sanitario nos EEUU, a oficina presupuestaria do Congreso calculou en aproximadamente un 2% o gasto que se podería evitar con medidas encamiñadas á protección do profesional evitando prácticas defensivas. Aplicado ao orzamento do SERGAS repercutiría nuns 74 millóns de euros ao ano.

Aínda que este dato, cos coñecementos actuais é difícil de contrastar debemos ter en conta outra serie de dimensións que enmarcan a

situación da que estamos falando en Galicia. Por unha banda, o 70% dos médicos declaran incurrir nalgún tipo de práctica de medicina defensiva durante o seu traballo. Por outro, o incremento constate de demandas no ámbito do sector sanitario motivaron que as pólizas dos seguros se incrementáran máis dun 200%. Outro dato que nos pode dar unha idea da dimensión de que a estamos falando é que só durante o ano 2007 o SERGAS foi condenado a pagar 1,8 millóns de euros en indemnizacións, cantidades que irán en aumento dado o incremento incesante do número de reclamacións presentadas ante os tribunais.

Temos pois unha triple dimensión que ter en conta no noso sistema:

1. Incrementáanse de forma notable as reclamacións presentadas contra os profesionais e a Administración Sanitaria.
2. Isto provoca un incremento nas prácticas defensivas dos profesionais, o que aparella máis gasto en probas e exploracións innecesarias.
3. Incrementa os custos das pólizas de responsabilidade e os custos derivados de responsabilidade subsidiaria da administración co impacto que isto supón nun orzamento cada vez máis axustado.

Vemos pois como, a día de hoxe non existen datos sólidos que nos permitan cuantificar dunha forma exhaustiva os gastos que a práctica da medicina defensiva repercute sobre o sistema. Pero cos datos que temos na man poderíamos afirmar que nun sistema sanitario como o galego podería ascender a entre 60 e 300 millóns de euros ao ano. Unha cantidade o suficientemente importante como para ser tida en conta á hora de valorar e validar posibles medidas para facer fronte a esta situación. Os anos en que o gasto sanitario se incrementaba exponencialmente, tocaron ao seu fin. Agora é o momento en que nos corresponde tanto aos xestores sanitarios como aos clínicos, identificar as ineficiencias do sistema e buscar todos aqueles nichos de oportunidade que nos permitan reducir custos sen minguar a calidade da atención, a seguridade dos nosos pacientes e a cobertura asistencial.

Dos resultados mostrados poderíamos extraer unha conclusión evidente de que se podería realizar un importante aforro de recursos sen unha merma da calidade asistencial aos nosos pacientes, que liberaría fondos para o desenvolvemento de novas medidas na entorno sanitaria, tanto materiais, como de recursos humanos e asistenciales mantendo os estándares de equidade e calidade que son o alicerce fundamental do noso sistema.