

La medicina defensiva como problema global

Defensive medicine as a global problem

Ana Belén Cruz-Valiño

Investigadora. Grupo de investigación "Filosofía, Constitución y Racionalidad"

Facultade de Dereito. Universidade da Coruña

Resumen

La medicina defensiva emerge como fenómeno en los EE.UU. en la década de los años 60, y se consolida en los años 70 alterando la práctica médica considerada correcta para proteger al personal médico de las reclamaciones judiciales por negligencia. La intervención es la piedra angular: pruebas y tratamientos innecesarios o de escasa utilidad terapéutica se encadenan. La sobreutilización de recursos, el sobrediagnóstico y sobretratamiento son algunas de sus consecuencias. Deviene una problemática global que amenaza el cuidado de la salud.

Palabras clave: Medicina defensiva; Iatrogenia; Relación clínica; Sobrediagnóstico; Sobreuso; Sobreutilización.

Abstract

Defensive medicine emerged as a phenomenon in the US in the 1960s and it was consolidated in the 1970s by altering the medical practice deemed correct to protect medical personnel from malpractice claims. Intervention is the cornerstone: unnecessary tests and treatments or those of little therapeutic utility are chained. The overuse of resources, overdiagnosis and overtreatment are some of its consequences. It becomes a global problem that threatens health care.

Keywords: Clinical relationship; Defensive medicine; Iatrogenia; Overdiagnosis; Overuse; Overutilization.

Introducción

Algunos problemas son de orden global y están interconectados, exceden del ámbito de una región geográfica, como la pérdida de la biodiversidad, el cambio climático, la investigación biomédica, las pandemias y las enfermedades infecciosas, o las patentes de material biológico. En ocasiones, producen efectos devastadores sobre la humanidad, como la pérdida de la biodiversidad y la desigualdad social en salud, en particular entre los colectivos vulnerables (Ten Have, 2016: 64-65). La medicina es un sector económico estratégico y, en consecuencia, está expuesta a diversos focos de tensión: 1) la innovación tecnológica y las expectativas del público, 2) el mercado, 3) los valores de la medicina que se diluyen, y 4) la medicina de calidad identificada con diagnósticos y tratamientos sofisticados, generando confusión y expectativas (Hastings Center, 1996).

Desde estas premisas se analiza cómo la medicina defensiva constituye un problema ético global, no solo por la transnacionalización de ideas y manifestaciones, sino por los factores que la desencadenan, los costes que conlleva para la sociedad, afectando a la salud

La medicina defensiva constituye un problema ético global, tanto por los factores que la desencadenan, los costes que conlleva para la sociedad, afectando a la salud actual y futura, y también por las dinámicas que la retroalimentan.

actual y futura, y también por las dinámicas que la retroalimentan. Los procesos sociales, económicos y políticos interactúan con el clima de litigiosidad, consolidando esta práctica médica que alienta el sobreuso de servicios médicos tanto en sociedades avanzadas como en países en vías de desarrollo (Bassett et al., 2000; Adwok & Kearns, 2013; Toraldo et al., 2015; Panella et al., 2016; Brownlee et al., 2017). Incrementa la atención sanitaria de escaso valor clínico, causando más perjuicios que beneficios en términos de recursos, costes y daños al paciente, y compromete la viabilidad del sistema sanitario y la equidad, afectando a los pacientes más vulnerables de los países con recursos escasos (Sánchez-González et al., 2005; Korestein et al., 2012).

1. Génesis y desarrollo de la medicina defensiva

La medicina defensiva, que consiste en “ordenar o evitar las pruebas o los procedimientos principalmente por las demandas por negligencia” (Sulmasy y Weinberg, 2014: 464) es una práctica médica arraigada en la totalidad de los sistemas sanitarios. El desafío comienza en su definición, y para ello conviene identificar su significado original y genuino. El enfoque histórico de los problemas supera la dificultad de entender las cosas cuya génesis se desconoce (Gracia, 2004: 27).

La medicina defensiva emerge como fenómeno en los EE.UU. en la década de los años 60 y se consolida en los años 70, alterando la práctica médica considerada correcta, a fin de proteger al personal médico de las reclamaciones judiciales por negligencia, lo que despierta inquietud por las consecuencias negativas de esta práctica (en detalle, Cruz-Valiño, 2020). Un concepto restrictivo y también crítico de medicina defensiva la identifica con este sentido originario y más genuino ligado a la responsabilidad legal (Hershey, 1972; Tancredi y Barondess, 1978), que actualizan algunos autores (Seoane, 2008; Catino, 2011; Sekhar y Vyas, 2013; Montalvo (de) y Andrés, 2017).

La medicina defensiva tiene lugar cuando para evitar una posible demanda se emplean medidas diagnósticas y terapéuticas específicas para documentar que se utilizó una amplia gama de tratamientos y pruebas en el cuidado del paciente. (Tancredi y Barondess, 1978: 879).

Sin embargo, otros autores han continuado la expansión del contenido semántico, y lo relacionan con la complacencia, la falta de tiempo para consulta, la insatisfacción, la presión asistencial (Veldhuis, 1994; Toker et al., 2005; Toraldo et al., 2015; Hvidt et al., 2017; Rinaldi et al., 2019). Este enfoque obedece a una factura más contemporánea y responde a sociedades que disponen de sistemas públicos donde el usuario tiene una mayor conciencia del derecho a la protección de la salud y la exigencia de calidad está más desarrollada; también responde a un concepto de “corte europeo” (Cruz-Valiño, 2019b).

[La medicina defensiva consiste en] ordenar tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito del médico de protegerse de la crítica en lugar de diagnosticar o tratar al paciente (McQuade, 1991: 408).

La medicina defensiva tiene lugar “cuando los médicos ordenan exámenes, procedimientos o derivaciones, o evitan determinados pacientes o procedimientos de alto riesgo, primordialmente (pero no exclusivamente), a causa de la preocupación por la responsabilidad de negligencia (OTA, 1994: 13).

Por su parte, el concepto laxo de medicina defensiva permite comprender la existencia de conductas médicas defensivas en países donde apenas hay litigios o cuentan con sistemas alternativos de conflictos (Francia, Bélgica, Holanda), o donde la presión judicial es menor (China). No obstante, revalidar este significado laxo implica homologar un conjunto de prácticas clínicas que infringen los deberes de corrección moral de la práctica médica con nuevas excusas y elementos que la empobrecen.

2. La medicina defensiva por regiones culturales

Los estudios sobre medicina defensiva contextualizan cómo se traspone esta práctica médica, netamente norteamericana, a otras realidades geográficas, culturales y jurídicas, con sistemas sanitarios diferentes que, lejos de ser experiencias comparables,

La lección que se extrae de la historia es que replicar los estudios de medicina defensiva visibiliza el fenómeno, pero no ahonda en las causas o los efectos.

dan cuenta de la variabilidad que encierra esta expresión. En lo que sigue ofrecemos una panorámica a nivel mundial que da cuenta de algunos estudios, sin ánimo exhaustivo, lo que permite constatar su

extensión, y cómo se acentúa algún aspecto o arraiga en otros territorios adaptándose a sus particularidades, bien por imitación de otros países, debido a la influencia cultural o tecnológica que ejercen, o bien por el círculo dinámico que retroalimenta este fenómeno. La lección que se extrae de la historia es que replicar los estudios de medicina defensiva, por lo general realizados en EE.UU., visibiliza el fenómeno, pero no ahonda en las causas o los efectos, e incluso lo extiende.

2.1. El ámbito anglosajón

Además de los EE.UU., los países de la *Commonwealth* que comparten substrato jurídico o *common law*, han estudiado la práctica defensiva. En EE.UU., la medicina defensiva se considera un determinante del gasto sanitario. Una encuesta nacional en Atención Hospitalaria, realizada entre 1.500 hospitales atribuye el 37,5% del coste

asistencial a la medicina defensiva, y halló que más del 25% de los profesionales entrevistados había sido demandados (Saint et al., 2018). Kessler, Summerton y Graham (2006) centran su atención en las deficiencias del sistema de responsabilidad legal médica, formulando cuatro propuestas para reformar el sistema de compensación de daños, tras analizar la práctica sistemática de la medicina defensiva en tres países: Australia, Reino Unido y EE. UU. En Reino Unido, destacan las prácticas defensivas en Atención hospitalaria: el 78% del personal médico lleva a cabo alguna práctica defensiva, como solicitud de pruebas innecesarias (59%) y derivación innecesaria a especialidades (55%), mientras que el 9% evita tratar los pacientes de alto riesgo, y el 21% evita los procedimientos complejos con probabilidad de complicaciones serias (Ortashi et al., 2013).

2.2. Europa continental

Los autores italianos sobresalen por su ingente tarea de estudio, lo que constata el hecho de que Italia es un país que presenta una gran tasa de litigiosidad, en concreto el orden penal, frente a los países del norte como Dinamarca, Países Bajos o Bélgica, e incluso Francia que, tras desarrollar sistemas alternativos de resolución de conflictos o compensación sin culpa, amplían el concepto de medicina defensiva, acercándose más al significado de medicina de complacencia.

En Italia, Catino y Locatelli (2010) hallan una relación causal entre la medicina defensiva y algunos aspectos organizativos en Atención hospitalaria, como las jornadas intensivas y la falta de medios humanos, e identifican factores concretos como el número excesivo de pacientes (71%), la falta de camas (75,4%), la fatiga de los médicos y los turnos intensivos (50,2%), y la falta de procedimientos estandarizados (32,1%). A la vista de estos hallazgos, Panella et al. (2016) concluyen que el volumen semanal de pacientes, unido a la condición de segunda víctima, es un determinante significativo. Este término fue acuñado por Wu (2000) para significar que el error médico afecta al profesional médico, tanto a nivel humano como profesional, sin obviar que el primer daño lo sufre el paciente y su familia (primera víctima). El agente que causa o contribuye al evento adverso también se resiente (segunda víctima), lo que afecta a su salud y compromete la seguridad del paciente (Scott et al, 2009).

En Austria, el sobreuso de pruebas de imagen se atribuye a la medicina defensiva (Kainberger, 2017), donde el sistema público de salud consume alrededor de 42,8 millones de euros anuales en Radiología, Ortopedia y Cirugía traumatológica; es decir, el equivalente al 1,62% del gasto general (Antoci et al., 2019). En Alemania, tan solo la especialidad de Traumatología, generó una cifra de 120 millones de euros en concepto de indemnización, que asumieron las compañías de seguros (McGwin, 2008). El temor a las denuncias de mala praxis impulsa la prescripción facultativa en un 24% de médicos generalistas, como revela un estudio en Portugal, donde el 21% prescribe ante la insistencia del paciente, y el 62% indica pruebas adicionales para fundamentar la decisión clínica. La mayoría (95%) considera que las pruebas, procedimientos innecesarios e intervenciones sin eficacia, son perjudiciales, considerando que aumentar el tiempo para consulta es la medida más eficaz para reducir las (92%) (Morgado et al., 2019).

Las primas de seguro de los médicos holandeses, en concreto los neurocirujanos, son menos onerosas que en EE.UU., mostrando menos comportamientos defensivos que los homólogos no europeos, a tenor del menor número de demandas y a cómo el

paciente se percibe como una menor amenaza (Yan et al., 2017). Sin embargo, el procedimiento disciplinario alienta la práctica defensiva en los Países Bajos (Laarman et al., 2019).

Dentro de esta región cultural, destaca la escasez de estudios sobre medicina defensiva en España, y se adelanta que no existen estudios fiables de su medición. La estructura organizativa de la sanidad española, distribuida en 17 comunidades autónomas (CC.AA.), con competencias en gestión sanitaria, dificulta la investigación frente a los países que cuentan con un registro que recopila información sobre demandas como el *NPDB* americano o el *Observatoire* francés. Obliga a servirse de los datos de seguros de responsabilidad médica, de las asociaciones profesionales o de pacientes. Un estudio concluye que el 73,9% de los médicos de Atención Primaria considera que la medicina defensiva es una “razón” para sobreutilizar pruebas y procedimientos frente al 65,2% de los pediatras (Mira y Carrillo, 2018), si bien resulta cuestionable la validez de la comparación metodológica de la muestra entre los grupos y presumir que ambos comparten la misma definición (Cruz-Valiño, 2019). El estudio que realizó en los Servicios de Urgencia Hospitalario la OMC y las sociedades SEMES y SESPAS, reveló que en un 88,7% de facultativos, “la condición de segunda víctima” y el temor al litigio fomenta la práctica defensiva, sugiriendo más formación de los profesionales en Derecho. Sobresale el documento de posicionamiento de SESPAS y la OMC sobre iatrogenia (OMC, 2017; Abaira et al., 2017).

2.3. América del Sur y Central

Destaca el estudio de la Comisión de Arbitraje CONAMED de México. Otros países como Brasil o Chile destacan, respectivamente, por el interés investigador hacia la Seguridad del Paciente y la mediación: en México, el 61% de los médicos entrevistados en el estudio de Sánchez-González et al. (2005) practican medicina defensiva. Sorprende la ausencia de diferencias significativas entre médicos “defensivos” y aquellos que no lo son. En concreto, la pregunta “documento y proporciono la mayor información posible para evitar problemas” arroja un 4,4% entre los primeros frente al 4,7% de los segundos, lo que inquieta a la hora de mejorar la comunicación que revalida la confianza. Un estudio que evaluó ocho Servicios de Urgencias en Paraguay halló un porcentaje del 82% de práctica defensiva, siendo más frecuente en las especialidades de Urgencias, Traumatología y Ortopedia, y también la Ginecología y Obstetricia como especialidad más demandada (Britos et al., 2018). En Argentina, la falta de evidencia patológica de un porcentaje elevado de informes radiológicos o estudios de alta complejidad indicados sin criterio médico se atribuye a la medicina defensiva, que alcanzó 90 millones de dólares en la última década del s. XX (Maglio, 2011).

2.4. El continente asiático

Constituye una de las regiones más pobladas, y que presenta mayores diferencias entre sistemas sanitarios. Sin embargo, las prácticas de medicina defensiva son una práctica común.

En Turquía, la proximidad cultural con los países europeos ofrece una explicación plausible a la profusión de estudios dedicados a la medicina defensiva: un estudio halló que el 45% de los oncólogos practica medicina defensiva y teme las quejas de los familiares (Tanriverdi et al., 2015). La Obstetricia y ginecología presenta un porcentaje de práctica defensiva entre 83% y 96% (Kuçuk, 2018). El estudio de Calikoglu y Aras (2020) cifra en un 94,2% la práctica defensiva, y los entrevistados consideran

insuficiente la cobertura de riesgo (84,21%), considerando cambiar de profesión o especialidad debido a la ansiedad (41,05%).

El mayor clima de litigiosidad y de práctica médica defensiva se observa en Israel, como muestra un estudio realizado entre diversos especialistas: el 25% ha sido demandado, al menos una vez, y esto impide al 86% ofrecer la mejor atención médica. El 60% practica medicina defensiva y el 40% considera a cada paciente como una amenaza potencial (Asher et al., 2012).

En Irán, se observa una correlación entre las demandas recibidas -incluso de compañeros- y la práctica defensiva, como muestra un estudio transversal entre médicos generalistas, que arrojó un porcentaje de 99,8% de medicina defensiva positiva y 79,2% de medicina defensiva negativa (Moosazadeh et al., 2014). En Pakistán, pese a que el 47,9% de médicos entrevistados desconoce el término medicina defensiva, resulta una práctica habitual, aprobada por el 73,75% de los profesionales, tal y como reveló el estudio realizado entre médicos del Hospital Civil de Karachi y el *Jinnah Hospital* Karachi, donde el 92,4% se distancia de los pacientes de riesgo y el 7,6 % los evita (Khan et al., 2014).

La sobreprescripción hospitalaria se explica en China a tenor de dos focos de tensión: 1) la insatisfacción profesional por la carga de trabajo y los salarios, y 2) el conflicto médico-paciente, destacando los incentivos desalineados y arraigados en el sistema tras las reformas de política sanitaria (Jingwey He, 2014). Por su parte, las posibilidades de acceder a la alta tecnología de diagnóstico se relacionan con la medicina defensiva en países como Japón, donde el 98% de los gastroenterólogos realiza prácticas defensivas, pese a la dificultad de discernir en las respuestas entre atención adecuada e inadecuada, y el sesgo de respuesta socialmente deseable (o expectativa de la administración), mientras que el 96% evita pacientes de riesgo (Hiyama et al., 2006).

2.5. África

Los países del continente africano no son ajenos a la práctica defensiva. Aquellos que poseen una fuerte impronta europea o vestigios de la colonización, como Kenya, se ven más afectados; en concreto, el sector privado de la salud sufre mayor porcentaje de demandas, aunque los empleados públicos también son demandados (Adwok y Kearns, 2013). Resulta preocupante en los países en vías de desarrollo, como los subsaharianos con recursos escasos (Robeznieks, 2005). Sudáfrica ha experimentado un aumento de la práctica defensiva por el aumento de los litigios por negligencia médica, país en el que la *Medical Protection Society* halló que el 58% de los generalistas entrevistados practica medicina defensiva, y el 76% era consciente del aumento de las demandas (Malherbe, 2013). En Sudán, pese a que solo un 42,7% de profesionales conoce la expresión medicina defensiva, el 71,8 % la practica; el 27,6% ha tenido una experiencia y el 89,7% de especialistas en Obstetricia y Ginecología percibe el aumento de litigios (Ali A. et al., 2016).

3. Factores determinantes

Atender a las causas y factores determinantes exige responder a la pregunta ¿por qué tiene lugar esta práctica? Además del miedo a los litigios confluyen otras causas antropológicas, culturales, sociales, psicológicas, económicas y legales, cuyo análisis aconseja agruparlo por categorías (en detalle Cruz-Valiño, 2020). El círculo dinámico y

pernicioso que caracteriza a la medicina defensiva hace que causas y consecuencias se confundan y retroalimenten, p. ej: la iatrogenia es causa de medicina defensiva, y también su consecuencia (Broggi, 2017), como se verá en los efectos.

3.1. Factores psicológicos

Estas causas atienden a la autopercepción del profesional, en relación con el temor legal, la comisión de un error o las consecuencias de una denuncia: 1. El temor a las reclamaciones judiciales, 2. La pérdida de reputación social, 3. Alivio frente a la sobrecarga psicológica, 4. El temor a la crítica de terceros y la autoexigencia, y 5. La condición de “segunda víctima” y el Síndrome Clínico Judicial.

3.2. Factores institucionales

Agrupan los factores de carácter normativo o institucional instalados a nivel “macro” de la sociedad, íntimamente relacionadas con la organización del poder: 1. La instrumentalización del consentimiento informado, 2. La transformación de la Bioética en Bioderecho, 3. El sistema de negligencia, 4. La interpretación judicial del error médico y los eventos adversos, 5. El papel de la Medicina Forense, 6. La influencia del Derecho sanitario sobre la práctica clínica, 7. El aumento de la prima de seguros, 8. La criminalización de las conductas, 9. La iatrogenia como problema de salud pública, y 10. La cultura de la culpa.

3.3. Factores sociales

Reúne aquellos factores culturales y socioeconómicos que afectan a la percepción de la sociedad y/o los intereses o expectativas de la comunidad: 1. El imperativo tecnológico y la especialización, 2. Las expectativas del consumidor en la medicina, 3. La pérdida de confianza en la relación clínica, 4. La información mediática y el clima de opinión, y 5. El conflicto de intereses.

3.4. Factores organizativos

Obedece a aquellos factores de carácter estructural que, instalados en las organizaciones, a modo de déficit estructural o desajustes, actúan a nivel “meso” promoviendo la medicina defensiva: 1. El trabajo en equipo (o división del trabajo), 2. La contención del gasto sanitario, 3. Las condiciones de trabajo, y 4. Las agresiones al personal sanitario.

4. Efectos de la medicina defensiva: la sobreutilización

Concebir la medicina defensiva como un problema ético de orden global requiere preguntarse ¿cuáles son sus efectos? o, en concreto, ¿a qué valores perjudica? Desde el punto de vista de las consecuencias, la práctica de la medicina *a la defensiva* produce efectos desfavorables: 1) perjudica la salud actual y futura; 2) distorsiona la relación clínica; 3) erosiona al profesional sanitario; 4) disminuye la calidad asistencial; 5) aumenta el gasto asistencial, y 6) perjudica a la sociedad (Cruz-Valiño, 2020).

Como práctica médica irracional que despliega una cadena de pruebas, procedimientos, tratamientos e intervenciones médicas innecesarias sin evidencia empírica deviene ineficiente, comprometiendo la calidad, el acceso y el sostenimiento del sistema de salud, constituyendo un reto para la política sanitaria (Kapp, 2015). El mantra de la medicina defensiva es “haz algo, no nada; haz más, no menos”: la intervención constituye la piedra angular de la medicina moderna (Berlin, 2017: 136), algo así como la clave de bóveda sobre la que se edifica el cuidado de la salud actual.

El sobreuso, entendido como “la prestación de servicios médicos en los que el daño potencial excede del beneficio potencial”, en la definición de Chassin y Galvin (1998), coexiste con necesidades sanitarias no satisfechas -o infrautilización-. Presumir que el paciente prefiere un cuidado intensivo conduce al *diagnóstico erróneo de preferencia* y presta un servicio que no es correcto para ese paciente, obviando sus valores al ponderar los beneficios de una terapia y el riesgo o los daños aceptables (Brownlee et al., 2007). El exceso de servicios médicos, adicionales o innecesarios que recibe un paciente, priva a otros pacientes de obtener el beneficio potencial de una intervención con valor clínico. Esto permite hablar de coste de oportunidad, lo que se traduce en “sacrificios soportados por otra gente” (Conill, 1998), cuya desviación de recursos perjudica la realización de otros procedimientos o impide la mejora de los determinantes de la salud.

El tratamiento excesivo conlleva un mayor potencial de error y compromete la seguridad del paciente (Leape, 1994; Lipitz-Snyderman y Korenstein, 2017). Los falsos positivos que arrojan las pruebas conducen al sobrediagnóstico, lo que perjudica cuando se tratan problemas que parecen existir (Novoa, 2018). De este modo, aumentan los errores por comisión, como el sobrediagnóstico y el sobretratamiento (Kainberger, 2017; Novoa, 2018). Ambos son resultado de las pruebas innecesarias que se indican, en general de imágenes. Las consecuencias legales de sobretratar o realizar indicaciones innecesarias son menos severas que las de infratratamiento (Frakes, 2015; Berlin, 2017). Esto aleja la práctica médica de los errores de omisión y regresa a los errores de comisión, perpetuándose al margen del sistema de negligencia, y se trasmite entre generaciones (Berlin, 2017).

La medicina defensiva busca compartir la responsabilidad con otros profesionales o diluirla en el sistema.

La medicina defensiva invierte el fin propio de la actividad profesional y no mira al interés del paciente, enaltece la tecnología sofisticada y sacraliza la imagen computarizada, menospreciando la experiencia clínica (Maglio, 2011). En este contexto, el informe radiológico se convierte en la fuente principal que sustenta las decisiones clínicas, cuyo gasto sanitario deviene inútil cuando no transmite una impresión clara, con el consiguiente daño que las pruebas de imagen causan al paciente (García C., 2019). Las pruebas ionizantes producen costes para la sociedad como el daño biológico en las futuras generaciones. La actuación clínica que ignora la dosis y los riesgos, es una práctica médica indefendible, existiendo medios de abordaje diagnóstico-terapéutico más prudentes (Picano, 2005).

El uso excesivo de antibióticos constituye un ejemplo paradigmático de cómo el estrés profesional y la percepción del riesgo influyen en las decisiones clínicas. La prescripción de antibióticos proporciona seguridad al profesional a nivel de prescripción individual por su escaso riesgo de efectos secundarios, sin ponderar en muchos casos el riesgo particular con el riesgo poblacional más amplio -no inmediato-, debido a la propagación de resistencia bacteriana (Tebano et al., 2018). El desarrollo de las multirresistencias a nivel mundial y el sobreuso, inquietan ante la pérdida de biodiversidad (OMS, 2016); una biodiversidad que se ve afectada por los avances en genética, biomaquinaria y biología sintética, que conducen a la especie humana hacia una encrucijada (Bugliarello, 2010).

Los autores de los años 70 anticiparon los efectos deshumanizadores de la medicina defensiva en la “era tecnológica”, invitando al profesional a tomar conciencia sobre el coste de la “sobrereutilización” de procedimientos y técnicas (Hayes, 1977). Sociedades científicas, editoriales y fundaciones promueven el autocuidado y la no medicalización

El profesional se sitúa ante una doble tensión: la presión que ejercen los gestores sanitarios para contener los costes y la presión que ejerce el ámbito judicial que obliga a agotar todos los medios diagnóstico-terapéuticos disponibles.

de la vida: El movimiento *Less is more*, con el impulso de los *Archives of Internal Medicine*, recopiló una colección de artículos con prácticas clínicas sin utilidad terapéutica, que aumentan el riesgo (Glasziou, 2013). La campaña “*TooMuch medicine*”, impulsada por el *British Medical Journal*, conciencia sobre los

riesgos y el coste de la medicina defensiva. Sostiene que aumentar los insumos médicos produce más daño que beneficio, según la tesis de Alain Enthoven (Moynihan, 2002; Zapata et al., 2017). Hunde sus raíces en el humanismo radical de Ivan Illich, quien acuña el término *iatrogenesi clínica* en 1976 (Illich, 2006). El movimiento *ChoosingWisely®* (elegir prudentemente), iniciativa de la Fundación ABIM (Levinson et al., 2015), promueve el uso de indicaciones con evidencia probada (Kapp, 2015; Rosenberg, 2015).

5. Las lógicas del sistema de la relación clínica y la medicina defensiva

Un modo de completar el panorama expuesto proviene de la respuesta a la pregunta ¿cómo interactúa la medicina defensiva dentro de la relación clínica? La medicina es un sector económico estratégico de carácter internacional, lo que permite comprender la transnacionalización de la práctica médica. Los distintos actores de la relación clínica retroalimentan este problema social con lógicas de funcionamiento opuestas y potencialmente conflictivas entre sí, aunque necesarias, que convergen en un sistema sanitario complejo. Se identifican cuatro protagonistas que actúan conforme a valores diversos (Baca-García, 2006; Seoane, 2008):

1. *El médico*. Se rige por la lógica del cuidado, y se guía por la beneficencia y la no maleficencia.
2. *El enfermo*. Sigue la lógica de la necesidad, a la que corresponden los valores de inmediatez o accesibilidad y calidad de los cuidados.
3. *El tercer pagador*. Se gobierna por la lógica del rendimiento, guiada por los valores de la eficiencia, la viabilidad y la sostenibilidad.
4. *La industria*. Sigue la lógica de la rentabilidad, propia del libre mercado, y la lógica de la innovación, cuyos valores son la ganancia y la efectividad.

5.1. El médico o la lógica del cuidado

El médico actúa en el mejor interés del paciente y, en la lógica de ofrecer el mejor cuidado, realiza las pruebas indicadas y rechaza las innecesarias antes de avanzar un diagnóstico; es decir, promueve el bienestar del paciente. Por ello, la actuación que no ahonda en este interés no contribuye a su seguridad jurídica. Desde una perspectiva humanista y de vocación de servicio, las pruebas adicionales se justifican porque pueden mejorar el diagnóstico o salvar la vida del paciente, pese al coste sanitario (Bergen, 1974; Carpenter, 2006). Una zona gris dificulta el considerar una actuación médica como adecuada o innecesaria. No en vano, la judicialización de la medicina muta

la lógica del médico que deviene calculadora, y la pseudoprotección impulsa las pruebas adicionales que confirman los hallazgos conocidos (Bergen, 1974; Summerton, 1995).

El profesional médico cuya primera preocupación es evitar un posible contencioso legal no puede ofrecer el mejor consejo terapéutico al paciente. En este escenario, la medicina defensiva busca compartir la responsabilidad con otros profesionales o diluirla en el sistema; huye de la toma de decisiones unilateral y apela al juicio de otros profesionales para confirmar la opción diagnóstico-terapéutica, disminuyendo la toma de decisiones con juicio clínico independiente (Wagner, 1990; Ridic et al., 2012; Toraldo et al., 2015). El profesional se encuentra ante una doble tensión: la presión que ejercen los gestores sanitarios para contener los costes y la presión que ejerce el ámbito judicial, que lleva a agotar todos los medios diagnóstico-terapéuticos disponibles. Lo cual desencadena un círculo vicioso: cuanto más practican unos profesionales la medicina defensiva, más vulnerables se sienten, a efectos legales, quienes no la practican. Reducir la ineficiencia en la práctica clínica es pedirle al profesional médico que asuma un riesgo inaceptable y que se exponga a la responsabilidad legal, además de la obligación moral que tiene de resistir esa presión (Wagner, 1990; Kachalia y Mello, 2013).

La interpretación que la doctrina y la jurisprudencia hacen de la legislación sobre negligencia médica se perfila como responsable de esta práctica clínica que daña al paciente. La judicialización de la medicina altera la *lex artis* médica que muta de forma artificial, y sigue un criterio de mayor exigencia como parámetro de normalidad, que debe variar conforme al avance científico y no por la práctica defensiva (Revuelta Iglesias, 2006; Raposo, 2019). La medicina defensiva se instala en la vulnerabilidad del profesional médico, en la incertidumbre mal tolerada y produce erosión en aquel profesional que antepone un interés secundario al interés primario (Broggi, 2017: 46).

5.2. El enfermo o la lógica de la necesidad

El enfermo hace uso de los recursos disponibles, y en la lógica de la necesidad se somete a una terapia o intervención con la expectativa de mejorar su estado de salud y obtener un beneficio, al tiempo que asume el riesgo que conlleva utilizar los servicios médicos. Presenta expectativas irreales sobre lo que la medicina puede hacer para una condición dada (Hayes, 1975; Hirsch, 1989; Toraldo et al., 2015).

La medicina se considera, erróneamente, una ciencia exacta, y existe un gran desconocimiento sobre los eventos adversos, aumentando las expectativas sociales sobre el tratamiento. Los fracasos quiebran la confianza y desencadenan un círculo pernicioso entre el error médico, la reacción del paciente y el litigio, al sospechar el paciente que ha sido víctima de una mala asistencia médica (Maglio, 2011; Pellino y Pellino, 2015). La salud, concebida como “salud perfecta” deviene un producto de consumo que exige alcanzar un resultado que se considera garantizado. No se aceptan los límites de la medicina, que el enfermo se halla en una situación difícil, o que la asistencia que recibe está limitada, o “que no todo lo posible es siempre conveniente” (Broggi, 2017: 47). En el supuesto contrario, cuando la vulnerabilidad es máxima, como en situaciones de urgencia, el paciente se expone a la rutina de la medicina defensiva, en la que la falta de tiempo complica los procesos normales de decisión. La ansiedad y el temor conducen a aceptar procesos diagnóstico-

Cuanto más practican unos profesionales la medicina defensiva, más vulnerables se sienten, a efectos legales, quienes no la practican.

terapéuticos que conllevan riesgos, tras firmar un consentimiento informado que no es válido ni auténtico (Broggi, 1999).

5.3. El tercer pagador o la lógica del rendimiento

El tercer pagador gobierna su actuación por la lógica del rendimiento, que se guía por los criterios de eficiencia, viabilidad y sostenibilidad. La gestión sanitaria trata de evitar el abuso y el despilfarro de los recursos, y en este objetivo se advierten diferencias sutiles entre las instituciones sanitarias de carácter público, que procuran la eficiencia y la asignación adecuada de los recursos escasos, y las empresas sanitarias de carácter privado, que procuran la viabilidad de su proyecto (Spaeth, 1983; Simón, 2005). A mayor abundamiento, en el sector público influye la estructura de pago y que el paciente no participa del coste o lo hace en una mínima parte, y en el sector privado se utiliza la tecnología como reclamo publicitario (Adwok y Kearns, 2013). La medicina defensiva exagera dos problemas endémicos en el sistema sanitario: las pruebas de dudoso valor clínico y el riesgo financiero que enfrentan centros e instituciones por el desperdicio de recursos humanos, organizativos y económicos que sufren, desviando la provisión de servicios médicos (Zuckerman, 1984; Wagner, 1990; Panella et al., 2015).

La expresión “tercera víctima” define aquella institución o sistema de salud que se ve afectado por la comisión de un error o negligencia médicos, lo que afecta a su reputación y la de otros profesionales, tras lo cual se suceden estrategias y se implementan mejoras en los sistemas de acreditación de la calidad para prevenir el error y disminuir la iatrogenia (Seys, 2013; Russ, 2017), y los sistemas no punitivos de comunicación de errores refuerzan la cultura de seguridad clínica (Sharpe, 2003).

5.4. La industria o la lógica del rendimiento y la innovación

La industria sigue las lógicas de la rentabilidad y de la innovación del libre mercado, cuyos valores son la ganancia y la efectividad. En consecuencia, promueve la medicalización del riesgo e impulsa el consumo de tratamientos y productos, y construye un escenario social que medicaliza los problemas de la vida. El sector farmacéutico sigue un modelo de negocio, ajeno en gran medida a la necesidad de los pacientes, apostando por la estrategia publicitaria, en lo que invierte una gran cantidad de recursos (Moynihan, 2002). El personal médico experimenta una doble presión a la hora de prescribir, que oscila entre la comercialización agresiva de los fabricantes de productos biomédicos y las solicitudes de los pacientes, ante las que no debe sucumbir, sino evitar la prescripción de dudoso valor clínico o la indicación de pruebas innecesarias (Adwok y Kearns, 2013). El visitador médico es la principal fuente de información de los médicos de Atención primaria, con el consiguiente sesgo de información en la conducta prescriptora (Villanueva et al., 2003), que unido al sesgo de adherencia que produce la interacción entre compañías y pacientes que conciertan citas (*dates*) para probar productos, promueve la sobremedicalización (Bélisle-Pipon, 2019).

La industria tecnológica suscribe este escenario en el que proliferan los avances y se fomenta el consumo, conformando una “tormenta perfecta” para la sobreutilización de medios diagnósticos (Emanuel, 2012). La investigación no es ajena a los intereses de la industria, lo que se observa en la selección de temas e investigadores, la reserva de los derechos de publicación y el posicionamiento de las empresas en detrimento de los centros académicos, lo que anuncia un potencial conflicto de interés entre el bienestar social y el bienestar individual (Ortún, 2010: 410). La pseudoprotección de los médicos, e incluso de las instituciones, impulsa tratamientos experimentales que encierran

riesgos y requieren ponderar el riesgo-beneficio (Bergen, 1974), como los tratamientos fuera de ficha técnica para “uso compasivo” (*off-label*), que se justifican por la desesperación de los pacientes ante la enfermedad, escenario en el que las lógicas del médico, el enfermo y la industria se solapan. Surgen problemas éticos como la falta de seguridad clínica en terapias experimentales, o la reciente recomendación de incluir las terapias fuera de ficha o aprobadas para uso compasivo dentro de ensayos clínicos (Kalil, 2020).

La controversia sobre el gasto en investigación clínica yerra por reduccionista y desconoce las ventajas que ofrece, o cómo es impulsada por las asociaciones de pacientes (en la lógica de la necesidad): 1) la investigación aumenta el conocimiento y la capacidad crítica, 2) los ensayos clínicos permiten acceder a una terapia precoz, 3) la farmacogenómica identifica enfermedades raras, e 4) investigar la efectividad de los fármacos mejora la sostenibilidad (Chirikos, 2001; García-Pavía, 2002).

6. Bioética y medicina defensiva

La Bioética ha sido identificada como un determinante de medicina defensiva, e incluso se asocia al auge de esta práctica médica, lo que se explica por el sentido jurídico que adopta el principio de autonomía, consolidándose en toda la teoría del consentimiento informado (Gracia, 2014b). En perspectiva histórica, el proceso de construcción de la autonomía del paciente se solapa con la medicina defensiva. La década de los años 70 del siglo XX se caracteriza por un gran entusiasmo en la investigación y en la práctica médica, al hilo de acontecimientos históricos como el desarrollo los derechos civiles y los avances en Biomedicina que se precipitan. Este escenario se sitúa al compás del desarrollo de la Bioética, y en paralelo a los primeros estudios que denuncian las prácticas defensivas (Hershey, 1972; Tancredi y Barondess, 1978). La teoría del consentimiento informado se gesta en el marco genérico de la *Tort Law* americana o Derecho de daños, y fomenta las demandas al considerar que se produce una lesión al paciente cuando se realiza una intervención médica sin haber obtenido el consentimiento informado, sin una causa que lo justifique, por lo que se considera un elemento clave de la medicina defensiva (Simón, 2000). Responde a la trasmisión inadecuada que se hizo a la profesión médica del trasfondo de las sentencias judiciales que reflejaban “la anunciada e inevitable crisis del paternalismo médico tradicional”, e imponía un cambio inaplazable en la relación clínica (Simón y Júdez, 2001), que devino traumático para los profesionales y desencadenó una práctica de baja calidad ética y científica, como es la medicina defensiva, en la que pacientes, familiares, jueces, gestores y políticos se convierten en agresores potenciales (Simón, 2006).

El abordaje de los problemas globales, como los desafíos de la medicina y otras ciencias de la vida, exige un compromiso social en paralelo a las éticas de la responsabilidad del siglo XX que dieron origen a la Bioética (Gracia, 2004: 90). Afrontar el análisis de la medicina defensiva necesita: 1) actualizar los conceptos de desarrollo humano y de salud sostenible; 2) revalidar “Los fines de la Medicina”; 3) contextualizar el origen de la Bioética y su papel como foro de debate social.

6.1. Actualizar los conceptos de desarrollo humano y de salud sostenible

El medio natural impone límites al crecimiento económico y la sobreexplotación de los recursos, mientras que el bienestar razonable y prudente preserva el planeta y sostiene una vida humana de calidad por tiempo indefinido (Gracia, 2004: 75). El desarrollo

sostenible se impone como teoría económica alternativa, cuyo modelo global asume la ONU y obliga a tomar en cuenta en el proceso de toma de decisiones a la humanidad presente y futura, y tomar conciencia sobre los valores salud y bienestar en relación con los fines, y no solo con los medios (Gracia, 2004), idea que se refuerza aplicada a la salud global y se impone ante los nuevos desafíos (Ten Have y Gordijn, 2020). El concepto de *salud sostenible* incorpora “una idea, o incluso una visión de la medicina y la asistencia sanitaria que tiene por objeto ser equitativa y accesible para todos, asequible para los sistemas de salud nacionales, y equitativa y asequible a largo plazo, no solamente por unos años”. Los valores y las expectativas sociales deben de conciliarse con una visión finita de la medicina y de la asistencia sanitaria y reformular la idea de progreso edificada sobre un “modelo ilimitado” (Callahan, 2009: 15).

6.2. Revalidar “Los fines de la Medicina”

Reducir el debate sobre la asistencia sanitaria a mera discusión técnica sobre los medios obvia los fines y objetivos y dota de actualidad el valioso documento “los fines de la medicina” (Hastings Center, 1996). Al tiempo, requiere que la salud pública y la asistencia sanitaria actúen de consumo y sirvan de refrendo valioso al enfoque salutogénico, desde la dimensión global de la salud, evitando las opciones irracionales. La medicina defensiva pervierte estos fines a través de sus manifestaciones:

- 1) prioriza la obstinación y la sobreactuación frente a la prevención de enfermedades y promoción de la salud;
- 2) absolutiza el valor vida o cantidad de vida, frente al alivio del dolor y sufrimiento y la calidad de vida o la vida con entidad biográfica, que no solo biológica;
- 3) infrutiliza las medidas de *confort* y medios de acompañamiento frente a la sobreutilización de terapias fútiles en la atención y curación a enfermos incurables; y
- 4) produce más daño que bien cuando los medios indiscriminados de detección precoz o las pruebas adicionales innecesarias conducen al sobrediagnóstico o la iatrogenia de intervenciones que son evitables.

6.3. Contextualizar la Bioética como foro de debate social

La Bioética surge en la década de los años 70 con el desafío de incorporar al conocimiento científico la reflexión ética sobre los valores ante los avances que anunciaban posibilidades inquietantes, y se actualiza bajo la sugerente metáfora de tender un puente hacia el futuro, como recrea el título de una de sus obras fundacionales, “*Bioethics: Bridge to the Future*” (Potter, 1971). La ética, que consiste en promover valores, en el siglo XX se organizó en torno a las éticas de la responsabilidad (Jonas, 1995; Weber, 1998; Gracia, 2014), cuya premisa se encuentra en el principio de precaución que formula Hans Jonas en 1945, y que reformula el imperativo categórico kantiano, buscando conciliar la existencia de la vida humana con la preservación del medio natural para futuras generaciones, y promover la responsabilidad individual y social por los actos presentes (Jonas, 1995).

La salud y la enfermedad son valores, y eso explica que la ciudadanía conciba la salud como un *continuum* entre el hecho de la enfermedad, el derecho a la salud y la obligación de una asistencia sanitaria universal y gratuita. La sociedad tiende a sustantivar el lenguaje médico, cuando en realidad se trata de un gerundio. Los valores los vamos *construyendo* a nivel individual y colectivo, al dotarlos de significado o decidir

cómo gestionarlos. Los valores como la salud y el bienestar, cuando se persiguen de forma obsesiva, se convierten en tiranos y generan lo opuesto: enfermedad y malestar (Gracia, 1998; 2013; 2014). La Bioética se revela como una disciplina idónea para gestionar los conflictos morales, porque huye de posiciones dilemáticas, que lleva siempre a la adopción de cursos extremos. La ética parte de la experiencia moral humana, que a través del proyecto busca siempre promover la realización de valores. El método deliberativo de Diego Gracia (2007) proporciona la herramienta para guiar la toma de decisiones clínicas y deliberar sobre los posibles cursos de acción, cuando valores potencialmente conflictivos o dimensiones de un mismo valor se enfrentan. Lo cual obliga a encontrar los cursos intermedios que permitan la promoción o no lesión de todos los valores en juego. La opción óptima es aquella que salva el máximo de valores y evita los cursos extremos. El deber consiste en añadir valor a la realidad; un acto responsable es la consecuencia de añadir valor a los hechos. De este modo se toman decisiones que objetivan valores y, de ese modo, enriquecen el depósito objetivo de valores que es la cultura (Gracia, 2014).

La crisis de salud pública provocada por la Covid-19 ha potenciado aún más la percepción errónea, ya presente en los años setenta y que cabe calificar de "falacia tecnocrática" (Gracia, 2019: 37-38), que reduce los problemas éticos a meros problemas técnicos, y que interpreta los fenómenos morales como meras cuestiones de hecho, con lo que la ética se diluye, como señala Montalvo Jääskeläinen (2020). La incertidumbre clínica busca refugio en el Derecho, y cuando este no da respuesta se apela a la Bioética como último recurso. Esta busca ser un foro de debate para la deliberación social sobre las cuestiones de valor relativas a la gestión del cuerpo, la vida y la muerte (Hastings Center, 1996: 17).

Bibliografía

- Abraira, V., Conde Olasagasti, P., Font, J., Garrote, J. M., Jiménez, J. L., Kovacs, S., y Romero, S. (2017). Documento del grupo de trabajo SESPAS-OMC sobre iatrogenia. FEM: *Revista de la Fundación Educación Médica*, 20(6), 55-264.
- Adwok, J. & Kearns, E.H. (2013). Defensive Medicine: Effect on Costs, Quality and Access to Healthcare. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*; 3(6), 29-35.
- Ali, A.A., Hummeida, M.E., Elhassan, Y.A.M. et al (2016). Concept of defensive medicine and litigation among Sudanese doctors working in obstetrics and gynecology *BMC Med Ethics* 17, 12 <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0095-3>
- Antoci, A., Maccioni, A. F., Galeotti, M. & Russu, P. (2019). Defensive medicine, liability insurance and malpractice litigation in an evolutionary model. *Nonlinear Analysis: Real World Applications*, 47, 414-435. <https://doi.org/10.1016/j.nonrwa.2018.08.012>
- Asher, E., Greenberg-Dotan, S., Halevy, J., Glick, S., & Reuveni, H. (2012). Defensive medicine in Israel—a nationwide survey. *PLoS One*, 7(8), e42613.
- Baca, E. (2006). Las cuatro "lógicas" del sistema sanitario. *Claves de razón práctica* (165), 42-47.
- Bassett, K. L., Iyer, N. & Kazanjian, A. (2000). Defensive medicine during hospital obstetrical care: a by-product of the technological age. *Social Science & Medicine*, 51(4), 523-537.

- Bergen, R. P. (1974). Defensive medicine is Good medicine. *JAMA*, 228(9), 1188.
- Berlin, L. (2017). Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. *Diagnosis*; 4(3), 133-139.
- Bélisle-Pipon, J. C. (2020). Patients with “dates”: Wrong for doctors but acceptable for drug companies? *Bioethics Update*; 6(1), 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2019.07.002>
- Britos, M. A. F., Denis, A., Ayala, Z. M., Solalinde, M. D. C., Gaona, M. F. & Reissner, C. D. (2018). Medicina defensiva en Servicios de Urgencias del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*; 5(1), 25-35.
- Broggi Trias, M.A. (1999). ¿Consentimiento informado o desinformado?: el peligro de la medicina defensiva? *Medicina clínica*, 112(3), 95-96.
- Broggi Trías, M.A. (2017). Medicina defensiva o miedo a la responsabilidad. En *latrogenia y medicina defensiva* (pp. 44-53). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 42.
- Brownle, S., Chalkidou K., Doust J., Elshaug A. G., Glasziou P., Heath I. & Korenstein D. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*; 390 (10090), 156-168. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
- Bugliarello, G. (2010). Ethics of Medicine, Biology and Bioengineering at the New Critical Crossroads for Our Species-Beyond Aristotle and Hippocrates. *Ethics in Biology, Engineering and Medicine: An International Journal*, 1(1).
- Calikoglu, E. O. & Aras, A. (2020). Defensive medicine among different physicians' disciplines: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*; (73)101970. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.101970>
- Callahan, D. (2009). *El bien individual y el bien común en bioética*. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas, 17.
- Carpenter, C.E. (2006). The malpractice crisis--impact on quality, cost, and access. *Journal of Financial Service Professionals*; 60(6), 26-28.
- Catino, M. & Locatelli, C. (2010). *Il problema della medicina difensiva nell'urgenza*. Dipartimento di sociologia e ricerca sociale. Università degli studi di Milano–Bicocca.
- Catino, M. (2011). Why do Doctors practice defensive medicine? The side-effects of medical litigation. *Safety science Monitor*; 15(1), 1-12.
- Chassin, M. R. & Galvin, R. W. (1998). The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*, 280(11), 1000-1005.
- Chirikos, T. N., Ruckdeschel, J. C. & Krischer, J. P. (2001). Impact of clinical trials on the cost of cancer care. *Medical Care*, 373-383.
- Conill, J. (1998). Marco ético-económico de las empresas sanitarias. En: M.M. García Calvente (ed). *Ética y salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 101-133.
- Cruz-Valiño, A.B. (2019a). Medicina defensiva: significado vs medición. *An. Sist. Sanit. Navar*, 42(1), 109-111 <https://doi.org/10.23938/ASSN.0383>

- Cruz-Valiño, A.B. (2019b). La angustia moral en los profesionales sanitarios no médicos: un efecto colateral de la medicina defensiva. *Journal of Healthcare Quality Research*; 34(6), 335-336 <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.05.005>
- Cruz-Valiño, A.B. (2020). [Tesis doctoral]. *Medicina defensiva: aproximación social, ética y jurídica*. Universidade da Coruña. <http://hdl.handle.net/2183/26648>
- Emanuel, E. J. (2012). Where are the health care cost savings? *JAMA*; 307(1), 39-40. <https://doi.org/doi:10.1001/jama.2011.1927>
- Frakes, M. D. (2015). The surprising relevance of medical malpractice law. *U Chi L Rev*; 82, 1–572.
- García, C. (2019). La medicina defensiva en la práctica de la radiología. *Revista chilena de radiología*; 25(1), 2-4.
- García-Pavía, P., Pérez, J. G., Rodríguez, D. G., Mirelis, J. G. & Puig, J. G. (2002). Ahorro derivado de la participación en ensayos clínicos. *Revista clínica española*; 202(2), 66-72.
- Glasziou, P., Moynihan, R., Richards, T. & Godlee, F. (2013). Too much medicine; too little care. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 347.
- Gracia Guillén, D. (1989). *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Triacastela.
- Gracia Guillén, D. (2004). *Como arqueros al blanco*. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela.
- Gracia Guillén, D. (2013). Construyendo el valor salud. En *Construyendo valores*. Madrid: Triacastela.
- Gracia Guillén, D. (2014). Los retos de la bioética en el nuevo milenio. En *La bioética y el arte de elegir*. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 27-59.
- Gracia Guillén, D. (2014b). [Prólogo]. *Consentimento informado*. Julgar. [monográfico]. Associação Sindical dos Juizes Portugueses. Lisboa: Coimbra.
- Gracia Guillén, D. (2019). *Bioética mínima*. Madrid: Triacastela.
- Hastings Center (1996). Traducción de la Fundación Grífols (2005). Los fines de la medicina: el establecimiento de unas prioridades nuevas (1996). Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 11.
- Hayes, L. F. (1977). Defensive medicine the incorrect solution. *Michigan medicine*; 76(14), 267.
- Hershey, N. (1972). The defensive practice of medicine: myth or reality. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*; 50(1), 69-97.
- Hirsh, H. L. (1989). Defensive medicine--friend or foe? *Legal medicine*; 145-180.
- Hiyama, T., Yoshihara, M., Tanaka, S., Urabe, Y., Ikegami, Y., Fukuhara, T. & Chayama, K. (2006). Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 12(47), 7671.
- Illich, I. (2006). *Némesis médica*. En obras reunidas volumen I. México DF: Fondo de cultura económica.

Jingwey He, A. (2014). The doctor–patient relationship, defensive medicine and overprescription in Chinese public hospitals: Evidence from a cross-sectional survey in Shenzhen city. *Social Science & Medicine*; 123, 64-71.

Jonas, H. (1995). *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Traducción de A. Sánchez Pascual. Barcelona: Herder. [Original] Jonas, H. (1987). Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technische Zivilisation.

Kachalia, A. & Mello, M. M. (2013). Defensive medicine—legally necessary but ethically wrong?: Inpatient stress testing for chest pain in low-risk patients. *JAMA internal medicine*; 173(12), 1056-1057.

Kainberger, F. (2017). Defensive medicine and overutilization of imaging—an issue of radiation protection. 157-158. *Wiener klinische Wochenschrift*
<https://doi.org/10.1007/s00508-016-1089-3>

Kalil, A. C. (2020). Treating COVID-19—off-label drug use, compassionate use, and randomized clinical trials during pandemics. *JAMA*, 323(19), 1897-1898.

Kapp, M. B. (2015). Getting Physicians and Patients to Choose Wisely: Does the Law Help or Hurt? *U. Tol. L. Rev.*; 46, 529-681.

Kessler, D. P., Summerton, N. & Graham, J. R. (2006). Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. *The Lancet*; 368(9531), 240-246.

Khan, F., Ahmed, S., Khan, H. H., Khan, A. A., Sajjad, R. & Fraz, T. R. (2014). Defensive medicine. *The Professional Medical Journal*; 21(06), 1191-1199.

Korestein, D., Kale, M. & Levinson, W. (2013). Teaching Value in Academic Enviroments. Shifting tje Ivory Tower. *JAMA*; 310(16), 1671-1672.
<https://doi:10.1001/jama.2013.280380>

Küçük, M. (2018). Defensive medicine among obstetricians and gynaecologists in Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38(2), 200-205.

Hvidt, E. A., Lykkegaard, J., Pedersen, L. B., Pedersen, K. M., Munck, A. & Andersen, M. K. (2017). How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. *BMJ open*; 7(12), e019851.

Laarman, B. S., Bouwman, R. J., De Veer, A. J., Hendriks, M. & Friele, R. D. (2019). How do doctors in the Netherlands perceive the impact of disciplinary procedures and disclosure of disciplinary measures on their professional practice, health and career opportunities? A questionnaire among medical doctors who received a disciplinary measure. *BMJ open*; 9(3), e023576. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023576>

Leape, L.L. (1994). Error in medicine. *JAMA*; 272(23), 1851-1857

Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA et al. (2015). “Choosing Wisely”: a growing international campaign. *BMJ Qual Saf*; 24,167-174.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003821>

Lipitz-Snyderman, A. & Korenstein, D. (2017). Reducing overuse—is patient safety the answer? *JAMA*; 317(8), 810-811

Maglio, I. (2011). Error y medicina a la defensiva: ética médica y la seguridad del paciente. *Revista Bioética*; 19(2), 359-365.

- Malherbe, J. (2013). Counting the cost: the consequences of increased medical malpractice litigation in South Africa. *S Afr Med J*; 103(2), 83-84.
- McGwin Jr, G., Wilson, S. L., Bailes, J., Pritchett, P. & Rue III, L. W. (2008). Malpractice risk: trauma care versus other surgical and medical specialties. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*; 64(3), 607-613.
- McQuade, J. S. (1991). The medical malpractice crisis--reflections on the alleged causes and proposed cures: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 84(7), 408.
- Mira Solves, J.J., Carrillo Arroyo, I. Grupo SOBRINA (2019). Medicina defensiva en Atención Primaria. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, ISSN 1137-6627; 41(2), 273-275. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0296>
- Moberly, T. (2019). Doctors' early retirement triples in a decade. *British Medical Journal*; 365, l4360. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4360>
- Montalvo Jääskeläinen, F. (de) y Andrés, J. M. A. (2017). La medicina defensiva. En *La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes* (pp. 413-432). Fundación MAPFRE.
- Montalvo Jääskeläinen, F. (de) (2020). Pandemias, política y ciencia: el papel de la ciencia y los científicos en la solución de los conflictos derivados de la pandemia de la covid-19. *Cuadernos de Bioética*; 31(102): 151-165. <http://dx.doi.org/10.30444/CB.59>
- Moosazadeh, M., Movahednia, M., Movahednia, N., Amiresmaili, M., & Aghaei, I. (2014). Determining the frequency of defensive medicine among general practitioners in Southeast Iran. *International journal of health policy and management*; 2(3), 119.
- Morgado, M., Alves, M., Carvalho, C. R. D., Dias, C. V., Sousa, D. C., Ferreira-dos-Santos, G. & Baptista, R. B. (2019). Choosing wisely Portugal. The View of Portuguese Doctors. *Acta medica portuguesa*, 32(7-8), 559-560. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.12448>
- Moynihan, R. & Smith, R. (2002). Too much medicine?: Almost certainly. *BMJ: British Medical Journal*; 324(7342), 859.
- Novoa, A. J. (2018). Aspectos éticos del sobrediagnóstico: entre el utilitarismo y la ética de la responsabilidad. *Atención Primaria*; 50,13-19. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.07.007>
- Ortashi, O., Virdee, J., Hassan, R., Mutrynowski, T. & Abu-Zidan, F. (2013). The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Medical Ethics*; 14(1), 42.
- Ortún-Rubio, V. (2010) (Nuevas) Formas de incentivación en atención primaria. En X. (Editor), En *Fundamentos de Economía y Gestión de la salud*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela..
- OMS (2016). Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255204/1/9789243509761-spa.pdf>
- ONU (1992). Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Conferencia de las Naciones Unidas, celebrada en Río de Janeiro, 3-14 de junio, 1992.

- Office of Technology Assessment. Congress, U. S. (OTA) (1994). *Defensive Medicine and Medical Malpractice*. Washington DC: US Government Printing Office; *Pub. No.:* OTAH-602.
- Panella, M., Leigheb, F., Rinaldi, C., Donnarumma, C., Tozzi, Q., & Di, F. S. (2015). Defensive medicine: defensive medicine: overview of the literature. *Igiene e sanità pubblica*, 71(3), 335-351.
- Panella, M., Rinaldi, C., Leigheb, F., Donnarumma, C., Kul, S., Vanhaecht, K. & Di Stanislao, F. (2016). The determinants of defensive medicine in Italian hospitals: the impact of being a second victim. *Revista de Calidad Asistencial*; 31, 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.010>
- Pellino, I.M. & Pellino G. (2015). Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. *Updates Surg.* 67(4), 331-337.
- Picano, E. (2005). Economic and biological costs of cardiac imaging. *Cardiovascular ultrasound*; 3(1), 13.
- Potter, V. R. (1971). *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Pub. ISBN: 0130765139.
- Raposo, V. L (2019). Defensive Medicine and the Imposition of a More Demanding Standard of Care. *Journal of Legal Medicine*; 39(4), 401-416. <https://doi.org/10.1080/01947648.2019.1677273>
- Revuelta Iglesias, A. V. (2006). El riesgo de judicialización de la medicina. *Educación Médica*; 9, pp. 55-64.
- Ridic, G., Howard, T. & Ridic, O. (2012). Medical Malpractice in Connecticut: Defensive Medicine, Real Problem or a Red Herring—Example of Assessment of Quality Outcomes Variables. *Acta Informatica Medica*; 20(1), 32.
- Rinaldi, C., D'Alleva, A., Leigheb, F., Vanhaecht, K., Knessea, F, Di Stanislao & Panella, M. (2019). Defensive practices among non-medical health professionals: An overview of the scientific literature. *Journal of healthcare quality research*; 34(2), 97-108. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.12.005>
- Robeznieks, A. (2005). Wary physicians. Defensive medicine linked to higher costs, less access. *Modern Healthcare*; 35(23), 8-9. Rinaldi et al., 2019)
- Rosenberg A, Agiro A, Gottlieb M, Barr on J, Brady P, Liu Y, et al (2015). Early trends among seven recommendations from the choosing wisely campaign. *JAMA Intern Med*; 175,1913-1920 <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.5441>
- Russ, M. J. (2017, December 1). Correlates of the Third Victim Phenomenon. *Psychiatric Quarterly*. Springer New York LLC. <https://doi.org/10.1007/s11126017-9511-1>
- Sánchez-González, Tena-Tamayo, Campos-Castolo, Hernández-Gamboa y Rivera-Cisneros (2005). Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. *Cir Ciruj*, 73(3), 199-200. [Cirujía y cirujanos. Academia Mexicana de Cirugía].

Scott S.D., Hirschinger L.E., Cox K.R., McCoig M., Brandt, J. & Hall L.W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*; 18(5), 325-330.

Sekhar, M.S. & Vyas, N. (2013). Defensive medicine: a bane to healthcare. *Annals of medical and health sciences research*; 3(2), 295-296. <https://doi.org/10.4103/2141-9248.113688>.

Seoane J. A. (2008). La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. *DS. Derecho y salud*; 16(1), 1-28.

Seoane, J. A. (2013). La construcción jurídica de la autonomía del paciente. *Eidon*, 1, 39.

SESPAS, SEMES y OMC (2017). *Estudio "Práctica médica en los Servicios de Urgencia Hospitalarios"*. Disponible en:

https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiC5e_y-4HqAhVaAWMBHQ3bCvoQFjAAegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.cgcom.es%2Fnoticias%2F2017%2F07%2F17_07_31_medicina_defensiva_en_urgencias&usq=AOvVaw0ph5u7PZpX2KMugdrCvsHv

Seys, D., Wu, A. W., Gerven, E. V., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M. & Vanhaecht, K. (2013). Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Evaluation & the health professions*; 36(2), 135-162.

Sharpe, V. A. (2003). Promoting patient safety: an ethical basis for policy deliberation. *The Hastings Center Report*; 33(5), S3.

Simón, P. (2000) (ed.). *El consentimiento informado: historia, teoría y práctica*. Madrid: Triacastela.

Simón P. y Júdez Gutiérrez, J. (2001). Consentimiento informado. *Medicina clínica*; 117(3), 99-106.

Simón, P. (2002). El consentimiento informado: abriendo nuevas brechas. En *Problemas prácticos del consentimiento informado* (pp. 11-63). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 5.

Simón, P. (2005). Análisis ético del desarrollo de las evaluaciones en calidad. En P. Simón (ed.). *Ética de las organizaciones sanitarias*. (pp. 45-52). Nuevos modelos de calidad. Madrid: Triacastela.

Simón, P. (2006). Diez mitos en torno al consentimiento informado. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*; 29, 29-40.

Spaeth, G. L. (1983). Physicians are Responsible for the Practice of "Defensive Medicine". *Ophthalmic Surgery, Lasers and Imaging Retina*; 14(12), 1009-1010.

Sulmasy, L. S. & Weinberg, S. E. (2014). SBetter care is the best defense: high-value clinical practice vs defensive medicine. *Cleveland Clinic journal of medicine*; 81(8), 464. <https://doi.org/10.3949/ccjm.81a.14037>

Summerton, N. (1995). Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ: British Medical Journal*; 1995, 310-327. <https://doi.org/10.1136/bmj.310.6971.27>

Tancredi, L. R. & Barondess, J. A. (1978). The problem of defensive medicine. *Science*, 200(4344), 879-882.

Tanriverdi, O., Cay-Senler, F., Yavuzsen, T., Turhal, S., Akman, T., Komurcu, S. & Ozyilkan, O. (2015). Perspectives and practical applications of medical oncologists on defensive medicine (SYSIPHUS study): a study of the Palliative Care Working Committee of the Turkish Oncology Group (TOG). *Medical Oncology*; 32(4), 106. <https://doi.org/10.1007/s12032-015-0555-5>

Tebano, G., Dyar, O. J., Beovic, B., Béraud, G., Thilly, N., Pulcini, C. & ESCMID Study Group for Antimicrobial stewardshiP (ESGAP) (2018). Defensive medicine among antibiotic stewards: the international ESCMID AntibioLegalMap survey. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*; 73(7), 1989-1996. <https://doi.org/10.1093/jac/dky098>

Ten Have, H. (2016). *Vulnerability: challenging bioethics*. Routledge.

Ten Have, H. & Gordijn, B. (2020). [Editoria]. Sustainability. *Medicine, Health Care, and Philosophy*; 2, 153–154. <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09946-3>

Toker, A., Shvarts, S., Perry, Z. H., Doron, Y. & Reuveni, H. (2004). Clinical guidelines, defensive medicine, and the physician between the two. *American journal of otolaryngology*; 25(4), 245-250.

Toraldo, D.M., Vergari, U. & Toraldo, M. (2015). Medical malpractice, defensive medicine and role of the “media” in Italy. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*; 10(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40248-015-0006-3>

Veldhuis, M. (1994). Defensive behavior of Dutch family physicians. Widening the concept. *Family medicine*; 26 (1), 27-29.

Villanueva, P., Peiró, S., Libroero, J. y Pereiró, I. (2003). Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. *The Lancet*; 361(9351), 27-32.

Wagner, L. (1990). Defensive medicine: is legal protection the only motive? *Modern healthcare*; 20(36), 41-42.

Weber, M. (1998). *El político y el científico*. Madrid: Alianza.

Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ: British Medical Journal*; 320(7237), 726.

Yan, S. C., Hulsbergen, A. F., Muskens, I. S., van Dam, M., Gormley, W. B., Broekman, M. L. & Smith, T. R. (2017). Defensive medicine among neurosurgeons in the Netherlands: a national survey. *Acta neurochirurgica*; 159(12), 2341-2350 <https://doi.org/10.1007/s00701-017-3323-9>

Zapata, J. A., Lai, A. R. & Moriates, C. (2017). Is excessive resource utilization an adverse event? *JAMA*; 317(8), 849-850.

Zuckerman, S. (1984). Medical malpractice: claims, legal costs, and the practice of defensive medicine. *Health Affairs*; 3(3), 128-134.